



FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID

## Vakgroep Strafrecht en criminologie

De implementatie van de WHO-aanbevelingen inzake  
harmreduction in een penitentiaire context.

*Een verkennend onderzoek aan de hand van de  
Belgische richtlijnen en het inkomerspakket voor  
gedetineerden.*

Bachelorproef neergelegd tot het behalen van de graad van Bachelor in de  
Criminologische Wetenschappen

door (0100682.) Kazadi Tshikala Tatiana

**Academiejaar 2012- 2013**

Naam en voornaam promotor: Daems Tom

Naam en voornaam tweede lezer: Tieberghien Julie

Aantal woorden (excl. bijlagen): 9575

Trefwoorden (3): gevangenis – harmreduction - wereldgezondheidsorganisatie

STAGEPLAATS: Regionale directie noord / Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen





## Voorwoord

Mijn oprechte dank gaat uit naar Tom Daems, promotor van deze bachelorproef. Iemand die zijn studenten met raad en daad bijstaat.

Daarnaast gaat mijn dank uit naar de Vlaamse regionaal drugscoördinator Sara van Malderen. Als stagemeeester liet zij mij de vrijheid om zelfstandig aan mijn stageopdracht te werken. Dank ook aan de werknemers van de Dienst gezondheidszorg bij de gevangenissen om mij een aangename stageperiode te bezorgen.

Ten laatste is het belangrijk om mijn ouders, vriend Peter, en mijn andere vrienden te bedanken omdat ik beseft dat het woord 'bachelorproef' de voorbije maanden (misschien te ) veel gevallen is.

## Inhoudstafel

De implementatie van de WHO-aanbevelingen inzake harmreduction in een penitentiaire context .....	- 1 -
Voorwoord .....	III
Inhoudstafel .....	IV
Inleiding .....	1
Onderzoeksvragen.....	2
Methodologie .....	2
Overzicht .....	3
Hoofdstuk 1 : Harmreduction en de wereldgezondheidsorganisatie : een toelichting van beide begrippen .....	4
1.1 Harmreduction : een kwestie van definiëring .....	4
1.2 Het concept harmreduction.....	4
1.3 De Wereldgezondheidsorganisatie.....	5
Hoofdstuk 2: Harmreduction in een penitentiaire context.....	6
2.1 Gezondheidszorg in een penitentiaire context.....	6
2.2 Harmreduction in een penitentiaire context.....	7
2.2.1 De problematiek van overdraagbare aandoeningen.....	7
2.2.2 Enkele harmreduction-maatregelen in een penitentiaire context.....	8
Hoofdstuk 3 : De Belgische situatie.....	12
3.1. Gezondheidszorg en druggebruik in de Belgische gevangenen. ....	12
3.2. Harmreduction in de Belgische gevangenen .....	13
Hoofdstuk 4 : Het inkomerspakket voor Vlaamse gedetineerden.....	16
4.1 Het inkomerspakket voor Vlaamse gedetineerden .....	16
4.2 Het gezondheidsboekje voor gedetineerden : een onderdeel van het inkomerspakket? ....	16
4.2.1 Wat is het gezondheidsboekje?.....	16
4.2.2 Beschikbaarheid van het gezondheidsboekje .....	16
4.3 De aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie en het gezondheidsboekje .....	17
Discussie .....	19
a. Internationaal .....	19
b. België .....	20
Conclusie .....	23
Literatuurlijst .....	24



## Inleiding

Gevangenen worden geconfronteerd met overbevolking, gewelddadige incidenten en weinig basishygiëne. Daarnaast hebben gedetineerden vaak een slechte gezondheid en/of een verleden van (injecterend) druggebruik. Idealiter is de gezondheidszorg in de gevangenis gelijkwaardig aan die van de samenleving (World Health Organization, 2007). Deze gelijkwaardigheid van gezondheidszorg vloeit voort uit het normaliseringsbeginsel<sup>1</sup> (VRG Alumni, 2005). Het blijkt echter dat deze gelijkwaardigheid in weinig gevangenen bereikt wordt (World Health Organization, 2007).

*Harmreduction*-initiatieven zijn maatregelen die ervoor moeten zorgen dat gezondheidsrisico's die gepaard gaan met druggebruik zo veel mogelijk gereduceerd worden (Rhodes & Hedrich, 2010). Een detentieperiode is een uitgelezen kans om schadebeperkende gedragingen over te brengen aan gedetineerden, maar het specifieke karakter van een gevangenisomgeving kan deze opportuniteit bemoeilijken (World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, & United Nations Office on Drugs and Crime, 2007).

De problematische gezondheidszorg in gevangenen, en *harmreduction* als onderdeel daarvan, werd al herhaaldelijk aan medisch en criminologisch wetenschappelijk onderzoek onderworpen (World Health Organization, 2007). De criminologische relevantie van deze bachelorproef bevindt zich dan ook op het kruispunt van de problematiek van een penitentiaire opsluiting en het fundamentele mensenrecht op degelijke gezondheidszorg.

De inspiratie voor het onderwerp van deze bachelorproef groeide gedurende de stageperiode. Doorheen de stageopdracht moesten *harmreduction*-maatregelen in Belgische richtlijnen geïnventariseerd worden en vergeleken met aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie.

Deze bachelorproef is echter breder dan de stageopdracht. Ten eerste is er aandacht voor de hindernissen die kunnen ontstaan om schadebeperkende maatregelen in te voeren in een penitentiaire context. Een tweede uitbreiding is de aandacht voor het gezondheidsboekje voor gedetineerden.

Het resultaat van deze bachelorproef zou ervoor kunnen zorgen dat het (sluimerende) denkproces bij de bevoegde overheden rond *harmreduction*-initiatieven geprikkeld wordt. Zo kunnen zij nadenken over hoe de bestaande *harmreduction*-initiatieven verder uit te bouwen in de Belgische gevangenen op basis van de internationale aanbevelingen en daarnaast ook de bijhorende moeilijkheden het hoofd te bieden.

---

<sup>1</sup> Dit beginsel stelt dat de levensomstandigheden tijdens de detentieperiode zo veel mogelijk overeenstemmen met de levensomstandigheden in de maatschappij. Het is enkel de vrijheidsberoving die mag afwijken van het normale leven (VRG Alumni, 2005).

## Onderzoeksvragen

Deze bachelorproef zal volgende onderzoeksvragen trachten te beantwoorden.

### 1. Internationaal

1a. Welke drempels bestaan er bij de implementatie van *harmreduction*-initiatieven in een penitentiaire context?

1b. Welke zijn de voornaamste *harmreduction* –initiatieven die de wereldgezondheidsorganisatie aanbeveelt in een penitentiaire context?

### 2. België

2a. Welke drempels bestaan er in de Belgische gevangenissen om *harmreduction*-initiatieven in te voeren?

2b. Strookt de Belgische richtlijnen met de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie inzake *harmreduction*?

2c. Wat is de inhoud van het inkomerspakket in de Vlaamse gevangenissen ?

2d. Hoe wordt het gezondheidsboekje beschikbaar gesteld in de Vlaamse gevangenissen?

2d. Strookt de inhoud van het gezondheidsboekje met de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie inzake *harmreduction*?

## Methodologie

Deze bachelorproef is grotendeels een literatuurstudie. De officiële publicaties van de wereldgezondheidsorganisatie dienen als referentiekader voor de besproken *harmreduction-initiatieven*. Deze zijn vrij te vinden op de officiële website.<sup>2</sup> Aanvullende literatuur werd verzameld via verschillende databanken en het raadplegen van elektronische tijdschriften. Geraadpleegde boeken werden ontleend in de bibliotheek van de faculteit rechten van de universiteit Gent.

De Belgische richtlijnen zijn richtlijnen die verwijzen naar *harmreduction*-initiatieven. Deze richtlijnen werden uitgevaardigd door de federale wetgever of door de Dienst gezondheidszorg bij de gevangenissen. Met deze richtlijnen werd ook gewerkt doorheen de stageperiode.

Het gezondheidsboekje voor gedetineerden werd bekomen via de Dienst gezondheidszorg bij de gevangenissen. Om de onderzoeksvraag over de beschikbaarheid van het gezondheidsboekje te kunnen beantwoorden, werden de Vlaamse gevangenissen bevraagd via e-mail. De keuze voor enkel Vlaamse gevangenissen vloeit voort uit de stageopdracht. De stagemeester was de Vlaamse regionaal drugscoördinator. Zo werden er tijdens de stageopdracht ook enkel Vlaamse gevangenissen bezocht. De eerste e-mail werd verstuurd op 17/04/'13. Een herinneringsmail volgde op 8/05/'13. Van de 18 Vlaamse gevangenissen antwoordden er 9<sup>3</sup>. Bijgevolg is er non-respons van 9 Vlaamse gevangenissen.

---

<sup>2</sup> <http://www.who.int/en/>

<sup>3</sup> Gesloten jeugdinstelling 'De Grubbe', de gevangenis van Antwerpen, Merksplas, Tongeren, Leuven-hulp, Brugge, Gent, Dendermonde en Turnhout.



In deze mail naar de Vlaamse gevangenen werden er 4 vragen gesteld. De eerste vraag hield in of ze de inhoud van het inkomerspakket en/of de onthaalmap voor de nieuwe gedetineerden konden beschrijven. De tweede vraag informeerde naar hoe nieuwe gedetineerden het gezondheidsboekje voor gedetineerden kunnen bemachtigen. Ten derde werd de vraag gesteld of dit gezondheidsboekje actief aangeboden werd aan nieuwe gedetineerden. Ten laatste werd er gevraagd of het gezondheidsboekje een onderdeel is van het inkomerspakket voor nieuwe gedetineerden.

## Overzicht

In de twee eerste hoofdstukken wil deze bachelorproef de internationale literatuur op vlak van *harmreduction* in een penitentiaire context beknopt beschrijven. De internationale literatuur is vooral gericht op de publicaties van de wereldgezondheidsorganisatie.

Deze bachelorproef wil ook de Belgische situatie in kaart brengen in het derde hoofdstuk. De doelstelling hierbij is om na te gaan in hoeverre Belgische richtlijnen melding maken van *harmreduction*-maatregelen. Zo wordt deze bachelorproef, met haar specifieke focus op België, mogelijk een verlengstuk van de internationale literatuur.

In het vierde hoofdstuk richt deze bachelorproef zich op het gezondheidsboekje voor gedetineerden. Door de beschikbaarheid van dit boekje na te gaan en de inhoud ervan, kan er nagegaan worden of de informatie die Vlaamse gedetineerden krijgen, strookt met de internationale aanbevelingen inzake *harmreduction*.

# Hoofdstuk 1 : Harmreduction en de wereldgezondheidsorganisatie : een toelichting van beide begrippen

In het eerste hoofdstuk wordt eerst het begrip ‘harmreduction’ toegelicht.

Daarnaast wordt de wereldgezondheidsorganisatie beknopt besproken .

## 1.1 Harmreduction : een kwestie van definiëring

Er is geen gestandaardiseerde definitie van de term ‘*harmreduction*’. De verschillende definities die circuleren zijn flexibel en vatbaar voor interpretatie. De invulling fluctueert vaak mee met het nationale of lokale beleid (Davoli, Simon, & Griffiths, 2010). Vandaar is het moeilijk geworden om te begrijpen wat er allemaal onder deze noemer valt (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, 2003; Weatherburn, 2009).

Wanneer de wereldgezondheidsorganisatie<sup>4</sup> spreekt over *harmreduction*, is de invulling vaak beperkt tot de gezondheidsschade die ontstaat door injecterend druggebruik. Het Health in Prison Project van de WHO ( HIPP) is niet enkel begaan met negatieve gevolgen van injecterend druggebruik , maar ook met de negatieve gevolgen die ontstaan door opsluiting. Daarom hanteert het HIPP volgende omschrijving voor de term ‘*harmreduction*’ (World Health Organization Europe, 2005). Het is deze definitie die de lezer in het achterhoofd moet houden bij het lezen van deze bachelorproef.

*“ In public health relating to prisons , harm reduction describes a concept aiming to prevent or reduce negative health effects associated with certain types of behaviour (such as drug injecting) and with imprisonment and overcrowding, as well as adverse effects on mental health.” – p.6) (World Health Organization Europe, 2005)*

## 1.2 Het concept harmreduction

Het begrip ‘*harmreduction*’ is een paraplu-begrip. Het houdt alle interventies, programma’s en beleidsmaatregelen in die de schade van druggebruik willen beperken (Rehm et al., 2010).

*Harmreduction*-initiatieven richten zich vaak op specifieke groepen, zoals gedetineerden (Eshрати, 2008).

Bij *harmreduction* wil men niet zozeer het druggebruik terugdringen maar in de eerste plaats de gezondheidsrisico’s die ermee gepaard gaan (Davoli et al., 2010; Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, 2003). In de meeste landen zijn *harmreduction*-initiatieven onderdeel van het heersende drugbeleid (Rhodes & Hedrich, 2010). De uitwerking van *harmreduction*-initiatieven verschilt wel van land tot land. Deze variaties zijn te wijten aan het nationale drugbeleid, politieke invloeden, en religieuze en culturele standaarden (MacGregor & Whiting, 2010).

Niet iedereen staat positief tegenover schadebeperkende maatregelen. Tegenstanders beweren dat dit een verbloemde poging is om drugs te legaliseren (MacGregor & Whiting, 2010).

Andere argumenten zijn dat *harmreduction* simpelweg niet werkt, dat het verslaafden aan de drugs houdt en zelfs druggebruik aanmoedigt (Ritter & Cameron, 2005).

*Harmreduction* is op politiek vlak nog altijd een gevoelig kwestie. Daarom is het van belang dat aangetoond wordt dat deze maatregelen *evidence-based* zijn (Rhodes & Hedrich, 2010).

---

<sup>4</sup> WHO = World Health Organization. De Nederlandse vertaling is ‘wereldgezondheidsorganisatie.’

Het bewijs voor de effectiviteit van *harmreduction* is vaak gebaseerd op de preventie van de overdracht van HIV/AIDS bij injecteerders van heroïne. *Harmreduction*-initiatieven blijken het effectiefste te zijn wanneer ze aangeboden worden als een pakket (Davoli et al., 2010; Ritter & Cameron, 2006).

Het installeren van *harmreduction*-maatregelen loopt nog altijd moeizaam in gevangenis (Michel, 2011). In de gevangenis zijn geïmplementeerde *harmreduction*-initiatieven vaak nog niet afgestemd op de specifieke noden en problemen van de gedetineerden (MacGregor & Whiting, 2010). Eén van de oorzaken van deze moeizame implementatie is dat het repressieve strafrechtsapparaat nog altijd de overhand neemt in gevangenis, ten nadele van het gezondheids perspectief (Michel, 2011).

### 1.3 De Wereldgezondheidsorganisatie

De wereldgezondheidsorganisatie is het leidend orgaan inzake gezondheid binnen de Verenigde Naties (VN). De WHO bestaat uit lidstaten die aangesloten zijn bij de organisatie. Daarnaast werkt ze ook samen met landen die enkel aangesloten zijn bij de Verenigde Naties (World Health Organization, 2006).

De richtlijnen en aanbevelingen die de WHO uitvaardigt zijn, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De uitgevaardigde aanbevelingen leggen geen verplichtingen op aan de leden (World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006). Wanneer lidstaten nieuwe wetten of richtlijnen willen uitvaardigen op gezondheidsvlak, oriënteren zij zich zo veel mogelijk op deze aanbevelingen (World Health Organization, 2006). Een kritische kanttekening hierbij is dat de WHO soms nalaat om sturing te geven over de praktische kant van de implementatie van haar aanbevelingen (Godlee, 1995).

In haar publicaties geeft de WHO aan dat één van haar sterktes is dat zij een neutrale instelling is (World Health Organization, 2006). Maar, de WHO is een organisatie die samenhangt met andere (politieke) instituties die zich bezighouden met gezondheid. Een gevolg kan zijn dat er toch (politieke) invloeden zijn die haar richtlijnen kunnen beïnvloeden (Mesquita, Jacka, Ricard, Shaw, & Tieru, 2008).

De wereldgezondheidsorganisatie is niet vrij van kritiek. De WHO is niet meer de enige speler op het vlak van gezondheid. Ze krijgt concurrentie van andere internationale organisaties. Deze organisaties kunnen sneller reageren dan de WHO, die vaak botst op bureaucratie en politieke drempels (Hawkes, 2011).

De wereldgezondheidsorganisatie heeft een netwerk opgericht dat streeft naar het verbeteren van de gezondheidszorg in gevangenis. Dit netwerk wordt het Health in Prison Project genoemd (HIPP). Het feit dat iemand van zijn vrijheid beroofd is, betekent immers niet dat deze minder recht heeft op medische hulpverlening (World Health Organization, 2007).

Het doel van het HIPP is het verbeteren van alle aspecten van de gezondheidszorg in gevangenis. Hierbij is het essentieel dat de isolatie tussen een gesloten penitentiaire context en de maatschappij verholpen wordt (Gatherer, Moller, & Hayton, 2005). Op het vlak van *harmreduction*, beveelt de wereldgezondheidsorganisatie aan dat dit een standaardpraktijk wordt binnen de gevangenis (World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006).

## Hoofdstuk 2: Harmreduction in een penitentiaire context

Dit tweede hoofdstuk geeft eerst een overzicht van de gezondheidszorg en *harmreduction*-initiatieven in een penitentiaire context. De drempels die er bestaan om een gelijkwaardige gezondheidszorg én bijhorende *harmreduction*-initiatieven te implementeren worden daarbij aangehaald.

Vervolgens geeft het hoofdstuk zicht op de problematiek van overdraagbare aandoeningen. Daarna worden er enkele *harmreduction*-initiatieven uitgeklaard die voorkomen in een penitentiaire context. Deze items zijn gebaseerd op publicaties van de wereldgezondheidsorganisatie. Deze opsomming van items is niet exhaustief.

De opgesomde items worden in de geraadpleegde publicaties van de wereldgezondheidsorganisatie het meest aanbevolen als *harmreduction*-initiatieven. Ze worden ook allemaal voldoende ondersteund door wetenschappelijke literatuur.

Volgende items zijn niet opgenomen:

- Drugvrije afdelingen: In deze afdelingen worden gedetineerden in een afzonderlijke vleugel behandeld voor hun middelenafhankelijkheid. De gedetineerden worden zo niet geconfronteerd met de drugs die circuleren in de gevangenis. Er is echter nog maar weinig onderzoek gevoerd naar de effectiviteit van drugvrije afdelingen bij het tegengaan van de transmissie van HIV/AIDS. (World Health Organization, 2007) De weinige onderzoeken die gevoerd zijn, tonen wel aan dat substitutiebehandelingen effectiever zijn dan drugvrije afdelingen tegen de overdracht van HIV/AIDS. Er is echter meer onderzoek nodig omtrent dit *harmreduction*-initiatief. (World Health Organization et al., 2007)
- Veiligere tatoeage –en piercingpraktijken: In veel gevangenissen tatoeëren en piercen gedetineerden elkaar. Het plaatsen van tatoeages in gevangenissen zorgt voor een risico op HCV- overdracht aangezien dit vaak gebeurt met niet ontsmet injectiemateriaal. Er is nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek naar tatoeëerpraktijken in de gevangenis. De WHO beveelt bijgevolg als *harmreduction*-initiatief enkel aan dat gevangenissen zelf initiatieven moeten uitwerken om deze praktijk tegen te gaan.

Het plaatsen van piercings in gevangenissen zorgt voor een risico op overdracht van hepatitis. De WHO beveelt ook hier aan dat gevangenissen hierover zelf *harmreduction*-initiatieven uitwerken. Omtrent piercingpraktijken in gevangenissen bestaat er ook nog maar weinig wetenschappelijke literatuur (World Health Organization et al., 2007).

### 2.1 Gezondheidszorg in een penitentiaire context

De gelijkwaardigheid van zorg is de basishouding voor de gezondheidszorg in de gevangenissen. Om adequate gezondheidszorg aan te kunnen aanbieden in een penitentiaire context is een goede samenwerking met de maatschappij essentieel (World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006).

De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in de gevangenissen is verdeeld over het ministerie van Volksgezondheid en het ministerie van Justitie (Merino, 2005). Idealiter is het ministerie dat bevoegd is voor de gezondheidszorg in de samenleving, ook bevoegd in de gevangenis (World Health Organization, 2007).

Het gevangenisleven heeft invloed op de gezondheid van de gedetineerden (World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006). In de gevangenis zijn er immers veel gedetineerden die een risicoprofiel hebben op gezondheidsvlak. Daarnaast heerst er structurele overbevolking, zijn er geweldsproblemen en bovendien is de infrastructuur in veel gevangenissen verouderd. Dit zijn allemaal zaken die gezondheidsrisico's kunnen genereren (Davoli et al., 2010; Stöver & Michels, 2010).

## 2.2 Harmreduction in een penitentiaire context

Druggebruik vormt een groot probleem in gevangenissen. Het veroorzaakt gezondheidsproblemen, vormt een bedreiging voor de veiligheid en verziekt de relatie tussen het personeel en de gedetineerden (World Health Organization, 2007; World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006).

Wanneer gevangenisdirecties *harmreduction*-maatregelen willen implementeren, moeten zij rekening houden met de specificiteit van het gevangenisleven (World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006). Daarnaast moet er ook rekening gehouden worden met de beslissingen die genomen worden op verschillende beleidsniveaus. Zo moet er aandacht besteed worden aan de heersende gevangencultuur, de verantwoordelijke nationale overheid en de aanbevelingen van internationale organisaties zoals de wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, 2007).

Een detentieperiode is een uitgelezen moment om gedetineerden kennis te laten maken met schadebeperkende initiatieven. Maar de gevangenis is een omgeving waarin het promoten van schadebeperkende maatregelen op drempels kan stuiten. Gedetineerden zijn immers niet altijd even ontvankelijk voor deze informatie (World Health Organization, 2007).

Een andere drempel is dat sommige gevangenisdirecties afkerig staan tegenover de implementatie van *harmreduction*-maatregelen. Ze vrezen dat dit gevolgen zal hebben op voor de veiligheidsmaatregelen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003). Accuraat bewijsmateriaal moet daarom de directie en het penitentiair personeel ervan overtuigen dat schadebeperkende maatregelen het veiligheidsregime en het repressief drugbeleid niet zullen ondermijnen (Stöver & Michels, 2010; World Health Organization Europe, 2005).

Hoewel *harmreduction*-maatregelen kunnen geïntroduceerd worden in gevangenissen, blijft het essentieel dat er aandacht blijft bestaan voor de achterliggende penitentiaire omstandigheden. Zolang er een overbevolkingsproblematiek heerst en er capaciteitsproblemen zijn, zal de implementatie bemoeilijkt worden (World Health Organization Europe, 2005).

### 2.2.1 De problematiek van overdraagbare aandoeningen

Gevangenissen zijn broeihaarden voor overdraagbare aandoeningen. Ondermeer de overbevolking en de gebrekkige toegang tot gezondheidszorg zorgen ervoor dat ziektes snel overgedragen kunnen worden (World Health Organization, 2007).

Binnen een gevangenispopulatie is er een oververtegenwoordiging van personen die besmet zijn met HIV/AIDS<sup>5</sup> of hepatitis C (HCV)<sup>6</sup>. Dit zijn twee overdraagbare aandoeningen waarvan de wereldgezondheidsorganisatie aanbeveelt dat ze preventief aangepakt moeten worden in een

---

<sup>5</sup> HIV/AIDS is een ziekte die het immuunsysteem aantast en iemand alsmaar zwakker maakt (Ball, 2007).

<sup>6</sup> HCV is een ziekte die de lever aantast. Het wordt overgedragen via bloedcontact (Heppassist, 2004).

penitentiaire context. *Harmreduction*-initiatieven zijn een onderdeel van deze preventieve aanpak (World Health Organization, 2007; World Health Organization Europe, 2005).

De wereldgezondheidsorganisatie beveelt aan dat gevangenen hun gedetineerden de mogelijkheid bieden om zich vrijwillig te laten testen op HIV/AIDS. Deze mogelijkheid tot testen moet niet enkel aangeboden worden bij aankomst in de gevangenis, maar ook tijdens de detentieperiode (World Health Organization et al., 2007).

Echter, deze mogelijkheid tot testen op HIV/AIDS blijkt vaak niet te bestaan. Sommige gevangenen bieden helemaal geen testen aan, andere limiteren de toegang tot deze testen. Het penitentiaire personeel heeft bovendien soms ook niet de noodzakelijke bagage voor de ondersteuning van de besmette gedetineerden (World Health Organization, 2007).

## 2.2.2 Enkele harmreduction-maatregelen in een penitentiaire context.

### a. Informatie- Educatie- Communicatie

Een opsluiting geeft de kans om brochures en ander materiaal omtrent gezondheid uit te delen aan gedetineerden. Deze brochures kunnen informatie bevatten omtrent risicogedrag en schadebeperking. Op deze manier kan het gevangenisstelsel een belangrijke rol spelen in het informeren van individuen die aan risicogedrag onderhevig zijn (World Health Organization, 2007).

De informatie die aan gedetineerden aangeboden wordt, moet duidelijk en ondubbelzinnig zijn en specifiek gericht op een gevangeniscontext. De gedetineerden moeten overtuigd worden van de effectiviteit van *harmreduction*-initiatieven (Eshrati, 2008; World Health Organization Europe, 2005).

Het is belangrijk dat druggebruikers zelf betrokken worden bij het ontwikkelen van het educatief materiaal. Met de verschillende nationaliteiten en talen in de gevangenis moet ook in de mate van het mogelijke rekening gehouden worden (World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006). Peereducatie<sup>7</sup> is ook een goede strategie om informatie over te brengen, vooral om analfabete gedetineerden te bereiken (World Health Organization et al., 2007; World Health Organization Europe, 2005).

Studies tonen aan dat de effectiviteit van het educatief materiaal in gevangenen vaak tekort schiet om het gedrag van gedetineerden te beïnvloeden. De informatie wordt niet ontdekt, en daarenboven is informatie alleen ook niet genoeg. Samen met dit educatief materiaal moeten er immers middelen aangeboden worden om deze gedragswijziging werkelijk door te kunnen voeren. Het blijkt een hindernis voor de gedetineerden om de theoretische richtlijnen omtrent *harmreduction* om te zetten in de praktijk (World Health Organization et al., 2007).

### b. Substitutietherapie

Bij substitutietherapie wordt er onder medische begeleiding medicatie voorgeschreven aan een gedetineerde, gerelateerd aan het product dat een probleem vormt. Substitutietherapie kan de nood aan drughulpverlening niet vervangen, maar is er wel complementair aan. Het is daarenboven essentieel dat deze behandelingen ondersteund worden door psychosociale begeleiding (Stöver & Michels, 2010).

Substitutiebehandelingen zorgen ervoor dat de complicaties van injecterend druggebruik gereduceerd worden. Zo vermindert onder meer het risico op de overdracht van HIV/AIDS en HCV (Rehm et al.,

---

<sup>7</sup> Bij peereducatie proberen gedetineerden gezondheidsbevorderende gedragsverandering teweeg te brengen bij andere gedetineerden: hun 'peers' (World Health Organization, 2007).

2010). Deze ziektes worden onder meer door injecterend druggebruik overgedragen binnen gevangensmuren (Stöver & Michels, 2010).

De meest voorkomende substitutiebehandeling is een behandeling met methadon (World Health Organization Europe, 2005). Methadon wordt voorgeschreven aan opiaatverslaafden. De verstrekking van methadon kan dienen als onderhoudsbehandeling of voor het geleidelijk volledig afbouwen van het druggebruik (World Health Organization, 2007).

Een substitutiebehandeling moet opgestart kunnen worden in de gevangenis of ze moet voortgezet kunnen worden als ze voor de detentieperiode reeds begonnen was (World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006). Voor een effectieve behandeling moet de gedetineerde informatie krijgen over het doel van de behandeling. De betrokkene moet er zich ook bewust van zijn dat de combinatie van methadon en andere medicatie gevaarlijk is en dat het piekeffect niet zo snel optreedt als bij opiaten (World Health Organization, 2007). De toegang tot deze behandelingen mag niet ontzegd worden als een disciplinaire maatregel, noch mag het gebruikt worden als beloning (World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006).

Substitutiebehandelingen leveren goede resultaten af. Desondanks blijft er in sommige gevangensissen de angst bestaan dat deze *harmreduction*-maatregel een verkeerd signaal uitstuurt en het gebruik van illegale drugs aanvaardbaar zou maken (Fazel, Bains, & Doll, 2006).

Gevangensissen zouden in theorie drugvrij moeten zijn. Vandaar dat het als een paradox aangevoeld wordt dat de medische dienst enerzijds middelen aanbiedt om het gebruik van illegale drugs tegen te gaan in de gevangenis en de gevangenisdirectie anderzijds illegale drugs in beslag moet nemen (World Health Organization, 2007). Gevangenisdirecties kunnen het gevoel hebben dat de substitutiebehandeling hun inspanningen om de gevangensissen drugvrij te houden, ondermijnt (Stöver & Michels, 2010).

In principe zou er voor elke opiaatafhankelijke in de gevangenis mogelijkheid moeten zijn om een substitutiebehandeling te ondergaan. Echter, vaak zijn er te weinig plaatsen voorhanden (World Health Organization, 2007).

### c. Bleachproducten

Het aanbieden van desinfecteerproducten is een *harmreduction*-maatregel die vooral aangewend wordt wanneer er geen spuitenuitwisselprogramma's aanwezig zijn in een gevangenis (Dolan, Wodak, & Hall, 1999).

Met bleachproducten kunnen gedetineerden hun injectiemateriaal reinigen. Dit desinfecteermateriaal moet gemakkelijk en discreet ter beschikking gesteld worden. Hierbij moet er informatie aanwezig zijn die uitlegt hoe de spuiten moeten gereinigd worden. Daarenboven moet deze informatie ook aangeven dat het desinfecteren de ziektes HIV/AIDS en HCV niet volledig kan inactiveren (World Health Organization et al., 2007).

Daarenboven kan de specifieke gevangeniscontext ervoor zorgen dat het materiaal niet goed ontsmet wordt. Het adequaat ontsmetten van het materiaal neemt minimaal 45 minuten in beslag. De kans dat de gedetineerde binnen deze tijdsperiode betrapt wordt is bijgevolg hoog. Vrezend voor de repercussies zullen weinig gedetineerden dit risico nemen (World Health Organization Europe, 2005). Daarenboven blijken de gedetineerden moeilijk aan het desinfecteermateriaal te geraken, hoewel het in theorie makkelijk beschikbaar zou moeten zijn (World Health Organization, 2007).

De effectiviteit van bleachprogramma's in de samenleving is nog niet bewezen. Ook in de gevangenissen is er ook nog geen uitsluitend over de effectiviteit van dit *harmreduction*-initiatief (World Health Organization et al., 2007). Toch beveelt de WHO aan dat er bleachprogramma's worden opgezet in een gevangenis, wanneer de bevoegde overheden zich blijven verzetten tegen spuitenruilprogramma's. Bij deze aanbeveling houden ook zij in het achterhoofd dat de effectiviteit nog niet bewezen is (World Health Organization et al., 2007).



#### d. Condooms-glijmiddel

Het beschikbaar maken van condooms is een andere *harmreduction*-maatregel om de transmissie van overdraagbare aandoeningen tegen te gaan. In elke gevangenis zouden er condooms aanwezig moeten zijn (World Health Organization, 2007; World Health Organization et al., 2007).

Enkel het verstrekken van condooms is echter niet genoeg. Ze dienen aangeboden te worden op verschillende plaatsen zodat de gedetineerden er niet specifiek moeten naar vragen en ze discreet kunnen meenemen. Naast deze condooms moet er ook glijmiddel op basis van water beschikbaar zijn. Daarenboven moet er ook informatie aangeboden worden over hoe deze condooms te gebruiken. Wanneer er vrouwelijke gedetineerden aanwezig zijn, moeten er ook vrouwencondooms beschikbaar zijn (World Health Organization et al., 2007).

#### e. Sputenruil

In de samenleving bestaan er sputenruilprogramma's. Deze programma's hebben een positief effect op het verminderen van risicogedrag bij injecterend druggebruik. Ook reduceren ze de kans op overdracht van HIV/AIDS en HCV (World Health Organization, 2007; World Health Organization Europe, 2005).

In tegenstelling tot in de gemeenschap, is sputenruil echter zeldzaam in gevangenissen. De WHO raadt nochtans aan dat er een sputenruilprogramma geïmplementeerd wordt, wanneer de gevangenisdirectie weet heeft van injecterend druggebruik (World Health Organization, 2007). Het aanbieden van een sputenruilprogramma zorgt ervoor dat gedetineerden onderling minder besmette naalden ruilen (World Health Organization et al., 2007).

Het organiseren van sputenruilprogramma's blijft controversieel in gevangenissen (World Health Organization Europe, 2005). Het is het *harmreduction*-initiatief dat de grootste drempel vormt voor directies. Vaak wordt ervoor gevreesd dat het injectiemateriaal als wapen zal gebruikt worden. Dit blijkt na onderzoek niet het geval te zijn. Het uitdelen van naalden leidt ook niet tot meer injecterend druggebruik (World Health Organization et al., 2007).

## Hoofdstuk 3 : De Belgische situatie

Dit hoofdstuk richt zich op de Belgische penitentiaire situatie. Eerst wordt er een blik geworpen op de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen.

Daarna worden de *harmreduction*-initiatieven van het tweede hoofdstuk hernomen. Er wordt nagegaan in hoeverre de Belgische richtlijnen stroken met de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie.

De Belgische richtlijnen die in dit hoofdstuk aangehaald worden ,zijn richtlijnen die ook gebruikt werden tijdens de stageperiode. Deze werden door de stagemeester, de Vlaams regionaal drugscoördinator, geselecteerd. Deze richtlijnen zijn federale publicaties die handelen over *harmreduction*-initiatieven in de Belgische gevangenis.

1. **Ministeriële omzendbrief nr. 1785 van 18 juli 2006 : Omzendbrief met betrekking tot de drugproblematiek in de gevangenissen.**<sup>8</sup>

In deze omzendbrief wordt de visie van de minister van Justitie over de drugproblematiek in de gevangenissen verduidelijkt. Deze omzendbrief stelt dat gevangenen over dezelfde drughulpverlening moeten kunnen beschikken als druggebruikers in de samenleving. *Harmreduction*-initiatieven worden in deze omzendbrief beschouwd als een volwaardig onderdeel van het drugbeleid(Todts, 2006).

2. **De Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden.**

In de Basiswet worden de rechten en plichten van gevangenen geëxpliciteerd. Daarnaast worden de structuur van het gevangeniswezen en de basisbeginselen van de detenteperiode aangehaald(Liga voor de mensenrechten, 2005). Tijdens de stageperiode werd duidelijk dat er in de Basiswet geen vermelding wordt gemaakt van *harmreduction*-initiatieven. De toegang tot *harmreduction*-initiatieven is dus (nog) geen geïmplementeerd recht voor Belgische gedetineerden.

3. **Procedure nr. E05. Voorschrijven, afleveren en bedelen van methadon of buprenorfine.**

<sup>2</sup>Deze procedure werd door Dienst gezondheidszorg bij de gevangenissen (DGZG) opgesteld om de substitutiebehandelingen in de Belgische gevangenissen te stroomlijnen. Deze procedure is gebaseerd op de gelijkwaardigheid van zorgverlening. Er wordt vermeld hoe de substitutiemedicatie voorgeschreven, afgeleverd en bedeed moet worden(Dienst gezondheidszorg bij de gevangenissen, 2008).

4. **Procedure nr. D05 Diagnose en behandeling van hepatitis C.**<sup>10</sup>

Deze procedure werd ook opgesteld door de DGZG. Ook dit protocol is gebaseerd op de gelijkwaardigheid van zorg. Er wordt aangehaald hoe hepatitis C moet opgespoord en behandeld worden in de Belgische gevangenissen(Dienst gezondheidszorg bij de gevangenissen, 2010).

### 3.1. Gezondheidszorg en druggebruik in de Belgische gevangenissen.

Het is geen geheim dat de infrastructuur van de meeste Belgische gevangenissen verouderd is en dat bijna alle gevangenissen te kampen hebben met overbevolking(Directoraat Generaal Penitentiarie

<sup>8</sup> afgekort tot ' ministeriële omzendbrief'

<sup>9</sup> afgekort tot ' Procedure E05'

<sup>10</sup> afgekort tot ' Procedure D05'

Inrichtingen, 2011). Tijdens stakingen is er weinig of geen dienstverlening aanwezig op het vlak van gezondheidszorg(Commissie voor de Justitie, 2012).

In de Belgische gevangenen geldt het normaliseringsbeginsel. De penitentiaire gezondheidszorg moet gelijkwaardig zijn aan die van de samenleving(VRG Alumni, 2005).Artikel 88 van de Basiswet stelt : *“De gedetineerde heeft recht op een gezondheidszorg die gelijkwaardig is met de gezondheidszorg in de vrije samenleving en die aangepast is aan zijn specifieke noden”*(*“Wet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden. BS, 1 februari 2005,”*) Echter, deze gelijkwaardigheid van zorg wordt in de Belgische gevangenen moeilijk bereikt. Er is een tekort aan hulpverleners en de kwaliteit van de gezondheidszorg is ondermaats(Commissie voor de Justitie, 2012).

De dienst gezondheidszorg bij de gevangenen (DGZG) is als onderdeel van DG EPI<sup>11</sup> verantwoordelijk voor de organisatie van de gezondheidszorg in de gevangenen. De penitentiaire gezondheidszorg is tot op heden immers nog altijd de bevoegdheid van de FOD Justitie en niet van de FOD Volksgezondheid(Deprez et al., 2011). Dit is in tegenspraak met de internationale aanbevelingen(World Health Organization, 2007).

De centrale toezichtsraad voor het gevangeniswezen bundelt de klachten van de commissies van toezicht<sup>12</sup>. Uit het jaarverslag van de centrale toezichtsraad van gevangeniswezen<sup>13</sup> blijkt dat een tiende van de ingediende klachten handelt over de penitentiaire gezondheidszorg. Vooral de behandeling en opvang van drugsverslaafden blijft problematisch,(Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen, 2011) hoewel het Belgische penitentiair drugbeleid streeft naar een evenwicht tussen preventie , voorlichting en professionele hulpverlening(Interministeriële Conferentie Drugs, 2010) .

36.3 % van de gedetineerden in de Belgische gevangenen zijn opgesloten voor druggerelateerde misdrijven(Deprez et al., 2011). Ook tijdens de detentie worden er drugs gebruikt. Gedetineerden gebruiken drugs om verveling tegen te gaan en om hun situatie te vergeten(Todts, 2009). Het middelengebruik zorgt voor een verstoorde relaties tussen de gevangenen en het personeel.(De Clerck, 2010)

## **3.2. Harmreduction in de Belgische gevangenen**

### **a. Informatie-educatie-communicatie**

Volgens de ministeriële omzendbrief moet er in de Belgische gevangenen genoeg bruikbare informatie aanwezig zijn rond de gezondheidsrisico's die gepaard gaan met druggebruik(Directoraat Generaal Uitvoering van straffen en maatregelen, 2006).

De procedure D05 en de ministeriële omzendbrief stellen dat het bestaan van de mogelijkheid tot het laten testen op HIV/AIDS en HCV op een actieve wijze moet bekendgemaakt worden, in het bijzonder aan gedetineerden met een risicoprofiel(Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen, 2010;

---

<sup>11</sup> Directoraat generaal penitentiaire inrichtingen

<sup>12</sup> Elke Belgische gevangenis heeft een commissie van toezicht. De leden hiervan identificeren en inventariseren voorvallen en incidenten in hun inrichting die kunnen wijzen op een inadequate werking van deze inrichting.(FOD Justitie, 2011c)

<sup>13</sup> De centrale toezichtsraad van het gevangeniswezen houdt onafhankelijk toezicht op de bejegening van Belgische gedetineerden.(FOD Justitie, 2011c)

Directoraat Generaal Uitvoering van straffen en maatregelen, 2006; Todts, 2006). Echter, slechts een derde van de Belgische gevangenen biedt deze mogelijkheid tot testen actief aan en het blijkt dat er maar weinig gedetineerden zijn die weet hebben van deze mogelijkheid (Deprez et al., 2011).

In de Belgische richtlijnen wordt er geen gewag gemaakt van peereducatie. Nochtans wordt dit wel aangeraden door de wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization et al., 2007).

#### b. Substitutietherapie

In de Belgische gevangenen bestaan er substitutiebehandelingen met methadon en buprenorfine<sup>14</sup> voor zowel onderhoud als afbouw (Deprez et al., 2011; Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen, 2008).

Procedure E05 geeft aan dat een nieuwe gedetineerde die reeds een onderhoudsbehandeling volgde, deze kan voortzetten in de gevangenis. Tijdens de detentie kan er ook een onderhoudsbehandeling begonnen worden (Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen, 2008; Todts, 2006).

De dosis medicatie die voorgeschreven wordt, kan enkel door de behandelende geneesheer bepaald worden (Directoraat Generaal Uitvoering van straffen en maatregelen, 2006).

Volgens procedure E05 zouden er in elke gevangenis substitutiebehandelingen geïmplementeerd moeten zijn. Daarnaast moet deze behandeling beschikbaar zijn voor elke gedetineerde die hier baat bij kan hebben (Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen, 2008). In de realiteit blijkt echter dat de hoeveelheid nieuw begonnen substitutiebehandelingen afhangt van instelling tot instelling. Het is de verantwoordelijke geneesheer die dit bepaalt. Veel hangt ook af van de ingesteldheid van de geneesheer op het vlak van substitutietherapie. De gevangenis van Hasselt is een koploper op het vlak van substitutiebehandelingen.<sup>15</sup>

#### c. Bleachproducten

De ministeriële omzendbrief stelt dat er tijdens de detentie gratis bleektabletten ter beschikking zijn. De verdeling van deze tabletten gebeurt door de medische dienst (Directoraat Generaal Uitvoering van straffen en maatregelen, 2006; Todts, 2006). Er is in de Belgische richtlijnen geen sprake van verschillende locaties waarop deze tabletten beschikbaar zijn, noch over het aanbieden van bruikbare informatie. Dit gaat in tegen de aanbevelingen van de WHO (WHO et al., 2007).

Deze schadebeperkende maatregel is ingeschreven in de ministeriële omzendbrief, maar in werkelijkheid zijn er geen bleektabletten beschikbaar in de Belgische gevangenen. Het enige wat gedetineerden kunnen doen om hun injectiemateriaal te ontsmetten, is een vloeibaar desinfecteermiddel bestellen via de kantenlijst (Deprez et al., 2011).

#### d. Condooms – glijmiddel

In de ministeriële omzendbrief staat dat er gedurende de detentieperiode condooms beschikbaar zijn (Directoraat Generaal Uitvoering van straffen en maatregelen, 2006). Dit is de enige bepaling in de Belgische richtlijnen die handelt over condooms. Over glijmiddel is er geen bepaling vindbaar. Nochtans beveelt de WHO aan dat er best glijmiddel op basis van water beschikbaar is in gevangenen (World Health Organization et al., 2007).

---

<sup>14</sup> Buprenorfine is eveneens een substitutiemiddel.

<sup>15</sup> Gesprek met hoofdapotheeker DGZG tijdens de stageperiode.

In gevangnissen met vrouwelijke gedetineerden moeten er bovendien ook vrouwencondooms aanwezig zijn (World Health Organization et al., 2007). In de ministeriële omzendbrief wordt er echter geen onderscheid gemaakt naar type condoom (Directoraat Generaal Uitvoering van straffen en maatregelen, 2006).

e. Sputenruil

Sputenruil bestaat niet in de Belgische gevangnissen. Hierover bestaan dus geen Belgische richtlijnen.

De verklaring voor het ontbreken van sputenruil in de Belgische gevangnissen luidt dat er slechts een klein aantal gedetineerden blijkt te injecteren tijdens de detentieperiode. Sputenruil wordt dus niet beschouwd als een prioriteit (Deprez et al., 2011). Deze zienswijze gaat echter in tegen de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie, die stelt dat er sputenruilprogramma's aanwezig zouden moeten zijn in penitentiaire instellingen wanneer er weet is van injecterend druggebruik (World Health Organization et al., 2007).

## Hoofdstuk 4 : Het inkomerspakket voor Vlaamse gedetineerden.

Dit hoofdstuk handelt over het inkomerspakket voor gedetineerden. Eerst wordt de inhoud van dit pakket nagegaan.

Daarna wordt het gezondheidsboekje voor gedetineerden besproken. Er wordt beschreven wat dit boekje is en hoeverre het beschikbaar is in de Vlaamse gevangenissen. Vervolgens wordt nagegaan of de inhoud van het gezondheidsboekje strookt met de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie inzake *harmreduction*.

### 4.1 Het inkomerspakket voor Vlaamse gedetineerden

Bij aankomst in de gevangenis krijgen de gedetineerden een gratis basispakket aan kledij en toiletartikelen (FOD Justitie, 2011b).

Bij aankomst krijgen de gedetineerden ook alle noodzakelijke brochures om een zicht te krijgen op het gevangenisleven. Het huishoudelijk reglement ligt klaar op de cel of wordt onmiddellijk overhandigd bij binnenkomst. Na aankomst in de gevangenis hebben de gedetineerden binnen 24 uur een onderhoud met de directeur. Tijdens dit onderhoud kunnen de noodzakelijke documenten ook overhandigd worden (FOD Justitie, 2011a).

### 4.2 Het gezondheidsboekje voor gedetineerden : een onderdeel van het inkomerspakket?

#### 4.2.1 Wat is het gezondheidsboekje?

Het gezondheidsboekje circuleert in alle Belgische gevangenissen en informeert de gedetineerden over gezondheid en druggerelateerde gezondheidsproblemen. In het Nederlands luidt de titel : ‘Je leven sturen, ook binnen de muren’ en in het Frans is het ‘ La santé en prison : gardons le cap!’ (FOD Justitie, 2011d).

#### 4.2.2 Beschikbaarheid van het gezondheidsboekje

Aan de Vlaamse gevangenissen werd, in kader van deze bachelorproef, de vraag gesteld hoe nieuwe gedetineerden het gezondheidsboekje konden bemachtigen, en of dit boekje hen actief werd aangeboden. Daarnaast werd ook gevraagd of het boekje standaard behoorde tot het inkomerspakket voor nieuwe gedetineerden.

Op de website van de FOD Justitie wordt aangegeven dat het gezondheidsboekje ter beschikking is in alle Belgische gevangenissen (FOD Justitie, 2011d). Uit de bevraging blijkt echter dat dit niet het geval is in de Vlaamse gevangenissen.

In de gesloten jeugdinstelling ‘De Grubbe’ wordt het gezondheidsboekje niet verdeeld. Als gevolg van de gestelde onderzoeksvraag zal de directie nagaan of dit boekje van nut zou zijn in hun instelling. De directie van de penitentiaire inrichting van Tongeren geeft ook aan dat zij dit boekje niet verdelen. Indien de boekjes bezorgd kunnen worden door de DGZG, zullen ze toegevoegd worden aan het inkomerspakket voor de gedetineerden.

De gevangenis van Antwerpen geeft aan dat de medische dienst het gezondheidsboekje proactief aanbiedt aan gedetineerden wanneer zij menen dat gedetineerden tot de doelgroep behoren. De doelgroep bestaat uit druggebruikers, ex-gebruikers, en dragers van besmettelijke ziektes. Dit gebeurt uiterlijk één dag na aankomst wanneer de gedetineerde gezien wordt door de dokter en de verpleegster. Het gezondheidsboekje ligt ook vrij ter beschikking in de bibliotheek. Het arresthuis

heeft jaarlijks een groot verloop en bijgevolg kunnen zij niet iedereen een boekje geven. Het boekje is dus geen onderdeel van het inkomerspakket.

Het gezondheidsboekje werd door de penitentiaire inrichting van Merksplas bijbesteld maar het werd nog niet opnieuw aangeleverd. Als de nieuwe exemplaren beschikbaar zijn, zal het gezondheidsboekje standaard toegevoegd worden aan het inkomerspakket.

In de hulpgevangenis van Leuven, in het penitentiair complex van Brugge en in de Gentse gevangenis hangt buiten aan de verpleegpost een rek waarop het gezondheidsboekje voor gedetineerden te vinden is. Het is echter geen onderdeel van het inkomerspakket en wordt niet proactief aangeboden tijdens de medische consultaties. Gedetineerden kunnen in de gevangenis Turnhout het gezondheidsboekje vragen bij de medische dienst.

Uit de bevraging blijkt dat enkel in de gevangenis van Dendermonde het gezondheidsboekje een onderdeel is van het inkomerspakket.

### 4.3 De aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie en het gezondheidsboekje

#### a. Informatie- educatie – communicatie

Na navraag blijken gedetineerden de inhoud van het gezondheidsboekje niet altijd duidelijk te vinden. Ze vinden het chaotisch, onoverzichtelijk en de schrijfstijl is voor sommigen onbegrijpbaar.<sup>16</sup>

Een aantal gedetineerden was betrokken bij de ontwikkeling van dit boekje (Dienst gezondheidszorg bij de gevangenis & Modus Vivendi, 2010), zoals aangeraden door de wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, 2007).

Echter, het gezondheidsboekje bestaat nog maar enkel in het Nederlands en het Frans. De WHO beveelt nochtans aan dat de beschikbare *harmreduction*-informatie in de mate van het mogelijke rekening houdt met de verschillende nationaliteiten in de gevangenis (World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006).

#### b. Substitutietherapie

De gedetineerde leest dat in de gevangenis een voortzetting mogelijk is van een substitutiebehandeling die al begonnen was in de maatschappij. Daarnaast lezen zij ook dat deze behandeling gestart kan worden in de gevangenis. (Dienst gezondheidszorg bij de gevangenis & Modus Vivendi, 2010). Deze bepalingen stroken met deze van de WHO.

Echter, de gedetineerde leest ook dat de dosering van de substitutietherapie stelselmatig vermindert bij langgestraften tot de ontwenning bereikt is (Dienst gezondheidszorg bij de gevangenis & Modus Vivendi, 2010). Dit gaat echter in tegen het *harmreduction*-perspectief dat de WHO voor ogen houdt. *Harmreduction* houdt voor hen niet in dat er per definitie volledig ontwenning moet bereikt worden (World Health Organization, 2007).

#### c. Bleachproducten

In navolging van de wereldgezondheidsorganisatie geeft het gezondheidsboekje aan hoe injectiemateriaal moet ontsmet worden. Hierbij wordt ook aangegeven dat het reinigen met bleekwater

---

<sup>16</sup> Gesprek met psychiatrisch verpleegkundige penitentiair complex Brugge tijdens de stageperiode.

niet volstaat om het hepatitisvirus te vernietigen(Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010; World Health Organization et al., 2007).

De gedetineerden kunnen bleekproducten bestellen via de kantine lijst.(Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010) Dit gaat echter in tegen de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie die stelt dat deze producten discreet ter beschikking gesteld moeten worden(World Health Organization Europe, 2005).

#### d. Condooms – glijmiddel

Doorheen het gezondheidsboekje wordt aangeraden om condooms en glijmiddel te gebruiken om de transmissie van overdraagbare aandoeningen tegen te gaan. Deze condooms zijn te vinden bij de medische dienst of kunnen verkregen worden via de kantine lijst(Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010).

De gedetineerden moeten zelf vragen naar deze condooms en het bijhorende glijmiddel(Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010).Dit gaat echter in tegen de visie van de WHO die stelt dat condooms discreet ter beschikking gesteld moeten worden op verschillende locaties opdat de gedetineerden deze anoniem kunnen meenemen(World Health Organization et al., 2007).

Voor vrouwelijke gedetineerden staan er tekeningen in het gezondheidsboekje om van een mannencondoom een vrouwencondoom te maken(Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010). Dit gaat echter in tegen de aanbeveling van de wereldgezondheidsorganisatie. Als er vrouwelijke gedetineerden verblijven in een instelling moeten er ook vrouwencondooms beschikbaar zijn(World Health Organization et al., 2007).

#### e. Sputenruil

Doorheen het gezondheidsboekje wordt herhaaldelijk aangegeven dat injectiemateriaal niet gedeeld mag worden. De gedetineerden wordt aangeraden om drugs te roken of te snuiven . Wanneer gedetineerden toch drugs injecteren, raadt het gezondheidsboekje aan om de spuiten te ontsmetten met bleekproducten(Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010).

Sputenruilprogramma's zijn niet voorhanden in de Belgische gevangenen. Zoals hoger vermeld , gaat dit in tegen de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie(World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006).Het gezondheidsboekje geeft wel aan dat gedetineerden tijdens hun uitgangsmoedelingen hun gebruikte spuiten kunnen inleveren in een filiaal voor sputenruil(Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010).



## Discussie

### a. Internationaal

De grootste drempel waarmee gevangenen geconfronteerd worden om *harmreduction*-initiatieven in te voeren, is het ontbreken van een adequate gezondheidszorg, één die gelijkwaardig is aan die van de samenleving. *Harmreduction*-initiatieven zijn een onderdeel van deze gezondheidszorg. Andere drempels zijn de overbevolking en de verouderde staat waarin veel gevangenisgebouwen zich bevinden. Het is bovendien ook moeilijk om een evenwicht te vinden tussen het repressieve gevangenisregime en het hulpverlenende karakter van de gezondheidszorg (World Health Organization, 2007).

De drempels om *harmreduction*-initiatieven in te voeren bestaan al lang. Het is in het belang van de gedetineerden dat er structurele oplossingen gezocht worden om deze hindernissen tegen te gaan. Zo kunnen schadebeperkende maatregelen gemakkelijker geïmplementeerd worden in een penitentiaire context.

Uiteraard bestaan er nog meer drempels om *harmreduction*-initiatieven in te voeren dan aangehaald in deze bachelorproef. Naast de drempels die vermeld werden, zullen er in elke gevangenis drempels ontstaan, eigen aan haar specifieke cultuur.

In deze bachelorproef zijn er vijf *harmreduction*-initiatieven opgenomen die aanbevolen worden door de wereldgezondheidsorganisatie in een penitentiaire context. Deze zijn : informatie-educatie-communicatie, substitutiebehandeling, condooms – glijmiddel, bleekproducten en spuitenruil.

Deze *harmreduction*-initiatieven stuiten echter op problemen in een penitentiaire context. Zo zorgt informatieverstrekking niet voor gedragsverandering bij gedetineerden (World Health Organization et al., 2007). Condooms worden vaak niet anoniem ter beschikking gesteld, wat ervoor zorgt dat gedetineerden ze niet discreet kunnen meenemen (World Health Organization et al., 2007). De toegang tot een substitutiebehandeling in de gevangenis is niet altijd gegarandeerd (World Health Organization, 2007). De effectiviteit van bleekproducten is niet bewezen, maar het wordt toch aangeraden als *harmreduction*-initiatief als gevangenisdirecties geen spuitenruilprogramma's willen opstarten (World Health Organization Europe, 2005). De implementatie van spuitenruilprogramma's stoot op veel weerstand van gevangenisdirecties. Ze vrezen dat de spuiten als wapens zullen gebruikt worden (World Health Organization et al., 2007).

De manier waarop *harmreduction* geïmplementeerd wordt, verschilt van gevangenis tot gevangenis. Toch telt voor elke gevangenis dat zij dienen te streven naar een zo grondig mogelijke implementatie van schadebeperkende maatregelen. Deze worden best als een pakket aangeboden om tot het beste resultaat te komen (World Health Organization, 2007).

Bij het beantwoorden van deze onderzoeksvraag werd het duidelijk dat er nood is aan een overleg tussen enerzijds de repressieve en anderzijds de hulpverlenende kant in de gevangenis om *harmreduction*-initiatieven tot hun recht te laten komen. Wanneer deze twee kanten een gemeenschappelijk draagvlak vinden, kan elk *harmreduction*-initiatief ten volle geïmplementeerd worden.

De maatregelen die in deze bachelorproef aangehaald worden, zijn niet exhaustief. Er bestaan nog meerdere *harmreduction*-initiatieven. Daarnaast heeft de wereldgezondheidsorganisatie de waarheid niet in pacht. Deze bachelorproef is hierdoor beperkt aangezien zij geen aanbevelingen opneemt van andere grote internationale actoren op het vlak van *harmreduction*.

## Aanbevelingen :

Het is belangrijk dat vooral het bestaande onderzoek rondom *harmreduction*-initiatieven voortgezet wordt. Het valt echter aan te bevelen dat deze onderzoeken meer rekening houden met de realiteit van een gevangeniscontext. Zo kunnen maatregelen ontwikkeld worden die op zo min mogelijk problemen stuiten binnen een penitentiaire context.

### **b. België**

De meeste Belgische gevangenissen zijn verouderd. Daarnaast hebben veel gevangenissen te kampen met overbevolking (Directoraat Generaal Penitentiaire Inrichtingen, 2011). Bovendien vormen de herhaaldelijke stakingen in de gevangenissen een hindernis voor de dienstverlening op het vlak van gezondheidszorg. (Commissie voor de Justitie, 2012). Een bijkomende drempel is dat de bevoegdheid over de penitentiaire gezondheidszorg nog altijd valt onder de FOD Justitie en niet onder de FOD Volksgezondheid. De drughulpverlening in de Belgische gevangenissen blijft bovendien problematisch (Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen, 2011). Al deze drempels kunnen ervoor zorgen dat de implementatie van *harmreduction*-initiatieven in de Belgische gevangenissen niet van een leien dakje loopt.

De aangehaalde Belgische drempels worden al geruime tijd geïdentificeerd via verschillende kanalen. Net zoals op het internationale vlak is er in België structureel overleg nodig om de drempels die er ervoor zorgen dat de implementatie van *harmreduction*-initiatieven bemoeilijkt wordt, tegen te gaan. Het is noodzakelijk dat elke bevoegde actor zijn verantwoordelijkheid opneemt om zo tot structurele oplossingen te komen.

Deze bachelorproef geeft enkel een globaal beeld van drempels in het Belgisch penitentiair landschap. Uiteraard heeft hiernaast elke Belgische gevangenis haar eigen specifieke hindernissen waardoor de implementatie van *harmreduction*-initiatieven bemoeilijkt kan worden.

In de Basiswet, waarin de rechten en plichten van de gedetineerden ingeschreven staan, zijn er geen *harmreduction*-initiatieven ingeschreven. De aangehaalde Belgische richtlijnen maken gewag van elk van de aanbevolen *harmreduction*-initiatieven met uitzondering van spuitenruil. Hoewel de Belgische richtlijnen wel melding maken van deze schadebeperkende maatregelen, zijn zij niet zo uitgebreid als de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie. Zo bestaat er geen richtlijn over peer-educatie.

Daarnaast blijkt er enkel vloeibaar desinfecteermiddel te bestaan in de gevangenissen maar niet de bleektabletten die de ministeriële omzendbrief vermeldt (Deprez et al., 2011). Deze bleekproducten moeten via de kantine lijst besteld worden (Directoraat Generaal Uitvoering van straffen en maatregelen, 2006). Gedetineerden kunnen dus niet anoniem aan deze producten geraken.

De Belgische richtlijnen vermelden geen locaties waarop de gedetineerden discreet condooms ter beschikking hebben. Er wordt enkel melding gemaakt van de medische dienst. Daarnaast wordt er geen onderscheid gemaakt tussen types condooms. Op basis van de Belgische richtlijnen is het dus niet duidelijk of er ook vrouwelijke condooms ter beschikking zijn (Directoraat Generaal Uitvoering van straffen en maatregelen, 2006).

In de Belgische gevangenissen zijn er geen spuitenruilprogramma's aanwezig. Er blijken weinig gevangenen te injecteren, dus dit wordt niet als een prioriteit beschouwd (Deprez et al., 2011). Dit gaat in tegen de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie, die stelt dat er spuitenruil moet zijn

in een gevangenis, wanneer er weet is van injecterend druggebruik (World Health Organization et al., 2007).

Nieuwe gedetineerden krijgen bij aankomst in de gevangenis een gratis basispakket aan kledij en toiletartikelen (FOD Justitie, 2011b, 2011e). Daarnaast krijgen ze ook alle noodzakelijke brochures om de werking van het gevangenisleven te leren kennen (FOD Justitie, 2011a). Welke kledijstukken en hygiënische producten de gedetineerden precies krijgen, hangt af van gevangenis tot gevangenis.

Deze vaststelling roept enkele vragen op :

- Waarom is deze inhoud van het inkomerspakket niet gestandaardiseerd in de Vlaamse gevangenissen ? Zorgen deze verschillen voor ongelijkheden tussen de Vlaamse gevangenissen?
- Maakt het feit dat een gedetineerde binnenkomt in een arresthuis of strafhuis een verschil uit in de inhoud van het inkomerspakket?

De website van de FOD Justitie geeft aan dat het gezondheidsboekje beschikbaar moet zijn voor de gedetineerden in alle Belgische gevangenissen (FOD Justitie, 2011d). Dit blijkt echter, in de Vlaamse gevangenissen, niet het geval te zijn.

In de gesloten jeugdinstelling 'de Grubbe' en in de gevangenis van Tongeren wordt het gezondheidsboekje niet verdeeld. De gevangenis van Merksplas heeft het boekje bijbesteld, maar nog niet aangekregen.

In de gevangenis van Antwerpen wordt het boekje proactief aangeboden door de medische dienst aan gedetineerden met een risicoprofiel. Daarnaast is het te vinden in de bibliotheek. Ook in de gevangenis van Turnhout kan het gezondheidsboekje gevraagd worden tijdens een medische consultatie.

In de hulpgevangenis van Leuven, in het penitentiair complex van Brugge en in de gevangenis van Gent is het boekje te vinden op een rek buiten aan de verpleegpost.

De gevangenis van Dendermonde is de enige bevraagde gevangenis waarbij het gezondheidsboekje standaard een onderdeel is van het inkomerspakket voor gedetineerden.

Bovenstaande vaststellingen roepen bijkomende vragen op die buiten het bestek van deze bachelorproef vallen :

- Hoeveel gedetineerden vragen in een Vlaamse gevangenis naar dit gezondheidsboekje tijdens een medische consultatie?
- Hoeveel gezondheidsboekjes worden meegenomen door gedetineerden wanneer zij vrij mee te nemen zijn?

Deze bachelorproef kampt met een non-respons van 9 Vlaamse gevangenissen. Het geeft dus geen volledig beeld van de beschikbaarheid van het gezondheidsboekje in alle Vlaamse gevangenissen.

Het gezondheidsboekje strookt in grote mate met de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie op het vlak van *harmreduction*. Echter, net zoals met de Belgische richtlijnen het geval is, zijn de *harmreduction*-initiatieven maar deels geïmplementeerd.

Zo bestaat het gezondheidsboekje nog maar enkel in het Nederlands en het Frans , hoewel de WHO aanbeveelt dat informatie over *harmreduction* beschikbaar moet zijn in zo veel mogelijk talen(World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006).

Het gezondheidboekje stelt ook dat de dosering van de substitutietherapie vermindert bij langgestraften tot de ontwenning bereikt is. (Dienst gezondheidzorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010) Dit gaat in tegen de aanbevelingen van de gezondheidsorganisatie , aangezien *harmreduction* niet per definitie vereist dat de ontwenning bereikt wordt(World Health Organization, 2007).

Gedetineerden lezen ook dat ze bleekproducten via de kantenlijst kunnen bestellen.(Dienst gezondheidzorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010) Dit betekent dat de producten niet discreet ter beschikking zijn, zoals zou moeten volgens de wereldgezondheidsorganisatie(World Health Organization Europe, 2005).

Condoms zijn beschikbaar bij de medische dienst en zijn niet discreet beschikbaar op verschillende locaties(Dienst gezondheidzorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010), zoals het is aanbevolen(World Health Organization, 2007).Vrouwelijke gedetineerden krijgen tekeningen voorgeschoteld die tonen hoe van een mannencondoom een vrouwencondoom te maken(Dienst gezondheidzorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010). Er zijn blijkbaar geen kant en klare vrouwencondooms beschikbaar, wat tegen de bepalingen van de wereldgezondheidsorganisatie ingaat(World Health Organization, 2007).

De mogelijkheid tot spuitenruil wordt enkel vermeld als een mogelijkheid in de buitenwereld.(Dienst gezondheidzorg bij de gevangenen & Modus Vivendi, 2010) Zoals aangegeven, raadt de WHO het implementeren van spuitenruilprogramma's in gevangenen aan(World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006).

Met uitzondering van spuitenruil, haalt het gezondheidsboekje dus alle *harmreduction*-initiatieven aan die opgenomen zijn in deze bachelorproef. Deze vaststelling roept enkele vragen op :

- Een eerste vraag is waarom gevangenen er voor zouden opteren om het gezondheidsboekje niet te verdelen. Deze vraag werd niet in de bevraging aan de Vlaamse gevangenen opgenomen.
- Een tweede vraag die zich stelt is waarom dit boekje niet op een proactieve wijze wordt aangeboden aan gedetineerden, als het aanwezig is in de gevangenis? Zoals blijkt uit de bevraging van de Vlaamse gevangenen, is dit niet het geval.

#### Aanbevelingen :

- De FOD Justitie en de FOD Volksgezondheid zouden een betere samenwerking moeten opzetten rondom de gezondheidszorg in de gevangenen. Bovendien zou het nog beter zijn dat er nagedacht wordt over het overhevelen van de bevoegdheid over de penitentiaire gezondheidszorg van de FOD Justitie naar de FOD Volksgezondheid.
- De toegang tot *harmreduction*-initiatieven in de Belgische gevangenen zou tot een recht van de gedetineerden verheven moeten worden. Nu is de toegang tot *harmreduction*-initiatieven nog een gunst voor gedetineerden.

- Schadebeperkende maatregelen dienen op een structurele wijze verder uitgebouwd worden, zodat ze in grotere mate stroken met de aanbevelingen van de wereldgezondheidsorganisatie. Daarenboven zouden de bevoegde overheden de mogelijkheid moeten nagaan of er spuitenruilprogramma's kunnen geïmplementeerd worden in de Belgische gevangenissen.
- Het gezondheidsboekje zou een standaard onderdeel moeten zijn van het inkomerspakket. Zo heeft elke gedetineerde dit boekje alleszins ter beschikking. Om dit te kunnen verwezenlijken moeten er uiteraard voldoende exemplaren beschikbaar zijn.
- Enerzijds zou het gezondheidsboekje vertaald moeten worden in talen die het meest frequent voorkomen in de Belgische gevangenissen. Daarnaast zou er ook moeten ingezet worden op peer-educatie. Zo kunnen gedetineerden de informatie in het gezondheidsboekje overbrengen op analfabete gedetineerden. Zo worden deze niet afgesneden van cruciale informatie.

## Conclusie

De implementatie van *harmreduction*-initiatieven in een penitentiaire context loopt niet van een leien dakje. De specifieke hindernissen van een gevangenisregime zorgen ervoor dat de volledige implementatie van deze schadebeperkende maatregelen vaak niet bereikt wordt. De wereldgezondheidsorganisatie beveelt als internationale organisatie verschillende *harmreduction*-initiatieven aan, maar het is aan de gevangenisdirecties om deze aanbevelingen in balans te brengen met het heersende veiligheidregime.

De Belgische richtlijnen halen alle *harmreduction*-initiatieven aan die deze bachelorproef bespreekt, met uitzondering van spuitenruil. Net zoals op het internationale vlak, kampen de Belgische gevangenissen met hindernissen om *harmreduction*-initiatieven te implementeren.

Het gezondheidsboekje is een boekje voor gedetineerden dat onder andere informatie geeft over gezondheidsrisico's bij druggebruik. Het bespreekt alle *harmreduction*-initiatieven aan die aangehaald worden in deze bachelorproef, met uitzondering van spuitenruil. Het gezondheidsboekje wordt echter niet op proactieve wijze aangeboden aan gedetineerden in de Vlaamse gevangenissen.

Zowel op het internationale en Belgische vlak bestaan er hindernissen om *harmreduction*-initiatieven in te voeren in een penitentiaire context. Er is nood aan structureel overleg tussen alle betrokken actoren om deze hindernissen te overbruggen. Op die manier kunnen de *harmreduction*-initiatieven die de wereldgezondheidsorganisatie aanbeveelt op volle kracht geïmplementeerd worden. Dit kan de gezondheid van de gedetineerden enkel maar ten goede komen.

## Literatuurlijst

- Ball, A. L. (2007). HIV, injecting drug use and harm reduction : a public health response. *Addiction* 102(5), 684-690.
- Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen (2011). *Jaarverslag Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen*. Brussel.
- Commissie voor de Justitie.(2012). *Handelingen Commissie voor de Justitie : 7 november 2012*. Brussel: Belgische senaat.
- Davoli, M., Simon, R. & Griffiths, P. (2010). Current and future perspectives on harm reduction in the European Union. In T. Rhodes & D. Hedrich (eds.), *Harm Reduction : evidence, impacts and challenges*. EMCCDA Monographs nr.10 (pp. 437-465). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- De Clerck, S. (2010). *Beleidsnota Straf- en strafuitvoeringsbeleid : Overzicht & ontwikkeling*. Brussel.
- Deprez, N., Antoine, J., Asueta-Lorente, J.-F., Bollaerts, K., Van der Linden, T., & Van Bussel, J. (eds.). (2011). *Belgian national report on drugs 2011*. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid: EMCCDA.
- Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen.(2008). *Procedure nr. E 05. Voorschrijven, afleveren en bedelen van methadon of buprenorfine. 15/7/2008*. Brussel.
- Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen (2010). *Procedure nr. D 05 . Diagnose en behandeling van hepatitis C. 1 maart 2010*. Brussel.
- Dienst gezondheidszorg bij de gevangenen, & Modus Vivendi (2010). *Gezondheid in de gevangenis : Je leven sturen, ook binnen de muren !* Brussel: Vzw Modus Vivendi.
- Directoraat Generaal Penitentiarie Inrichtingen (2011). *Activiteitenverslag 2011*. Brussel: FOD Justitie.
- Directoraat Generaal Uitvoering van straffen en maatregelen (2006). *Ministeriële omzendbrief nr.1785 van 18 juli 2006. Omzendbrief met betrekking tot de drugproblematiek in de gevangenen*. Brussel: FOD Justitie,.
- Dolan, K., Wodak, A. & Hall, W. (1999). HIV risk behaviour and prevention in prison : a bleach programme for inmates in NSW. *Drug and Alcohol Review*, 18(2), 139-143.
- Eshrati, B. (2008). Preventing HIV transmission among Iranian prisoners: Initial support for providing education on the benefits of harm reduction practices. *Harm Reduction Journal*, 5(21).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). *Treating drug users in prison - a critical area for health promotion and crime reduction policy*. Lisbon: EMCCDA.
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners : a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191.
- FOD Justitie (2011a). Aankomst Retrieved 09/05/2013, from [http://justitie.belgium.be/nl/themas\\_en\\_dossiers/gevangenen/leven\\_in\\_de\\_gevangenis/regime/aankomst/](http://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/gevangenen/leven_in_de_gevangenis/regime/aankomst/)
- FOD Justitie (2011b). Cel Retrieved 09/05/2013, from [http://justitie.belgium.be/nl/themas\\_en\\_dossiers/gevangenen/leven\\_in\\_de\\_gevangenis/regime/cel/](http://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/gevangenen/leven_in_de_gevangenis/regime/cel/)
- FOD Justitie (2011c). Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen Retrieved 10/05/2013, from [http://justitie.belgium.be/nl/themas\\_en\\_dossiers/gevangenen/toezicht\\_en\\_advies/centrale\\_toezichtsraad\\_voor\\_het\\_gevangeniswezen/](http://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/gevangenen/toezicht_en_advies/centrale_toezichtsraad_voor_het_gevangeniswezen/)
- FOD Justitie (2011d). Drugsbeleid : Informatie en preventie Retrieved 05/05/2013, from [http://justitie.belgium.be/nl/themas\\_en\\_dossiers/gevangenen/leven\\_in\\_de\\_gevangenis/drugsbeleid/informatie\\_en\\_preventie/](http://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/gevangenen/leven_in_de_gevangenis/drugsbeleid/informatie_en_preventie/)
- FOD Justitie (2011e). Kledij Retrieved 09/05/2013, from [http://justitie.belgium.be/nl/themas\\_en\\_dossiers/gevangenen/leven\\_in\\_de\\_gevangenis/regime/kledij/](http://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/gevangenen/leven_in_de_gevangenis/regime/kledij/)

- Gatherer, A. Moller, L., & Hayton, P. (2005). The world health organization european health in prison project after 10 years : Persistent barriers and achievements. *American Journal of Public Health, 95*(10), 1696-1700.
- Godlee, F. (1995). The World Health Organisation: WHO in Europe: does it have a role? *British Medical Journal, 310*(389).
- Hawkes, N. (2011). "Irrelevant" WHO outpaced by younger rivals. *British Medical Journal, 343*(5012).
- Heppassist. (2004). Hepatitis C vandaag : Profiel van een groot gezondheidsprobleem. In Heppassist (Ed.). Brussel.
- Interministeriële Conferentie Drugs. (2010). Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België Retrieved 24/05/2013, from <http://www.belspo.be/belspo///organisation/Call/forms/drug2011/IMC%20drugs-algemene%20verklaring%2025%20januari%202010.pdf>
- Liga voor de mensenrechten (2005). Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (2005) | Detentie Retrieved 24/05/2013, from [http://www.mensenrechten.be/index.php/site/wetten\\_verdragen/basiswet\\_betreffende\\_het\\_gevangeniswezen\\_en\\_de\\_rechtspositie\\_van\\_de\\_gedetinde](http://www.mensenrechten.be/index.php/site/wetten_verdragen/basiswet_betreffende_het_gevangeniswezen_en_de_rechtspositie_van_de_gedetinde)
- MacGregor, S., & Whiting, M. (2010). The development of European drug policy and the place of harm reduction within this. In T. Rhodes & D. Hedrich (eds.), *Harm Reduction : evidence, impacts and challenges. EMCDDA monographs nr. 10* (pp. 59-77). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Merino, P. P. (2005). *Inventory of European social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison*. Lisbon: EMCDDA.
- Mesquita, F., Jacka, D., Ricard, D., Shaw, G., & Tieru, H. (2008). Accelerating harm reduction interventions to confront the HIV epidemic in the Western Pacific and Asia : the role of WHO(WPRO). *Harm Reduction Journal, 5*(26).
- Michel, L. (2011). Limited access to HIV prevention in French prisons ( ANRS PRI<sup>2</sup>DE ) : implications for public health and drug policy. *BMC Public Health, 11*(400), 8.
- Rehm, J., Fischer, B., Hickman, M., Ball, A., Atun, R., Kazatchkine, M., & Room, R. (2010). Perspectives on harm reduction - what experts have to say. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm Reduction : evidence, impacts and challenges. EMCDDA Monographs nr.10* (pp. 79-111). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). Harm reduction and the mainstream. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm Reduction : evidence, impacts and challenges. EMCDDA Monographs nr.10* (pp. 19-33). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ritter, A., & Cameron, J. (2005). *A systematic review of harm reduction*. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre.
- Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol , tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review, 25*(6), 611-624.
- Stöver, H., & Michels, I. I. (2010). Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. *Harm Reduction Journal, 7*(17).
- Todts, S. (2006). Nieuwe omzendbrief over de drugproblematiek in de gevangenis. *VAD-berichten, 2006*(5), 10-11.
- Todts, S. (2009). Middelengebruik en psychiatrische aandoeningen in de gevangenis. In T. Daems, P. Pletinckx, L. Robert, V. Scheirs, A. van de Wiel & K. Verpoest (eds.), *Achter tralies in België* (pp. 145-162). Gent: Academia Press.
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (2003). *Harm reduction - basisinfo/ dossier*. Brussel.
- VRG Alumni (Ed.). (2005). *Recht in beweging. 12de VRG-Alumnidag 2005* Antwerpen: Maklu.
- Weatherburn, D. (2009). Dilemmas in harm minimization. *Addiction, 104*(3), 353-359.
- Wet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden. BS, 1 februari 2005.

- World Health Organization (2006). *Engaging for health. Eleventh General Programme of work 2006-2015. A global health agenda*. World Health Organization.
- World Health Organization (2007). *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2006). *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings*. Vienna: United Nations Office On Drugs And Crime.
- World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, & United Nations Office on Drugs and Crime (2007). *Effectiveness of interventions to HIV in prisons*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization Europe (2005). *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.