

# Gezondheidsrisicogedrag onder mannelijke gedetineerden ~ Intro



Photo: ghostcitytours.com

In de Nederlandse gevangenissen komen gedragingen voor die een risico vormen voor de gezondheid van gedetineerden en voor anderen (bewakers, de maatschappij buiten detentie). Dit is niet alleen in Nederland zo. Gevangenissen vormen overal ter wereld een groot risico voor het overdragen van infectieziekten (Hellard et al., 2004; Babudieri et al., 2005). Deze risico's zijn ongewenst en passen niet in het streven naar humane en correcte tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen. De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie heeft dan ook in 2008 een meerjarenplan Infectieziektenbeleid voor de periode 2008-2012 opgesteld. Doel van dit beleid is te voorkomen dat infectieziekten zich verspreiden binnen de justitiële inrichtingen en in de maatschappij. Het beleid is gebaseerd op het equivalentiebeginsel [i].

In 2007 voerde DJI een 'quick scan' uit naar gedrag onder gedetineerden dat het risico op infectieziekten vergroot, waarbij personeel van justitiële inrichtingen bevraagd werd. Deze scan bevestigde het voorkomen van dit risicogedrag, waarbij seksuele contacten, intraveneus spuiten, delen van parafernalia voor drugsgebruik, tatoeëren en piercen onder onveilige omstandigheden en prik-bijtspat incidenten genoemd werden (Van 't Hoff, 2007). Buiten deze quick scan bestond tot nu toe nauwelijks kennis over de omvang en de aard van het risicogedrag en over risicogroepen in gevangenissen in Nederland.

Personeel gaf aan dat genoemd gedrag meestal in het verborgene plaatsvindt, waardoor met name de omvang slecht in te schatten is. Het gebrek aan kennis belemmert de opzet van een effectief infectieziektebeleid in justitiële inrichtingen.

Buitenlands onderzoek laat zien dat genoemd risicovol gedrag in gevangenen voorkomen (Babudieri et al., 2005; Gagnon et al., 2007; Gratton, 2006; Strang et al., 2000). De prevalentiecijfers die bekend zijn vanuit het buitenland, lopen nogal uiteen. Oplossingen worden gezocht in voorlichting, maar ook in het verstrekken van desinfecterende middelen, methadon of condooms. In Canada was een 'safe tattooing' project, waarvan een professionele 'tattoo salon' binnen detentie onderdeel uitmaakte (Gratton, 2006). Deze 'harm reduction' oplossingen zijn niet onomstreden.

In het huidige onderzoek wordt voor het eerst een prevalentieschatting gemaakt van gedrag dat het risico op infectieziekten vergroot in Nederlandse detentie. We richten ons specifiek op hiv, soa, en hepatitis B en C. Het risicogedrag in dit onderzoek heeft betrekking op het nemen of zetten van tatoeages, piercings en boegroes[2] in detentie, intraveneus druggebruik in detentie, en - vrijwillige of onvrijwillige - onveilige seks in detentie.

### *Prevalentie*

Het onderzoek waarvan we in dit rapport verslag uitbrengen, focust op gedrag dat het risico op besmetting met infectieziekten vergroot. Infectieziekten worden gedefinieerd als ziekten die worden veroorzaakt door een overdraagbare ziekteverwekker zoals een bacterie, virus, schimmel of prion (een eiwit dat bijvoorbeeld Creutzfeld-Jacob veroorzaakt). Infectieziekten zijn per definitie besmettelijk. Binnen dit onderzoek richten we ons op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), hiv en hepatitis B en C.

De prevalentie van het onderzochte risicogedrag was op voorhand moeilijk in te schatten. Er is veel literatuur beschikbaar over infectieziekten, druggebruik en riskant seksueel gedrag onder gedetineerden, maar het betreft hier veelal buitenlands onderzoek, dat bovendien vaak gedateerd is. De resultaten die wel bekend zijn over Nederland hebben veelal betrekking op gedrag buiten detentie of op de prevalentie van infecties, niet op het gedrag waarmee deze infecties op te lopen zijn.

### *Infectieziekten*

Hepatitis C (HCV) infecties onder injecterende gevangenen zijn gevonden bij 30-44% van de gevangenen in het Verenigd Koninkrijk, en bij meer dan 80% in

Duitsland en Ierland (EMCDDA, 2003). Met betrekking tot hiv infecties is bekend dat die onder intraveneuze druggebruikers (IDU's) tussen de 0 en 2% ligt in het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en België, 23% in Spanje en 28% in Portugal (EMCDDA, 2003). Uit niet-representatieve, lokale onderzoeken in verschillende West-Europese landen blijkt dat de hiv prevalentie tussen de 0 - 13% ligt onder IDU's in detentie. HCV prevalenties liggen veel hoger: tussen de 14 - 100% (Trimbos Institute, 2001). Een onderzoek van Krebs en Simmons (2002) toont aan dat er in de VS gevallen van hiv zijn die tijdens detentie opgelopen zijn (0.63% van gedetineerden). De helft van de tijdens detentie geïnfecteerden gaf aan dat het tijdens seks met andere mannen is opgelopen. Of dit ook medegedetineerden zijn, blijft onduidelijk.

In een recent onderzoek door Leemrijse et al. (2010) wordt naar aanleiding van een dossierstudie de prevalentie van HCV in Nederlandse detentie geschat op 2-10.7% van de mannelijke en vrouwelijke gedetineerden. Het aantal met HCV besmette gedetineerden in Nederland ligt daarmee naar schatting op enig moment tussen 237 en 1272 personen. Gedetineerden die HCV positief zijn, zijn wat ouder, minder vaak niet-westers allochtoon en vaker westers allochtoon, en zijn vaker intraveneuze druggebruikers. In een ander Nederlands onderzoek (Schreuder & Van Veen, 2010) bleek geen van de onderzochte mannelijke gedetineerden hiv positief, en had 7.4% HCV.

### *Intraveneus druggebruik*

Uit internationale onderzoeken blijkt dat intraveneus druggebruik onder gedetineerden altijd hoog ligt in vergelijking met niet-gedetineerden, met in Europa percentages tussen de 6 en 38%, wat veel hoger is dan onder de algemene bevolking (1%) (EMCDDA, 2010). In het algemeen kan gesteld worden dat tussen de 1% en 56% van de gevangenen in de EU wel eens drugs gespoten heeft in detentie (EMCDDA, 2010). Intraveneus druggebruik leidt ook tot risicogedrag zoals het delen van spuiten en naalden. Uit een onderzoek bleek dat gedetineerden in voorlopige hechtenis meer geneigd waren spuiten te delen dan in de gevangenis (EMCDDA, 2010). Detentie kan ook het decor vormen voor het eerste druggebruik; tussen de 3 en 26% van druggebruikers in de gevangenis in de EU heeft in detentie voor het eerst gebruikt, voor injecterende gebruikers is dit 21% (EMCDDA, 2003). Uit verschillende onderzoeken in West Europese landen blijkt dat 3 - 26% van de gebruikers in detentie voor het eerst drugs hebben gebruikt (Trimbos Institute, 2001), en voor IDU's ligt dit percentage tussen de 0.4 - 21% (WIAD-ORS, 1998).

Met betrekking tot Nederland zijn er vooral gegevens bekend over druggebruik onder gedetineerden buiten detentie. In een landelijk onderzoek onder gedetineerden in Nederland was 38% problematisch gebruiker van drugs - vooral cannabis, cocaïne en/of heroïne - in het jaar voorafgaand aan hun detentie (Oliemeulen et al., 2007). Volgens een onderzoek onder volwassen mannelijke gedetineerden op de reguliere afdelingen van de PI Vught was 30% in het afgelopen jaar drugsverslaafd (Bulten, Nijman & van der Staak, 2007). Ondanks dat de selectie van respondenten at random plaatsvond, ging het bij dit onderzoek om een 'convenience sample', en is het dus de vraag in hoeverre dit percentage zich laat extrapoleren naar de totale groep gedetineerden. In een onderzoek onder minderjarige gedetineerden (14-17 jaar) rapporteerde ruim de helft van de geïnterviewden cannabisgebruik in de maand voorafgaand aan hun detentie, ongeveer een op de tien het gebruik van ecstasy, respectievelijk cocaïne, maar slechts een enkeling het gebruik van heroïne- of crack (Korf et al., 2005). Er zijn drie Nederlandse onderzoeken met cijfers over druggebruik tijdens detentie: een al wat ouder onderzoek onder gedetineerden met verslavingsproblematiek (Bieleman & Van der Laan, 1999), een recenter onderzoek onder jongens in Justitiële Jeugd Inrichtingen (JJI) (Kepper et al., 2009) en een zeer recent prevalentie onderzoek onder mannelijke gedetineerden (Schreuder & Van Veen, 2010). Uit het onderzoek onder gedetineerden met verslavingsproblematiek bleek indertijd dat 45% van de respondenten cannabis en 22% methadon tijdens detentie gebruikte. Uit het onderzoek in de JJI's bleek dat 6% van de jongens tijdens hun verblijf in de JJI's hard drugs gebruikt hebben (Kepper et al., 2009). In het onderzoek van Schreuder & Van Veen had een derde (36%) van de respondenten tijdens detentie drugs gebruikt, maar hierbij ging het met name om cannabis. In hun onderzoek bleek het spuiten van drugs in detentie heel zeldzaam.

### *Seksuele contacten*

De zeer schaarse literatuur over seksuele contacten tussen mannelijke gedetineerden beperkt zich vooral tot seksueel geweld (Hensley et al., 2005), maar ook met betrekking tot dit onderwerp is relatief weinig bekend. Dat wat wel bekend is, komt vrijwel uitsluitend voort uit onderzoek gedaan in de VS en de UK. Schattingen van het aandeel gedetineerden dat homoseksuele contacten heeft in detentie lopen van 2% tot 65% (Nacci & Kane, 1982; Saum et al., 1995; Tewksbury, 1989; Wooden & Parker, 1982). Schattingen van het percentage gedetineerden dat aangerand is tijdens detentie lopen van 0% to 40% (Davis,

1982; Gaes & Goldberg, 2004; Hensley, 2000; Hensley et al., 2003; Lockwood, 1994; Struckman-Johnson & Struckman-Johnson, 2000, 2002; Wooden & Parker, 1982). En ten slotte variëren de schattingen van het aandeel verkrachte gedetineerden van 0% tot 8.5% (Lockwood, 1980; Tewksbury, 1989; Saum et al., 1995; Hensley, 2005; Edgar et al., 2003; Power et al., 1991). In het eerdergenoemde onderzoek van Schreuder & Van Veen (2010) werd ook gevraagd naar seks met medegedetineerden; geen enkele gedetineerde zei dit ooit te hebben gedaan.

### *Tatoeages, piercings en boegroes*

Ook over de prevalentie van piercings en tatoeages bij gedetineerden is weinig gepubliceerd. Zes studies geven echter wel specifieke cijfers die betrekking hebben op het verblijf in detentie. Allereerst bleek in het onderzoek van Schreuder en Van Veen (2010) dat 14% van de gedetineerden een of meerdere tatoeages had die in detentie zijn gezet. In Schotland werd in 2007 en 2008 tijdens een jaarlijkse enquête onder gedetineerden gevraagd naar tatoeages die tijdens detentie zijn gezet. Hieruit bleek dat in beide jaren iets meer dan de helft een of meer tatoeages te hebben, en bijna een op de vijf rapporteerde een tatoeage te hebben die in detentie is gezet (Milne, 2009). Gagnon et al. (2007) vonden dat 33% van gedetineerden in Canadese gevangenissen daar een tatoeage had gekregen en 3% een piercing. Strang et al. (2000) vonden dat 21% van de gedetineerden in Engeland en Wales tijdens detentie een tatoeage had gekregen. Braithwaite et al. (2001) vonden dat bijna een derde van jeugdige gedetineerden in de V.S. tatoeages had, en tweederde piercings. Van de getatoeëerde individuen had 21% bij een niet-professional een tatoeage laten zetten, waarvan 2% met een gedeelde naald. Bij piercings bleek dat eveneens een op de vijf door een niet-professional een piercing had laten zetten, waarvan 1.5% met gedeelde naald. Overigens is niet gevraagd of dit gedrag zich buiten of binnen detentie afspeelde.

Over het algemeen betaalden de eerdergenoemde Schotse gedetineerden niet wanneer de tatoeage door een vriend werd gezet, maar anderen werden vaak wel vergoed. Materialen die gebruikt werden waren: balpen hulzen, gitaarsnaren, tandenborstel-handvaten, garen, lijm, en een motortje uit bijvoorbeeld tondeuses, elektrische tandenborstels of controllers van een Playstation (Milne, 2009).

Het is de vraag of resultaten van onderzoeken uit Canada, Amerika, Australië, of zelfs maar buurland Groot-Brittannië zijn te vertalen naar de Nederlandse situatie. Afgezien van aperte verschillen in het justitiële systeem en

gevangenisregime, komt bijvoorbeeld intraveneus druggebruik in Nederland in vergelijking met andere landen nauwelijks voor; binnen de EU in het Nederlandse cijfer zelfs het allerlaagst (EMCDDA, 2010).

### *Risicobevorderende factoren*

Het risicovolle gedrag kan door verschillende factoren in de hand gewerkt worden. Het kan zijn dat gedetineerden zich onvoldoende bewust zijn van de overdraagbaarheid van ziekten, omdat zij onvoldoende kennis hiervan hebben. Ook kan het zijn dat hun gedrag bepaald wordt door een niet-afwijzende houding en een positieve gedragsintentie ten aanzien van de risicovolle praktijken. Ook buiten detentie spelen deze factoren een rol, bijvoorbeeld bij de beslissing van drugsgebruikers om zich te laten testen op hepatitis C (Van der Veen et al., 2009). Naast algemene gedragsbepalende factoren spelen in de detentiesituatie nog speciale factoren. Gedetineerden bevinden zich in een situatie waarin zij weinig ruimte hebben om het eigen gedrag te bepalen. Zo kunnen zij in een gesloten inrichting niet zelf desinfecterende middelen, schone naalden of condooms verkrijgen. Voor gedetineerden in een (half) open inrichtingen geldt dat zij dit in meer of mindere mate wel kunnen doen. In detentie kan door de beperking in vrijheid een cultuur heersen waarin ingeslotenen onder druk komen te staan om risicovol gedrag te vertonen. Janssen (2005) laat bijvoorbeeld zien dat het laten aanbrengen van een tatoeage een teken kan zijn van macht en controle, hetgeen in detentie nog zwaarder telt dan erbuiten. Het kan ook een onderdeel zijn van de gevangenscultuur. Uit onderzoek in Schotland bleek dat de belangrijkste redenen voor het nemen van een tatoeage waren: verveling, het is goedkoper dan een tatoeage buiten detentie laten zetten, anderen hadden er ook een laten zetten en ze zagen het werk van tatoeëerders bij medegedetineerden (Milne, 2009). Uit een onderzoek in de V.S. (Braithwaite et al., 2001) kwam naar voren dat lid zijn van een 'gang', naast het zijn van man, een risicofactor voor het hebben van een niet-professionele tatoeage was. Daarnaast hadden blanke jongens vaker niet-professionele piercings.

Ook de cultuur onder bewakers kan een rol spelen; uit Australisch onderzoek bleek bijvoorbeeld dat professionals terughoudend waren met het verstrekken van desinfecterende middelen - hoewel die volgens gevangenisbeleid verstrekt konden worden (Dolan et al., 1998, 1999). Soortgelijke bevindingen zijn gerapporteerd over Europa (Stöver et al., 2009).

### *Doelstelling, probleemstelling en onderzoeksvragen*

Doel van het onderzoek is: zicht geven op de prevalentie van gezondheidsrisicogedrag onder Nederlandse gedetineerden en op manieren om dit gedrag te voorkomen, om beter te kunnen beslissen over mogelijke verbeteringen van het preventiebeleid van het gevangeniswezen. Uiteindelijk doel is het bevorderen van de veiligheid en de leefbaarheid in de justitiële inrichtingen.

De probleemstelling luidt als volgt. Hoeveel gedetineerden vertonen gedrag dat een risico vormt voor hun eigen en andermans gezondheid? Hoe vaak vertonen zij dit gedrag? Wat zijn determinanten van dit gedrag en op welke wijze zou het voorkomen kunnen worden?

Deze probleemstelling is vertaald in een tiental onderzoeksvragen, verdeeld over drie thema's.

### *Prevalentie en profiel*

1. Hoeveel gedetineerden vertonen gedrag dat een risico vormt voor hun gezondheid in termen van infectieziekten? Wat is de frequentie van dit gedrag?
2. Wat zijn achtergrondkenmerken van gedetineerden die de zojuist genoemde gedragingen actief uitvoeren (degenen die het initiatief nemen tot het aanbrengen van tatoeages en piercings of tot seksueel contact)? Wat zijn achtergrondkenmerken van gedetineerden tegen wie het gedrag vertoond wordt (degenen bij wie tatoeages of piercings gezet worden of die onderwerp zijn van seksueel gedrag van anderen)? Valt een onderscheid te maken tussen "daders" en "slachtoffers"? Welke nuances moeten aangebracht worden?
3. In hoeverre is sprake van vrijwilligheid en eigen keuzes?
4. Zijn er risicogroepen te onderscheiden?

### *Detentiecontext*

5. Gaat het om gedrag dat specifiek in de detentiesituatie wordt vertoond, of werd het ook al buiten de detentie vertoond? Indien het detentiespecifiek is: waarom vertonen gedetineerden het gedrag?

### *Preventie en risicoreductie*

6. Wat is de kennis en de houding van gedetineerden ten aanzien van de risicogedragingen? Welke andere factoren (onder andere omgevingsfactoren) spelen een rol bij het gedrag?
7. Welke middelen en materialen zijn volgens gedetineerden in de penitentiaire inrichting formeel voorhanden om risicogedrag te voorkomen? Waarom wordt

hier wel/geen gebruik van gemaakt?

8. Welke middelen worden informeel door gedetineerden gebruikt om infecties te voorkomen?

9. Zijn gedetineerden zelf alert op desinfectie? Vragen ze erom?

10. Wat zou aan voorlichting, faciliteiten of ondersteuning geboden moeten worden om risicogedrag te ontmoedigen of in te perken? Aan welke voorwaarden moet daarbij worden voldaan? Welke behoeften leven op dit punt bij gedetineerden?

### *Methoden*

De hoofdmoot van het onderzoek bestond uit interviews met 380 mannelijke volwassen gedetineerden met een verblijfsduur van minimaal 3 maanden. Daarnaast moesten de respondenten veroordeeld zijn tot minimaal 4 maanden. Voor dit minimum is gekozen zodat de respondenten voldoende detentie-ervaring hebben om voor dit onderzoek relevante informatie te kunnen verschaffen.

Deze minimale verblijfsduur heeft betrekking op de huidige straf en niet op het totale detentieverleden. Slechts een klein deel van de gedetineerden valt binnen deze groep. Het grootste deel krijgt een kortere, of na preventieve hechtenis helemaal geen vrijheidsstraf opgelegd. De groep waar dit onderzoek zich op richt brengt echter wel het grootste aantal uren in detentie door.

Voor de interviews met gedetineerden is gebruikgemaakt van een trapsgewijs steekproefmodel. In de eerste stap is een selectie van gevangenen gemaakt; in de tweede stap een selectie van gedetineerden binnen deze inrichtingen (zie Hoofdstuk 2). De interviews zijn face-to-face gehouden aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst, met grotendeels gesloten, maar ook open antwoorden.

Daarnaast zijn focusgroep gesprekken gevoerd met ervaringsdeskundigen en professionals in het veld. Doel hiervan is om concrete, praktisch toepasbare preventieve maatregelen te formuleren.

### *Analyse en schattingen*

Gegevens van de afgenomen interviews met gedetineerden zijn ingevoerd in een computerbestand en geanalyseerd. Hiertoe is gebruik gemaakt van het statistische programma PASW (voorheen SPSS, versie 17.0). Deels gaat het om descriptieve analyses (frequenties, gemiddelden). Daarnaast zijn (sub)groepen vergeleken in bivariate analyses. Antwoorden op de open vragen zijn meer kwalitatief geïnterpreteerd.



In het interview is niet alleen ingegaan op risicogedrag tijdens de huidige detentieperiode. Ook over gedragingen tijdens eventuele detentie in het verleden (recidive is i.h.a. hoog) in zowel binnen- als buitenlandse gevangenissen zijn vragen gesteld; evenals over gedrag buiten detentie. Dit levert verschillende prevalentie-maten op van risicogedrag in verschillende settings en in verschillende periodes. Prevalenties worden bovendien gespecificeerd naar leeftijd, etniciteit en andere achtergrondkenmerken, zolang de resultaten niet op een persoon herleidbaar zijn. Ook worden typen locaties (HvB, BBI/ZBBI, etc.) onderscheiden.

Door de opzet van de steekproef (landelijke spreiding, random selectie van gedetineerden) levert het onderzoek schattingen op die representatief zijn voor mannelijke gedetineerden die op het moment van het interview minstens drie maanden in detentie zitten en tot minimaal vier maanden veroordeeld zijn. De schattingen zijn gebaseerd op de prevalentiecijfers die voortkomen uit zelfrapportage.

#### NOTEN

[1] Dit beginsel gaat er van uit dat gedetineerden zorg zouden moeten ontvangen die gelijkwaardig is aan die buiten detentie binnen hetzelfde land.

[2] Een boegroe is een balletje dat onder de huid van de penis wordt aangebracht. Het balletje kan van verschillende materialen zijn, zoals dobbelstenen, dominostenen, plastic of metaal. Vaak gaat het om zelfgemaakte balletjes, het materiaal wordt dan rond geschuurd.