Eerstelijnszorg in de Nederlandse gevangenissen:

Een explorerend beschrijvende studie door middel van interviews

Mathieu Hallyn (HAIO), Universiteit Gent

Promotor: Dr. Veerle Vyncke, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Jan Matthys, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

Het schrijven van deze masterproef was een leerrijke en uitdagende ervaring. Om deze opdracht tot een goede einde te brengen kon ik gelukkig rekenen op de inzet en steun van een aantal personen die ik hiervoor uitdrukkelijk wil bedanken.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor, Dr. Veerle Vyncke, en mijn co-promotor, Dr. Jan Matthys bedanken voor hun begeleiding en uitgebreide feedback die mij enorm vooruit geholpen heeft tijdens mijn onderzoek. In het bijzonder wil ik Dr. Jan Matthys bedanken voor de moeite en tijd die hij gestoken heeft in het helpen afnemen , het beluisteren en interpreteren van de interviews.

Om deze masterproef te mogen schrijven heb ik toestemming gevraagd aan Dr. Anneleen Miclotte om haar masterproef als uitgangspositie te gebruiken om de situatie in Nederland te onderzoeken. Ik dank haar voor het delen van haar ervaringen en tips in verband met het afnemen van de interviews.

De veertien gevangenisartsen en twee verpleegkundigen die bereid waren tot afname van een interview wil ik van harte bedanken voor hun enthousiaste medewerking. Het is niet altijd evident om als drukbezette arts of verpleegkundige een half uur tijd te vrij te maken. Toch hebben deze respondenten dit bereidwillig gedaan.

Een verantwoordelijke van het FMMU, heeft mij enorm vooruit geholpen, door in zijn naam, de artsen vriendelijk te verzoeken om mee te werken aan deze masterproef. Ook voor de hartelijke ontvangst in het hoofdkantoor te Utrecht wil ik hem bedanken.

Ook wil ik de verantwoordelijke van de dienst Organisatie en Zorg van het FOD Justitie, te Brussel, bedanken om mij persoonlijk te woord te staan.

Tot slot wil ik mijn verloofde, Anaïs Lebbe, bedanken voor haar onvoorwaardelijke steun en advies bij het neerschrijven van dit wetenschappelijk onderzoek.

Abstract

Inleiding: Huisartsen in de Nederlandse gevangenissen spelen een belangrijke rol in de eerstelijnszorg voor gevangenen. Bij deze artsen, die doorgaans ook huisarts zijn in een praktijk buiten de gevangenis, liggen hun taken en uitdagingen binnen de gevangenis toch iets anders. Gevangenen zijn een populatie met specifieke noden en zorgen. Bij hen ontbreekt de vrije keuze van zorg, en er is vaak ook een cultuur- en/of taalbarrière. Bovendien is de psychische en somatische problematiek anders. De Masterproef van Dr. Anneleen Miclotte (1) onderzocht de gezondheidszorg in de Vlaamse gevangenissen. Het doel van deze masterproef is meer inzicht te krijgen in de gezondheidszorg in de Nederlandse gevangenissen.

Methode: Een oriënterend literatuuronderzoek werd uitgevoerd met behulp van volgende MeSH-termen: 'prison', 'primary health care', 'general practitioners' en 'The Netherlands' en de zoekterm 'detention'. Hierdoor kregen we meer inzicht in de gezondheidszorg in het algemeen en meer specifiek ook in de organisatie van de gezondheidszorg in de Belgische en Nederlandse gevangenissen. Aanvullend werd door middel van een semi-gestructureerde vragenlijst een representatieve groep van Nederlandse gevangenisartsen geïnterviewd. Dit interview verliep ofwel face-to-face zonder audio-opname ofwel telefonisch met audio-opname.

Resultaten: In totaal werd bij 14 artsen een interview afgenomen (4 vrouwelijke artsen en 10 mannelijke artsen). De gemiddelde leeftijd van de bevraagde artsen was 48 jaar. Zes interviews werden persoonlijk afgenomen in de gevangenis. Omdat een GSM niet toegelaten is, konden deze interviews niet worden opgenomen. In een latere fase werd telefonisch tien artsen bevraagd met audio-opname. Om meer inzicht te krijgen in bepaalde topics aangaande de eerstelijnszorg in de gevangenis zijn bijkomende interviews afgenomen met het FMMU, de dienst Organisatie en Zorg van het FOD Justitie België, en met twee verpleegkundigen o.a. met een verpleegkundige werkzaam in een gevangenis over de manier waarop de intake gedaan wordt door de verpleegkundigen. De kwantitatieve aspecten van de antwoorden van de interviews worden weergegeven met Ja/Neen antwoorden , kwalitatieve aspecten (dit zijn de nuanceringen of opmerkingen bij het antwoord) zijn per vraag neergeschreven.
De meeste artsen in de Nederlandse gevangenis rapporteren een lagere tijdsdruk in vergelijking met de huisartsenpraktijk. De algemene werkdruk ligt echter niet lager gezien de zorgbehoefte per gedetineerde beduidend hoger ligt. Net zoals in de Nederlandse huisartsenpraktijk bestaat er een systeem van triage dat werkt. Dit blijkt één van de grote verschilpunten te zijn met het Belgische systeem. De mogelijkheden voor anamnese, klinisch en technisch onderzoek worden aanvaardbaar geacht, er zijn , en er zijn voldoende medicamenteuze en niet-medicamenteuze mogelijkheden . De respondenten geven aan dat voldoende psychiaters en psychologen aanwezig zijn in elke gevangenis. Het EMD-programma MicroHIS wordt echter niet door iedereen als gebruiksvriendelijk beschouwd. In het algemeen voelen alle gevangenisartsen zich veilig en vinden ze de verloning terecht. . De basisopleiding tot huisarts blijkt onvoldoende om te werken in de specifieke setting van het gevangeniswezen. Wanneer de gedetineerde na vrijlating zich opnieuw moet integreren in de samenleving is er in het algemeen te weinig begeleiding door beperkte ontslag- of rehabilitatieprogramma's.

Conclusie: Alhoewel het de perceptie is bij de Nederlandse gevangenisartsen dat voldoende middelen voor diagnose en behandeling bestaan, blijkt bij navraag dat de medische zorg in de gevangenissen kwalitatief nog kan verbeterd worden.. Meer onderzoek naar de gezondheidszorg in de gevangenissen is aangewezen. Hiervoor dient de gevangenis wel researchvriendelijker te worden.

Inhoudsopgave

1. INLEIDING **1**

2. ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK **2**

2.1 GEZONDHEIDSZORG IN DE GEVANGENIS 2

2.1.1 Somatische zorg *2*

2.1.2 Psychiatrische zorg *3*

2.1.3 Mortaliteit *4*

2.2 SITUATIE IN BELGIË 4

2.2.1 Organisatie zorg *4*

2.2.2 Wetgeving *5*

2.2.3 Populatie *5*

2.3 SITUATIE IN NEDERLAND 5

2.3.1 Organisatie en structuur *5*

2.3.2 Wetgeving *7*

2.3.3 Medische zorg *7*

3. ONDERZOEKSMETHODE **10**

3.1 ONTWIKKELING INTERVIEWGUIDE 10

3.2 SELECTIE VAN DE DEELNEMERS 11

3.3 AFNAME INTERVIEW 11

3.4 ANALYSE 12

4. RESULTATEN **12**

4.1 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS ARTSEN 12

4.2 BIJKOMENDE INTERVIEWS 15

4.3 KWANTITATIEVE ASPECTEN 15

4.4 KWALITATIEVE ASPECTEN 18

5. DISCUSSIE **27**

6. BESLUIT **30**

7. REFERENTIES **31**

8. AFKORTINGEN **33**

9. BIJLAGE **34**

9.1 VRAGENLIJST 34

9.2 INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER 37

9.3 ETHISCH COMITÉ: ONDERZOEKSPROTOCOL + GOEDKEURING 39

1. Inleiding

Net zoals in het leven buiten de gevangenismuren spelen huisartsen een centrale rol in de eerstelijnsgezondheidszorg voor gevangenen. Ze vormen een eerste opvang voor gezondheidsproblemen en verwijzen indien nodig gericht door naar specialistische hulpverlening.
De huisartsen die in de gevangenissen werken, zijn doorgaans eveneens werkzaam in een huisartsenpraktijk buiten de gevangenis. Hoewel deze huisarts dezelfde 'functie' heeft binnen als buiten de gevangenis, zijn er toch heel wat verschillen in praktijkvoering.
Het zijn deze artsen, werkzaam in de Nederlandse gevangenissen, die de specifieke doelgroep zijn in dit kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

De Masterproef van Dr. Anneleen Miclotte onderzocht reeds de gezondheidszorg in de Vlaamse gevangenissen door artsen te interviewen aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst. De auteur van de scriptie kwam tot de conclusie dat de klassieke onderdelen van een huisarts-consult (anamnese, klinisch onderzoek, diagnostiek, therapie) in principe vergelijkbaar zijn met de gewone huisartspraktijk. Echter, de algemene indruk was dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in de Vlaamse gevangenissen een aantal beperkingen toont. Deze zijn onder andere de hogere tijdsdruk door overbevolking, het gebruiksonvriendelijke EMD, onvoldoende tolkmogelijkheden en lange wachttijden bij verwijzing. Ook zou de toegang tot de psychische zorgverlening niet volstaan. De toegang tot psychiatrische zorg rapporteerden de helft van de ondervraagden als voldoende. De financiële middelen voor de gezondheidszorg in de Vlaamse gevangenissen worden doorgaans ervaren als beperkt. Ook zijn er weinig bijscholingsmogelijkheden over relevante topics(1).
Er was bovendien een duidelijke vergrijzing op te merken bij de huisartsen werkzaam in de Vlaamse gevangenissen, waardoor het belangrijk is dit onderwerp meer kenbaar te maken aan de afstuderende huisartsen. Niettegenstaande de vermelde beperkingen, is het werk als gevangenisarts volgens de meeste respondenten een job met veel boeiende aspecten. Het werk vertoont veel variatie, men komt in contact met een diverse patiëntenpopulatie en uitzonderlijke pathologieën. Als gevangenisarts leert men ook werken in een team, wat interessant kan zijn voor een startende arts(1).

Dr. Miclotte benadrukte in haar besluit dat verder onderzoek in Europa aanvullende informatie kan geven om de Vlaamse gezondheidszorg in de gevangenissen te verbeteren of ondersteunen. Deze masterproef is een Duodecim-project dat aansluit bij haar onderzoek. De keuze om de situatie in Vlaanderen te vergelijken met de situatie in Nederland is enerzijds gebaseerd op het feit dat net zoals in België de gezondheidszorg voor gedetineerden valt onder de bevoegdheid van het ministerie van Justitie en Veiligheid in tegenstelling tot de meeste andere Europese landen. Bovendien is er geen taalbarrière wat nefast zou zijn om een kwalitatief interview af te nemen. De vergelijking maken met de Waalse gevangenissen lijkt minder interessant gezien de gezondheidzorg in België op federaal niveau geregeld wordt waardoor dit weinig extra informatie zou opleveren(1).

Het doel van deze masterproef is door middel van een gelijkaardige semi-gestructureerde vragenlijst meer inzicht te krijgen in de gezondheidszorg in de Nederlandse gevangenissen. Het onderzoek focust zich op meningen, opinies en persoonlijke ervaringen van de huisartsen in de Nederlandse gevangenissen. Mogelijke verschillen tussen de consultvoering in de gevangenis en de huisartsenpraktijk worden nagegaan. Daarna worden ook de resultaten van de situatie in

Nederland vergeleken met de resultaten van de situatie in België, met het doel te kunnen leren van de zwakten en sterkten van de verschillende systemen.

In de literatuur is er nog maar een beperkt aantal artikels verschenen over de gezondheidszorg in de gevangenissen, net omdat dit een populatie is die moeilijker bereikbaar is voor onderzoek. Er moet namelijk rekening gehouden worden met verschillende veiligheidsvoorschriften en de medewerking van de gevangenisdirectie. Ook is dit onderwerp minder 'populair' om onderzoek naar te doen, gezien gedetineerden nog steeds beschouwd worden als aan de rand van de maatschappij.

Nochtans is dit onderwerp maatschappelijk relevant, zo is de Belgische staat de laatste jaren verschillende malen veroordeeld geweest door het Europees Hof voor de rechten van de Mens, het Europees Comité voor de Preventie van Foltering (CPT) en het Committee against Torture (CAT). Dit wegens schending van artikel 5§1 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), omdat geïnterneerden te vaak opgesloten worden in de gevangenis in plaats van een aangepaste instelling waar voldoende psychiatrische hulp gegeven kan worden (2,3).

2. Oriënterend literatuuronderzoek

Aan de hand van de literatuurstudie en referenties die vermeld werden in de thesis van Dr. Miclotte (1) werden relatief snel goede artikels gevonden die relevant zijn voor mijn onderwerp. Naast deze referenties heb ik ook een eigen literatuuronderzoek gedaan
Volgende bronnen werden geraadpleegd:

- PubMed: aan de hand van MeSH-termen ‘prisons’, ‘primary health care’, ‘general practitioners’ en 'The Netherlands'. Ook de zoekterm ‘detention’ werd ingevoerd tijdens het zoeken op PubMed. Verschillende combinaties van deze zoektermen werden gebruikt. Via 'Similar articles' werden nog meer artikels gevonden. De gevonden artikels werden beoordeeld op basis van titel en abstract.
- Google: via deze zoeksite werd meer informatie opgezocht over de Nederlandse penitentiaire inrichtingen. Hierdoor werden onder meer de sites www.indegevangenis.nl, www.commissievantoezicht.nl, www.wetten.overheid.nl en www.gevangenenzorg.nl gevonden
- De website www.dji.nl of Dienst Justitiële Inrichtingen verschafte meer informatie over detentie in Nederland.

Allereerst word gezondheidszorg in de gevangenissen over het algemeen besproken. Daarna wordt de huidige organisatie in de Vlaamse en Nederlandse gevangenissen geschetst.

2.1 Gezondheidszorg in de gevangenis

2.1.1 Somatische zorg

Gedetineerden zijn een specifieke groep, met iets andere noden dan de normale populatie buiten de gevangenis. Dit vooral door het ontbreken van een vrije keuze in het vragen van zorg, maar vaak ook door een cultuur- en/of taalbarrière. Bovendien is de psychische en somatische problematiek vaak complexer. Ook de gevangenisomgeving op zich kan 'ziekmakend' zijn. Resultaten van een onderzoek in de Verenigde Staten toonde aan dat er procentueel meer

gevangenen leiden aan astma, diabetes, hypertensie en artritis in vergelijking met de algemene populatie(4).

Vergrijzing van de populatie:
Net zoals buiten de gevangenismuren zal ook de stijgende levensverwachting te merken zijn binnen de gevangenissen. Hierdoor zal er een toenemende vraag zijn naar chronische zorg voor de steeds stijgende prevalentie van leeftijdsgebonden aandoeningen zoals diabetes, hypertensie, hartfalen... Zo zag men in de gevangenis in Texas reeds een stijging van het aantal 55-plussers met 150% over een periode van 12 jaar (1990-2002). Dit was beduidend hoger dan de stijging van 32% die men zag in de algemene populatie(5).

Meer infectieziekten:
Binnen de gevangenismuren ziet men een hogere prevalentie van HIV, hepatitis B, hepatitis C, syfilis, gonorroe, chlamydia, TBC, MRSA, Varicella Zoster, influenzavirus, scabiës en luizen. De hogere prevalentie van deze besmettelijke aandoeningen kan verklaard worden door een verminderde toegang tot voorbehoedsmiddelen (condooms), geen naald-uitwisselingsprogramma's, beperkte toegang tot desinfecterend materiaal, meer tattoos, meer druggebruik, overbevolking, late diagnosestelling en slechte verluchting(6).

Geslachtsafhankelijke verschillen:
In een literatuurstudie van Watson et al. concludeerde men dat vrouwelijke gevangenen dezelfde gezondheidsproblemen hebben als hun mannelijke lotgenoten. Men zag echter wel dat de prevalentie van zowel psychiatrische aandoeningen, middelenmisbruik als seksueel overdraagbare aandoeningen hoger lag dan bij de mannen(7).

2.1.2 Psychiatrische zorg

Prevalentie psychiatrische aandoeningen:
In een review van Fazel et al. werd aan de hand van 62 studies de prevalentie nagegaan van psychiatrische aandoeningen (psychose, ernstige depressie en persoonlijkheidsstoornissen) in een populatie van 22790 gedetineerden verspreidt over twaalf Westerse landen. Men zag een beduidend hogere prevalentie van psychose (man: 3.7%, vrouw: 4%)) en majeure depressie (man:10%, vrouw: 12%) in vergelijking met de algemene populatie. Het aantal patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis was met een prevalentie van 43% ongeveer tien maal hoger dan normaal. Deze cijfers benadrukken de nood aan psychiatrische zorg voor gedetineerden(8).

Antidepressiva:
In vergelijking met de algemene populatie zien we dat gevangenen procentueel veel meer psychofarmaca nemen. Als arts is het de taak om op een gemotiveerde manier te patiënt te overtuigen om hun medicatiemisbruik langzaam af te bouwen zonder de patiënt te verliezen. Het plots stopzetten van benzodiazepines kan de patiënt volledig uit evenwicht brengen en een enorme stress teweeg brengen. Een goede arts-patiëntrelatie kan er voor zorgen dat patiënten meer open staan voor niet-medicamenteuze behandeling van hun psychische of psychiatrische problemen. Het vormt een uitdaging om ook voor gedetineerden een volwaardige aanbod aan cognitieve gedragstherapie te voorzien ok is het moeilijk om als arts of psychiater het onderscheid te maken tussen een depressie en een verstaanbare reactie op de moeilijke sociale situatie waarin gedetineerden terecht komen. Gezien antidepressiva naast hun gunstige werking

op de gemoedstoestand ook vele bijwerkingen kent, dient de diagnose majeure depressie dan ook met zorg gesteld te worden(9).

In een longitudinale studie van Beijersbergen et al. werd de invloed nagegaan van een respectvolle behandeling en correct justitieel proces op het psychologisch welzijn van de justitiabelen. De conclusie was dat een eerlijke en respectvolle behandeling zorgde voor minder stress, angst en depressie bij de justitiabelen(10).

Verslaving

Het aantal patiënten met een alcoholafhankelijkheid bedraagt volgens een review 17 tot 30% bij mannen en 10 tot 24% bij vrouwen. Een aantal patiënten met een drugsverslaving bij intake was 10 tot 48% bij mannen en 30 tot 60% bij vrouwen(11).
Alcohol- en drugmisbruik verhogen het risico op het ontstaan van zowel acute als chronische somatische aandoeningen alsook het risico op psychologische problemen. Wanneer niet kordaat aangepakt tijdens het verblijf in een penitentiaire inrichting hebben deze groep patiënten bovendien een grotere kans op herval in misdadige activiteiten die opnieuw kunnen leiden tot vrijheidsberoving. Om verslavingszorg op punt te stellen dient in eerste instantie zowel bij intake als tijdens de gevangenschap gescreend te worden naar middelenmisbruik. Een aangepast beleid om ontwenningsverschijnselen zowel medicamenteus als niet-medicamenteus te ondersteunen verhoogt de slaagkansen op een succesvolle afkickperiode(11).

2.1.3 Mortaliteit

Zelfdoding is de meest voorkomende doodsoorzaak in de gevangenissen volgens een observationeel onderzoek van Fazel et al. (12) dat 861 gevallen van suïcide in twaalf landen collecteerde tussen 2003 en 2007.. De incidentie van suïcide werd geschat op 50 tot 150 per 100.000 mannelijke gedetineerden per jaar. Daarmee lag het risico ongeveer drie maal hoger dan in de algemene populatie (11,12).

Mannelijke gedetineerden die vrijkwamen uit de Washington state prison hadden 29 keer meer kans om te overlijden door allerlei oorzaken in de eerste week na hun vrijlating, dan mannen met dezelfde leeftijd en hetzelfde ras uit de algemene populatie. Voor vrouwelijke vrijgekomen gedetineerden was dit risico zelfs 69 keer hoger(13).
De overgang van het leven in detentie naar de gemeenschap lijkt een stressvolle periode te zijn. De ex-gedetineerde dient zich te verzekeren van een veilige thuis en werkgelegenheid, banden met familie en vrienden moeten eventueel hersteld worden of terug worden aangegaan. In sommige gevallen heeft men ook nog te maken met druggebruik en mentale gezondheidsklachten. Tijdens deze overgangsperiode is er tevens een grotere kans op risicovolle seksuele activiteiten. De vaakst voorkomende doodsoorzaken na vrijkomen zijn dan ook niet-natuurlijk oorzaken zoals moord, zelfdoding en overdosis(11).

2.2 Situatie in België

2.2.1 Organisatie zorg

Er zijn in België 34 gevangenissen, 16 in Vlaanderen, 16 in Wallonië en 2 in Brussel. In de penitentiaire inrichting van Tilburg huurde België tot eind 2016 daarenboven 650 detentieplaatsen (1,14).

Elke gevangenis heeft een Dienst Gezondheidszorg met onder andere algemene geneeskunde, tandheelkunde en psychiatrie. In deze Belgische gevangenissen zijn ongeveer 300 zelfstandige artsen werkzaam. De gezondheidszorg in de gevangenissen wordt onderverdeeld in eerste- en tweedelijnszorg en psychiatrische verzorging. Gedetineerden hebben het recht om dagelijks op bepaalde uren een gevangenisarts te consulteren (eerstelijnszorg). Voor de tweedelijnszorg bestaan er drie gespecialiseerde centra in Brugge, Sint-Gillis en Lantin met geneesheerspecialisten, waar de gedetineerden naar getransporteerd worden. Voor dringende gevallen kunnen gedetineerden ook overgebracht worden naar een lokaal ziekenhuis mits permanente bewaking door telkens twee gevangenisbewakers en dit de klok rond. Zij worden in het ziekenhuis ook constant geketend aan het ziekbed in een aparte voor hen gereserveerde kamer(1,14).

2.2.2 Wetgeving

Sinds 2005 is er een basiswet in België betreffende het gevangeniswezen. Hierin staat dat gedetineerden en geïnterneerden recht hebben op een gezondheidszorg die gelijkwaardig is aan deze in de vrije samenleving en die aangepast is aan zijn/haar specifieke noden. Concreet betekent dit dat elke gedetineerde of geïnterneerde een recht heeft om dagelijks een arts te consulteren indien zij dit nodig achten. Afwijkend op de wet betreffende de rechten van de patiënt is dat er slechts een beperkte keuze is van de behandelende arts en dat men geen afschrift van eigen patiëntendossier kan verkrijgen(15).

2.2.3 Populatie

In België bestaan drie soorten gedetineerden: 1) beklaagde/verdachte: in afwachting op een veroordeling, 2) veroordeelde, en 3) geïnterneerde: heeft een misdrijf gepleegd maar heeft ook een psychische stoornis die ervoor zorgt dat de geïnterneerde niet in staat is om zijn eigen daden te controleren(14).

2.3 Situatie in Nederland

2.3.1 Organisatie en structuur

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) valt onder het Ministerie van Veiligheid en Justitie onder leiding van de Minister van Veiligheid en Justitie. De DJI bestaat uit drie divisies (1. Gevangeniswezen/ Vreemdelingenbewaring, 2. Forensische zorg/justitiële jeugdinrichtingen, 3. Individuele zaken), een aantal directies en landelijke diensten. Het hoofdkantoor is in Den Haag en staat onder leiding van de hoofddirecteur DJI (Peter Hennephof)(16).

Met 38 inrichtingen verspreid over het land en ongeveer 13500 werknemers is de DJI een van de grootste overheidsorganisaties van Nederland. Jaarlijks stromen er ongeveer 37500 nieuwe justitiabelen binnen (16). 'Justitiabelen' is de term die gebruikt wordt voor personen die aan de rechtsmacht van een rechtsprekende instantie of wetgever zijn onderworpen. Dit zijn: volwassenen die wachten op een vonnis, veroordeelde volwassenen, jongeren die wachten op een vonnis, veroordeelde jongeren, volwassen die psychiatrische behandeling of zorg nodig hebben, illegalen of aan de grens geweigerde vreemdelingen. Naast de 24 penitentiaire inrichtingen zijn er ook 3 justitiële jeugdinrichtingen, 2 forensisch psychiatrische centra, 3 detentiecentra en landelijke diensten (zoals de Dienst Vervoer en Ondersteuning en de Dienst Geestelijke Verzorging)(16).

Capaciteit

Deze penitentiaire inrichtingen hebben samen een capaciteit van 11.497 plaatsen in 2015. De capaciteit is de laatste vier jaar afgenomen met 900 plaatsen, dit om zoveel mogelijk af te stemmen op een daling van het aantal gedetineerden en tevens te voldoen aan bepaalde bezuinigingsopdrachten. Zo werd vanaf september 2015 de locatie Nörgerhaven van PI Veenhuizen verhuurd aan Noorwegen. De PI Tilburg werd van 2010 tot eind 2016 verhuurd aan de Belgische overheid en dit wegens plaatsgebrek in België(16).

Detentieratio

Het Nederlandse gevangeniswezen zorgt dagelijks voor ongeveer 9000 gedetineerden. Dit komt neer op een detentieratio van 57 per 100.000 inwoners. Hiermee heeft Nederland één van de laagste detentieratio's binnen Europa (na Finland: 54 per 100.000 inwoners). In België is de detentieratio 98 per 100.000 inwoners (24). De Verenigde Staten van Amerika is na de Seychellen de koploper met een detentieratio van 698 per 100.000 inwoners in 2013 (25).
Sinds enkele jaren ziet men een daling van de bezetting van de PI. In 2011 waren er 10914 gedetineerden, in 2015 bedroeg dit aantal 8425. Dit komt neer op een daling van ongeveer 25% (16).

Kosten aan de maatschappij

Eén plaats in een gevangenis kostte 245 euro per dag in 2015 (16).

Soorten inrichtingen

Voor *volwassenen* zijn er gevangenissen en huizen van bewaring, die penitentiaire inrichting (PI) worden genoemd. De gevangenis is waar gedetineerden terecht komen die reeds veroordeeld zijn en hun gevangenisstraf kennen. Het Huis van Bewaring (HvB) is bestemd voor gedetineerden die in voorlopige hechtenis verblijven en nog niet in eerste aanleg zijn veroordeeld.
Zowel de huizen van bewaring als de gevangenissen kennen naast het reguliere regime differentiaties voor specifieke doelgroepen (16):

- Extra Zorg Voorziening (EZV)

  Een EZV is in elke PI aanwezig. Deze staat in voor de zorg van kwetsbare gedetineerden, die niet kunnen functioneren in het reguliere regime, maar hier is geen psychiatrische behandeling voorzien.

- Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC)

  Gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of psychische problemen komen hier terecht. Er zijn vier PPC in Nederland (Haaglanden, Vught, Zaanstad, Zwolle).

- Justitieel Centrum voor Somatische Zorg (JCvSZ)

  Bestemd voor patiënten die niet-spoedeisende somatische zorg nodig hebben. In PI Haaglanden, locatie Schevingen, is er een JCvSZ.

- Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD)

  Meerderjarige, zeer actieve veelplegers (draaideurcriminelen) kunnen per vonnis maximaal 2 jaar geplaatst worden in een ISD. In deze periode volgen de veelplegers binnen een ISD-inrichting een intensief re-integratieprogramma.

- Arrestantencentrum

  Dit centrum dient voor personen die door de politie zijn aangehouden wegens een openstaand vonnis.

Voor *jongeren* zijn er speciale inrichtingen, de rijks justitiële jeugdinrichtingen (RJI): RJI De Hartelborgt, RJI Den Hey-Acker en RJI De Hunnerberg.
Voor *vreemdelingen* maakt DJI gebruik van detentiecentra (DC). Detentiecentra zijn tijdelijke huizen van bewaring waar vooral buitenlandse drugskoeriers en illegalen worden ondergebracht(16).

2.3.2 Wetgeving

Recht op gezondheidszorg

In Nederland heeft iedereen en dus ook de gedetineerde recht op medische zorg (zowel lichamelijk als geestelijk) die gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg buiten de gevangenis(17). De zorg moet wel passen binnen de beperkingen van een gevangenisstraf. Het gevangeniswezen is voor de gedetineerden verantwoordelijk en heeft namens de overheid een zorgplicht. Daartoe heeft elke inrichting een medisch team met een arts, tandarts, psycholoog, psychiater en verpleegkundigen. Een aantal gedetineerden heeft tevens te maken met psychiatrische problemen. Naast gedetineerd zijn zij ook patiënten, die een specifieke zorg nodig hebben: voor hun eigen veiligheid, voor de veiligheid van de instelling en voor de veiligheid van de samenleving waarin ze na hun straf terugkeren(17).

Zorgverzekering en zorgtoeslag

Op het moment dat een persoon in de gevangenis komt, zal deze dit moeten doorgeven aan de zorgverzekering. De basisverzekering wordt dan tijdelijk opgezegd en dient ook niet meer betaald te worden. De zorgverzekering heeft het recht om de aanvullende verzekeringen wel door te laten lopen, die dan ook moeten blijven betaald worden. In Nederland neemt het Ministerie van Justitie dit over(15,18).
Het recht op zorgtoeslag verdwijnt dus want men hoeft ten slotte geen basispremie meer te betalen. Wel behoud men het recht op zorg in de gevangenis. Recht op gezondheidszorg is een recht dat iedere Nederlander heeft, dus ook wanneer je in de gevangenis zit. Of dit gratis is hangt af van de medische zorg van de inrichting, want die bepaalt of de zorg noodzakelijk was (en alleen noodzakelijke zorg is gratis). Zodra een gevangene uit de gevangenis komt moet de zorgverzekering weer opnieuw worden aangevraagd(15,16,18).

Vrije artsen keuze

Gedetineerden vallen in Nederland onder de Penitentiaire Beginselenwet, op basis hiervan hebben zij recht op vrije artsen keuze. In de praktijk is dit echter moeilijk. Al heeft de gevangene dan toegang tot een arts, hij heeft vrijwel geen vrije artsenkeuze. Als een gedetineerde een second opinion wil aanvragen, moet hij dat zelf betalen. Zo gebeurt dit ook in België. Het gevolg hiervan is dat dit wegens de omslachtige procedure slechts eerder uitzonderlijk gebeurt. In België moet de gedetineerde het huisbezoek volledig uit eigen middelen betalen, daar waar deze niet moeten betalen bij het consulteren van een gevangenisarts (14, 18).

2.3.3 Medische zorg

De gevangenisarts

In de Nederlandse gevangenissen is een gevangenisarts werkzaam, een soort huisarts die tot beschikking staat voor gedetineerden. Deze gevangenisarts heeft verschillende taken. De taak als huisarts houdt onder andere in: het houden van spreekuren voor gedetineerden, kleine medische ingrepen uitvoeren, medicatie uitschrijven, diëten bepalen en doorverwijzen naar een specialist of ziekenhuis. Als een gedetineerde in de gevangenis aankomt, moet deze een

intakeformulier invullen waar onder andere allergieën en medicijnen op staan die voor de gedetineerde en de instelling van belang zijn. Hij/zij wordt hier bijgestaan door de verpleging. Pas na het invullen van het formulier wordt de gedetineerde onderzocht door de gevangenisarts. De verpleging staat eigenlijk quasi autonoom in voor de eerste medische opvang van de gedetineerde(20,21,22).

De huisarts werkt intensief samen met de verpleegkundige, die voor de zogeheten 'toegeleiding' zorgt. De verpleegkundige is het eerste aanspreekpunt en is vaker aanwezig dan de arts. Een gevangene met een medische klacht dient een schriftelijk verzoek in waarna de verpleegkundige de klacht onderzoekt en zo mogelijk behandelt. De verpleegkundige bekijkt of het al dan niet noodzakelijk is dat de gedetineerde door de arts gezien wordt(20,21,22).

De arts dient gevangenen in een isoleercel iedere dag te zien. Op verzoek van de gedetineerde zelf, of van zijn of haar familieleden moet de arts de gevangene medische hulp geven.
De DJI hanteert normen voor het aantal gevangenisartsen en verpleegkundigen in penitentiaire inrichtingen. Voor verpleegkundigen geldt een verhouding van 1 per 50 mannelijke gedetineerden en 1 verpleegkundige per 30 vrouwelijke gedetineerden. Voor gevangenisartsen wordt gestreefd naar 1 arts per 300 gedetineerden (20,21).

Arts-patiëntrelatie

De arts-patiëntrelatie verschilt van die in de buitenwereld. De gevangenisarts is weliswaar een zorgprofessional die autonoom handelt, hiërarchisch is hij op een aantal vlakken, bijvoorbeeld qua veiligheid, onderworpen aan de directie. Ondanks de aparte situatie moet het beroepsgeheim bewaard zijn. Het veiligheidsregime in de gevangenis en de verantwoordelijkheid van de arts kunnen hier soms op gespannen voet komen te staan (18,20,21).
Als een patiënt bijvoorbeeld suïcidaal is, kan het beroepsgeheim niet langer gerespecteerd worden. De gedetineerde moet dan geobserveerd worden en mag niets in de cel hebben waarmee hij of zij zichzelf schade kan toebrengen. Dit kan de gevangene als een extra straf ervaren, maar het draagt wel bij aan de veiligheid.
Ook de veiligheid van de arts zelf is een aandachtspunt. Sommige consulten in de gevangenis gebeuren vanachter glas of 'winket'. Dit geeft heel wat beperkingen voor de arts en de patiënt. Vaak is ook een verpleegkundige aanwezig, wat de veiligheid verhoogt(21,22).

De gedetineerde patiënt

De gemiddelde leeftijd van de volwassen gedetineerde is 36 jaar. 92% is man, 8% is vrouw. Een volwassen gedetineerde zit gemiddeld 97 dagen vast. 33 gedetineerden hebben levenslang(16).
57,2% van de gedetineerden zijn geboren in Nederland, 7,9% van de gedetineerden zijn geboren in Caraïbisch Nederland(16).

Aard van de gezondheidsklachten

De gezondheidsklachten en medische problemen van gedetineerden zijn zowel kwantitatief als kwalitatief afwijkend van die van de normale patiëntenpopulatie in de huisartsenpraktijk: meer verslavingsproblematiek, psychiatrische beelden, maar ook exotische ziekten, soa's en specifieke gedragsproblematiek. Bovendien verkeren gedetineerden per definitie continu in een stressvolle situatie, ze zitten immers opgesloten. Daarom is het belangrijk dat de arts in de gevangenis veel weet over acute psychiatrische beelden(11).

Volgens een studie in het Verenigd Konikrijk consulteren mannelijke gevangenen de gevangenisarts in gemiddeld zes keer per jaar (opvolgconsulten niet meegerekend). Dit is drie keer frequenter in vergelijking met een demografisch gelijkwaardige populatie buiten de gevangenismuren. Bij vrouwen zien we een gelijkwaardige verhouding van veertien artsenconsulten per jaar wat neerkomt op drie keer meer in vergelijking met de referentiegroep van dezelfde leeftijd en achtergrond(22).

Psychiatrische zorg

Mensen die in aanraking komen met politie en justitie hebben vaak een psychiatrische stoornis of psychische problemen. Indien er een vermoeden is van een onderliggende psychiatrische stoornis wordt het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIPF) gecontacteerd (30). Het NIFP is een landelijke dienst en kent vijf locaties. Het is een expertisecentrum op het gebied van psychische en somatische zorg. Het NIFP bestaat uit een team van forensische psychiaters, psychologen en juristen die via een objectief forensisch gedragskundig onderzoek nagaan of er sprake is van een psychiatrische aandoening, en zodoende een aangepast therapeutisch plan/ gevangenisstraf kunnen adviseren. Gedetineerden met een ernstige psychiatrische aandoening worden bij voorkeur geplaatst in een PI met een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC). Een PPC geeft speciale zorg aan zeer kwetsbare groep van gedetineerden met een psychiatrische stoornis, zoals een psychose of een persoonlijkheidsstoornis(16,20,23).
Er zijn PPC's in Amsterdam, Den Haag, Vught en Zwolle. In deze vier inrichtingen kunnen in totaal 676 gedetineerden ondergebracht worden. Daarnaast zijn ongeveer 300 bedden ingekocht bij verschillende ggz-instellingen en instellingen voor beschermd wonen. Hier krijgen gedetineerden de (verantwoorde) zorg die ze nodig hebben tijdens hun detentie, binnen de beperkingen die bij een gevangenisstraf horen. Ook spannen PPC's zich in om de gedetineerde na zijn detentie in een passend zorgtraject te plaatsen. Het doel hiervan is vooral het voorkomen van recidivering. Als een gedetineerde met psychiatrische problemen zonder zorg of hulp na detentie op straat komt te staan, is het risico immers groot dat hij snel weer in crimineel gedrag vervalt(16).

In een studie van Dressing et al.(24) werden, aan de hand van een gestructureerde vragenlijst, experten op vlak van de gezondheidszorg voor gedetineerden bevraagd. Het doel van de studie was om de verschillen in organisatie van de psychiatrische zorg te beschrijven. De experts kwamen uit 24 Europese landen waaronder België en Nederland. Een eerste vaststelling is dat de gezondheidzorg voor gedetineerden zowel in Nederland als in België valt onder de bevoegdheid van het ministerie van justitie en veiligheid, dit in tegenstelling tot Frankrijk waar het ministerie van volksgezondheid juridisch verantwoordelijk is. Een psychiatrische screening voor elke nieuwe gedetineerde is in Nederland niet wettelijk verplicht maar wordt in de praktijk overal gedaan. Opvallend is dat dit in Nederland quasi altijd door een verpleegkundige gedaan wordt in tegenstelling tot België waar een huisarts of psychiater screent naar psychiatrische problemen(24).

Specialistische zorg

Voor medisch-specialistische zorg kan men net zoals in België terecht in de reguliere ziekenhuizen. Ook de tandarts komt in de PI. Deze heeft tevens een eigen behandelkamer of een tandartsbus(16).

Verbetertraject medische zorg in de Nederlandse justitiële inrichtingen

Zoals reeds aangehaald heeft de DJI als doel: medische zorg in detentie gelijkwaardig maken aan de zorg buiten detentie (16). Om deze zorg in de gevangenis te optimaliseren werden in Nederland reeds verschillende onderzoeken en controles uitgevoerd in de justitiële inrichtingen. In 1995 verscheen de commisie-Van Dinter die de organisatie van de medische zorg in penitentiaire inrichtingen onderzocht. In 1998 heeft de DJI na een inspectie het rapport 'Zorg achter tralies' uitgebracht (19). Hierop volgde een verbetertraject.

In 2009 deed men opnieuw onderzoek naar de medische zorg in de penitentiaire inrichtingen en in de detentiecentra(20,21). Hierbij hanteerde men twee hoofdvragen: "*1) Wordt in de penitentiaire inrichtingen verantwoorde zorg geleverd die gelijkwaardig is aan de zorg buiten detentie? 2) Welke risico's zijn te benoemen in de medische zorg die aangeboden wordt door de medische diensten in de penitentiaire inrichtingen?*" Men besluit hierbij dat aansluiting van de zorg voor en na detentie, farmaceutische zorg met veilig elektronisch voorschrijven, zorg in avond, nacht en weekend en een meer gestructureerde behandeling van de klachten en incidenten belangrijke aandachtspunten zijn voor de toekomst.

3. Onderzoeksmethode

Deze masterproef maakt deel uit van een Duodecim-project en biedt een vervolg op de masterproef van Dr. A. Miclotte (1) die reeds de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen heeft onderzocht aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst.

Het doel van deze masterproef is om aan de hand van een gelijkaardige vragenlijst de Nederlandse gevangenisartsen te interviewen en inzicht te krijgen in de gezondheidszorg in de Nederlandse gevangenis. Er werd gekozen voor zowel een kwantitatieve als kwalitatieve benadering.

3.1 Ontwikkeling interviewguide

De vragenlijst is gebaseerd op de interviewguide gebruikt door Dr. A. Miclotte (1). Dit is een semi-gestructureerde interviewguide op basis van stellingen met 'ja' of 'nee' antwoordmogelijkheden, aangevuld door ruimte voor motivering of nuancering van het gegeven antwoord.

Het interview start met het noteren van de persoonlijke gegevens van de arts zoals het geslacht en de leeftijd.

Er werden een aantal aanpassingen gemaakt in het kader van de leesbaarheid en vlotheid van het gesprek. De volgorde van de vragen werd licht gewijzigd, omdat dit een logischere volgorde leek. In samenspraak met de promotoren en op basis van de ervaringen tijdens de eerste vier interviews werd de inhoud van de vragen aangepast naar de Nederlands context. Twee vragen werden geschrapt:

- 'Er zijn voldoende (financiële) middelen voor gezondheidszorg in de gevangenis' -> Omdat tijdens het eerste interview bleek dat de artsen in de Nederlandse gevangenis hier niet echt een mening over hadden, gezien het financiële aspect beheerd wordt door de directie en de overheid.
- 'Hoeveel keer per jaar voelt u zich genoodzaakt een tuchtrapport uit te delen?' -> Omdat een tuchtrapport een Belgische term is die niet bekend is in Nederland en niet echt wordt gebruikt.

Vier vragen werden reeds voor het eerste interview toegevoegd, op aanraden van Dr. Matthys die ook geholpen heeft met het ontwikkelen van de oorspronkelijke vragenlijst:

- 'Gebeurt de consultatie aanvraag op een gestructureerde manier?'
- 'Hoe gebeurt de continuïteit van de zorgen?'
- 'Verloopt de medicatiebedeling op een veilige en gestructureerde manier?'
- 'Gebeurt een systematische screening naar ziekte bij binnenkomen?'

Goedkeuring werd verkregen van het Ethisch Comité UZ Gent (projectnummer 2016/0518, registratienummer B670201628339).

Naast een uitgebreid literatuuronderzoek en het bestuderen van de Masterproef van Dr. Miclotte (1), deed ik ook volgende ervaringen op:

- Als voorbereiding op mijn eigen interviews was ik aanwezig bij het interview tussen Dr. Miclotte en mijn vader, Dr. Hallyn, werkzaam als huisarts in het penitentiair complex te Brugge (PCB).
- Om te ondervinden hoe een consultatie in de gevangenis eraan toe gaat, volgde ik op 4/11/2016 de ochtendconsultatie op de mannenafdeling van het PCB.

3.2 Selectie van de deelnemers

De inclusiecriteria waren mannelijke en/of vrouwelijke huisartsen werkzaam als huisarts in een Nederlandse gevangenis.
Het vooropgestelde doel was om per provincie minstens één arts te contacteren, bij voorkeur uit de gevangenis met het hoogst aantal gedetineerden. Uiteindelijk werden alle medische diensten van elke gevangenis gecontacteerd, om zo veel mogelijk artsen te verzamelen die bereid waren mee te werken aan het onderzoek. Zo werden in totaal 14 artsen werkzaam in verschillende gevangenissen geïnterviewd.

3.3 Afname interview

Oorspronkelijk werd voorkeur gegeven aan face-to-face boven telefonische interviews, omdat uit sommige onderzoeken zou blijken dat bij telefonische interviews de respondent meer geneigd zou kunnen zijn om sociaal aanvaardbare antwoorden te geven. De telefonisch ondervraagde zou ook minder coöperatief en geëngageerd kunnen zijn. Bij een face-to-face interview kan men ook de lichaamstaal van de ondervraagde interpreteren en is men zeker over de identiteit van de ondervraagde(25).
Elke geïnterviewde arts kreeg na afloop van het interview een uitgeschreven versie hiervan en er werd hen gevraagd dit na te lezen en eventueel te corrigeren of te nuanceren indien nodig.
Aangezien het nemen van audio-opnames/binnen brengen van GSM niet mogelijk is binnen de muren van de gevangenissen zijn geen audio-opnames beschikbaar van de eerste zes interviews. Hierdoor kwam de reproduceerbaarheid en validiteit van dit onderzoek in gevaar en werd in overleg met de promotoren beslist om over te schakelen naar telefonische interviews met audio-opnames, afgenomen door twee onderzoekers nl de co-promotor en mezelf. Twee van de zes artsen die ter plaatste geïnterviewd zijn, werden daarna alsnog telefonisch gecontacteerd door mijn co-promotor .
Aan elke arts werd duidelijk toestemming gevraagd om de bekomen resultaten te mogen opnemen in deze studie na verduidelijking van het onderzoeksprotocol. Tijdens de face-to-face interviews werd het informed consent formulier ondertekend. Tijdens de telefonische interviews werd mondeling toestemming gevraagd om de audio-opname tijdelijk te bewaren en

deze ter beschikking te stellen van de auteurs. Anonimiteit werd gegarandeerd zodat de artsen hun vrije mening konden uiten.

3.4 Analyse

Elke bevraagde werd een nummer toegekend dat gekoppeld werd aan de bijhorende audio-opnames en/of samenvatting. Deze opnames werden geplaatst in een dropbox die enkel toegankelijk is voor de onderzoekers van deze Masterproef. Alle audio-opnames werden beluisterd door de twee onderzoekers, JM en MH . De kwantitatieve antwoorden werden ingevoerd in een Excel document. De kwalitatieve antwoorden werden genoteerd en samengevat per vraag. Discrepanties of onduidelijkheden tussen de mondelinge antwoorden en de schriftelijke antwoordmogelijkheden werden opgelost door discussie en het herbeluisteren van de opname om zo tot een consensus te komen. Eén deelnemer was actief in twee gevangenissen met een verschillend regime waardoor deze antwoorden apart geregistreerd werden. Voor elk interview zonder audio-opname werden de resultaten uitgeschreven en doorgestuurd naar de arts om mogelijke misvattingen te corrigeren of te nuanceren.

4. Resultaten

4.1 Demografische gegevens artsen

In totaal werd er bij 14 artsen een interview afgenomen waarvan 4 vrouwelijke artsen en 10 mannelijke artsen. De gemiddelde leeftijd van de bevraagde artsen was 48 jaar. Alle artsen zijn actief in een justitiële inrichting (penitentiaire inrichting, justitiële jeugdinrichting of detentiecentra). Alle bevraagde artsen waren naast hun werk als gevangenisarts ook actief in een groepspraktijk buiten de gevangenis.

In onderstaande tabel vindt men een overzicht van alle justitiële inrichtingen, gegroepeerd volgens provincie, met hun bezettingsgraad gebaseerd op de officiële cijfers van de DJI, die in februari 2017 werden vrijgegeven (16). Elke bevraagde werd een nummer toegekend die gekoppeld is aan een audio-opname of een samenvatting van het interview na persoonlijke afname. Ook de interviewer en de methode van afname zijn opgenomen in deze tabel. De eerste zes interviews werden door mij persoonlijk afgenomen in de penitentiaire inrichtingen, hiervoor werd in totaal ongeveer 2300 kilometers afgelegd op vier dagen tijd (28 november, 7, 15 en 21 december 2016). Telefonisch werden in totaal tien artsen (JM: 7, MH: 3) bevraagd. De gemiddelde duur per interview was 35 minuten.

Tabel 1: Overzicht interviews

Justitiële inrichtingen	Bezettingsgraad	Arts / Interviewer / Methode
Provincie Zeeland		
PI Middelburg	161/177	1/ JM / telefonisch met opname
Provincie Noord-Brabant		
RJI Den Hey-Acker	68/78	
PI Grave	380/469	2*/ MH /persoonlijk zonder opname
PI Vught	574/759	
Provincie Limburg		
PI Sittard	267/323	
PI Zuid-Oost	381/546	2* / MH / Persoonlijk zonder opname
Provincie Zuid-Holland		
RJI De Hartelborgt	88/105	
PI Dordrecht	341/442	
PI Rotterdam	442/530	3 / JM / telefonisch met opname
PI Krimpen aan den IJssel	377/560	
DC Rotterdam	232/640	4 / MH / persoonlijk zonder opname
PI Haaglanden	306/603	
PI Alphen aan den Rijn	736/1582	5 / MH / telefonisch met opname
Provincie Utrecht		
DC Zeist	85/336	
PI Nieuwegein	380/482	6 / MH / persoonlijk zonder opname 6 / JM / telefonisch met opname
PI Utrecht	136/246	
Provincie Gelderland		
PI Arnhem	224/277	
RJI De Hunnerberg	42/72	7 / MH / persoonlijk zonder opname
PI Achterhoek	204/271	
Provincie Noord-Holland		
PI Heerhugowaard	282/340	
DC Schiphol	238/470	8 / MH / telefonisch met opname
JC Zaanstad	416/1032	
PI Zwaag	225/360	
Provincie Flevoland		
PI Lelystad	415/684	9 / MH / persoonlijk met opname 9 / JM / telefonisch met opname
PI Almere	286/405	
Provincie Overijssel		
PI Zwolle	314/409	10 / JM / telefonisch met opname 11 / JM / telefonisch met opname
PI Almelo	153/198	
Provincie Drenthe		
PI Veenhuizen	238/270	12 / JM / telefonisch met opname
Provincie Friesland		

PI Leeuwarden	241/341	13 / MH / persoonlijk zonder opname
Provincie Groningen		
PI Ter Apel	385/434	14 / MH / telefonisch met opname

(PI: penitentiaire inrichtingen, DC: detentiecentrum, RJI: rijks justitiële jeugdinrichting, JM: Jan Matthys, MH: Mathieu Hallyn, *arts actief in twee PI)

Op onderstaande kaart (figuur 1), kan men zien waar de artsen persoonlijk geïnterviewd werden (☐) in de justitiële inrichting en waar de artsen telefonisch gecontacteerd werden voor het interview (○) met bijhorend nummer dat aan het interview werd toegekend.

Figuur 1: Gevangenissen in Nederland



4.2 Bijkomende interviews

Om meer inzicht te krijgen in bepaalde topics aangaande de eerstelijnszorg werden vier bijkomende interviews afgenomen.

- Een interview met het FMMU, over de organisatie van de gezondheidszorg in de Nederlandse gevangenissen vond plaats in Utrecht op 3 maart 2017. Het FMMU heeft ongeveer 60 artsen in dienst die de spreekuren verzorgen in 18 penitentiaire inrichtingen. Dit interview leverde extra informatie op over de manier waarop de eerstelijnszorg georganiseerd wordt. Vooral omtrent mijn vragen rond de continuïteit van de zorgen en de bijscholingen die ook door het FMMU georganiseerd worden, heb ik extra informatie verkregen.

- Op 25/3/2017 woonde ik de bijscholing 'Het voorschrijfgedrag in de Belgische gevangenis' bij en interviewde ik een afdelingshoofd van de dienst Organisatie en Zorg van het FOD Justitie) over zijn mening over de situatie in de Belgische gevangenissen.

- Een verpleegkundige, werkzaam in de provincie Groningen, werd telefonisch bevraagd met specifieke aandacht voor de manier waarop de intake gedaan wordt door verpleegkundigen. Dit interview was een enorme meerwaarde gezien de artsen zich enkel akkoord dienen te verklaren met de bevindingen tijdens de intake door de verpleegkundige maar deze nooit zelf afnemen en hier dus geen ervaring mee hebben.

- Dr. Matthys, co-promotor, heeft telefonisch een interview afgenomen met een verpleegkundig specialist. Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige met een extra masterdiploma die zelfstandig consulteert en via de wet BIG bevoegd is om voor twaalf ziektebeelden een behandeling voor te schrijven. Vooral in provincies waar er een tekort is aan gevangenisartsen worden deze extra geschoolde verpleegkundigen ingeschakeld om een deel van het werk van de arts op zich te nemen.

4.3 Kwantitatieve aspecten

In onderstaande tabel worden de kwantitatieve antwoorden per vraag weergegeven. Alle audio-opnames werden beluisterd door zowel Dr. Matthys als mezelf en nadien als een "JA", "NEE" of "JA/NEE" weergegeven. Wanneer onze mening verschillend was werd het antwoord opnieuw beluisterend en via discussie tot een consensus gekomen.

Tabel 2: Kwantitatieve antwoorden

Vragenlijst	JA	NEE	J/N
1) De tijdsdruk bij de consultvoering is vergelijkbaar met een huisartspraktijk?	1	11	3
2) Er bestaat een systeem van triage dat werkt?	11	2	2
3) Het samen consulteren met arts en verpleegkundige is steeds aangewezen?	5	10	0
4) Er bestaat een mogelijkheid om de patiënt alleen te zien?	15	0	0
5) Ik heb als arts voldoende basisopleiding om te werken in deze setting?	6	9	0

6) Er bestaat mogelijkheid tot bijscholingen over relevante onderwerpen?	13	1	1
7) Er is gezamenlijk overleg tussen de verschillende disciplines?	11	1	3
8) Gebeurt de consultatieaanvraag op een gestructureerde manier?	9	1	5
9) De middelen/mogelijkheden voor anamnese zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts buiten de gevangenis?	12	1	2
10) Er zijn voldoende tolkmogelijkheden beschikbaar?	14	0	1
11) De middelen/mogelijkheden om de patiënt klinisch te onderzoeken zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts buiten de gevangenis?	13	0	2
12) De middelen/mogelijkheden voor diagnostiek zijn aanvaardbaar in vergelijking met een huisarts buiten de gevangenis?	9	2	4
13) De middelen/mogelijkheden voor niet-medicamenteuze therapie zijn aanvaardbaar in vergelijking met deze van een huisarts buiten de gevangenis?	10	1	4
14) De middelen/mogelijkheden voor medicamenteuze therapie zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts buiten de gevangenis?	13	0	2
15) Verloopt de medicatiebedeling op een veilige en gestructureerde manier?	9	2	4
16) De gevangenen hebben voldoende toegang tot psychiatrische zorg.	14	0	1
17) De gevangenen hebben voldoende toegang tot psychische zorg?	13	0	2
18) De wachtlijsten bij verwijzing zijn aanvaardbaar?	11	1	3
19) Het elektronisch medisch dossier (MicroHIS) is even gebruiksvriendelijk als het EMD-programma in de huisartspraktijk?	5	8	2
20) Kent U de status van een gevangene? Is dit zinvol?	4	6	5
21) De omstandigheden waarin de gevangenen leven dragen extra bij tot de vraag naar gezondheidszorg?	12	0	3
22) Aan randvoorwaarden veiligheid, verloning is voldaan.	13	0	2
23) De kwaliteit van de gezondheidszorg in de gevangenis verschilt met deze er buiten?	8	5	2
24) Hoe gebeurt de continuïteit van de zorgen, bijvoorbeeld tijdens het weekend?	0	0	15
25) Een arts heeft een mogelijke signaalfunctie/adviesfunctie naar het gerecht toe in verband met veiligheid?	1	12	2
26) Zijn er minimale standaarden en doelen voor bepaalde groepen (vrouwen, ouderen, psychosen,…)?	14	0	1
27) De bestaande standaarden (Hepatitis C/preventie delier/…) zijn goed en worden gevolgd?	11	2	2
28) Gebeurt een systematische screening naar ziekte (Bv SOA) bij binnenkomen? Welke?	11	1	3
29) Er wordt gebruik gemaakt van preventiestrategieën (bijvoorbeeld screeningsinstrumenten voor suïcide)?	13	0	2
30) Er wordt gebruik gemaakt van ontslag/rehabilitatieprogramma's?	5	8	2
31) Mechanische fixatie is enkel nodig in acute situaties (maximaal	9	1	5

enkele dagen) om schade aan anderen en zichzelf te voorkomen of om een psychiatrische behandeling te kunnen opstarten?			
32) De isoleercel kent een juist gebruik?	7	5	3
33) Beschikken jullie over voldoende statistieken over jaarlijkse suïcides, infecties, enz..?	1	6	8
34) De gevangenissen zouden meer researchvriendelijk kunnen worden?	10	0	5

(J/N: onduidelijk antwoord of geen/andere mening, 14 artsen werkzaam in 15 inrichtingen)

Wanneer we de kwantitatieve resultaten analyseren kunnen we enkele opmerkelijke conclusies vaststellen:

De meeste artsen ervaren een totaal verschillende werkdruk in vergelijking met de huisartsenpraktijk waar de tijdsdruk per consult een stuk hoger ligt. Dit betekent echter niet dat de algemene werkdruk lager ligt gezien de zorgbehoefte per gedetineerde beduidend hoger ligt waardoor men tijdens een consult soms met meerdere gezondheidsproblemen geconfronteerd wordt.
Net zoals in de Nederlandse huisartsenpraktijk bestaat er een systeem van triage dat werkt. Na de triage door een verpleegkundige zien de meeste artsen de patiënt het liefst alleen tijdens de consultatie en dit wordt ook zo aangemoedigd door de verschillende gevangenisdirecties om de privacy van de patiënt te respecteren.
Het merendeel van de bevraagde artsen geeft aan dat de basisopleiding tot huisarts onvoldoende is om te werken in de specifieke setting van het gevangeniswezen maar gelukkig zijn er voldoende mogelijkheden tot bijscholing. Bij specifieke problemen kan bovendien beroep gedaan worden op verschillende standaarden en protocollen die beschikbaar zijn naast de gebruikelijke NHG-standaarden.
De mogelijkheden tot het afnemen van een anamnese zijn goed, inclusief een tolkentelefoon die in elke gevangenis gratis aanwezig is. Ook voor het klinisch en technisch onderzoek zijn de mogelijkheden vergelijkbaar met de huisartsenpraktijk. Om een goed therapeutisch plan op te stellen zijn voldoende medicamenteuze en niet-medicamenteuze mogelijkheden beschikbaar. Om aan de hoge prevalentie van psychische en psychiatrische aandoeningen te voldoen zijn er voldoende psychiaters en psychologen aanwezig in elke gevangenis. Indien voor somatische zorg specialiste hulp dient ingeschakeld te worden, kan dit binnen aanvaardbare wachttijden.
Een puntje van kritiek is dat het EMD-programma MicroHIS niet door iedereen als een gebruiksvriendelijk programma gezien wordt.
In het algemeen voelen alle artsen zich veilig tijdens hun werk als gevangenisarts en vinden ze de verloning voldoende tot goed.
Tijdens de intake wordt er met voldoende aandacht gescreend naar het risico op besmettelijke aandoeningen of het risico op suïcide en dit door een verpleegkundige die de intake afneemt bij elke gedetineerde. Wanneer de gedetineerde zijn straf heeft uitgezeten en zich opnieuw dient te integreren in de samenleving is er in het algemeen onvoldoende begeleiding door beperkte ontslagprogramma's.
Sommige artsen doen zelf ook wetenschappelijk onderzoek naar gezondheidszorg voor gedetineerden en worden geconfronteerd met het beperkte aantal statistieken die vrijgegeven wordt waardoor ze van mening zijn dat de gevangenissen meer researchvriendelijk kunnen worden.

4.4 Kwalitatieve aspecten

Alle artsen kregen de mogelijkheid om per vraag hun antwoord te nuanceren indien ze dit wensten. De belangrijkste informatie en meningen worden per vraag beschreven. Sommige uitspraken worden letterlijk overgenomen (cursief) indien deze representatief zijn voor de algemene mening van de bevraagde artsen.

Algemeen:

Vraag 1) De tijdsdruk bij de consultvoering is vergelijkbaar met een huisartspraktijk?

"Gemiddeld boeken we twintig minuten in per patiënt waar we in de huisartsenpraktijk tien minuten rekenen per patiënt" (arts 8)

Bijna unaniem geven de artsen aan dat de tijdsdruk per consult een stuk lager ligt dan in de reguliere huisartsenpraktijk waar een consultatie gemiddeld 10 minuten in beslag neemt en er per uur dus vijf tot zes patiënten gezien worden. Uit de interviews blijkt dat de duur per consult binnen de gevangenismuren sterk varieert en afhankelijk is van een aantal factoren (turnover nieuwe gevangenen, aantal werkzame artsen,...). Sommige artsen zagen slechts 1 tot 2 patiënten per uur waar andere met 4 patiënten per uur een hogere tijdsdruk ervaren.

"De norm is dat voor elke 300 gedetineerden er 1 FTE-huisarts in dienst moet zijn"(arts 3)

Meer tijd per consult betekent niet dat de algemene werkdruk automatisch lager ligt. Artsen worden geconfronteerd met een uitzonderlijke patiëntenpopulatie die zich vaak presenteert met een grote zorgachterstand. Ook de hogere prevalentie aan somatische en psychische co-morbiditeit vormt een tijdrovende uitdaging waardoor een inrichtingsarts maar van een beperkt aantal gedetineerden de arts kan zijn, wil hij aan kwalitatieve geneeskunde doen. De norm van 1 FTE-arts (full time equivalent) per 300 gedetineerden verschilt dan ook veel met de normpraktijk buiten de gevangenismuren waar 1 arts verantwoordelijk is voor de zorg van 2300 tot 2500 patiënten.

Vraag 2) Er bestaat een systeem van triage dat werkt?

In Nederland wordt in principe elke patiënt eerst gezien door een verpleegkundige die de triage doet aan de hand van toegeleidingskaarten. Deze toegeleidingskaarten helpen het verpleegkundig personeel om de aanmeldingsklacht verder te exploreren. Via een SOEP-systeem (S: subjectief, O: objectief, E: evaluatie, P: plan) worden de bevindingen genoteerd in het EMD-programma MicroHIS. De meeste artsen vinden de manier waarop de triage gebeurt een goed systeem. Enkele artsen merken op dat de toegeleidingskaarten vooral geschreven zijn op acute geneeskunde waar de nadruk ligt op het niet missen van die aandoeningen waar een snelle diagnose cruciaal is. Een andere opmerking is dat deze toegeleidingskaarten verouderd zijn.

Tegenstanders van de triage wijzen op het feit dat een patiënt soms te laat gezien wordt door een arts door een slechte inschatting van het verpleegkundig personeel.

Vraag 3 & 4) Het samen consulteren met arts en verpleegkundige is steeds aangewezen? Bestaat er een mogelijkheid om de patiënt alleen te zien?

De meeste artsen kiezen ervoor om de patiënt alleen te zien tijdens het spreekuur. Het belangrijkste argument dat aangehaald wordt, is het recht op privacy van de patiënt. Belangrijke

extra informatie die verpleegkundigen soms hebben door meer intensieve en frequente contacten kunnen ze via het EMD-programma of mondeling meedelen, waardoor er geen informatie verloren gaat. Tot slot merken een aantal artsen op dat verpleegkundigen soms ongepast het gesprek verstoren of een drempel vormen voor de gedetineerde om zijn of haar verhaal volledig te doen. Er bestaat dus wel degelijk een mogelijkheid om de patiënt alleen te zien. Enkel wanneer een gedetineerde in de isoleercel zit, is er geen mogelijkheid om de patiënt alleen te zien. De artsen die liever alleen consulteren, merken op dat ze dit als onwennig aanvoelen en vragen niet stellen of onderzoeken niet uitvoeren omwille van de aanwezigheid van cipiers. Er is echter begrip voor de situatie gezien die maatregel er is ter bescherming van de arts.

vraag 5 & 6) Ik heb als arts voldoende basisopleiding om te werken in deze setting? Er bestaat mogelijkheid tot bijscholingen over relevante onderwerpen?

Negen artsen vinden de basisopleiding huisartsgeneeskunde onvoldoende om te werken in de specifieke setting van het gevangeniswezen. Vooral de noodzakelijk educatie omtrent wetgeving, verslavingszorg, infectieziekten en psychiatrie is onvoldoende. Gelukkig zijn er voldoende manieren om deze lacunes in hun kennis bij te scholen.

Er is een opleiding tot justitieel geneesheer in het Julius Centrum, verbonden aan de Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). Deze opleiding duurt twee jaar en omvat twaalf bijeenkomsten met een totale duur van 60 uur. Deze opleiding levert zestig accrediteringspunten op en is bovendien kosteloos voor artsen werkzaam bij de Dienst Justitiële Inrichtingen. Sinds 2008 wil de Dienst Justitiële Inrichtingen gevangenisartsen verplichten om deze opleiding te volgen maar door een tekort aan gevangenisartsen kunnen ze deze verplichting niet hard maken waardoor niet alle bevraagde artsen deze opleiding gevolgd hebben. De artsen die deze opleiding wel gevolgd hebben beklemtonen de meerwaarde van deze opleiding waar relevante topics zoals wetgeving, verslavingszorg, persoonlijkheidsstoornissen en infectieziekten aan bod komen.

"Had ik de opleiding tot justitieel geneeskundige niet gestart nadat ik al jaren bezig was, had ik misschien ja gezegd maar nu zeg ik nee" (arts 1)

Er is voldoende mogelijkheid tot bijscholing.. De bijscholingen worden op verschillende locaties in Nederland georganiseerd en leveren bovendien accrediteringspunten op.

Vraag 7) Er is gezamenlijk overleg tussen de verschillende disciplines?

Volgens de artsen is er voldoende multidisciplinair overleg. In de gevangenissen is er één tot tweemaal per week een psycho-medisch overleg (PMO) waar meestal een psychiater, huisarts, verpleegkundige en psycholoog aanwezig is. Tijdens dat overleg wordt besproken welke patiënten door een arts of psychiater moeten gezien worden.

Gezien elke patiënt eerst gezien wordt door een verpleegkundige spreekt het voor zich dat er veel overleg gebeurt tussen arts en verpleegkundige. Sommige artsen verkiezen om dit ad hoc te doen voor of na het consult. Andere artsen verkiezen een meer gestructureerd overleg en bespreken 's morgens eerst alle patiënten alvorens aan de consultatie te beginnen.

Vraag 8) Gebeurt de consultatieaanvraag op een gestructureerde manier?

De consultatieaanvraag gebeurt in elke gevangenis op een uniforme manier. Via een papieren briefje kan een gedetineerde zijn hoofdklacht neerschrijven en rechtstreeks afgeven aan een verpleegkundige of het deponeren in een brievenbus. In het algemeen verloopt dit vlot maar soms geraakt dit briefje wel eens verloren. Gezien er geen internet ter beschikking is kan men geen computersysteem ontwikkelen om online een consultatie aan te vragen.

<u>Anamnese:</u>

Vraag 9) De middelen/mogelijkheden voor anamnese zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts buiten de gevangenis?

De meeste artsen geven aan dat ze meer tijd hebben per patiënt wat essentieel is om een goede anamnese te kunnen afnemen. Indien een consultatie stroef verloopt wordt door de artsen aangegeven dat dit meestal samenhangt met bepaalde kenmerken van de patiënt. Bij patiënten met een lager intelligentieniveau of een patiënt die de Nederlandse taal onvoldoende machtig is verloopt de anamnese moeizamer. De artsen vinden dat gedetineerden meer moeite hebben om zich open te stellen voor een eerlijke arts-patiëntrelatie.

Vraag 10) Er zijn voldoende tolkmogelijkheden beschikbaar?

In alle justitiële inrichtingen is er een tolkentelefoon ter beschikking en is het gebruik hiervan gratis voor de arts. Dit in tegenstelling tot de huisartsenpraktijk waar dit ten laste komt van de arts en hierdoor nauwelijks gebruikt wordt gezien de hoge kostprijs per consult.

Via een Europese aanbesteding werd gekozen voor de tolkentelefoon Concorde. Hoeveel de DJI exact betaalt voor deze dienstverlening is niet gekend. Indien een huisarts in de eigen praktijk gebruik wil maken van deze dienstverlening kost de tolkentelefoon 1,5 euro per minuut.

Sommige artsen laten een medegedetineerde als tolk fungeren indien de patiënt dit zelf voorstelt of wanneer het tolken niet lukt via de tolkentelefoon. Dit heeft echter als nadeel dat de patiënt sommige problemen niet durft aan te kaarten in het bijzijn van een medegedetineerde.

<u>Klinisch onderzoek:</u>

Vraag 11) De middelen/mogelijkheden om de patiënt klinisch te onderzoeken zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts buiten de gevangenis?

"Er is een goede basisset aanwezig in de gevangenis maar in de praktijk werk ik meestal met mijn eigen dokterstas"(arts 8)

In elke inrichting is een basisset aanwezig die de artsen in staat stelt om de patiënt klinisch te onderzoeken. De meeste artsen zijn echter vertrouwd met hun eigen set en nemen meestal hun dokterstas mee tot in de gevangenis.

Als er materiaal defect is dan wordt dit meestal tijdig vervangen of hersteld. De artsen ervaren geen beperkingen om een goed klinisch onderzoek uit te voeren.

Diagnostiek:

Vraag 12) De middelen/mogelijkheden voor diagnostiek zijn aanvaardbaar in vergelijking met een huisarts buiten de gevangenis?

Welke apparaten voor technisch onderzoek al dan niet aanwezig zijn verschilt sterk van gevangenis tot gevangenis. In principe kan alles wat niet aanwezig is in de gevangenis aangevraagd worden maar dit brengt administratief werk met zich mee.

Zo is er slechts in enkele gevangenissen een ECG aanwezig wat toch opvallend is gezien dit in elke huisartsenpraktijk wel aanwezig is. Indien een ECG noodzakelijk is, kan dit op verschillende manieren bekomen worden. Een ambulance van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of een extern labo kan opgeroepen worden om ter plaatse een ECG af te nemen.

Voor röntgenfoto's moet men de patiënt doorverwezen worden naar de dienst radiologie in een naburig ziekenhuis. Dit voelen de arts niet aan als een beperking gezien ook in de gewone huisartsenpraktijk geen Rx-toestel aanwezig.

Een uitzondering hierop vormt de röntgenbus die tot in de gevangenis zelf komt, maar die is er enkel om screening te doen naar TBC en kan dus niet aangevraagd worden voor een vermoeden van een fractuur.

Therapie:

Vraag 13) De middelen/mogelijkheden voor niet-medicamenteuze therapie zijn aanvaardbaar in vergelijking met deze van een huisarts buiten de gevangenis?

De meeste artsen vinden de mogelijkheden voldoende ondanks dat niet alle niet-medicamenteuze behandelingen mogelijk zijn. Zo is er overal een fysiotherapeut aanwezig en zijn de wachttijden bovendien aanvaardbaar.

Diëtisten zijn in sommige gevangenissen aanwezig of kunnen extern geraadpleegd worden. Hier wordt minder beroep op gedaan omwille van budgettaire en praktische redenen.

Een pedicure of podoloog die ter plaatse komt is eerder een uitzondering dan de regel.

Vraag 14) De middelen/mogelijkheden voor medicamenteuze therapie zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts buiten de gevangenis?

Er is geen verschil tussen medicamenteuze therapie binnen en buiten de gevangenismuren. Net zoals in de huisartsenpraktijk wordt de arts door de overheid verplicht enkel generieken voor te schrijven.

Vraag 15) Verloopt de medicatiebedeling op een veilige en gestructureerde manier?

Negen artsen vinden dat de medicatiebedeling op een veilige en gestructureerde manier gebeurt. Via het systeem MicroHis wordt de medicatie elektronisch voorgeschreven. Dit vermindert de kans op het foutief voorschrijven, het missen van interacties en contra-indicaties. Elke gevangenis heeft een samenwerkingsakkoord met een vaste apotheek die dagelijks de voorgeschreven medicatie levert in de vorm van een baxtersysteem, dit zijn voorgemaakte zakjes waar de productnaam, de tijd en manier van inname beschreven staat.

"Ik ben heel tevreden dat in mijn inrichting 24 op 24 uur verpleegkundigen aanwezig zijn waardoor de medicatiebedeling niet door een bewaker gedaan wordt. Verpleegkundigen kunnen beter bijvoorbeeld een allergische reactie herkennen."(arts 8)

In theorie wordt er vier keer per dag medicatie uitgedeeld, die onder toezicht ingenomen moet worden. Tijdens de dagdiensten staat het verpleegkundig personeel in voor de medicatiebedeling . In inrichtingen waar er geen 24 op 24 uur verpleging aanwezig is, wordt die taak overgebracht naar een penitentiair beambte. Een aantal artsen zijn van mening dat een penitentiair beambte onvoldoende medische kennis heeft om mogelijke bijwerking te herkennen.

<u>Verwijzing:</u>

Vraag 16) De gevangenen hebben voldoende toegang tot psychiatrische zorg.

In elke gevangenis is er minimum één psychiater in dienst die één tot meerdere malen per week consultatie voert. Geen enkele arts vond dat er onvoldoende toegang is tot psychiatrische zorg. Sommige artsen zijn van mening dat de toegankelijk beter is gezien de wachttijden korter zijn dan buiten de gevangenismuren. Een minpunt is dat de psychiaters in opleiding vaak soms te jong en onervaren zijn om te werken in de specifieke setting van het gevangeniswezen.

Tijdens het psycho-medisch overleg wordt beslist welke gedetineerden nood hebben aan een consultatie bij de psychiater.

Indien een gedetineerde nood heeft aan zeer intensieve of specifieke psychiatrische begeleiding dan kan er gekozen worden om de patiënt over te plaatsen naar een psychiatrisch penitentiair complex.

In urgente situaties kan een beroep gedaan worden op de crisisdienst van het GGZ.

Vraag 17) De gevangenen hebben voldoende toegang tot psychische zorg?

"psychologische hulp is zeer laagdrempelig en meer toegankelijk in vergelijking met buiten de gevangenismuren."(arts 9)

86% van de artsen vinden de toegang tot psychische zorg zeker voldoende . De wachttijden zijn meestal korter dan in de huisartsenpraktijk. De meeste gevangenissen hebben één of meerdere full-time psychologen in dienst. Deze zijn – net zoals de arts - ook gebonden aan de privacy van de gedetineerde.

Vraag 18) De wachtlijsten bij verwijzing zijn aanvaardbaar?

De wachttijden zijn vergelijkbaar met die in de huisartsenpraktijk. Praktisch alle doorverwijzingen gebeuren binnen de maand indien niet urgent. Wanneer iemand nood heeft aan specialistische hulp wordt een verwijsbrief opgemaakt en transport geregeld. Gezien er om veiligheidsredenen altijd een politieagent aanwezig moet zijn, loopt het kostenplaatje van een doorverwijzing wel op. Dit is een reden waarom bijvoorbeeld geen verwijzing gaat gebeuren naar een orthopedist om een plaatsing van een prothese te bespreken indien de arts weet dat de gedetineerde binnen een aantal maanden zijn straf heeft uitgezeten en de gevangenis verlaat.

Randvoorwaarden:

Vraag 19) Het elektronisch medisch dossier (MicroHIS) is even gebruiksvriendelijk als het EMD-programma in de huisartspraktijk?

Omtrent het medisch programma MicroHIS zijn de meningen sterk verdeeld. Een minderheid van de artsen vindt het een zeer goed programma en gebruikt dit ook in hun eigen huisartsenpraktijk maar de meeste artsen verkiezen een ander EMD-programma.

Het grootste probleem dat aangehaald wordt, is dat de computer niet verbonden is met het internet waardoor bijvoorbeeld verwijsbrieven afgedrukt moeten worden in plaats van deze rechtstreeks door te sturen.

Een ander punt is dat het dossier van een patiënt die reeds in een andere gevangenis heeft gezeten niet rechtstreeks overgedragen wordt indien deze overgeplaatst wordt.

Doordat niet enkel de arts aantekeningen maakt in het medisch dossier wordt het vaak chaotisch, het programma zou beter afgesteld kunnen worden op de multidisciplinaire aanpak.

Vraag 20) Kent U de status van een gevangene? Is dit zinvol?

In Nederland gebruikt met de term TBS (terbeschikkingstelling) voor personen die een misdrijf gepleegd hebben maar niet toerekingsvatbaar zijn (geïnterneerde in België). De beoordeling of iemand al dan niet toerekeningsvatbaar is, gebeurt door het NIFPP (Nederlands instituut voor forensische psychiatrie en psychologie). Terbeschikkinggestelde patiënten worden vervolgens geplaatst in een TBS-kliniek (ook wel forensisch psychiatrisch centrum genoemd).

"Ik vind dat we de hele medische toestand van de patiënt moeten kennen dus ook de psychiatrische toestand."(arts 12)

Wanneer iemand in afwachting van zijn straf en oordeel van het NIFPP kortdurend in een gevangenis verblijft, weten de artsen dit meestal gezien dit besproken wordt tijdens het psycho-medisch overleg. De meeste artsen zijn van mening dat ze de algemene medische toestand van een patiënt moeten kennen en dus ook de psychiatrische toestand.

Om welke feiten een gedetineerde een gevangenisstraf gekregen heeft, vinden de artsen niet belangrijk en de ervaring leert dat de meeste patiënten dit ook niet uit zichzelf zeggen.

Wat de artsen wel belangrijk vinden, is om de einddatum van de straf te kennen. Niet acute zaken dienen niet op kosten van de gevangenis te gebeuren indien de gedetineerde binnen enkele maanden vrij komt.

Vraag 21) De omstandigheden waarin de gevangenen leven dragen extra bij tot de vraag naar gezondheidszorg?

De consumptiegraad van de gedetineerden ligt een stuk hoger in vergelijking met de algemene populatie. De meeste gedetineerden hebben reeds een zorgachterstand bij binnenkomst in de gevangenis. Vaak komen ze uit kansarme gezinnen of hebben ze te kampen met andere problemen waardoor hun gezondheid niet steeds op de eerste plaats komt.

De omstandigheden en de weerslag van de vrijheidsbeperking resulteren vaak in een verergering van de reeds bestaande psychische klachten.

Gedeeltelijk kan de verhoogde consumptiegraad ook verklaard worden door het feit dat de gedetineerden een consultatie soms gebruiken als ontsnapping aan de dagelijkse sleur.

In een penitentiaire inrichting waar sinds 1 januari 2016 elke gedetineerde een eigen cel heeft kon de inrichtingsarts een duidelijke afname merken van het aantal klachten die rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg zijn van het samenleven in één cel.

Vraag 22) Aan randvoorwaarden veiligheid en verloning is voldaan?

Geen enkele arts gaf aan dat hij zich onveilig voelt tijdens het uitoefenen van zijn job. Iedere arts heeft een alarmsysteem waarmee hij de bewaker, die in de gang staat te wachten, direct kan verwittigen indien er problemen zijn. De artsen geven aan dat ze dit systeem gelukkig weinig moeten gebruiken. Als bijkomende maatregel plaatsen ze hun stoel meestal dicht bij een deur zodat ze een ontsnappingsroute hebben indien nodig. Twee artsen vertelden zelfs dat ze zich vaker onveilig voelen in hun huisartsenpraktijk waar ook gewelddadige patiënten consulteren maar waar er geen bewaker op de gang staat te wachten.

De artsen worden per uur betaald voor hun geleverde diensten. Alle artsen zijn tevreden over hun loon dat gelijkaardig is aan de verloning buiten de gevangenismuren. Volgens een arts komt de verloning neer op een brutoloon van 70 euro per uur.

Een bijkomend voordeel is dat ze door hun statuut als ambtenaar ook aan pensioensparing doen. Ook voor de uren die ze oproepbaar zijn, krijgen de artsen een soort van permanentietoeslag.

Vraag 23) De kwaliteit van de gezondheidszorg in de gevangenis verschilt met deze er buiten?

Dezelfde kwaliteit van gezondheidszorg wordt nagestreefd ondanks de beperkingen van het gevangenisregime. In praktijk blijkt echter dat acht van de vijftien bevraagde artsen de kwaliteit toch als minder ervaart in vergelijking met de huisartsenpraktijk. Echter aan de voorwaarde om voor elke gedetineerde voldoende basis gezondheidszorg te garanderen, wordt wel voldaan.

Vraag 24) Hoe gebeurt de continuïteit van de zorgen, bijvoorbeeld tijdens het weekend?

De directie van elke penitentiaire inrichting of detentiecentrum is volgens de wet verplicht om voldoende basis gezondheidszorg te voorzien zowel overdag als 's nachts en in het weekend. De manier waarop de continuïteit van de zorgen georganiseerd wordt, is de vrije keuze van de directie en dit gebeurt bijgevolg op verschillende manieren.

Achttien penitentiaire inrichtingen werken samen met het FMMU. Het FMMU is een landelijk opererende organisatie die justitieel geneesheren en verpleegkundigen in dienst heeft. Via Europese aanbestedingen worden er om de vier jaar aanbestedingscontracten afgesloten met detacherende organisaties zoals het FMMU of Detentiezorg Nederland.

's Avonds of in het weekend kan beroep gedaan worden op de wachtdienst van het FMMU, de huisartsenpost of een GGD afhankelijk van het contract. De penitentiaire inrichtingen die met het FMMU samenwerken kunnen meestal ook 's avonds een beroep doen op een arts binnen het FMMU die van wacht is maar dit is niet altijd het geval.

In PI Middelburg wordt er via een jaarlijkse Europese aanbesteding rechtstreeks met de artsen een contract afgesloten zonder tussenkomst van een overkoepelende organisatie.

Vraag 25) Een arts heeft een mogelijke signaalfunctie/adviesfunctie naar het gerecht toe in verband met veiligheid?

De behandelende arts moet geen signaalfunctie hebben naar het gerecht toe. Tijdens een consultatie moet alles kunnen verteld worden, ook zaken die niet in de patiënt zijn voordeel zouden spelen wanneer er beslist zou worden over de aard van een straf. Wanneer er moet beslist worden of een persoon al dan niet toerekeningsvatbaar is, wordt in Nederland het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en psychologie (NIFP) ingeschakeld om advies te geven aan het gerecht met als doel een gepaste zorg aan te bieden binnen een bepaald veiligheidsniveau.

Vraag 26 & 27) Standaarden: Zijn er minimale standaarden en doelen voor bepaalde groepen en aandoeningen?

Er zijn meer dan voldoende standaarden maar die worden niet door alle artsen even vaak geraadpleegd. De meeste artsen werken vooral volgens de richtlijnen van NHG die ze ook in de huisartsenpraktijk gebruiken.

Naast de NHG-standaarden zijn er ook standaarden die uitgaan van de Dienst Justitiële Inrichtingen alsook standaarden die ontworpen zijn door organisaties die artsen in dienst hebben.

Net als de standaarden voor bepaalde groepen zijn er ook standaarden per aandoening. Ook hier wordt hoofdzakelijk gewerkt met de NHG-standaarden en kunnen ook extra standaarden geraadpleegd worden die specifiek ontworpen zijn voor het omgaan met een aandoening binnen de gevangenis. Een mooi voorbeeld hiervan is de aanpak van scabiës waar de behandeling duidelijk verschilt met die buiten de gevangenismuren omwille van de praktische haalbaarheid.

Vraag 28 & 29) De intake: Gebeurt een systematische screening naar ziekte bij binnenkomen? Er wordt gebruik gemaakt van preventiestrategieën?

De intake van een justitiabele dient volgens de norm uiterlijk 24 uur na plaatsing afgerond te zijn. Als voorbereiding op de intake verzamelt de justitieel verpleegkundige informatie uit eerdere zorgverleningsrapporten bij hun vorige huisarts of andere instellingen aan de hand van een toestemmingsformulier. De bekomen informatie wordt genoteerd in een elektronisch dossier. Tijdens de afname van de intake informeert de verpleegkundige de justitiabele over de structuur en organisatie van de gezondheidszorg. Ook de medicatielijst wordt overlopen en zo nodig dringend besteld bij de apotheek.

Nadien wordt aan de hand van een vragenlijst (ongeveer 100 vragen), die gekoppeld is aan Micro-HIS, de gezondheidstoestand bevraagd. Naast de vragenlijst worden gewicht, lengte en bloeddruk gemeten. Er gebeurt dus geen standaard bloedname tijdens de intake, enkel bij patiënten met een sterk verhoogd risico op besmettelijke aandoeningen. De duur van deze intake kan variëren van 15 minuten bij een gezonde, jonge gedetineerde tot 60 minuten wanneer een gedetineerde met veel co-morbiditeiten zich presenteert.

Alle nieuwkomers worden in de agenda voor het eerstvolgende spreekuur geplaatst. De justitieel geneesheer controleert de kwaliteit van het ingevulde intakeformulier en dient zich akkoord te verklaren met de chronische medicatie.

De verpleegkundige dient tijdens de intake ook een inschatting te maken met betrekking tot risicovolle situaties zoals suïcidegevaar, voedsel en/of vochtweigering, outbreak infectieziekten en psychische decompensatie. Wanneer er een vermoeden is dat een gevangene suïcidaal is zal deze gezien worden door een psychiater om de ernst van het suïcidegevaar correct in te schatten en zo nodig de persoon tegen zichzelf beschermen door hem of haar in een isolatiecel te plaatsen.

Vraag 30) Er wordt gebruik gemaakt van ontslag- en rehabilitatieprogramma's?

Tijdens de gevangenisstraf is er veel aandacht voor rehabilitatie in de maatschappij. Zo krijgen de gedetineerden de mogelijkheid om bij te scholen en zelfs een diploma te halen. De gevangenen kunnen ook werken in de gevangenis met als voordeel dat ze een nuttige dag invulling hebben en ondertussen ook wat verdienen.

De meeste artsen halen echter aan dat er bij ontslag weinig opvolging voorzien wordt. Eenmaal de gedetineerden terug vrij is, vindt men niet altijd toegang tot de noodzakelijke begeleiding.

Vraag 31) Mechanische fixatie is enkel nodig in acute situaties (maximaal enkele dagen) om schade aan anderen en zichzelf te voorkomen of om een psychiatrische behandeling te kunnen opstarten?

Mechanische fixatie gebeurt zelden tot nooit, de meeste artsen zijn hier dan ook geen voorstander van. Een arts die zowel werkzaam is in een gevangenis voor vrouwen als mannen merkt op dat dit nooit gedaan wordt in de vrouwengevangenis in tegenstelling tot bij de mannen waar dit af en toe eens noodzakelijk is, bijvoorbeeld na een vechtpartij.

Vraag 32) De isoleercel kent een juist gebruik?

De meeste artsen zijn van mening dat een isoleercel een noodzakelijk kwaad is die enkel moet gebruikt worden indien er geen beter alternatief is. Meestal wordt iemand in een isoleercel geplaatst omwille van ontoelaatbaar gedrag zoals vechtpartijen of druggebruik. Een andere reden kan zijn dat men vreest dat een gedetineerde zichzelf wil kwetsen met de voorwerpen die in een normale cel aanwezig zijn. Bovendien is er 24 op 24 uur camerabewaking in een isoleercel waardoor de patiënt beter in de gaten kan gehouden worden.

Er is sinds kort een nieuwe richtlijn die als doel heeft om het gebruik van de isoleercel te verminderen en dan vooral de duur van isolatie in te korten. Een arts merkte op dat een langdurig verblijf in een isolatiecel een verhoogd risico op psychose met zich mee brengt.

Vraag 33) Beschikken jullie over voldoende statistieken over jaarlijkse suïcides, infecties, enz..?

De artsen die in opdracht van hun opleiding tot justitieel geneeskunde een eigen literatuurstudie hebben gedaan werden geconfronteerd met het ontbreken van voldoende statistieken. Andere artsen hebben geen idee of er voldoende statistieken beschikbaar zijn.

In mijn interview met de algemeen directeur van het FMMU vernam ik dat zelfs het FMMU - dat toch heel wat artsen in dienst heeft - geen toegang heeft tot de statistieken die een enorme meerwaarde kunnen betekenen voor hun bijscholingen die ze organiseren.

Vraag 34) De gevangenissen zouden meer researchvriendelijk kunnen worden?

De meeste artsen zijn van mening dat er te weinig onderzoek gedaan wordt naar de gezondheidszorg in de gevangenis. Volgens hen is dit gedeeltelijk te wijten aan de bijkomende veiligheidsmaatregelen die er gelden alsook door de beperkte interesse voor deze specifieke populatie.

Vrraag 35) Heeft U nog een tip voor artsen die van plan zijn om later in een gevangenis te werken?

Werken als justitieel geneesheer is een zeer uitdagende job waar je als arts veel voldoening uit kan halen. Je leert er werken met een zeer gevarieerde populatie met verschillende etniciteit en achtergronden. Ook op vlak van pathologieën kom je als inrichtingsarts met aandoeningen in contact die je niet of nauwelijks ziet in de gewone huisartsenpraktijk. Vooral verslavingszorg, psychiatrische aandoeningen en infectieziekten komen veel vaker voor en hier dien je je dan ook als toekomstige gevangenisarts zeker in te verdiepen.

Als laatste argument leer je bovendien in team te werken. Nederlandse huisartsen zijn dit al meer gewend in hun huisartsenpraktijk maar voor de vele solo-artsen die momenteel in de Belgische gevangenissen werken is dit een unieke ervaring.

5. Discussie

De organisatie van de eerstelijnszorg in Nederland en België kent zowel verschillen als gelijkenissen. In beide landen valt de gezondheidzorg voor gedetineerden onder de bevoegdheid van het Ministerie van Justitie en Veiligheid (equivalent België: FOD Justitie). Dit is opmerkelijk aangezien in de meeste andere Europese landen de gezondheidszorg van de gedetineerden, net als de medische zorg voor de algemene populatie, onder de bevoegdheid valt van het Ministerie van Volksgezondheid. Om de basiszorg voor gedetineerden te kunnen garanderen krijgt men hiervoor in België een budget van het RIZIV waarmee hoofdzakelijk de medicatie en doorverwijzingen naar de specialist betaald worden. Volgens een kaderlid van het FOD Justitie België, is dit budget te laag en is er bovendien geen jaarlijkse indexering. Beperkte financiële middelen kunnen een mogeiljke verklaring zijn waarom de kwaliteit van de zorg verschilt met de gezondheidszorg buiten de gevangenismuren.

Het werk als arts in een Nederlandse gevangenis verschilt met het takenpakket van de Belgische gevangenisartsen. In Nederland worden er meer taken overgenomen door het verpleegkundig personeel. De intake bij elke nieuwe gedetineerde wordt in Nederland gedaan door een verpleegkundige aan de hand van een gestandaardiseerde, landelijk ingevoerde vragenlijst. Dit in tegenstelling tot België waar een arts zelf de intake doet. In de gevangenissen is er een hoge turnover van gedetineerden. Een gestructureerde intake zoals men dit in Nederland kent, kan snel dertig minuten tijd in beslag nemen. Het overnemen van deze taak door de verpleegkundige zorgt in Nederland voor een aanzienlijke afname van de werkdruk(1).
Ook tijdens de consultatie is er een andere rol weggelegd voor het verpleegkundig personeel wanneer we België en Nederland vergelijken. In België gebeurt geen triage omdat elke

gedetineerde het recht heeft om elke dag op consultatie te komen bij de arts (art 88), in Nederland wordt een triage quasi altijd door een verpleegkundige gedaan. Een goede triage resulteert eveneens in een lagere werkdruk voor de Nederlandse artsen omdat veel gezondheidsklachten afgehandeld kunnen worden zonder tussenkomst van een gevangenisarts.
Het risico bestaat echter dat een verpleegkundige niet altijd de nodige kennis heeft om de situatie correct in te schatten en patiënten hierdoor soms te laat doorverwezen worden. Intensieve bijscholing van verpleegkundigen en het opdoen van ervaring met het afnemen van triagekaarten kunnen deze inschattingsfouten tot een minimum beperken. Belangrijk is dat deze triage laagdrempelig moet blijven waar bij twijfel altijd gekozen moet worden om de patiënt naar de arts door te sturen. In België is men geen voorstander van een triagesysteem zoals in Nederland. Als gevolg van een betere triage kan de hoge werkdruk van de Belgische gevangenisartsen verminderd worden(1).

Tijdens de consultatie worden de Belgische artsen bijgestaan door het verpleegkundig personeel terwijl in Nederland de arts meestal alleen consulteert. De aanwezigheid van een verpleegkundige tijdens het consult ervaren de Belgische artsen als een meerwaarde op vlak van efficiëntie en adviesfunctie daar waar de meeste Nederlandse artsen hier geen voorstander van zijn. Deze afwijkende antwoorden kunnen volgens mij verklaard worden door het feit dat de artsen zich het meest vertrouwd voelen met de manier van werken die ze reeds jaren gewoon zijn en door het feit dat als gevolg van een gebrek aan triage de verplegenden met voldoende voorkennis veel administratieve zaken (bv aanvraag bril, uitgangspermissie…) kunnen oplossen, echter, bijna steeds in aanwezigheid van de arts(1).

In Nederland wordt de norm nagestreefd van 1FTE-arts per 300 gedetineerden (arts 3, arts 8). Volgens een kaderlid van het FOD Justitie (België) wordt per gedetineerde per jaar 2 uur een huisarts voorzien in de gevangenis. Wanneer we voorop nemen dat een FTE-arts een werkweek heeft van 45 uur, komt dit in België neer op ¼ FTE-arts per 300 gedetineerden. Per gedetineerden zijn er per week dus minder consultatieuren beschikbaar in België. Positief is wel dat de artsen hun beperkt aantal spreekuren verspreiden over de week waardoor er wel quasi dagelijks een arts aanwezig is.

Zowel in Nederland als in België vinden de artsen dat er voldoende mogelijkheden zijn om een goede anamnese af te nemen. Een opmerkelijk verschil is dat er in België niet altijd een tolkentelefoon ter beschikking is. In de Nederlandse gevangenis is dit standaard aanwezig in elke consultatieruimte en deze wordt bovendien gratis ter beschikking gesteld waardoor men zelden tot nooit beroep moet doen op de hulp van een medegedetineerde die beide talen beheerst. Vermoedelijk is de hoge kostprijs van de tolkentelefoon de reden waarom dit in België niet overal toegepast wordt.
In beide landen zijn de artsen van mening dat het materiaal dat aanwezig is voor klinisch en technisch onderzoek voldoende is alhoewel ze aangeven in hun eigen huisartsenpraktijk over meer mogelijkheden te beschikken zoals het nemen van een elektrocardiogram. Er zijn in België en Nederland voldoende medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingsmodaliteiten voorhanden in de gevangenis om de patiënt de noodzakelijke zorg voor te schrijven. Ook hier kan men stellen dat dit wel voldoende is maar niet volledig vergelijkbaar met de mogelijkheden die men in de huisartsenpraktijk kan aanwenden. Fysiotherapeuten komen in Nederland meestal tot in de gevangenis maar beschikken daar niet over dezelfde infrastructuur als in hun eigen praktijk(1).

De wachttijden voor doorverwijzing voor specialistische hulpverlening zijn in Nederland vergelijkbaar met deze buiten de gevangenismuren. Acute aandoeningen worden met spoed doorverwezen naar tweedelijnszorg in het ziekenhuis. In Belgische gevangenissen daarentegen vinden twee derde van de artsen de wachttijden voor verwijzing niet aanvaardbaar.
De toegankelijkheid tot psychologische hulpverlening is veel minder in België dan in Nederland. De Nederlandse artsen geven aan dat er voldoende psychiaters aanwezig zijn en dat indien nodig de patiënt snel doorverwezen kan worden naar een psycholoog die dagelijks aanwezig is in de gevangenis. Deze toegankelijke psychologische hulpverlening is onontbeerlijk gezien de hoge prevalentie van psychologische problemen bij gedetineerden.

Personen die niet toerekeningsvatbaar verklaard zijn, worden in België geïnterneerden genoemd in tegenstelling tot Nederland waar men vooral de term terbeschikkingstelling gebruikt. Deze patiënten zouden moeten opgevangen worden in speciale instellingen waar intensieve psychiatrische en psychologische begeleiding kan gebeuren binnen een aangepast veiligheidsniveau. Deze instellingen worden forensische psychiatrische centra (FPC) genoemd(14,16).

België is echter al meerdere malen veroordeeld door het Europese Hof van Mensenrechten omdat geïnterneerden te vaak geplaatst worden binnen het normale gevangenisregime waar aangepaste begeleiding vaak niet voor handen is(2,3) .
Sinds de opening van het FPC Gent en FPC Antwerpen zijn er meer opvangmogelijkheden voor deze patiëntengroep met een specifieke zorgvraag. Nederland kent zowel FPC's die rijksinstellingen zijn als particuliere centra met Justitie als exclusieve contractant. In Nederland zijn de laatste jaren echter enkele forensisch psychiatrische centra gesloten wegens het dalend aantal veroordelingen tot TBS met dwangverpleging en door bezuinigingsopdrachten(14).

Zowel Belgische als Nederlandse gevangenisartsen voelen zich veilig tijdens het uitoefenen van hun beroep. Dit is een noodzakelijk vereiste om zich volledig te kunnen concentreren op hun werk als arts. Omtrent de verloning zien we meer tevredenheid bij de Nederlandse collega's waar een aantal artsen zelfs toegeeft meer te verdienen dan in de huisartsenpraktijk. Ook een beschikbaarheidsvergoeding is wordt vaak toegekend aan Nederlandse gevangenisartsen die telefonisch bereikbaar moeten zijn tijdens de nacht of in het weekend. Een veilige werkomgeving en correcte verloning zijn twee parameters die de job als gevangenisarts aantrekkelijk kunnen maken voor jonge huisartsen. Het vormt zowel voor de Nederlandse als Belgische regering een uitdaging om huisartsen te motiveren voor het werk als gevangenisarts te kiezen, vermits dit weinig in trek is bij jonge afstuderende artsen. De gemiddelde leeftijd van de Belgische gevangenisartsen die tijdens het eerste deel van dit Duodecim-project bevraagd werden was 54 jaar. In Nederland was de gemiddelde leeftijd van de bevraagden 48 jaar. Om in de toekomst voldoende gevangenisartsen te garanderen, zullen ook jonge artsen moeten kunnen kiezen voor deze specifieke setting(1).

Deze studie kent een aantal sterktes en zwaktes. De studieopzet om uit elke provincie minimum één arts te interviewen werd behaald. In de provincie met een hoogste aantal gedetineerden (Zuid-Holland) werden er in totaal drie artsen geïnterviewd. In totaal werden veertien artsen bevraagd waardoor men voorzichtig moet zijn om de bekomen meningen te extrapoleren als zijnde de mening van alle Nederlandse gevangenisartsen. Naast de "klassieke" gevangenissen die

in Nederland penitentiaire inrichtingen genoemd worden werden ook twee artsen uit een detentiecentra bevraagd alsook één arts die werkzaam was in een justitiële jeugdinrichting.

Naast de gevangenisartsen werden ook vier bijkomende interviews afgenomen om meer inzicht te krijgen in onderwerpen waar de gevangenisartsen zelf minder mee bezig zijn zoals het financiële plaatje en het takenpakket van het verpleegkundig personeel.
Doordat uiteindelijk alle medische diensten van elke gevangenis gecontacteerd werden om zo veel mogelijk artsen te verzamelen die bereid waren mee te werken aan het onderzoek, kan het zijn dat er bias is in de groep van ondervraagden en hierdoor ook in de gegeven antwoorden.
De eerste interviews werden face-to-face afgenomen in de gevangenis. Hierbij werden audio-opnames helaas niet toegelaten, waardoor deze interviews niet controleerbaar zijn. De andere interviews werden telefonisch gedaan, waarbij wel audio-opnames werden verkregen. De manier van antwoorden kan hierdoor bij deze twee soorten interviews iets afwijkend geweest zijn. Tijdens het literatuuronderzoek werd geen enkel artikel gevonden die een vergelijking probeert te maken tussen de eerstelijnszorg in Nederland en België aan de hand van een vragenlijst die peilt naar de mening van de gevangenisartsen. Een verdere verdieping in de sterktes en zwakten van beide systemen kan zeker de gezondheidszorg in de gevangenis verbeteren in de toekomst. Momenteel is er een studie lopende vanuit het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) die een analyse maakt over de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen met als uiteindelijk doel een operationeel voorstel te formuleren voor een hervorming van de gezondheidszorg (26).

6. Besluit

Wanneer we de gezondheidszorg in de Nederlandse gevangenissen vergelijken met de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen, zien we toch een aantal opmerkelijke verschillen. Zo ligt de werkdruk lager in de Nederlandse gevangenis, mede door de verschillende taakverdeling van de medische hulpverleners. Alhoewel er voldoende middelen zijn voor diagnose en behandeling, blijkt bij navraag van de huisarts werkzaam in de Nederlandse gevangenis dat de medische zorg in de Nederlandse gevangenissen kwalitatief nog kan verbeterd worden. Een verdere verdieping in de gezondheidszorg in de gevangenissen is aangewezen. Daarom zou de gevangenis in het kader van toekomstig onderzoek beter toegankelijk moeten worden.

7. Referenties

1. Miclotte A, Remmen R, Matthys J. Eerstelijnszorg in de Vlaamse gevangenissen: een explorerend beschrijvende studie door middel van interviews. Gent: UZ Gent; 2016.

2. Liga voor mensenrechten: www.mensenrechten.be, geraadpleegd op januari 2017

3. Council of Europe: www.coe.int, geraadpleegd op januari 2017.

4. Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCornick D, Borr DH et al. The health and health care of US prisoners: results of a nationwide suvey. Am J Public Health 2009;4:666-672.

5. Dumont DM, Brockmann B, Dickman S, Alexander N, Rich JD. Public Health and the epidemic of incarceration. Annu Rev Public Health 2012;33:325-339.

6. Weinstein R. Infection control in jails and prisons. Clinical Infectious diseases 2007;45:1047-55.

7. Watson R, Stimpson A, Hostick T. Prison health care: a review of the literature. International Journal of Nursing Studies 2004;41:119-128.

8. Faze S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359:545-50.

9. Bartlett A, Dholakia N, England R, Hales H, van Horn E, McGeorge T et al. Prison prescribing practice: practioners' perspectives on why prison is different. Int J Clin Pract. 2014;68(4):413-7

10. Beijersbergen KA, Dirkzwager AJ, EICHELSHEIM VI, Van Der Laan PH, Nieuwbeerta P. Procedural justice and prisoners mental health problems: A longitudinal study. Criminal Behavior and Mental Health 2014;24:100-112.

11. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet. 2011;377(9769):956-65.

12. Fazel S, Gran M, Kling B, Hawton K. J. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011;46(3):191-5.

13. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA. Release from prison -a high risk of death for former inmates. N Engl J Med 2007;356:157-65.

14. FOD justitie. Thema's en dossiers: gevangenissen: https://justitie.belgium.be, geraadpleegd op april 2017

15. Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden 2005: www.ejustice.just.fgov.be, geraadpleegd april 2017.

16. Dienst Justitiële inrichtingen: www.dji.nl, geraadpleegd op oktober 2016.

17. Commissie van toezicht: www.commissie van toezicht.nl, geraadpleegd op december 2016.

18. Gezondheidszorg in de gevangenis: www.indegevangenis.nl, geraadpleegd op december 2016.

19. Zorg achter tralies. Den Haag:IGZ; 1998.

20. Medische diensten in penitentiaire inrichtingen: achter tralies nu veiliger zorg, maar verbeteringen nog nodig. Den Haag; 2009.

21. Medische diensten in detentie centra: verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd. Den Haag; 2009.

22. Marshall T, Simpson S. Stevens A. Use of health services by prison inmates: comparisons with the community. Journal of epidemiology and community health. 2001; 55(5): 364-5.

23. Nederland instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie: www.nifpnet.nl, geraadpleegd op januari 2017.

24. Dressing H, Salis HJ. Pathways to psychiatric care in European prison systems. Behav. SCi. Law 2009, 27: 801-810.

25. Holbrook A L, Green M C, Krosnick J A. Telephone versus face-to-face interviewing of national probability samples with long questionnaires. Comparisons of respondent satisficing and social desirability response bias. Public Opinion Quarterly 67. 3003. 79-125.

26. Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg: www.kce.fgov.be, geraadpleegd op januari 2017.

8. Afkortingen

CAT: Committee against Torture
CPT: Europees Comité voor de Preventie van Foltering
DC: Detentiecentrum
DJI: Dienst Justitiële Inrichtingen
ECG: Elektrocardiogram
EMD: Elektronisch medisch dossier
EVRM: Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
FMMU: Forensische Medische Maatschappij Utrecht
FOD: Federale Overheidsdienst
GGD: Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ: Geestelijke gezondheidszorg
HIV: humaan immunodeficiëntievirus
ISD: Inrichting Stelselmatige daders
JCvSZ: Justitieel Centrum voor Somatische Zorg
MRSA: Meticilline-resistente Staphylococcus aureus
NHG: Nederlandse Huisartsengroep
NIFP: Nederlands instituut voor forensische psychiatrie en psychologie
RIZIV: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering
SOEP: Subjectief-Objectief-Evaluatie-Plan
TBC: Tuberculose
UMCU: Universitair Medisch Centrum Utrecht

9. Bijlage

9.1 Vragenlijst

Achtergrond

Geslacht M/V

Leeftijd …

Type praktijk Solo/Duo/Groep

Hoeveel uur per week werkt u gemiddeld in een penitentiaire inrichting (PI)? …

Consultvoering

Algemeen

1) De tijdsdruk bij de consultvoering is vergelijkbaar met een (huis)artspraktijk? J/N

2) Er bestaat een systeem van triage dat werkt? J/N

3) Het samen consulteren met arts en verpleegkundige is steeds aangewezen? J/N

4) Er bestaat een mogelijkheid om de patiënt alleen te zien. J/N

5) Ik heb als arts voldoende basisopleiding om te werken in deze setting. J/N

6) Er bestaat mogelijkheid tot bijscholingen over relevante onderwerpen? J/N

7) Er is gezamenlijk overleg tussen de verschillende disciplines? J/N

8) Gebeurt de consultatieaanvraag op een gestructureerde manier? J/N

Anamnese

9) De middelen/mogelijkheden voor anamnese zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts buiten de gevangenis? J/N

10) Er zijn voldoende tolkmogelijkheden beschikbaar? J/N

Klinisch onderzoek

11) De middelen/mogelijkheden om de patiënt klinisch te onderzoeken zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis? J/N

Diagnostiek

12) De middelen/mogelijkheden voor diagnostiek zijn aanvaardbaar in vergelijking met een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis? J/N

Therapie

13) De middelen/mogelijkheden voor niet-medicamenteuze therapie zijn aanvaardbaar in vergelijking met deze van een huisarts buiten de gevangenis? J/N

14) De middelen/mogelijkheden voor medicamenteuze therapie zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts buiten de gevangenis? J/N

15) Verloopt de medicatiebedeling op een veilige en gestructureerde manier? J/N

16) De gevangenen hebben voldoende toegang tot psychiatrische zorg? J/N

17) De gevangenen hebben voldoende toegang tot psychische zorg? J/N

Verwijzing

18) De wachtlijsten bij verwijzing zijn aanvaardbaar? J/N

Omgaan met

19) Het EMD (elektronisch medisch dossier) is even gebruiksvriendelijk als het EMD-programma in de huisartspraktijk. J/N

20) Kent U de status van een gevangene? J/N

21) De omstandigheden waarin de gevangenen leven dragen extra bij tot de vraag naar gezondheidszorg? J/N

Randvoorwaarden

22) Aan randvoorwaarden veiligheid, verloning is voldaan? J/N

23) De kwaliteit van gezondheidszorg in de gevangenis verschilt met deze er buiten? J/N

24) Hoe gebeurt de continuïteit van de zorgen, bijvoorbeeld tijdens het weekend? ...

25) Een arts heeft een mogelijke signaalfunctie/adviesfunctie naar het gerecht toe in verband met veiligheid. J/N

26) Zijn er minimale standaarden en doelen voor bepaalde groepen (vrouwen, ouderen, psychosen…)? J/N

27) De bestaande standaarden (Hep C/preventie delier/ …) zijn goed en worden gevolg? J/N

28) Gebeurt een systematische screening naar ziekte (bv SOA) bij binnenkomen? J/N

29) Er wordt gebruikgemaakt van preventiestrategieën -zoals screeningsinstrumenten voor bijvoorbeeld suïcide? J/N

30) Er wordt gebruikgemaakt van ontslag/rehabilitatieprogramma's? J/N

31) Mechanische fixatie is enkel nodig in acute situaties) om schade aan anderen en zichzelf te voorkomen of om een psychiatrische behandeling te kunnen opstarten? J/N

32) De isoleercel kent een juist gebruik? J/N

33) We beschikken over voldoende statistieken over jaarlijkse suïcides/onbepaalde overlijdens/infecties (TBC, HIV,Hep C)? J/N

34) De gevangenissen zouden meer researchvriendelijk kunnen worden? J/N

35) Heeft u nog een tip voor afstuderende artsen die van plan zijn om later in een gevangenis te werken?

9.2 Informatie- en toestemmingsformulier

INFORMATIE EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

INFORMATIE VOOR DE DEELNEMERS

GEACHTE ARTSEN,

IN HET KADER VAN ZIJN MASTER- NA- MASTEROPLEIDING HUISARTSGENEESKUNDE DOET DR. HALLYN MATHIEU EEN ONDERZOEK NAAR DE GEZONDHEIDZORG IN DE NEDERLANDSE PENITENTIAIRE INRICHTINGEN. DIT ONDERZOEK GEBEURT IN DE PERIODE VAN MEI 2016 TOT EN MET JUNI 2016, ONDER TOEZICHT VAN DE UNIVERSITEIT VAN GENT.

HET DOEL VAN DE STUDIE IS OM MET BEHULP VAN EEN VRAGENLIJST/INTERVIEW (RAND)VOORWAARDEN EN MOGELIJKE DREMPELS OP DE ZORG NA TE GAAN (BV INVLOED VAN VEILIGHEID) EN MOGELIJKE VERSCHILLEN TUSSEN DE CONSULTVOERING IN DE GEVANGENIS EN DE HUISARTSPRAKTIJK TE EXPLOREREN.

MITS UW TOESTEMMING WORDEN DE INTERVIEWS BIJ VOORKEUR AFGENOMEN MET GELUIDSOPNAME.

DE BEVINDINGEN VAN DEZE VRAGENLIJSTEN/INTERVIEWS ZULLEN GEANALYSEERD WORDEN DOOR DR. HALLYN MATHIEU. HET SPREEKT VOOR ZICH DAT DE GELUIDSOPNAMES ENKEL EN ALLEEN VOOR ONDERZOEKSDOELEINDEN GEBRUIKT WORDEN. ALLE GEGEVENS ZULLEN VERTROUWELIJK BEHANDELD WORDEN EN ANONIEM VERWERKT, DIT IN OVEREENSTEMMING MET DE WET OP DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER.

UW DEELNAME VINDT PLAATS OP VRIJWILLIGE BASIS. DIT WIL EVENEENS ZEGGEN DAT U ZICH OP ELK MOMENT UIT DE STUDIE KUNT TERUGTREKKEN.

DOOR HET ONDERTEKENEN VAN EEN FORMULIER VOOR GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING GEEFT U UW TOESTEMMING TOT HET MEEWERKEN AAN DE STUDIE.

INDIEN U NOG BIJKOMENDE VRAGEN HEEFT OVER DIT ONDERZOEK KUNT U CONTACT OPNEMEN MET ONDERSTAANDE ONDERZOEKERS.

WIJ STELLEN UW MEDEWERKING VAN HARTE OP PRIJS EN ALVAST BEDANKT!

MET VRIENDELIJKE GROETEN,

DR. HALLYN MATHIEU

PROMOTOR: DR. VYNCKE VEERLEN, UNIVERSITEIT GENT

CO-PROMOTOR: DR. MATTHYS JAN, UNIVERSITEIT GENT

TOESTEMMINGSFORMULIER

NAAM : …….

1. IK BEVESTIG DAT DR.....(NAAM INFORMERENDE ARTS IN BLOKLETTERS) MIJ UITGEBREID GEÏNFORMEERD HEEFT OVER DE AARD EN HET DOEL VAN DEZE STUDIE.

2. IK BEVESTIG DAT IK DE INFORMATIE OVER DE STUDIE HEB BEGREPEN EN SCHRIFTELIJK GEKREGEN HEB.

3. IK BEGRIJP DAT MIJN DEELNAME GEHEEL VRIJWILLIG IS EN DAT IK ME OP ELK MOMENT KAN TERUGTREKKEN UIT DIT ONDERZOEK, ZONDER NADELIGE GEVOLGEN.

4. IK BEGRIJP DAT MIJN GEGEVENS TIJDENS DEZE STUDIE WORDEN VERZAMELD TIJDENS EEN INTERVIEW EN GEANONIMISEERD. IN OVEREENSTEMMING MET HET KONINKLIJK BESLUIT VAN 8 DECEMBER 1992 EN HET KONINKLIJK BESLUIT VAN 22 AUGUSTUS 2002, ZAL MIJN PERSOONLIJKE LEVENSSFEER WORDEN GERESPECTEERD EN BIJ CODERING ZAL IK TOEGANG KRIJGEN TOT MIJN VERZAMELDE GEGEVENS. ELK ONJUIST GEGEVEN KAN OP MIJN VERZOEK WORDEN VERBETERD.

5. DEZE STUDIE WERD GOEDGEKEURD DOOR EEN ONAFHANKELIJKE COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK VERBONDEN AAN HET UZ GENT EN WORDT UITGEVOERD VOLGENS DE RICHTLIJNEN VAN ICH/GCP OPGESTELD IN DE VERKLARING VAN HELSINKI OPGESTELD TER BESCHERMING VAN INDIVIDUEN DEELNEMEND AAN KLINISCHE STUDIES. IN GEEN GEVAL DIENT U DE GOEDKEURING DOOR DE COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK TE BESCHOUWEN ALS EEN AANZET TOT DEELNAME AAN DEZE STUDIE.

6. ER WERD VOOR DEZE STUDIE, CONFORM DE BELGISCHE WET VAN 7 MEI 2004 EEN VERZEKERING AFGESLOTEN. DIT DAAR DE WET VOORSCHRIJFT DAT VOOR ELK WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK BIJ MENSEN EEN VERZEKERING MOET AFGESLOTEN WORDEN OOK AL HOUDT DEZE STUDIE WEINIG OF GEEN RISICO IN VOOR DE DEELNEMER.

7. IK VERKLAAR HIERBIJ DAT IK INSTEM MET DEELNAME AAN DIT ONDERZOEK.

DOOR DE DEELNEMERS TE ONDERTEKENEN EN PERSOONLIJK TE DATEREN.

DATUM…… HANDTEKENING…….

TOESTEMMING VOOR GELUIDSOPNAME: JA – NEEN (DOORHALEN WAT NIET VAN TOEPASSING IS)

VERKLARING VAN DE ONDERZOEKER BETREFFENDE DE GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING VAN DE DEELNEMER

ONDERGETEKENDE HEEFT DE BIJZONDERHEDEN VAN DIT KLINISCH ONDERZOEK, ZOALS DIT BESCHREVEN STAAT IN HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PATIËNT, VOLLEDIG UITGELEGD AAN BOVENGENOEMDE PATIËNT.

DATUM: HANDTEKENING:

9.3 Ethisch Comité: onderzoeksprotocol + goedkeuring

ONDERZOEKSPROTOCOL

1. TITEL ONDERZOEK EN NAAM AANVRAGERS:

Gezondheidszorg in de Nederlandse penitentiaire inrichtingen. Een beschrijvende en vergelijkende studie ten opzichte van de Vlaamse gevangenissen. Dr.Hallyn Mathieu, Dr.Vyncke Veerle, Dr.Matthys Jan.

2. ACHTERGROND:

Net zoals in het leven buiten de gevangenismuren spelen huisartsen een centrale rol in de eerstelijns gezondheidszorg voor gedetineerden. Ze onderzoeken en behandelen zowel de fysische als psychische gezondheidsproblemen en verwijzen indien nodig gericht door naar specialistische hulpverlening. In Nederland heeft ieder mens recht op gezondheidszorg. Dat geldt ook voor burgers met een vrijheidsstraf. Het gevangeniswezen is voor deze mensen verantwoordelijk en heeft namens de overheid een zorgplicht. Elke gedetineerde heeft toegang tot medische zorg, die gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij maar die wel past binnen de beperkingen van een gevangenisstraf. De huisartsen in de penitentiaire inrichtingen (PI) zijn doorgaans eveneens werkzaam in een huisartsenpraktijk buiten de gevangenis. Het zijn die artsen die aan de hand van een semi-gestructureerd interview ondervraagd zullen worden.

3. VRAAGSTELLING/OBJECTIEVEN VAN HET ONDERZOEK:

Dit onderzoek betreft een duodecim-project die aansluit bij de masterproef “Gezondheidszorg in de Vlaamse Gevangenissen: een explorerend en beschrijvende studie door middel van interviews” van Dr. Miclotte Anneleen.

Na een grondige studie van de bestaande literatuur zal in de eerste fase van het onderzoek met behulp van stellingen nagegaan worden of de consultvoering in de PI in Nederland verschilt met deze in een huisartsenpraktijk buiten de gevangenis. We gaan onder andere na of er voldoende middelen zijn voor een adequate diagnose, wat de kwaliteit is van de gezondheidszorg in de gevangenis, of de arts voldoende opleiding of bijscholing heeft gehad… .

Na afname van de interviews worden deze data verwerkt zodoende de situatie van de gezondheidszorg in de Nederlandse PI in kaart te kunnen brengen. Deze resultaten worden in een tweede fase vergeleken met de resultaten uit het onderzoek van Dr. miclotte, momenteel lopende in de Vlaamse gevangenissen.

4. MATERIAAL EN METHODEN:

- Type onderzoek: semi-gestructureerd interview op basis van stellingen.

- Zoekstrategie bestaande literatuur:

    - PubMed: aan de hand van MeSH-termen ‘prisons’, ‘primary health care’ en ‘general practitioners’. Ook de zoekterm ‘detention’ zal gebruikt worden tijdens het zoeken op PubMed.

- Google: via deze zoeksite wordt meer informatie opgezocht over de Nederlandse penitentiaire inrichtingen.
- De website www.dji.nl of Dienst Justitiële Inrichtingen verschaft meer informatie over detentie in Nederland.
- Het boek '**Detentie:** gevangen in Nederland' van de auteurs E.R. Muller en P.C. Vegter zal eveneens worden geraadpleegd, om een beter beeld te krijgen van de situatie in de Nederlandse gevangenis.

- Deelnemers:
  - Inclusiecriteria:
    - Mannelijke en/of vrouwelijke huisartsen.
    - Werkzaam als (huis)arts in een Nederlandse penitentiaire inrichting
  - Exclusiecriteria deelnemers: Geen
  -

Om een gelijkmatige verdeling over heel Nederland te bekomen zal per provincie de PI met het hoogste aantal gedetineerden geselecteerd worden.

Provincie	Gevangenis
Limburg	PI Sittard PI Zuid-Oost
Noord-Brabant	PI Tilburg PI Vught PI Grave
Zeeland	PI Middelburg
Zuid-holland	PI Dordrecht PI Krimpen aan den Ijssel PI Rotterdam PI Haaglanden PI Alphen aan de Rijn
Utrecht	PI Utrecht PI Nieuwegein
Gelderland	PI Achterhoek
Flevoland	PI Almere PI Lelystad

Noord-Holland	PI Amsterdam PI Haarlem PI Heerhugowaard PI Zwaag
Overijssel	PI Zwolle PI Almelo
Drenthe	PI Veenhuizen
Groningen	PI Ter Apel
Friesland	PI Leeuwarden



Bron : www.dji.nl

Een lijst met de contactgegevens van alle artsen werkend in de Nederlandse PI zal bevraagd worden via Dienst Justitiële Inrichtingen. Via randomisatie zal per PI een arts geselecteerd worden. Deze zal telefonisch gecontacteerd worden. Indien er gebrek is aan interesse, zal een andere arts van deze lijst gecontacteerd worden. Indien geen enkele van de werkzame artsen wenst mee te werken, zal uit die provincie een andere gevangenis gecontacteerd worden (met een zo hoog mogelijk aantal gedetineerden).

Aantal deelnemers: tien tot vijftien deelnemers. Het doel is om per provincie minimum één arts te interviewen afhankelijk van de tijd en bereidwilligheid om deel te nemen aan de studie. Aan elke arts wordt eerst telefonisch uitgelegd wat het doel en de methode van de studie is, met de vraag om in een tweede tijd het interview persoonlijk af te nemen.

- Interview: deze zal worden afgenome met behulp van de reeds bestaande vragenlijst (zie bijlage), ontworpen door Dr. Miclotte, zodat vergelijking met de situatie in de Vlaamse gevangenissen nadien mogelijk is.

    - Audio-opnames: mits uitdrukkelijke toestemming van de deelnemer zal het interview opgenomen worden om geen belangrijke informatie te missen bij analyse van de data.
    - Om reeds vertrouwd te geraken met de manier van interviewen heb ik reeds het gesprek tussen Dr.Hallyn Dirk (=ondervraagde arts gevangenis Brugge) en Dr. Miclotte Anneleen bijgevolgd op 20/01/2016.

- Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers: zie bijlage.

- Bij het interview wordt op de vragenlijst enkel een nummer ingevuld, geen naam. Aan de (eventuele) audio-opname en het toestemmingsformulier zal hetzelfde nummer worden toegekend. Enkel op het toestemmingsformulier wordt de naam van de arts vermeld. Tijdens de analyse van de ingevulde vragenlijsten zullen alle gegevens anoniem verwerkt worden. Het toestemmingsformulier wordt apart gehouden.
  Ingevulde vragenlijsten en audio-opnames zullen enkel ter beschikking gesteld worden aan het onderzoeksteam.

5. RESULTATEN

De resultaten van de literatuurstudie zullen worden beschreven als inleiding van deze Masterproef.

Na afname van alle interviews, zullen de bekomen gegevens verwerkt worden zodat we een beter zicht krijgen over de (huis)arts in de Nederlandse PI.

Alle opnames zullen worden beluisterd door twee ondezoekers (mezelf en promotor of co-promotor). Kwantitatieve antwoorden zullen per interview in een Excel document genoteerd worden, terwijl de kwalitatieve antwoorden gerangschikt worden per vraag. Indien een deelnemer werkzaam is in meerdere gevangenissen met verschillende regimes, worden de gegeven antwoorden apart geregistreerd en gequoteerd. Discrepanties of onduidelijkheden tussen mondelinge en schriftelijke antwoordmogelijkheid zullen worden opgelost door discussie en het herbeluisteren van de opname achteraf. In een volgende fase wordt elke geïnterviewde arts gemaild met de vraag de antwoorden na te kijken en indien er sprake is van misinterpretatie ons te contacteren om dit recht te zetten.

Hierna zal een vergelijking gemaakt worden met de situatie in de Vlaamse gevangenissen, gebruik makende van de resultaten van het onderzoek van Dr. Miclotte.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Lic. Veerle VYNCKE
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2016/0518	08-apr-16	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Gezondheidszorg in de Nederlandse penitentiaire inrichtingen. Een beschrijvende en vergelijkende studie ten opzichte van de Vlaamse gevangenissen. (MaNaMa Mathieu Hallyn)
Belgisch Registratienummer: B670201628339
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier (volledig ontvangen dd. 7/04/2016) dd. 24/03/2016
* *Goedkeuringsformulier: UZA (ref. 15/15/154) voor MaNaMa Anneleen Miclotte dd; 20/04/2015 – louter informatief*
* Informatie- en toestemmingsformulier (versie 1) dd. 7/03/2016
* Protocol

Advies werd gevraagd door: dr. V. VYNCKE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 8/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 8/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 8/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 8/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de Nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0518	08-apr-16	Zie "CC"

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel