



# **DRUGGEBRUIK EN PSYCHOPATHOLOGIE IN GEVANGENISSEN: EEN EXPLORATIEVE STUDIE TOT METHODIEKONTWIKKELING**

## **SAMENVATTING**

**Joke De Wilde  
Veerle Soyez  
Stijn Vandevelde  
Eric Broekaert  
Tom Vander Beken  
Rudy Guillaume  
Elke Dumortier  
Youri Caels**

De studie kadert binnen het “Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs”, in opdracht van en gefinancierd door de POD Wetenschapsbeleid.

**FEDERAAL WETENSCHAPSBELEID**



**INHOUD**

<b>1. Probleemstelling en situering.....</b>	<b>3</b>
1.1. Inleiding.....	3
1.2. Situering van het onderzoek.....	3
1.3. Doelstellingen.....	4
<b>2. Stand van zaken.....</b>	<b>5</b>
2.1. Literatuurstudie.....	5
2.1.1. Comorbiditeit in de gevangenis.....	5
2.1.2. Screening en assessment van dubbele diagnose in de gevangenis.....	6
2.2. Bevraging van de psychosociale diensten.....	7
2.2.1. Inleiding.....	7
2.2.2. Methodologie.....	7
2.2.3. Resultaten.....	8
2.3. Overzicht bestaande instrumenten voor screening en assessment van dubbele diagnose.....	9
<b>3. Ontwikkeling assessment-methodiek.....</b>	<b>10</b>
<b>4. Pilotstudie.....</b>	<b>12</b>
4.1. Inleiding.....	12
4.2. Resultaten.....	12
<b>5. Conclusies en aanbevelingen.....</b>	<b>14</b>
5.1. Prevalentie van dubbele diagnose.....	14
5.2. Assessment van dubbele diagnose in een gevangeniscontext.....	16
<b>6. Referenties.....</b>	<b>20</b>

## 1. PROBLEEMSTELLING EN SITUERING

### 1.1. Inleiding

Het samen voorkomen van middelenmisbruik en een andere majeure psychiatrische stoornis (dubbele diagnose of comorbiditeit) is een complex probleem. Onder andere als gevolg van deze complexiteit komt een niet onbelangrijk aantal personen met een dubbele diagnose ook voor korte of langere tijd in de gevangenis terecht.

Tot op heden is, zeker in België, nog maar weinig onderzoek verricht met betrekking tot (bijvoorbeeld de prevalentie van) dubbele diagnose in gevangenissen. Dergelijke situatie onderstreept de nood aan een systematische en geëigende manier van screenen en diagnosticeren van dubbele diagnose in penitentiaire settings. Het is aansluitend bij deze realiteit dat het onderzoeksproject "*Druggebruik en psychopathologie in gevangenissen: Een exploratieve studie naar methodiekontwikkeling*" tot stand kwam.

### 1.2. Situering van het onderzoek

Internationaal onderzoek wijst op de hoge prevalentie van comorbiditeit bij druggebruikers, quid est het gecombineerd voorkomen van een majeure psychiatrische stoornis (cfr. DSM-IV, As I en As II) en middelenmisbruik (Hasin et al., 1996). Zeker binnen een gevangeniscontext lijken veel personen te voldoen aan de criteria van een dubbele diagnose (Eden, Peters, & Hills, 1997; Katz, 1999; Timmerman & Emmelkamp, 2001). Naast de negatieve gevolgen voor de individuele cliënten die kampen met een dubbele diagnose problematiek, onder andere omwille van het gebrek aan een uitgebreid zorgaanbod, beïnvloedt het voorkomen van comorbiditeit ook sterk de algemene atmosfeer in de gevangenis.

Uit recent onderzoek blijkt evenwel dat de gerapporteerde (meestal hoge) prevalentie-cijfers sterk afhankelijk zijn van de gehanteerde assessment-methodieken (Heilig, Forslund, Åsberg, & Rydberg, 2002). Dit onderstreept zonder twijfel de nood aan meer systematische, doorgedreven, accurate en geëigende procedures voor het diagnosticeren van comorbiditeit (Heilig et al., 2002). Voornoemde vaststelling lijkt daarenboven het meest van toepassing te zijn binnen specifieke settings, zoals gevangenissen, waar de implementatie van assessment-procedures sterk afhankelijk is van bijzondere randvoorwaarden (Black, Arndt, Hale, & Rogerson, 2004). Bestaande instrumenten zijn immers vaak niet gevalideerd in gevangenissettings; er is een grote(re) kans op sociaal wenselijke antwoorden of andere vormen van antwoord-bias; en het afnemen van uitgebreide testbatterijen is meer dan eens een praktische en financiële moeilijkheid waardoor de huidige assessment protocollen in eerste instantie vaak beperkt (dienen) te blijven tot het gebruik van schriftelijke zelf-rapportage instrumenten (Megargee, 1995; Richards & Pai, 2003; Shearer & Carter, 1999).

Het is aansluitend bij deze vaststellingen uit internationaal onderzoek, dat dit onderzoek gesitueerd dient te worden. In Belgische gevangenissettings werd/wordt tot op heden immers slechts in beperkte mate gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde screenings- of assessment-procedure voor het opsporen van comorbiditeit bij de gedetineerden.

### 1.3. Doelstellingen

De finaliteit van het onderzoek richtte zich op het ontwikkelen van een aangepaste assessment-methodiek voor de screening van psychiatrische stoornissen en middelenmisbruik bij nieuw aangemelde gedetineerden in alle Belgische gevangenissen. Een *eerste doelstelling* hierbinnen behelsde het in kaart brengen van de huidige stand van zaken, met een focus op de bestaande methodieken. Daarnaast werd ook gestreefd naar een (zo volledig mogelijke) inventarisatie van het gehanteerde instrumentarium. Een *tweede* belangrijke *doelstelling* richtte zich op het exploreren van de bestaande wetenschappelijke literatuur uit binnen- en buitenland met betrekking tot de assessment van psychiatrische stoornissen en middelenmisbruik ('dual diagnosis'). Tevens werd hierbij ook aandacht geschonken aan het exploreren en beschrijven van een aantal buitenlandse voorbeelden van 'good practices'. Naast een brede algemene literatuurscreening, werd hierbij specifiek gefocust op onderzoek binnen gevangenissettings en de hieraan gekoppelde eigenheden. De noodzaak voor specifieke forensische benaderingen werd hierbij ook onderzocht. Hierop verder bouwend behelsde de *derde doelstelling* het in kaart brengen en verdiepen van de 'settingspecifieke randvoorwaarden' (bvb. beroepsgeheim, juridisch kader, veiligheidsaspecten, etc.) en de financiële en organisatorische implicaties voor de voorgestelde procedure. *Vierde* en laatste *doelstelling* beoogde dan het daadwerkelijk ontwikkelen, evalueren en bijsturen van een aangepaste assessment-methodiek.

Samenvattend kunnen we de doelstellingen als volgt formuleren:

*Hoofddoelstelling.* Het ontwikkelen van een aangepaste assessment-methodiek voor drugmisbruik en psychopathologie, met aandacht voor de specifieke randvoorwaarden

*Subdoelstelling 1* In kaart brengen van de huidige stand van zaken m.b.t. de gehanteerde diagnostiek en assessment-procedures;

*Subdoelstelling 2.* Uitwerken van een aangepaste assessment-methodiek, met hieraan gekoppeld een draaiboek;

*Subdoelstelling 3* In kaart brengen van de settingspecifieke randvoorwaarden, met inbegrip van het beroepsgeheim, de rol van de psychosociale diensten, exploratie van de financiële en organisatorische implicaties van de ontwikkelde methodiek.

## 2. STAND VAN ZAKEN

### 2.1. Literatuurstudie

#### 2.1.1. Comorbiditeit in de gevangenis

Internationaal onderzoek wijst op de hoge prevalentie van comorbiditeit bij druggebruikers (Carey & Correia, 1998; Fazel & Danesh, 2002; Hasin et al., 1996). In een recent artikel rond de behandeling van cliënten met een dubbele diagnose citeren Burnam & Watkins (2006) studies waaruit blijkt dat de prevalentie van samengaande stoornissen in middelenmisbruik en psychische stoornissen varieert van 15% tot 40%. Ook Encrenaz & Messiah (2006, p.378) verwijzen naar onderzoeksprojecten waarin wordt aangetoond dat er een hoge mate van comorbiditeit bestaat tussen stoornissen in middelenmisbruik en andere (niet middelgerelateerde) psychiatrische stoornissen. Zo komen stoornissen met betrekking tot middelenmisbruik vaker voor bij personen met een psychische stoornis en vice versa: druggebruikers kampen frequenter met andere psychische stoornissen, zoals angststoornissen of depressies.

Zeker binnen een gevangeniscontext lijken veel personen te voldoen aan de criteria van een 'dual diagnosis' (Eden et al., 1997; Timmerman & Emmelkamp, 2001). Peters en Bartoi (1997) verwijzen in dit verband naar studies waarin geschat wordt dat tussen 3% en 11% van de gedetineerden lijdt aan zowel psychische stoornissen als middelenmisbruik of -afhankelijkheid. In een recente studie van Black et al. (2004) worden nog hogere cijfers gerapporteerd: zo zou tot 20% van de volwassen gedetineerden ernstige psychische stoornissen hebben en zou 75% een 'co-occurring substance use disorder' hebben.

Een belangrijke vaststelling is dat personen met een dubbele diagnose in essentie een heterogene groep mensen uitmaken (Drake & Wallach, 2000; Lehman, 1996). Ondanks deze heterogeniteit zijn er toch een aantal gemeenschappelijke kenmerken. Peters & Bartoi (1997, p.3), Drake & Wallach (2000) en Eden, Peters & Hills (1997) geven in dit verband een overzicht van belangrijke implicaties van een dubbele diagnose <sup>1</sup>:

- gedetineerden met een dubbele diagnose hebben ernstiger moeilijkheden met betrekking tot tewerkstelling, familie- en sociale relaties; hebben meer uitgesproken medische problemen en minder vaardigheden om een *relapse* te voorkomen
- gedetineerden met een dubbele diagnose lopen meer risico om behandelingsprogramma's voor druggebruikers vroegtijdig te verlaten
- er is een snellere overgang van beginnend druggebruik naar afhankelijkheid
- er wordt een hogere mate van hospitalisatie vastgesteld
- een hogere prevalentie van depressie en zelfmoord
- een minder gunstige prognose wat betreft het volmaken van een behandeling
- het niet opvolgen van medicatie- en behandelingsvoorschriften
- bestaande behandelingsprogramma's zijn niet altijd aangepast aan de noden en behoeften van personen met een dubbele diagnose

---

<sup>1</sup> Voor een overzicht van de studies waarop de resultaten zijn gebaseerd, zie Peters & Bartoi (1997)

- laag sociaal functioneren, een mindere mate van tevredenheid aangaande relaties, thuisloosheid, geweld en opsluiting (detentie)
- verlaagde functionele status
- HIV besmetting
- verstoring gedrag en geweld
- een snellere terugkeer van symptomen na de behandeling

### **2.1.2. Screening en assessment van dubbele diagnose in de gevangenis**

Gezien de specifieke problemen waarmee dubbele diagnose-cliënten te kampen hebben is screening en assessment uiterst belangrijk. Een routinematige screening voor 'co-occurring' drugproblemen en psychische stoornissen is in verschillende landen, waaronder de Verenigde Staten, dan ook reeds de standaardprocedure, zowel in als buiten de gevangeniscontext (Black et al., 2004; RachBeisel, Scott, & Dixon, 1999).

De gerapporteerde (hoge) prevalentie-cijfers blijken sterk afhankelijk te zijn van de gehanteerde assessment-methodieken (Heilig et al., 2002; Peters & Bartoi, 1997). In een aantal studies wordt aangegeven dat zowel drugproblemen als psychische stoornissen ondergediagnosticeerd worden. Hoewel dit ook waar is voor bijvoorbeeld behandelingsprogramma's, lijkt deze vaststelling het meest van toepassing te zijn binnen specifieke settings, zoals gevangenissen, waar de implementatie van assessment-procedures sterk afhankelijk is van bijzondere randvoorwaarden (Black et al., 2004).

Een aantal studies onderzochten reeds de validiteit van psychiatrische diagnoses bij personen die middelen misbruiken (Heilig et al., 2002; Kranzler et al., 1995). De diagnoses die door hulpverleners werden gegeven in de loop van hun gewone takenpakket bleken valide wat betreft drugsmisbruik, gematigd valide voor persoonlijkheidsstoornissen en weinig valide voor angststoornissen, majeure depressie en dubbele diagnose (cf. Crawford, Crome, & Clancy, 2003). Heilig en collega's (2002) onderzochten in dit verband de validiteit van het label 'dubbele diagnose' gegeven door sociaal werkers op basis van een vergelijking met de resultaten van een gestructureerde en systematische evaluatie gebruik makend van de DSM III-R criteria. De meest belangrijke conclusie van deze studie was dat goed uitgewerkte procedures uitgevoerd door gekwalificeerd personeel een conditio sine qua non zijn voor een correct toekennen van het label dubbele diagnose.

Uiteraard heeft het al dan niet krijgen van een juiste diagnose belangrijke gevolgen: medicamenteuze overbehandeling van psychische stoornissen, het niet doorverwijzen naar een geschikte vorm van behandeling, het ontbreken van gepaste behandeling en een lage effectiviteit indien toch (vaak niet aangepaste) behandeling wordt aangeboden (Peters & Bartoi, 1997). Een wellicht nog belangrijker implicatie is de oververtegenwoordiging van personen met psychische stoornissen in de gevangenis, waar ze in principe niet thuishoren. In dit verband wijzen Rogers, Jackson, Salekin & Neuman (2003) op de noodzaak van een in tijd beperkte, maar desalniettemin effectieve assessment van AS I stoornissen en symptomen, met behulp van bestaande gestructureerde interviews.

Voorgaande onderstreept het belang van meer systematische, doorgedreven, accurate, geëigende effectieve en efficiënte procedures voor het diagnosticeren van comorbiditeit, zeker

binnen de gevangenis (Heilig et al., 2002). Ondanks het bestaan van een groot aantal instrumenten (vooral voor drugmisbruik enerzijds en psychische stoornissen anderzijds) ontbreekt het vooralsnog aan een duidelijk protocol (zeker in België), waarbij zoveel als mogelijk wordt rekening gehouden met bovenstaande bemerkingen. Een mogelijke piste die door Roesch, Ogloff en Eaves (1995) in dit verband wordt besproken is de noodzaak om te screenen naar psychische stoornissen bij alle gedetineerden, waarna verdere assessment kan uitgevoerd worden bij deze personen die mogelijks psychische problemen zouden kunnen hebben. Black en collega's (2004) wijzen verder op het belang van screeningsinstrumenten die ingebed zijn in een meer omvattende benadering, bijvoorbeeld met inbegrip van een doorverwijzing naar de hulpverlening indien de screening wijst op de aanwezigheid van bepaalde symptomen. Hierbij aansluitend geven ook Drake & Wallach (2000) aan dat een geïntegreerde screening en behandeling van dubbele diagnose, waarin zowel aandacht besteed wordt aan de psychische stoornissen als aan het drugmisbruik het meeste kans op succes bieden.

## **2.2. Bevraging van de Psychosociale Diensten**

### **2.2.1. Inleiding**

In een eerste fase van het onderzoeksproject en ter voorbereiding van de ontwikkeling van een geëigende assessment-methodiek werden de psycho-sociale diensten (PSD) van alle Belgische gevangenissen en de forensische psychiatrische eenheden (FPE) bevestigd. De bevestiging van de PSD binnen de FPE werd als zeer belangrijk beschouwd in het kader van dit onderzoek, omdat deze voorzieningen een voorbeeldfunctie vervullen met betrekking tot screening en assessment van gedetineerden.

Er werd voor geopteerd om de PSD –en niet de medische diensten te bevestigen-, aangezien de PSD momenteel een groot deel van de screening en assessment inzake druggebruik en psychopathologie van de gedetineerden op zich nemen. Onder impuls van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (B.S., 1 februari 2005) zal dit in de toekomst hoogstwaarschijnlijk veranderen en zullen de medische diensten een hulpverleningsfinaliteit krijgen. In dit opzicht is de assessment-methodiek die ontwikkeld wordt in principe bestemd voor de medische diensten.

### **2.2.2. Methodologie**

Een identieke vragenlijst voor Vlaanderen en Wallonië werd opgesteld aan de hand van een literatuurstudie. De vragenlijst bestaat uit 2 delen. In een eerste deel wordt gepeild naar de huidige medico-psychosociale screening van gedetineerden (“wie wordt gescreend?”, “wie voert uit?”, “wanneer en hoe gebeurt dit?”, “wat zijn de doelstellingen en implicaties?”, “welke meetinstrumenten gebruikt men?”), het zorgaanbod (medische, psychiatrische en psychosociale zorg, vorming en opleiding, concrete maatregelen voor individuen die middelen gebruiken en/of met een psychische stoornis en vorming voor het personeel) en de prevalentie van dubbele diagnose in de eigen voorziening. In een tweede deel worden de settingspecifieke randvoorwaarden (tijd, personeel, ruimte, budget, juridisch kader en andere), de knel- en pluspunten en de toekomstperspectieven aangaande de medico-psychosociale screening bevestigd.

Nadat toestemming verkregen werd van het Directoraat-Generaal Uitvoering van Straffen en Maatregelen voor het uitvoeren van het onderzoek, werd telefonisch contact opgenomen met een staf lid van de PSD, c.q. de directeur, de psychiater, de psycholoog of de maatschappelijk werker, van alle Belgische gevangenissen (N=33) en de FPE (N=3), waarbij het onderzoek toegelicht werd. Vervolgens werd het eerste deel van de vragenlijst via e-mail doorgestuurd. Nadat dit eerste deel elektronisch was ingevuld, werd voor het tweede deel een telefonische bevraging georganiseerd. Tijdens dit telefonisch interview, dat gemiddeld ongeveer anderhalf uur duurde, werd eerst de elektronische vragenlijst overlopen - en indien nodig aangevuld - vooraleer de vragen uit het tweede deel aan bod kwamen.

### **2.2.3. Resultaten**

In alle gevangenissen worden alle gedetineerden bij binnenkomen kort gescreend. De invulling en omvang van deze screening is sterk afhankelijk van de grootte van de gevangenis, het beschikbare personeel en de tijd die men heeft. Gevonden verschillen met betrekking tot de medico-psychosociale screening hebben meer te maken met verschillen tussen voorzieningen dan met verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië.

Wel is er een opvallend verschil tussen de gevangenissen enerzijds en de FPE anderzijds voor wat betreft het zorgaanbod. Waar in de gevangenis enkel pretherapeutisch kan gewerkt worden en –zeker in grote gevangenissen- de tijd ontbreekt om alle gedetineerden op regelmatige basis te zien, wordt in de FPE standaard een behandelingsplan opgesteld en een behandeling voorzien. Hierbij werkt men verder op de bevindingen van de eerdere screening, die altijd in de gevangenis gebeurt. Indien geïndiceerd worden de gedetineerden, op basis van de screening doorverwezen naar de FPE, die bijkomende assessment plant.

Bij dit alles is het belangrijk een aantal knelpunten met betrekking tot deze bevraging in het achterhoofd te houden. Zo werd op basis van de telefonische bevraging duidelijk dat niet alle respondenten de term ‘screening’ op dezelfde manier geïnterpreteerd hadden bij het invullen van de elektronische vragenlijst. Tijdens de analyse van de resultaten bleek verder dat de antwoorden verschilden naargelang de functie van de persoon die bevraged was en afhankelijk was van het feit of er vooraf al dan niet overleg gepleegd was tussen verschillende personeelsleden.

Uit de bevraging van de settingspecifieke randvoorwaarden aangaande de screening bleek de moeilijke positie van de PSD: enerzijds hebben zij een expertise-opdracht (adviezen / voorbereiden reclassering), anderzijds hebben zij een hulpverlenende opdracht en voeren zij ook pretherapeutische gesprekken met de gedetineerde. Dit zorgt voor rolverwarring en verklaart deels de tegenstrijdige bemerkingen met betrekking tot het beroepsgeheim.

Er werden verschillende suggesties geformuleerd voor het opstellen van een meetinstrument voor screening en assessment, maar ook daar werd het spanningsveld tussen zorg en expertise opnieuw duidelijk. Bovendien stelt men zich vragen bij het nut van de screening, wegens de beperkte middelen om in een zorgaanbod te voorzien. In dit kader werd ook geregeld verwezen naar het plaatsgebrek op de psychiatrische annexen en de instellingen voor sociaal verweer, wat er voor zorgt dat geïnterneerden tussen de veroordeelden terecht komen en aangepaste behandeling bemoeilijkt wordt.



De nood aan een gestandaardiseerde testbatterij, die gelijk is in alle penitentiaire voorzieningen, komt duidelijk naar voor; het gebruik van slechts één vragenlijst wordt als onvoldoende beschouwd.

### **2.3. Overzicht bestaande instrumenten voor screening en assessment van dubbele diagnose**

Het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten voor het identificeren van comorbiditeit in forensische settings wordt aangeraden. Bovendien kan het gebruik van gelijkaardige instrumenten in de verschillende penitentiaire voorzieningen een gedeeld begrip van comorbide problemen en de aan te bevelen aanpak bevorderen. In de literatuur worden verschillende essentiële componenten van screening en assessment in forensische settings benoemd: (1) het justitieel verleden, (2) de identificatie van tekens en symptomen van majeure psychische stoornissen, (3) de identificatie van symptomen van middelenmisbruik, (4) patronen van recent en huidig middelenmisbruik en (5) andere motivationele en gezondheidsfactoren die een invloed kunnen hebben op de aanpak van deze individuen.

Aangezien tot op heden geen instrument voorhanden is die alle vijf factoren evalueert, worden verscheidene onafhankelijke psychopathologie- en middelenmisbruik-instrumenten gecombineerd voor de screening van comorbiditeit (Peters & Bartoi, 1997). Dit werd ook duidelijk bij de beschrijving van de voorbeelden van 'good practices', die in het onderzoeksrapport kunnen worden geraadpleegd.

Door middel van een uitgebreide literatuurstudie werd een inventaris opgemaakt van alle screenings- en assessment-instrumenten die één van bovenstaand opgenoemde factoren evalueert. Deze inventaris heeft als doel een overzicht te verschaffen van de huidige bestaande screenings- en assessment-instrumenten zowel voor middelenmisbruik als voor psychopathologie en voor comorbiditeit. Belangrijk is te vermelden dat niet alle instrumenten gevalideerd werden bij een forensische populatie. Het vertrekpunt van deze inventarisatie berustte evenwel op het verschaffen van een breed overzicht van screenings- en assessment-instrumenten. Toch werd per instrument nagegaan in hoeverre het geschikt is voor het gebruik in een forensische setting, omdat deze informatie van belang was voor de verdere stappen van het onderzoek (zie Deel III van het onderzoeksrapport voor meer informatie).

Hoewel de inventarisatie omvangrijk is, betekent dit geenszins dat de opsomming volledig is en dat alle bestaande meetinstrumenten vermeld worden. Er wordt een onderverdeling gemaakt op basis van het soort instrument (screening of assessment) en de doelstelling (het meten van middelenmisbruik, psychopathologie, comorbiditeit, de bereidheid tot veranderen of het veinzen van symptomen). De inventaris kan online geconsulteerd worden op de website van de Programmatorische Overheidsdienst Wetenschapsbeleid (<http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR/26>).

### 3. ONTWIKKELING ASSESSMENT-METHODIEK

De assessment-methodiek kreeg vorm op basis van de resultaten van literatuurstudie, waarbij de huidige situatie in de Belgische gevangenissen in rekening werd gebracht bij de selectie van een aantal relevante instrumenten uit het ruime aanbod. De selectie werd verder ook gestuurd door de ervaringen binnen verschillende buitenlandse 'good practices'.

In eerste instantie werd duidelijk dat het instrumentarium aan een aantal voorwaarden moet voldoen:

- (1) Het gebruikte instrumentarium moet op korte tijd een overzicht geven van de mogelijke problematiek van een persoon, en bij voorkeur ook toelaten zicht te krijgen op zijn of haar behandelingsnoden.
- (2) De afname van het instrumentarium mag (bij voorkeur) niet langer dan 1 uur in beslag nemen.
- (3) De voorgestelde methodiek zal uit verschillende instrumenten moeten bestaan om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de persoon: demografische gegevens, druggebruik, psychopathologie, comorbide stoornissen, motivatie tot behandeling en behandelingsverleden.
- (4) Naargelang de problematiek van een persoon kunnen meer of minder instrumenten nodig zijn om tot een goede assessment en goed behandelingsvoorstel te komen.

Volgende criteria werden bijgevolg vooropgesteld voor de selectie van de instrumenten:

- validiteit en betrouwbaarheid (bij voorkeur ook getoetst bij een forensische populatie);
- bruikbaarheid van het instrument in een penitentiaire setting;
- duur afname;
- beschikbare talen;
- kostprijs;
- reikwijdte van de symptomatologie bevraagd met het instrument (ruimer dan één enkele stoornis);
- functie van het instrument (het instrument moet specifiek gericht zijn op screening of diagnostiek en eventueel verdere behandeling die daaruit voortvloeit).

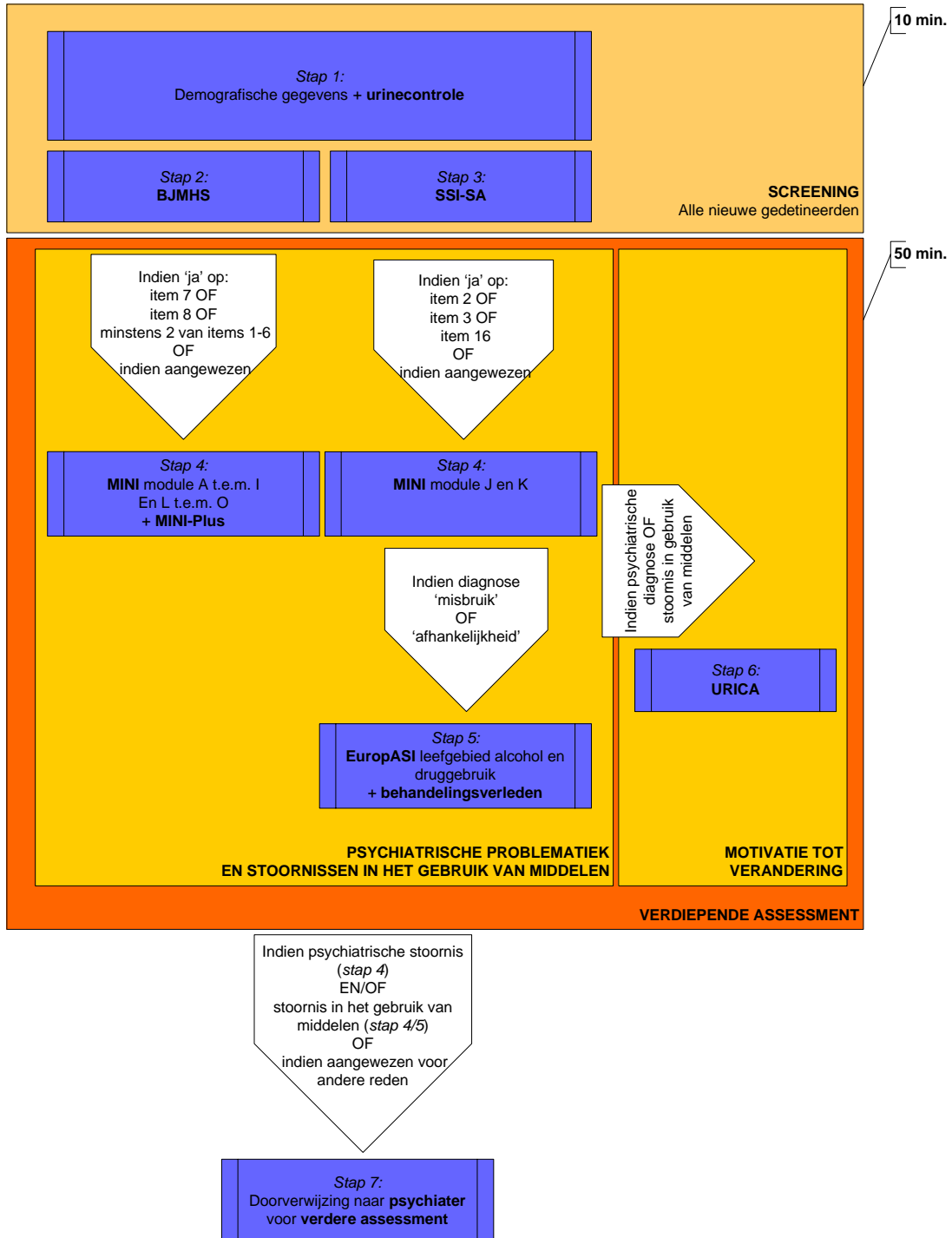
Er werden geen instrumenten opgenomen die de *malingering* of het veinzen van symptomen nagaat. Gezien de finaliteit van de assessment – het al of niet opstarten van een behandeling – lijkt het de onderzoekers niet aangewezen dergelijke instrumenten te gebruiken, aangezien ze de vertrouwensrelatie tussen de gedetineerde en de hulpverlener mogelijk zouden kunnen ondermijnen.

Volgende instrumenten werden uiteindelijk geselecteerd:

- (1) de **Brief Jail Mental Health Screen** (BJMHS),
- (2) de **Simple Screening Instrument for Substance Abuse** (SSI-SA),
- (3) de **Mini International Neuropsychiatric Interview** (MINI en MINI-PLUS),
- (4) de **European Addiction Severity Index** (EuropASI), en
- (5) de **University of Rhode Island Change Assessment Scale** (URICA-NL)

Voor meer informatie rond deze instrumenten verwijzen we de geïnteresseerde lezer graag naar het eindrapport.

De ontwikkelde assessment-methodiek, die in onderstaand schema wordt weergegeven, omvat twee grote delen, die op hun beurt opgedeeld zijn in verschillende stappen. De resultaten van de screening bepalen of er al dan niet overgegaan wordt tot verdere assessment en hoe deze assessment uiteindelijk zal verlopen.



## **4. PILOOTSTUDIE**

### **4.1. Inleiding**

De ontwikkelde methodiek werd getest bij een beperkte geselecteerde steekproef van nieuw aangemelde gedetineerden (N= 91). Daarbij werden gegevens verzameld tot er een vooropgesteld aantal cliënten met een dubbele diagnose (N= 30 voor Vlaanderen en N= 30 voor Wallonië) in de onderzoeksgroep vertegenwoordigd was. De pilootstudie werd uitgevoerd in twee gevangenissen en twee instellingen voor sociaal verweer (telkens één in Vlaanderen en één in Wallonië). Voor Vlaanderen werkten Gent en Merksplas mee, voor Wallonië Mons en Paifve.

De verzamelde gegevens werden zowel kwantitatief als kwalitatief verwerkt: de kwantitatieve analyse voorziet in een eerste – zeer voorlopige – indicatie van het aantal dubbele diagnose cliënten in de gevangenis. De cijfers worden uitgebreid weergegeven en besproken in het eindrapport, alsook de impact van de pilootstudie op de ontwikkelde methodiek. Met het oog op implementatie van de ontwikkelde methodiek werd een draaiboek opgesteld. De kwalitatieve verwerking liet toe het draaiboek te evalueren en bij te sturen.

Tijdens de maanden juni, juli en augustus 2006 werden alle nieuw aangemelde gedetineerden in de deelnemende penitentiaire instellingen geselecteerd voor deelname aan de pilootstudie. Twee extra voorwaarden werden verbonden aan de deelname: de gedetineerde moest Nederlands of Frans spreken en begrijpen en zich een uur tot anderhalf uur kunnen vrijmaken. Indien de persoon aan de voorwaarden voldeed, werd uitleg over het onderzoek gegeven en zijn/haar medewerking gevraagd. Er werd extra benadrukt dat de gegevens strikt vertrouwelijk en geheel naamloos, enkel voor wetenschappelijk onderzoek zouden worden gebruikt. De informatie ingezameld op basis van het onderzoek kon eventueel wel doorgegeven worden aan derden, maar enkel mits uitdrukkelijke toestemming van de cliënt.

Na ondertekening van de geïnformeerde toestemming werd gestart met het eigenlijke onderzoek. De voorgestelde assessment-methodiek (zie schematisch overzicht) werd daarbij – behalve enkele aanpassingen (voor een overzicht: zie eindrapport) – zo goed mogelijk gevolgd.

### **4.2. Resultaten**

Tijdens de pilootstudie werd het instrumentarium afgenomen van 91 gedetineerden. Voor een overzicht van de kwantitatieve gegevens verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar het eindrapport.

De afnames verliepen vlot; het verloop verschilde per setting, afhankelijk van de organisatie binnen de gevangenis. Meestal werd een lijst ter beschikking gesteld aan de onderzoekers van nieuw aangemelde gedetineerden. Na selectie op basis van de vooropgestelde criteria (taal en tijd), werden de mensen één voor één geroepen om hun medewerking aan de studie te vragen. In uitzonderlijke gevallen was iemand van de medische dienst, eventueel samen met de onderzoeker, reeds rondgegaan in de gevangenis om uitleg over het onderzoek te geven en toestemming te vragen.

De bereidheid tot medewerking was verschillend voor de gevangenen en de instellingen voor sociaal verweer. Waar in de instellingen voor sociaal verweer praktisch geen weigeringen waren, waren er in de gevangenen duidelijk meer.

Bij een aantal mensen, die zeer argwanend waren, was het belangrijk om extra te benadrukken dat de gegevens zeker niet zouden worden doorgegeven aan de PSD of justitie. Een aantal gedetineerden zal mogelijk meegewerkt hebben omdat ze op die manier hoopten dat er iets aan hun situatie zou worden veranderd. In uitzonderlijke gevallen verliep de afname moeizaam of kon het instrumentarium slechts gedeeltelijk worden afgenomen (N= 9 of 9.89%).

Indien er te weinig *nieuw* aangemelde gedetineerden waren (bvb. in instellingen voor sociaal verweer) die in aanmerking kwamen voor de pilootstudie op het moment van gegevensverzameling, werd er teruggedaan in de tijd. Dit had een aantal consequenties voor de afname van het instrumentarium. Dit probleem zal zich echter in mindere mate stellen wanneer het definitieve instrumentarium eenmaal geïmplementeerd zou worden in de Belgische gevangenen, aangezien het dan wordt afgenomen zo snel mogelijk na binnenkomst in de gevangenis.

De duur van het onderzoek varieerde van een half uur tot drie uur, met een gemiddelde van ongeveer een uur. De afnameduur was afhankelijk van hoeveel uitleg de persoon in kwestie nodig had om de vragen te begrijpen en hoeveel hij wenste te vertellen. Er werd de gedetineerden de kans geboden om hun verhaal te vertellen wat de betrouwbaarheid van de resultaten ten goede kwam.

## **5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN**

De geëigende assessment-methodiek voor de screening en assessment van druggebruik en psychopathologie bij nieuw aangemelde gedetineerden kreeg vorm op basis van de resultaten van de verschillende deelonderzoeken. In eerste instantie gebeurde een uitgebreide literatuurstudie waaruit duidelijk werd aan welke voorwaarden de screening en assessment van dubbele diagnose in gevangenen moet voldoen. Door middel van de inventarisatie van bestaande screenings- en assessment-instrumenten werden de meest geschikte instrumenten geselecteerd. De bevraging van de PSD van alle Belgische gevangenen en FPE liet toe om enkele knelpunten en suggesties te formuleren waarmee rekening werd gehouden bij de uitwerking van de assessment-procedure voor de medische dienst.

Om de ontwikkelde methodiek ten volle te toetsen werd een pilootstudie uitgevoerd in telkens twee gevangenen en twee instellingen voor sociaal verweer in Vlaanderen en Wallonië, tot een vooropgesteld aantal van 60 personen met een dubbele diagnose in de steekproef vertegenwoordigd waren.

### **5.1. Prevalentie van dubbele diagnose**

Hoewel beperkt in omvang –waardoor de resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden- biedt de pilootstudie de mogelijkheid om enkele cijfers met betrekking tot het voorkomen van druggebruik en psychopathologie bij een gevangenispopulatie weer te geven.

Bij vergelijking van de resultaten uit de pilootstudie met internationaal onderzoek stuit we men eerste instantie op een belangrijke beperking: in voorliggend onderzoek namen zowel gedetineerden die pas in de gevangenis binnenkwamen, als gedetineerden die reeds een tijd in de gevangenis verbleven, deel. Dit is meestal niet zo in internationaal onderzoek, waar een onderscheid gemaakt wordt tussen beide groepen vanuit de vaststelling dat een gevangenissetting een aantal symptomen kan versterken en andere verzwakken (Blaauw, Roesch, & Kerkhof, 2000; Brinded, Simpson, Laidlaw, Fairley, & Malcolm, 2001). Dit betekent dat, om een goede vergelijking uit te kunnen voeren, beide groepen zouden moeten opsplitst worden en er daarnaast, bij voorkeur, ook een aparte categorie voor geïnterneerden zou moeten worden gecreëerd. Deze laatste categorie wordt in de literatuur ook niet steeds apart vermeld: meestal wordt de overkoepelende term 'gedetineerden' gebruikt.

Ondanks de beperkte steekproef en de voornoemde beperkingen wordt duidelijk dat de resultaten uit dit onderzoek toch een beeld geven van het voorkomen van de belangrijkste As I stoornissen bij een gevangenispopulatie dat vergelijkbaar is met de prevalenties vermeld in internationale studies.

De meest aanwezige As I stoornis bij gedetineerden is een stoornis in het gebruik van middelen (drug- of alcoholmisbruik of een afhankelijkheidsstoornis) (Andersen, 2004). Dit wordt bevestigd in voorliggende studie, waarin prevalenties gevonden werden van 38 tot 62% voor alcoholmisbruik of -afhankelijkheid en van 43 tot 57% voor drugmisbruik of -afhankelijkheid. Voorliggende studie laat niet toe om na te gaan welke gedetineerden voor het eerst een diagnose voor een middelengerelateerde stoornis kregen in de gevangenis; wel kan iets gezegd worden over het soort drugs dat door de personen in het onderzoek ooit werd gebruikt. De meest

gebruikte drugs bij de onderzochte steekproef zijn heroïne, medicatie, cocaïne en cannabis. Dit ligt in de lijn van bevindingen uit andere studies naar druggebruik in penitentiaire settings in België (Hariga et al., 2004; in Sleiman, 2004).

Naast de stoornissen in het gebruik van middelen, komen ook psychische problemen veelvuldig voor in de onderzochte steekproef. Ook deze bevinding is in lijn met internationale studies. Zo rapporteert een recent Duits onderzoek dat 88% van de gedetineerden minstens één psychische stoornis heeft (von Schönfeld et al., 2006). In voornoemde studie werd ook gepeild naar het voorkomen van DSM-IV As II stoornissen. Dit is niet gebeurd in de pilootstudie die in het kader van huidig onderzoeksproject uitgevoerd werd, aangezien uit onderzoek blijkt dat er op As II vaak verkeerde diagnoses worden gesteld of dat er overgediagnosticeerd wordt (Eden et al., 1997). Om een correcte As II stoornis te kunnen stellen, is uitgebreid psychiatrisch onderzoek –al dan niet aan de hand van een omvangrijk gestructureerd interview- nodig. Dit was, rekening houdend met één van de criteria waaraan de te ontwikkelen assessment procedure moest voldoen– id est, de afname van het instrumentarium mag niet langer dan 1 uur in beslag nemen– niet haalbaar.

Het onderzoek van von Schönfeld en collega's maakt verder ook melding van significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke gedetineerden. Gezien het kleine aantal vrouwen in de steekproef van de hier beschreven pilootstudie (N= 9/91) kunnen hierover geen uitspraken gedaan worden. Het percentage vrouwen vertegenwoordigd in de steekproef (9.8%) komt overeen met het percentage vrouwen in de totale gevangenispopulatie (Federale Overheidsdienst Justitie, 2005). Gezien deze onderrepresentatie van vrouwen in Belgische penitentaire voorzieningen, is het noodzakelijk een grotere steekproef samen te stellen om uitspraken te kunnen doen over mogelijke verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke gedetineerden .

In onderzoek naar psychische stoornissen bij gedetineerden wordt vooral melding gemaakt van stemmings- en aanpassingsstoornissen, angststoornissen en psychotische stoornissen; deze stoornissen komen vaker voor bij gedetineerden dan in de algemene bevolking (Blaauw et al., 2000; Fazel & Danesh, 2002). Het zijn ook deze stoornissen die bij de gedetineerden in de steekproef van voorliggend onderzoeksproject het meest frequent voorkomen. Daarnaast blijkt dat de gedetineerden in de steekproef van deze pilootstudie gemiddeld 4 stoornissen rapporteren. Ook deze bevinding is vergelijkbaar met ander onderzoek waarbij men spreekt over een gemiddelde van 3.5 stoornissen per gedetineerde (von Schönfeld et al., 2006). Voornoemde vaststellingen onderstrepen duidelijk de hoge prevalentie van comorbiditeit en multiple problematiek. Verschillende onderzoeken tonen aan dat er een hoge mate van comorbiditeit bestaat tussen stoornissen in het gebruik van middelen en andere (niet-middelgerelateerde) psychiatrische stoornissen (Encrenaz & Messiah, 2006). Voortgaand op de binnen dit onderzoeksproject gehanteerde definitie *-het gecombineerd voorkomen van een majeure psychiatrische stoornis (DSM IV, As I) en een stoornis in het gebruik van middelen-*, kan aan 66% van de bevraagden een label 'dubbele diagnose' toegekend worden. Andere studies vermelden cijfers tussen de 3 en de 11% (Peters & Bartoi, 1997), tot zelfs 75% van de gedetineerden. De grote verschillen in prevalentie-cijfers kunnen mogelijks verklaard worden door het feit dat 'dubbele diagnose' niet steeds op dezelfde manier gedefinieerd (Drake & Wallach, 2000). Een andere mogelijke verklaring voor de inconsistente prevalentiecijfers kan het gebrek aan een geëigende methodiek, gebruikmakend van een gestandaardiseerd instrumentarium, zijn (Heilig et al., 2002). Nochtans is er net bij deze doelgroep nood aan een doorgedreven screening en assessment. Tot slot is het ook plausibel dat de gevonden prevalentie-cijfers in dit onderzoek

relatief hoog liggen in vergelijking met sommige andere studies, door de inclusie van de groep geïnterneerden in de steekproef.

## 5.2. Assessment van dubbele diagnose in een gevangeniscontext

Een van de belangrijkste settingspecifieke randvoorwaarden voor het afnemen van een instrumentarium inzake dubbele diagnose, vloeit voort uit de aard van het penitentiair systeem zelf. We hebben hier te maken met mensen die gedwongen in een gevangenissetting verblijven. Het screenen van een dergelijke populatie met het oog op een eventuele behandeling is dan ook helemaal niet evident. Anderzijds bewijst de in het kader van dit onderzoeksproject uitgevoerde pilotstudie, dat dergelijke screening zeker niet onmogelijk is en de basis kan vormen voor een goed uitgebouwde behandeling.

Los van het feit dat behandeling in een “gedwongen” context een aantal intrinsieke problemen van “vrijwilligheid” met zich meebrengt in een hulpverleningssituatie, wordt de situatie van de in de gevangenis verblijvende personen ook complexer door de dualiteit met betrekking tot medische, psychiatrische en psychosociale interventies. Enerzijds zijn deze personen “opgesloten” en worden zij gestimuleerd om mee te werken aan medico-psychosociale onderzoeken en behandelingen omdat dit in het kader van hun resocialisatie zinvol zou kunnen zijn. Deze interventies (expertises) zijn voor een gedeelte “controlegestuurd” en de resultaten ervan worden in de regel gebruikt voor het penitentiaire dossier van de betrokkene. Aan de andere kant zijn deze personen, zoals iedereen, soms zorgbehoevend en hebben zij van daaruit vragen naar medico-psychosociale zorg. Interventies vanuit dit perspectief zijn hulpgericht en per definitie niet “controlegestuurd”. De resultaten van onderzoek en screening in dit kader betreffen een patiënt en geen gedetineerde. Zij zijn dan ook niet bestemd voor het penitentiaire dossier.

De realiteit in de Belgische gevangenissen toont evenwel aan dat interventies met controlefinaliteit (expertises) en tussenkomsten met een behandelingsfinaliteit sterk verweven zijn. Het personeel dat in de gevangenissen met medico-psychosociale aangelegenheden belast is, is doorgaans niet volledig qua finaliteit opgesplitst, minstens zijn er, en dat is begrijpelijk, frequente en intense contacten tussen beide. Het gevolg daarvan is dat controle en behandeling in de praktijk, en zeker voor de betrokken opgeslotenen, vaak moeilijk te onderscheiden zijn en dat allerlei discussies aangaande de uitwisseling van informatie opduiken. De wetgeving omtrent het beroepsgeheim (art. 458 Sw.) laat niet toe dat behandelaars hun informatie en beoordeling “delen” met collega’s uit de controlesfeer. In de praktijk is een en ander niet zo evident: het noodzaakt soms tweemaal hetzelfde onderzoek, het gaat tussen collega’s die met dezelfde persoon werken, etc.

De basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (B.S., 1 februari 2005), die op deze punten nog niet in werking is getreden, brengt in deze kwestie meer duidelijkheid.

Blijkens art. 96 van die wet behouden zorgverleners hun professionele onafhankelijkheid en worden hun evaluaties en beslissingen met betrekking tot de gezondheid van de gedetineerde enkel gefundeerd op medische criteria. Zij kunnen niet gedwongen worden handelingen te stellen die hun vertrouwensrelatie met de gedetineerde in het gedrang brengen. Hun functie van zorgverlener wordt als onverenigbaar geacht met een opdracht als expert in de gevangenis.



De medische expertise staat volgens artikel 100 e.v. van de wet los van de zorgverlening en dient te worden uitgevoerd door adviserende artsen, wiens functie onverenigbaar is met een opdracht als zorgverlener in de gevangenis.

De medico-psychosociale expertise in de gevangenis omvat volgens de wet (art. 101) de diensten verstrekt door experts met het oog op het stellen van een diagnose en het verlenen van adviezen in het kader van de besluitvormingsprocessen met betrekking tot onder meer :

1. het individueel detentieplan;
2. de plaatsing en overplaatsing van gedetineerden;
3. het tijdelijk verlaten van de strafinrichting;
4. de bijzondere vormen van strafuitvoering en
5. de vervroegde invrijheidstelling.

De functie van deze expert is, zoals eerder gesteld, onverenigbaar met een opdracht als zorgverlener in de gevangenis.

Uit het bovengenoemde wordt duidelijk dat een volledige opsplitsing zich opdringt tussen de diensten met een behandelopdracht en de diensten met een expertiseopdracht. Aangezien de Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (B.S., 1 februari 2005) voorziet dat de medische dienst en de PSD in de toekomst volledig onafhankelijk van elkaar zullen functioneren, hebben beide diensten nood aan een "geëigende" assessment-methodiek. De finaliteit van deze assessment zal immers beide diensten verschillend zijn: de (huidige) medische dienst zal een behandelingsfinaliteit krijgen en de assessment zal binnen deze dienst hoofdzakelijk het opstellen van een behandelingsplan dienen. De PSD wordt een dienst met controlefinaliteit worden; assessment wordt binnen deze dienst gebruikt in functie van het opstellen van een detentie- en/of reclasseringsplan.

Op basis van deze opsplitsing zullen veel van de in dit onderzoek genoemde problemen door de PSD, id est tijdsgebrek waardoor beperkte screening / assessment en opvolging van dossiers, onduidelijkheid omtrent het al of niet doorgeven van welke informatie aan andere diensten, dubieuze vertrouwensrelatie met de gedetineerde door dubbele rol (expertise versus behandeling), opgelost kunnen worden.

Het is binnen deze context dat de ontwikkelde assessment-methodiek een geheel eigen invulling kreeg. Daar het de bedoeling is dat de assessment enkel gebeurt in het belang van de gedetineerde, leek het bijvoorbeeld niet aangewezen om ook een instrument af te nemen dat het veinzen van symptomen (malignering) nagaat, omdat dit de vertrouwenrelatie tussen "de hulpverlener" en de "patiënt" kan ondermijnen. Het afnemen van dergelijk instrument gebeurt, in de huidige context, wel zo goed als altijd op de PSD. Toch kan – indien aangewezen – de afname van dergelijk instrument ook binnen de context van de ontwikkelde assessment-methodiek overwogen worden. De meest courante instrumenten die het 'veinzen van symptomen' meten, zijn daarom opgenomen in het overzicht van de bestaande instrumenten voor de screening en diagnostiek van dubbele diagnose.

Een goede screening en assessment is verder onderhevig aan een aantal bijkomende randvoorwaarden. Zo zal het personeel, dat in zal staan voor de screening en assessment (onder andere) grondig getraind en voorbereid moeten worden voor de afname van de verschillende instrumenten en met het herkennen van symptomen. Op die manier kan zoveel mogelijk

vermeden worden dat bepaalde diagnoses “gemist” worden of verkeerd gebeuren. Anderzijds is het belangrijk om in dit kader in het oog te houden dat geen enkel screeningsinstrument zal 100% waterdicht zijn. Echter, gezien de consequenties van het niet of verkeerdelijk behandelen dan wel doorverwijzen van personen met een dubbele diagnose, is het cruciaal dat misdiagnose (en vooral: onderdiagnose) zoveel mogelijk moeten vermeden worden. Wanneer de resultaten uit de pilootstudie voor wat betreft de BJMHS vergeleken worden met de resultaten van de valideringsstudie van dit instrument (Steadman et al., 2005), valt op dat de bevindingen gelijklopend zijn. Steadman en collega's (2005) maken in hun studie wel een onderscheid tussen mannen en vrouwen: 73.5% van de mannen werd juist geclassificeerd, 14.6% bleek vals-negatief; voor vrouwen vonden ze percentages van respectievelijk 61.6% juiste classificaties en 34.7% vals-negatieven (niet doorverwezen maar toch een DSM-IV As I diagnose). In de pilootstudie uitgevoerd in voorliggend onderzoeksproject werd 67% correct geclassificeerd, terwijl 10% vals-negatief was. Hierbij dient vermeld dat in deze studie de steekproef slechts een beperkt aantal vrouwen bevatte. Bovendien de beoordeling van de accuraatheid van de BJMHS op de MINI gebaseerd. In de studie van Steadman en collega's (Steadman et al., 2005) werd hiervoor het Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) gebruikt.

Steadman en collega's verklaren een aantal van de vals-negatieven doordat de BJMHS enkel huidige symptomen scoort. Andere vals-negatieven worden toegeschreven aan het feit dat de BJMHS niet screent voor depressie en angst, wat vaker bij vrouwen voorkomt (Steadman et al., 2005). In een nog niet gepubliceerde studie waarbij dezelfde auteurs de BJMHS herwerken op basis van de bevindingen uit hun vorige studie, komen ze tot de conclusie dat het toevoegen van extra items voor het screenen van angst en depressie geen substantiële verbetering van het instrument teweegbrengt, aangezien op die manier het aantal vals-positieven sterk toeneemt (persoonlijke communicatie Steadman, 31/08/06).

Om dezelfde reden (nl. kans op verhogen van vals-positieven) werd voor 'item 8' bij de oorspronkelijke vertaling gebleven: 'ben je ooit gehospitaliseerd geweest voor emotionele of psychische problemen'. Er werd met andere woorden niet voor de uitbreiding 'ben je ooit behandeld geweest voor emotionele of psychische problemen' gekozen. Op basis van deze oorspronkelijke versie worden de personen met de ergste problematieken eruit geselecteerd en kan belet worden dat er teveel mensen worden doorverwezen (mensen die bijvoorbeeld ooit eens ambulantly behandeld zijn geweest voor emotionele of psychische problemen en nu geen problemen meer ondervinden). Gezien de context waarin de screening en de assessment gebeurt zal het belangrijk zijn om enkel die mensen door te verwijzen waarbij een verdiepende assessment echt aangewezen is.

In eerste instantie zal de implementatie van de nieuw ontwikkelde assessment-methodiek op de medische dienst van alle Belgische gevangenis ongetwijfeld een investering betekenen. Om de screening en de assessment op een gedegen manier te kunnen uitvoeren zal extra opgeleid personeel moeten aangeworven worden. Bovendien zal het verplegend personeel dat nu reeds aanwezig is een opleiding moeten krijgen om het instrumentarium op een juiste manier te kunnen gebruiken. Training is evenwel niet voldoende: de houding van het personeel ten overstaan van de gedetineerden is hier van minstens even groot belang. Pas wanneer men een zekere vertrouwensrelatie kan opbouwen met de gedetineerde, zal men er in slagen nuttige informatie te bekomen die nodig is voor het opstellen van het behandelingsplan.

Het spreekt voor zich dat ook de tijd die men ter beschikking heeft per gedetineerde de kwaliteit van de afname van het instrumentarium zal beïnvloeden. De onderzoeksploeg wil hierbij

benadrukken dat de ontwikkelde methodiek pas zinvol is als ze op een gedegen manier toegepast wordt, wat inhoudt dat men voldoende tijd uittrekt om de assessment-procedure te doorlopen.

Echter, ondanks de investeringen kan de nieuw ontwikkelde assessment-methodiek -op langere termijn- ook kosten-besparend werken: doordat mensen beter worden gescreend en gediagnosticeerd kan een betere doorverwijzing en behandeling gebeuren. Dit zou er toe kunnen leiden dat er op termijn minder recidive is waardoor mensen uit de gevangenis blijven.

## REFERENTIES

- Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations, a review - with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(Suppl. 424), 5-59.
- Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000). Mental disorders in European prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison system of 13 European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 649-663.
- Black, D. W., Arndt, S., Hale, N., & Rogerson, R. (2004). Use of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) as a screening tool in prisons: Results of a preliminary study. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 158-162.
- Brinded, P. M. J., Simpson, A. I. F., Laidlaw, T. M., Fairley, N., & Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 166-173.
- Burnam, A., & Watkins, K. (2006). Substance abuse with mental disorders: Specialized public systems and integrated care. *Health Affairs*, 25(3), 648-658.
- Carey, K. B., & Correia, C. J. (1998). Severe mental illness and addictions: assessment considerations. *Addictive Behaviors*, 23(6), 735-748.
- Crawford, V., Crome, I. B., & Clancy, C. (2003). Co-existing problems of mental health and substance misuse (dual diagnosis): A literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10, S1-S74.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51(9), 1126-1129.
- Eden, J. F., Peters, R. H., & Hills, H. A. (1997). Treating prison inmates with co-occurring disorders: An integrative review of existing programs. *Behavioral Sciences and the Law*, 15, 439-457.
- Encrenaz, G., & Messiah, A. (2006). Lifetime psychiatric comorbidity with substance use disorders: Does healthcare use modify the strength of associations? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 378-385.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.
- Hariga, F., Todts, S., Doulou, M., M, M., & (2004). *Toxicomanie en prison: monitoring des risques sanitaires. Une enquête dans 10 prisons Belges, SPF Justice Bruxelles.*
- Hasin, D. S., Trautman, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith, M., & Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1195-1201.
- Heilig, M., Forslund, K., Åsberg, M., & Rydberg, U. (2002). The dual-diagnosis concept used by Swedish social workers: limited validity upon examination using a structured diagnostic approach. *European Psychiatry*, 17, 363-365.
- Katz, R. I. (1999). The addiction treatment unit: A dual diagnosis program at the California Medical Facility - A descriptive report. *Journal of Psychoactive Drugs* 31(3), 41-46.
- Kranzler, H. R., Kadden, R. M., Bureson, J. A., Babor, T. F., Apter, A., & Rousaville, B. J. (1995). Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance abuse disorders - Is the interview more important than the interviewer. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4), 278-288.
- Lehman, A. F. (1996). Heterogeneity of person and place: Assessing co-occurring addictive and mental disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 32-41.
- Megargee, E. I. (1995). Assessment research in correctional settings: Methodological issues and practical problems. *Psychological Assessment*, 7(3), 359-366.
- Peters, R. H., & Bartoi, M. G. (1997). *Screening and assessment of co-occurring disorders in the justice system.* Unpublished manuscript, Florida: National GAINS Center.
- RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434.
- Richards, H. J., & Pai, S. M. (2003). Deception in prison assessment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 121-128.
- Roesch, R., Ogloff, J. R. P., & Eaves, D. (1995). Mental health research in the criminal justice system: The need for common approaches and international perspectives. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(1), 1-14.
- Rogers, R., Jackson, R. L., Salekin, K. L., & Neuman, C. S. (2003). Assessing axis I symptomatology on the SADS-C in two correctional samples: The validation of subscales and a screen for malingered presentations. *Journal of Personality Assessment*, 81(3), 281-290.
- Shearer, R. A., & Carter, C. R. (1999). Screening and assessing substance abusing offenders: Quantity and Quality. *Federal Probation*, 63(1), 30-34.
- Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., Agnese, T. K., & Robbins, P. C. (2005). Validation of the brief jail mental health screen. *Psychiatric Services*, 56(7), 816-822.

- Timmerman, I. G. H., & Emmelkamp, P. M. G. (2001). The prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II pathology in a group of forensic patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(2), 198-213.
- von Schönfeld, C.-E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U., & Driesen, M. (2006). Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology, and the need for treatment in female and male prisoners. *Der Nervenarzt*, 77, 830-841.