



# RAPPORT

Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV  
Wetenschappelijke ondersteuning, analyse en evaluatie van de pilootprojecten die  
in dit kader opgestart en gefinancierd worden door de FOD Volksgezondheid en de  
FOD Justitie, dit met het oog op praktijk- en beleidsaanbevelingen voor een  
adequater penitentiaire gezondheidszorg.

**Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek**

(Prof. Stijn Vandeveld, Dr. Sara Rowaert, Prof. Wouter Vanderplasschen, Dr. Aline Pouille, Amine El-Zerrouk)

**Universiteit Gent, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg**

(Prof. Peter Decat, Em. Prof. Jan De Maeseneer, Prof. Nick Verhaeghe, Dr. Pieter Vynckier, Dr. Dorien Vanden Bossche)

**Universiteit Gent, Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht**

(Prof. Louis Favril, Prof. Freya Vander Laenen†)

**Université De Namur, Département de médecine**

(Prof. Dominique Roberfroid, Dr. Julia Madl, Siham El Jaouhari, Laura Magang Fopossi)

**UCLouvain, Institut de Recherche Santé et Société**

(Dr. Pablo Nicaise, Prof. Vincent Lorant)

**Vrije Universiteit Brussel**

(Prof. Kristel Beyens)

## INHOUD

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SAMENVATTING .....</b>                                                          | <b>I</b>  |
| 1. Inleiding .....                                                                 | I         |
| 2. Doelstellingen van de studie.....                                               | I         |
| 3. Methodologie .....                                                              | I         |
| 4. Voornaamste resultaten .....                                                    | I         |
| 5. Aanbevelingen .....                                                             | IV        |
| 6. Conclusie.....                                                                  | VI        |
| <b>INTEGRAAL RAPPORT .....</b>                                                     | <b>1</b>  |
| <b>1. Inleiding .....</b>                                                          | <b>1</b>  |
| 1.1. Terminologie .....                                                            | 3         |
| 1.2. Onderzoeksproject.....                                                        | 4         |
| <b>2. Literatuurstudie .....</b>                                                   | <b>6</b>  |
| 2.1. Inleiding.....                                                                | 6         |
| 2.2. Methoden .....                                                                | 7         |
| 2.3. Resultaten .....                                                              | 9         |
| 2.4. Discussie.....                                                                | 13        |
| <b>3. Empirisch mixed-method onderzoek .....</b>                                   | <b>15</b> |
| 3.1. Onderzoeksmethodes .....                                                      | 16        |
| 3.2. Resultaten .....                                                              | 18        |
| 3.2.1. Contextuele realiteit .....                                                 | 18        |
| 3.2.2. Evaluatie van pilootprojecten aan de hand van het quintuple aim kader ..... | 26        |
| 3.2.3. Stakeholder panels.....                                                     | 46        |
| <b>4. Economische evaluatie .....</b>                                              | <b>50</b> |
| 4.1. Literatuuronderzoek .....                                                     | 50        |
| 4.2. Financiering in een selectie van Europese landen .....                        | 54        |
| 4.3. Focusgroep interview .....                                                    | 57        |
| <b>5. Algemene conclusie .....</b>                                                 | <b>61</b> |
| <b>6. Aanbevelingen .....</b>                                                      | <b>67</b> |
| <b>7. Referenties .....</b>                                                        | <b>82</b> |
| <b>8. Annex .....</b>                                                              | <b>87</b> |

## DANKWOORD

---

Deze studie is uitgevoerd met als doel een beter zicht te krijgen op de organisatie en uitdagingen van de gezondheidszorg in gevangenissen in België, met bijzondere aandacht voor de lopende pilootprojecten. Dit onderzoek is financieel mogelijk gemaakt door het Verzekeringscomité en het RIZIV en is uitgevoerd met de steun van de FOD Volksgezondheid en de FOD Justitie. Deze studie zou niet mogelijk zijn geweest zonder de steun en samenwerking van vele belanghebbenden. We willen onze diepe dankbaarheid uitspreken aan alle professionals, beleidsmakers en experts die de tijd hebben genomen om met ons te praten, ons toegang te geven tot essentiële informatie en deel te nemen aan interviews en stakeholderspanels. Hun ervaringen en analyses waren van grote waarde voor deze studie. Onze dank gaat in het bijzonder uit naar de teams van de pilootprojecten die ons een waardevol inzicht hebben gegeven in hun werk, evenals naar de personen in detentie die hun ervaringen met ons hebben gedeeld. Hun openheid en bereidheid om deel te nemen aan dit onderzoek hebben ons in staat gesteld een genuanceerder beeld te schetsen van de realiteit binnen de penitentiaire inrichtingen. We hopen dat de resultaten en aanbevelingen die in deze studie worden gepresenteerd, zullen bijdragen aan de voortdurende verbetering van de gezondheidszorg in Belgische gevangenissen en een constructieve dialoog tussen alle betrokken actoren zullen aanmoedigen.

## SAMENVATTING

### 1. INLEIDING

In februari 2022 keurden de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, de federale Minister van Justitie, de Vlaamse Minister van Justitie en Handhaving, en de Minister van Justitiehuisen van de Federatie Wallonië-Brussel de basisprincipes van de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg in België goed. Deze hervorming beoogt de eerstelijnszorg in detentie te versterken, met bijzondere aandacht voor de verbetering van de geestelijke gezondheidszorg en de ondersteuning van drugsgebruikers.

### 2. DOELSTELLINGEN VAN DE STUDIE

De doelstelling van deze studie was de wetenschappelijke ondersteuning bij de analyse en evaluatie van de pilootprojecten ("Drugs & Detentie" en psychologen/maatschappelijk werkers verbonden aan de medische dienst) in de gevangenissen van Andenne, Antwerpen, Gent, Haren, Hasselt, Jamioulx, Lantin, Leuven-Centraal, Leuze-en-Hainaut en Nieuw Dendermonde, opgezet en gefinancierd door de FOD Volksgezondheid en de FOD Justitie, om praktische en beleidsmatige aanbevelingen voor de ontwikkeling van een beter afgestemd zorgmodel in penitentiaire inrichtingen te formuleren.

### 3. METHODOLOGIE

De studie hanteerde een gecombineerde methodologische benadering, waarbij kwalitatieve data uit de gevangenissen werd verzameld en kwantitatieve data uit diverse bronnen werd geanalyseerd. Deze data werd aangevuld met input uit stakeholderpanels. Het conceptuele kader van de Quintuple Aim, dat zich richt op vijf doelstellingen (verbetering van de volksgezondheid, optimalisatie van de patiëntenzorgervaring, verlaging van de zorgkosten, bevordering van het welzijn van zorgverstrekkers en versterkte gelijkheid van toegang tot zorg) fungeerde als analysekader (Nundy, Cooper en Mate, 2022). De studie bestond uit drie onderzoeksluiken: een umbrella review van systematische literatuurstudies en meta-analyses, een empirisch *mixed methods*-onderzoek en een economische evaluatie.

### 4. VOORNAAMSTE RESULTATEN

#### 4.1. RESULTATEN VAN DE LITERATUURSTUDIE

De umbrella review analyseerde 56 literatuurstudies die tussen 2014 en 2024 werden gepubliceerd over geestelijke gezondheid en verslaving bij gedetineerden. Cognitieve gedragstherapie (CGT) en mindfulness-gebaseerde interventies blijken effectief in het verbeteren van de geestelijke gezondheid bij lichte tot matige problemen, zonder significant verschil tussen groeps- en individuele formats. Opiïde-agonisttherapie, inclusief behandelingen met langwerkende toedieningsvormen, vermindert druggebruik, verlaagt sterfterisico en verhoogt het opzoeken van zorg na vrijlating. Therapeutische gemeenschappen leiden tot een daling in hervat en drugsgebruik na vrijlating, terwijl CGT als zichzelf staande interventie een beperkte impact heeft op deze gezondheidsdoelen. Interventies die inzetten op de continuïteit van zorg versterken de mate waarin mentale gezondheids- en verslavingszorg wordt opgezocht na vrijlating, en verminderen recidive. Telezorg en peer support-programma's zijn veelbelovend, maar vereisen verdere onderbouwing door onderzoek.

Het merendeel van de geanalyseerde studies bestuderen de effectiviteit van interventies en gezondheidsuitkomsten, terwijl andere aspecten van de "Quintuple Aim" minder werden onderzocht. Er was weinig wetenschappelijk bewijs over kwetsbare groepen, waaronder vrouwelijke gedetineerden, personen met meervoudige diagnoses en etnisch-culturele minderheden. Implementatie van gezondheidsinterventies in gevangenissen wordt belemmerd door administratieve inefficiënties, beperkte middelen, institutionele beperkingen en onvoldoende opleiding van personeel.

## 4.2. RESULTATEN VAN HET EMPIRISCH ONDERZOEK IN DE GEVANGENISSEN

---

### 4.2.1. CONTEXTUELE REALITEIT

Overbevolking en personeelstekorten vormen structurele uitdagingen in Belgische gevangenissen, met negatieve gevolgen voor de gezondheid van gedetineerden en de dagelijkse zorgverlening. Overbevolking leidt tot spanningen en verergert psychische problemen en geweld. Personeelstekorten bij zowel penitentiaire als medische diensten veroorzaken frustraties en een hoog personeelsverloop. De infrastructuur is vaak ontoereikend, zelfs in recent gebouwde inrichtingen, wat de zorgverlening bemoeilijkt en veiligheidsrisico's verhoogt.

### 4.2.2. EVALUATIE VAN DE PILOOTPROJECTEN VOLGENS DE QUINTUPLE AIM

Wegens een gebrek aan meetbare gegevens kon geen kwantitatieve evaluatie van de impact van de pilootprojecten worden uitgevoerd. Kwalitatieve data, verzameld via de bevraging van diverse actoren, biedt echter inzicht in hun percepties van de projecten. Het is essentieel om bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten rekening te houden met mogelijke vertekeningen, zoals sociale wenselijkheid en selectiebias. Om de objectiviteit van toekomstige evaluaties te verbeteren is de systematische verzameling van kwantitatieve gegevens noodzakelijk naarmate de projecten zich verder ontwikkelen.

## 0. FACTOREN DIE BIJDAGEN AAN EEN GEÏNTEGREERDE GEZONDHEIDSZORG

### A. CONTINUÏTEIT VAN ZORG

De pilootprojecten introduceerden verschillende initiatieven ter verbetering van de continuïteit van zorg, maar de studie bracht uitdagingen aan het licht bij de overgang tussen zorg voor, tijdens en na detentie. Het gebrek aan medische gegevensuitwisseling belemmert optimale opvolging. Behandelprotocollen, onder andere voor medicatie en substitutietherapie, zijn niet uniform. Binnen de gevangenis leiden plotse transfers tot verstoringen in de zorg en langere wachttijden voor psychologische consultaties. Na vrijlating wordt toegang tot zorg bemoeilijkt door onverwachte vrijlatingen, administratieve hindernissen en uitsluiting van bepaalde medische voorzieningen.

### B. SAMENWERKING

Een betere samenwerking tussen de verschillende actoren binnen het penitentiaire en gezondheidszorgsysteem is essentieel om geïntegreerde zorg te bewerkstelligen. De betrokkenheid van federale, gewestelijke en lokale overheden moet worden versterkt om verwarring te vermijden en een efficiënte besluitvorming te garanderen. Binnen de gevangenissen bemoeilijken uiteenlopende visies tussen gezondheidszorgprofessionals en justitiële actoren de samenwerking. Bovendien bemoeilijken personeels- en tijdstekort het bewerkstelligen van een efficiënte zorgverlening. Het beroepsgeheim, cruciaal voor het vertrouwen tussen gedetineerden en zorgverleners, roept spanningen op met betrekking tot het delen van noodzakelijke informatie over de opvolging van patiënten. Een aantal initiatieven zijn genomen om de samenwerking op vlak van een geïntegreerde zorgverlening te verbeteren, in het bijzonder met het oog op een optimalisatie van toeleiding en het versterken van de dialoog tussen gezondheidsdiensten in de gevangenissen en externe diensten.

### C. COÖRDINATIE

Een duidelijke en gestructureerde coördinatie van de gezondheidszorg in detentie is essentieel om de effectiviteit van de gezondheidsdiensten te verbeteren. Op bovenlokaal niveau bestaat verwarring over de bevoegdheden inzake penitentiaire gezondheidszorg, wat een herziening van het wettelijke kader en een betere communicatie tussen de betrokken instanties vereist. Het voorbeeld van andere landen kan als inspiratie dienen voor de hervorming. Op lokaal niveau werd de noodzaak van een centrale coördinator van de gezondheidszorg in de gevangenis sterk benadrukt. Gevangenissen die tijdelijk een dergelijke functie invoerden, rapporteerden positieve ervaringen, maar de impact bleef beperkt door de korte duur van de aanstellingen. De ervaringen van de D&D- projecten, die vanaf het begin een teamcoördinator hadden, tonen het positief effect aan van een betere organisatie op de continuïteit van zorg en het welzijn van de zorgverstrekkers.

## 1. BETERE GEZONDHEIDSUITKOMSTEN OP BEVOLKINGSNIVEAU

De kwalitatieve data geeft aan dat de pilootprojecten hebben bijgedragen aan een verbeterde kwaliteit van de gezondheidszorg in gevangenen. De integratie van psychologen en maatschappelijk werkers heeft een holistische benadering van de zorg voor gedetineerden bevorderd, waarbij zowel medische als psychosociale behoeften worden aangepakt. De initiatieven binnen de D&D-projecten hebben geleid tot een als beter gepercipieerde aanpak van problematieken die verband houden met het middelengebruik onder gedetineerden, met positieve resultaten op het gebied van verminderd drugsgebruik en een verbeterde mentale gezondheid bij de bevroegde gedetineerden.

## 2. EEN BETERE ERVARING VAN DE ZORG VOOR DE PERSOON

Gedetineerden hebben een verhoogde tevredenheid geuit over de ontvangen zorg, als gevolg van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de diensten die in het kader van de pilootprojecten werden aangeboden. De actieve betrokkenheid van de gedetineerden die bij hun eigen zorgtraject werd aangemoedigd, werd door hen positief onthaald en verhoogde hun motivatie om middelengebruik en risicogedrag te verminderen. De D&D-projecten hadden een gunstige invloed op de gedetineerden op vlak van verslavingszorg. Getuigenissen wijzen op een verbeterde gezondheidstoestand dankzij deelname aan groepssessies en individuele consultaties.

## 3. HET REALISEREN VAN MEER WAARDE MET DEZELFDE MIDDELEN DOOR EFFICIËNTER GEBRUIK VAN DE BESCHIKBARE MIDDELEN

Gebrek aan coördinatie heeft geleid tot een inefficiënt gebruik van middelen in gevangenen. Externe zorgverleners hadden vaak slechts beperkte toegang tot gedetineerden, waardoor de effectiviteit van interventies werd verminderd. De veelheid aan psychologische diensten zorgde voor verwarring bij zowel het gevangenispersoneel als de gedetineerden, wat een effectieve zorgcoördinatie bemoeilijkte. Het is cruciaal om de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende diensten te verduidelijken om dubbel werk te vermijden en de doeltreffendheid van interventies te verbeteren.

## 4. HET VERHOGEN VAN HET WELZIJN VAN DE PROFESSIONALS

De invoering van de pilootprojecten had een positief effect op het ervaren welzijn van het gevangenispersoneel, doordat zij de mogelijkheid kregen om gedetineerden door te verwijzen naar aangepaste zorg en ondersteuning te bieden bij de aanpak van psychische problemen en verslavingsproblematiek. Niettemin blijven er uitdagingen bestaan, met name op het gebied van samenwerking tussen de verschillende diensten, de opleiding en de ondersteuning van het personeel, evenals het managen van spanningen met betrekking tot de informatie-uitwisseling en het respecteren van het beroepsgeheim.

## 5. VERBETERING VAN GELIJKHEID IN TOEGANG TOT GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSZORG

Om de gelijkheid in toegang tot gezondheid te verbeteren is het van cruciaal belang dat gedetineerden met een grotere gezondheidszorgbehoefte een verbeterde toegang tot zorg krijgen. Digitale (bv. gebruik van Prison Cloud) en linguïstische barrières bemoeilijken de participatie aan individuele en groepssessies m.b.t. geestelijke gezondheid en drugproblematieken. Het ter beschikking stellen van interculturele bemiddelaars moet flexibeler zijn en beter worden afgestemd op de detentiecontext. De specifieke behoeften van vrouwelijke gedetineerden vereisen gerichte ondersteuning, maar er bestaan momenteel weinig groepen die zich richten op de ondersteuning van vrouwen.

### 4.3. ECONOMISCHE EVALUATIE

Een hervorming van de financiering van gezondheidszorg in Belgische gevangenen is noodzakelijk om kwaliteitsvolle, doeltreffende en kostenefficiënte zorg te garanderen. Een *integrated needs-based capitation*-betalingssysteem, waarbij een vast budget per gevangenis wordt toegekend op basis van zorgbehoeften in plaats van een prestatie gebaseerd vergoedingssysteem, wordt aanbevolen. Dit model bevordert efficiëntie, voorkomt overbodige behandelingen en stimuleert multidisciplinaire samenwerking.

Een succesvolle transitie vereist een duidelijke verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de instanties van Justitie en Gezondheid, formele overeenkomsten en een intersectorale samenwerking. Bovendien zou de zorg voor gedetineerden verder moeten reiken dan louter medische en psychologische ondersteuning en ook begeleiding op het gebied van huisvesting en werk na detentie moeten omvatten om recidive te verminderen en de algemene volksgezondheid te bevorderen.

## 5. AANBEVELINGEN

| Thema                                                              | Aanbeveling                                                                                                                                                                                                        | Motivering                                                                                                                                                                         | Implementatie                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Overdracht van de verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg</b> | Overdragen van verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in de gevangenissen over aan de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). | Dit stemt de gevangenisgezondheidszorg af op het principe van gelijkwaardigheid met het algemene gezondheidszorgsysteem en vergemakkelijkt de continuïteit van zorg na vrijlating. | Oprichten van werkgroep binnen de betrokken interministeriële conferenties om de overdracht voor te bereiden en te begeleiden.                                                                                                             |
| <b>Continuïteit van zorg</b>                                       | Versterken van medische en psychosociale opvolging van gedetineerden bij overgangen tussen penitentiaire instellingen en naar de samenleving.                                                                      | Het waarborgen van de continuïteit van zorg verbetert de toegang tot geestelijke gezondheidszorg en verslavingsbehandeling en vermindert recidive.                                 | Ontwikkelen van actieplannen voor nazorg na vrijlating, ervoor zorgen dat gedetineerden medicatieschema's ontvangen, en sluiten van samenwerkingsakkoorden met ziekenhuizen, wijkgezondheidscentra en geestelijke gezondheidsinstellingen. |
| <b>Interdisciplinaire aanpak</b>                                   | Implementeren van een interdisciplinaire aanpak in de gevangenissen om tegemoet te komen aan de complexe behoeften van gedetineerden.                                                                              | Een effectieve en efficiënte zorgverlening vereist samenwerking tussen verschillende zorgverleners.                                                                                | Organiseren van regelmatige interdisciplinaire vergaderingen en op elkaar afstemmen van beleidsmaatregelen om deze samenwerking te bevorderen.                                                                                             |
| <b>Protocol voor informatie-uitwisseling</b>                       | Ontwikkelen van een protocol dat vastlegt welke informatie gedeeld kan worden                                                                                                                                      | Dit waarborgt de continuïteit van zorg en respecteert tegelijkertijd de vertrouwelijkheid van patiëntengegevens.                                                                   | Uitvoeren van studie uit om goede praktijken te identificeren en ontwikkelen van overeenkomst tussen de betrokken partijen.                                                                                                                |

|                                                                        |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                        | tussen bepaalde belanghebbenden.                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                    |
| <b>Personeel en opleiding</b>                                          | Verhogen van aantrekkelijkheid van beroepen in de gezondheidszorg binnen de gevangenissen en zorgen voor adequate training van het personeel. | Het aanpakken van wervings- en retentieproblemen is essentieel om kwaliteitsvolle zorg te garanderen.                                                                                             | Aanbieden van competitieve salarissen, mogelijkheden voor professionele ontwikkeling, verhogen van zichtbaarheid van openstaande functies en zorgen voor een veilige werkomgeving. |
| <b>Financieringssysteem op basis van capitatie aangepast aan noden</b> | Invoeren van financieringssysteem op basis van <i>integrated needs-based capitation</i> .                                                     | Dit model kent een vast budget per gevangenis toe op basis van de gemiddelde zorgbehoefte en het aantal gedetineerden, wat de continuïteit van zorg en multidisciplinaire samenwerking bevordert. | Uitvoeren van gedetailleerde analyse van de zorgbehoeften en testen van systeem in pilootgevangenissen.                                                                            |
| <b>Elektronisch medisch dossier</b>                                    | Ontwikkelen en implementeren van systeem voor elektronische patiëntendossiers (EPD).                                                          | Nauwkeurige en betrouwbare gegevens zijn essentieel om continue kwaliteitszorg te garanderen en de geleverde diensten te evalueren.                                                               | Ervoor zorgen dat het EPD medische, psychologische en sociale gegevens bevat en geïntegreerd wordt in het Belgische Geïntegreerd Gezondheidsdossier (GZD).                         |
| <b>Duurzame verankering van pilootprojecten</b>                        | Zorgen voor de duurzame verankering van pilootprojecten.                                                                                      | Effectieve pilootprojecten moeten worden geïntegreerd in het reguliere zorgsysteem om de negatieve gevolgen van tijdelijke projecten te vermijden.                                                | Aanwijzen van gezondheidszorgcoördinatoren in gevangenissen en volgen van geleidelijk veranderingsmanagementplan.                                                                  |
| <b>Geestelijke gezondheidszorgdiensten</b>                             | Uitbreiden en versterken van geestelijke gezondheidszorg in gevangenissen.                                                                    | De vraag naar psychologische zorg is hoog, en groepssessies in combinatie met andere behandelingsvormen zijn kosteneffectief.                                                                     | Verduidelijken van rollen van de verschillende geestelijke gezondheidszorgdiensten en versterken van zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg.                                       |
| <b>Services de traitement des addictions</b>                           | Zorgen voor een geïntegreerde, globale en continue aanpak van                                                                                 | Een effectieve behandeling van verslaving omvat preventie, zorg en harm reduction.                                                                                                                | De toegang tot preventieve maatregelen uitbreiden, de continuïteit van zorg garanderen en nieuwe initiatieven ontwikkelen, zoals                                                   |

|  |                                |  |                                                         |
|--|--------------------------------|--|---------------------------------------------------------|
|  | de behandeling van verslaving. |  | therapeutische gemeenschappen en drugsvrije afdelingen. |
|--|--------------------------------|--|---------------------------------------------------------|

## 6. CONCLUSIE

De resultaten van deze studie tonen aan dat er vooruitgang is geboekt in de verbetering van de gezondheidszorg in detentiecontexten, maar benadrukken tegelijkertijd de aanhoudende uitdagingen. Een gecoördineerde aanpak van beleidsmakers is essentieel om de geformuleerde aanbevelingen te implementeren en de kwaliteit van zorg voor gedetineerden op duurzame wijze te verbeteren.

## INTEGRAAL RAPPORT

### 1. INLEIDING

In februari 2022 keurden de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, de federale Minister van Justitie, de Vlaamse Minister van Justitie en Handhaving, en de Minister van Justitiehuisen van de Federatie Wallonië-Brussel de basisprincipes van de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg in België goed.

Deze hervorming beoogt voornamelijk de eerstelijnszorg binnen het gevangeniswezen te versterken. Bijzondere aandacht gaat daarbij naar het verbeteren van de screening op psychologische kwetsbaarheden en de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast wordt, gezien de aanzienlijke uitdagingen met betrekking tot druggebruik in detentiecontext, het belang van gespecialiseerde verslavingszorg benadrukt. Ter ondersteuning van deze prioritaire aandachtspunten zijn vanaf midden 2023 middelen vrijgemaakt door FOD Volksgezondheid en FOD Justitie voor de opstart van pilootprojecten met betrekking tot drugs en detentie (D&D) en de inzet van eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkers die verbonden zijn met de medische diensten in 10 Belgische gevangenissen, meer bepaald in Andenne, Antwerpen, Gent, Haren, Hasselt, Jamioulx, Lantin, Leuven-Centraal, Leuze-en-Hainaut en Nieuw-Dendermonde. De verschillende pilootprojecten worden in detail besproken in de respectievelijke bijlagen (Bijlage 2 en 3). De bijlage over de situatie in Vlaanderen omvat meer toelichting over de penitentiaire instellingen van Antwerpen, Gent, Hasselt, Leuven-Centraal en Nieuw-Dendermonde. De bijlage over Wallonië en Brussel heeft betrekking op de gevangenissen van Andenne, Haren, Jamioulx, Lantin en Leuze-en-Hainaut. Demografische gegevens over de populatie van deze tien penitentiaire inrichtingen in 2023 zijn samengevat in tabellen 1 en 2.

Deze studie streeft ernaar een wetenschappelijke ondersteuning te bieden bij de analyse en evaluatie van de pilootprojecten die werden opgezet en gefinancierd door FOD Volksgezondheid en FOD Justitie, met het oog op het formuleren van beleidsmatige en praktische aanbevelingen voor een meer doeltreffende en aangepaste gezondheidszorg binnen het gevangeniswezen. Daartoe hanteert de studie een *mixed methods*-aanpak, waarbij gebruik wordt gemaakt van kwalitatieve data verzameld in de gevangenissen en kwantitatieve gegevens uit verschillende bronnen, aangevuld door stakeholderpanels om rekening te houden met de specifieke kenmerken van elke penitentiaire instelling.

De uiteindelijke doelstelling van het project is het formuleren van aanbevelingen die voldoen aan de principes van het *Quintuple Aim* model (Nundy, Cooper en Mate, 2022). Het Quintuple Aim model (Nundy, Cooper en Mate, 2022) functioneert als analytisch kader om verbeteringen in de zorgverlening binnen het gevangeniswezen te evalueren.

Dit model werd in 2007 geïntroduceerd als het *Triple Aim* model (Berwick, Nolan en Whittington, 2008) en omvatte drie doelstellingen: de verbetering van de gezondheid van de populatie, de optimalisatie van de patiëntenzorgervaring en een kostenverlaging. Hoewel deze doelstellingen aanvankelijk als tegenstrijdig werden beschouwd, werd erkend dat zij elkaar kunnen versterken. Als reactie op burn-outs in de sector werd in 2014 het model uitgebreid tot het *Quadruple Aim* model (Bodenheimer en Sinsky, 2014) door het welzijn van zorgprofessionals toe te voegen. Meer recent werd gelijke toegang tot zorg (*health equity*) als vijfde pijler geïntegreerd, waarmee de noodzaak werd onderstreept om ongelijkheden aan te pakken en een eerlijke toegang tot zorg te garanderen (Nundy, Cooper en Mate, 2022).

Gelijke toegang tot zorg kan niet louter worden gereduceerd tot de stratificatie van uitkomsten op basis van sociale criteria; het vereist een geïntegreerde benadering. Het *Quintuple Aim* model benadrukt dan ook het belang van een patiëntgerichte aanpak om de zorgervaring in detentiecontext te verbeteren. Daarbij houdt het model rekening met de specifieke behoeften van personen in detentie, in het bijzonder op het vlak van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, en bevordert het hun actieve betrokkenheid bij gezondheidsbeslissingen (Kokko, 2022).

In België werd het *Quintuple Aim* ook als kader opgenomen in het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg van het RIZIV (Protocolakkoord interfederaal plan geïntegreerde zorg van 8 november 2023).



**Fig. 1: De evolutie van het Quintuple Aim model**

De centrale onderzoeksvraag van deze studie betreft de evaluatie van de kwaliteit van de gezondheidszorg binnen het gevangeniswezen, zowel in de huidige situatie als in de toekomst, met een focus op de structuren, de processen en de resultaten van de interventies. De opdrachtgever formuleerde de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de resultaten van de pilootprojecten 'eerstelijnsgezondheidszorg' en 'drughulpverlening', inclusief het opleidingsprogramma, op het vlak van
  - a) kwaliteit van de zorgverlening door de medische dienst,
  - b) competenties en kennis van het gevangenispersoneel op het vlak van zorg,
  - c) patiënten- of cliëntenbetrokkenheid en -tevredenheid, en
  - d) gezondheidscultuur, -beleid en -awareness binnen de gevangenis, hierbij eveneens maximaal rekening houdend met de 5-aim principes?
2. Wat zijn goede praktijken, risico's en randvoorwaarden voor een goede eerstelijnsgezondheidszorg op niveau van de medische diensten, met bijzondere aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg en genderaspecten?
3. Wat zijn goede praktijken, risico's en randvoorwaarden voor een verdere verbetering van de drughulpverlening en dit zowel op niveau van de medische diensten als externe actoren, met bijzondere aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg en genderaspecten?
4. Wat zijn de meest aangewezen (op vlak van o.a. kosteneffectiviteit en haalbaarheid) financieringsmodellen of -mechanismes (in projectmodus en in structurele modus) voor een kwaliteitsvolle penitentiaire gezondheidszorg (o.a. op het vlak van terugbetaalbaarheid), wat is hiervan de budgettaire inschatting, en wat zijn de (of reglementaire) maatregelen die hiertoe genomen dienen te worden?
5. Wat zijn de beleidsaanbevelingen om de eerstelijnsgezondheidszorg in gevangenissen, met bijzondere aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg, en de genderaspecten, verder in lijn te brengen met de 5-aim principes?

## 1.1. TERMINOLOGIE

Dit rapport betreft voornamelijk de werking van ‘Drugs en Detentie’ en ‘toevoeging van psychologen en maatschappelijk werkers aan de medische dienst’ in gevangenissen in België. In wat volgt hanteren we de volgende terminologie.

- **D&D:** Drugs en Detentie
- **PMD's:** psychologen en maatschappelijk werkers toegevoegd aan de medische dienst

Wanneer we spreken over ‘**de pilootprojecten**’ betreft dit dus D&D en PMD's. Wanneer er over de ‘**medische dienst**’ gesproken wordt dan betekent dit het geheel van de medische dienst in de gevangenis met inbegrip van de PMD's, tenzij anders aangegeven.

Coherent aan de Koninklijke Besluiten m.b.t. D&D, verwijzen we naar ‘**drughulpverlening**’. Afhankelijk van de bron wordt over druggerelateerde problemen, drugproblematieken of verslaving verwezen.

Doorheen het rapport hanteren we zoveel als mogelijk persoonsgerichte taal om te verwijzen naar **personen in detentie**. Om de leesbaarheid te bevorderen wordt echter ook soms over ‘gedetineerden’ gesproken. Wanneer we specifiek over personen spreken die gebruik maken van de pilootprojecten, dan spreken we zoveel mogelijk over ‘**zorggebruikers**’. We interviewden 7 personen in ‘**managementposities**’ in Vlaanderen en 8 personen in Wallonië, wat betekent dat ze een coördinerende rol uitvoeren in de gevangenis. Dit houdt onder andere twee interviews met **gezondheidszorgcoördinatoren** in. Met deze term verwijzen we naar een door de federale overheid aangestelde persoon om de implementatie van de federale initiatieven met betrekking tot (geestelijke) gezondheidszorg te coördineren in de gevangenis. Ten tijde van het onderzoek werkten er tussen augustus 2024 en december 2024 twee gezondheidszorgcoördinatoren respectievelijk in de gevangenissen van Lantin en Dendermonde.

Verder worden volgende begrippen gehanteerd:

- **Penitentiair beamtten:** Dit betreft de brede groep aan penitentiair personeel dat verantwoordelijk is voor de bewaking en begeleiding van personen in detentie. Hieronder vallen zowel detentiebegeleiders als veiligheidsassistenten, maar ook bijvoorbeeld vleugelverantwoordelijken.
- **ELP's onder de bevoegdheid van het RIZIV:** eerstelijnspsychologen die onder de bevoegdheid van het RIZIV eerstelijnszorg uitvoeren in de gevangenis.
- **Psychologische zorg:** alle psychologische zorg aangeboden in de gevangenis (inclusief psychologische zorg aangeboden door de gemeenschappen of de ELP's onder bevoegdheid van het RIZIV)
- **Geïntegreerde zorg:** Geïntegreerde zorg is een benadering waarbij gezondheidsdiensten zo worden georganiseerd dat de patiënt zorgcontinuïteit ervaart gedurende het hele zorgproces. Dit omvat verschillende aspecten zoals gezondheidspromotie, preventie, diagnose, behandeling, ziektemanagement, herstel en palliatieve zorg. Door verschillende actoren op verschillende niveaus en uit verschillende takken te betrekken in de zorg kan deze beter worden afgestemd op de biopsychosociale noden van de zorggebruikers (WeCare, 2023).
- **Drugvrije en drugarme afdeling:** Deze termen verwijzen naar afdelingen of secties in een gevangenis waar personen in detentie op vrijwillige basis kunnen verblijven in ruil voor een verbintenis tot een drugvrije detentie. Een **drugarme afdeling** is een afdeling waar zo min mogelijk druggebruik voorkomt, zodat personen die niet (meer) in aanraking willen komen met drugs een veilige detentie kunnen doorbrengen. Dit wordt gefaciliteerd door maatregelen zoals urinetesten. Bij voorkeur is aan deze afdelingen een behandelprogramma gekoppeld voor personen met een drugproblematiek. Een **drugvrije afdeling** is een specifiekere invulling hiervan en bestaat in Vlaanderen al in de gevangenissen van Brugge en Hasselt. Dit is een aparte afdeling binnen de gevangenis met speciaal opgeleide bewakingsassistenten en een aangepast regime. De oprichting gebeurt door DG EPI, in samenwerking met Vlaamse partners zoals CGG's, CAW's en revalidatiecentra (Rekenhof, 2022). Enkel gedetineerden die voldoen aan bepaalde toelatingscriteria mogen hier verblijven. Zij verbinden zich tot een drugvrije detentie, hetzij omdat ze gemotiveerd zijn om aan hun drugproblematiek te werken, hetzij omdat ze een drugvrije detentie willen zonder dat ze zelf een verslavingsproblematiek hebben. Regelmatige urinetesten

worden afgenomen om het drugvrije karakter te bewaken, en er is een therapeutisch programma aanwezig ter ondersteuning (Schippers *et al.*, 1998).

- **Sidis Suite** (hierna Sidis genoemd) is een databank die de uitvoering van de wettelijke taken van de gevangenisadministratie ondersteunt, waarin de voor de gevangenisadministratie noodzakelijke gegevens worden verwerkt (<https://sources-authentiques.belgium.be/nl/sources/gevangeniswezen-sidis-suite>)
- **RECOPRIS** is een vragenlijst die het resultaat is van eerder onderzoek (Zerrouk *et al.*, 2021) en die uit twee delen bestaat: een screener, die normaal wordt ingevuld door een lid van de medische dienst bij elke binnenkomende gedetineerde en een vragenlijst die wordt ingevuld door medewerkers van het D&D-project bij de zorggebruikers die ze opvolgen.
- **BELRAI** is een screeningsinstrument dat momenteel ontwikkeld wordt aan de KU Leuven en dat bedoeld is om de screening van personen in detentie bij binnenkomst te harmoniseren en betrouwbare gegevens te verzamelen over hun gezondheidsbehoeften. Dit instrument maakte niet specifiek deel uit van ons onderzoek, maar er werd door een aantal participanten naar verwezen..
- **Epicure** is de software die momenteel in gevangenissen gebruikt wordt om medische gegevens en voorschriften te coderen. Dit programma wordt in de nabije toekomst vervangen door **Omnipro**.

Het oorspronkelijke rapport werd deels in het Nederlands, deels in het Frans opgesteld en daarna vertaald naar twee integratieve rapporten respectievelijk in het Nederlands en in het Frans. Mogelijks zijn daardoor bepaalde beperkte inconsistenties in taalgebruik op te merken.

## 1.2. ONDERZOEKSPROJECT

Om de door de opdrachtgever geformuleerde vragen te beantwoorden, hebben we gebruik gemaakt van triangulatie op vlak van de dataverzameling. De dataverzameling bestond uit drie onderzoeksluiken: een literatuurstudie, een empirisch *mixed methods*-onderzoek en een economische evaluatie. Figuur 2 geeft een meer gedetailleerd overzicht van de verrichte werkzaamheden binnen de drie onderzoeksluiken. Voor verdere details omtrent de methodologie van de studie verwijzen we naar het protocol, dat in juli 2024 werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van UZ Gent (Bijlage 6).



Fig. 2: De drie onderzoeksluiken

Het vervolg van het rapport stelt per onderzoeksluik de methodologie en specifieke resultaten voor, terwijl de conclusie en de aanbevelingen de bevindingen van de drie onderzoeksluiken samenvatten. Onderstaande tabel illustreert hoe de verschillende onderzoeksvragen en -luiken verdeeld zijn over de verschillende hoofdstukken van het rapport.

| Onderzoeksvraag                                                                                            | Literatuur--<br>studie | Empirisch<br>onderzoek | Economische<br>evaluatie | Hoofdstuk |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|-----------|
| De resultaten van de proefprojecten in de eerstelijnsgezondheids- en verslavingszorg                       | X                      |                        |                          | 3 en 5    |
| Goede praktijken, risico's en essentiële voorwaarden voor een effectieve eerstelijnszorg                   | X                      | X                      |                          | 2, 3 en 5 |
| Goede praktijken, risico's en essentiële voorwaarden voor een verbetering van de verslavingszorg           | X                      | X                      |                          | 2, 3 en 5 |
| De meest geschikte financieringsmodellen of -mechanismen (in termen van kostenefficiëntie en haalbaarheid) |                        |                        | X                        | 4 en 5    |
| Beleidsmatige en praktische aanbevelingen                                                                  | X                      | X                      | X                        | 6         |

## 2. LITERATUURSTUDIE

### Voornaamste resultaten

- Deze umbrella review analyseerde 56 literatuuroverzichten (gepubliceerd tussen 2014 en 2024) over geestelijke gezondheid en verslaving in een gevangeniscontext.
- Interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT) en mindfulness blijken effectief in het verbeteren van uitkomsten op vlak van geestelijke gezondheid zonder significant verschil tussen individuele en groepssessies.
- Opiïde-agonisttherapie, inclusief behandelingen met langwerkende toedieningsvormen, vermindert het middelengebruik, verlaagt het sterfterisico en verhoogt het opzoeken van zorg na vrijlating.
- Therapeutische gemeenschappen verlagen de kans op recidive en druggebruik na vrijlating, terwijl CGT op zichzelf slechts een beperkte impact heeft op deze uitkomsten.
- Interventies die de continuïteit van zorg bevorderen, verbeteren de betrokkenheid bij geestelijke gezondheidszorg, verslavingsbehandeling en medische zorg na vrijlating, terwijl ze recidive verminderen.
- Programma's voor telezorg en peer support zijn veelbelovend, maar vereisen meer rigoureuus onderzoek.
- De meeste geanalyseerde literatuurstudies richten zich op de effectiviteit van interventies en gezondheidsresultaten, waardoor er een aanzienlijk gebrek aan onderzoek is naar andere dimensies van de Quintuple Aim.
- Er is weinig data beschikbaar over kwetsbare groepen, waaronder vrouwen, gedetineerden met comorbiditeiten en etnisch-culturele minderheden.

### 2.1. INLEIDING

Gevangenispopulaties wereldwijd worden geconfronteerd met een hoge prevalentie van fysieke en mentale gezondheidsproblemen. In vergelijking met de algemene bevolking vertonen personen in detentie aanzienlijk hogere prevalentie van psychische stoornissen, drugsproblematieken en infectieziekten (Aldridge et al., 2018; Favril et al., 2024). Een slechte geestelijke gezondheid onder personen in detentie wordt geassocieerd met diverse negatieve uitkomsten, zoals een verhoogde recidivekans, hogere mate van middelengebruik, zelfbeschadigend gedrag en een verslechtering van de fysieke gezondheid (Chang et al., 2015; Fazel et al., 2016; Favril et al., 2020, 2024).

Binnen gevangenispopulaties vereisen bepaalde kwetsbare groepen bijzondere aandacht. Oudere gedetineerden vormen de snelst groeiende groep in veel hoge-inkomenslanden en brengen extra uitdagingen met zich mee vanwege hun complexe medische en sociale zorgbehoeften (Stürup-Toft, O'Moore en Plugge, 2018). Vrouwelijke gedetineerden worden bovendien geconfronteerd met grotere uitdagingen op het gebied van mentale en fysieke gezondheid in vergelijking met hun mannelijke peers. Zij hebben doorgaans een lagere algemene levenskwaliteit en vertonen hogere prevalenties van trauma's, middelengebruik en psychiatrische stoornissen (Friestad et al., 2023). Gezien de diverse en complexe behoeften van personen in detentie zijn

uitgebreide en op maat gemaakte gezondheidszorgbenaderingen essentieel. In veel gevallen vereisen gevangenisinterventies een holistische aanpak, waarbij strategieën worden geïntegreerd die zowel mentale als fysieke gezondheid bevorderen en tegelijkertijd de toegang tot gezondheidsdiensten verbeteren, zowel binnen de gevangenis als na vrijlating (Favril et al., 2024).

Detentie biedt een unieke kans om de gezondheidsbehoeften van populaties, die minder door de hulpverlening worden bereikt of bediend, te evalueren en te behandelen, vaak voor de eerste keer. Aangezien de overgrote meerderheid van de personen in detentie uiteindelijk terugkeert naar de samenleving, kan effectieve behandeling van (mentale) stoornissen en middelengebruik de recidive verminderen en de druk op gezondheids- en justitiesystemen verlichten, wat bredere voordelen oplevert voor de volksgezondheid en de samenleving als geheel (Favril et al., 2024; Kinner en Wang, 2014).

Ondanks de groeiende erkenning van het belang van gezondheidszorg in de gevangenis, vertonen interventies gericht op geestelijke gezondheid en verslavingszorg een grote variabiliteit in termen van effectiviteit en implementatie. Hoewel systematische reviews en meta-analyses verschillende interventies hebben geëvalueerd, blijven de gegevens gefragmenteerd.

Het voornaamste doel van deze umbrella review is het samenbrengen van bevindingen uit systematische reviews en meta-analyses die gevangenisinterventies evalueren met betrekking tot geestelijke gezondheid, drugsverslaving, oudere gedetineerden, gedetineerden van verschillende genders en infectieziekten. Meer specifiek beoogt deze review de effectiviteit, haalbaarheid en uitdagingen van gezondheidszorginterventies in de gevangenis te beoordelen volgens de vijf dimensies van het Quintuple Aim-kader. Door resultaten uit meerdere reviews te consolideren, biedt deze studie een diepgaande synthese van de huidige stand van onderzoek en levert zij waardevolle inzichten voor beleidsmakers, gevangenisbeheerders en zorgverleners die werkzaam zijn in een detentiecontext.

2.2.           METHODEN

Deze umbrella review is uitgevoerd volgens de huidige methodologische richtlijnen voor systematische reviews van reviews, waarbij de PRISMA-richtlijnen (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Page et al., 2021) zijn gevolgd. Er werd voorafgaand aan de review een studieprotocol opgesteld, maar dit werd niet geregistreerd.

SELECTIECRITERIA

De volgende criteria werden vastgesteld op basis van het PICO-kader (Population, Intervention, Comparator en Outcome).

| Criterium    | Selectiecriteria                                                                                                                                                                                       | Exclusiecriteria                                                                    |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Population   | Volwassen gedetineerden (in voorlopige hechtenis of veroordeeld) niet beperkt op basis van geslacht, etniciteit of type penitentiaire inrichting; zorgprofessionals werkzaam in een gevangeniscontext. | Personen in forensische zorg, minderjarigen (<18 jaar).                             |
| Intervention | Interventies en initiatieven op vlak van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, inclusief infectieziekten in detentiecontexten.                                                               | Interventies die geen verband houden met geestelijke gezondheid of verslavingszorg. |
| Comparator   | Systematische reviews, scoping reviews, meta-analyses van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) en niet-gerandomiseerde studies.                                                               | Andere studies dan review-studies.                                                  |

|         |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Outcome | De impact van interventies op de kwaliteit van zorg, geëvalueerd volgens het Quintuple Aim-kader: verbetering van de zorgervaring, gezondheidsresultaten, kosteneffectiviteit, welzijn van zorgverleners en gelijke toegang tot zorg. | Andere uitkomsten dan gezondheidsimpact, zoals recidive of geweld. |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

De studies dienen het Engels, Frans, Nederlands of Duits te zijn gepubliceerd en uitgevoerd in hoge-inkomenslanden.

#### INFORMATIEBRONNEN EN ZOEKSTRATEGIE

Relevante artikelen werden geïdentificeerd via een zoekopdracht in PubMed/Medline, de meest uitgebreide databases op het gebied van gezondheidswetenschappen. De eerste zoekopdracht vond plaats op 1 juli 2024 en omvatte studies gepubliceerd tussen 2014 en juli 2024.

De volgende zoektermen werden gebruikt:

('systematic review' OR 'systematic literature review' OR 'scoping review') AND (prison[Title/Abstract] OR jail\*[Title/Abstract] OR inmate\*[Title/Abstract] OR incarcerat\*[Title/Abstract] OR imprison\*[Title/Abstract] OR remand\*[Title/Abstract] OR 'correctional'[Title/Abstract] OR detain\*[Title/Abstract] OR detention[Title/Abstract] OR offend\*[Title/Abstract] OR custod\*[Title/Abstract]).\*

Om het risico op gemiste relevante reviews te minimaliseren, werd een brede zoekstrategie gehanteerd.

Alle zoekresultaten werden gedownload en beheerd in Rayyan, een softwaretool voor referentiebeheer en -selectie, waarbij duplicaten automatisch werden verwijderd. Een wekelijkse aanvullende zoekopdracht werd uitgevoerd door een onderzoeker om te controleren of nieuwe relevante studies waren verschenen. De laatste zoekopdracht vond plaats op 27 september 2024.

#### SELECTIEPROCES

Alle geïdentificeerde systematische en scoping reviews werden onafhankelijk beoordeeld (titel en samenvatting) door drie onderzoekers tijdens de eerste fase, waarbij elk 2/3 van de studies evalueerde. De tweede fase (beoordeling van de volledige tekst) werd uitgevoerd door vier onderzoekers, waarbij ook 2/3 van de studies werd geëvalueerd per onderzoeker. Bij meningsverschillen werden deze opgelost via online of fysieke discussies, of door overleg met twee andere onderzoekers voor een definitieve beslissing.

De opgenomen reviews werden vervolgens vergeleken om overlap te identificeren. LF classificeerde de geïnccludeerde studies in verschillende thema's: continuïteit van zorg, peer-interventies, drugs- en alcoholgebruik, opioïden, yoga en mindfulness, suïcidepreventie, oudere gedetineerden, infectieziekten, geestelijke gezondheid, telezorg en overige interventies.

#### GEGEENSVERZAMELING EN -EXTRACTIE

Gegevens werden geëxtraheerd in een **Excel-bestand** met de volgende informatie: titel, auteur en publicatiejaar, onderzoeksontwerp, doelstelling, vooraf geregistreerd protocol, gebruikte databases, onderzoekperiode, inclusie- en exclusiecriteria (met motivering), aantal opgenomen studies en betrokken landen, kwaliteitsbeoordeling, PICO-kader (population, intervention, comparator, outcome), Quintuple Aim-dimensies, belangrijkste resultaten. De resultaten van elke studie werden gecategoriseerd binnen de vijf dimensies van het Quintuple Aim-kader: verbetering van gezondheidsuitkomsten, verbetering van zorgervaring, efficiëntie, welzijn van zorgverleners en gelijke toegang tot zorg. Kwalitatieve gegevens werden samengevat in een narratieve synthese.

## METHODISCHE KWALITEITSBEOORDELING

De methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies werd beoordeeld met het **AMSTAR-2-instrument**, een beoordelingssysteem voor systematische reviews van gerandomiseerde en niet-gerandomiseerde studies in de gezondheidszorg (Shea et al., 2017). Voor een gedetailleerde beschrijving van AMSTAR-2, inclusief de kritische criteria en betrouwbaarheids categorieën, zie Bijlage 1.

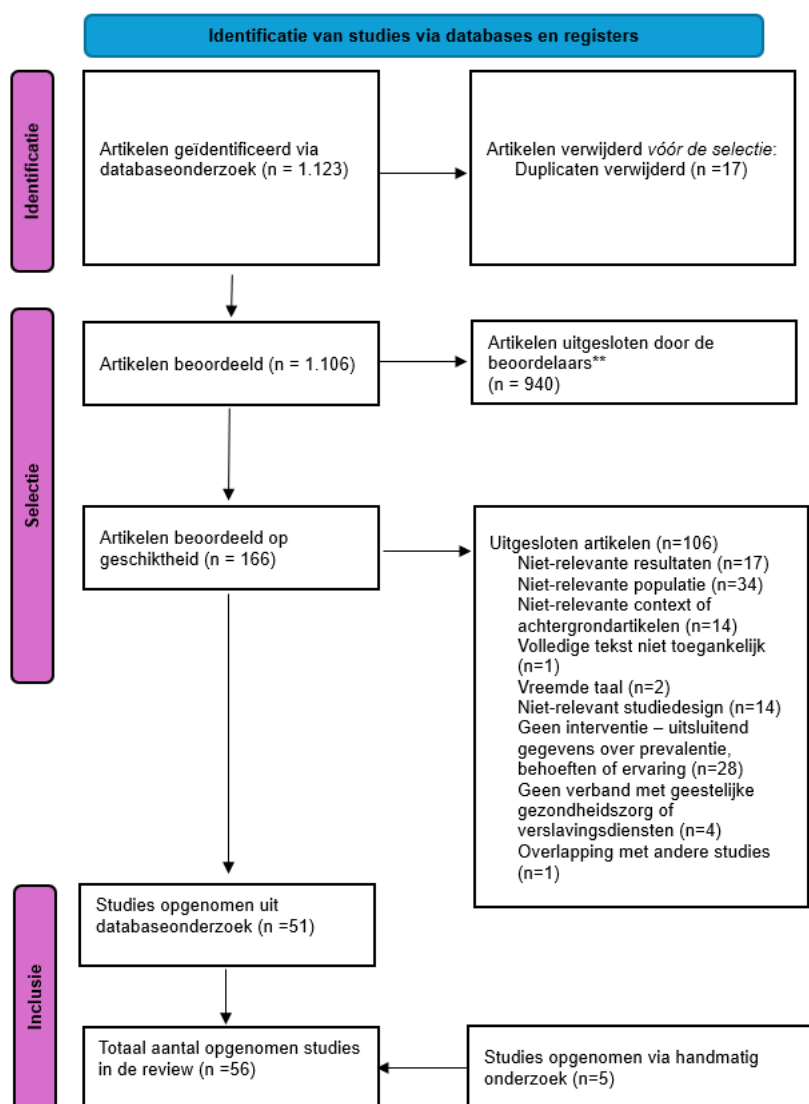


Fig. 3: PRISMA-diagram

### 2.3. RESULTATEN

Op basis van de resultaten van 56 reviews gepubliceerd tussen 2014 en 2024, heeft deze umbrella review gegevens verzameld met betrekking tot interventies en initiatieven op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (inclusief infectieziekten) in gevangenissen. Onze resultaten benadrukken verschillende belangrijke trends, aanzienlijke hiaten en implicaties voor beleid en praktijk. Over het algemeen hebben de geïncludeerde reviews aangetoond dat interventies in gevangenissen sterk variëren in termen van effectiviteit, uitvoering en kwaliteit van de evidentie. De meest bestudeerde interventies betroffen verslavingsbehandeling (n=13), geestelijke gezondheidszorg (n=5), suïcidepreventie (n=5), zorgcontinuïteit (n=6) en infectieziekten (n=6).

## VOORNAAMSTE RESULTATEN

**Interventies op het vlak van geestelijke gezondheidszorg** tonen een matige effectiviteit, waarbij therapieën gebaseerd op mindfulness en cognitieve gedragstherapie (CGT) naar voren kwamen als de meest effectieve benaderingen om symptomen van depressie en angst te verminderen. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen groeps- en individuele therapieën. Er is ook bewijs voor de doeltreffendheid van interpersoonlijke therapie (IPT) bij depressie, terwijl de resultaten met betrekking tot trauma-gerichte interventies voor posttraumatische stressstoornis (PTSS) beperkt waren. Opmerkelijk is dat de voordelen van psychologische interventies de neiging hadden af te nemen in de loop van de tijd, met beperkt bewijsmateriaal voor hun effectiviteit op lange termijn. Deze bevindingen benadrukken de noodzaak voor langdurige interventies die voortduren na de detentieperiode, met zorgcontinuïteit bij de terugkeer naar de samenleving om langdurige geestelijke gezondheidsresultaten te verbeteren.

De onderzoeksresultaten over **verslavingsinterventies** ondersteunen consistent de keuze voor farmacologische behandelingen, met name substitutietherapie met opioïde agonisten. Deze behandelingen werden geassocieerd met een betere deelname aan zorg na vrijlating, verminderde opiatenconsumptie en een afname van het risico op mortaliteit. De impact op recidive blijft echter onzeker. In vergelijking met methadon en buprenorfine/naloxon vertoonde langdurig werkend buprenorfine (XR-BUP) meer overtuigende resultaten in termen van het verminderen van druggebruik, mate van heropsluiting en de algemene kosten. Wat betreft psychosociale interventies toonden therapeutische gemeenschappen (TC) sterk bewijs voor het verminderen van recidive en, in mindere mate, voor het verminderen van druggebruik na vrijlating. Daarentegen vertoonde motiverende gespreksvoering beperkte resultaten, en CGT, wanneer alleen toegepast, vertoonde weinig empirisch bewijs voor het verminderen van druggebruik of recidive. Echter, significante reducties in recidive werden waargenomen wanneer CGT geïntegreerd was in een multi-component interventiestrategie. Deze resultaten roepen vragen op over de geschiktheid van CGT als een op zichzelf staande interventie in deze context en benadrukken de noodzaak voor een integratie met farmacologische en/of psychologische interventies. Eén review toonde aan dat mindfulness-gebaseerde terugvalpreventie effectief het verlangen naar en het gebruik van middelen verminderde. Onderzoek naar interventies ter preventie van overdoses (inclusief naloxon toediening en overdosispreventietraining) blijft beperkt, hoewel de bestaande studies aangeven dat deze interventies de kennis vergroten en overdoses gerelateerd aan opioïden verminderen. Belemmeringen voor de implementatie zijn onder andere logistieke beperkingen en een gebrek aan vertrouwdsheid bij het personeel met deze programma's. Een succesvolle invoering van verslavingsinterventies in gevangenissen vereist een culturele verandering binnen de penitentiaire instellingen en een versterkte samenwerking tussen gevangenisgezondheidszorg en gemeenschapsgezondheidszorg om zorgcontinuïteit en duurzame herstel te waarborgen.

**Interventies gericht op zorgcontinuïteit** (zoals casemanagement vóór en na vrijlating, psychosociale steun en doorverwijzing naar behandelingsdiensten) vertoonden verbeteringen in de dekking van ziektekostenverzekering en verhoogden de betrokkenheid bij geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en andere gezondheidsdiensten na vrijlating. De resultaten met betrekking tot de impact op recidive en middelengebruik zijn echter gemengd, en er is weinig bewijs voor hun doeltreffendheid op vlak van uitkomsten op lange termijn, zoals het aanhouden van behandelingen en medicatietrouw. Sommige gegevens suggereren dat onderhoudstherapie met methadon, begonnen vóór vrijlating, de doorstroom naar behandeling op korte termijn aanzienlijk verbetert en de wachttijd voor behandeling na vrijlating verkort. Post-detentie overgangsprogramma's (zoals Dialectische Gedragstherapie (DGT), Collaborative Behavioral Management en Recovery Management Check-ups) ontworpen voor vrouwen die de gevangenis verlaten met een verslavingsproblematiek toonden gemengde resultaten op vlak van middelengebruik. Echter, omvattende benaderingen, die individuele ondersteuning, behandeling voor middelengebruik (SUD), gender-sensitieve benaderingen en toegang tot geestelijke gezondheidszorg en traumabehandeling omvatten, leidden tot de grootste reducties in middelengebruik en recidive. Overgangsprogramma's die volledige ondersteuning boden, waren effectiever in het verminderen van recidive dan interventies die alleen gericht waren op de post-detentie

periode. Obstakels voor implementatie van doeltreffende programma's gericht op de overgang van de gevangenis naar de vrije samenleving omvatten administratieve inefficiënties, onvoldoende ondersteuning voor de behoeften van personen in detentie, onvoldoende middelen en ontoereikende communicatie tussen penitentiaire diensten en geestelijke gezondheidszorg. Effectieve strategieën omvatten het wegnemen van deze obstakels, evenals het implementeren van andere benaderingen zoals geïntegreerde medische zorgmodellen, peer-ondersteuningsinitiatieven, regionale programma's, verbinding met eerstelijnszorg en patiëntgerichte zorgprogramma's onder leiding van verpleegkundigen. Andere belangrijke factoren omvatten sociale steun, werk en huisvesting, de interpersoonlijke vaardigheden van maatschappelijk werkers, gepersonaliseerde benaderingen en zorgcontinuïteit, inclusief planning vóór vrijlating.

**Suicidepreventie-interventies** vertoonden veelbelovende resultaten, waarbij peer-ondersteuningsinitiatieven, CGT en multi-component programma's die verschillende preventieactiviteiten combineerden, het meest doeltreffend bleken in het verminderen van suïcidaliteit. De algemene kwaliteit van het bewijs blijft echter zwak en er zijn meer stringente evaluaties nodig om de langetermijneffecten te bepalen. Van de risicobeoordelingsinstrumenten voor suïcide werd de Suicide Risk Assessment Scale en de Suicide Probability Scale geïdentificeerd als betrouwbare screeningsinstrumenten, hoewel het gebruik van de laatste als tijdrovend werd gemeld. Verdere onderzoeken zijn nodig om de validiteit en bruikbaarheid van suïciderisico voorspellingen te evalueren.

**Oudere personen in detentie** vormen een nog weinig bestudeerde populatie, hoewel ze de snelst groeiende groep vormen in penitentiaire instellingen. De evidentie voor interventies gericht op het versterken van veerkracht, fysieke gezondheid en mentaal welzijn blijft beperkt. Interventies gebaseerd op artistieke expressie, yoga, psycho-educatie en positieve psychologie vertoonden significante reducties in angst en depressie, terwijl programma's zoals BE-ACTIV en True Grit gemoedstemming verbeterden, activiteitenniveaus verhoogden en medicatiegebruik verminderden. Interventies bij oudere personen in detentie tonen het belang aan van goed georganiseerde programma's, positieve interacties met personeel, emotionele steun van familie, het tegemoetkomen aan de specifieke behoeften van oudere personen in detentie, het wegnemen van obstakels voor deelname, het vergemakkelijken van betrokkenheid en de effectieve implementatie van interventies. De noodzaak voor gendergevoelige zorg voor oudere personen in detentie moet ook benadrukt worden. Desondanks werden alle reviews over deze populatie beoordeeld als van kritisch lage kwaliteit, wat de nood aan meer rigoureuze onderzoeken onderstreept.

Zowel personen in detentie als artsen gaven aan tevreden te zijn over het gebruik van **telezorg**, zoals telepsychiatrie, telegeneeskunde en videoconferenties met een psycholoog. Ze waardeerden zowel de technische kwaliteit als de professionaliteit van de teleconsultaties. De resultaten tonen aan dat telezorg de toegang tot zorg verbetert, onder meer door een kortere wachttijd tussen verwijzing en behandeling en een significante toename van het aantal ambulante consultaties. Daarnaast is er een verband tussen telezorg in gevangenissen en verbeterde zorgkwaliteit, met name dankzij betere toegang tot specialisten die doorgaans niet beschikbaar zijn binnen detentieomgevingen. De bevindingen suggereren dat telezorg zowel de toegankelijkheid als de communicatie tussen personen in detentie en zorgverleners kan verbeteren, terwijl het tegelijkertijd de uitdagingen van gespecialiseerde zorgverlening in gevangenissen aanpakt. Onderzoek naar de kosten van telezorg in gevangenissen wijst doorgaans op besparingen ten opzichte van face-to-face interventies, vooral door het wegvallen van transportkosten. Personen in detentie rapporteerden daarnaast klinische voordelen, zoals een afname van zelfgerapporteerde stressniveaus tijdens psychiatrische telebehandelingen. De conclusies over de effectiviteit van telezorg zijn echter gebaseerd op slechts twee reviews, waarvan één als methodologisch zwak werd beoordeeld, wat de noodzaak benadrukt van verder onderzoek met een hogere methodologische kwaliteit.

Hoewel de resultaten suggereren dat **peer-programma's** potentieel hebben om enkele lacunes in de gezondheidsinterventies in gevangenissen op te vullen, blijft hun effectiviteit niet afdoende bewezen vanwege

het beperkte aantal en de variabele kwaliteit van bestaande studies. De huidige studies rapporteren zekere positieve effecten voor zowel deze zijn de interventies uitvoeren als de ontvangers ervan. Personen die de peer-interventies aanbieden meldden verbeteringen in geestelijke gezondheid, persoonlijke transformatie en een gevoel van nuttig te zijn, wat suggereert dat peer-hulp mogelijkheden biedt voor rehabilitatie. Personen in detentie bleken in het algemeen tevreden te zijn met peer-interventies en gaven aan dat ze zich in peer-interventies meer op hun gemak voelden om met andere gedetineerden te communiceren, betere toegang tot diensten hadden en meer vertrouwen hadden in deze interventies vergeleken met programma's geleid door professionals. De belangrijkste factoren die bijdroegen aan deze voorkeur waren de empathie van de personen die de interventies aanbieden gezien hun eigen ervaringen, een niet-oordelende benadering en een grotere beschikbaarheid dan het gevangenispersoneel. Ondanks deze voordelen kozen sommige personen in detentie ervoor niet deel te nemen aan deze interventies vanwege een beperkte informatie over het bestaan ervan, bezorgdheden over vertrouwelijkheid, taalbarrières of de voorkeur om persoonlijke problemen met het personeel, familie of mede-gedetineerden te bespreken. Sommige vreesden ook dat het zoeken naar steun zou worden gezien als een teken van zwakte door andere gedetineerden. Vanuit het perspectief van het gevangenispersoneel werden initiële uitdagingen geïdentificeerd, waaronder een gebrek aan sensibilisatie en begrip over peer-interventies. Regelmatige communicatie en geleidelijke kennismaking met deze programma's werden geïdentificeerd als bevorderende factoren. Peer-educatieprogramma's hebben het potentieel om risicovol gedrag te verminderen, zoals het gebruik van injecteerbare drugs, het delen van injectiemateriaal en onbeschermd seksueel gedrag, terwijl ze de kennis van gedetineerden over gezondheidskwesties verbeteren. Peer-ondersteuning kan ook emotionele en praktische voordelen bieden, vooral in de vroege stadia van detentie, wanneer aanpassingsproblemen het grootst zijn. Ten slotte heeft peer-hulp ook aangetoond te leiden tot kostenbesparingen en de efficiëntie van zorg in gevangenissen te verbeteren, wat de waarde van peer-ondersteuning als duurzame interventiestrategie benadrukt.

De enige review over **gevangenispersoneel** wees uit dat mindfulness-gebaseerde interventies effectief waren in het significant verminderen van stress, angst, depressie en emotionele uitputting, terwijl ze de mindfulness-vaardigheden, werktevredenheid en het gevoel van nuttig te zijn verbeterden. Daarentegen toonden psycho-educatieve trainingsprogramma's inconsistente resultaten, met opmerkelijke verbeteringen in het tegengaan van cynisme en het verhogen van een gevoel van persoonlijke vervulling, maar een beperkt effect op emotionele uitputting.

Met betrekking tot **infectieziekten** bleken educatieve programma's gegeven door professionals of peers effectief in het verminderen van risicovol gedrag op vlak van seksuele contacten en injectie van middelen bij gedetineerden. Deze interventies verbeterden de kennis over HIV-overdracht en risicogedrag, terwijl ze positieve attitudes en overtuigingen bij zowel mannelijke als vrouwelijke gedetineerden bevorderden. Daarnaast hadden methadonbehandeling vóór vrijlating en motivatiegesprekken voor en na vrijlating een positieve impact op seksueel en injectiegerelateerd risicogedrag. Een zes maanden durend therapeutische gemeenschap (TG)-programma toonde ook gunstige effecten bij vrouwen in detentie met een drugsproblematiek. Peer-ondersteuningsinterventies speelden een cruciale rol in het verbeteren van de betrokkenheid bij het HIV-zorgaanbod na vrijlating en droegen bij aan hogere aantallen van HIV-testafnames in gevangenissen. Bovendien hadden systematische HIV-testprogramma's hogere deelnamepercentages dan vrijwillige tests, wat de noodzaak onderstreept om routinematig testen op te nemen in correctionele zorg. De kosteneffectiviteit van interventies varieerde afhankelijk van het type programma. Individuele psychosociale interventies vereisten aanzienlijke financiële investeringen vanwege de nodige training van personeel en de tijdsinzet. Daarentegen blijken door *peers* geleide interventies voor mannelijke gedetineerden en gecomputeerde programma's voor personen in probatie kosteneffectievere alternatieven te zijn.

Wat betreft de screening op het hepatitis C-virus (HCV) toonde een literatuurstudie aan dat in situ screening met voorafgaande geïnformeerde toestemming, gecombineerd met pre-testbegeleiding en educatie, het screeningspercentage bijna verdubbelde. De effectiviteit van bloedafname aan de hand van een Dried Blood

Spot (DBS) test leverde echter gemengde resultaten op. Hoewel de integratie van DBS in bredere interventies de HCV-screeningspercentages significant verhoogde, bleek het gebruik van DBS als een op zichzelf staande methode geen substantiële verbeteringen op te leveren. Deze bevindingen suggereren dat het succes van HCV-screeningstrategieën in detentieomgevingen afhangt van hun integratie met aanvullende interventies die de toegankelijkheid en deelname bevorderen. Opmerkelijk is dat geen enkele studie werd geïdentificeerd die interventies onderzocht ter verbetering van de toegang tot HCV-behandeling, wat wijst op een kritiek hiaat in het onderzoek.

#### 2.4. DISCUSSIE

Hoewel de meeste systematische reviews in deze studie zich richtten op de effectiviteit van interventies en gezondheidsuitkomsten, werd een opvallend gebrek aan onderzoek vastgesteld met betrekking tot andere dimensies van de Quintuple Aim, met name de patiëntervaring, het welzijn van zorgprofessionals en gelijke toegang tot zorg. Slechts één studie richtte zich op het welzijn van zorgprofessionals, wat opmerkelijk is gezien de hoge prevalentie van burn-outs en werkgerelateerde stress in penitentiaire instellingen, en de negatieve invloed daarvan op de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor personen in detentie (Forman-Dolan et al., 2022). Wat betreft gelijke toegang tot zorg werd in enkele reviews aandacht besteed aan de specifieke behoeften van oudere gedetineerden, wat de toenemende erkenning weerspiegelt van de vergrijzing binnen detentiepopulaties als een aanzienlijke uitdaging voor de correctionele gezondheidszorg. Daarentegen blijft onderzoek naar vrouwelijke gedetineerden beperkt, ondanks hun specifieke zorgbehoeften en uitdagingen, zoals hogere prevalentie van trauma, psychische stoornissen en middelengebruik (Friestad et al., 2023). Daarnaast is er een aanzienlijk gebrek aan onderzoek naar gedetineerden met comorbiditeit (bv. psychische gezondheidsproblemen en verslavingsproblematiek). Slechts één studie, uitgevoerd door Perry et al. (Perry et al., 2023), richtte zich op oudere gedetineerden met comorbide problemen. Bovendien werd geen enkele review geïdentificeerd die de gezondheidszorgbehoeften van etnische of culturele minderheden in detentie onderzocht. Gezien de onevenredig hoge belasting door(mentale) gezondheidsproblemen bij deze kwetsbare groepen, zou toekomstig onderzoek zich moeten richten op interventies die rekening houden met gender- en interculturele gevoeligheden binnen het penitentiaire systeem.

Een belangrijke beperking van de bestudeerde systematische reviews is het hoog aantal studies met een zwakke methodologische kwaliteit. Veel reviews maakten geen gebruik van vooraf geregistreerde onderzoeksprotocollen, vertoonden onvolledige risicoanalyses op bias en verstrekten onvoldoende informatie over de selectieprocedure van opgenomen studies. Een andere beperking is de inhoudelijke variabiliteit van de onderzochte interventies, wat de evaluatie en vergelijking van hun effectiviteit bemoeilijkt. Zo verschillen therapeutische gemeenschappen en psychosociale interventies—beide veelgebruikte methoden in detentieomgevingen—aanzienlijk qua duur, structuur en specifieke componenten. Deze heterogeniteit maakt het moeilijk om de bepalende kenmerken van interventies met positieve effecten, zoals het verminderen van recidive of middelengebruik, te identificeren. Om de onderliggende mechanismen van deze effecten beter te begrijpen, is verder onderzoek nodig die ernaar streeft interventies te standaardiseren alsook naar vergelijkende studies die effectiviteit van die interventies vergelijkt.

Naast de methodologische beperkingen van de systematische literatuurstudies zelf, brengt de detentiecontext inherente uitdagingen met zich mee voor het uitvoeren van rigoureuze onderzoek. Zoals Yoon et al. (2017) opmerken, is het uitvoeren van gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) in gevangenissen bijzonder complex vanwege institutionele beperkingen en problemen met de follow-up na de behandeling. Snelle doorstroom, korte detentieperiodes en moeilijkheden bij het waarborgen van continuïteit van zorg hinderen de evaluatie van interventies op lange termijn. Bovendien belemmeren institutionele factoren – zoals beperkingen op vlak van tijdsbesteding (bv. tijdsconflicten met andere activiteiten), hogere uitval door veranderingen van uurrooster (Yoon, Slade and Fazel, 2017), disciplinaire sancties na inbreuken die de toegang van gedetineerden tot de behandelingen beperkt – vaak de deelname aan en het voltooien van interventies (Yoon et al., 2017).

Daarnaast zijn er beperkingen van de onderzoeksmethoden, met name door het verbod op het verzamelen van biologische *markers*, video-opnames en het in kaart brengen van veranderingen in de sociale omgeving van de detentiecontext (Yoon et al., 2017). Deze restricties verhogen de complexiteit van onderzoek en beperken de mogelijkheden om de werkelijke effecten van interventies accuraat te meten.

Naast uitdagingen met betrekking tot onderzoek bestaan er talrijke obstakels die de implementatie van gezondheidsinterventies in gevangenissen bemoeilijken (South et al., 2016; Smith-Merry et al., 2019; Grella et al., 2020, 2021). De belangrijkste belemmeringen omvatten administratieve inefficiënties, onvoldoende steun voor de gezondheidsbehoeften van personen in detentie, beperkte middelen en gebrekkige communicatie tussen correctionele en gezondheidszorgdiensten. Institutionele beperkingen, zoals rigide dagindelingen in gevangenissen, veiligheidsprotocollen en disciplinaire maatregelen, verstoren vaak de implementatie en voltooiing van gezondheidszorgprogramma's. Logistieke uitdagingen, met name personeelstekorten en beperkte middelen, vormen eveneens een uitdaging voor de uitvoering van essentiële interventies. Daarnaast lijden veel programma's onder inadequate training van zowel zorgpersoneel als peer-ondersteuners, wat hun effectiviteit en duurzaamheid ondermijnt.

Tegelijkertijd zijn er verschillende factoren die de implementatie van interventies vergemakkelijken, zoals gestructureerde re-integratieplanning, versterkte inter-institutionele samenwerking en de integratie van evidence-based praktijken in de penitentiaire gezondheidszorg (Leaman et al., 2017; Kendall et al., 2018; Grella et al., 2021; Simpson et al., 2021). Programma's die de verbinding tussen correctionele diensten en de eerstelijnsgezondheidszorg versterken, peer-ondersteuning bieden en patiëntgerichte zorgmodellen hanteren, hebben doorgaans een grotere kans op succes. Andere bevorderende factoren omvatten op gender afgestemde en/of cultureel sensitieve benaderingen, aandacht voor comorbiditeit en erkenning van de rol van sociale determinanten in gezondheidsuitkomsten (Harris, Hek & Condon, 2007; van den Bergh et al., 2011). Het verbeteren van de communicatie tussen gevangenispersoneel en gezondheidsprofessionals, het bevorderen van een cultuur van verandering binnen penitentiaire instellingen en het waarborgen van voldoende financiering en beleidsmatige ondersteuning zijn cruciaal voor de effectiviteit en duurzaamheid van gezondheidsinterventies in gevangenissen.

Strategieën voor zorgcontinuïteit en transitie spelen een sleutelrol bij het verbeteren van de gezondheidsuitkomsten na vrijlating. Onderzoek suggereert dat continuïteit van zorg niet alleen een prioriteit is binnen de gezondheidszorg, maar ook een fundamenteel onderdeel vormt van een succesvolle re-integratie. Het waarborgen van toegang tot continue medische zorg, geestelijke gezondheidszorg en drughulpverlening na vrijlating—bijvoorbeeld via transitieprogramma's—verbetert de kans op positieve gezondheidsuitkomsten, succesvolle re-integratie en vermindert het risico op dakloosheid, werkloosheid en recidive (Kendall et al., 2018; Smith-Merry et al., 2019). Voor de samenleving resulteert een goed gestructureerde continuïteit van zorg in lagere gezondheidskosten en een daling van recidivecijfers, wat de druk op het justitiële systeem verlaagt en de publieke veiligheid bevordert (Kinner & Wang, 2014; Favril et al., 2024).

Programma's die inzetten op huisvesting, jobcoaching, peer-mentorschap, re-integratieplanning en regionale ondersteuning, dragen sterker bij aan succesvolle re-integratie (Kendall et al., 2018; Smith-Merry et al., 2019).

## 3. EMPIRISCH MIXED-METHOD ONDERZOEK

## BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

- **Verbetering van de drugshulpverlening:** De D&D-projecten hebben geleid tot een effectievere aanpak van verslavingsproblematiek. Gespreksgroepen en individuele sessies hielpen personen in detentie om de oorzaken van hun gebruik te begrijpen en te werken aan hun herstel.
- **Positieve impact op de mentale gezondheid:** De PMD's hebben de zorg voor gedetineerden in psychische nood verbeterd, de frustratie over wachttijden verminderd en snelle psychologische ondersteuning geboden in gevangenissen waar deze initiatieven goed zijn geïntegreerd.
- **Continuïteit van zorg:** De projecten streefden de implementatie van maatregelen na die de continuïteit van zorg tussen detentie en de samenleving waarborgen. Er blijven echter uitdagingen bestaan, met name op het gebied van overgang en opvolging na detentie.
- **Samenwerking en coördinatie:** De samenwerking tussen interne en externe diensten blijft een uitdaging. Er wordt aanbevolen om de doelstellingen van de verschillende diensten beter te definiëren en coördinatiefuncties in te voeren om de samenwerking te faciliteren en de zorgtrajecten van personen in detentie te optimaliseren.
- **Opleiding en ondersteuning:** Er zijn opleidingen aangeboden voor penitentiair personeel, maar de implementatie werd beperkt door tijds- en middelengebrek. Een versterkte opleiding in mentale gezondheidszorg en verslavingszorg is noodzakelijk.
- **Toegang tot zorg:** De projecten hebben aanzienlijke inspanningen geleverd om de toegang tot psychologische en verslavingszorg te verbeteren, hoewel er nog steeds obstakels bestaan voor bepaalde groepen.
- **Welzijn van zorgverleners:** De projecten hebben een positieve invloed gehad op het welzijn van zorgverleners door samenwerking en ondersteuning te bevorderen. Desondanks blijven er uitdagingen bestaan op het vlak van implementatie, samenwerking en coördinatie.
- **Vertrouwelijkheid en beroepsgeheim:** Vertrouwelijkheid, beroepsgeheim en transparantie hierover zijn van groot belang voor zorggebruikers. Zorgverleners geven aan behoefte te hebben aan een duidelijk kader dat hen ondersteunt bij het waarborgen van het beroepsgeheim, terwijl zij tegelijkertijd geïntegreerde zorg kunnen bieden.
- **Gelijke toegang tot zorg:** Het belang van gelijke toegang tot zorg wordt benadrukt, waarbij specifiek aandacht wordt gevraagd voor de behoeften van personen in detentie zonder geldige verblijfsstatus, anderstalige en vrouwelijke gedetineerden. Er worden maatregelen aanbevolen om hun toegang tot zorg te verbeteren.
- **Gezondheidsdata:** Er is vrijwel geen routinematige beschikbaarheid van gezondheidsdata om de gezondheidszorg in detentieomgevingen te evalueren, wat een kwaliteitsvolle opvolging bemoeilijkt.

### 3.1. ONDERZOEKSMETHODES

#### DATAVERZAMELING

De dataverzameling vond plaats in drie fasen.

##### FASE 1: VERKENNENDE INTERVIEWS EN BESCHRIJVING VAN DE PROEFPROJECTEN (NOVEMBER 2023 – OKTOBER 2024)

In november 2023 werden verkennende interviews afgenomen met alle coördinatoren van de D&D-proefprojecten. Elke coördinator en een verantwoordelijke voor de psychologen/maatschappelijk werkers vulden een informatieformulier in over het verloop van de projecten (april-juni 2024). In sommige gevangenissen werd dit formulier ingevuld tijdens een interview met de onderzoekers via videoconferentie.

##### FASE 2: EMPIRISCHE DATAVERZAMELING IN PILOOTGEVANGENISSEN (SEPTEMBER – DECEMBER 2024)

Casestudies werden uitgevoerd in de gevangenissen van Antwerpen, Andenne, Gent, Nieuw-Dendermonde, Hasselt, Haren, Jamioulx, Lantin, Leuven-Centraal en Leuze-en-Hainaut. De volgende onderzoeksmethoden werden gehanteerd voor elke gevangenis:

- Semigestructureerde interviews met minstens drie zorggebruikers die beroep doen op de D&D-projecten en/of de psychologen/maatschappelijk werkers (in totaal meer dan 30 interviews met zorggebruikers).
- Semigestructureerde interviews met minstens één lid van de directie of coördinatie (in totaal 15 interviews).
- Observaties ter plekke en gesprekken met personeel en personen in detentie (gemiddeld 1-2 dagen per gevangenis, 20 observatiedagen in totaal).
- Het organiseren van een focusgroep per gevangenis met relevante actoren – penitentiaire beampten, leden van de medische dienst, leden van het D&D-project en psychologen verbonden aan de medische dienst (in totaal 10 focusgroepen).

Daarnaast werden in november 2024 twee stakeholderpanels georganiseerd met respectievelijk 15 en 6 deelnemers. Aan deze panels namen leden van de coördinatie van de projecten, beleidsmakers en andere betrokkenen bij de penitentiaire gezondheidszorg, zoals coördinatoren van de gewesten en gemeenschappen, deel.

##### FASE 3: AANVULLENDE DATAVERZAMELING

Een overzicht van de voorziene en uiteindelijke gerealiseerde analyses is opgenomen in tabel 1.

Activiteitenrapporten van elk D&D-project werden geïntegreerd in de analyse. De gegevens van de RecoPris-enquête konden niet worden gebruikt gezien er geen gegevensuitwisselingsovereenkomst was. Geaggregeerde statistieken verstrekt door de FOD Justitie verfijnden de kwalitatieve analyse. Daarnaast werden twee “momentopnames” van medicatievoorschriften (maart 2022 en september 2024) geanalyseerd. Een enquête over de gezondheidstoestand van gedetineerden en hun tevredenheid met de zorg (gebaseerd op de vragenlijst gebruikt voor de Belgische nationale gezondheidsenquêtes door Sciensano) werd afgenomen in Leuze, Andenne en Jamioulx. De bedoeling was om deze enquête te herhalen om vergelijkingen in de tijd te maken, maar dit bleek niet mogelijk wegens organisatorische redenen en tijdstekort.

**Tabel 1: Overzicht van beschikbaarheid van aanvullende gegevens**

| Gegevensbron                 | Voorzien                                                                                                                                                                                                                                         | Geraliseerd                                                                            | Redenen                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RecoPris</b>              | Analyse van de door de proefprojecten verzamelde RecoPris-gegevens op twee momenten (eind 2023 en midden 2024)                                                                                                                                   | Samenvatting van gegevens uit de activiteitenrapporten                                 | Geen beschikbare gegevens voor Nederlandstalige gevangenen<br><br>Data-sharing agreement niet beschikbaar gezien niet gefinaliseerd<br><br>Vaak ontbrekende gegevens en niet uniform gebruik van indicatoren |
| <b>Sidis en Epicure Data</b> | Vergelijkende analyse van medicatiegebruik, aantal consultaties en demografische kenmerken tussen piloot- en niet-piloot-gevangenen, vóór en na de invoering van de proefprojecten (zie protocol ingediend bij de ethische commissie, bijlage 6) | Vergelijking van behandelingsgegevens van twee dagen in alle gevangenen (2022 en 2024) | Gebrek aan betrouwbare cijfers over consultaties en medicatie                                                                                                                                                |
| <b>HIS vragenlijst</b>       | Twee gegevensverzamelingsrondes (mei en september 2024) in de pilootgevangenen, zowel bij gedetineerden die deelnamen aan de pilootprojecten als bij niet-deelnemende gedetineerden                                                              | Vragenlijst afgenomen in drie Waalse gevangenen                                        | Vertraging in beginfase van onderzoek door late opstart<br><br>Prioritisering van kwalitatief gedeelte                                                                                                       |

In februari 2025 werd een Qualtrics-vragenlijst met 31 stellingen (zie Bijlage 13), opgesteld op basis van de onderzoeksresultaten en als basis voor de aanbevelingen, verstuurd naar alle eerder bij de studie betrokken stakeholders (110 personen). 48 respondenten gaven aan via een Likert-schaal aan in welke mate ze het eens of oneens waren met de stelling en deelden hun mening over de haalbaarheid van de aanbevelingen. De resultaten van deze afstemming worden gepresenteerd in het deel gewijd aan de aanbevelingen.

#### KWALITATIEVE GEGEVENSANALYSE

'Directed Qualitative Content Analyses' (DQCA) werd toegepast, gebaseerd op de vijf elementen van het Quintuple Aim model, waarbij secundaire thema's inductief werden bepaald. De primaire en secundaire thema's werden gedefinieerd tijdens vergaderingen van het onderzoeksteam. Een cross-analyse van de resultaten per gevangenis en per gewest werd uitgevoerd om relaties, verschillen en overeenkomsten te detecteren.

#### KWANTITATIEVE GEGEVENSANALYSE

De medicatiegegevens werden voor twee observatiedagen uit de Epicure-tool geëxtraheerd door de FOD Justitie. Zij namen ook contact op met elke medische dienst om de gegevens aan te vullen over langwerkende medicatie toegediend via injectie. Technische beperkingen van Epicure en het ontbreken van automatische koppelingen met de Sidis database vormden een beperking voor de analyse. Demografische gegevens werden niet opgenomen, en de kwaliteit van invoer en extractie impliceert een risico op fouten. Vergelijkingen tussen piloot- en niet-pilootgevangenen werden uitgevoerd voor de meest voorgeschreven medicatie.

De gegevens uit de vragenlijst werden geanalyseerd per gevangenis. Beschrijvende analyses werden uitgevoerd, maar robuustere statistische analyses waren niet mogelijk vanwege de beperkte steekproefgrootte.

### 3.2. RESULTATEN

In wat volgt worden de resultaten van de kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling in de gevangenissen besproken. We verwijzen regelmatig naar letterlijke citaten uit focusgroepen, interviews met managementprofielen (bijvoorbeeld directie, gezondheidszorgcoördinatoren of andere coördinerende posities zoals coördinatoren van D&D en, in Vlaanderen, beleidscoördinatoren), en interviews met personen die gebruik maken van D&D en/of de PMD's (zorggebruikers). De citaten uit focusgroepen worden in het **groen** weergegeven, deze uit interviews met managementprofielen in het **blauw**, en deze uit interviews met zorggebruikers in het **oranje**.

De resultaten worden hieronder weergegeven op basis van de volgende indeling:

#### 3.2.1. Contextuele realiteit

- A. Structurele en operationele uitdagingen
- B. Bio-psycho-sociale uitdagingen van en in detentie

#### 3.2.2. Evaluatie van de pilootprojecten vanuit het perspectief van de Quintuple Aim

- 0. Overkoepelende factoren die bijdragen tot een geïntegreerde (geestelijke) gezondheidszorg
- 1. Betere gezondheidsuitkomsten op bevolkingsniveau
- 2. Een betere ervaring van zorg voor de persoon
- 3. Het realiseren van meer waarde met dezelfde middelen door efficiënter gebruik van de beschikbare middelen
- 4. Het verhogen van het welzijn van de professionals die actief zijn in de zorg- en welzijnssector
- 5. Het realiseren van meer gelijkheid in toegang tot gezondheid en gezondheidszorg

#### 3.2.3. Stakeholder panels

---

### 3.2.1. CONTEXTUELE REALITEIT

---

#### A. STRUCTURELE UITDAGINGEN

---

##### OVERBEVOLKING IN DE GEVANGENISSEN

Hoewel overbevolking in de gevangenissen niet expliciet als thema werd aangesneden door de onderzoekers tijdens de interviews en focusgroepen, werd dit door veel deelnemers spontaan genoemd als een van de grootste uitdagingen op zowel de verstrekking van medische en psychosociale zorg als op het welzijn van de personen in detentie.

Dit fenomeen, algemeen aanwezig in de meeste gevangenissen, veroorzaakt spanningen en bemoeilijkt de dagelijkse zorgverlening. Sommige gevangenissen zagen de instroom in de loop der jaren toenemen zonder dat hun infrastructuur werd uitgebreid. In **Lantin**, evenals in drie van de vijf pilootgevangenissen in Vlaanderen (**Gent, Antwerpen en Hasselt**), bereikte de overbevolking bijzonder zorgwekkende niveaus, zoals geïllustreerd in **tabel 2**. In de nieuwe gevangenis van **Haren** is de overbevolking relatief, wat betekent dat, hoewel de gevangenis in 2024 haar maximale capaciteit bereikte zonder deze te overschrijden, het personeelsgebrek er voor een onevenwicht zorgt tussen gevangenispersoneel en personen in detentie, voor uitdagingen zorgt.

In de overbevolkte gevangenissen zijn personen in detentie, volgens de deelnemers, genooddaakt in moeilijke omstandigheden te leven, hetgeen een negatieve invloed heeft op problemen met betrekking tot geestelijke

gezondheid en geweld. Overbevolking voorkomt het scheiden van personen in detentie met verschillende statussen (zoals personen in voorarrest, veroordeelden en geïnterneerden), wat spanningen veroorzaakt. In sommige gevangenissen leidt overbevolking tot een andere samenstelling van de gedetineerden. Dit resulteert in een hoger aantal veroordeelde personen in arresthuizen en meer personen in voorlopige hechtenis in strafhuizen. Deze situatie verhoogt de druk op het gevangenisregime, vergroot de spanningen tussen personen met verschillende detentiestatussen – vooral tussen celgenoten – en versterkt het gevoel van kwetsbaarheid bij personen in voorlopige hechtenis.

Daarnaast hebben verschillende focusgroepen uitgewezen dat meerdere personen samen op cel een uitdaging kunnen vormen voor het welzijn van (vooral de meer kwetsbare) personen in detentie. Zo gaf een deelnemer tijdens een focusgroep aan:

*“Ik denk zo ook zo rond psychisch kwetsbare mensen. Soms zetten ze mensen samen dat ik denk ja of nu gaat één van, nu gaat de andere ook gek worden of gaat de andere agressief worden.”*

Om de overbevolking in de gevangenissen tegen te gaan, werd in maart 2024 een systeem van verlengd penitentair verlof (VPV) ingevoerd. Zonder deze maatregel zou de Belgische gevangenispopulatie op 3 februari 2025 13.387 gedetineerden hebben bereikt, terwijl de theoretische gemiddelde capaciteit van de gevangenissen, zoals vermeld in het rapport van 2023, 10.195 plaatsen bedraagt. De invoering van het VPV heeft geleid tot een daling van de gevangenispopulatie tot 12.693 personen. Desondanks hebben professionals benadrukt dat deze maatregel een negatieve invloed heeft op de continuïteit van zorg, aangezien de medische en psychosociale opvolging van de betrokken personen in detentie wordt verstoord. Bovendien blijft de overbevolking een grote uitdaging voor het beheer van veiligheid, toegang tot zorg en opvolging van personen in detentie. Het is dan ook belangrijk om het gevangenispersoneel te versterken met oog op het waarborgen van aangepaste detentieomstandigheden en zorgverlening.

Zowel de professionals als het management onderstreepten de directe impact van overbevolking op de zorgkwaliteit en de bejegening van personen in detentie, waarbij de noodzaak van voldoende infrastructuur en personeel, evenals coherente besluitvorming om deze uitdagingen aan te pakken, werden benadrukt.

## TEKORT AAN PERSONEEL

Alle pilootgevangenissen, zowel in Wallonië als in Vlaanderen, ondervinden grote organisatorische uitdagingen, voornamelijk als gevolg van een tekort aan personeel (vooral penitentiair beambten, artsen, verpleegkundigen en psychosociale diensten). Dit personeelstekort heeft een directe impact op de zorgkwaliteit en de bejegening van gedetineerden, en wordt in de hand gewerkt door logistieke beperkingen en een algemeen gebrek aan beschikbaar personeel.

In Wallonië en Brussel, vooral in Haren, leidt het tekort van bijna 50% voor penitentiair beambten en 70% voor verpleegkundigen (tabel 3) tot frustraties en een hoog personeelsverloop. In Leuze werd het tekort aan verpleegkundigen ook bekritiseerd, met slechts 2 van de 6 geplande voltijdse equivalenten (VTE) beschikbaar door langdurig ziekteverlof (wat verklaart waarom ze in de tabel worden gepresenteerd), waardoor de toegang tot zorg voor personen in detentie aanzienlijk werd beperkt.

In Vlaanderen is de situatie vergelijkbaar, waarbij in verschillende gevangenissen een tekort aan gevangenis- en medisch personeel werd gerapporteerd. Omwille van personeelstekort wordt er in sommige gevangenissen met tijdelijke contracten van penitentiair beambten gewerkt, waardoor een gebrek aan ervaren personeel werd aangekaart. Het gebrek aan opleiding en ervaren personeel werd ook aangekaart, en gevangenissen werken voor gevangenispersoneel vaak met tijdelijke contracten.

In zowel Vlaanderen als Wallonië, werd de opleiding van nieuwe beambten werd vaak als onvoldoende beoordeeld vanwege tijdsdruk en een gebrek aan middelen. Dit veroorzaakt spanningen onder het personeel en

bemoeilijkt het tegemoetkomen aan de behoeften van gedetineerden. Het gebrek aan opleiding in geestelijke gezondheid en verslavingszorg voor gevangenispersoneel werd in de meeste gevangenissen genoemd als uitdaging in de bejegening van personen in detentie. Dit maakt het moeilijk om penitentiaire beampten te betrekken bij de psychosociale ondersteuning van personen in detentie. Het aanbieden van opleiding was mogelijk in het kader van D&D-projecten, maar het initiatief daarvoor zou volgens de deelnemers in de Waalse gevangenissen van de directie moeten komen, hetgeen in sommige gevangenissen niet het geval was.

Een andere grote uitdaging in beide regio's betreft het nieuwe onderscheid tussen beveiligingspersoneel en detentiebegeleiders. Dit onderscheid, hoewel theoretisch nuttig, lijkt volgens de deelnemers in de praktijk geen significante impact te hebben vanwege de diversiteit in aangeworven profielen, de beperkte opleiding die aan detentiebegeleiders wordt gegeven en de overbevolking.

Ten slotte werd het tekort aan medisch personeel, voornamelijk psychiaters, in verschillende gevangenissen benadrukt. In Wallonië leidde het tekort aan artsen leidt tot wachttijden van één tot twee weken voor een arts en overall werden lange wachttijden voor gespecialiseerde zorg (bijvoorbeeld meerdere maanden voor een tandarts) gerapporteerd. Dit heeft een directe impact heeft op de zorgkwaliteit voor personen in detentie. Deze tekorten worden verder in de hand gewerkt door interne organisatorische problemen en het gebrek aan flexibiliteit bij het overplaatsen van personen in detentie naar externe zorg. Dit vergroot de wachttijden en beïnvloedt de zorgcontinuïteit.

#### INFRASTRUCTURELE UITDAGINGEN

---

De meerderheid van de geïnterviewden gaf aan dat de infrastructuur van de Belgische gevangenissen vaak onvoldoende is om te voldoen aan de behoeften van personen in detentie en professionals. Zelfs in de recente instellingen, zoals die van Haren, zijn er slechts acht spreekkamers beschikbaar voor vijftien diensten, hetgeen het reserveren van deze ruimtes bemoeilijkt vanwege de grote doorstroom van gedetineerden en urgente situaties. In ten minste één gevangenis moesten PMD's soms raadplegingen houden in de kantoren van de psychosociale dienst, wat leidde tot verwarring tussen de zorg en de expertise in functie van justitie. In andere gevangenissen, waar gebrek aan ruimte heeft geleid tot het houden van consultaties in de spreekkamers van advocaten, was het risico groot dat de gesprekken zouden worden onderbroken zodra een advocaat of de politie de ruimte nodig had, waardoor de toegang tot zorg verder werd beperkt.

*“Want je merkt wel, deze gevangenis heeft wel lokalen te weinig. Je komt op wachtlijsten te staan. Je moet wel heel veel geduld hebben, zeker als inkomende. Je krijgt die hulp wel, maar na enige tijd pas. Hier is een lokaaltekort. Dat merkt ge wel... Ik vind het wel een beetje erg dat ze de gevangenen niet rapper kunnen helpen.”*

De locatie van de kantoren van de zorgverleners bleek eveneens een belangrijk probleem. In Lantin leidde de afstand tussen de kantoren van de zorgverleners en de detentiegebieden tot een vertraging van de interventies bij incidenten, wat het veiligheidsrisico verhoogde. In andere gevangenissen werd, ondanks de ruimtebeperkingen, echter een aanzienlijke inspanning geleverd om psychologen in de gevangenisstructuur te integreren, waardoor hun zichtbaarheid werd vergroot en de samenwerking met andere diensten werd vergemakkelijkt.

De infrastructuur werden ook gekenmerkt door specifieke moeilijkheden. Zelfs in Leuze, een recent gebouwde gevangenis met voldoende ruime cellen, leidde gebrekkige ventilatie tot extreme temperaturen in de zomer en winter, met een negatieve impact op het welzijn van de persoon in detentie als gevolg.

Tabel 2: Cijfers van de pilootgevangenen voor het jaar 2023

| CHIFFRES 2023 <sup>+</sup> | Gevangenispopulatie                 |            |                          | Juridische situatie    |     |                  |                                     |            |                          |                        |    | Aandeel vrouwen  |                                     | Verblijfsstatus (percentage) |                          |                        |       | Insluitingen (N) |                                     |            |                          |                        |       | Nieuwe gedetineerden (N) |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|------------|--------------------------|------------------------|-----|------------------|-------------------------------------|------------|--------------------------|------------------------|----|------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------|-------|------------------|-------------------------------------|------------|--------------------------|------------------------|-------|--------------------------|-------------------------------------|
|                            | Gemiddelde dagelijkse populatie (N) | Capaciteit | Gemiddelde overbevolking | Voorlopig gehechte (N) | %   | Veroordeelde (N) | Gemiddelde dagelijkse populatie (N) | Capaciteit | Gemiddelde overbevolking | Voorlopig gehechte (N) | %  | Veroordeelde (N) | Gemiddelde dagelijkse populatie (N) | Capaciteit                   | Gemiddelde overbevolking | Voorlopig gehechte (N) | %     | Veroordeelde (N) | Gemiddelde dagelijkse populatie (N) | Capaciteit | Gemiddelde overbevolking | Voorlopig gehechte (N) | %     | Veroordeelde (N)         | Gemiddelde dagelijkse populatie (N) |
| Andenne                    | 408.4                               | 420        | -2.80%                   | 5.2                    | 1%  | 395              | 97%                                 | 0          | 0%                       | 8.1                    | 2% | 0                | 0                                   | 46.1%                        | 8.0%                     | 2.4%                   | 43.6% | 0                | 1                                   | 0          | 0                        | 1                      | 0.00  | 293                      | 1.17                                |
| Haren <sup>x</sup>         | 621                                 | 620.2      | 0.10%                    | 270.7                  | 44% | 334.8            | 54%                                 | 2.7        | 0%                       | 12.9                   | 2% | 95.4             | 15.4%                               | 43.4%                        | 16.8%                    | 3.9%                   | 35.9% | 1128             | 1408                                | 8          | 33                       | 2631                   | 10.52 | 2933                     | 11.73                               |
| Jamioulx                   | 393                                 | 397.5      | -1.10%                   | 217.3                  | 55% | 146              | 37%                                 | 25.6       | 7%                       | 4                      | 1% | 0                | 0                                   | 58.3%                        | 11.3%                    | 1.9%                   | 28.5% | 574              | 677                                 | 2          | 10                       | 1263                   | 5.05  | 1366                     | 5.46                                |
| Lantin                     | 911.5                               | 706.6      | 29%                      | 384.2                  | 42% | 472.3            | 52%                                 | 46.3       | 5%                       | 8.7                    | 1% | 68               | 7.5%                                | 54.2%                        | 11.1%                    | 2.6%                   | 32.2% | 112              | 981                                 | 3          | 8                        | 2114                   | 8.46  | 2691                     | 10.76                               |
| Leuze-en-Hainaut           | 342.5                               | 350        | -2.10%                   | 11.6                   | 3%  | 328.9            | 96%                                 | 0          | 0%                       | 2                      | 1% | 0                | 0                                   | 56.5%                        | 8.7%                     | 2.7%                   | 32.2% | 11               | 3                                   | 0          | 0                        | 14                     | 0.06  | 238                      | 0.95                                |
| Antwerpen                  | 652.9                               | 439        | 59%                      | 502.1                  | 72% | 121.9            | 17%                                 | 61.3       | 9%                       | 12.6                   | 2% | 45               | 6.9%                                | 39.4%                        | 17.6%                    | 2.6%                   | 40.2% | 1680             | 1124                                | 5          | 45                       | 2854                   | 11.42 | 3046                     | 12.18                               |
| Gent                       | 418.7                               | 299        | 58%                      | 268.4                  | 57% | 79.8             | 17%                                 | 108.7      | 23%                      | 15.6                   | 3% | 53.8             | 12.8%                               | 58.2%                        | 11.4%                    | 1.4%                   | 28.9% | 674              | 703                                 | 5          | 56                       | 1438                   | 5.75  | 1619                     | 6.48                                |
| Hasselt                    | 554.9                               | 450        | 32.30%                   | 218.1                  | 37% | 369.7            | 62%                                 | 1.1        | 0%                       | 6.5                    | 1% | 40.5             | 7.3%                                | 60.2%                        | 12.6%                    | 0.6%                   | 26.5% | 574              | 634                                 | 0          | 26                       | 1234                   | 4.94  | 1356                     | 5.42                                |
| Leuven-Centraal            | 406.8                               | 398        | 2.20%                    | 3.3                    | 1%  | 381.2            | 94%                                 | 0          | 0%                       | 22.3                   | 5% | 0                | 0                                   | 69.6%                        | 5.5%                     | 0.9%                   | 24.0% | NA               | NA                                  | NA         | NA                       | NA                     | NA    | 153                      | 0.61                                |
| Nieuw-Dendermonde          | 367.7                               | 368.8      | -0.30%                   | 184.7                  | 68% | 80.9             | 30%                                 | 1.5        | 1%                       | 3.4                    | 1% | 0                | 0                                   | 55.5%                        | 13.4%                    | 1.7%                   | 29.2% | 443              | 424                                 | 0          | 9                        | 876                    | 3.50  | 1511                     | 6.04                                |
| TOTAAL                     | 5077.4                              | 4449.1     | 14.10%                   | 2065.6                 | 41% | 2710.5           | 53%                                 | 247.2      | 5%                       | 96.1                   | 2% | 302.7            | 6%                                  | 54.1%                        | 11.6%                    | 2.1%                   | 32.1% | 5196             | 5955                                | 23         | 187                      | 12425                  | 49.70 | 15206                    | 60.82                               |

<sup>+</sup> Gegevens samengesteld uit [EPI Chiffres annuels 2023 FR.pdf](#) en aanvullende gegevens ontvangen van de FOD Justitie

NA Geen gegevens beschikbaar

<sup>x</sup> De cijfers voor de gevangenis van Haren zijn een onderschatting, aangezien de geleidelijke opening plaatsvond in 2023. De totale capaciteit bedraagt 1190, en het aantal nieuwe gedetineerden in de periode 06/23-06/24 was 4016, wat neerkomt op 16,06 nieuwe gedetineerden per werkdag in plaats van 11,37.

**Tabel 3: Cijfers van de pilootgevangnissen voor het jaar 2023 (vervolg)**

| Cijfers 2023             | Vrijlatingen (N)      |                                    |                                          |                                           |             |                                                                   |                |                                                         |            |                       |          |                                    |             | Overlijdens (N) |                     |                    | Verpleegpersoneel medische dienst    |                              |               |
|--------------------------|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------|------------|-----------------------|----------|------------------------------------|-------------|-----------------|---------------------|--------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------|
|                          | Preventieve hechtenis | Voorwaardelijke invrijheidstelling | Voorlopige invrijheidstelling (algemeen) | Voorlopige invrijheidstelling (specifiek) | Einde straf | Vervroegde vrijlating wegens overbevoeling (wet van 30 juli 2022) | Geïnterneerden | Buitenlanders (exclusief voorlopige invrijheidstelling) | Overige    | Elektronisch toezicht | Onbekend | Totaal (exclusief overplaatsingen) | Per werkdag | Zelfdodingen    | Overige overlijdens | Totaal overlijdens | Huidig aantal verpleegkundigen (VTE) | Kader verpleegkundigen (VTE) | Verschil      |
| <b>Andenne</b>           |                       | 9                                  | 3                                        | 15                                        | 16          | 13                                                                |                |                                                         |            | 13                    |          | <b>69</b>                          | 0.3         |                 | 1                   | 1                  | 5.4                                  | 5                            | 0.40          |
| <b>Haren</b>             | 510                   | 17                                 | 161                                      | 19                                        | 11          | 10                                                                | 5              | 12                                                      | 40         | 443                   | 1        | <b>1229</b>                        | 4.9         | 2               | 1                   | 3                  | 10.4                                 | 34                           | -23.55        |
| <b>Jamioulx</b>          | 470                   | 6                                  | 124                                      | 5                                         | 5           | 1                                                                 | 12             | 10                                                      | 10         | 427                   |          | <b>1070</b>                        | 4.3         | 0               | 0                   | 0                  | 5.9                                  | 5                            | 0.90          |
| <b>Lantin</b>            | 675                   | 6                                  | 390                                      | 21                                        | 43          | 16                                                                | 33             | 16                                                      | 20         | 715                   |          | <b>1935</b>                        | 7.7         | 2               | 4                   | 6                  | 15.3                                 | 15                           | 0.30          |
| <b>Leuze-en-Hainaut</b>  | 7                     | 13                                 |                                          | 19                                        | 16          | 17                                                                |                | 2                                                       | 5          | 149                   |          | <b>228</b>                         | 0.9         |                 | 2                   | 2                  | 6.05                                 | 6                            | 0.05          |
| <b>Antwerpen</b>         | 724                   | 6                                  | 248                                      | 2                                         | 9           | 3                                                                 | 24             | 34                                                      | 21         | 1313                  |          | <b>2384</b>                        | 9.5         | 2               |                     | 2                  | 7.7                                  | 8                            | -0.30         |
| <b>Gent</b>              | 389                   | 3                                  | 126                                      |                                           | 8           | 2                                                                 | 35             | 15                                                      | 6          | 651                   |          | <b>1235</b>                        | 4.9         | 1               |                     | 1                  | 5.4                                  | 7                            | -1.60         |
| <b>Hasselt</b>           | 249                   | 25                                 | 157                                      | 27                                        | 20          | 4                                                                 |                | 15                                                      | 32         | 820                   |          | <b>1349</b>                        | 5.4         | 1               | 5                   | 6                  | 7.75                                 | 7                            | 0.75          |
| <b>Leuven-Centraal</b>   |                       | 13                                 |                                          | 13                                        | 8           | 3                                                                 |                |                                                         | 2          | 35                    |          | <b>74</b>                          | 0.3         | 0               | 0                   | 0                  | 2.9                                  | 3                            | -0.10         |
| <b>Nieuw-Dendermonde</b> | 315                   | 3                                  | 123                                      | 7                                         | 10          | 1                                                                 |                | 23                                                      | 6          | 383                   |          | <b>871</b>                         | 3.5         | 0               | 0                   | 0                  | 6.45                                 | 9                            | -2.55         |
| <b>TOTAAL</b>            | <b>3339</b>           | <b>101</b>                         | <b>1332</b>                              | <b>128</b>                                | <b>146</b>  | <b>70</b>                                                         | <b>109</b>     | <b>127</b>                                              | <b>142</b> | <b>4949</b>           | <b>1</b> | <b>10444</b>                       | <b>41.8</b> | <b>8</b>        | <b>13</b>           | <b>21</b>          | <b>73.3</b>                          | <b>99</b>                    | <b>-25.70</b> |

\* Gegevens samengesteld uit [EPI Chiffres annuels 2023 FR.pdf](#) en aanvullende gegevens ontvangen van de FOD Justitie

## OPERATIONELE UITDAGINGEN

De pilootgevangenissen hebben te maken gehad met aanzienlijke organisatorische uitdagingen, die voornamelijk te wijten waren aan een tekort aan personeel en logistieke beperkingen. Zoals zichtbaar in tabel 2, verwelkomden de penitentiaire instellingen in 2023 dagelijks **tussen de 1 en 16 nieuwe gedetineerden** per werkdag, die volgens de wet **allemaal binnen 24 uur na hun binnenkomst** door een arts onderzocht zouden moeten worden. Bovendien verlieten **tussen de 3 gedetineerden per week en 9 gedetineerden per werkdag** deze instellingen, zonder rekening te houden met overplaatsingen naar andere gevangenissen die een voorbereiding op deze vrijlating vereisten.

De zorgverlening en de externe overplaatsingen voor gespecialiseerde zorg veroorzaakten ook moeilijkheden, waarbij participanten in Wallonië aangaven dat de Directie Beveiliging onvoldoende flexibiliteit bood om deze overplaatsingen op een optimale manier te organiseren en dat de wachttijden voor externe overplaatsingen werden verlengd.

## B. BIO-PSYCHO-SOCIALE UITDAGINGEN OP VLAK VAN GEZONDHEID

### DE IMPACT VAN DETENTIE OP DE PERSOON IN DETENTIE

Het onderzoek heeft aangetoond dat detentie diepgaande gevolgen heeft voor de personen in detentie, zowel op sociaal als psychologisch vlak. Isolement, verlies van houvast en de scheiding van familie vergroten de psychische problemen en het gevoel van marginalisatie. Een zorggebruiker getuigde:

*"Ik zou nooit meer een vogel gevangen nemen omdat ik me zo kan vergelijken met een vogel. Je vrijheid wordt ontnomen, je wordt afhankelijk van die plaats. Ik vind dat... Nu kan ik mijn vogel niet meer vrij laten natuurlijk. Want dat beestje overleeft niet, maar dat maken ze van ons ook."*

Veel zorggebruikers uitten ook wantrouwen tegenover het zorgsysteem in de gevangenis. De stigmatisering van mentale gezondheidsproblemen en de angst dat hun psychologische toestand tegen hen gebruikt zou kunnen worden in gerechtelijke procedures zouden sommige personen in detentie ervan weerhouden zorg te zoeken.

Daarnaast speelt institutionele druk een rol in de motivatie van personen in detentie om zorg op te zoeken. Professionals gaven aan dat sommige personen in detentie niet uit persoonlijk engagement deelnamen aan therapeutische activiteiten, maar om attesten te verkrijgen die hen zouden helpen bij hun voorwaardelijke vrijlating. Deze dynamiek belemmert de doeltreffendheid van de hulpverlening.

### FYSIEKE GEZONDHEID

Het penitentiaire gezondheidszorgsysteem wordt volgens de deelnemers gekenmerkt door een schrijnend tekort aan medische hulpbronnen. Het tekort aan artsen en specialisten leidt tot zeer lange wachttijden en vaak oppervlakkige consultaties. Een penitentair beambte getuigde:

*"Ze hebben niet genoeg hulp, of het nu medisch, fysiek of mentaal is. Hoe vaak hoorde je niet: 'Het is al drie weken geleden dat ik het heb gevraagd, het is al zes weken geleden.' We kunnen niets doen op ons niveau." (vertaald vanuit het Frans)*

In sommige gevangenissen was de medische aanwezigheid zeer beperkt, waardoor verpleegkundigen gedwongen werden om artsen telefonisch te raadplegen voor het goedkeuren van voorschriften, een praktijk die ethische en juridische vragen oproept. Gedetineerden met chronische ziekten, zoals hepatitis B, ontvingen hun behandeling niet door een gebrek aan financiering. Een zorggebruiker gaf aan:

*"Het gebrek aan middelen is schrijnend in het Belgische penitentiaire gevangenisgezondheidszorgsysteem. Wat mij betreft moet er een formele organisatie zijn. Je moet bijna*

*op sterven liggen om een arts te kunnen zien. Een ongelooflijk onrechtvaardig en vooral onaanvaardbaar gezondheidsniveau voor een moderne democratie zoals België, dat verre van een goede Europese leerling is! Gebrek aan middelen, personeelstekort, gebrek aan artsen! Een schandaal.” (vertaald vanuit het Frans)*

Professionals en zorggebruikers klaagden ook over een onaangepaste medische behandeling. In verschillende gevangenissen gaven zorggebruikers aan dat de consultaties vaak eindigden met een eenvoudig voorschrift van pijnstillers, zonder diepgaand onderzoek van de symptomen. Een zorggebruiker gaf aan:

*"Voor het minste schrijven ze je pillen voor en geven je slaapmedicatie die eigenlijk niet nodig is. Precies alsof ze je willen verdoven en dat je van niks meer weet."*

## MENTALE GEZONDHEID

De gevangenisomgeving heeft volgens zowel zorggebruikers als professionals en management een negatieve impact op de mentale gezondheid van personen in detentie. De “gevangenisshock”, gekarakteriseerd door een plotseling verlies van houvast, vergroot volgens verschillende deelnemers psychologische noden. Een gevangenisbewaarder beschreef in een focusgroep:

*"Ik herinner me heel goed de dag dat hij binnenkwam en we hebben gedetineerden, wanneer we ze na tien maanden weer zien, het is ons systeem die hun gezondheid echt heeft verslechterd, en we zien echt het verschil. Hij kwam helemaal normaal binnen en uiteindelijk zal hij eindigen met een groot gezondheidsprobleem, gedragsmatig, psychologisch, en het is triest om dat te zien." (vertaald vanuit het Frans)*

In sommige gevangenissen leidde het gebrek aan gespecialiseerde medewerkers ertoe dat personen in detentie met ernstige psychische aandoeningen in isolatie of in een cel geplaatst werden, doordat alternatieve therapeutische opties ontbraken. Het systematische gebruik van isolatie als reactie op psychische crisissen wordt zowel door professionals als zorggebruikers bekritiseerd.

De situatie was nog kritieker voor personen in detentie met ernstige psychiatrische aandoeningen. Veel getuigenissen gaven aan dat personen die in gespecialiseerde instellingen zouden moeten worden geplaatst, zonder geschikte zorg in detentie werden geplaatst. Een zorggebruiker uitte zijn verontwaardiging:

*"Want hier zit een jongen, ik weet niet of ik dat mag zeggen, maar die hoort hier niet. Die hoort echt in een psychiatrische instelling. Die staat heel ver achter. Het is precies nog een kind van 9 jaar."*

Vanwege hun detentiestatus werd deze groep mensen volgens professionals de toegang tot geschikte psychiatrische zorg ontzegd, omdat veel zorginstellingen weigeren gedetineerden te behandelen.

## DRUGGEBRUIK

Professionals, management en zorggebruikers overheen alle gevangenissen gaven aan dat druggebruik in de gevangenis een alomtegenwoordig probleem is, zowel door de gemakkelijke toegang tot middelen als door het tekort aan therapeutische alternatieven. Een zorggebruiker getuigde:

*"Maar als je naar een andere wandeling gaat... Geloof me. Dat is de markt. Het draait om drugs, bij wijze van spreken. Het is niet meer dan normaal in de gevangenis om drugs te gebruiken. Het is pas abnormaal als je geen drugs gebruikt in de gevangenis."*

Volgens de perceptie van penitentiaire beambten en de directie van bepaalde instellingen zouden psychotrope medicijnen, zoals Lyrica en Rivotril, vaak worden misbruikt voor recreatieve doeleinden. Sommige gedetineerden zouden hun voorgeschreven medicijnen ruilen of verkopen, wat de spanningen en mogelijk geweld binnen de gevangenissen vergroot.

De groepsdruk speelt een belangrijke rol in het gebruik van drugs. Veel gedetineerden zouden aangeven dat ze aan deze druk moesten toegeven om fysieke represailles te voorkomen. Sommigen zouden vrijwillig vragen om in 'veilige secties' geplaatst te worden om deze invloed te ontlopen, maar deze oplossingen blijven beperkt.

Sommige gevangenen hebben initiatieven genomen om de toegang tot middelen te beperken, met name door de voorschriften voor bepaalde medicatie strikter te controleren. Deze maatregelen zouden echter onvoldoende zijn gezien de verscheidenheid aan stoffen die via bezoekers worden binnengebracht of over de muren van de instellingen worden gegooit.

Ondanks de uitdagingen vonden sommige zorggebruikers in detentie de kans om te stoppen met gebruik en afstand te nemen van hun verslaving, mede dankzij de pilootprojecten. Een zorggebruiker getuigde:

*"Je hebt geen vrijheid als je drugs gebruikt. (...) Het is leven als een gevangene, want je bent een gevangene van de drugs. Dus voor mij was het beter om in de gevangenis te zitten." (vertaald vanuit het Engels)*

De resultaten van de RecoPRIS-screening, die aan de start een detentietraject afgenomen wordt door de medische dienst (zie tabel 4 voor een voorbeeld uit een Belgische penitentiaire instelling), bieden inzicht in de prevalentie van middelengebruik in de 30 dagen voorafgaand aan de screening.

| GEDEELTELIJKE JAARLIJKE STEEKPROEF VANAF 1 JUNI 2023 TOT 1 JUNI 2024 (N=1681) |                                 |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| <b>Geslacht</b>                                                               | 98,7% mannen (n=1658)           | 1,3% vrouwen (n=22)       |
| <b>Leeftijd</b>                                                               | Gemiddelde leeftijd = 34,8      | Standaardafwijking = 10,7 |
| <b>Detentie</b>                                                               | Eerste detentie = 34,9% (n=586) | Recidive = 65,1% (n=1094) |
| <b>Tabakgebruik</b>                                                           | Ja = 87,3% (n=1419)             | Nee = 12,7% (n=207)       |
| <b>Alcoholgebruik</b>                                                         | Ja = 19,3% (n=312)              | Nee = 80,7% (n=1303)      |
| <b>Druggebruik</b>                                                            | Ja = 47,4% (n=760)              | Nee = 52,6% (n=844)       |
| <b>Alcohol en/of drugs</b>                                                    | Ja = 52,6% (n=848)              | Nee = 47,4% (n=765)       |

**Tabel 4. Voorbeeld van RecoPRIS-screening in een gevangenis.** Vragen gesteld door de medische dienst: Heeft u in de afgelopen 30 dagen tabak, alcohol of drugs gebruikt?

## FINANCIERING VAN MEDISCHE ZORG IN PENITENTIAIRE INSTELLINGEN

Volgens de rapporten van de afgelopen zes jaar ([DG Penitentiaire Inrichtingen](#) | [Federale Overheidsdienst Justitie](#)) is er een constante daling in het budget voor medische zorg in gevangenissen (zie tabel 5 en figuur 4), ondanks de ernstige tekortkomingen die in 2017 door het KCE zijn vastgesteld (Mistiaen et al., 2017). Er zijn geen verdere verklaringen beschikbaar over deze cijfers, met name met betrekking tot zowel de relatieve als de absolute daling van de financiering. Er is een constante afname van de medische uitgaven per gedetineerde, van ongeveer €4.900 per jaar in 2018 tot €3.300 in 2023. Ter vergelijking: de medische uitgaven voor de gehele Belgische bevolking bedroegen in 2022 gemiddeld €3.070 per persoon, exclusief ziekenhuisopnames ([Dépenses de santé en Belgique : en 2022, les dépenses se rapprochent à nouveau des niveaux pré-covid](#) | [Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid](#)).

De significante daling die in 2023 is waargenomen, kan gedeeltelijk worden verklaard door de overname van alle externe medische zorg voor penitentiaire instellingen door de FOD Volksgezondheid vanaf 1 januari 2023.

Tabel 5: Budget voor medische zorg in penitentiaire instellingen (jaarlijkse cijfers 2018-2023)

|                                            | 2018         | 2019          | 2020          | 2021          | 2022          | 2023          |
|--------------------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Aantal gedetineerden                       | 10.260       | 10.559        | 10.394        | 10.498        | 11.050        | 11.487        |
| Medische uitgaven                          | 49.911.000 € | 48.597.000 €  | 45.991.000 €  | 47.830.000 €  | 47.831.000 €  | 37.972.000 €  |
| Total uitgaven                             | 571.480.000€ | 566.921.000 € | 543.523.000 € | 546.649.000 € | 613.886.000 € | 714.122.000 € |
| Medische uitgaven per gedetineerde         | 4.864,62 €   | 4.602,42 €    | 4.424,76 €    | 4.556,11 €    | 4.328,60 €    | 3.305,65 €    |
| Percentage medische t.o.v. totale uitgaven | 8,73%        | 8,57%         | 8,46%         | 8,44%         | 7,79%         | 5,32%         |

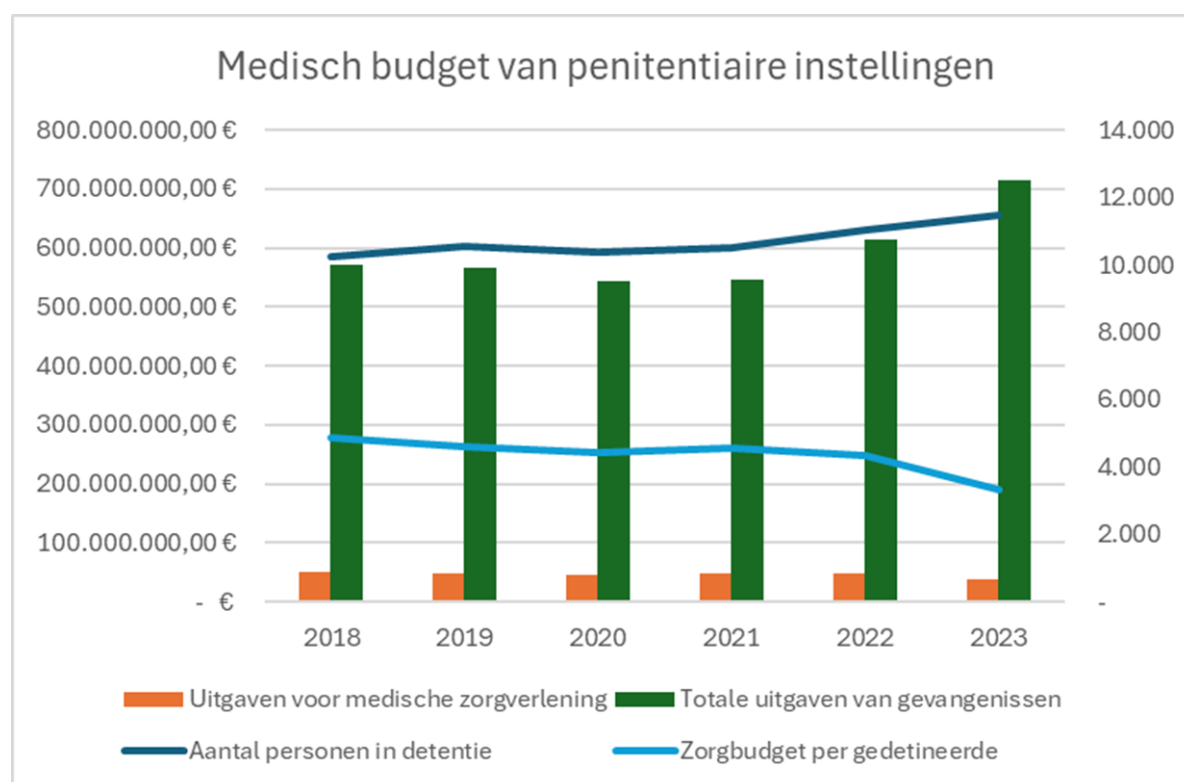


Fig. 4: Illustratie van budgettaire evolutie van penitentiaire instellingen

### 3.2.2. EVALUATIE VAN PILOOTPROJECTEN AAN DE HAND VAN HET QUINTUPLE AIM KADER

#### 0. OVERKOEPELENDE FACTOREN DIE BIJDAGEN TOT EEN GEÏNTEGREERDE (GEESTELIJKE) GEZONDHEIDSZORG

We identificeerden drie overkoepelende factoren die essentieel zijn voor het bieden van geïntegreerde zorg aan personen in detentie en een impact hebben op alle vijf de elementen van het Quintuple Aim model (Nundy, Cooper and Mate, 2022) met name continuïteit van zorg, samenwerking en coördinatie. We bespreken deze aspecten hier achtereenvolgens.

## A. CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Continuïteit van zorg is een fundamentele pijler voor een geïntegreerde GGZ in gevangenissen. Uit de kwalitatieve dataverzameling in de gevangenissen bleek dat het waarborgen van een naadloze overgang van zorg in de vrije samenleving naar zorg in detentie, tijdens en na detentie, cruciaal is voor het aanbieden van geïntegreerde zorg die op lange termijn een impact kan hebben op de (geestelijke) gezondheid van personen in detentie.

Er werden maatregelen en uitdagingen besproken met betrekking tot 1) de overgang van zorg in de vrije samenleving naar zorg in detentie, 2) continuïteit van zorg tijdens detentie (vb. bij transfer) en 3) de overgang van zorg in detentie naar zorg na detentie.

Een tekort aan **informatie-uitwisseling** werd in zowel Vlaamse, Brusselse en Waalse gevangenissen als een belemmerende factor genoemd in het aanbieden van continuïteit van zorg zowel voor, tijdens als na detentie. Dit zorgt ervoor dat diensten weinig zicht hebben op wie door welke dienst opgevolgd wordt, dat diensten vaak het gevoel hebben het ‘warm water opnieuw te moeten uitvinden’ en dat personen in detentie vaak het gevoel hebben dat ze hun verhaal telkens opnieuw moeten vertellen. Tegelijk werd het beroepsgeheim benoemd als een noodzakelijke factor in het opbouwen van een vertrouwensrelatie, wat zowel door zorggebruikers als professionals essentieel geacht werd om goede zorg te kunnen verlenen.

*“Als er bijvoorbeeld een gedetineerde in behandeling is binnen de gevangenis bij hen en die komt tijdens, voor of na de behandeling ook buiten de gevangenis bij hen, dan hebben die zelfs binnen hun organisatie twee aparte dossiers waarmee geen informatie uitwisseling is. Wat ik echt super frappant vind, want dat gaat over dezelfde persoon. En, je wordt dan door andere mensen opgevolgd en er is daar ook geen informatie-uitwisseling.”*

Ook het belang van **relationele continuïteit** heeft betrekking op continuïteit van zorg voor, tijdens en na detentie. Dit kwam in zowel de focusgroepen, interviews met management en gesprekken met zorggebruikers aan bod. Een vertrouwensrelatie groeit volgens zowel professionals als zorggebruikers doorheen de tijd, waardoor ze ook het belang onderstreepten om langdurig door éénzelfde persoon opgevolgd te kunnen worden. Dit komt wat onder druk komt te staan door de ‘kortdurende’ opdracht van de PMD’s, alsook bij transfers, VPV en vrijlating. Zorggebruikers die tevreden zijn met hun opvolging, gaven aan dat ze na zes maanden liever niet van hulpverlener veranderen, omdat er al een vertrouwensrelatie is opgebouwd.

### DE OVERGANG VAN ZORG IN DE VRIJE SAMENLEVING NAAR ZORG IN DETENTIE

Om continuïteit van zorg te bieden tussen zorg aangeboden voor detentie en deze in detentie, werden diverse uitdagingen gerapporteerd.

Ten eerste benoemden professionals en management een gebrek aan informatieoverdracht over zorg die gedetineerden buiten de gevangenis kregen. Hoewel dit vanuit het oogpunt van privacybescherming en het waarborgen van de vertrouwensrelatie volgens de participanten begrijpelijk is, gaven ze wel aan dat soms de efficiëntie van de zorg belemmert. Daarnaast werd door zowel professionals als zorggebruikers in verschillende gevangenissen gewezen op de uitdagingen m.b.t. de opvolging van medicatie die voor detentie genomen werd, mede door de inconsequente procedures omtrent medicatie. Als laatste werd ook gewezen op de nood aan een beleid rond substitutiebehandeling en *harm reduction* strategieën die aansluiten bij het beleid in de vrije samenleving om continuïteit van zorg voor personen met een verslaving te waarborgen.

### CONTINUÏTEIT VAN ZORG TIJDENS DETENTIE

De focusgroepen en interviews wezen uit dat de continuïteit van zorg tijdens en na de detentieperiode vaak verstoord wordt door **onverwachte transfers**. De invoering van uniforme medische protocollen in alle gevangenissen en een goed geïnformatiseerd medisch dossier zouden de continuïteit van medische behandelingen kunnen waarborgen.

Wat betreft het psycho-sociaal zorgaanbod van **PMD's** in detentie werd aangehaald dat door een tekort aan doorstroommogelijkheden (vb. door wachtlijsten) zorgtrajecten soms langer zijn dan volgens de functieomschrijving de bedoeling is om zorgcontinuïteit te kunnen waarborgen.

*“Want wanneer de psycholoog, wanneer ik ga stoppen met haar te zien, dan ga ik misschien 6 maanden moeten wachten om een andere te zien. Zo lang is de wachtlijst. (...) En voor het moment heb ik daar nood aan. Ik weet dat ik dat nodig heb.” (vertaald vanuit het Frans)*

Waar mogelijk tracht **D&D** in te zetten op continuïteit aan zorg in detentie door langdurige individuele ondersteuning, een gelaagd groepsaanbod (vb. groepen voor beginnende cliënten, groepen voor personen die al verder in hun herstel staan of langer van D&D gebruik maken) en doorverwijzing bij zorgnoden die niet aansluiten bij hun aanbod.

#### CONTINUÏTEIT VAN ZORG BINNEN EN BUITEN DETENTIE

Continuïteit van zorg waarborgen buiten detentie wordt volgens diverse professionals bemoeilijkt door onverwachte vrijlatingen.

*“Maar meestal zijn ze al buiten, eer dat je het weet. Of zie je ‘s anderendaags, ah die is gisteren buitengegaan?”*

De mate waarin de projecten inzetten op continuïteit van zorg buiten detentie verschilt van gevangenis tot gevangenis en is ook sterk afhankelijk van de aard van de gevangenis (vb. arresthuis of strafhuis voor veroordeelden) en de andere **aanwezige diensten** en hun caseload (vb. aanwezigheid van diensten die specifiek op continuïteit van zorg inzetten). In Vlaanderen werd vaak verwezen naar Tandem VZW, die personen in detentie ondersteunt om beroep te doen op drughulpverlening na detentie. Tegelijk werd verwezen naar wachtlijsten en hun hoge caseload, wat de garantie tot hulp van deze organisatie voor het opvolgen van continuïteit van zorg wat betreft drughulpverlening uitdaagt.

Alle pilootprojecten gaven aan in te zetten op de **motivatie** om hulp voort te zetten na detentie. Dit gebeurt enerzijds indirect, door personen in detentie te laten kennis maken met hulpverlening en zo vertrouwen in hulpverlening op te bouwen en stigma in hulpverlening te verminderen, anderzijds direct, door te informeren en gesprekken aan te gaan over een vervolgtraject.

*“Dat gaf mij een andere kijk op een soort van hulpverlening die je kunt krijgen of in mijn geval dan toelaten.”*

Daarnaast werd het recent ingevoerde **VPV** zowel door professionals als zorggebruikers benoemd als een uitdaging bij het aanbieden van continuïteit van zorg. VPV impliceert dat gedetineerde personen afwisselend een maand binnen en maand buiten de gevangenis verblijven. Een maand lang verliezen zij connectie met de zorg in de gevangenissen, en ook buiten is het moeilijk zorg te organiseren wanneer er slechts om de maand gebruik gemaakt kan worden. Daarnaast wezen de participanten op de moeilijkheid om op deze manier iets op te bouwen en de impact die dit heeft op hun psychisch welzijn.

*“Het ding is: ik heb nu werk, ik heb nu mijn sporten, alles is gereserveerd. En dan, ja, als ik dan naar buiten moet gaan, een maand, (...) moet ik eigenlijk een maand buiten niks. Dat vind ik zo raar, want ik kan ook niet naar een werkgever gaan. Ik kan nu een maand werken, maar daarna moet ik terug een maand binnen. En daarna kan ik terug een maand buiten. En dan moet ik terug een maand binnen. Dat is ook geen systeem. Dat jojo-effect dat maakt... Voor mijn hoofd is dat ook niet goed.”*

Verschillende getuigenissen van mensen in detentie wezen op een **gebrek aan toegang tot zorg tijdens hun penitentiair verlof of uitgaansvergunningen**. Als reactie op dit probleem heeft de FOD Justitie voorgesteld dat zij zich elke week – of, in het geval van substitutiebehandelingen, om de drie dagen – naar de medische dienst van de gevangenis begeven om toegang te krijgen tot hun behandeling. Deze oplossing lijkt moeilijk uitvoerbaar

door de overbelasting van de medische dienst en het hoge aantal personen met een VPV. Daarnaast werd gerapporteerd dat, ondanks de verplichte systematische inschrijving van gedetineerden bij een ziekenfonds sinds januari 2023, niet alle gedetineerden daadwerkelijk zijn aangesloten. Dit bemoeilijkt de continuïteit van zorg na vrijlating. Bovendien heeft het RIZIV actief wijkgezondheidscentra verzocht om bepaalde personen in detentie uit te schrijven (zie circulaire: [Inscriptions en maison médicale des personnes en détention ou placées comme internées](#)).

De getuigenis van een zorggebruiker illustreert de uitdagingen die gepaard gaan met het ontbreken van psychologische zorg bij invrijheidstelling **onder elektronisch toezicht**. Hij legt uit dat hij grote moeilijkheden had om een psycholoog of psychiater buiten de gevangenis te vinden. Dit gebrek aan zorg leidde tot een verslechtering van zijn mentale toestand en een terugval in alcoholgebruik, wat resulteerde in een bewuste overtreding van de voorwaarden van het elektronisch toezicht om terug naar de gevangenis te kunnen keren. Deze terugkeer wordt ervaren als een dubbele mislukking, zowel op persoonlijk als institutioneel vlak.

*"Hij moet gedacht hebben, hij was buiten, hij is gek. Hij is teruggekomen, maar ik had nog 19 maanden en de gevangenis biedt geen zorg, maar om zijn contacten te hebben, om zijn psycholoog te hebben enzovoort met mensen die de moeite waarde zijn. Ik had geen keuze want buiten kon ik dat niet vinden. Ik had mijn justitieassistent, mijn huisarts en psycholoog gewaarschuwd, zij hebben en psychiater gezocht. Dat is moeilijk om te vinden buiten en kijk ja, het is uit de hand gelopen." (vertaald vanuit het Frans)*

Om deze reden gaven deelnemers in de focusgroepen aan dat een belangrijke rol voor het aanbieden van continuïteit van psychologische zorg na detentie weggelegd kan zijn voor de **eerstelijnspsychologen (ELP's) onder de RIZIV-conventie**. Zij zouden volgens de professionals gesprekken kunnen voeren met personen die aan het einde van hun detentieperiode zitten en deze - indien ze in de buurt wonen - daarna verder opvolgen na hun detentie. Ze benadrukten daarbij dat het belangrijk is dat de gedetineerden nog recht hebben op consultaties aan een verminderd tarief wanneer ze de gevangenis verlaten.

In overeenstemming met een van de doelstellingen van het Koninklijk Besluit gaan de D&D-projecten actieve **partnerschappen** aan met zorginstanties voor drughulpverlening buiten de gevangenis om continuïteit van zorg te waarborgen. In sommige gevangenissen heeft het D&D-project gekozen voor een driepartijen samenwerking, inclusief de medische dienst, om geïntegreerde zorg na detentie te faciliteren. Continuïteit van zorg na detentie werd daarnaast deels gefaciliteerd door het feit dat de medewerkers van D&D werkzaam zijn in diverse diensten in de vrije samenleving. Dit zorgt ervoor dat er directe linkjes zijn met drughulpverleningsinstanties buiten de gevangenis en in sommige gevallen kan de zorg zelf door dezelfde persoon opgenomen worden buiten detentie, wat de relationele continuïteit bevordert.

*"Door D&D hier te doen en de drughulpverlening buiten ook te doen, maakt dat voor sommigen wel al iets makkelijker. (...) En dat we ook wel merken dat er soms namen zijn die ik hier herken bijvoorbeeld, of dat dan bij het MSOC terechtkomen. En dat dat zo wel ergens die stap naar het buitendeel ook wel makkelijker kan maken. (...) Om ergens zo wat een gezicht te kunnen zijn dat ze buiten misschien ook al kennen. Dat ze niet helemaal opnieuw moeten beginnen met hun verhaal dat ik misschien hier al heb gehoord, maar dat ik dan ook buiten de muren kan verder zetten eigenlijk."*

Verder werd in enkele Franstalige gevangenissen gerapporteerd dat de D&D-projecten personen in detentie voorbereiden op vrijlating door gebruik te maken van hulpmiddelen zoals "routekaarten" of "toolboxes" (zie Bijlage 7), die de te volgen doelen en de nodige informatie bevatten om de opvolging buiten de gevangenis voort te zetten.

De meeste **PMD's** zijn voornamelijk voltijds tewerkgesteld in de gevangenis. Zij zetten echter wel zoveel als mogelijk in op doorverwijzing naar andere diensten in en buiten de gevangenis (vb. van de gemeenschappen).

Zowel professionals als zorggebruikers wezen echter ook op **diverse drempels tot zorg die in de vrije samenleving** bestaan. Ze bespraken de beperkte doorstroommogelijkheden naar zorg buiten detentie door wachtlijsten en exclusiecriteria in de hulpverlening (vb. omwille van stigma op detentie, specifieke delicten of misgelopen trajecten in het verleden of een gebrek aan geldige verblijfs- en/of verzekeringsdocumenten). Voor personen met een migratieachtergrond werd ook verwezen naar taalbarrières.

Het belang van op **verschillende levensdomeinen** in te zetten na detentie, werd door diverse personen in detentie en professionals bevestigd. Zo bevestigen de verhalen van de zorggebruikers hoe huisvesting (met aandacht voor dak- en thuisloosheid), dagbesteding en/of werk en sociaal netwerk bepalende factoren zijn in herstel, re-integratie en recidivebeperking. Verschillende diensten nemen hierin een rol op, maar er waren ook een aantal getuigenissen van zorggebruikers die aangaven dat de pilootprojecten hierop in zetten.

Ook in de **medische dienst** gaven sommigen aan in te zetten op continuïteit van zorg op verschillende manieren: door vervolgmedicatie en een medicatieschema mee te geven en informatie te voorzien over plaatsen waar gedetineerden na hun vrijlating terecht kunnen, al varieerde de mate waarin hierop ingezet werd van gevangenis tot gevangenis. Verschillende professionals gaven aan dat ze hier meer willen op inzetten maar dat de mogelijkheden beperkt zijn omwille van de hoge werkdruk.

## B. SAMENWERKING EN COMMUNICATIE

---

Om continuïteit van zorg te bereiken voor, in en na detentie, alsook integratieve zorg, is samenwerking essentieel. Er zijn heel wat personen en diensten op bovenlokaal (beleidsmakers binnen de FOD Volksgezondheid, FOD justitie, RIZIV, gemeenschappen), en lokaal niveau (i.e., gevangenisniveau, onder meer de gevangenisdirectie, PSD, medische diensten, externe partners van de gemeenschappen, professionals op de werkvloer zoals penitentiair beampten en zorgverleners) betrokken bij het uitwerken en realiseren van integratieve gezondheidszorg in de gevangenis. Samenwerking binnen en tussen deze verschillende niveaus blijkt op basis van de input van de participanten essentieel voor de verdere organisatie van de gezondheidszorg in de gevangenis.

### TUSSEN BOVENLOKAAL EN LOKAAL NIVEAU

In Vlaanderen kwam in alle gevangnissen het belang van goede communicatie op bovenlokaal niveau aan bod om verwarring en onduidelijkheid in de gevangnissen te voorkomen. Professionals en management riepen op om vroeger meegenomen, gehoord en betrokken te worden bij processen van besluitvorming; enerzijds om ervoor te zorgen dat deze besluiten ook effectief aan de noden in het veld beantwoorden en anderzijds zodat het veld zich voldoende kan voorbereiden op de veranderingen die deze besluiten teweegbrengen in de gevangenis. Dit kwam binnen de pilootprojecten vooral naar voren in het kader van het implementatieproces, waarbij professionals en het management aangaven dat ze onvoldoende betrokken en gehoord waren in hun noden, en onvoldoende geïnformeerd waren over de komst van de pilootprojecten en de randvoorwaarden die vervuld moesten worden voor een succesvolle implementatie.

### LOKAAL NIVEAU

Zowel zorggebruikers, professionals als management bespraken het grote aantal verschillende diensten die momenteel gericht zijn op de gezondheid en het welzijn van personen in detentie. Sommige hiervan behoren tot de federale overheid (FOD Volksgezondheid en/of FOD Justitie), andere tot de gemeenschappen. Om tot een integratief en efficiënt zorgaanbod te komen is samenwerking tussen deze verschillende diensten dan ook essentieel. In verschillende focusgroepen kwam aan bod dat het aantal aanwezige diensten overleg noodzakelijk maakt om een gedifferentieerd aanbod te hebben voor personen in detentie, al werden ook diverse uitdagingen hiertoe gerapporteerd (cf. infra). Een betere integratie van de diensten zou meer vergaderingen en een verbetering van de informatie-uitwisseling vereisen, met respect voor de privacy van de gedetineerden.

In Vlaanderen werden de infrastructuur en lokalisatie van de diensten in de gevangenis ook benoemd als een bepalende factor in de samenwerking tussen verschillende diensten. Hoe kleiner de fysieke afstand van diensten, hoe beperkter de drempel om elkaar op te zoeken voor overleg en afstemming, zo werd aangegeven.

*“Ik denk voor Drugs en Detentie en onze functie [psychologen MD]: wij zitten op dezelfde gang. Dus ons contact is sowieso veel nauwer en vlotter en goed. En dan de andere mensen moet je wat meer moeite doen, ne keer oversteken of eens in de lunch samen gaan zitten of een keer langs de vleugels gaan. Je moet elkaar wel blijven vinden.”*

#### UITDAGINGEN

Op basis van de kwalitatieve data bleek echter dat er heel wat uitdagingen zijn met betrekking tot samenwerking en communicatie tussen verschillende diensten in de gevangenis. Ze verwezen hierbij naar **tijdgebrek en onderbezetting** van de medische dienst en penitentiair beampten. Beampten en zorgverleners gaven aan vaak genoodzaakt te zijn zich te concentreren op hun directe werk met gedetineerden, waardoor de mogelijkheden voor samenwerking beperkt worden.

*“Ik zeg al meer dan een jaar dat de beampten welkom zijn, en de artsen en verpleegkundigen, maar ze komen niet. Dus op een gegeven moment kan ik niet meer doen, zie je, ik kan ze niet gaan zoeken. We zeggen dat het open is. Maar ze komen niet. Dus gaan we het tijdstip veranderen in de hoop dat er meer agenten komen. Maar het probleem is dat zolang de gevangenis geen regeling treft zodat als een agent gaat, een andere hem vervangt, zal hij niet kunnen gaan. ” (vertaald van het Frans)*

**Ook contrasterende visies op detentie en finaliteiten** kunnen de samenwerking tussen een aantal diensten bemoeilijken. Terwijl zorgprofessionals eerder aangaven het welzijn van personen in detentie centraal te zetten, werd aangegeven dat justitiële actoren zoals penitentiair beampten, directie en PSD eerder een straf-, risico- en veiligheidsgerichte kijk hadden naar personen in detentie. Dit leidde volgens hen soms tot contrasterende visies op wat nodig is in detentie.

*“Het is alsof we altijd moeten verantwoorden waarom wij [D&D] er zijn, in plaats van gewoon te doen waarom we er zijn. We zijn erom enkel om dat te doen, laten we dat dan samen doen.” (vertaald van het Frans)*

Daarnaast werd benoemd dat onder meer directie, PSD en penitentiair beampten een andere finaliteit hebben dan de zorgverleners uit de pilootprojecten, waarbij de eerste rapporteringsplicht naar justitiële actoren hebben en de tweede niet. Terwijl in diverse gevangenissen aan bod kwam dat informatie-uitwisseling met penitentiair beampten niet echt mogelijk is omwille van cultuur- en finaliteitsverschillen, was er in Vlaanderen ook een voorbeeld waarbij detentiebegeleiders mee betrokken worden in de zorg voor bepaalde personen in detentie. Er vond in wisselende mate wel samenwerking plaats in de vorm van sensibilisering, advisering door de medische dienst en de pilootprojecten naar de penitentiair beampten enerzijds, en vragen die gesteld worden vanuit penitentiair beampten naar zorgverleners anderzijds. Het belang van begrip voor wederzijdse moeilijkheden werd benadrukt door zowel penitentiair beampten als door zorgverleners. Professionals gaven aan in te zetten op de samenwerking door hun diensten kenbaar te maken bij de penitentiair beampten, informele gesprekken aan te gaan en zichzelf voor te stellen. In sommige gevangenissen hebben de professionals van de pilootprojecten ook enkele dagen meegedraaid met de penitentiair beampten, wat volgens hen een positieve impact had op het wederzijds begrip en respect voor elkaars job.

*“Maar dan als je kijkt naar de samenwerking tussen D&D en de beampten dan zie je ook wel dat... ik denk dat dat ook wel goed zit en dat die elkaar goed kunnen vinden en dat is wat [naam PMD] en ik ook merken, dat die samenwerking met de beampten ook telkens beter gaat. Zij geven ons tips van hoe moet het veiliger, wij geven hun tips van vanuit waar komt dat dat iemand u niet vriendelijk aanspreekt. (...) tips geven over hoe je iemand kunt benaderen, zodat hij daar misschien beter op reageert.”*

In alle gevangenissen kwam het thema ‘**beroepsgeheim**’ aan bod, waarbij er verschillende visies bestaan over hoe er hiermee dient omgegaan te worden. In verschillende gevangenissen werd aangegeven dat dit soms tot spanningen leidt.

Over het algemeen zoeken professionals hun weg in hoe ze relevante actoren kunnen informeren en adviseren, en tegelijk de privacy van de zorggebruikers waarborgen. Zo worden er multidisciplinaire overleggen opgezet met het oog op het psychisch welzijn van de gedetineerden, bij voorkeur met de toestemming van deze persoon.

*“Dat medisch beroepsgeheim of dat beroepsgeheim niet betekent een muur op en helemaal niks. Dat je wel over de toekomst kunt praten van kijk, die zou meer dit moeten of die zou meer dat moeten. In termen dat dat mogelijk is en in termen dat de cliënt daarmee akkoord gaat. Waardoor dat dat voor mij wel gaat. Ik ga niet dingen delen dat ik echt niet mag delen en ik hou me daarbij. Ik kan daar ook mijn job mee verliezen dus ik ben daar elke dag mee bezig. Maar ik kan wel tips geven of ik kan wel zeggen van in welke richting dat ik uit wil met iemand of waar dat ik die persoon zie binnen een aantal jaar.”*

Soms sluiten professionals uit de pilootprojecten aan bij de teamvergadering van de medische dienst, of worden er samen met de zorggebruiker gesprekken ingepland met relevante actoren zoals penitentiair beambten, PSD of directie. Tegelijk geven professionals aan dat het niet evident is een evenwicht te vinden in wat ze hierin al dan niet kunnen delen. Bovendien bleek het een terugkerend discussiepunt of justitiële actoren met meldingsplicht naar justitie hierbij aanwezig mogen en kunnen zijn. Het belang van het waarborgen van de vertrouwensrelatie, alsook de vrees voor nefaste consequenties voor de persoon in detentie wanneer deze actoren op de hoogte gesteld zouden worden van psychische of druggerelateerde problematieken, werden door professionals en zorggebruikers benoemd als een reden om geen informatie-uitwisseling met hen te doen.

In Gent en Dendermonde werd vanuit D&D een ‘*informed consent*’ formulier geïntroduceerd (zie Bijlage 16), waarbij de toestemming van de zorggebruiker gevraagd wordt om informatie uit te wisselen met andere diensten met een zorgfinaliteit, met oog op het aanbieden van geïntegreerde zorg.

In alle focusgroepen rees de vraag naar een duidelijk beleidskader omtrent registratie en de handhaving van het beroepsgeheim. Er werd hierbij door de aanwezige professionals wel benadrukt dat ze inspraak willen in hoe dit kader er zal uit zien, zodat dit kader kan tegemoet komen aan hun noden en die van de zorggebruikers.

*“Ik denk dat er gewoon decretaal een aantal dingen anders kunnen verankerd worden. Waardoor dat er wel gemakkelijker de mogelijkheid bestaat om in overleg te gaan met elkaar.”*

#### SAMENWERKING MET DE MEDISCHE DIENST

Er bleek verwarring te zijn over of de D&D-diensten al dan niet tot de medische dienst behoren. Tijdens dit onderzoek leken de verschillende actoren die deelnamen aan de interviews en focusgroepen er vooral van uit te gaan dat D&D geen deel uitmaakt van de medische dienst en dus ook geen gedeeld beroepsgeheim heeft met hen. In de Franstalige gevangenissen werden spanningen gerapporteerd vanwege de beperkte informatie-uitwisseling tussen D&D en de medische dienst, ondanks het feit dat er in sommige gevangenissen een getekende conventie van samenwerking van kracht is. Dit wantrouwen kwam ook in enkele interviews in Vlaanderen aan bod, en komt, volgens de participanten, voort uit negatieve ervaringen uit het verleden of een (incorrect) narratief waarin de medische dienst als onderdeel van FOD Justitie gedeeld beroepsgeheim zou hebben met justitiële actoren zoals PSD.

Soms maakt een arts van D&D tegelijk deel uit van de medische dienst. Dit werd benoemd als helpend voor de samenwerking tussen D&D en de medische dienst. In minstens één van de gevangenissen worden verslavingsconsultaties georganiseerd met de verpleegkundige van het D&D-project en de medische dienst, en worden beperkte maar gerichte communicatiekanalen tussen de medische dienst en het D&D-project opgezet,

waardoor strikt noodzakelijke informatie-uitwisseling voor het welzijn van de zorggebruiker mogelijk wordt, met respect voor hun toestemming hierbij.

Bij de psychologen die recent aan de medische diensten werden toegevoegd is het inmiddels duidelijk dat ze deel uitmaken van de medische dienst. Dit faciliteert volgens verschillende professionals het geïntegreerd aanbod van medische en psychologische zorg. Tegelijk kiezen sommige PMD's ervoor slechts beperkt uit te wisselen met de medische dienst, omwille van het bovengenoemde wantrouwen en omwille van de samenstelling van het team dat verschillende referentiekaders omvat (vb. verpleegkundigen en psychologen).

Over het algemeen werd interne samenwerking tussen respectievelijk de medewerkers van D&D en de PMD's onderling (indien er meerdere aanwezig zijn) als positief benoemd.

#### *DOORVERWIJZING*

In alle gevangenissen wordt samengewerkt om tot geïntegreerde zorg te komen in de vorm van doorverwijzing. In de meeste gevangenissen vinden de zorggebruikers van de pilootprojecten hun weg naar deze projecten via diverse doorverwijzingskanalen: medische dienst, directie, penitentiair beambten, PSD, of dienstverlening georganiseerd door de gemeenschappen. De mate waarin deze diverse doorverwijzingskanalen in de verschillende gevangenissen gebruikt worden, verschilt echter. Zo hangt de doorverwijzing naar de PMD's in sommige gevangenissen af van de goedkeuring van een arts (in tegenstelling tot buiten detentie, waar eerstelijnspsychologen toegankelijk zijn zonder doorverwijzing), wat enerzijds benoemd wordt als een manier om de PMD's te beschermen voor over-bevraging, maar anderzijds ook als een obstakel voor toegankelijkheid wordt benoemd.

Ook omgekeerd verwijzen de pilootprojecten vaak door naar andere diensten wanneer ze merken dat er zaken spelen die niet tot hun takenpakket horen.

In verschillende gevangenissen werd de meerwaarde benoemd van een persoon of organisatie die gericht kan doorverwijzen naar de gepaste dienst. In sommige gevangenissen is er reeds een systeem van kracht waarbij personen in detentie bij binnenkomst opgevangen worden door de medische dienst of een andere aanwezige instantie, teneinde hen gericht te kunnen informeren en doorverwijzen. Gevangenissen waar er nog geen dergelijk systeem van kracht is uitten de wens om hier verder op in te zetten.

#### *SAMENWERKING MET EXTRAMURALE DIENSTEN*

De pilootprojecten streven op verschillende manieren naar samenwerking met extramurale diensten om de continuïteit van zorg te waarborgen. D&D-professionals werken zowel binnen als buiten de gevangenis in de drughulpverlening, wat deze samenwerking bevordert. PMD's, die meestal voltijds in de gevangenis werken, richten zich vooral op doorverwijzing naar externe diensten. In Wallonië en Brussel zetten alle D&D's hier actief op in, waarbij de meeste ook getekende conventies zijn aangegaan met extramurale diensten. In sommige focusgroepen in Vlaanderen werd echter aangegeven dat de samenwerking met externe diensten nog verbeterd kan worden.

### **C. COÖRDINATIE**

---

#### **BOVENLOKAAL NIVEAU**

Er heerste ten tijde van het onderzoek veel verwarring over welke aspecten van gezondheidszorg in de gevangenis onder welke bevoegdheid vallen. Volgens verschillende Franstalige gesprekspartners zou België een voorbeeld kunnen nemen aan andere landen, zoals Frankrijk, om het wettelijke kader voor de organisatie van gezondheidszorg in gevangenissen en daarbuiten te herzien. Dit zou niet alleen de invoering van aangepaste medische diensten omvatten, maar ook een meer op rehabilitatie, risicoreductie en preventie gerichte aanpak. Op dit moment zijn deze aspecten van de gezondheidszorg regionale verantwoordelijkheden en niet federaal, wat de manoeuvreerruimte beperkt en samenwerking bemoeilijkt. Franstalige gesprekspartners stelden dan ook

de organisatie van een interministeriële conferentie voor, waarin de verschillende bevoegdheden samen komen met het oog op het aanbieden van geïntegreerde zorg in de gevangenis, inclusief risicoreductie en preventie.

*“Ik droom van een vergadering waar de ministers van het gewest met de FOD Volksgezondheid achter zich druk uitoefenen op justitie om te zeggen: nu is het genoeg, jullie laten ons proefprojecten uitvoeren, risicobeperking in de gevangenissen, dat zal jullie niets kosten, wij betalen ervoor”. (vertaald vanuit het Frans)*

De communicatie vanuit de overheid naar de gevangenis, voorafgaand aan de lancering van de pilootprojecten PMD (wat een nieuw initiatief was), werd in de meeste gevangenissen als onvoldoende beoordeeld. Zo werden de richtlijnen met betrekking tot de werving, verantwoordelijkheid en functie van de PMD's als vaag beschreven, wat ertoe leidde dat een groot deel van de organisatie van dit project autonoom door elke inrichting werd uitgewerkt. Hoewel als voordeel werd genoemd dat de functie van de PMD's daarom sterk vorm kon krijgen op basis van de reële noden in de gevangenis, had dit ook een nefaste impact gehad op het welzijn van de zorgprofessionals en een efficiënte integratie van dit pilootproject. In sommige gevangenissen heeft dit geleid tot uitval en vertrek van de PMD's. Verder leidde de beperkte coördinatie en communicatie vanuit bovenlokaal niveau volgens participanten tot diensten die onvoorbereid waren op de komst van de nieuwe werknemers van de pilootprojecten, en infrastructurele en operationele uitdagingen in de integratie van de pilootprojecten.

*“Ik denk dat wij zelfs gewoon een mail hebben ontvangen dat er vacatures open stonden voor als zorgteam, ja als zorg. En eerst dachten we dat dat bij de PSD was maar blijkbaar bleek dat dus bij de medische dienst te zijn. En die zijn dan ook redelijk snel begonnen zonder dat we ooit een mail hebben gekregen of communicatie hebben gekregen van kijk dit is een heel duidelijke omschrijving van het takenpakket, dit wordt verwacht, dit wordt absoluut niet verwacht. We hebben daar zowat vrije invulling aan gegeven.”*

#### LOKAAL NIVEAU

Coördinatie van zorgprocessen op lokaal niveau is volgens verschillende participanten cruciaal voor het implementeren van een geïntegreerde gezondheidszorg in gevangenissen. Dit omvat de coördinatie tussen verschillende diensten binnen de gevangenis en de afstemming met externe diensten en overheidsinstanties. Verder zou een coördinator volgens de bevroegde actoren bestaande diensten mee in kaart kunnen brengen, duidelijkheid kunnen helpen scheppen in het aanbod om doorverwijzing te faciliteren, en als aanspreekpunt kunnen fungeren voor medewerkers binnen de pilootprojecten. Deze coördinator zou mee kunnen aanstaan voor het uitwerken van een gepast zorgaanbod en kenbaarheid van het aanbod kunnen vergroten bij diverse actoren. Uit de verzamelde data bleek immers dat penitentiair beambten, bijvoorbeeld, vaak nog onvoldoende op de hoogte zijn van bestaande initiatieven, wat samenwerking en doorverwijzing bemoeilijkt.

Coördinatie op gevangenisniveau werd door zo goed als alle professionals en management als essentieel benoemd om het implementatieproces van de pilootprojecten in goede banen te leiden, draagvlak te creëren in de gevangenis en ervoor te zorgen dat alle noodzakelijke randvoorwaarden vervuld zijn alvorens pilootprojecten starten. Dit werd ook als erg belangrijk gezien voor het welzijn van de medewerkers van de pilootprojecten.

*“Dat is dat er vooral hier, dat zo'n projecten starten, dat dat echt heel goed moet doorsproken worden. En als er zo'n coördinator zou zijn, dat zou perfect zijn.”*

Bij gebrek aan een overkoepelende **gezondheidszorgcoördinator** aan de start van de pilootprojecten en de hoge nood aan dit soort functie, hebben andere actoren deze rol deels opgenomen in de gevangenis (beleidscoördinatoren, aanspreekpunt binnen de medische dienst en directie). Tegelijk werd aangegeven dat deze personen geen echt mandaat hadden om deze rol op te nemen en dat dit ook de tijd, ruimte en mogelijkheden beperkte van deze actoren om te handelen in het voordeel van de pilootprojecten.

Een mogelijke oplossing zou liggen in de inzet van lokale coördinatoren binnen elke gevangenis, zoals ook gedurende enige tijd werd voorzien tijdens de implementatie van de pilotprojecten in twee inrichtingen.

*“Dat zijn coördinatoren die uit de FOD zelf komen die op de hoogte zijn van de pilotprojecten en die dan die dat op hun beurt eigenlijk als taak hebben om dat te coördineren. Terwijl dat dat bij ons zo een taakje is dat er tussendoor bij gepakt wordt, wat dan niet 100% fatsoenlijk gedaan kan worden. Dus als iemand zich daar bij wijze van spreken fulltime mee kan bezighouden of dat op zich kan nemen, denk ik dat dat sowieso een meerwaarde is om dat beter, ja, te laten lopen.”*

Vanwege hun beperkte expertise in de gevangenisomgeving en vooral vanwege een zeer korte periode waarin ze in de gevangenis werkzaam waren, konden deze volgens de participanten echter slechts beperkt het implementatieproces ondersteunen en coördineren.

D&D had van bij de start van de pilotprojecten een teamcoördinator. Dit werd genoemd als positief voor het welzijn van de medewerkers van D&D, het implementatieproces van D&D en de noodzakelijke afstemming tussen verschillende diensten.

## 1. VERBETERING VAN GEZONDHEIDSRÉSULTATEN OP POPULATIELEVEL

---

Hoewel het gebrek aan kwantitatieve en longitudinale gegevens het moeilijk maakt om conclusies te trekken m.b.t. de gemeten impact van de pilotprojecten op de verbetering van de gezondheid van gedetineerden, is het mogelijk bepaalde waargenomen veranderingen sinds de implementatie van deze projecten in kaart te brengen. Deze analyse spitst zich toe op de ondernomen acties ter bevordering van de gezondheid van de gevangenispopulatie, evenals op de percepties van management en betrokken professionals, en de ervaren impact bij de zorggebruikers die aan de interviews deelnamen. Er dient echter rekening te worden gehouden met de beperkingen, zoals het beperkt aantal geïnterviewde zorggebruikers en de mogelijke selectiebias die de resultaten kunnen beïnvloeden.

Alle focusgroepen benadrukten het belang van een structureel kader bij de evaluatie van gezondheidsresultaten op populatieniveau. Hoewel de projecten volgens zorggebruikers en deelnemers aan de focusgroepen een tastbare impact hebben gehad en bij sommige personen tot verandering hebben geleid, is het essentieel te onderstrepen dat deze projecten plaatsvinden in instellingen waar de fysieke en mentale gezondheid van gedetineerden vaak in een kritieke toestand verkeert, binnen een omgeving die weinig bevorderlijk is voor hun welzijn. Bovendien blijft problematisch druggebruik een aanzienlijke belemmering, zoals blijkt uit de getuigenis van een zorggebruiker:

*“Het [de pilotprojecten] is een druppel op een hete plaat. (...) Je gaat dat niet voelen en je gaat dat niet zien. Tenzij je dat misschien individueel aan een gedetineerde een keer vraagt gaat die denk ik zeggen dat dat voor hem persoonlijk een mini-mini-mini beetje verschil heeft gemaakt. (...) Maar ik denk niet dat je daar verschil in gaat zien, daarvoor is de situatie, de structurele situatie veel te slecht.”*

Veel zorggebruikers met eerdere detentie-ervaringen benadrukten de verschillen in toegang tot zorg in vergelijking met eerdere ervaringen. Vóór de implementatie van de pilotprojecten was het interne psychosociale zorgaanbod voornamelijk afhankelijk van de PSD, wiens adviserende rol ten aanzien van de strafuitvoeringsrechtbank de garantie op vertrouwelijkheid bemoeilijkte en de mogelijkheid tot diepgaande gesprekken over persoonlijke kwesties beperkte. Dit gebrek aan vertrouwelijkheid, in combinatie met een tekort aan personeel voor psychologische opvolging, werd door zowel de directie, professionals als zorggebruikers erkend als een obstakel. Sinds de introductie van de pilotprojecten is volgens de verschillende bevroegde actoren een duidelijke verbetering merkbaar in de toegang tot psychologische zorg en verslavingszorg, die nu beter georganiseerd en gemakkelijker toegankelijk is, met voordelen voor zowel het personeel als de gevangenispopulatie.

Overheen alle gevangenen heeft het D&D-project een positieve impact gehad op de beschikbaarheid van verslavingszorg voor personen in detentie. Talrijke getuigenissen van zorggebruikers wijzen op verbeteringen in hun welzijn, met name door deelname aan gespreksgroepen die hen helpen de oorzaken van hun gebruik te begrijpen en aan hun herstel te werken.

*"Ik ben helemaal clean. Ja, dat is nu al acht maanden. Ik voel me goed. Ik ben wat bijgekomen. Ik voel me gezonder. En dat heb ik ook allemaal te bedanken aan die mensen hé."*

Ondanks deze positieve getuigenissen bemoeilijkt het gebrek aan systematische monitoring en evaluatie in alle gevangenen echter een precieze meting van de werkelijke impact van het project.

In de gevangenis van Hasselt gaven twee zorggebruikers aan dat hun verblijf in de "veilige afdeling"—een meer ontvankelijke omgeving met toezicht op druggebruik—gecombineerd met de psychosociale ondersteuning van het D&D-project, cruciaal was voor de aanpak van hun gebruik. Dit model wordt als positief ervaren, en binnen de focusgroepen werd de wens geuit om dergelijke afdelingen in andere inrichtingen te implementeren.

Uit de geanalyseerde medicatiegegevens blijkt een vrijwel volledig afwezige behandeling voor bepaalde aandoeningen, met name deze van hepatitis B en C. In een context waarin druggebruik wijdverspreid is, roept de zeer lage behandelingsgraad voor deze infecties vragen op over de adequaatheid van de beschikbare middelen en het gezondheidsbeleid in de gevangenis. De getuigenis van een zorggebruiker met hepatitis B en geen enkele behandeling ontvangt, illustreerde de dringende behoefte aan meer gestructureerde en gefinancierde interventies voor een passende aanpak van infectieziekten in detentie.

De gegevens tonen aanzienlijke verschillen tussen piloot- en niet-pilootgevangenen, zowel in Vlaanderen als in Wallonië-Brussel (zie tabel 6 en 7). In Vlaanderen lijken de pilootgevangenen sneller Buvidal te implementeren als nieuwe substitutietherapie, terwijl de voorschriften van Lyrica en Rivotril relatief beperkt blijven. Daarentegen wordt in een specifieke pilootgevangenis in Wallonië-Brussel een opvallende toename van Lyrica en Rivotril waargenomen. Deze stijging is niet per se een positief signaal: het kan wijzen op een hogere prevalentie van patiënten die deze behandeling nodig hebben of er eerder al gebruik van maakten, maar het kan ook worden verklaard door uiteenlopende therapeutische benaderingen van voorschrijvende artsen of door institutionele praktijken eigen aan elke instelling zoals die in deze studie naar voren kwamen. Sommige instellingen verkiezen bijvoorbeeld alternatieve substitutiestrategieën boven Lyrica, zoals een afbouwschema met een ander benzodiazepine over een periode van twee weken. Door het gebrek aan aanvullende gegevens blijft het echter moeilijk om de exacte oorzaak van deze ontwikkeling te bepalen.

**Tabel 6:** Verdeling van voorschriften voor specifieke moleculen op een referentiedag in 2022 en 2024 in het Vlaams Gewest

|                                            | Pilootgevangenen |             | Niet-pilootgevangenen |             |
|--------------------------------------------|------------------|-------------|-----------------------|-------------|
|                                            | 2022<br>N=2482   | 2024 N=2663 | 2022 N=3002           | 2024 N=3466 |
|                                            | n (%)            | n (%)       | n (%)                 | n (%)       |
| <b>Lyrica (Pregabaline)</b>                | 37<br>(1,49%)    | 32 (1,2%)   | 57 (1,9%)             | 50 (1,44%)  |
| <b>Rivotril (Clonazepam)</b>               | 6<br>(0,24%)     | 6 (0,23%)   | 15 (0,5%)             | 17 (0,49%)  |
| <b>Suboxone<br/>(Buprenorfine+Naloxon)</b> | 44<br>(1,77%)    | 42 (1,58%)  | 71 (2,37%)            | 65 (1,88%)  |
| <b>Methadon</b>                            | 66<br>(2,66%)    | 34 (1,28%)  | 75 (2,5%)             | 67 (1,93%)  |

|                                                   |               |            |            |            |
|---------------------------------------------------|---------------|------------|------------|------------|
| <b>Buvidal (Langwerkende buprenorfine)</b>        | 13<br>(0,52%) | 45 (1,69%) | 5 (0,17%)  | 16 (0,46%) |
| <b>Antivirale middelen voor HIV</b>               | 9<br>(0,36%)  | 18 (0,68%) | 16 (0,53%) | 17 (0,49%) |
| <b>Antivirale middelen voor hepatitis B (HBV)</b> | 0<br>(0,00%)  | 0 (0,00%)  | 0 (0,00%)  | 0 (0,00%)  |
| <b>Antivirale middelen voor hepatitis C (HCV)</b> | 0<br>(0,00%)  | 0 (0,00%)  | 3 (0,1%)   | 1 (0,03%)  |

**Tabel 7:** Verdeling van voorschriften voor specifieke moleculen op een referentiedag in 2022 en 2024 in de regio Wallonië-Brussel.

|                                                   | <b>Pilootgevangenissen</b> |                    | <b>Niet-pilootgevangenissen</b> |                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|
|                                                   | <b>2022<br/>N=2854</b>     | <b>2024 N=3279</b> | <b>2022 N=2771</b>              | <b>2024 N=2957</b> |
|                                                   | <b>n (%)</b>               | <b>n (%)</b>       | <b>n (%)</b>                    | <b>n (%)</b>       |
| <b>Lyrica (Pregabaline)</b>                       | 57 (2%)                    | 110 (3,35%)        | 52 (1,88%)                      | 69 (2,33%)         |
| <b>Rivotril (Clonazepam)</b>                      | 36<br>(1,26%)              | 79 (2,41%)         | 49 (1,77%)                      | 48 (1,62%)         |
| <b>Suboxone<br/>(Buprenorfine+Naloxon)</b>        | 181<br>(6,34%)             | 188 (5,73%)        | 173 (6,24%)                     | 140 (4,73%)        |
| <b>Methadon</b>                                   | 64<br>(2,24%)              | 80 (2,44%)         | 89 (3,21%)                      | 71 (2,4%)          |
| <b>Buvidal (Langwerkende buprenorfine)</b>        | 4<br>(0,14%)               | 6 (0,18%)          | 0 (0,00%)                       | 13 (0,44%)         |
| <b>Antivirale middelen voor HIV</b>               | 22<br>(0,77%)              | 29 (0,88%)         | 20 (0,72%)                      | 14 (0,47%)         |
| <b>Antivirale middelen voor hepatitis B (HBV)</b> | 2<br>(0,07%)               | 1 (0,03%)          | 0 (0,00%)                       | 0 (0,00%)          |
| <b>Antivirale middelen voor hepatitis C (HCV)</b> | 2<br>(0,07%)               | 1 (0,03%)          | 2 (0,07%)                       | 0 (0,00%)          |

*De in deze tabel gepresenteerde percentages zijn berekend op basis van het totale aantal gedetineerden dat aanwezig was in elke categorie van gevangenissen op een specifieke dag in maart 2022 en september 2024. Dit maakt het mogelijk om het aandeel gedetineerden dat een specifieke behandeling ontvangt binnen de gehele gevangenispopulatie te evalueren.*

Volgens de verzamelde informatie heeft het project waarbij psychologen en maatschappelijk werkers verbonden zijn aan de medische dienst, ondanks de uitdagingen bij de implementatie in sommige gevangenissen, aanzienlijk bijgedragen aan een verbeterde opvang van gedetineerden in acute noodsituaties in meerdere gevangenissen. Dit heeft geleid tot een vermindering van de frustraties met betrekking tot wachttijden. Getuigenissen van zorggebruikers wijzen op aanzienlijke vooruitgang, met name op het gebied van kalmering en emotieregulatie, als gevolg van deze interventies. Volgens deze getuigenissen bleek de rol van psychologen, in samenwerking met verpleegkundigen en andere betrokken professionals, van cruciaal belang te zijn in de gevangenissen waar zij gedurende het hele project aanwezig bleven. De interne aanwezigheid van de PMD's stelde hen in staat om snel in te spelen op de psychologische behoeften van de gedetineerden.

## 2. EEN BETERE ERVARING VAN ZORG VOOR DE PERSOON

### TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG

De ervaring van zorggebruikers met betrekking tot toegankelijkheid van zorg varieert afhankelijk van de beschikbaarheid van diensten. Zorggebruikers en professionals wezen op de nefaste invloed van wachttijden op de motivatie van personen in detentie om hulp te zoeken voor psychische of verslavingsproblematieken. Zo gaf een ervaringsdeskundige aan:

*“Je moet op alles wachten. Er is ook niet direct aanbod. Als er dan iets is, dan is het zo. Dus de kwetsbaarste momenten waar je eigenlijk ontvankelijk bent, tegen de tijd dat je aan de beurt ben, waart ge al terug bedacht.”*

De **wachttijden** voor een consult bij een psycholoog of psychiater blijven een terugkerend probleem in verschillende Franstalige gevangenissen, met wachttijden van 2 tot 6 weken, wat frustraties veroorzaakt bij de personen in detentie en de penitentiair beampten. Beperkte of ontbrekende wachtlijsten werden gelinkt aan de doorverwijzingsprocedure (vb. beperkte doorverwijzingskanalen in gevangenissen waar er gevreesd wordt voor een over-bevraging), het doelpubliek van de gevangenis (vb. arresthuis), de (re-)organisatie van het aanbod en de beperkte looptijd en mate van bekendheid van de projecten. In Vlaanderen werden de grootste problemen met betrekking tot een wachtlijst voor D&D dan ook gerapporteerd in de gevangenis waar D&D al het langst operationeel is. In bijna alle focusgroepen werd echter aangehaald dat het aanbod kleiner is dan de nood en dat versterking van D&D en PMD's ervoor zou zorgen dat meer personen in detentie sneller bereikt kunnen worden.

Wat betreft de PMD's wordt er voorrang gegeven aan acute crisissituaties (vb. bij een zelfmoordpoging), waardoor personen met minder acute problemen soms langer op hulp moeten wachten. Het feit dat de meeste PMD's fulltime in de gevangenis tewerkgesteld zijn (in tegenstelling tot de ELP's van het RIZIV en de hulp- en dienstverlening van de gemeenschappen) werd als helpend benoemd om kort op de bal te kunnen spelen. Daarnaast speelt ook infrastructuur hierin een rol: PMD's en medewerkers van D&D bespraken het belang van een gesprekslokaal ter beschikking te hebben waarin ze met respect voor de privacy van zorggebruikers en op momenten waarin daar nood aan is, gesprekken kunnen voeren.

De bevroagde zorggebruikers werden op verschillende manieren **doorverwezen** naar de pilootprojecten. In sommige gevangenissen konden de personen in detentie ook zelf een aanvraag doen via een rapportbriefje of het digitale systeem (e.g., PrisonCloud of Just from Cell) waarmee personen in detentie vertrouwelijk van op hun cel hulp kunnen vragen zonder tussenkomst van penitentiair beampten. Dit digitaal systeem is echter niet voor iedereen even toegankelijk omwille van barrières met betrekking tot taal en (digitale) geletterdheid. Tegelijk werd in Vlaanderen vermeld dat het digitale systeem opties tot vertaling biedt, wat het gebruik ervan voor anderstalige personen in detentie faciliteert. Verder werd in sommige Franstalige gevangenissen gerapporteerd dat het grote aantal berichten dat door personen in detentie wordt verzonden, de personen die verantwoordelijk zijn voor het lezen en beantwoorden ervan kan overbelasten, waardoor het proces vertraagt en de efficiëntie van het systeem afneemt.

**Zelfverwijzing** kwam bij de bevroagde zorggebruikers in de Vlaamse gevangenissen voornamelijk voor wanneer ze van een mede-gedeteneerde hoorden van het aanbod. Dit bevestigt wat ook in de Franstalige gevangenissen aan bod kwam: namelijk dat het van essentieel belang is dat personen in detentie het zorgaanbod kennen om effectief zelf een aanvraag te kunnen indienen. Informatie op een laagdrempelige wijze beschikbaar stellen aan personen in detentie bij aankomst (en ook later in het proces, wanneer het initiële gevoel van overweldiging wat gaan liggen is) kan hierbij helpen. Daarnaast kan de aanwezigheid van de pilootprojecten op de secties helpen om het zorgaanbod bekend te maken bij penitentiair beampten en personen in detentie.

Als laatste kan ook **stigma** een drempel vormen naar de pilootprojecten. Wanneer gedetineerden opgeroepen worden impliceert dit dat ze gerelateerd worden aan de dienst waarvoor ze opgeroepen worden. Dit kan er

volgens de professionals voor zorgen dat personen die niet wensen gelinkt te worden aan druggebruik en/of psychische problemen door penitentiair beambten, mede-gedetineerden of PSD, niet deelnemen aan de pilootprojecten. Een brede toegankelijkheid van de pilootprojecten kan volgens enkele professionals een positieve invloed hebben op de normalisering van psychologische en verslavingszorg.

*“Ook hoe meer dat er tot bij u komen, dat is ja... Dat is zo genormaliseerd, dan maakt dat allemaal niet meer uit. Je hebt maar, cru gezegd, 1 of 2 macho's nodig die dan toch wel gaan en die weten dat en dan is dat voor iedereen: 'Dat is normaal, ik ga mij laten helpen'.”*

## ERVARINGEN IN DE ZORG

Personen in detentie namen in eerste instantie vaak contact op met de pilootprojecten via doorverwijzing en vanuit een intrinsieke **motivatie**. Wat betreft de PMD's was dit vooral om met uitdagingen van de gevangeniscontext om te gaan, maar ook om bepaalde trauma's uit het verleden te verwerken en bezorgdheden over de toekomst te bespreken. Wat betreft D&D gaven personen in detentie aan dat ze intrinsiek gemotiveerd waren om aan de slag te gaan met hun verslaving, vaak met het oog op re-integratie en het verminderen van recidive na detentie. Enkele zorggebruikers gaven ook aan dat de sessies en gesprekken met de PMD en D&D hen de kans geven om even uit hun cel te zijn, hun gedachten te verzetten en diepgaand in gesprek te gaan met *peers* en hulpverleners. Sommigen hadden reeds eerder ervaring met geestelijke gezondheidszorg en/of drughulpverlening, maar anderen gaven aan dat dit hun eerste contact met hulpverlening was. Hun positieve ervaringen met de pilootprojecten zorgden er naar eigen zeggen voor dat ze intrinsiek gemotiveerd werden om hulpverlening buiten de gevangenis verder te zetten.

Zorggebruikers rapporteerden over het algemeen **positieve ervaringen** met de projecten, vooral wanneer ze zich gehoord en gerespecteerd voelden. Het belang van een vertrouwensrelatie met hulpverleners werd door zowel professionals als zorggebruikers onderstreept als essentieel voor zorggebruikers om zich open te kunnen stellen en sensitieve zaken bespreekbaar te maken. Ook m.b.t. hun betrokkenheid bij de zorg bleek dit een betekenisvol element. Deze vertrouwensrelatie werd door zowel professionals als zorggebruikers gelinkt aan het beroepsgeheim van de zorgprofessionals. Daarnaast gaven zorggebruikers ook aan dat het vertrouwen in de zorgprofessionals groeide naarmate het hulpverleningstraject vorderde, mede gefaciliteerd door een laagdrempelige, menselijke, respectvolle en niet-veroordelende benadering van de hulpverleners.

*“Ja, dat is een beetje vertrouwen dat er moet groeien, uiteraard. Zij kent mij niet, ik ken haar niet. Ja, persoonlijk dan, ik vind dat... Ik voel me heel schuldig dat ik hier zit. Dus ik moest een beetje kijken, wie heb ik hier voor mij zitten? Kan ik alles zeggen? Ik wilde er echt wel mee aan de slag gaan. Dat waren zo de eerste dingen waar ik vooral mee bezig was. Ik merkte wel dat dat hier een plaats kon hebben. Dat zij heel open is, dat zij totaal niet veroordelend is of noem maar op. Dat gaf me een veilig gevoel vooral.”*

Sommigen verwezen ook naar de ervaring zich gesterkt te voelen door de PMD's en de medewerkers van D&D, omwille van een sterktegerichte benadering en het benoemen van positieve evoluties.

*“Je wilt je eigen eigenlijk een tweede kans geven en dat is prachtig. (...) D&D geeft mij precies een gevoel dat iedereen een tweede of meer kansen verdient.”*

Zorggebruikers in Vlaanderen beschreven hoe het gevoel dat ze inspraak hadden in hun hulpverleningstraject en dat besluitvorming in samenspraak gebeurde, leidde tot een gevoel van veiligheid en wederzijds respect. Omdat vertrouwen moet groeien gaven ze het belang aan om een duurzaam traject te kunnen aangaan met een hulpverlener. Verandering in personeel kan dan ook tot teleurstelling en demotivatie bij zorggebruikers leiden. Daarnaast werd in Franstalige gevangenissen tijdgebrek voor diepgaande consultaties en follow-up benoemd als een obstakel voor het opbouwen van een therapeutische relatie en voor impactvolle hulp.

In Vlaamse gevangenen uitten verschillende professionals en personen met een managementpositie bezorgdheden over de afname van de RECOPRIS-vragenlijst tijdens de eerste contacten met de zorggebruikers van D&D. Ze gaven aan deze momenten eerder te willen inzetten voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie, zodat, wanneer de RECOPRIS-vragenlijst wordt ingevuld, zorggebruikers zich ook veiliger voelen om hier eerlijk op te antwoorden.

De zorggebruikers apprecieerden de **individuele gesprekken** die ze voeren met de PMD's en de medewerkers van D&D. Omdat deze individueel zijn kunnen deze gesprekken diepgaand ingaan op de noden van het moment, kunnen er gevoelige zaken bespreekbaar gemaakt worden en kan er zorg op maat geboden worden.

Verscheidende zorggebruikers overheen alle pilootprojecten rapporteerden dat D&D hen hielp om om te gaan met stress en om minder of geen drugs meer te gebruiken. De **groepsessies van D&D** werden door de meeste zorggebruikers als positief ervaren omwille van de psycho-educatie waarin ze aangaven "tools" aangereikt te krijgen om met hun verslaving om te gaan in en na detentie. Daarnaast werd ook de *peer support* uit de groepsessies door zorggebruikers aangehaald als helpend, al varieerde de mate waarin gedetineerden dit ervoeren naargelang de veiligheid die ze voelden in de groep. Dit gevoel van (on)veiligheid was gerelateerd aan verschillende aspecten. Sommigen gaven aan dat het vele praten over druggebruik *craving* kan opwekken. Daarnaast werden wantrouwen ten opzichte van mede-gedetineerden en een verschil in motivatie om deel te nemen aan D&D beschreven, waarbij door sommige zorggebruikers werd gerapporteerd dat er soms drugs verhandeld werd tijdens of na groepsessies van D&D. Omwille van deze uitdagingen kiezen sommige zorggebruikers er dan ook voor om enkel individuele sessies te volgen.

*"Ik ga niet zeggen dealen. Maar... De andere 'spekken' [aanstoken], en de ene zuchtig maken [doen verlangen naar drugs]. En goed: 'Ik zal het de volgende keer meepakken'. 'Ah, da's goed. Pakt mij ook wat mee!'. Snap je... Je zit daar met verslaafden bijeen. Er moet maar enen rotte appel inzitten die wat binnentrekt of weet ik veel wat... die eraan kan geraken."*

Om intrinsieke motivatie van personen binnen D&D aan te moedigen, eerder dan extrinsieke motivatie vanuit bijvoorbeeld het zich presenteren naar de PSD toe, hebben sommige D&D's beslist om geen attest van deelname uit te reiken aan de PSD. Verder wordt er meestal een eerste intakegesprek gevoerd met gedetineerden om beter te kunnen inschatten of de persoon geschikt is om mee te werken aan het creëren van een veilig groepsklimaat. Er wordt zoveel als mogelijk ingezet op differentiatie in groepen om een laagdrempelig aanbod te bieden en anderzijds veilige groepen te kunnen creëren. Een graduele doorstroom in groepsessies gaf sommige zorggebruikers het gevoel stappen te zetten, wat een positieve invloed had op hun zelfvertrouwen en motivatie.

In sommige D&D-werkingen werkte reeds een ervaringsdeskundige, wat door verschillende zorggebruikers en professionals als motiverend en hoopgevend benoemd werd.

*"Maar wel, dan de tweede groep was er wel iemand bij die ook verslaafd is geweest en die eigenlijk dan wel meegemaakt heeft wat dat wij ook in de gevangenis heeft gezeten, ook... En dan voelde jij zoveel beter dat je zo de dingen had. En dan is het wel een voorbeeld voor je. Dat je dan ziet van, kijk, het kan wel.(...) En die weten waarover je praat. En dat is een groot verschil. Dus dat was echt wel leuker om mee te praten. Omdat je dan echt het gevoel had van, oké, we begrijpen nu, we luisteren."*

Verscheidende zorggebruikers beschreven het belang om druggebruik en verslaving op een geïntegreerde manier te benaderen, waarbij niet alleen het cognitieve, biologische of gedragsmatige aspect wordt belicht maar ook dieper ingegaan wordt op achterliggende psychologische processen en trauma's die verslavingsgedrag beïnvloeden. Dit laatste kwam volgens de bevroegde zorggebruikers in Vlaanderen meer aan bod in de individuele sessies, maar werd in Wallonië als ontbrekend gerapporteerd. Het is vooral de combinatie van de groepsessies met de individuele sessies die ervoor zorgen dat de zorggebruikers aangeven het gevoel hebben

dat er zorg op maat is. De groepssessies zijn immers afgestemd op een bredere groep en sluiten daarom niet altijd aan bij de individuele noden van de zorggebruikers in het hier-en-nu.

Wat betreft de **medische dienst** (exclusief de psychologen en maatschappelijk werkers) klaagden verschillende zorggebruikers overheen verschillende gevangenissen aan dat er te weinig zorg op maat geboden wordt. Ze hadden het gevoel te weinig gezien en gehoord te worden in hun noden en verwezen naar behandeling die te veel op medicatie en te weinig op zorg gericht was. In de focusgroepen kwam aan bod dat dit veel te maken heeft met onvoldoende ruimte voor de medische dienst om grondig met hulpvragen aan de slag te gaan. Personen uit de medische dienst uitten dan ook hun appreciatie voor het feit dat ze met de komst van de pilootprojecten meer kunnen doorverwijzen voor psychologische consulten en drugproblematieken.

### 3. HET REALISEREN VAN MEER WAARDE MET DEZELFDE MIDDELEN DOOR EFFICIËNTER GEBRUIK VAN DE BESCHIKBARE MIDDELEN

---

#### COÖRDINATIE EN EFFICIËNTIE VAN HULPBRONNEN

Volgens bijna alle betrokkenen leidde een gebrek aan coördinatie van de pilootprojecten tot een inefficiënt gebruik van middelen binnen de gevangenissen, met name omwille van een moeizaam implementatieproces, overlap in dienstaanbod en diverse operationele en praktische uitdagingen. Verder werd de efficiënte inzet van middelen beperkt door een gebrek aan beschikbare ruimtes en complexe veiligheidsprocedures. Dit laatste werd voornamelijk benoemd met betrekking tot werknemers van externe diensten (vb. sommige D&D's die voornamelijk van buiten de gevangenis opereerden en de ELP's van het RIZIV). Zij hadden vaak beperkte toegang tot personen in detentie, wat de effectiviteit van de interventies verminderde.

*"Wanneer je de mozaïek van alle diensten bekijkt die in de gevangenis actief zijn, onafhankelijk van welke gemeenschap – Vlaams, Franstalig, alles – als al deze diensten daadwerkelijk de mogelijkheid hadden om 100% van hun werktijd te benutten... dan zouden we een enorm uitgebreid zorgaanbod hebben." (vertaald vanuit het Frans)*

Het grote aantal psychologische diensten zorgde voor verwarring bij zowel gevangenispersoneel als personen in detentie en bemoeilijkte een efficiënte coördinatie van de zorg. Zo gaven zorgverleners zelf aan dat het moeilijk was om de rollen van eerstelijnspsychologen van het RIZIV te onderscheiden van die van psychologen die verbonden zijn aan de medische dienst.

*"Die rolverdeling is heel moeilijk te maken. Dat zijn eerstelijnspsychologen van buiten maar je hebt hier eerstelijnspsychologen van de medische dienst. Dus ja, wie doet wat dan?" (vertaald van het Frans)*

#### IMPLEMENTATIE VAN DE PROJECTEN

In sommige gevangenissen werden kantoren ter beschikking gesteld aan de projecten, wat als zeer gunstig werd ervaren voor hun integratie binnen de gevangenis. Zelfs wanneer er een tekort aan ruimtes was, werden in sommige gevallen oplossingen gevonden, al was dit niet overal het geval. Zowel professionals als de directie gaven aan dat een betere interne coördinatie het implementatieproces van de projecten zou kunnen faciliteren.

#### HET BELANG VAN EEN DUIDELIJKE TAAKVERDELING

Het is van cruciaal belang om de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende diensten helder te definiëren om overlap te vermijden en de efficiëntie van interventies te verbeteren. Focusgroepen benadrukten de noodzaak van een screeningssysteem om personen in detentie beter door te verwijzen naar de juiste diensten en om dubbel werk te voorkomen.

*"Daar droom ik ook nog van: om een soort van centraal aanmeldpunt te hebben. Dat je in de gevangenis toekomt... En we gaan dat nu proberen om dat een beetje te bewerkstelligen op ons eigen."*

## VOORGESTELDE OPLOSSINGEN EN PRAKTISCHE VOORBEELDEN

Om gerichte doorverwijzing te faciliteren werd in Gent en Hasselt een centraal aanmeldpunt voor geestelijke gezondheid opgericht. In Gent nemen hier PMD's, vertegenwoordigers uit het CGG en het medisch team aan deel. Het idee was dat, met toestemming van de gedetineerde, besproken zou worden welke dienst de verdere opvolging op zich zou nemen. In de praktijk bleek dit echter moeilijk te organiseren vanwege de hoge werkdruk binnen de diensten en onvolledige werkroosters, waardoor vergaderingen lastig te plannen waren.

In een gevangenis in Wallonië en Brussel werd door de projecten benadrukt dat alle hulpverleners die een gedetineerde hadden gezien, geregistreerd werden in het SIDIS-programma. Dit vergemakkelijkt de coördinatie en bood de directie twee belangrijke voordelen: het verminderen van overlappende dienstverlening en de mogelijkheid om, bij een verslechtering van de toestand van een gedetineerde, direct contact op te nemen met de verantwoordelijke dienst die reeds betrokken was bij de zorgverlening. Deze aanpak droeg bij aan een efficiënter beheer van de beschikbare middelen en zorgde voor een meer samenhangende zorgverlening aan personen in detentie.

## INSTABILITEIT VAN DE PROJECTEN

De projecten werden geconfronteerd met instabiliteit als gevolg van tijdelijke contracten, wat leidde tot een hoog personeelsverloop. Dit had een negatieve invloed op de continuïteit en effectiviteit van de dienstverlening aan personen in detentie.

## 4. HET VERHOGEN VAN HET WELZIJN VAN DE PROFESSIONALS

## POSITIEVE IMPACT VAN PILOOTPROJECTEN

Volgens de kwalitatieve data heeft de komst van pilootprojecten in gevangenissen over het algemeen een positieve impact gehad op het welzijn van het gevangenispersoneel. Zowel in Franstalige als Nederlandstalige gevangenissen gaven professionals en management aan dat deze projecten de **medische dienst, penitentiair beambten en directie** op bepaalde vlakken hebben ontlast. De mogelijkheid om personen in detentie door te verwijzen naar gespecialiseerde hulp en het hebben van een aanspreekpunt voor vragen over psychische problemen of verslaving werd als zeer waardevol ervaren. Dit zorgde voor een gevoel van rust en ondersteuning binnen de afdelingen.

*“De psychologen bij de medische dienst. Dat is, dat geeft wel veel rust. Op de afdelingen zelf weten dat je iemand kunt aanspreken die direct kan helpen, die een luisterend oor heeft die ons ook wel advies geeft, hoe we met bepaalde profielen verder moeten omgaan, die ook naar, naar het personeel op sectie veel advies geeft en een goede contact mee heeft. Dus dat is echt wel een aanwinst.”*

Daarnaast meldden zorggebruikers en professionals dat psychologische en drughulpverlening een positieve impact kan hebben op de rust in de gevangenis. Dit draagt op lange termijn bij aan een betere werkomgeving voor het gevangenispersoneel, omdat het helpt om spanningen en incidenten te verminderen.

*“Ik denk het feit dat dat bespreekbaar is, dat dat geweten is, dat er ondersteuning is, dat dat aanbod er is, dat de drempel heel laag is... Vind ik dat dat wel al een groot verschil maakt. Als iemand niet spreekt en alles borrelt... bouwt op, bouwt op... Dan gaan de beambten de eerste zijn om de volle laag te krijgen.”*

## UITDAGINGEN MET BETREKKING TOT WELZIJN VAN DE PROFESSIONALS

Ondanks de ervaren positieve impact van de pilootprojecten, werden er ook diverse uitdagingen benoemd die het welzijn van het personeel beïnvloeden. Een belangrijke uitdaging is de samenwerking tussen verschillende diensten. Hoge werkdruk, vele veranderingen op korte termijn, en de tijdelijke aard van pilootprojecten zetten druk op de samenwerking. Dit werd zowel in Franstalige als Nederlandstalige gevangenissen gerapporteerd.

*“En dan ook begrijpen dat die mensen zelf onder druk staan, he? En je staat ook zelf onder allee, D&D staat dan ook zelf onder druk. En ja, twee personen in spanning, ja, om dan daarmee de weg te gaan zoeken is ook niet altijd gemakkelijk, dus in het begin was dat ook wel nog moeilijk.”*

**PMD's** ervaren specifieke uitdagingen zoals het omgaan met zware verhalen en situaties, samenwerking met andere diensten, en operationele moeilijkheden zoals gebrek aan lokalen en toegang tot middelen. Het gebrek aan een coördinator en een team van ten minste twee personen werd als een gemis ervaren, wat bijdraagt aan gevoelens van isolatie en overbelasting.

*“Allee, je moet u dat voorstellen, je wordt hier ingegooid als persoon alleen. Ik heb geen team, ik heb geen andere psychologen om mee te overleggen. (...) Je kunt inderdaad niet ventileren of geen raad vragen of geen advies en je voelt je in de koude staan. En dat is moeilijk om een project dan te doen slagen als je alleen staat zo dat... Dus ja, ik denk dat ik, moest ik dat wel hebben, veel meer zou kunnen doen als wat ik nu aan het doen ben. Maar je verliest wel een beetje de moed op den duur.”*

In Franstalig België werd in minstens vier van de vijf gevangenen gerapporteerd dat tijdsgebrek en logistieke prioriteiten de hulpverleners van **D&D** verhinderen om zorggebruikers regelmatig te ontmoeten, waardoor ze zich moeten concentreren op administratieve taken. Deze situatie leidt tot een gevoel van nutteloosheid en frustratie onder de professionals.

Doorheen de verschillende focusgroepen werd aangegeven dat **penitentiair beambten** vaak de eerste aanspreekpunten voor personen in detentie zijn en hen over het algemeen beter kennen dan leden van andere personeelscategorieën. De focusgroepen wezen echter uit dat deze vaak precieze informatie missen om hen optimaal te kunnen doorverwijzen. Verder voelen penitentiair beambten vaak een gebrek aan erkenning voor hun werk, vooral wanneer hun verwijzingen niet in aanmerking worden genomen of wanneer hun beslissingen en berichten in twijfel worden getrokken.

*“Het is vermoeiend om niet gehoord te worden. Ja, vermoeiend. En je krijgt soms echt de indruk dat we gewoon goed zijn in het sluiten van deuren en dat we gewoon de debielen en idioten van dienst zijn. Maar op een gegeven moment denk ik, net als iedereen, dat we hersens hebben en ook toch wel enkele jaren achter de rug hebben met 20 jaar anciënniteit.” (vertaald vanuit het Frans)*

Er werd benoemd dat penitentiair beambten vaak verantwoordelijkheden op zich dienen te nemen die veel verder gaan dan voorzien is in hun taakomschrijving, zoals in sommige gevangenen waar ze medicatie uitdelen, zonder de nodige informatie over doseringen of eventuele aanvullende voorschriften. Bovendien vinden ze over het algemeen dat ze onvoldoende opleiding krijgen om op een goede manier te kunnen omgaan met gedetineerden met verslavingsproblemen of psychische stoornissen. Tegelijk gaven ze aan dat het vaak aan tijd ontbreekt om opleidingen te volgen en diepgaand betrokken te zijn bij zorgtrajecten van personen in detentie. Tegelijk wezen ze erop dat niet iedereen hier ook de ambitie toe heeft en dat het onderscheid tussen veiligheidsassistenten en detentiebegeleiders daarom een goede evolutie zou kunnen zijn indien correct uitgevoerd.

#### BEROEPSGEHEIM

Een andere belangrijke uitdaging is de onduidelijkheid en het gebrek aan een uniform beleid over beroepsgeheim. Variabiliteit in het omgaan met beroepsgeheim zorgt voor **onduidelijkheid bij actoren zoals PSD, advocaten en penitentiaire beambten** over wat ze kunnen verwachten van informatiedeling. Dit leidt tot druk op professionals om informatie te delen die ze niet kunnen of willen delen, wat hun welzijn negatief beïnvloedt.

*“Wij mogen dat niet zeggen. En op den duur ben je zo moe om 20, 30 van die telefoons op de dag te krijgen. Dat is echt... En dat is niet wij willen dat niet zeggen, wij mogen dat niet zeggen. Maar er is nul begrip voor. Nul. En dat weegt op een team wel hoor. (...) Maar hoeveel ruzie, hoeveel woorden dat er al naar onze kop zijn gegooit omdat we die dingen niet zeggen dat is echt niet meer oké he.”*

D&D-professionals ervaren ook onduidelijkheid over hun rol binnen de medische dienst en ethische dilemma's bij het delen van informatie. Dit kan leiden tot spanningen en onzekerheid in hun werk.

## IMPLEMENTATIEPROCES

Ondanks de inspanningen van de overheid om het implementatieproces van de **PMD's** te ondersteunen (zoals het ontwikkelen van een functieprofiel en het organiseren van een onthaaldag voor PMD's), werd de integratie van de PMD's in de gevangenis en het medisch team door zowel professionals als het management als een grote uitdaging ervaren. Ze verwezen onder meer naar onduidelijkheden m.b.t. de functieomschrijving, evenals andere administratieve en praktische uitdagingen op het vlak van personeelsbeleid.

De PMD's, gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, bespraken een extra moeilijkheid omdat ze onder de FOD Volksgezondheid vallen, terwijl ze in een justitiële context werken. Dit leidde tot heel wat verwarring en praktische uitdagingen van bij de start, waarbij bijvoorbeeld de toegang tot de gevangenis niet geregeld was en ze het gevoel hadden van het kastje naar de muur gestuurd te zijn ivm. personeelszaken. Daarnaast kwam in Franstalige gevangenissen aan bod dat de PMD's onder de supervisie stonden van personen verbonden aan de medische dienst die onder FOD Justitie behoren, wat een uitdaging vormde voor hun coherente aansluiting bij de FOD Volksgezondheid en hun dagelijkse organisatie van werk en personeelszaken. Bovendien bleven bijna alle door de FOD Volksgezondheid gefinancierde functies in de Franstalige pilootgevangenissen vacant (behalve in de gevangenis van Haren), omdat de meeste mensen kozen voor een contract van onbepaalde duur onder de FOD Justitie in plaats van voor het tijdelijke contract dat aan het pilootproject is gekoppeld.

In zowel Franstalige als Nederlandstalige gevangenissen was er veel onduidelijkheid over de functie en rol van de PMD's. De functieomschrijvingen sloten weinig aan bij de reële noden in de gevangenis, wat ertoe leidde dat de PMD's zelf op zoek gingen naar hoe ze hun job het beste kunnen invullen. De onduidelijkheid met betrekking tot hun functie leidde bovendien tot oneigenlijke taaktoedeling en tegenstrijdige verwachtingen wat wrijving teweeg kon brengen op de werkvloer.

*"We hebben nog geen functieprofiel voor dit soort eerstelijnsfuncties. We hebben geen duidelijk functieprofiel." (vertaald vanuit het Frans)*

Bovendien ontstond er verwarring tussen de verschillende psychologen binnen de instellingen, met name vanwege een onvoldoende onderscheid van taken. Ook was het verwijzingsproces naar de PMD's niet altijd duidelijk gedefinieerd, wat hun integratie in het systeem verder bemoeilijkte. Daarnaast werden praktische uitdagingen bij de start van de PMD's gerapporteerd, zoals een gebrek aan toegang tot de gevangenis en middelen om hun job uit te oefenen, waaronder het beschikken over een telefoon, een lokaal of een computer. Dit leidde tot frustraties en een gevoel van onveiligheid.

*"Nu ook je krijgt in ene keer op je medische dienst een psycholoog en 2 maatschappelijke assistenten maar er is niemand die weet wat die mensen moeten doen. Allez ik denk dat het voor jullie [medische dienst] niet gemakkelijk was in het begin, en voor mij [psycholoog medische dienst] helemaal niet. Want ja dat is geen echte taakomschrijving of je moet dit of je moet dat. Het is allemaal zoeken en zelf maar proberen."*

Weerstand bij bestaande actoren in de gevangenis tegen nieuwe projecten werd ook als een uitdaging ervaren. Deze weerstand werd deels veroorzaakt door een tekort aan voorbereiding en communicatie over de komst van de pilootprojecten. Dit leidde tot tegenstrijdige verwachtingen en een moeilijke integratie van nieuwe medewerkers. Daarnaast werd deze weerstand ook gelinkt aan infrastructurele uitdagingen (gebrek aan lokalen), wat ervoor zorgde dat bestaande diensten in de gevangenis het gevoel hadden aan ruimte te moeten inboeten, omwille van de komst van de pilootprojecten. In de meeste gevangenissen zijn de PMD's geïntegreerd in de medische vleugel, wat leidde tot een overbezetting van de ruimte.

Om weerstand te vermijden verwezen professionals en management dan ook naar het belang van een coördinator om draagvlak te creëren in de gevangenis, voorbereidingen te treffen voor de implementatie van de projecten, samenwerking en communicatie te faciliteren en een brug te vormen tussen de overheid en de gevangenis.

*"Verandering is weerstand, dat merken we wel. (...) Zeker in een inrichting als [gevangenis] die al jaar en dag wat op hetzelfde elan verder kabbelt om het zo te zeggen. Om dan grote wijzigingen te gaan*

*doorvoeren in een regime, is toch wel iets dat denk ik een beetje eerst wat moet gekneed worden en dat er draagvlak voor gecreëerd moet worden en dat je dat dan pas zo kunt doorvoeren. Om heel eerlijk te zijn, het grootste obstakel is misschien nog gewoon tijd en ruimte. Om daar echt grondig mee bezig te zijn. Om u daar echt eens op te focussen en daar dat uit te werken, mee dat beleid uit te denken, dat uit te stippelen, met de mensen samen te zitten, daar goed over na te denken. Euh... Infrastructureel ook. (...) En gewoon ik denk dat het wel heel belangrijk is dat er een coördinator is."*

## 5. HET REALISEREN VAN MEER GELIJKHEID IN TOEGANG TOT GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSZORG (HEALTH EQUITY)

Vanuit een perspectief van gelijkheid in toegang tot zorg stelt het principe van proportioneel universalisme dat gedetineerden met een verhoogde gezondheidsbehoefte een versterkte toegang tot medische en psychosociale zorg zouden moeten krijgen. Dit werd expliciet benadrukt door een lid van de directie:

*"De gezondheidszorg, eigenlijk, wat mensen niet begrijpen, is dat een gedetineerde veel meer zorg krijgt dan een normaal persoon buiten de gevangenis."*

In 2023 bevond 32,1% van de gedetineerden in de pilootgevangenissen (zie tabel 1) zich in een irreguliere verblijfsstatus in België, met variaties van 24% tot 43% afhankelijk van de instelling. Dit vertegenwoordigt een aanzienlijk deel van de gevangenispopulatie. Deze personen ondervonden grote moeilijkheden bij de toegang tot zorg, als gevolg van administratieve en taalbarrières en een gebrek aan continuïteit van zorg na hun vrijlating.

### TAALBARRIÈRES

Zowel PMD's als D&D benadrukten de toegankelijkheid van hun diensten voor een brede groep gedetineerden. Ze hanteerden diverse inschrijvings- en doorverwijsprocedures en boden aanvullende diensten aan met weinig uitsluitingscriteria. Een directielid getuigde:

*"Ik denk dat D&D een heel groot, heel groot bereik heeft in onze gevangenis. Daarmee bedoel ik zowel beklagde als veroordeelde als mensen die pas zijn binnengekomen, vrouwen ook."*

Bepaalde groepen bleven echter moeilijk bereikbaar, met name personen die noch Frans noch Nederlands spraken. De diensten werden hoofdzakelijk in deze talen aangeboden, wat een aanzienlijk deel van de gevangenispopulatie uitsloot. Een professional verduidelijkte:

*"Het groepsaanbod van D&D wordt overal enkel aangeboden in het Nederlands. Hierdoor kunnen anderstalige personen hier geen gebruik van maken."*

Taalbarrières bleven een groot obstakel, ondanks de introductie van een basis-vertaaltool, Vasco, die weliswaar hielp bij het opnemen van verzoeken van personen in detentie, maar onvoldoende bleek voor diepgaande psychologische begeleiding. Een psycholoog getuigde:

*"En eigenlijk heb ik veel gedetineerden die gefrustreerd zijn, die niet kunnen communiceren, die niet weten hoe ze rapportbriefjes moeten schrijven, die naar mij komen en zeggen: 'Ja, ik ga mijn cel in brand steken, want zo krijg ik de directie te zien en zo wordt mij uitgelegd hoe het hier werkt.'" (vertaald vanuit het Frans)*

Hoewel er online tolkdiensten beschikbaar waren, maakten logistieke beperkingen binnen de gevangenissen het gebruik ervan moeilijk. De gevangenissen die deelnamen aan de pilootprojecten van de interculturele bemiddelaars van de FOD Volksgezondheid rapporteerden knelpunten zoals de noodzaak om specifieke afspraken te maken om gebruik te kunnen maken van de dienst, terwijl informatie over de beschikbaarheid ervan niet altijd adequaat werd gecommuniceerd. Bovendien waren niet alle medische diensten op de hoogte van het bestaan van deze optie. De online afsprakenprocedure bleek niet altijd geschikt voor de

gevangeniscontext, vanwege moeilijkheden bij het vinden van ruimtes met internetverbinding en de frequente onvoorspelbaarheid in de planning van afspraken met personen in detentie.

### DIGITALE BARRIÈRES

---

In gevangenissen waar Prison Cloud of "Just from Cell" werd gebruikt, werden anderstalige gedetineerden en personen met beperkte digitale vaardigheden benadeeld, aangezien zij weinig gebruik konden maken van deze tools. Een penitentiair beambte legde uit:

*"We leveren apparatuur, een super toetsenbord, een platform, aan gedetineerden die helemaal niet weten hoe ze het moeten gebruiken. En dan zeggen ze: 'Ja, maar chef, ik heb drie weken geleden een aanvraag ingediend,' en dan merken we dat ze die verkeerd hebben ingediend." (vertaald vanuit het Frans)*

### GENDERSPECIFIEKE UITDAGINGEN

---

Vijf van de tien pilootgevangenissen huisvesten vrouwelijke gedetineerden. Hun behoeften, die vaak worden gekenmerkt door traumatische ervaringen, vereisen specifieke ondersteuning. De sociale druk om te stoppen met middelengebruik, vooral als moeder, versterkt hun schuldgevoel en bemoeilijkt hun re-integratie. De nood aan onderlinge steun tussen medegevangenen om ervaringen van mishandeling te bespreken werd eveneens benadrukt. Toch bleek uit het onderzoek dat een groepsaanbod specifiek voor vrouwen nog maar beperkt wordt aangeboden.

### AANPASSING VAN DE DOELSTELLINGEN VAN DE PILOOTPROJECTEN

---

Het is cruciaal om de doelstellingen van de pilootprojecten af te stemmen op de specifieke kenmerken van verschillende types van gevangenissen. In arresthuizen zou de nadruk moeten liggen op crisismanagement en dringende noden, terwijl in strafhuizen middellange- en langetermijndoelstellingen, gericht op begeleiding en rehabilitatiezorg, relevanter zijn.

#### 3.2.3. STAKEHOLDER PANELS

---

Na de kwalitatieve dataverzameling in de gevangenissen werden twee stakeholderpanels georganiseerd om zicht te krijgen op de perspectieven van relevante stakeholders op mogelijke aanbevelingen op basis van de resultaten. De leidraad hiervoor kan in bijlage 15 teruggevonden worden. In wat volgt lichten we deze stakeholderpanels en wat daarin aan bod kwam beknopt toe.

#### EERSTE STAKEHOLDER PANEL

---

(27/11/24, 10-12u via Teams)

Het eerste stakeholderpanel, dat bestond uit actoren van de medische dienst, de pilootprojecten D&D en PMD, evenals ELP van het RIZIV, afkomstig uit zowel Vlaamse, Brusselse als Waalse gevangenissen, werd geopend met de voorstelling van de voorlopige resultaten van het onderzoek. Tabel 8 geeft een overzicht van de deelnemers aan dit stakeholderpanel.

Tabel 8. Deelnemers stakeholder panel 1

| Profiel                            | Franstalig | Nederlandstalig | Totaal |
|------------------------------------|------------|-----------------|--------|
| D&D coördinator                    | 2          | 1               | 3      |
| D&D medewerker                     | 1          | 1               | 2      |
| PMD                                | 5          | 3               | 8      |
| Vertegenwoordiging medische dienst | 1          | 1               | 2      |
|                                    |            |                 | 15     |

Tijdens de discussie over deze resultaten werden de volgende aandachtspunten door de deelnemers benadrukt.

## KERNTHEMA'S

### 1. CONTINUÏTEIT VAN ZORG

De continuïteit van zorg in de gevangeniscontext is essentieel om een doeltreffende ondersteuning van personen in detentie te garanderen. Dit vereist een nauwe coördinatie tussen interne en externe diensten. Er zijn echter verschillende uitdagingen die deze continuïteit belemmeren, waaronder overbevolking, personeelstekort en infrastructurele beperkingen. Tot de aanbevolen maatregelen behoren verbeterde communicatie en samenwerking tussen diensten, evenals een meer gestructureerde opvolging na detentie.

### 2. SAMENWERKING EN COÖRDINATIE

Een efficiënte samenwerking tussen de interne medische, psychologische en sociale diensten en externe gezondheidsorganisaties is noodzakelijk om de zorg te optimaliseren. Het installeren van een gezondheidszorgcoördinator, idealiter iemand met een grondige kennis van de gevangeniscontext, wordt aanbevolen om de interacties te vergemakkelijken en zorgtrajecten optimaal te beheren. Momenteel vormt het inzetten van coördinatoren van externe firma's een uitdaging, aangezien hun interventieperiode te kort is om een diepgaande kennis van het gevangenisstelsel op te bouwen en volledig geïntegreerd te raken in de institutionele dynamiek. Een sterkere verankering binnen de gevangeniscontext zou de coördinatie en continuïteit van zorg aanzienlijk verbeteren.

### 3. VERTROUWELIJKHEID EN BEROEPSGEHEIM

Het waarborgen van vertrouwelijkheid en beroepsgeheim blijft een fundamentele uitdaging bij de uitwisseling van informatie tussen verschillende diensten. Om een evenwicht te vinden tussen privacy en de efficiëntie van de zorgverlening, is het noodzakelijk om duidelijke protocollen op te stellen die specificeren welke informatie mag worden gedeeld en met welke partijen.

### 4. WELZIJN VAN ZORGVERLENERS

Het welzijn van zorgverleners in de gevangeniscontext is een grote bezorgdheid, vooral vanwege de hoge mate van personeelsverloop en het verlies van expertise dat hiermee gepaard gaat. Om de stabiliteit van de teams te versterken en de kwaliteit van de zorg te verbeteren, worden betere arbeidsomstandigheden, evenals continue opleidings- en ondersteuningsprogramma's, sterk aanbevolen.

### 5. TOEGANG TOT ZORG VOOR PERSONEN IN DETENTIE

De toegang tot zorg wordt vaak beperkt door logistieke en structurele belemmeringen, zoals een tekort aan beschikbare ruimtes en organisatorische moeilijkheden bij het plannen van consultaties. Betere coördinatie

tussen de verschillende actoren en de invoering van vertaalpermanenties voor anderstalige gedetineerden zijn mogelijke maatregelen om deze situatie te verbeteren.

## 6. PREVENTIE EN SCHADEBEPERKING

Preventie en risicobeperking op vlak van middelengebruik binnen de gevangenissen vormen een belangrijke uitdaging op vlak van volksgezondheid. Aanbevolen maatregelen omvatten de implementatie van *harm reduction* programma's zoals het ter beschikking stellen van steriel materiaal, evenals screening en behandeling van infectieziekten zoals hepatitis C.

### AANBEVELINGEN

- **Verbeterde communicatie:** versterken van de coördinatie tussen de verschillende coördinatie-niveaus en de zorgdiensten om overlap te vermijden en middelen efficiënter te benutten.
- **Opleiding en ondersteuning:** invoering van permanente vormingen en uitgebreide ondersteuning voor zorgverleners om de kwaliteit van de zorg te verhogen.
- **Gezondheidsbeleid:** ontwikkeling van beleid dat is afgestemd op de specifieke realiteit van de gevangeniscontext, met inbegrip van preventie- en *harm reduction* programma's en de behandeling van infectieziekten.

### CONCLUSIE

De voorlopige resultaten van het onderzoek tonen aan dat er positieve vooruitgang is geboekt in de verbetering van de zorg binnen de gevangenissen, maar wijzen ook op aanhoudende uitdagingen. Een gecoördineerde aanpak van beleidsmakers is essentieel om de voorgestelde aanbevelingen te implementeren en de kwaliteit van de zorg voor personen in detentie duurzaam te verbeteren.

### TWEEDE STAKEHOLDERSPANEL

---

(27/11/24 14-16u in Brussel)

Het tweede stakeholderspanel bracht politieke vertegenwoordigers en coördinatieverantwoordelijken samen (n=5), waaronder leden van de FOD Justitie en Volksgezondheid, coördinatoren van externe diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Vlaanderen, evenals een coördinator van de ELP's van het RIZIV.

De besprekingen richtten zich op de volgende thema's:

#### 1. GEBREK AAN COÖRDINATIE EN INSTITUTIONELE VERKOKERING

Een belangrijk probleem dat werd geïdentificeerd, is het gebrek aan doeltreffende coördinatie tussen interne diensten (medisch en psychosociaal) en externe diensten (verenigingen, zorgnetwerken, en overheidsinstellingen). Deze fragmentatie leidt tot overlap van bevoegdheden, lacunes in de toegang tot zorg en een suboptimale benutting van middelen.

De onduidelijkheid over bevoegdheidsverdeling tussen federale, gewestelijke en gemeenschapsniveaus versterkt deze situatie. De deelnemers merkten op dat politieke en administratieve beslissingen vaak top-down worden genomen, zonder voldoende overleg met professionals op het terrein.

#### 2. TOEGANG TOT ZORG EN CONTINUÏTEIT TUSSEN DETENTIE EN DE BUITENWERELD

Een van de belangrijkste uitdagingen die naar voren kwamen, betreft de continuïteit van zorg na detentie. Vrijgelaten gedetineerden hebben vaak geen adequate medische opvolging, onder andere door het ontbreken van een gedeeld medisch dossier en het gebrek aan coördinatie tussen intra- en extramurale actoren.

Bepaalde initiatieven zijn opgezet om deze overgang te verbeteren, zoals samenwerkingen met ziekenhuizen en wijkgezondheidscentra, maar de implementatie ervan wordt belemmerd door bureaucratische obstakels en een

gebrek aan stabiele financiering. De integratie van eerstelijnspsychologen biedt veelbelovende mogelijkheden, maar wordt beperkt door moeilijke toegang tot gevangenen en financieringsmodellen die niet aansluiten bij de realiteit van de detentiecontext (zoals een prestatiegebonden vergoedingssysteem dat moeilijk toepasbaar is in de gevangeniscontext).

### 3. COMPLEXITEIT VAN FINANCIERINGSSTRUCTUREN EN BUDGETTAIRE INEFFICIËNTIE

Ondanks het bestaan van budgetten voor geestelijke gezondheidszorg in de gevangenis, wordt de efficiënte besteding ervan belemmerd door strikte administratieve regels en een gebrek aan flexibiliteit in de toewijzing. Externe diensten ondervinden moeilijkheden bij het verkrijgen van middelen om professionals te vergoeden die binnen penitentiaire structuren werken. Bovendien bieden de bestaande overeenkomsten onvoldoende ruimte om het zorgaanbod aan te passen aan de specifieke behoeften van de gevangeniscontext.

### 4. NOOD AAN NIEUWE MODELLEN VOOR COÖRDINATIE EN SCREENING

Een centrale aanbeveling is de aanstelling van een gezondheidszorgcoördinator per penitentiaire instelling, die verantwoordelijk zou zijn voor het centraliseren van informatie en het stroomlijnen van de interacties tussen betrokken actoren. Deze coördinator zou gebruik kunnen maken van een screeningssysteem waarmee gedetineerden efficiënt worden doorverwezen naar de juiste zorg op basis van de ernst en urgentie van hun situatie.

Daarnaast werd een netwerkgerichte aanpak voorgesteld om intra- en extramurale diensten beter te integreren, naar analogie met bestaande modellen in de geestelijke gezondheidszorg buiten de gevangenis. Dit vereist een betere communicatie tussen diensten en een formele erkenning van de onderlinge complementariteit van actoren.

### 5. ADMINISTRatieve OBSTAKELS EN VEILIGHEIDSCONSTRAINTS

Veiligheids- en vertrouwelijkheidsvereisten (zoals het beroepsgeheim en de GDPR) bemoeilijken de integratie van externe professionals in de medische diensten binnen de gevangenis. Het ontbreken van duidelijke protocollen voor informatie-uitwisseling belemmert een geïntegreerde aanpak van de zorg voor personen in detentie en vertraagt de invoering van gecoördineerde oplossingen.

### CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- **Oprichting van een lokale en nationale coördinatiestructuur** om een overkoepelende visie op zorg in gevangenen te waarborgen.
- **Harmonisatie van financieringsstructuren** om een optimaal gebruik van beschikbare budgetten te garanderen.
- **Ontwikkeling van een gestructureerd triagesysteem** om zorgnoden te prioriteren en overbelasting van diensten te vermijden.
- **Vergemakkelijking van de toegang voor externe professionals tot gevangenen**, met protocollen die rekening houden met veiligheidsvereisten.
- **Verbetering van de overgang van detentie naar de buitenwereld**, onder meer via duurzame samenwerkingen met medische en sociale instellingen.

Deze samenvatting benadrukt de dringende noodzaak van een structurele hervorming van de coördinatie- en financieringsmechanismen om een continue en efficiënte toegang tot zorg voor personen in detentie te garanderen.

## 4. ECONOMISCHE EVALUATIE

### Belangrijkste bevindingen

- **Hervorming van de financiering:** overdracht van FOD Justitie naar FOD Volksgezondheid en het RIZIV, met aandacht voor concrete afspraken.
- **Efficiënte zorgorganisatie:** implementatie van een “*needs-adjusted integrated capitation*”-model, ter bevordering van preventie en kostenbeheersing
- **Continuïteit en multidisciplinaire samenwerking:** aanstellen van zorgcoördinatoren en het stimuleren van samenwerking tussen interne en externe zorgverleners om de zorgkwaliteit en re-integratie te verbeteren.
- **Brede gezondheidsaanpak:** naast medische zorg is ook aandacht voor psychologische ondersteuning, huisvesting en werk na detentie cruciaal om succesvolle re-integratie te bevorderen.

Om de onderzoeksvraag rond de economische aspecten te beantwoorden werd gebruik gemaakt van een aantal methoden: (1) een systematische literatuurstudie, (2) een studie gericht op het in kaart brengen van de situatie in een aantal Europese landen, en (3) een focus groep met een aantal experts.

### 4.1. LITERATUURONDERZOEK

#### DOELSTELLING

Het doel van de systematische literatuurstudie is het identificeren van evidentie over verschillende financieringsstrategieën in penitentiaire instellingen in Europa. Door gepubliceerd onderzoek te analyseren, willen we de impact van verschillende financieringsmechanismen identificeren en beoordelen. Met deze analyse beoogt dit onderzoek *evidence-based* inzichten te verschaffen voor beleidsmakers en andere belanghebbenden en hen te helpen bij hun besluitvormingsproces met betrekking tot de (toekomstige) financiering van gezondheidszorg in penitentiaire instellingen in België.

#### METHODE

##### INTRODUCTIE

De ‘Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)’ guidelines (Page et al., 2021) werden gevolgd.

##### LITERATUURSTUDIE

Volgende elektronische databanken werden doorzocht; Medline (via Pubmed), Web of Science en Embase (via Embase.com). Voor Medline werd een zoekstrategie ontwikkeld met een combinatie van ‘MeSH-termen’ en ‘sleutelwoorden’ (Bijlage 14). Gezien de beperkte hoeveelheid wetenschappelijke evidentie werd een bijkomende grijze literatuurstudie uitgevoerd om de belangrijkste data met betrekking tot de financiering van de gezondheidszorg in penitentiaire instellingen te onderzoeken. De ‘Medline’ zoekstrategie werd vervolgens aangepast aan de kenmerken van de andere databanken. De belangrijkste concepten in de zoekstrategie zijn:

- A. Gezondheidszorg
- B. Financiering

## C. Penitentiaire inrichting

## STUDIEKEUZE

De inclusie- en exclusiecriteria werden vooraf bepaald op basis van de PICO-strategie (Populatie, Interventie, Comparator, Outcome) (Tabel 9).

Tabel 9: Overzicht van de inclusie- en exclusiecriteria

| Parameter          | Inclusie                                                                                                                                       | Exclusie                                                                                                                                                       |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Populatie</b>   | Penitentiaire instellingen                                                                                                                     | Andere                                                                                                                                                         |
| <b>Interventie</b> | Strategieën voor de financiering van gezondheidszorg in penitentiaire instellingen.                                                            | Andere financieringsmechanismen naast gezondheid gerelateerde financiering, zorgverlening aan gedetineerden en financiering buiten penitentiaire inrichtingen. |
| <b>Comparator</b>  | /                                                                                                                                              | /                                                                                                                                                              |
| <b>Outcome</b>     | Good practices van gezondheidszorgfinanciering in penitentiaire inrichtingen met betrekking tot kwaliteit van zorg, kosten en toegankelijkheid | /                                                                                                                                                              |
| <b>Geografie</b>   | Europa                                                                                                                                         | Niet-Europese landen                                                                                                                                           |
| <b>Taal</b>        | Engels, Frans, Nederlands                                                                                                                      | Andere talen                                                                                                                                                   |

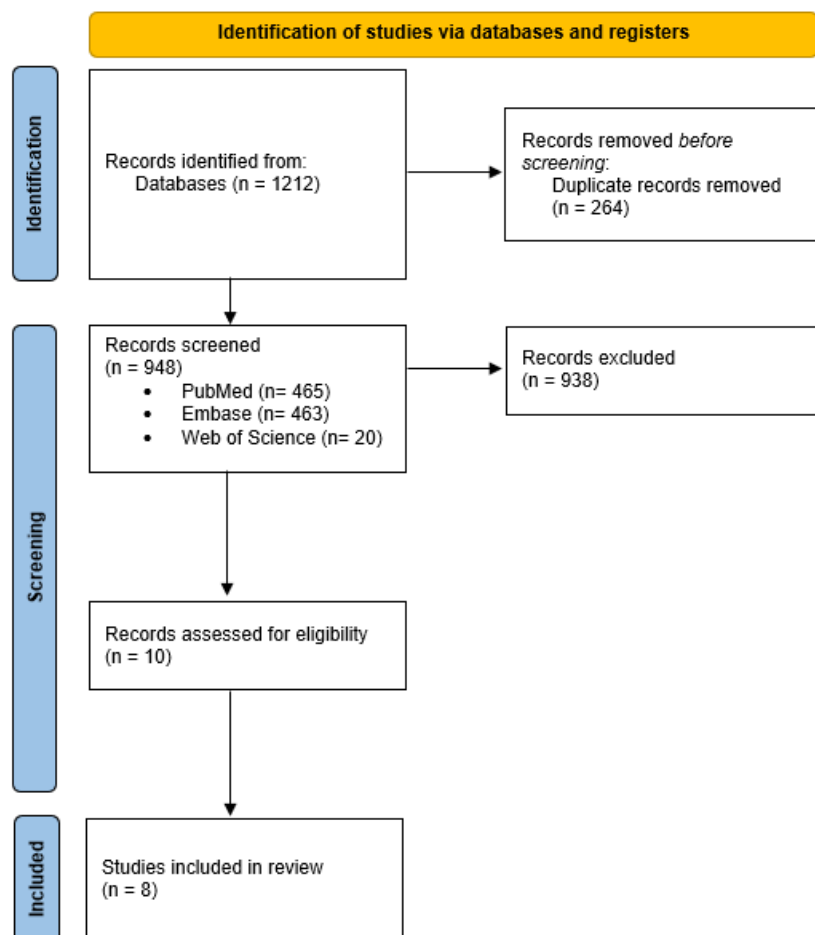
De **populatie** voor dit onderzoek bestaat uit penitentiaire instellingen. De gezondheidszorg in penitentiaire instellingen verschilt in grote mate van gezondheidszorg en financiering in andere instellingen. De **interventie** verwijst naar de verschillende financieringsmechanismen die binnen deze context worden gebruikt. Er zijn a priori geen beperkingen gesteld aan het type financieringsmechanisme waardoor dit zowel overheidsfinanciering en verzekeringsregelingen kan omvatten. De **outcome** richt zich op het identificeren van 'good practices' van de financiering van de gezondheidszorg in penitentiaire instellingen en hun invloed op verschillende aspecten, waaronder de kosten van de gezondheidszorg, de uitvoering van gezondheidszorg, de kwaliteit en de toegankelijkheid.

---

**RESULTATEN**
**LITERATUURONDERZOEK**

Na het toepassen van de verschillende zoektermen in de databanken werden in eerste instantie 1212 records geïdentificeerd. Figuur 5 geeft een gedetailleerd overzicht van de zoekstrategie. Na controle op hun geschiktheid (op basis van inclusie -en exclusievoorwaarden) werden finaal 8 studies geïnccludeerd.

Fig. 5: PRISMA Flow chart



#### GEZONDHEIDSZORG KOSTEN

In België werd in 2017 jaarlijks 100 miljoen euro uitgegeven aan gezondheidszorgkosten onder verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie (Mistiaen et al., 2017). De hoogste kosten (60%) waren voor werknemers (interims en vast personeel binnen penitentiaire instellingen) en externe zorgverleners (Mistiaen et al., 2017).

#### FINANCIERING GEZONDHEIDSZORG

Volgens Winkelman en collega's (2022) zijn er over het algemeen onvoldoende gegevens beschikbaar over de toestand van de gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen in de meeste Europese landen (Winkelman et al., 2022). Er wordt ook te weinig gerapporteerd of de gezondheidszorg voor gedetineerden al dan niet geïntegreerd is in programma's die beschikbaar zijn voor de algemene bevolking, of dat lokale penitentiaire inrichtingen verantwoordelijk zijn voor het leveren van gezondheidszorg (Winkelman et al., 2022). Bij het evalueren van de dekking van de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk is er een trend geweest om de financiering van de gezondheidszorg op overheidsniveau te regelen, in plaats van in lokale penitentiaire instellingen die verantwoordelijk zijn voor de patiëntenzorg. Bijvoorbeeld, 'Her Majesty's Prison Service' was vroeger verantwoordelijk voor de financiering en uitvoering van gezondheidszorg in gevangenis in Engeland en

Wales, en werd hervormd om te integreren in het Department of Health van de National Health Service (NHS)(Hayton and Boyington, 2006)..

Er moet worden opgemerkt dat wanneer de publieke gezondheidszorgdekking in de gemeenschap niet wordt voortgezet tijdens detentie, in veel landen de verantwoordelijke minister (d.w.z. de minister van Justitie) verantwoordelijk is voor de financiering van de gezondheidszorg van patiënten in penitentiaire inrichtingen (Winkelman et al., 2022). Deze ministeries zijn normaal gesproken niet bevoegd voor gezondheidszorg, wat kan leiden tot een gebrek aan adequate verslaggeving, follow-up van de gezondheidszorg en betaling van zorgkosten (Winkelman et al., 2022).

In België bestaat er momenteel een gemengd systeem voor terugbetaling. De Federale Overheidsdienst Justitie betaalt de gezondheidszorgkosten van alle gedetineerden (inclusief gedetineerden die niet zijn toegelaten of toestemming hebben om in België te verblijven) in penitentiaire instellingen (Mistiaen et al., 2017). Sinds 2023 zijn gevangenen en geïnterneerden aangesloten en verzekerd bij een ziekenfonds (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), n.d.). Gezondheidszorg buiten penitentiaire instellingen wordt daarom vergoed door ziekenfondsen en valt onder de verantwoordelijkheid van het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), n.d.). Rekening houdend met de huidige evidentie op basis van een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), moeten de verantwoordelijkheid en het budget voor gezondheidszorg binnen penitentiaire inrichtingen worden overgedragen van de minister van Justitie aan de minister van Volksgezondheid (Mistiaen et al., 2017). In hetzelfde rapport worden drie strategieën voorgesteld om de ziektekostenverzekering voor gevangenen te optimaliseren (Mistiaen et al., 2017);

- Toepassing van de bestaande ziekteverzekering (algemene populatie) bij gedetineerden;
- Bevriezen van de verzekerbare status bij het begin van de detentie;
- Het creëren van een nieuw verzekerbaar statuut in het Belgisch ziekteverzekeringssysteem

Volgens het KCE en op basis van meningen van experts, is het eerste scenario het meest geschikt om in de Belgische context toe te passen (Mistiaen et al., 2017).

Ondanks het gebrek aan literatuur over de financiering van de gezondheidszorg in penitentiaire instellingen, zijn er verschillende studies die het belang aantonen van een geoptimaliseerde gezondheidszorg om de kosten in penitentiaire instellingen te verlagen. Volgens de literatuur worden drie belangrijke onderwerpen vaak beschreven om de gezondheidszorg in penitentiaire instellingen te verbeteren; screening en preventie, geestelijke gezondheid en tele-geneeskunde.

Onderzoek toont aan dat het aantal personen met geestelijke gezondheidsproblemen in penitentiaire instellingen hoog is (Kurdyak et al., 2022). Ondanks de hoge prevalentie en de daaruit voortvloeiende kosten voor de gezondheidszorg, lijkt de gezondheidszorg voor deze patiënten ontoereikend en is er meer aandacht nodig (de Oliveira et al., 2022; Kurdyak et al., 2022; Rowlandson et al., 2024)). Bovendien is er een hoge prevalentie van druggerelateerde ziekten zoals hepatitis C (HCV) (Ward et al., 2021). Volgens het onderzoek van Ward en collega's (2021) zou een omvangrijke screening op HCV kosteneffectief kunnen zijn voor de behandeling hiervan. (Ward et al., 2021). Ook de prevalentie van HIV en tuberculose is hoog in penitentiaire instellingen en vereist daarom nader onderzoek en/of meer screening(Mouriño et al., 2013; Dos Santos et al., 2022). Tot slot beschrijven verschillende studies het belang van tele-geneeskunde bij het optimaliseren van de gezondheidszorg en/of het verlagen van de kosten voor gezondheidszorg in penitentiaire instellingen (Deslich, Thistlethwaite and Coustasse, 2013)). Deze onderzoeken geven aan dat tele-geneeskunde de gezondheidsresultaten verbetert en kosteneffectief kan zijn binnen penitentiaire instellingen.

---

## CONCLUSIE

Er kan gesteld worden dat de financiering en verstrekking van gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen sterk onderbelicht is. Desondanks zijn er aanbevelingen om de dekking van de gezondheidszorg op overheidsniveau te centraliseren, waarbij de verantwoordelijkheid van de lokale instellingen wordt losgelaten.

In België, waar de FOD Justitie traditioneel de kosten voor gezondheidszorg voor personen in detentie beheert, is er een verschuiving bezig naar de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid die erop gericht is om de ziektekostenverzekering voor personen in detentie te harmoniseren met de algemene ziektekostenverzekering. Het Belgische KCE-rapport beveelt de toepassing van de bestaande regels voor ziektekostenverzekering in de algemene populatie aan voor gedetineerden als de meest haalbare oplossing. Ondanks beperkte literatuur benadrukken studies dat geoptimaliseerde zorg, vooral op het gebied van geestelijke gezondheid, infectieziekten en tele-geneeskunde, de kosten aanzienlijk kunnen verlagen en de gezondheidsresultaten in penitentiaire instellingen aanzienlijk kunnen verbeteren.

## 4.2. FINANCIERING IN EEN SELECTIE VAN EUROPESE LANDEN

### INTRODUCTIE

Dit deel biedt een overzicht van hoe penitentiaire gezondheidszorg wordt gefinancierd in een selectie van Europese landen. De geselecteerde landen zijn gekozen op basis van advies van experts om een representatie van financieringsmodellen te waarborgen die mogelijks relevant zijn voor België. De focus van het rapport ligt op het beschrijven van de financiële structuren en mechanismen om gezondheidszorgdiensten in penitentiaire instellingen te financieren, en niet op het evalueren van de systemen, bijvoorbeeld wat betreft hun performantie, effectiviteit of kosteneffectiviteit.

### FINANCIERING VAN PENITENTIAIRE GEZONDHEIDSZORG: CASUS ENGELAND

Historisch gezien is de verantwoordelijkheid voor de financiering van gezondheidszorg in gevangenissen in Engeland verschoven tussen verschillende overheidsinstanties. Vóór 2000 was *'Her Majesty's Prison Service'* verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in gevangenissen. De eerstelijnszorg, die het grootste deel van de gezondheidszorgdiensten in gevangenissen uitmaakte, werd in elke gevangenis voornamelijk geleverd door gevangenispersoneel, zoals artsen en verpleegkundigen. Ziekenhuizen van de National Health Service (NHS) boden secundaire en gespecialiseerde zorg, hoewel de toegang tot deze diensten werd belemmerd door beveiligings- en logistieke uitdagingen (Hayton and Boyington, 2006).

In 2000 nam het Ministerie van Volksgezondheid de verantwoordelijkheid over van *'Her Majesty's Prison Service'* voor het opstellen van het penitentiaire gezondheidsbeleid. In 2006 werden de budgettaire en zorgadministratie overgedragen aan het Ministerie van Volksgezondheid (Hutchings and Davies, 2021). Deze hervorming erkende dat personen in detentie recht hebben op gezondheidszorgdiensten die in het algemeen vergelijkbaar zijn met die voor de bredere gemeenschap. Tijdens de reorganisatie instrueerde het Ministerie van Volksgezondheid de NHS om personen in detentie te beschouwen als onderdeel van de lokale gemeenschap voor de beoordeling van gezondheidsbehoeften en planning (Hayton & Boyington 2006). In 2013, na de *'Health and Social Care Act 2012'*, werd de verantwoordelijkheid voor het direct inkopen van gezondheidszorgdiensten in gevangenissen overgedragen aan NHS England (HM Prison and Probation Service, 2014). Gezondheidszorgdiensten omvatten eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, volksgezondheid, oog zorg, tandheelkundige zorg en geestelijke gezondheidszorg (NHS England, 2021). De financiering komt uit het nationale gezondheidsbudget, dat wordt toegewezen aan NHS England voor de inkoop van zorg in verschillende sectoren, waaronder gevangenissen.

In 2022 werd een partnerschapsovereenkomst gesloten tussen het Ministerie van Justitie, *'His Majesty's Prison and Probation Service'*, het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zorg, NHS England en de UK Health Security Agency. Het doel van dit partnerschap is het nastreven van de volgende doelstellingen (HM Government, n.d.)

:

- het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van de mensen in onze zorg en het verminderen van gezondheidsongelijkheden
- het verminderen van recidive en het ondersteunen van re-integratie door gezondheidsgerelateerde oorzaken van crimineel gedrag aan te pakken
- het ondersteunen van toegang tot en continuïteit van zorg door het gevangeniswezen, voor detentie en na detentie in de gemeenschap

Figuur 6 geeft een overzicht van de organisaties die betrokken zijn bij het toezicht houden op, het inkopen van en het reguleren van gevangenisgezondheidszorg in Engeland (Hutchings & Davies 2021).

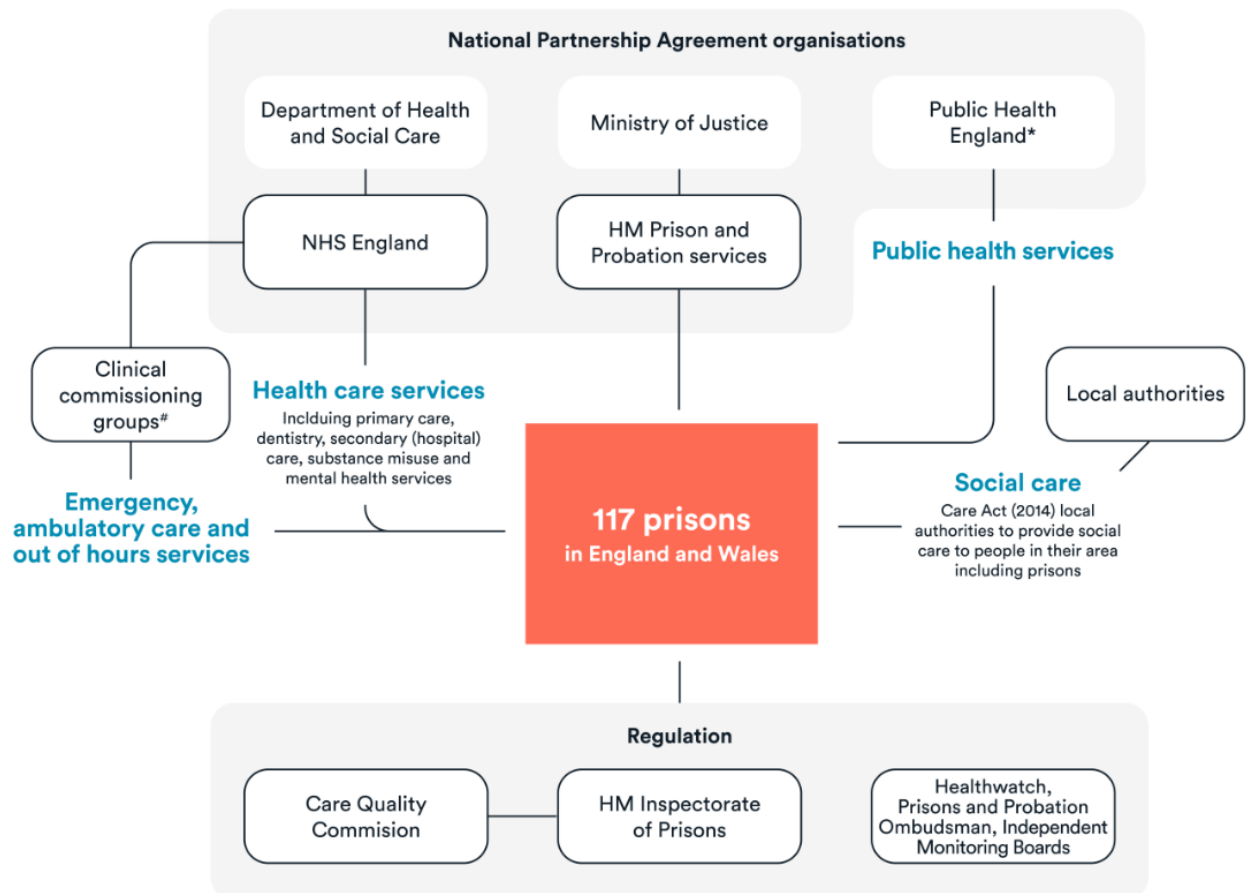


Fig. 6: national partnership agreement organisation

## FINANCIERING VAN PENITENTIAIRE GEZONDHEIDSZORG: CASUS NEDERLAND

In Nederland dienen de inwoners een basiszorgverzekering af te sluiten (basispakket). Dit dekt medisch noodzakelijke zorg waar iedereen recht op heeft. De nationale overheid bepaalt wat in het basispakket is opgenomen, terwijl zorgverzekeraars de inhoud van aanvullende verzekeringen bepalen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016). In geval van detentie wordt de zorgverzekering tijdelijk opgeschort, ook in geval van voorarrest. Dit betekent dat de gedetineerde geen zorg kan claimen bij zijn of haar eigen zorgverzekering (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2024). In deze periode zijn mensen verzekerd voor zorg via een collectieve verzekering die door de nationale overheid wordt verstrekt (Rijksoverheid, n.d.). Somatische en geestelijke gezondheidszorg binnen penitentiaire instellingen worden beheerd en betaald door de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), die valt onder het Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Conform de ‘Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg’, voorziet de DJI in de noodzakelijke en niet-uitstelbare (para)medische zorg voor personen in detentie, die van een kwaliteit is die gelijkwaardig is aan reguliere zorg buiten de DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen 2024). 'Nodige en niet-uitstelbare zorg' betekent dat alleen medisch noodzakelijke zorg die niet kan worden uitgesteld, wordt verleend. De zorgverlener van de gedetineerde (huisarts, psychiater en/of tandarts) bepaalt of een behandeling noodzakelijk is. Elke gevangenis heeft een medische dienst met een huisarts en verpleegkundigen die fysieke zorg verlenen. Een belangrijke figuur in de medische zorg voor personen in detentie is de 'instellingsarts'. Gedurende de detentieperiode fungeert de instellingsarts tijdelijk als de huisarts van de gedetineerde. Hij/zij is ook verantwoordelijk voor het medische personeel in de inrichting (de medische dienst) (Commissie van Toezicht Kenniscentrum n.d.). Daarnaast werken andere zorgprofessionals binnen de inrichting, zoals kinesitherapeuten en tandartsen. Voor de verstrekking van geestelijke gezondheidszorg zijn er psychiaters en psychologen. Voor meer gespecialiseerde zorg, zoals ziekenhuisbehandelingen of geestelijke gezondheidszorg die niet binnen de inrichting kan worden geboden, worden externe zorgverleners ingehuurd (Dienst Justitiële Inrichtingen, n.d.).

Er is een trend om personen in detentie met specifieke zorgbehoeften te clusteren in bepaalde instellingen of afdelingen. Deze aanpak maakt het gemakkelijker om gespecialiseerde zorg te bieden en zorgt voor betere medische ondersteuning binnen het gevangenisstelsel. Het betreft vaak gedetineerden met ernstige lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen die intensieve en gespecialiseerde zorg nodig hebben. Personen in detentie met psychische problemen worden bijvoorbeeld vaak geplaatst in Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) of speciale zorgafdelingen binnen reguliere gevangenissen. Hier kunnen zij intensieve therapie en begeleiding ontvangen (ministerie van Volksgezondheid, n.d.).

---

#### FINANCIERING VAN PENITENTIAIRE GEZONDHEIDSZORG: CASUS PORTUGAL

In Portugal is het Nationaal Gezondheidszorgsysteem een universeel, voornamelijk belasting gefinancierd zorgsysteem dat alle bewoners dekt. Het Ministerie van Volksgezondheid coördineert het merendeel van de planning, monitoring, begeleiding en regelgeving (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Historisch gezien was de penitentiaire gezondheidszorg in Portugal gefragmenteerd, met diensten die afzonderlijk werden beheerd van de nationale gezondheidsinfrastructuur (World Health Organization, n.d.). In 2007 werd de verantwoordelijkheid voor de gevangenisgezondheidszorg overgedragen van het Ministerie van Justitie naar het Nationaal Gezondheidszorgsysteem. Het doel van deze overdracht was om “de synergiën met betrekking tot eerstelijnszorg en nazorg te rationaliseren en te perfectioneren” en “de efficiëntie in het gebruik van publieke middelen te verbeteren” (Pontes and Dore, 2016).

Het Ministerie van Volksgezondheid en het Ministerie van Justitie/Ministerie van Binnenlandse Zaken zijn beide verantwoordelijk voor de financiering van de penitentiaire gezondheidszorg en de zorg wordt volledig gedekt door de zorgverzekering. Het zorgpersoneel dat beschikbaar is in gevangenissen omvat artsen, verpleegkundigen, psychiaters en tandartsen. In alle gevangenissen bestaan er regelingen/protocollen voor het overplaatsen van gedetineerden naar gespecialiseerde instellingen voor de behandeling van geestelijke gezondheidsstoornissen en kanker (World Health Organization, 2023).

In 2024 werd een ambitieus initiatief gelanceerd om de gezondheidskloof tussen de algemene bevolking en gedetineerden te verkleinen, en ervoor te zorgen dat personen in detentie toegang hebben tot dezelfde kwaliteit van gezondheidszorg als personen in de gemeenschap. Belangrijke elementen zijn de uitrol van telezorgdiensten en een overgang naar elektronische medische dossiers om meer continuïteit in de zorg te waarborgen (World Health Organization, n.d.).

De interministeriële werkgroep stelt een gefaseerde overdracht van verantwoordelijkheden van het Ministerie van Justitie naar het Ministerie van Gezondheid voor, gepaard met een continue monitoring op basis van indicatoren die de kosteneffectiviteit van de wijziging van het bestuur kunnen evalueren. Het rapport benadrukt dat een continuïteit tussen de gezondheidszorg in de samenleving en in gevangenisomgevingen de opvolging van chronische aandoeningen zou verbeteren, kosten voor nieuwe onderzoeken zou verlagen, de kans op resistentie tegen medicijnen zou verminderen en het verlies van opvolging en zelfs recidive zou verminderen. Het voorstel voor het Plan is gebaseerd op zes strategische pijlers, namelijk de bescherming en bevordering van gezondheid; ziektepreventie; toegang, behoud en continuïteit van zorg; sociale re-integratie; informatiesystemen en technologie en de onderzoekscomponent (DRGSP Justica, n.d.).

## CONCLUSIE

De financiering van gezondheidszorg in penitentiaire instellingen verschilt aanzienlijk tussen Europese landen, maar er zijn gemeenschappelijke trends te herkennen zoals de nadruk op gelijkwaardige zorg en het optimaliseren van de samenwerking tussen gezondheids- en justitiële instellingen. Elk model streeft naar het verbeteren van de gezondheid van personen in detentie, het bevorderen van continuïteit van zorg en het verminderen van de gezondheidsongelijkheden. Verbeterde zorgkwaliteit en betere re-integratie in de samenleving staan centraal.

### 4.3. FOCUSGROEP INTERVIEW

#### DOELSTELLING

Het Focusgroep interview werd georganiseerd met als doel inzichten te krijgen over de organisatie, financiering en uitdagingen van gezondheidszorg in penitentiaire instellingen in België. Tijdens de focusgroep met verschillende experts binnen dit vakgebied, kwamen diverse thema's aan bod, waaronder de kwaliteit van zorg, structurele belemmeringen en randvoorwaarden voor verbetering. Het doel van dit rapport is om een basis te bieden voor verdere discussie en beleidsontwikkeling.

| Categorie           | Aantal deelnemers | Instellingen                      |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Academische experts | 2                 | UGent, UNamur                     |
| Beleidsmakers       | 4                 | FOD Justitie, FOD Volksgezondheid |
| Zorgverzekeraars    | 1                 | RIZIV/INAMI                       |

#### FOCUSGROEP INTERVIEW

##### ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN GEZONDHEIDSZORG – KOST OF INVESTERING?

Tijdens het Focusgroep interview werd gesteld dat gezondheidszorg in penitentiaire instellingen niet moet worden gezien als een kost, maar als een investering. De kwaliteit van zorg, inclusief begeleiding en omkadering tijdens detentie, is een cruciale factor. Er was een participant die stelde dat deze investering niet alleen een ethische dimensie heeft (zelfde zorg bieden aan gedetineerden als maatschappij), maar ook een breder maatschappelijk nut.

*“Het is een investering met een zeer hoog rendementsniveau, omdat je heel veel problemen die lang aanslepen goed kunt aanpakken bij een zeer kwetsbare bevolking.”*

Er werd opgemerkt dat gedetineerden een specifieke populatie vormen met vaak complexe zorgnoden, wat vraagt om een continuïteit van zorg die verder gaat dan alleen medische en psychosociale aspecten. Zo is ook

aandacht nodig voor huisvesting en werk na detentie om recidive te voorkomen. Men concludeerde dat op een correcte manier investeren hoog maatschappelijk rendement kan opleveren.

#### OVERCONSUMPTIE VAN ZORG

Overconsumptie binnen penitentiaire instellingen werd kritisch besproken. Er werd opgemerkt dat personen in detentie vaak meer medische en psychologische zorg nodig hebben, mede door de kwetsbare omgeving waarin ze verblijven en hun vaak kwetsbare gezondheidstoestand. Een aantal experts merkten op dat overconsumptie kan wijzen op inefficiënties in de huidige zorgprocessen, die vragen om een bredere benadering gericht op basisbehoeften.

*“Ik zie de cijfers van overconsumptie eigenlijk als indicatoren om te kijken of onze zorgprocessen momenteel wel aan de noden beantwoorden.”*

De definitie van overconsumptie binnen deze specifieke context kan bijgevolg verder worden verfijnd en aangepast aan de specifieke zorgvraag van deze populatie om te besluiten of er al dan niet overconsumptie aanwezig is binnen de penitentiaire gezondheidszorg.

#### HUIDIG FINANCIERINGSSYSTEEM EN UITDAGINGEN

Er werd aangegeven dat de financiering van gezondheidszorg in penitentiaire instellingen veel uitdagingen kent. Er is sprake van grote variatie in financieringsstructuren. Een aantal participanten haalden aan dat sommige zorgverleners per prestatie worden betaald, anderen in loondienst of als zelfstandige. Door verschillende participanten werd de bezorgdheid geuit dat dit leidt tot inefficiëntie en gebrek aan samenhang. Er werd ook de opmerking gemaakt dat er een duidelijke visie ontbreekt op vlak van financiering en hoe dit in de toekomst moet worden aangepakt.

*“De uitdaging is dat we toch meer een idee moeten hebben over waar we naartoe willen met de financiering. Ik denk dat veel problemen ook met de financiering te maken hebben en met welke zorg kunnen we daarmee bieden. Bijvoorbeeld wat betreft het zorgpersoneel in loondienst. Daar zijn voldoende budgetten voor, maar men vindt geen mensen om die functie uit te voeren.”*

Er werd opgemerkt dat zorgpersoneel in loondienst een meerwaarde kan betekenen voor de kwaliteit van zorg, zoals betere integratie in de gevangencultuur, multidisciplinaire samenwerking, en focus op preventie.

*“Personeel dat op basis van prestatie wordt gefinancierd voelt zich niet echt part of the team. En zij worden ook niet beschouwd als iemand van het team, iemand van het personeelskader. Met alle gevolgen van dien.”*

Een belangrijke uitdaging hierbij is dat de job aantrekkelijker moet worden gemaakt. Volgens de visie van een aantal experts is momenteel voldoende budget voor zorgpersoneel maar er zijn ook belangrijke tekorten in cruciale aspecten zoals IT-ondersteuning, opleiding en apparatuur. Een geïntegreerd financieringsmodel, dat rekening houdt met de specifieke zorgnoden van deze populatie, is dringend nodig.

*“Voor personeel in loondienst is er vaak een heel moeilijke werksituatie, het zijn zware omstandigheden.”*

*“We moeten vooral zien dat de job inhoudelijk attractief wordt. Dat de job in goede omstandigheden kan geleverd worden. Dit betekent ook dat procedures eenvoudiger moeten, met focus op een mensgerichte, persoonlijke en eenvoudige benadering met de nodige infrastructurele investeringen om dit snel en veilig te kunnen laten gebeuren.”*

## BEVOEGDHEDEN FINANCIERING

De complexiteit van de bevoegdheden rond financiering blijft volgens verschillende experts een belangrijke uitdaging. Een volledig geïntegreerde financiering vanuit één bron lijkt in de Belgische context niet haalbaar. Cofinanciering tussen federale en regionale overheden is noodzakelijk. De discussie over de verdeling van bevoegdheden tussen justitie en volksgezondheid blijft actueel en werd ook binnen de Focusgroep kritisch besproken. Het betrekken van Volksgezondheid bij de zorg in penitentiaire instellingen kan volgens een aantal experts bijdragen aan betere continuïteit en kwaliteit van zorg, mits er duidelijke afspraken worden gemaakt met Justitie. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds financiering en anderzijds organisatie van zorg tussen Justitie en Volksgezondheid. Een heldere afbakening van verantwoordelijkheden is volgens enkele experts essentieel gezien de organisatie van zorg nog steeds voor een deel de bevoegdheid zal zijn van Justitie.

*“De zorg vindt wel plaats in een penitentiaire instelling. Volksgezondheid zal niet bevoegd worden voor de medische dienst en het verpleegkundig lokaal. Het gebouw is van justitie om het zo te zeggen en de patiënten moeten zich verplaatsen. Het moet duidelijk worden gemaakt over welk aspect van de zorg het gaat.”*

Gezien de verschillen tussen regio's en instellingen, werd gepleit voor het initiëren van pilootprojecten om nieuwe financieringsmodellen te testen en op maat te implementeren. Eén van de participanten benadrukte het belang van een *needs-based capitation* systeem met zorgprofessionals in loondienst, gericht op geïntegreerde zorg. De implementatie van pilootprojecten werd besproken aan de hand van drie niveaus met bijhorende randvoorwaarden en belemmeringen. Op microniveau is werd benadrukt door de experts om de job aantrekkelijker te maken, niet alleen financieel maar ook qua werkomstandigheden. Op mesoniveau moet de organisatie binnen instellingen efficiënter worden ingericht. Op macroniveau tenslotte moeten er duidelijke richtlijnen komen met betrekking tot financiering vanuit de federale overheid. Er werd opgemerkt dat dit best vanuit een top-down benadering kan geïnitieerd worden, waarbij eenduidigheid op macroniveau als eerste moet worden aangepakt.

## CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Er werd aangegeven dat continuïteit van zorg cruciaal is voor een succesvolle re-integratie van personen in detentie in de samenleving. De deelnemers benadrukten het belang van multidisciplinaire samenwerking, zowel binnen als buiten penitentiaire instellingen. Sommige experts gaven aan dat adviezen uit de gevangenis vaak niet worden opgevolgd, mede door weinig geloofwaardigheid van externe zorgverleners m.b.t. de zorg binnen penitentiaire instellingen.

*“Vanaf het moment dat een persoon de gevangenis verlaat worden testen vaak opnieuw gedaan. Dit heeft te maken met geloofwaardigheid van gevangenispersoneel en of het werk wel kwalitatief was.”*

Dit heeft vaak als gevolg dat er inefficiënte opvolging is van de gezondheidstoestand van personen in detentie waardoor duplicatie van zorg vaak voorkomt. Een mentaliteitsverandering is nodig om goede doorstroom te garanderen. De zorg na detentie moet afgestemd zijn op zowel medische als praktische aspecten, zoals huisvesting en werk.

## CLUSTERING VAN GESPECIALISEERDE ZORG

Clustering van zorg voor specifieke problematieken zoals verslaving, kan voordelen bieden, maar vereist een zorgvuldige aanpak. De opmerking werd gemaakt dat het risico op stigmatisering moet worden vermeden. Er moet een balans gevonden worden tussen generalistische en gespecialiseerde zorg, met oog voor complexe zorgnoden van personen in detentie, waaronder Multi-morbiditeit.

---

## CONCLUSIE

De resultaten van het Focusgroep interview tonen aan dat gezondheidszorg in penitentiaire instellingen een complex maar cruciaal domein is waarin aanzienlijke verbeteringen mogelijk zijn. Door in te zetten op enkele cruciale aspecten (kwalitatieve zorgverlening, continuïteit, geïntegreerde zorg) kunnen zowel de levenskwaliteit van de personen in detentie als hun kansen op een succesvolle re-integratie aanzienlijk worden verbeterd.

De organisatie en financiering van gezondheidszorg in penitentiaire instellingen stuit tegelijkertijd op diverse uitdagingen. Er is momenteel een gebrek aan een samenhangende visie op financiering, adequate verdeling van bevoegdheden en de complexiteit van zorgprocessen binnen penitentiaire instellingen. Het huidige financieringsmodel laat ruimte voor verbetering door te focussen op geïntegreerde zorg waarbij loondienst van zorgpersoneel, multidisciplinaire teams en innovatieve pilootprojecten een prominente rol in hebben.

Tot slot moet er meer aandacht komen voor de specifieke zorgnoden van personen in detentie, inclusief psychologische begeleiding, somatische zorg en praktische ondersteuning op het vlak van huisvesting en werk om een goede re-integratie in de samenleving te waarborgen. Door in te zetten op deze veranderingen kunnen significante verbeteringen worden gerealiseerd, zowel voor personen in detentie als voor de maatschappij als geheel.

## 5. ALGEMENE CONCLUSIE

Samenvattend, en in overeenstemming met de resultaten van het empirisch onderzoek, kunnen de volgende elementen worden vastgesteld met betrekking tot de oorspronkelijk onderzoeksvragen zoals die door de opdrachtgever werden geformuleerd:

### 1. WAT ZIJN DE RESULTATEN VAN DE PILOOTPROJECTEN 'EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG' EN 'DRUGHULPVERLENING', INCLUSIEF HET OPLEIDINGSPROGRAMMA, OP HET VLAK VAN:

#### A) KWALITEIT VAN DE ZORGVERLENING DOOR DE MEDISCHE DIENST

Uit de interviews en observaties blijkt dat de pilootprojecten hebben bijgedragen aan de verbetering van de kwaliteit van de medische zorg in detentie. De integratie van psychologen en maatschappelijk werkers heeft een geïntegreerde benadering van de zorg voor personen in detentie bevorderd, waarbij medische en psychosociale aspecten worden gecombineerd. Bovendien hebben de initiatieven van de D&D-projecten, zoals gespreksgroepen en individuele consultaties, zorggebruikers meer handvatten geboden om beter om te gaan met hun middelenproblematiek. Volgens de informatie uit interviews met zorggebruikers hebben deze interventies zeer waarschijnlijk positieve resultaten opgeleverd, met name in termen van een verminderd middelengebruik en een verbeterde mentale gezondheid van de betrokkenen.

De PMD's hebben hun rol en plaats binnen de meeste gevangenissen gevonden. In de meerderheid van de instellingen is een passend doorverwijssysteem opgezet, hoewel de organisatie hiervan per inrichting verschilt.

Bij gebrek aan een kwantitatieve opvolging van indicatoren konden enkel kwalitatieve analyses worden uitgevoerd om de resultaten van de pilootprojecten te evalueren. Om over relevante kwantitatieve gegevens te beschikken, zou het noodzakelijk zijn om meetbare indicatoren te ontwikkelen en deze gedurende de implementatie van de projecten systematisch op te volgen. Dit was echter niet mogelijk door een late opstart van het onderzoeksproject. Niettemin zijn een analysekader en een lijst van indicatoren opgesteld (Bijlage 5), die in de toekomst kunnen worden gebruikt indien dit wenselijk wordt geacht.

#### B) COMPETENTIES EN KENNIS VAN HET GEVANGENISPERSONEEL OP HET VLAK VAN ZORG

De sensibiliseringsacties die in het kader van de pilootprojecten zijn opgezet, hebben bijgedragen aan de verbetering van de vaardigheden en kennis van het penitentiair beambten op het gebied van zorg. In sommige gevangenissen werd aangegeven dat penitentiair beambten informatie hebben ontvangen over de aanpak van verslavings- en geestelijke gezondheidszorg, waardoor zij beter in staat zijn de behoeften van personen in detentie te herkennen en hierop in te spelen. Toch blijven er in andere gevangenissen aanzienlijke obstakels bestaan, voornamelijk door tijdsgebrek bij penitentiair beambten en verschillen in finaliteit en visie, wat de informering en betrokkenheid bemoeilijkt. Daarnaast blijven structurele uitdagingen bestaan op het gebied van opleiding en beschikbare middelen voor het penitentiair beambten, ondanks een breed gedragen behoefte daaraan, zoals blijkt uit het onderzoek. Bovendien konden de opleidingsmodules die werden ontwikkeld door HoGent, ULB, Transit, UCLouvain en ICare niet worden geëvalueerd vanwege vertragingen in de implementatie ervan.

#### C) DE BETROKKENHEID EN TEVREDENHEID VAN PATIËNTEN OF BEGUNSTIGDEN

Zorggebruikers hebben een grote tevredenheid geuit over de ontvangen zorg, vooral vanwege de verbeterde toegankelijkheid en de kwaliteit van de diensten binnen de pilootprojecten. De betrokkenheid van zorggebruikers bij hun eigen zorgtraject werd gestimuleerd, wat een betere therapietrouw en een vermindering van risicogedrag bevorderde.

Hoewel sommige zorggebruikers aanvankelijk wantrouwen koesterden ten opzichte van de reguliere medische dienst binnen de gevangenis, ervoeren zij een verbeterde toegankelijkheid, een versterkte vertrouwelijkheid en

een zorgverlening zonder stigmatisering door de professionals die betrokken waren bij de pilootprojecten. Deze ontwikkelingen hebben bijgedragen aan een verhoogd vertrouwen van zorggebruikers in de geboden zorg.

#### D) GEZONDHEIDSCULTUUR, -BELEID EN -AWARENESS BINNEN DE GEVANGENIS, HIERBIJ EVENEENS MAXIMAAL REKENING HOUDEND MET DE 5-AIM PRINCIPES

De pilootprojecten hebben ook bijgedragen aan een grotere bewustwording van het belang van gezondheid binnen detentieomgevingen. Er zijn inspanningen geleverd om een gezondheidsgerichte cultuur te integreren in de gevangenissen, onder andere door het penitentiair personeel te sensibiliseren over het belang van geestelijke gezondheid en het verminderen van de stigmatisering van verslaving.

Desondanks blijven er structurele obstakels bestaan, zoals overbevolking in de gevangenissen en een tekort aan personeel, zowel onder penitentiair personeel als onder zorgverleners. Deze factoren bemoeilijken de effectieve uitvoering van gezondheidsinitiatieven. Het aanpakken van deze hindernissen is cruciaal om een rechtvaardige en efficiënte zorgverlening aan personen in detentie te waarborgen.

De pilootprojecten beschikken niet over directe controle over het gezondheidsbeleid in de gevangenissen, hoewel zij trachten invloed uit te oefenen op dit domein. De duurzame verankering van deze initiatieven en het behalen van de beoogde resultaten vereisen een gunstig beleid en een gedeelde visie, waarvan de implementatie onder andere afhangt van de strategische richting en de betrokkenheid van de gevangenisdirectie.

## 2. WAT ZIJN GOEDE PRAKTIJEN, RISICO'S EN RANDVOORWAARDEN VOOR EEN GOEDE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG OP NIVEAU VAN DE MEDISCHE DIENSTEN, MET BIJZONDERE AANDACHT VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN GENDERASPECTEN?

---

### A) ESSENTIËLE VOORWAARDEN VOOR EEN DOELTREFFENDE EERSTELIJSZORG

**Zorgcontinuïteit.** Continuïteit van zorg is een cruciale factor om een doeltreffende medische dienstverlening aan personen in detentie te waarborgen. Dit betekent dat zij voor detentie, tijdens detentie en na hun vrijlating op een coherente en ononderbroken manier medische zorg ontvangen. Daarvoor is het essentieel om efficiënte informatiestromen op te zetten tussen de verschillende gezondheidsdiensten, zowel binnen als buiten de gevangenissen. Het gebruik van gedeelde elektronische medische dossiers kan bijvoorbeeld de communicatie tussen zorgverleners vergemakkelijken en een adequaat medisch opvolgingssysteem ondersteunen.

Daarnaast is een vlotte overgang tussen de intramurale en extramurale zorg van groot belang om de continuïteit van zorg te garanderen en de verdere medische opvolging van personen met detentie-ervaringen te verzekeren. Dit vraagt om een nauwe samenwerking met externe gezondheidsdiensten en de implementatie van passende opvolgingsmechanismen.

**Interdisciplinaire samenwerking.** Samenwerking tussen medische, psychologische en sociale diensten is essentieel om een geïntegreerde en gecoördineerde zorgverlening te bieden. Een interdisciplinaire aanpak maakt het mogelijk om de complexe behoeften van gedetineerden op een geïntegreerde manier aan te pakken door verschillende expertisegebieden te combineren. Regelmatige overlegmomenten tussen artsen, psychologen, maatschappelijk werkers en andere betrokken zorgprofessionals kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van gepersonaliseerde zorgplannen en een omvattende ondersteuning van personen in detentie. Tegelijk is het belangrijk om de vertrouwensrelatie met zorggebruikers te behouden en hun recht op privacy niet te schenden.

**Adequate infrastructuur.** Het verbeteren van de medische infrastructuur en consultatieruimten binnen de gevangenissen is een belangrijke voorwaarde voor kwaliteitsvolle zorg. Dit houdt onder meer het volgende in: voldoende uitgeruste medische consultatieruimten, privacyvriendelijke gespreksruimtes en aangepaste voorzieningen voor psychologische en sociale zorgverlening.

**Institutionele ondersteuning.** De betrokkenheid en steun van zowel de gevangenisautoriteiten als de instanties van volksgezondheid zijn onontbeerlijk voor het welslagen van gezondheidszorginitiatieven in detentie. Een nauwe samenwerking tussen de verschillende bestuurlijke niveaus en gezondheidsdiensten is noodzakelijk om een efficiënte zorgcoördinatie te garanderen. Bovendien dienen de autoriteiten zich te engageren om voldoende financiële en personeelsmiddelen ter beschikking te stellen om de gezondheidsprogramma's in de gevangenissen te ondersteunen.

**Voortdurende vorming.** Aangezien penitentiair beambten vaak als eerste contactpunt fungeren voor personen in detentie, is het essentieel dat zij adequaat worden opgeleid om op een constructieve manier te reageren op de complexe problematieken binnen de detentiecontext. Daarnaast kunnen vormingen over het herkennen van psychische noodsignalen bijdragen aan een snellere en effectievere interventie.

Voor medisch personeel is het aangewezen om bijkomende training te voorzien over onder andere het omgaan met chronische ziekten, infectiepreventie, middelengebruik en psychiatrische aandoeningen. Tevens is het belangrijk dat zorgverleners inzicht verwerven in de specifieke detentiecontext en de uitdagingen die hieruit voortvloeien.

## B) GOEDE PRAKTIJKEN VOOR EEN EFFECTIEVE EERSTELIJNSZORG

### Interdisciplinaire samenwerking

- Organisatie van interdisciplinaire overlegmomenten, waarbij een intakegesprek en screening door verschillende disciplines kunnen helpen bij het ontwikkelen van een individueel zorgtraject voor elke gedetineerde. Hierbij dient echter strikt rekening gehouden te worden met de vertrouwelijkheid van medische informatie, waarbij transparantie wordt gewaarborgd over wie welke informatie ontvangt en, bij voorkeur, met toestemming van de gedetineerde.
- Het registreren van de namen van zorgverleners die een gedetineerde hebben geconsulteerd in het systeem Sidis kan bijdragen aan een betere opvolging bij psychische noodsituaties en het dubbel aanbieden van zorgverlening vermijden.

### Snelle respons

- Implementatie van een spoedinterventie (binnen 24 uur) bij psychische noodsituaties van nieuwgeplaatste personen in detentie, indien dit wordt gesignaleerd door penitentiair beambten of andere betrokkenen. De eerste consultatie zou hierbij kunnen worden uitgevoerd door een PMD.
- Ontwikkeling van een beleid gericht op het identificeren van acute crisissituaties op het gebied van geestelijke gezondheid, zoals suïciderisico, om een snelle (binnen 24 uur) toegang tot zorg te waarborgen.

### Toegang tot gespecialiseerde zorg

- Het verzekeren van toegang tot gespecialiseerde medische zorg is van cruciaal belang om te kunnen inspelen op de specifieke noden van personen in detentie. Dit vereist de totstandkoming van samenwerkingsverbanden met externe ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken om consultaties op aanvraag mogelijk te maken.
- Het ontwikkelen van tele-consultaties met gespecialiseerde zorgverleners kan helpen tegemoet te komen aan het tekort aan gespecialiseerde zorgverleners die beschikbaar zijn in de gevangenis en problemen om personen in detentie te verplaatsen naar externe zorginstellingen.
- Medische transfers naar externe zorginstellingen faciliteren, vooral wanneer medische problemen niet kunnen worden opgelost via tele-consultatie en gespecialiseerde zorg binnen de gevangenis ontoereikend is.

### C) RISICO'S VOOR EEN EFFECTIEVE EERSTELIJNSZORG

Het niet voldoen aan de hierboven genoemde essentiële voorwaarden vormt op zich reeds een risico voor een effectieve zorgverlening. Een bijkomende belangrijke uitdaging is echter de beperkte toegang tot zorg voor personen die onder het VPV-stelsel vallen. Deze situatie heeft ertoe geleid dat verantwoordelijken hebben voorgesteld om deze personen wekelijks te laten verschijnen bij de medische dienst van de gevangenis om hun behandeling te verkrijgen. Een dergelijke aanpak blijkt echter in de praktijk onhaalbaar vanwege organisatorische beperkingen en de specifieke zorgbehoeften van personen in detentie die onder dit regime vallen.

### 3. WAT ZIJN GOEDE PRAKTIJKEN, RISICO'S EN RANDVOORWAARDEN VOOR EEN VERDERE VERBETERING VAN DE DRUGHULPVERLENING EN DIT ZOWEL OP NIVEAU VAN DE MEDISCHE DIENSTEN ALS EXTERNE ACTOREN, MET BIJZONDERE AANDACHT VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN GENDERASPECTEN?

---

#### A) ESSENTIËLE VOORWAARDEN VOOR HET VERBETEREN VAN DE VERSLAVINGSZORG IN DETENTIECONTEXTEN

**Geïntegreerde aanpak.** Een geïntegreerde aanpak die medische, psychologische en sociale zorg combineert, is cruciaal voor een effectieve en geïntegreerde behandeling van verslaving binnen detentiecontexten. Het is noodzakelijk om programma's te ontwikkelen die alle dimensies van verslaving in beschouwing nemen. Hiertoe dragen regelmatige medische consultaties, individuele en groepsgerichte therapie en sociale interventies ter verbetering van de levensomstandigheden van personen in detentie bij aan een coherente en omvattende aanpak. Deze integratie draagt bij aan een betere afstemming op de complexe behoeften van personen in detentie en optimaliseert de effectiviteit van de behandeling.

**Betrokkenheid van personen in detentie.** De actieve participatie van zorggebruikers in hun eigen zorgtraject is een essentiële factor om de therapietrouw te versterken en herstel te bevorderen. Het wordt aanbevolen personen in detentie aan te moedigen actief deel te nemen aan zorgprogramma's en weloverwogen beslissingen te nemen over hun gezondheid. In dit opzicht kan de oprichting van *peer support*-groepen, waarin personen in detentie ervaringen kunnen delen en elkaar kunnen ondersteunen, bijdragen aan de ontwikkeling van een gevoel van verantwoordelijkheid en gemeenschap, wat de motivatie om behandelingen te volgen versterkt. Dit werd eveneens bevestigd tijdens interviews en focusgroepen.

**Sensibilisering en educatie.** Continue bewustwording en toegang tot educatie over verslaving en behandelingsmogelijkheden vormen sleutelcomponenten van effectieve zorgverlening. Het verstrekken van heldere en toegankelijke informatie over de risico's van middelengebruik en de voordelen van behandeling aan personen in detentie is essentieel. Daartoe kunnen regelmatige informatiesessies, verspreiding van educatief materiaal en begeleide discussiegroepen bijdragen aan een verbeterd begrip en een grotere betrokkenheid bij het zorgtraject.

**Gespecialiseerde vorming van personeel.** Het is van cruciaal belang dat zowel zorgprofessionals als penitentiair personeel worden getraind in de specifieke kenmerken van verslaving en *harm reduction* strategieën. Een grondige kennis van de verschillende vormen van verslaving en de bijbehorende behandelmethoden draagt bij aan een verhoogde kwaliteit van zorg en een efficiëntere institutionele respons. Levenslang leren-programma's versterken de competenties van het personeel en dragen bij aan een effectievere en beter aangepaste aanpak.

**Ondersteuning na vrijlating.** Een gestructureerde begeleiding na vrijlating is essentieel om terugval te voorkomen en sociale re-integratie te bevorderen. Het waarborgen van medische en psychosociale follow-up na detentie is noodzakelijk om de continuïteit van de ingezette zorg te garanderen. Het opbouwen van linken met externe ondersteuningsstructuren, zoals mentorprogramma's, gemeenschapsgerichte steungroepen en

medische nazorgdiensten, is een doeltreffende strategie om therapeutische vooruitgang te behouden en het risico op recidive te verkleinen.

**Samenwerking met externe actoren.** Het opbouwen van sterke partnerschappen met gespecialiseerde verslavingszorginstellingen is onontbeerlijk voor een coherente en geïntegreerde zorgverlening. Samenwerking met verslavingsklinieken, *harm reduction*-organisaties en eerstelijnsgezondheidsdiensten draagt bij aan een doorlopende zorgverlening voor, tijdens en na detentie. Deze samenwerkingen faciliteren tevens de doorverwijzing van personen in detentie naar geschikte voorzieningen na hun vrijlating.

#### **Risicoreductieprogramma's**

Strategieën voor *harm reduction* spelen een centrale rol in het omgaan met verslaving binnen detentiecontexten. Deze programma's streven ernaar de schadelijke gevolgen van middelengebruik te beperken en veiligere alternatieven aan te bieden. Bijvoorbeeld:

Spuitenruilprogramma's helpen bij het verminderen van de overdracht van infectieziekten zoals HIV en hepatitis C. Daarnaast moet elke persoon die aan HIV of hepatitis lijdt, toegang krijgen tot passende behandelingen.

Opioïde substitutietherapie (methadon, buprenorfine) draagt bij aan de stabilisatie van patiënten en het verminderen van risicovol gedrag, terwijl voor een geleidelijke behandeling van de verslaving wordt geopteerd.

### **B) GOEDE PRAKTIJKEN VOOR VERBETERDE DRUGHULPVERLENING**

#### **Screening en behandeling van infectieziekten**

- Systematische en regelmatige screening op HIV en hepatitis B en C, in overeenstemming met de protocollen van FOD Justitie.
- Onmiddellijke toegang tot behandelingen voor gediagnosticeerde personen om het erger worden van ziekten en verdere overdracht binnen detentie te voorkomen.

#### **Vorbereiding op vrijlating en continuïteit van zorg**

- Vroegtijdige kennisgeving (minimaal 24 tot 48 uur voor vrijlating), op zijn minst voor veroordeelde personen en personen met een interneringsstatuut om een medische behandeling voor 72 uur te organiseren en een gedetailleerd nazorgplan aan te bieden. Voor personen in voorarrest die medische behandeling ondergaan: bezoek aan de medische dienst wanneer tot vrijlating wordt besloten.
- Gebruik van een elektronisch patiëntendossier dat compatibel is met e-health en toegankelijk is voor alle zorgverleners met toestemming van de patiënt.

#### **Peer support en de integratie van ervaringsdeskundigen**

- Organisatie van groepsessies onder leiding van ervaringsdeskundigen in verslaving.
- Empirisch bewijs toont aan dat deze aanpak een positieve invloed heeft op de betrokkenheid en therapietrouw van personen in detentie.

#### **Creëren van drugvrije of-arme afdelingen voor abstinente personen in detentie**

- Mogelijkheid om personen in detentie die blootstelling aan drugs willen vermijden, onder te brengen in specifieke eenheden.
- Regelmatige drugtests om de naleving van de toelatingscriteria en een drugvrije omgeving te waarborgen.

#### **Systematische screening bij binnenkomst in detentie**

- Initiële evaluatie van verslavingsgerelateerde behoeften via medische of psychosociale diensten.
- Aanbieden van gepersonaliseerde begeleiding bij binnenkomst voor gedetineerden die om zorg vragen.

**Interdisciplinaire samenwerking en informatie-uitwisseling onder beroepsgeheim**

- Ontwikkeling van duidelijke protocollen voor het delen van informatie tussen betrokken professionals (artsen, PMD's, D&D, penitentiair personeel).
- Versterkte samenwerking bij medicamenteuze behandelingen om veilige en aangepaste zorgverlening te garanderen.

**C) RISICO'S VOOR EEN EFFECTIEVE VERSLAVINGSZORG**

Het ontbreken van de hierboven genoemde essentiële voorwaarden vormt op zichzelf een risicofactor. Een bijzonder aandachtspunt is echter de beperkte toegang tot zorg voor personen die onder een VPV-maatregel vallen, met name bij substitutietherapie. Momenteel mag deze substitutiemedicatie slechts voor maximaal drie dagen worden verstrekt, waardoor betrokkenen zich elke drie dagen bij de medische dienst van de gevangenissen moeten melden. Deze bijkomende verplichting kan de continuïteit van de zorg negatief beïnvloeden.

**4. WAT ZIJN DE MEEST AANGEWZEN (OP VLAK VAN O.A. KOSTENEFFECTIVITEIT EN HAALBAARHEID) FINANCIERINGSMODELLEN OF -MECHANISMES (IN PROJECTMODUS EN IN STRUCTURELE MODUS) VOOR EEN KWALITEITSVOLLE PENITENTIAIRE GEZONDHEIDSZORG (O.A. OP HET VLAK VAN TERUGBETAALBAARHEID), WAT IS HIERVAN DE BUDGETTAIRE INSCHATTING, EN WAT ZIJN DE (O.A. REGLEMENTAIRE) MAATREGELEN DIE HIERTOE GENOMEN DIENEN TE WORDEN?**

Uit de literatuurstudie en focusgroep interviews blijkt dat de financiering van penitentiaire gezondheidszorg in België een belangrijke hervorming nodig heeft. Momenteel worden de zorgkosten gedragen door FOD Justitie, wat leidt tot versnippering en inefficiëntie. De aanbevolen oplossing is een overdracht van de financiering naar de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, conform het gelijkwaardigheidsprincipe met de reguliere gezondheidszorg. Dit kan een positieve invloed hebben op het aanbieden van geïntegreerde en kwaliteitsvolle zorg in detentie, mits voldoende rekening gehouden wordt met de noden van FOD Justitie, die zal blijven instaan voor de praktische organisatie van de zorg (o.a. infrastructuur en veiligheid). Een formele overeenkomst en intersectoraal overleg zijn essentieel om deze samenwerking te stroomlijnen.

Een geschikt financieringsmodel dat in overweging kan worden genomen is de *“needs-adjusted integration capitation”*-methode, waarbij gevangenen een vast budget ontvangen op basis van de gemiddelde zorgbehoefte per instelling. De voorwaarden voor de toepasbaarheid van dit model moeten grondig geanalyseerd worden. Dit model zou overconsumptie van zorg kunnen voorkomen, het bevordert preventie en stimuleert multidisciplinaire samenwerking. Dit kan gerealiseerd worden door het opzetten van multidisciplinaire zorgteams, het inzetten van digitale patiëntendossiers voor betere gegevensuitwisseling en het ontwikkelen van preventieprogramma's gericht op optimalisatie van zorg. Bovendien wordt aanbevolen om zorgverleners in loondienst aan te stellen. Hiervoor moeten belangrijke stappen worden gezet om de aantrekkelijkheid van de job te verhogen. Hiertoe kunnen verschillende maatregelen worden genomen zoals het aanbieden van een combinatie van tewerkstelling, waarbij zorgverleners halftijds in penitentiaire instellingen werken en halftijds extern, zodat zij hun expertise verbreden en een gevarieerde werkervaring hebben. Daarnaast kunnen betere arbeidsvoorwaarden, opleidingsmogelijkheden en professionele ondersteuning bijdragen aan een verhoogde interesse in deze functie.

Tot slot is een breder perspectief op gezondheidszorg in penitentiaire instellingen nodig; de zorg moet niet enkel gericht zijn op medische en psychosociale noden, maar ook op huisvesting en werk na detentie. Een geïntegreerde aanpak, waarbij zorgverleners en psychologische of sociale diensten beter op elkaar afgestemd werken, kan de continuïteit en effectiviteit van de zorg verbeteren. Dit verhoogt niet alleen de levenskwaliteit van personen in detentie, maar levert ook maatschappelijke winst op met lagere recidivecijfers en een en meer gezonde gevangenispopulatie.

## 6. AANBEVELINGEN

De aanbevelingen die we hieronder formuleren zijn erop gericht om bij te dragen tot één of meerdere van de vijf elementen van het Quintuple Aim model, en om zo de evolutie naar een geïntegreerde penitentiaire gezondheidszorg te bevorderen. Bij elke aanbeveling lichten we toe welke literatuur en data van het onderzoek deze aanbeveling ondersteunen (voornaamste bevindingen), hoe deze aanbeveling concreet verwezenlijkt zou kunnen worden (hoe?), in welke tijdsspanne (termijn), welke actoren hierbij betrokken zijn (actoren), wat de randvoorwaarden zijn (randvoorwaarden) en wat het draagvlak is voor deze aanbevelingen (draagvlak). Specifiek worden deze elementen als volgt ingevuld:

- Voornaamste bevindingen van het onderzoek: De aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten van de verschillende onderdelen van dit onderzoek. Hierin is een samenvatting opgenomen van de voornaamste bevindingen die bijdragen aan deze aanbevelingen.
- Hoe? Hierin doen we suggesties over hoe deze aanbeveling specifiek opgevolgd zou kunnen worden.
- Termijn: Hierin geven we een geschatte tijdsframe waarin de aanbeveling gerealiseerd zou kunnen worden. We maken hierbij een onderscheid tussen korte termijn (K, <1 jaar), middellange termijn (M, 1-4j) en lange termijn (L, >4 jaar).
- Actoren: Hierin geven we aan welke actoren betrokken zijn bij het verwezenlijken van deze aanbeveling.
- Randvoorwaarden: Hierin wordt besproken welke minimale randvoorwaarden vervuld dienen te zijn om de aanbeveling te kunnen realiseren.
- Draagvlak: In een laatste fase werd een online bevraging verstuurd naar 110 lokale (personen verbonden aan de medische dienst, D&D, lokale coördinatoren) en bovenlokale stakeholders (coördinatoren binnen FOD Justitie, FOD Volksgezondheid en het RIZIV), waarin gepolst werd naar de mate waarin de stakeholders akkoord gingen met bepaalde stellingen en hoe haalbaar ze deze achtten (zie bijlage 15 voor de bevraging). In wat volgt wordt hiernaar verwezen als de online stakeholderbevraging. In totaal namen 48 stakeholders deel aan de online stakeholderbevraging waarvan 2 coördinatoren op het federale niveau, 15 coördinatoren op gevangenisniveau, 10 medewerkers van D&D, 9 PMD's, 2 personen vanuit de medische dienst (exclusief PMD's) en 10 andere personen zoals beleidscoördinatoren of coördinatoren van externe diensten.

### Terminologie

- Medische dienst: medische dienst met inbegrip van de psychologen en sociaal werkers van de medische dienst (PMD's)
- Gezondheidszorgprofessionals: medische dienst met inbegrip van PMD's en D&D
- Zorgprofessionals uit de gemeenschappen: zorgverleners die vanuit de gemeenschappen die psychosociale zorg verlenen in de gevangenis (vb. hulp- en dienstverlening Vlaamse overheid)
- Bevoegde overheden: FOD Justitie, FOD Volksgezondheid, regionale overheden
- SURB: strafuitvoeringsrechtbank
- PSD: psychosociale dienst
- ELP's RIZIV: eerstelijnspsychologen onder de conventie van het RIZIV
- Gevangenen: aanspreekpunten in de gevangenis (vb. directie, coördinatoren)
- Coördinatoren m.b.t. gezondheidszorg (GZ): gezondheidszorgcoördinator en/of coördinator D&D
- Coördinatoren m.b.t. geestelijke gezondheidszorg (GGZ): gezondheidszorgcoördinator en/of coördinator D&D, en coördinator regionale actoren GGZ
- Actoren (geestelijke) gezondheidszorg in de gevangenis: PMD's, medische dienst, D&D, ELP's RIZIV en hulp- en dienstverlening van de gemeenschappen
- PB's: Deze afkorting wordt gebruikt om te verwijzen naar penitentiair beampten. Dit betreft de brede groep aan penitentiair personeel dat verantwoordelijk voor de bewaking en begeleiding van personen

in detentie. Hieronder vallen zowel detentiebegeleiders als veiligheidsassistenten, maar ook bijvoorbeeld vleugelverantwoordelijken.

### 6.1. BEVOEGDHEID VAN DE PENITENTIAIRE GEZONDHEIDSZORG

De organisatie en financiering van de penitentiaire eerstelijnsgezondheidszorg dient tot de **bevoegdheid van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en het RIZIV te behoren** (Favril et al., 2024; World Health Organisation, 2013). Bij deze bevoegdheidswijziging dient rekening te worden gehouden met de bijzondere context van penitentiaire instellingen. Intersectoraal overleg tussen justitie en volksgezondheid (inclusief overleg met de deelstaten) is hiervoor essentieel.

#### Voornaamste bevindingen van het onderzoek:

Dit voorstel staat in functie van het gelijkwaardigheidsprincipe met de reguliere gezondheidszorg (World Health Organisation, 2013; RIZIV, n.d.) dat ook in de literatuurstudie bekrachtigd werd als een manier om een naadloze overgang na vrijlating uit de gevangenis te faciliteren. De literatuurstudie en economische evaluatie benadrukken bovendien dat investering in de zorg in gevangenen tegemoet komt aan de erkenning dat gevangenen een cruciale (publieke) gezondheidskans bieden om personen in behandeling te betrekken, met name zij die anders mogelijks geen of beperkte toegang tot gezondheidszorg in de gemeenschap zouden hebben. Dit kwam ook in verschillende stakeholderpanels en interviews aan bod (economisch en bovenlokaal stakeholderpanel en interviews met coördinatoren). Er werd gewezen op de complexe financieringsstructuren en de verwarring dat dit met zich mee brengt op het werkveld, alsook op de potentiële voordelen die de overheveling van de bevoegdheden met zich mee kan brengen op het vlak van continuïteit en kwaliteit van zorg, mits er duidelijke afspraken worden gemaakt en multidisciplinaire samenwerking is met FOD Justitie en FOD-volksgezondheid op het vlak van organisatie en aanbieden van zorg. Het feit dat gezondheidszorg en de organisatie hiervan een gedeelde bevoegdheid is van de FOD-volksgezondheid en FOD Justitie werd ook in interviews de noodzaak aangeduid om onderscheid te maken tussen het mandaat van veiligheid en structuur, en niet enkel tot zorg. Bovendien werd benadrukt dat de organisatie meer behelst dan enkel infrastructuur en veiligheidsaspecten, en dat een geïntegreerde aanpak noodzakelijk is om de kwaliteit van zorg te waarborgen

| Termijn    | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Actoren                                 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>K</b>   | Ontwikkel een werkgroep binnen de bevoegde interministeriële conferenties om de overdracht en integratie van gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen voor te bereiden en te begeleiden. Het doel van de werkgroep is om de specifieke uitdagingen (bv. logistiek, organisatorisch, financieel) in kaart te brengen, concrete voorstellen te doen voor een naadloze overgang en bevoegdheden te bepalen (zie bijlage 4 voor meer details). | Bevoegde overheden, de IMC en het RIZIV |
| <b>M-L</b> | De overdracht in uitvoering brengen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Bevoegde overheden                      |

Randvoorwaarden: De federale overheid en de deelstaten werken als gelijkwaardige partners samen, overeenkomstig hun bevoegdheden (zie ook Federaal regeerakkoord 2025-2029, [https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Regeerakkoord-Bart De Wever nl.pdf](https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Regeerakkoord-Bart%20De%20Wever%20nl.pdf)).

Draagvlak: Dit voorstel wordt breed gedragen in de online stakeholderbevraging, waarbij 68% aangaf akkoord te zijn met dit voorstel en 73% aangaf dat dit een haalbaar voorstel is. Met de oprichting van werkgroepen om dit mogelijk maken was 94% akkoord, 71% vond dit ook haalbaar.

### 6.2. GEÏNTEGREERDE ZORG

Om gezondheid en re-integratie op lange termijn te bevorderen, dient de transitie van binnen naar buiten de gevangenis op verschillende levensdomeinen begeleid en ondersteund te worden (Hopkin *et al.*, 2018; Hu *et al.*,

2020; Jamin *et al.*, 2021; Brosens *et al.*, 2024). Een paradigmashift van probleem-ge focuste naar doelgerichte zorg is daarbij aangewezen (De Maeseneer and Boeckxstaens, 2012). 4 elementen kwamen in het onderzoek aan bod als essentieel om tot geïntegreerde zorg te komen, namelijk 1) de medische en psychosociale opvolging van zorggebruikers na detentie, 2) interdisciplinaire samenwerking, 3) een protocol met betrekking tot beroepsgeheim en 4) de uitbreiding en verhoogde toegankelijkheid van essentiële zorg voor personen in detentie. Hiervoor kunnen de volgende maatregelen genomen worden:

## **2A. Medische en psychosociale opvolging van de zorggebruikers bij de transitie van detentie naar de samenleving versterken.**

### Voornaamste bevindingen van het onderzoek:

Het literatuuronderzoek wees uit dat inzetten op continuïteit van zorg bij de overgang van gevangenis naar de samenleving de toegang tot zorg en deelname aan mentale gezondheids- en verslavingszorg verbetert, maar wisselende effecten heeft op recidive en langdurige uitkomsten. Een continue aanpak die een overbrugging maakt van zorg in naar buiten de gevangenis is wel effectiever gebleken voor recidivebeperking dan interventies die geïntroduceerd worden na detentie. Succesvolle aanpakken omvatten samenwerking, voldoende middelen, persoonlijke begeleiding en sociale steun, terwijl barrières zoals bureaucratie en gebrekkige communicatie de effectiviteit beperken. In de kwalitatieve data kwam in zowel de interviews met zorggebruikers als in de focusgroepen met professionals opvolging na detentie aan bod als essentieel voor het bereiken van continuïteit van zorg teneinde positieve resultaten op lange termijn op vlak van gezondheid te bekomen. Daarnaast werd dit ook benoemd als iets waar meer en beter op dient ingezet worden tijdens de drie stakeholderpanels.

| Termijn      | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Actoren                                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>K</b>     | Zorgverleners in de gevangenis maken verbinding met externe zorginstellingen om vervolgafspraken voor zorggebruikers te regelen. Hulpverleners kunnen aanvullend een 'actieplan'/'feuille de route' (zie bijlage 7) ontwikkelen dat de persoon op weg zet tijdens de eerste weken na detentie.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Zorgprofessionals als (medische dienst, D&D) |
| <b>K</b>     | Personeel dat zowel binnen als buiten de gevangenis tewerkgesteld is (zoals nu vaak het geval is bij de D&D-projecten) kan linken vormen met extramurale diensten en zo bijdragen tot zowel interdisciplinaire als continuïteit van zorg. Er dient wel op toegezien worden dat de tewerkstellingspercentages in de gevangenis niet te beperkt zijn (bij voorkeur min. 50 % van een VTE) om versnippering van teams te voorkomen en samenwerking te bevorderen.                                                                                                                      | D&D                                          |
| <b>K - M</b> | Personen binnen de medische dienst geven een medicatieschema mee met patiënten en voorzien voor minstens 72u aan medicatie (K). Indien het Belgian Integrated Health Record wordt toegepast in de gevangnissen (zie 6.5.) wordt het medicatie-overzicht een 'authentieke bron' die steeds het meest recente overzicht geeft van de medicatie, en die automatisch een 'medicatie-schema' kan genereren (M). De persoon die de gevangenis (tijdelijk) verlaat kan deze medicatie steeds bij elke apotheker ophalen, maar het meegeven van enkele dosissen is uiteraard steeds nuttig. | Medische dienst<br>Bevoegde overheden        |
| <b>K-M</b>   | Penitentiaire (geestelijke) gezondheidszorgdiensten dienen minstens 24u op voorhand geïnformeerd te worden wanneer een veroordeeld of geïnterneerd persoon in detentie wordt vrijgelaten, om een opvolgingsplan m.b.t. zorg en medicatie op te stellen. Om dezelfde reden zou een persoon in voorarrest vóór vrijlating gezien moeten worden door de medische dienst.                                                                                                                                                                                                               | Bevoegde overheden                           |
| <b>K-M</b>   | Brede eerstelijnszorg in de gevangenis integreren in de netwerken eerstelijnszorg (eerstelijnszones). Dit faciliteert continuïteit van zorg voor personen in detentie door verhoogde verbinding met extramurale diensten. Dit zou bovendien kennisuitwisseling kunnen bevorderen en doorverwijzing van zorggebruikers naar de meest geschikte zorg na detentie verbeteren.                                                                                                                                                                                                          | Bevoegde overheden, coördinatoren m.b.t. GZ  |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>K</b> | ELP's van het RIZIV kunnen een rol opnemen in het bevorderen van de zorgcontinuïteit door personen bij het einde van hun detentie te ondersteunen en daarna verder op te volgen in de samenleving.                                                                                                                                                                         | ELP's RIZIV                               |
| <b>K</b> | VPV dient zoveel als mogelijk beperkt te worden omwille van de gerelateerde risico's (discontinuïteit in zorg en de moeilijkheid om iets op te bouwen buiten de gevangenis). Indien VPV toch uitgevoerd wordt, dient de continuïteit van zorg en basisvoorwaarden met betrekking tot huisvesting en bestaansmiddelen gegarandeerd te worden door opvolging en begeleiding. | Bevoegde overheden, SURB, directie en PSD |
| <b>M</b> | Samenwerkingsovereenkomsten aangaan met ziekenhuizen en GGZ-instellingen, waarbij duidelijke afspraken worden gemaakt over doorverwijzing en opvolging. Voor D&D zijn deze vormen van samenwerking reeds vastgelegd in het Koninklijk Besluit, maar dit zou uitgebreid kunnen worden naar de medische dienst, eventueel in samenwerking met D&D.                           | D&D<br>Medische dienst                    |

**Randvoorwaarden:** Er moet voldoende, betaalbare en toegankelijke vervolgzorg in de samenleving beschikbaar zijn.

**Draagvlak:** 86% van de stakeholders in de online bevraging gaven aan dat een geleidelijke integratie van eerstelijns- en gespecialiseerde zorgnetwerken noodzakelijk is om kennisuitwisseling en doorverwijzing van patiënten naar de juiste zorg na detentie te bevorderen. 74% achtte dit voorstel ook haalbaar. Deeltijds werken binnen en buiten de gevangenis wordt aangemoedigd en haalbaar geacht door 60% van de deelnemers, mits dit niet tot een versnippering van personeel leidt.

**2B. Een interdisciplinaire benadering in de gevangenis is essentieel om de complexe zorgnoden van personen in detentie aan te pakken. Dit vereist samenwerking tussen verschillende zorginstanties, met regelmatig (één of tweewekelijks) overleg tussen alle betrokkenen om een gecoördineerde en effectieve zorgaanpak te waarborgen.**

**Voornaamste bevindingen van het onderzoek:**

In de drie stakeholderpanels werd het belang van interdisciplinaire samenwerking in de gevangenis bevestigd voor effectieve en efficiënte zorg aan personen in detentie (D'Amour *et al.*, 2008). Ook in de kwalitatieve datacollectie werd 'samenwerking' als een overkoepelend element geïdentificeerd dat impact heeft op alle vijf de elementen van de Quintuple Aim (Nundy, Cooper and Mate, 2022). Om interdisciplinair te kunnen werken werd enerzijds het belang van informatiedeling benadrukt (zie aanbeveling 2C en 5) en anderzijds structurele samenwerking. Daar waar reeds overlegorganen bestonden werden deze over het algemeen positief beoordeeld, terwijl er daar waar deze nog niet bestonden de nood eraan werd geuit. Er was echter veel onzekerheid rond wat in deze overlegorganen gedeeld kon worden met betrekking tot beroepsgeheim (zie aanbeveling 2C) en ook een gebrek aan tijd werd genoemd als barrière tot samenwerking.

| Termijn  | Hoe                                                                                                                                                                                  | Actoren                               |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>K</b> | Een intramuraal interdisciplinair overlegorgaan installeren dat op regelmatige basis plaatsvindt met D&D en de medische dienst in de gevangenis.                                     | Medische dienst, D&D                  |
| <b>M</b> | Het interdisciplinair overlegorgaan uitbreiden naar alle zorginstanties die instaan voor (geestelijke) gezondheidszorg in de gevangenis (vb. ELP's RIZIV, regionale zorgaanbieders). | Actoren (geestelijke) gezondheidszorg |

**Randvoorwaarden:** Tijd van alle actoren en (fysieke) ruimte voor overleg. Een coherent kader voor informatiedeling en beroepsgeheim (zie 2B).

**Draagvlak:** Het belang aan intra- en extramurale samenwerkingsverbanden wordt breed gedragen door verschillende actoren in de gevangenis en andere stakeholders in de verschillende stakeholderpanels. Er wordt

wel gewezen op het belang om de vertrouwensrelatie met de zorggebruiker hierbij niet te schaden, door dit met toestemming van de zorggebruiker te laten plaatsvinden. We vroegen ook of D&D al dan niet structureel ondergebracht dient te worden onder de medische dienst. Hier waren de meningen over verdeeld, waarbij 50% aangaf hier voorstander van te zijn en 50% niet. Dit sluit aan bij wat in het empirisch kwalitatief luik aan bod kwam betreffende voor- (vb. gedeeld beroepsgeheim en integratieve zorg) en nadelen (vb. vertrouwelijkheid en vertrouwen van zorggebruikers).

## 2C. Ontwikkel een protocol voor het delen van informatie met alle belanghebbenden.

### Voornaamste bevindingen van het onderzoek:

Om continuïteit van zorg te bekomen werd in de kwalitatieve data en de stakeholderpanels verwezen naar het belang van een protocol met betrekking tot informatiedeling dat enerzijds interdisciplinaire samenwerking toelaat en anderzijds het recht op privacy van de zorggebruikers respecteert. De participanten benadrukten hierbij dat dit protocol ontwikkeld wordt in samenwerking met de betrokken actoren teneinde deze voldoende aangepast aan en toepasselijk voor de context te maken. Ook voor het welzijn van professionals werd dit als een essentieel element benoemd. We identificeerden een aantal inspirerende praktijken, zoals het laten invullen van een *informed* consent-formulier voor informatiedeling door zorggebruikers (zie bijlage 16).

| Termijn | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Actoren                                              |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| K       | Een onderzoek opzetten waarin inspirerende praktijken en verschillende perspectieven van actoren in de gevangenis onderzocht worden om inzicht te krijgen in hoe geïntegreerde zorg kan geboden worden met respect voor beroepsgeheim en vertrouwelijkheid (bijvoorbeeld geïnformeerde toestemming)                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Bevoegde overheden i.s.m. onderzoekers en gevangenis |
| K       | Op basis hiervan een gezamenlijke overeenkomst ontwikkelen tussen de betrokken actoren (zorgactoren federaal en regionaal, intern en extern, justitiële actoren zoals penitentiair beambten, directie en PSD) waarin afspraken m.b.t. de uitwisseling van persoonsgegevens vastgelegd worden met het oog op de praktische organisatie van de zorgverlening binnen de bestaande verplichtingen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens (zie bijvoorbeeld het samenwerkingsakkoord tussen de Federale en de Vlaamse overheid over de hulpverlening aan gedetineerden van mei 2022). | Bevoegde overheden                                   |
| K-M     | Integratie van de gevangeniszorg in het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg (doelgroep kwetsbare personen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bevoegde overheden                                   |

Draagvlak: De dataverzameling in de gevangenis, het lokale stakeholderpanel en de online bevraging wezen uit dat betrokkenen in de gevangenis een hoge nood uiten aan een coherent kader voor informatiedeling. Over het algemeen wordt in de online stakeholderbevraging aangegeven dat tenminste een lijst van welke personen gebruik maken van welke dienst beschikbaar zou moeten zijn voor zorgprofessionals (ELP's van het RIZIV, actoren van de gemeenschappen die instaan voor (geestelijke) gezondheidszorg), teneinde een aanspreekpunt te hebben en overlap in dienstverlening te vermijden. Een kleine meerderheid (53%) gaf aan dat er tussen D&D en de medische dienst gedeeld beroepsgeheim met betrekking tot de meest noodzakelijke informatie mag zijn. Met justitiële actoren (PSD, gevangenisdirectie en penitentiair beambten) geeft de meerderheid geen informatie te willen uitwisselen om de vertrouwensrelatie met cliënten niet te schenden (zie tabel in punt 6.5 voor een overzicht).

### 6.3. PERSONEELSAANGELEGENHEDEN

#### Voornaamste bevindingen uit het onderzoek

Terwijl in de kwalitatieve data een aantal duidelijke hiaten aan bod kwamen met betrekking tot toegang tot gespecialiseerde medische zorg, kwam uit de literatuurstudie dat e-consulten een veelbelovende optie zijn om de toegang tot gespecialiseerde zorg te versoepelen en de kost-effectiviteit ervan te verhogen. Daarnaast werden diverse moeilijkheden in de aanwerving en het kunnen in dienst houden van penitentiair beambten en artsen waargenomen wat –ook volgens de literatuurstudie – een nefaste impact heeft op de toegang tot kwaliteitsvolle zorg voor personen in detentie. Het economisch luik gaf voeding aan de aanbevelingen hieronder die deze uitdagingen aanpakken. Verder kwam, zowel in de literatuurstudie als in het kwalitatieve luik, ook het belang van opleiding van penitentiair beambten aan bod om om te gaan met de complexe zorgnoden van personen in detentie. Dit zou volgens de literatuurstudie de implementatie van gezondheidszorginterventies verbeteren en tot een meer ondersteunende en rehabilitatiebevorderende omgeving leiden. Ook uitte nieuw gezondheidszorgpersoneel in de gevangenis een nood aan opleiding met betrekking tot de penitentiare context en gevestigd zorgpersoneel met betrekking tot het omgaan met de complexe en wisselende zorgnoden van personen in detentie (vb. verslaving). Het trainingsaanbod uitgewerkt door HoGent, ULB, UCLouvain, Transit ASBL en I.Care kan hier deels aan tegemoet komen.

| Termijn    | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Actoren            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>K-M</b> | Zorg voor training van zorgpersoneel om te functioneren in een penitentiare context en van penitentiair beambten en zorgpersoneel om om te gaan met de complexe noden van personen in detentie. We raden aan hierin een overkoepelend aanbod te voorzien met eventueel ook een lokale module die antwoorden kan bieden op contextspecifieke vragen van bepaalde gevangenis.                        | Bevoegde overheden |
| <b>M</b>   | De mogelijkheid creëren voor artsen en verpleegkundigen in de gevangenis om artsen-specialisten te consulteren voor advies via e-consulten. Hiervoor zijn nodig: internetverbinding en computer met camera, een pool van gespecialiseerde artsen die geconsulteerd kunnen worden en mogelijkheden om dergelijke consultaties af te rekenen (via conventie of per patiënt).                         | Bevoegde overheden |
| <b>M</b>   | Voldoende aantrekkelijk maken van de job als zorgverlener in een penitentiare instelling. Mogelijke concrete pistes hiervoor zijn: een competitieve verloning, aandacht voor opleiding en professionele ontwikkeling, aandacht voor werkomstandigheden (bv. goed uitgeruste werkplekken, een veilige werkomgeving, deeltijds binnen en buiten de gevangeniscontext werken), aandacht voor welzijn. | Bevoegde overheden |
| <b>M</b>   | Alle zorgpersoneel betrokken bij de (G)GZ in loondienst aannemen (vb. artsen, ELP's RIZIV). Dit kan een meerwaarde betekenen voor het welzijn van personeel, en de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in penitentiare instellingen, betere integratie in de gevangenscultuur en multidisciplinaire samenwerking.                                                                               | Bevoegde overheden |

Randvoorwaarden: er dient tijd vrijgemaakt te worden voor gevangenis- en gezondheidszorgpersoneel om training te volgen. Er dient geïnvesteerd te worden in personeelsaangelegenheden om barrières tot werk in de gevangenis te verkleinen.

Draagvlak: De actoren die deelnamen aan de online stakeholderbevraging stonden vrijwel unaniem (94%) achter het idee om e-consultaties van artsen-specialisten mogelijk te maken. De meerderheid (75%) vond dit ook een haalbaar voorstel. Het belang van de andere aanbevelingen kwam in de verschillende werkpakketten aan bod.

### 6.4. NEEDS-ADJUSTED CAPITATED SYSTEM

We stellen een “*needs-adjusted integrated capitation*” financieringssysteem voor. Dit systeem voorziet een vast budget per gevangenis, gebaseerd op de gemiddelde zorgnood en het aantal personen in detentie per gevangenis (in plaats van per prestatie of per geleverde dienst).

Voornaamste bevindingen van het onderzoek:

Het economische luik wees op de nood aan een doeltreffend financieringssysteem dat continuïteit van zorg en multidisciplinaire samenwerking stimuleert en de huidige versnippering aan financieringssystemen (betaling per prestatie, loondienst, zelfstandige) remedieert en een progressieve evolutie richting integrale gezondheidszorg mogelijk maakt. Daarnaast zou dit systeem tegemoet kunnen komen aan de bezorgdheden die in het kwalitatieve luik werden benoemd met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg die aan de noden van de populatie beantwoordt.

| Termijn  | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Actoren                                        |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>K</b> | Een gedetailleerde analyse maken van de gemiddelde zorgnoden per instelling op basis van demografische gegevens, ziekteprevalentie, historische zorgconsumptie en sociale determinanten van gezondheid.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Bevoegde overheden i.s.m. onderzoeksinstanties |
| <b>M</b> | De gevangenissen kunnen fungeren als innovatieve platformen (zowel in arrest- als in strafhuizen gezien de verschillende context) om een geïntegreerde zorgbenadering die door middel van needs-adjusted integrated capitation wordt gefinancierd te implementeren. Dit kan gebeuren door dit op te nemen in een interfederaal plan of in het RIZIV door in de commissie voor forfaitaire betalingen twee kamers op te richten: één voor de geïntegreerde capitatibetaling voor personen in detentie en één voor patiënten in medische huizen. Ondanks afzonderlijke budgetten kunnen deze kamers samenwerken om het financieringsmodel verder uit te werken en te evalueren op basis van eerdere en lopende ervaringen. De effecten van dit systeem kunnen worden geëvalueerd op basis van concrete indicatoren, zoals verbeterde zorgcontinuïteit, efficiëntere samenwerking, innovatieve samenwerkingsmodellen en een beter afgestemde zorg op de complexe noden van kwetsbare groepen tussen zorgverleners en een verschuiving van curatieve naar preventieve zorg. Dit kan in eerste instantie worden gerealiseerd door het opzetten van multidisciplinaire zorgteams, het inzetten van digitale patiëntendossiers die compatibel zijn met bestaande systemen voor betere gegevensuitwisseling en het ontwikkelen van preventieprogramma's gericht op verslaving en mentale gezondheid (zie bijlage 4 voor meer info). | Bevoegde overheden i.s.m. onderzoeksinstanties |
| <b>L</b> | Op langere termijn kan dit systeem worden uitgerold naar alle betrokken penitentiaire instellingen, met als lange termijn doel een wettelijk verankerd en structureel ingebedde financiering.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bevoegde overheden                             |

**Draagvlak:** De grote meerderheid van de actoren in het online stakeholderpanel (85%) gaven aan dat ze akkoord gingen met dit voorstel. Een minderheid (41%) stelde zich wel vragen bij de haalbaarheid van dit voorstel.

## 6.5. GEZONDHEIDSGEGEVENS VAN PERSONEN IN DETENTIE

Nauwkeurige en betrouwbare data zijn essentieel om hoogwaardige, continue zorg te waarborgen, overlap en duplicatie te vermijden, de verleende zorg te monitoren en toekomstige uitgaven in de gezondheidszorg te plannen op basis van de behoeften van de doelgroep. Voor het delen van deze data geldt in de samenleving de regel dat de gezondheidsgegevens van een persoon, toegankelijk zijn voor de hulpverleners waarmee de persoon een "therapeutische relatie" aangaat, tenzij de persoon uitdrukkelijk sommige zorgverleners uitsluit van toegang (Koninklijk besluit over de toegang tot gezondheidsgegevens van 15 december 2024).

Voornaamste bevindingen van het onderzoek:

De moeilijkheid om met het Epicure-systeem te werken, werd herhaaldelijk gemeld tijdens het onderzoek. Het opvallende gebrek aan kwantitatieve en objectieve gegevens over de gezondheidszorg in gevangenissen kwam duidelijk naar voor. Voor de implementatie van het nieuwe elektronische patiëntendossier Omnipro, dat aanzienlijke vertragingen ondervindt, is het van cruciaal belang om de doelstellingen van het gebruik ervan duidelijk te definiëren. Een elektronisch patiëntendossier dat de communicatie met externe zorgverleners vergemakkelijkt, is essentieel om de continuïteit van de zorg te verbeteren. Tegelijk werd vertrouwelijkheid in de kwalitatieve data als een belangrijke pijler voor de werking van de pilootprojecten benoemd.

| Termijn    | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Actoren                                   |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>K</b>   | Ten minste een lijst ter beschikking stellen aan diverse zorgactoren wie van welke diensten gebruik maakt om overlap in zorgaanbieding te vermijden en zicht te hebben op een aanspreekpunt voor bezorgdheden over een persoon in detentie.                                                                                                                                                                                            | Coördinator en m.b.t. GZ in de gevangenis |
| <b>K-M</b> | Op korte tot middellange termijn kan een elektronisch patiëntendossier (EPD) ontwikkeld worden dat, met toestemming van de patiënt, zowel de medische, psychologische als sociale gegevens van de zorg die de patiënt heeft ontvangen bevat, zowel binnen als buiten de penitentiaire instelling (bv. door te integreren in het Belgian Integrated Health record, BIHR – zodat zorgcontinuïteit ook na vrijlating gewaarborgd blijft). | Bevoegde overheden                        |
| <b>M-L</b> | Verschillende indicatoren kunnen routinematig worden opgevolgd zodra het EPD is geïmplementeerd en een gestandaardiseerd intakegesprek wordt gebruikt. Een lijst met potentiële indicatoren, ontwikkeld op basis van de literatuur, en aangepast aan de Belgische context is in bijlage opgenomen (zie bijlage 5).                                                                                                                     | Bevoegde overheden                        |

**Randvoorwaarden:** Het is noodzakelijk om de lijst van wie welke zorgdiensten gebruikt te actualiseren, en het patiëntendossier, indien beschikbaar, moet ook door de zorgverleners worden ingevuld om de gegevens te kunnen gebruiken. Gegevensdelingsconventies moeten door de verschillende actoren worden ondertekend om te voldoen aan de AVG-regelgeving en de vereisten van het beroepsgeheim.

**Draagvlak:** In de online vragenlijst steunt 83% het idee dat informatiedeling structureel vastgelegd dient te worden in een conventie. 97% (slechts één persoon gaf aan hier niet mee akkoord te zijn) vond dat informatiedeling enkel mocht plaatsvinden met toestemming van de zorggebruiker. We vroegen daarnaast ook voor verschillende actoren of ze met deze actoren geen informatie zouden willen delen, enkel de naam van de zorgverlener zouden willen delen, of gedeeld beroepsgeheim zouden willen hebben. De volgende tabel geeft de resultaten daarvan weer:

|                                                             | Geen informatie delen | Enkel naam van zorgverlener | Gedeeld beroepsgeheim |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Medische dienst, D&D                                        | 9%                    | 38%                         | 53%                   |
| ELP's RIZIV                                                 | 7%                    | 53%                         | 40%                   |
| Zorgverleners buiten de gevangenis                          | 35%                   | 23%                         | 42%                   |
| Zorgverleners (geestelijk en sociaal) van de gemeenschappen | 7%                    | 67%                         | 20%                   |
| Directie, psychosociale dienst, PB's                        | 67%                   | 30%                         | 3%                    |

## 6.6. DE IMPLEMENTATIE VAN DE PILOOTPROJECTEN

### Voornaamste bevindingen van het onderzoek:

In de kwalitatieve dataverzameling werden verschillende uitdagingen geïdentificeerd die gelinkt waren aan de manier waarop de pilootprojecten geïmplementeerd werden. Deze hadden, volgens de participanten, een invloed op zowel de efficiëntie van de zorg als het welzijn van de professionals. Het label 'piloot' bemoeilijkt bovendien de structurele integratie van deze projecten in de gevangenis. Om deze uitdagingen in de toekomst te vermijden stellen we het volgende voor:

| Termijn  | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Actoren                                 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>K</b> | Duurzaam aanwerven van gezondheidszorgcoördinatoren in de gevangenissen die verantwoordelijk zijn voor de integratie van verschillende gezondheidszorgaspecten, de multidisciplinaire samenwerking binnen en buiten de gevangenis en een aanspreekpunt vormen voor gezondheidszorgprofessionals. Een haalbare eerste stap op korte termijn is het verder ontwikkelen van een functieprofiel en opleidingstraject voor deze functie, in samenwerking met bestaande gezondheidsinstellingen. | Bevoegde overheden                      |
| <b>M</b> | Bij de verdere implementatie van de pilootprojecten raden we aan dit volgens het Change Management Plan stapsgewijs te laten verlopen. Hierbij dienen de volgende zaken ondernomen te worden: in kaart brengen van noden, creëren van draagvlak, effectieve communicatie, vervullen van de randvoorwaarden voordat overgaan wordt tot implementatie en structurele (her-)evaluatie.                                                                                                        | Bevoegde overheden i.s.m. gevangenissen |
| <b>M</b> | De voorkeur geven aan een geïntegreerde structurele hervorming eerder dan de implementatie van 'pilootprojecten', en wanneer toch met pilootprojecten gewerkt wordt, deze wanneer deze effectief zijn gebleken zo snel mogelijk duurzaam integreren in de zorg, teneinde nefaste gevolgen van het label 'piloot' te verminderen.                                                                                                                                                           | Bevoegde overheden                      |

**Draagvlak:** Bevroegde actoren in de gevangenis waren unaniem over het belang van een coördinator. Tegelijk werd benadrukt dat dit een duurzame rol moet zijn, bij voorkeur uitgevoerd door iemand die de gevangeniscontext goed kent. Ook in de online stakeholderbevraging wees de grote meerderheid (76%) het aanstellen van een coördinator aan als een belangrijk en haalbaar voorstel. Tegelijk wezen diverse stakeholders in de gevangenis en in de online bevraging op het belang dat dit iemand is die het "reilen en zeilen" in de gevangenis kent. Om die reden gaf de meerderheid (65%) aan dat hun voorkeur er naar uit gaat dat deze rol opgenomen wordt door een professional die reeds aanwezig is in de gevangenis (mits de randvoorwaarde dat deze persoon hier tijd en mandaat voor heeft). De overgrote meerderheid (90%) van de respondenten van de online stakeholderbevraging spraken hun voorkeur uit voor een geïntegreerde structurele hervorming waarbij pilootprojecten die effectief blijken duurzaam worden gemaakt en geïntegreerd worden in de bestaande zorg. 77% achtte dit ook haalbaar.

## 6.7. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

### Voornaamste bevindingen van het onderzoek:

Er werd in de gevangenissen verwarring gerapporteerd met betrekking tot de rollen van de verschillende diensten die geestelijke gezondheidszorg aanbieden in de gevangenis (waaronder de PMD's, ELP's van het RIZIV en zorgverleners uit de gemeenschappen). Daarnaast werd de vraag gesteld naar meer psychologische zorg voor personen in detentie. De literatuurstudie toonde aan dat groepssessies, in combinatie met andere behandelingsvormen (zoals cognitieve gedragstherapie, mindfulness en peer support), kansen bieden voor kosteneffectieve zorgverlening aan personen met angst- en depressieve klachten, terwijl ze tevens de zorgervaring verbeteren. Er werd tijdens de dataverzameling in de gevangenissen een hoge nood en groot hiaat

geuit aan tweedelijnspsychologische zorg, waarbij PMD's vaak zogenaamde 'tweedelijnsproblematieken' opnamen bij gebrek aan direct inzetbaar alternatief. Daarnaast werd erop gewezen dat personen met erg complexe en ernstige psychische problematieken niet in detentie thuishoren en dat gespecialiseerde zorg in een daarvoor ontwikkelde zorgsetting voor deze groep noodzakelijk is.

| Termijn  | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Actoren                                                                                                  |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>K</b> | Rolverduidelijking van de verschillende actoren die instaan voor (geestelijke) gezondheidszorg in de gevangenis, door 1) op bovenlokaal en 2) op lokaal niveau een organigram te creëren met duidelijke doelstellingen, doelgroepen en aanspreekpunten per dienst om verwarring te vermijden, overlap in diensten te beperken en een complementair aanbod (verder) te ontwikkelen. | Bovenlokaal: bevoegde overheden<br><br>Lokaal: Coördinatoren m.b.t. GGZ                                  |
| <b>M</b> | Het groepsaanbod voor eerstelijnspsychologische zorg uitbreiden in samenwerking met de ELP's van het RIZIV.                                                                                                                                                                                                                                                                        | ELP's RIZIV i.s.m. andere actoren (G)GZ en gevangenisdirectie en relevant gevangenispersoneel (vb. PB's) |
| <b>M</b> | Uitbreiden en ontwikkelen van tweedelijnspsychologische zorg in de gevangenis, bij voorkeur deels intern in de gevangenis (cf. PMD medische dienst) om de toegankelijkheid ervan te vergroten.                                                                                                                                                                                     | Actoren GGZ en relevant gevangenispersoneel (vb. PB's)                                                   |

**Randvoorwaarden:** Belemmeringen voor de implementatie van een groeps- en individueel aanbod in de geestelijke gezondheidszorg aanpakken (zoals personeelstekorten, gebrek aan geschikte lokalen of lokalen die groepssessies niet toelaten, en problemen met toegang tot de gevangenis), en inzetten op het waarborgen van een veilige werkomgeving voor zorgpersoneel, evenals het faciliteren van het gebruik van een laptop binnen de gevangenis. Aanbod uitwerken in samenwerking met alle betrokken actoren (vb. PB's, directie, gemeenschaps- en federale actoren die geestelijke gezondheidszorg aanbieden). Een gespecialiseerd zorgaanbod buiten de reguliere gevangenissen dient beschikbaar te zijn voor personen met complexe en ernstige psychische problematieken.

**Draagvlak:** In de online bevraging gaf 90% aan voorstander te zijn van een uitbreiding van het groepsaanbod eerstelijnspsychologische zorg, waarvan 68% ook aangaf dat dit haalbaar is. De stakeholders uitten bijna unaniem (97%) de vraag naar meer tweedelijnspsychologische zorg, al stelden een aantal personen (27%) wel vragen bij de haalbaarheid hiervan omwille van contextuele uitdagingen zoals lokalentekort en regime.

## 6.8. DRUGHULPVERLENING

Verslavingszorg in gevangenissen moet even volledig beschikbaar zijn als in de samenleving om effectief te zijn. Dit omvat preventie, behandeling en *harm reduction* (Sander *et al.*, 2016; Bielen *et al.*, 2018; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., 2022)). Hoewel preventie en *harm reduction* onder regionale bevoegdheden vallen, dienen ze ook in gevangenissen beschikbaar te zijn volgens de Basiswet van 12 januari 2005.

**8A) Preventie en harm reduction** – Toegang tot preventieve maatregelen en *harm reduction* vergroten voor personen in detentie

### Voornaamste bevindingen van het onderzoek:

D&D-projecten zijn volgens interviews met zorggebruikers en focusgroepen bezig met preventie, zoals verschillende elementen (meestal educatie) van *harm reduction*, en proberen dit zo goed mogelijk aan te bieden aan zorggebruikers. Het ontbreken van spuitenruilprogramma's en het gebrek aan HCV-testen en -behandeling (slechts één persoon in detentie kreeg behandeling gedurende een bepaald moment in 2024), werd door

participanten in de gevangenis als een beperking ervaren. Spuitenruilprogramma's zijn wereldwijd in negen landen geïmplementeerd. In de meeste van deze landen zijn deze maatregelen na de eerste proefprojecten verder uitgebreid (Kronfli et al., 2025).

| Termijn    | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                 | Actoren                                  |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>K</b>   | Screening van overdraagbare aandoeningen zoals HIV, hepatitis B en C bij binnenkomst in de gevangenis en een snelle behandeling van deze aandoeningen voor alle personen in detentie, ongeacht of zij veroordeeld, geïnterneerd of beklaagd zijn.   | Bevoegde overheden, Medische dienst      |
| <b>K-M</b> | Verzoek aan de bevoegde regionale (bvb. Safe Brussels, Cocof, Cocom) instanties om hun hulp en expertise te bieden om zo ook de implementatie van deze strategieën in de gevangenis mogelijk te maken welke door D&D kunnen geïmplementeerd worden. | Bevoegde overheden, D&D                  |
| <b>K-M</b> | De protocollen voor drugbehandeling en de toediening van psychotrope medicatie moeten worden herzien om beter afgestemd te zijn op de specifieke context. Arresthuizen vereisen andere protocollen dan gevangenissen.                               | Bevoegde overheden, Medische dienst, D&D |

Randvoorwaarden: Een politieke beslissing om *harm reduction* maatregelen in de gevangenis uit te breiden en beschikbaarheid van de nodige medicatie.

Draagvlak: 100% van de respondenten die de vraag in Qualtrics beantwoordden, ondersteunen een uitbreiding van *harm reduction* in de gevangenis, en 89% van de respondenten beschouwt dit als een haalbare maatregel.

## **8B) Behandeling – geïntegreerde zorg (groepstherapie + individuele therapie + substitutiebehandeling)**

Het is belangrijk dat de zorg voor personen met druggerelateerde problemen gebaseerd is op een continuüm van zorgvoorzieningen, die zowel in de gevangenis als in de samenleving beschikbaar zijn. Deze zorg dient continuïteit te waarborgen, ook bij overplaatsing tussen gevangenissen of bij vrijlating. Verschillende opties van substitutiebehandeling (van dagelijkse orale toediening tot maandelijks injecties) zouden mogelijk moeten zijn, waarbij de beste keuze gemaakt dient te worden op basis van de behoeften van de persoon in detentie en niet op basis van de belasting voor de hulpverlening. Regelmatige opvolging van de zorggebruikers en, indien nodig, dosisaanpassing zijn belangrijk.

### Voorname bevindingen van het onderzoek:

De literatuur wees uit dat de grootste vermindering in middelengebruik en recidive behaald wordt door een globale aanpak van hulpverlening met inbegrip van individuele ondersteuning, gespecialiseerde drughulpverlening, cognitieve gedragstherapie, genderspecifieke benaderingen en toegang tot trauma-sensitieve geestelijke gezondheidszorg. Een meer gespecialiseerde zorgsetting kan noodzakelijk zijn voor personen met comorbide ernstige middelen- en psychiatrische problematieken. Daarnaast toonde de literatuurstudie overtuigende wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van substitutietherapie (zoals methadon en buprenorfine) op verschillende uitkomsten bij personen in detentie (zoals druggebruik, mortaliteit en behandelretentie). Er is een aanzienlijke heterogeniteit in het voorschrijven en de beschikbaarheid van substitutietherapie in de Belgische gevangenissen (zie resultaten in de Franstalige bijlage). Sommige gevangenissen lijken de Buvidal-injecties als substitutiebehandeling prioritair in te zetten omdat er hiervan maar één dosis per maand moet worden toegediend. Andere werken dan weer voornamelijk met Suboxone. Om continuïteit bij het overplaatsen en na detentie te waarborgen, alsook om behandeling op maat te bieden, wordt aangeraden dat elke behandeling beschikbaar is in alle gevangenissen. Om een geïntegreerde aanpak te waarborgen dient dit in combinatie met andere ondersteunings- en behandelvormen te gebeuren.

| Termijn    | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                                               | Actoren                                  |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>K</b>   | Het behoud en, om een breder publiek te bereiken, de uitbreiding van de combinatie van individuele en groepssessies bij D&D.                                                                                                                                                      | Bevoegde overheden, D&D                  |
| <b>K</b>   | Orale toediening en injecties als onderdeel van substitutiebehandeling moeten beschikbaar blijven in elke medische dienst, in combinatie met consultaties bij drughulpverleners.                                                                                                  | Medische dienst, D&D                     |
| <b>K-M</b> | Harmonisatie van opties voor farmacologische en substitutiebehandeling overheen gevangenen en gelijkaardig aan de beschikbaarheid ervan in de vrije samenleving om continuïteit van zorg te waarborgen.                                                                           | Bevoegde overheden, medische dienst      |
| <b>K-M</b> | Personen, die substitutiebehandeling ontvangen, zouden toegang moeten krijgen tot zowel individuele als groepstherapie. Hiervoor moet de samenwerking tussen D&D en de medische dienst worden geregeld via een conventie, zodat het gedeeld beroepsgeheim mogelijk wordt gemaakt. | Bevoegde overheden, Medische dienst, D&D |

Draagvlak: 97% van de respondenten van de online survey ondersteunt een uitbreiding van het D&D groepsaanbod en 72% vindt dit ook haalbaar, maar er rijzen wel uitdagingen m.b.t. het bereiken van personen in detentie (vb. omwille van omslachtige oproepingsprocedures) en de toegang tot voldoende ruimtes. Taalbarrières die de uitbreiding naar kwetsbare groepen belemmeren worden ook genoemd.

### **8C) Behandeling – nieuwe initiatieven uitbreiden (peer support, therapeutische gemeenschappen en drugvrije of -arme afdelingen)**

#### Voornaamste bevindingen van het onderzoek:

Volgens de literatuur laten therapeutische gemeenschappen veelbelovende resultaten zien voor personen met druggerelateerde problemen. Zowel de literatuur als de interviews en focusgroepen in de gevangenis benadrukten het belang van het betrekken van ervaringswerkers. Volgens de literatuur (al is meer onderzoek nodig, gezien beschikbare reviews beperkingen hebben op het gebied van methodologische kwaliteit) zijn zij niet alleen bijzonder waardevolle ondersteuners voor personen met druggerelateerde problemen, maar dragen ze – samen met educatieve programma's – ook bij aan een aanzienlijke verbetering van kennis over hiv-overdracht en risicogedrag, wat leidt tot een vermindering van risicovol seksueel en injectie-gerelateerd gedrag. Afdelingen waar personen in detentie regelmatig een drugstest ondergaan om abstinentie aan te tonen en waar daardoor minder drugs beschikbaar zijn, wat de verleiding tot gebruik vermindert – werden door zowel gedetineerde personen als zorgpersoneel als zeer positief ervaren in het kader van het beheersen van druggebruik (vb. drugvrije of -arme afdelingen).

| Termijn    | Hoe                                                                                                                                                                                      | Actoren                 |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>K-M</b> | Alle nieuwe initiatieven zouden idealiter moeten worden ontwikkeld met input van de bestaande projecten en hun expertise, zodat er rekening wordt gehouden met de noden van het terrein. | Bevoegde overheden      |
| <b>K-M</b> | Er dient een reflectie te worden gestart over de mogelijke ontwikkeling van therapeutische gemeenschappen in Belgische gevangenen.                                                       | Bevoegde overheden, D&D |
| <b>K-M</b> | Verhoogde betrokkenheid van ervaringswerkers in het groepsaanbod                                                                                                                         | D&D                     |
| <b>M</b>   | Verhoog de beschikbaarheid van drugvrije afdelingen en, waar dit niet mogelijk is, voorzie drugarme afdelingen in elke gevangenis waar gedetineerden die                                 | Bevoegde overheden      |

|  |                                                                                                      |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | geen contact met drugs willen hebben, kunnen verblijven, met de verplichting tot regelmatige testen. |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**Randvoorwaarden:** Financiering voor het op regelmatige basis kunnen afnemen van drugtesten is noodzakelijk voor drugvrije en -arme afdelingen.

**Draagvlak:** Van de respondenten die de vraag in online stakeholderbevraging beantwoordden, steunt 87% de invoering van therapeutische gemeenschappen in de gevangenis, waarvan 74% dit ook als een haalbare maatregel beschouwt. Daarnaast is 83% akkoord met het creëren van meer drugvrije afdelingen, waarvan 57% dit haalbaar acht.

## 6.9. GELIJKHEID IN TOEGANG TOT GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSZORG

### Voornaamste bevindingen van het onderzoek:

Op basis van cijfers van de FOD Justitie hebben tussen 28 en 44% van gedetineerde personen die 2023 in de gevangenis verbleven geen verblijfsvergunning in België. Screeningsinstrumenten en elektronische patiëntendossiers dienen daarom in de mogelijkheid te voorzien om ook personen zonder verblijfsvergunning te registreren. De toegang tot gezondheidszorg is voor personen in detentie zonder verblijfsvergunning geregeld, maar in de vrije samenleving kan het gebrek aan een verblijfsvergunning de toegang tot zorg belemmeren. De taalbarrière werd door zorgprofessionals als een uitdaging gerapporteerd. In de literatuurstudie kwam het belang aan bod van zorg aangepast aan de noden van oudere gedetineerden en genderminderheden in de gevangenis (voornamelijk vrouwen). De kwalitatieve dataverzameling wees op een hiaat aan zorg aangepast voor anderstalige personen en/of culturele minderheden, waarbij diensten die gebruik maakten van de intercultureel bemiddelaars zich hier positief over uitspraken maar er tevens heel wat drempels naar het gebruik van deze diensten werden gerapporteerd. De Vasco vertaalmachine helpt volgens participanten om eenvoudige gesprekken met personen in detentie te voeren, wat opties creëert om te communiceren met anderstalige personen in detentie.

| Termijn | Hoe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Actoren                                               |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| K       | Verder uitwerken van een aanbod voor genderminderheden en vrouwen bij D&D, bij voorkeur door hen de keuze te geven ofwel aan te sluiten bij een gemengde groep (mannen en vrouwen) ofwel bij een genderspecifieke groep die afgestemd is op de noden van deze groep.                                                                     | D&D                                                   |
| K       | De bekendheid van de interculturele bemiddelaars vergroten voor de diensten die er gebruik van kunnen maken (medische dienst) en de toegang ervan uitbreiden tot andere zorgverleners (vb. D&D).                                                                                                                                         | Bevoegde overheden i.s.m. interculturele bemiddelaars |
| K       | De Vasco vertaalcomputer breder beschikbaar stellen, in eerste instantie voor D&D en penitentiair beambten. Later kan dit uitgebreid worden naar andere actoren in de gevangenis die er momenteel nog geen gebruik van kunnen maken.                                                                                                     | Bevoegde overheden, gevangenisdirectie                |
| K       | Informatie over het beschikbare zorgaanbod, hun finaliteit en de aanmeldingsprocedure toegankelijk maken voor gevangenispersoneel en personen in detentie door deze in verschillende talen, met pictogrammen en op verschillende manieren te verspreiden.                                                                                | Coördinatoren m.b.t. GGZ                              |
| K       | Diverse aanmeldprocedures hanteren voor (geestelijke) gezondheidszorg: een rapportbriefje sturen, via een online systeem een aanvraag doen, doorverwezen worden door diverse instanties waarmee ze in aanraking komen. Door diverse aanmeldmogelijkheden te hanteren vergroot de kans dat meer personen in detentie hun weg naar de zorg | Coördinatoren m.b.t. GGZ                              |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|            | vinden (vb. diegenen met beperkte digitale geletterdheid kunnen een rapportbriefje sturen i.p.v. via het online systeem te werken).                                                                                                                                                                                                                             |                                                                     |
| <b>K-M</b> | Inzetten op de beschikbaarheid en toegankelijkheid van het zorgaanbod voor oudere personen in detentie door bijvoorbeeld een groeps- of individueel aanbod uit te werken voor ouderen en <i>outreaching</i> te werken.                                                                                                                                          | Actoren (G)GZ                                                       |
| <b>K-M</b> | Mogelijkheden tot <i>outreaching</i> werken vergroten voor zorgprofessionals door bijvoorbeeld aan cel te gaan, in eerste instantie voor de PMD's en D&D, later bij voorkeur ook voor andere zorgprofessionals zoals de ELP's van het RIZIV en zorgprofessionals uit de gemeenschappen.                                                                         | Gevangenisdirectie en PB's, coördinatoren m.b.t. (G)GZ              |
| <b>K-M</b> | De toegankelijkheid van de interculturele mediators vergroten door 1) veranderingen op gevangenisniveau (vb. meer lokalen met internetverbinding, en 2) de toegankelijkheid te vergroten op niveau van de intercultureel bemiddelaars door bijvoorbeeld vaste dagen in te plannen voor specifieke talen, in plaats van afspraken te beperken tot bepaalde uren. | Bevoegde overheden, gevangenisdirectie, intercultureel bemiddelaars |
| <b>M</b>   | Groepsaanbod voor D&D en eerstelijnspsychologische zorg toegankelijker maken voor anderstaligen door groepen te ontwikkelen voor de meest voorkomende talen en informatie over D&D in deze talen beschikbaar te maken.                                                                                                                                          | Bevoegde overheden<br>D&D                                           |

Randvoorwaarden: om gelijkwaardigheid van zorg te bekomen is een voldoende groot zorgaanbod noodzakelijk. Om *outreaching* te kunnen werken is het aangewezen dat er met de zorgverleners en anderen actoren (waaronder penitentiair beambten) nagedacht wordt over de nodige maatregelen om dit veilig te laten verlopen.

Dragvlak: De toegankelijkheid van de zorg voor diverse groepen hangt sterk samen met de beschikbaarheid van de zorg. Hoewel in de empirische dataverzameling aan bod kwam dat de pilootprojecten hier graag op willen inzetten, waren de voornaamste drempels om dit te kunnen doen dat er onvoldoende aanbod beschikbaar is of onvoldoende tijd en fysieke ruimte om dergelijk laagdrempelig aanbod uit te werken. Daar waar er gebruik van gemaakt werd, werden de Vasco vertaalcomputer en de interculturele bemiddelaars als goede praktijken benoemd om culturele en linguïstisch diverse populaties te bereiken, maar de beschikbaarheid ervan dient vergroot te worden zodat meer personen er gebruik van kunnen maken.

#### 6.10. AANBEVELINGEN VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Literatuuronderzoek: Er is beperkt onderzoek uitgevoerd naar de behandeling van **vrouwelijke gedetineerden**, ondanks hun specifieke gezondheidszorgbehoeften en specifieke uitdagingen (waaronder hogere prevalentie van trauma, mentale gezondheidsproblemen en middelengebruik) (Friestad, Haukvik, Johnsen & Vatnar, 2023). Bovendien is er een opvallend gebrek aan onderzoek naar behandeling van gedetineerden met **comorbide problemen** (bijvoorbeeld gelijktijdige mentale gezondheidsproblemen en middelengebruik), waarbij slechts één reviewstudie van Perry et al. (2023) zich richt op (oudere) gedetineerden met comorbide problemen. Bovendien heeft geen enkele review de gezondheidszorgbehoeften van **etnische of culturele minderheden** behandeld.

Economische evaluatie: Penitentiaire instellingen kunnen als innovatieplatform fungeren voor het implementeren van nieuwe/alternatieve benaderingen in de zorg zoals het voorgestelde **needs-adjusted integrated capitation financieringssysteem**. We stellen voor om hiertoe een pilootproject in een aantal gevangenissen op te zetten (zowel in arrest- als in strafhuizen gezien de verschillende context) om een geïntegreerde zorgbenadering dat door middel van *needs-adjusted integrated capitation* wordt gefinancierd te implementeren.

Een wetenschappelijke evaluatie van het pilotproject is essentieel om het effect van het *needs-adjusted capitation* model te beoordelen. Dit kan door middel van bijvoorbeeld periodieke rapportages, interviews met

gedetineerde personen en zorgverleners, het bijhouden van zorgresultaten zoals gezondheidstoestand, recidivecijfers en terugkeer naar de samenleving, kosteneffectiviteit van het nieuw zorgmodel in vergelijking met de huidige aanpak en budgetimpact analyse. De evidentie die uit dergelijk onderzoek wordt gegenereerd kan belangrijke informatie verstrekken gericht op *evidence-based policy making*.

Door gevangenissen als **innovatieplatform** te gebruiken voor een *needs-adjusted integrated capitation* model, kunnen belangrijke inzichten worden verkregen over hoe zorg beter afgestemd kan worden op de diverse en vaak complexe behoeften van gedetineerde personen, en tegelijkertijd bijdragen aan het verbeteren van hun gezondheid en re-integratie in de samenleving (positieve bijdrage aan de samenleving).

#### Empirische mixed-method studie:

Tijdens de kwalitatieve bevraging in de gevangenissen kwam de grote nood aan een protocol voor **informatiedeling en beroepsgeheim** aan bod. Hoewel we een aantal bevindingen hieromtrent hebben gedeeld, is er meer onderzoek nodig om een protocol te ontwikkelen voor informatiedeling dat alle actoren in de gevangenis en hun finaliteit in rekening neemt en de best mogelijke werkwijze biedt om geïntegreerde zorg aan te bieden met respect voor de privacy van de zorggebruikers. Daarnaast kan bijkomend onderzoek naar (geestelijke) gezondheidszorg voor genderminderheden (waaronder **vrouwen**) in de gevangenis handvatten bieden om gericht aanbod te ontwikkelen dat aangepast is aan de noden van deze populatie. Als laatste kan onderzoek bijdragen aan de toegankelijk van de zorg voor **etnisch-culturele minderheden en anderstaligen** door op basis van de meest voorkomende anderstalige en etnisch-culturele minderheidspopulaties, de noden van deze populatie en beschikbare wetenschappelijke literatuur, een voorstel te doen voor aangepaste zorg.

Kwantitatief onderzoek kan bijdragen aan de **objectivering en kwantificering** van kwalitatieve bevindingen, maar is afhankelijk van de **beschikbaarheid van data**. Om extra belasting van reeds overbelaste diensten te voorkomen, zou, waar mogelijk, data worden gebruikt die routinematig wordt gegenereerd als onderdeel van lopende activiteiten. Verschillende analysemethoden kunnen worden toegepast op deze indicatoren (zie bijlage 5). Naast wetenschappelijk onderzoek zouden data **structureel** moeten worden ingezet voor **zorgmonitoring en evaluatie** binnen een MEAL-optiek (Monitoring, Evaluation, Assessment, Learning). Een onderzoeksproject kan een ondersteunende rol spelen bij de opbouw en implementatie van een dergelijk evaluatiekader. Indien deze data regelmatig beschikbaar is, kunnen **veranderingen in de kwaliteit van zorg** worden gemonitord en geëvalueerd met behulp van statistische procescontrole (Thor *et al.*, 2007). Daarnaast kan een **onderbroken tijdreeksanalyse** worden toegepast om gevangenissen waar pilootprojecten reeds zijn uitgevoerd te vergelijken met instellingen waar dergelijke initiatieven nog niet zijn geïmplementeerd. Een gestructureerd analysekader werd oorspronkelijk ontwikkeld als onderdeel van dit onderzoeksvoorstel (zie Bijlage 6), maar kon niet worden uitgevoerd vanwege tijdgebrek en onvoldoende datakwaliteit.

## 7. REFERENTIES

- Aldridge, R.W. *et al.* (2018) 'Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis', *Lancet (London, England)*, 391(10117), pp. 241–250. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31869-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X).
- Bagnall, A.-M. *et al.* (2015) 'A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons', *BMC public health*, 15, p. 290. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1584-x>.
- van den Bergh, B.J. *et al.* (2011) 'Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health', *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), pp. 689–694. Available at: <https://doi.org/10.2471/BLT.10.082842>.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W. and Whittington, J. (2008) 'The triple aim: care, health, and cost', *Health Affairs (Project Hope)*, 27(3), pp. 759–769. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>.
- Bielen, R. *et al.* (2018) 'Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries', *Harm Reduction Journal*, 15(1), p. 25. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0230-1>.
- Bodenheimer, T. and Sinsky, C. (2014) 'From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider', *Annals of Family Medicine*, 12(6), pp. 573–576. Available at: <https://doi.org/10.1370/afm.1713>.
- Brosens, D. *et al.* (2024) *Het BruG-project: een grootschalig onderzoek naar re-integratie van personen in gevangnissen in Vlaanderen en Brussel*. Available at: [https://assets.vlaanderen.be/image/upload/v1731922211/repositories-prd/Brosens\\_et\\_al.\\_2024\\_-\\_BRuG\\_integratief\\_rapport\\_digitaal\\_lbdxnd.pdf](https://assets.vlaanderen.be/image/upload/v1731922211/repositories-prd/Brosens_et_al._2024_-_BRuG_integratief_rapport_digitaal_lbdxnd.pdf).
- Chang, Z. *et al.* (2015) 'Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden', *The Lancet. Psychiatry*, 2(10), pp. 891–900. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00234-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00234-5).
- Commissie van Toezicht Kenniscentrum. Medische zorg gedetineerden. <https://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/medische-zorg/gedetineerden/medische-zorg-gedeteneerden/>  
Accessed 29/10/2024
- D'Amour, D. *et al.* (2008) 'A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations', *BMC Health Services Research*, 8(1), p. 188. Available at: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>.
- De Maeseneer, J. and Boeckstaens, P. (2012) 'James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity', *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(600), pp. e522-524. Available at: <https://doi.org/10.3399/bjgp12X652553>.
- Deslich, S.A., Thistlethwaite, T. and Coustasse, A. (2013) 'Telepsychiatry in correctional facilities: using technology to improve access and decrease costs of mental health care in underserved populations', *The Permanente Journal*, 17(3), p. 80.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2024) Vademecum. Verstrekkingenpakket medische zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen. <https://www.dji.nl/justitiabelen/documenten/publicaties/2024/01/02/vademecum-2024-dji> Accessed 28/10/2024

Dienst Justitiële Inrichtingen (n.d.) Justitiabelen met somatische zorg. N.d. <https://www.dji.nl/justitiabelen/onderwerpen/gezondheidszorg-aan-justitiabelen/justitiabelen-met-somatische-zorg> Accessed 28/10/2024

Dos Santos, P.C.P. *et al.* (2022) 'Pooling sputum samples for efficient mass tuberculosis screening in prisons', *Clinical Infectious Diseases*, 74(12), pp. 2115–2121.

DRGSP Justica (n.d.) *Apresentado o Plano de saúde para as prisões*. <https://justica.gov.pt/Noticias/Apresentado-o-Plano-de-saude-para-as-prisoas>

El Zerrouk, A. *et al.* (2021) *RECOvery in PRISon-bis (RECO-PRIS-bis) : evaluatie van het pilootproject in drie Belgische gevangenis : onderzoeksrapport in opdracht van de FOD Volksgezondheid*. Gent, Brussel: UGent & NICC.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022) *Prison and drugs in Europe: current and future challenges*. LU: Publications Office. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/420042> (Accessed: 11 March 2025).

Favril, L. *et al.* (2020) 'Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis', *The Lancet. Psychiatry*, 7(8), pp. 682–691. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30190-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5).

Favril, L. *et al.* (2024) 'Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review', *The Lancet. Public Health*, 9(4), pp. e250–e260. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00023-9).

Fazel, S. *et al.* (2016) 'Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions', *The Lancet Psychiatry*, 3(9), pp. 871–881. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0).

Forman-Dolan, J. *et al.* (2022) 'Burnout among Professionals Working in Corrections: A Two Stage Review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), p. 9954. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph19169954>.

Friestad, C. *et al.* (2023) 'Prevalence and characteristics of mental and physical disorders among female prisoners: a mixed-methods systematic review', *International Journal of Prisoner Health*, 19(4), pp. 599–627. Available at: <https://doi.org/10.1108/IJPH-12-2022-0080>.

Grella, C.E. *et al.* (2020) 'A Scoping Review of Barriers and Facilitators to Implementation of Medications for Treatment of Opioid Use Disorder within the Criminal Justice System', *The International Journal on Drug Policy*, 81, p. 102768. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102768>.

Grella, C.E. *et al.* (2021) 'A scoping review of factors that influence opioid overdose prevention for justice-involved populations', *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), p. 19. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00346-1>.

Harris, F., Hek, G. and Condon, L. (2007) 'Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity', *Health & Social Care in the Community*, 15(1), pp. 56–66. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00662.x>.

Hayton, P. and Boyington, J. (2006) 'Prisons and health reforms in England and Wales', *American Journal of Public Health*, 96(10), pp. 1730–1733.

HM Government (n.d.) *National Partnership Agreement for Health and Social Care for England: Improving the quality of services for people in prison and those subject to statutory supervision by the probation service in the community 2022-2025*.

HM Prison and Probation Service 2014. *Healthcare for offenders*. <https://www.gov.uk/guidance/healthcare-for-offenders#healthcare-in-prisons-in-england> accessed 24/09/2024

Hopkin, G. *et al.* (2018) 'Interventions at the Transition from Prison to the Community for Prisoners with Mental Illness: A Systematic Review', *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(4), pp. 623–634. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0848-z>.

Hu, C. *et al.* (2020) "'When you first walk out the gates...where do [you] go?": Barriers and opportunities to achieving continuity of health care at the time of release from a provincial jail in Ontario', *PLOS ONE*, 15(4), p. e0231211. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231211>.

Hutchings, R. and Davies, M. (2021) 'How prison health care in England works', *Nuffield Trust* [Preprint].

Jamin, D. *et al.* (2021) "'My first 48 hours out": drug users' perspectives on challenges and strategies upon release from prison', *Harm Reduction Journal*, 18(1), p. 32. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00480-w>.

Kendall, S. *et al.* (2018) 'Systematic review of qualitative evaluations of reentry programs addressing problematic drug use and mental health disorders amongst people transitioning from prison to communities', *Health & Justice*, 6(1), p. 4. Available at: <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0063-8>.

Kinner, S.A. and Wang, E.A. (2014) 'The Case for Improving the Health of Ex-Prisoners', *American Journal of Public Health*, 104(8), pp. 1352–1355. Available at: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301883>.

Kokko, P. (2022) 'Improving the value of healthcare systems using the Triple Aim framework: A systematic literature review', *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 126(4), pp. 302–309. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.005>.

Kronfli, N. *et al.* (2018) 'Interventions to increase testing, linkage to care and treatment of hepatitis C virus (HCV) infection among people in prisons: A systematic review', *The International Journal on Drug Policy*, 57, pp. 95–103. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.003>.

Kronfli, N. *et al.* (2025) 'Improving implementation of needle and syringe programmes to expand, scale up, and sustain evidence-based prevention interventions for HIV and hepatitis C in prisons', *The Lancet Public Health*, 10(1), pp. e63–e70. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00275-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00275-5).

Kurdyak, P. *et al.* (2022) 'Prevalence of mental health and addiction service use prior to and during incarceration in provincial jails in Ontario, Canada: a retrospective cohort study', *The Canadian journal of psychiatry*, 67(9), pp. 690–700.

Leaman, J. *et al.* (2017) 'Improving health in prisons - from evidence to policy to implementation - experiences from the UK', *International Journal of Prisoner Health*, 13(3–4), pp. 139–167. Available at: <https://doi.org/10.1108/IJPH-09-2016-0056>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het Nederlandse Zorgstelsel. 2016 <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-5f6ea9d9-c8b5-4f2a-903b-1732d9579578/pdf> Accessed 28/10/2024

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Toezicht medische zorg in justitiële inrichtingen. [Toezicht medische zorg in justitiële inrichtingen | Justitiële inrichtingen | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#) Accessed 07/11/2024

Mistiaen, P. *et al.* (2017) 'Health care in Belgian prisons: Scientific report', *KCE Report 293* [Preprint]. [Health care in Belgian prisons: Scientific report](#) accessed 30/03/25

Mouriño, M. *et al.* (2013) 'Late diagnosis of HIV infection among prisoners', *AIDS reviews*, 15(3), pp. 146–151.

NHS England (2021) '[NHS commissioning: health and justice](#)' accessed 23/09/2024

Nundy, S., Cooper, L.A. and Mate, K.S. (2022) 'The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity', *JAMA*, 327(6), pp. 521–522. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023) *Portugal: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

de Oliveira, C. *et al.* (2022) 'Health care costs of individuals with chronic psychotic disorders who experience incarceration in Ontario', *Psychiatric services*, 73(7), pp. 760–767.

Page, M.J. *et al.* (2021) 'The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews', *bmj*, 372.

Perry, A.E. *et al.* (2023) 'Effects of interventions on depression and anxiety in older people with physical health problems in the criminal justice system: a systematic review', *The Lancet. Healthy Longevity*, 4(8), pp. e431–e440. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00111-3](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00111-3).

Pontes, N. and Dore, A.P. (2016) 'Improving Prison Conditions by Strengthening the Monitoring of HIV, HCV, TB and Harm Reduction'.

Rekenhof (2022) *Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden*. Available at: <https://www.ccrek.be/nl/publicatie/hulp-en-dienstverlening-aan-gedetineerden>.

Rijksoverheid (n.d.) *Zorgverzekering*. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-gebeurt-er-met-mijn-zorgverzekering-als-ik-in-de-gevangenis-zit> Accessed 28/10/2024

RIZIV (n.d.) *Terugbetaalde zorg voor gedetineerden*. Available at: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/verzorging-kosten-en-terugbetaling/verzekerbaarheid/terugbetaalde-zorg-voor-gedetineerden#:~:text=Sinds%201%20januari%202023%20vergoeden,en%20verzekerd%20bij%20een%20ziekenfonds>.

Rowlandson, A. *et al.* (2024) 'The cost-effectiveness of mental health interventions amongst prison populations: a systematic review (research letter to the editor)', *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 35(4), pp. 622–628.

Sander, G. *et al.* (2016) 'Overview of harm reduction in prisons in seven European countries', *Harm Reduction Journal*, 13(1), p. 28. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0118-x>.

Schippers, G.M. *et al.* (1998) 'Effectiveness of a drug-free detention treatment program in a Dutch prison', *Substance Use & Misuse*, 33(4), pp. 1027–1046. Available at: <https://doi.org/10.3109/10826089809056253>.

Simpson, A.I.F. *et al.* (2021) 'A Systematic Review of Reviews of Correctional Mental Health Services Using the STAIR Framework', *Frontiers in Psychiatry*, 12, p. 747202. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.747202>.

Smith-Merry, J. *et al.* (2019) 'A narrative review of mental health support for people during transition from incarceration to community: the grass can be greener on the other side of the fence', *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 28(2), pp. 189–197. Available at: <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466029>.

South, J. *et al.* (2016) 'A qualitative synthesis of the positive and negative impacts related to delivery of peer-based health interventions in prison settings', *BMC health services research*, 16(1), p. 525. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1753-3>.

Stürup-Toft, S., O'Moore, E.J. and Plugge, E.H. (2018) 'Looking behind the bars: emerging health issues for people in prison', *British Medical Bulletin*, 125(1), pp. 15–23. Available at: <https://doi.org/10.1093/bmb/idx052>.

Thor, J. *et al.* (2007) 'Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic review', *BMJ Quality & Safety*, 16(5), pp. 387–399. Available at: <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.022194>.

Underhill, K., Dumont, D. and Operario, D. (2014) 'HIV prevention for adults with criminal justice involvement: a systematic review of HIV risk-reduction interventions in incarceration and community settings', *American Journal of Public Health*, 104(11), pp. e27-53. Available at: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302152>.

Winkelman, T.N. *et al.* (2022) 'Universal health coverage and incarceration', *The Lancet Public Health*, 7(6), pp. e569–e572.

World Health Organisation (2013) *Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health*. Copenhagen, Denmark: Universität Tübingen. [Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health](#) accessed on 28/03/2025

World Health Organization (2023) 'Status report on prison health in the WHO European Region 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe'. [Status report on prison health in the WHO European Region 2022](#) accessed on 28/03/2025

World Health Organization (n.d.) *Bridging the health gap in Portugal's prisons*. [Bridging the health gap in Portugal's prisons](#). Accessed 8/11/2024

Yoon, I.A., Slade, K. and Fazel, S. (2017) 'Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: A systematic review and meta-analysis', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), pp. 783–802. Available at: <https://doi.org/10.1037/ccp0000214>.

- Bijlage 1: WP1 - Rapport Literatuuronderzoek
- Bijlage 2: WP2 – Rapport Vlaamse gevangenen
- Bijlage 3: WP 2 - Rapport des prisons francophones
- Bijlage 4: WP3 – Aanbevelingen economische evaluatie
- Bijlage 5: Voorgestelde indicatoren voor gezondheidsmonitoring
- Bijlage 6: Protocol Ethisch Comité
- Bijlage 7: Voorbeeld van een “Feuille de Route” (Macadam)
- Bijlage 8: Voorbeeld Anamnese (Lantin)
- Bijlage 9: GDEPI Conventie (Macadam)
- Bijlage 10: Voorbeeld Tripartiet Conventie (Macadam)
- Bijlage 11: Interviewleidraad zorggebruikers
- Bijlage 12: Interviewleidraad management
- Bijlage 13: Qualtrics vragenlijst
- Bijlage 14: Zoekstrategie economische literatuurstudie
- Bijlage 15: Interviewleidraad stakeholderspanels
- Bijlage 16: *Informed consent* formulier (D&D Gent en Dendermonde Nieuw)