Welke factoren beïnvloeden het perspectief van gedetineerden op de eerstelijnsgezondheidszorg door de medische dienst in 5 Vlaamse gevangenissen?

Dhanens Charlotte, Universiteit Gent

Fierens Bieke, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Decat Peter, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Vanden Bossche Dorien, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 - 2026

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Het schrijven van deze thesis was een enorm leerrijke en intensieve periode. Gelukkig hebben er vele mensen achter de schermen meegewerkt zodat deze thesis werkelijkheid kon worden. In eerste instantie willen we graag onze promotor Prof. Dr. Decat Peter en co-promotor Dr. Vanden Bossche Dorien bedanken. Bedankt om ons onder te dompelen in de wereld van de gezondheidszorg in de gevangenis en ons te includeren in jullie federale project. Tevens willen we jullie ook bedanken om ons te begeleiden in het uitwerken van deze thesis. Verder heeft ook Prof. dr. Pauline Boeckxstaens ons tijdelijk bijgestaan, waarvoor onze uitdrukkelijke dank. Alsook willen we alle andere onderzoekers van het federale project bedanken om de basis te leggen voor onze thesis.
Vervolgens willen we ook graag de directieleden, gevangenispersoneel en de geïnterviewde gedetineerden van de 5 geïncludeerde gevangenissen bedanken voor hun inzet. Zonder hun medewerking konden we deze thesis niet realiseren.

Verder willen we graag onze familie en vrienden, en Charlotte haar partner bedanken voor de steun en het nalezen van deze thesis. We willen jullie graag ook in het bijzonder bedanken voor de onvoorwaardelijke steun tijdens elk onderdeel van onze opleiding. Tot slot willen we Hilde Versprille, de mama van Charlotte, ook nog expliciet bedanken voor haar advies en tips voor deze thesis. Als verpleegkundige in de gevangenis van Gent was ze een waardevolle hulp van begin tot einde.

Abstract

Welke factoren beïnvloeden het perspectief van gedetineerden op de eerstelijnsgezondheidszorg door de medische dienst in 5 Vlaamse gevangenissen?

Haio's: Charlotte Dhanens & Bieke Fierens - Universiteit Gent
Promotor Prof. Dr. Peter Decat - Universiteit Gent
Co-promotor Dr. Vanden Bossche Dorien - Universiteit Gent

Context: De gezondheidszorg binnen detentiecontext vormt een complex zorgdomein waarin het equivalentiebeginsel centraal staat maar in de praktijk onder druk komt te staan door structurele en institutionele factoren. Gedetineerden vormen een kwetsbare populatie met verhoogde gezondheidsnoden, terwijl de detentiecontext zelf bijkomende drempels creëert voor toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg. Deze factoren maken het realiseren van patiëntgerichte eerstelijnszorg binnen detentiecontext bijzonder uitdagend. Huisartsen die werkzaam zijn in detentiecontext worden frequent geconfronteerd met deze specifieke omgeving en vervullen een sleutelrol binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Doel: Deze studie beoogt het perspectief van gedetineerden op de eerstelijnsgezondheidszorg van de medische dienst binnen Vlaamse gevangenissen te exploreren en te analyseren welke verschillende onderliggende factoren deze ervaringen vormgeven, gaande van interpersoonlijke interacties tot bredere structurele en contextuele factoren, en de wijze waarop gedetineerden hier betekenis aan geven.

Methode: In het najaar van 2024 werden semigestructureerde interviews afgenomen in 5 Vlaamse gevangenissen (Antwerpen, Nieuw-Dendermonde, Gent, Hasselt en Leuven Centraal). Deze interviews werden georganiseerd vanuit een onderzoeksproject over de federale pilootprojecten die daar lopende zijn: 'Drugs en detentie (D&D)' en de 'psychologen en maatschappelijk werkers toegevoegd aan de medische dienst (PMD's)'. Er werd een cross-analyse uitgevoerd op de kwalitatieve data uit 25 interviews met gedetineerden: 8 interviews uit Antwerpen, 3 uit Nieuw-Dendermonde, 6 uit Gent, 4 uit Hasselt en 4 uit Leuven Centraal. De thematische analyse gebeurde onafhankelijk via Nvivo-software met aandacht voor terugkerende patronen en onderliggende betekenissen in de zorgervaringen van de deelnemers.

Resultaten: De resultaten tonen aan dat de beleving van gezondheidszorg binnen detentiecontext gekenmerkt wordt door een uitgesproken ambivalentie. Vertrouwen in zorgverleners blijkt sterk afhankelijk van ervaren tijd, aandacht en klinische grondigheid. Tegelijk worden deze ervaringen grotendeels gevormd door structurele beperkingen, waaronder personeelstekorten, hoge werkdruk, fragmentatie van zorg en beperkte toegankelijkheid tot gespecialiseerde zorg. Deze factoren reduceren zorgpraktijken vaak tot korte en reactieve interventies, wat bijdraagt aan institutioneel wantrouwen. Daarnaast beïnvloedt de detentiecontext zelf de zorgbeleving via machtsasymmetrie en contextspecifieke dynamieken zoals verveling en circulatie van middelen. De zorgverlening binnen detentiecontext wordt vaak als dehumaniserend ervaren, gekenmerkt door een aantasting van de persoonlijke waardigheid, beperkte autonomie en een gebrek aan erkenning van de individuele noden van gedetineerden. Ondanks deze specifieke context benadrukken de bevindingen het belang van relationele zorg, mentale ondersteuning en zingeving als cruciale elementen in herstelprocessen.

Conclusie: Deze studie concludeert dat zorgervaringen binnen detentie niet los gezien kunnen worden van hun structurele en institutionele context. Optimalisatie van eerstelijnsgezondheidszorg vereist dan ook meer dan individuele verbeteringen en vraagt om fundamentele structurele en beleidsmatige hervormingen. Dit roept de vraag op in welke mate een systeem dat primair gericht is op bestraffing in staat is om kwaliteitsvolle en menswaardige zorg te garanderen voor een kwetsbare populatie.

Inhoudsopgave

INLEIDING **1**

1. Zorg in detentie **1**
1.1. Overzicht betrokken diensten en organisaties 2
1.2. Plaats van eerstelijnszorg binnen de detentiecontext 5
1.3. Situering van geestelijke gezondheidszorg in detentie 7
1.4. Huidige uitdagingen bij het organiseren en verlenen van zorg 9

2. Mensen in detentie **11**
2.1. Diversiteit en kwetsbaarheden binnen deze populatie 11
2.2. Impact van detentie op gezondheid en welzijn 13

3. Federale pilootprojecten **14**
3.1. Situering en doelstelling 14
3.2. Positionering van zorg binnen detentie 14

4. Doelstelling van deze thesis **15**

METHODE **16**

1. Studieopzet **16**

2. Literatuuronderzoek **16**

3. Datacollectie **17**
3.1. Setting en participanten 17
3.2. Interviews 17

4. Datatranscriptie en data-analyse **18**

RESULTATEN **19**

1. Sociodemografische gegevens van de participanten **19**

2. Interpersoonlijke factoren **19**
2.1. Relatie met de huisarts 20
2.2. Relatie met de psycholoog 21

3. Structurele en organisatorische factoren binnen de zorgverlening **23**
3.1. Capaciteit en werkdruk 23
3.2. Toegankelijkheid en organisatie van zorg 24
3.3. Medicamenteus beleid 26
3.4. Fragmentatie van zorg 28

4. Contextuele factoren van detentie **29**
4.1. Structurele kwetsbaarheid en machtsasymmetrie 29
4.2. Isolatie 30
4.3. Medicatie binnen de gevangeniscultuur 30

5. Individuele beleving en betekenisgeving **32**
5.1. Psychische kwetsbaarheid en detentieschade 32
5.2. Dehumanisering 32

5.3. Persoonlijke groei 34
5.4. Zinvolle detentie 35
5.5. Continuïteit van zorg na vrijlating 35

DISCUSSIE 37

1. Beknopte bespreking van de resultaten 37

2. Kritische reflectie 39

3. Sterktes van dit onderzoek 41

4. Beperkingen van dit onderzoek 42

5. Aanbevelingen voor de toekomst 43
5.1. Aanbevelingen voor de praktijk 43
5.2. Aanbevelingen voor het beleid 43
5.3. Aanbevelingen voor onderwijs 44
5.4. Aanbevelingen voor verder onderzoek 44

CONCLUSIE 45

REFERENTIES 46

BIJLAGEN 50

Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité 50

Bijlage 2: Interviewguide 52

Bijlage 3: Demografische gegevens 55

Bijlage 4: zelfreflecties 56
Charlotte Dhanens 56
Bieke Fierens 58

Inleiding

1. Zorg in detentie

Zorg in detentie kan worden beschouwd als een essentieel, maar vaak onderbelicht onderdeel van het bredere gezondheidszorgsysteem. Als specifiek georganiseerd zorgdomein binnen een penitentiaire context zou het, analoog aan het reguliere gezondheidszorgsysteem, moeten streven naar het waarborgen van een gelijkwaardig niveau van zorg voor gedetineerden als voor personen in de vrije samenleving. Hoewel detentie gepaard gaat met het verlies van vrijheid, impliceert dit geenszins een beperking van het recht op toegang tot hulp- en dienstverlening, wat ook beschreven wordt als het equivalentiebeginsel (1-3).

Het internationale recht op gezondheid, zoals beschreven in artikel 25 van de universele verklaring van de rechten van de mens (UVRM), stelt dat iedereen recht heeft op een standaard van levensonderhoud die bevorderlijk is voor gezondheid en welzijn (inclusief voeding, kleding, huisvesting en medische zorg). Gezondheid wordt gezien als een fundamenteel aspect van menselijke waardigheid en maakt deel uit van het brede recht op een adequate levensstandaard. De UVRM benadrukt het belang van gelijke toegang voor iedereen, zonder discriminatie op basis van sociale, economische of persoonlijke eigenschappen (4, 5). Op Belgisch niveau is deze wet mee geïmplementeerd bij het opstellen van de 'Wet Patiëntenrechten'. Deze wet steunt op 7 basisprincipes (6, 7):

- Recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking
- Recht op vrije keuze
- Recht op informatie
- Recht op toestemming
- Recht op inzage in dossier
- Recht op eerbiediging van persoonlijke levenssfeer
- Recht op klachtenbemiddeling

De toepassing van patiëntenrechten binnen een gevangeniscontext staat onder druk. Er is een spanningsveld tussen juridische principes en een detentieomgeving. Er zijn verschillende factoren die deze wetgeving bemoeilijken. Een eerste factor is de gezondheidsstatus van gedetineerden. Uit onderzoek blijft dat gedetineerden vaker lijden aan psychische stoornissen dan de algemene populatie. Hiernaast vereist ook de opvolging van chronische aandoeningen en infectieziekten (zoals tbc, HIV en hepatitis B) bijzondere aandacht (8).

Als tweede factor moet ook het effect van detentie zelf op gedetineerden in acht genomen worden. Dit kan verwoord worden als 'detentieschade'. Hieronder valt: het verlies van autonomie door opsluiting, het versterkt worden van psychische klachten door de gevangenisomgeving, gevoel van eenzaamheid en toename van angstklachten. Deze factoren kunnen een negatieve impact hebben op het ontstaan en verloop van psychische problemen en gezondheid in het algemeen (8, 9).

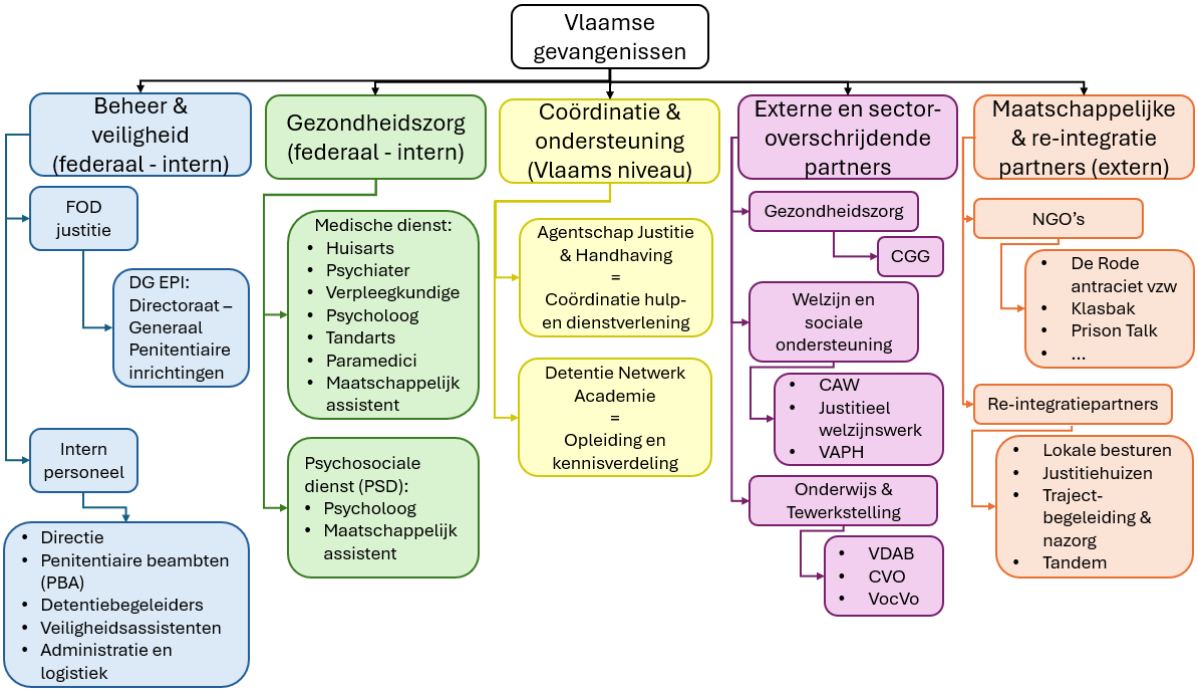
Tot slot zorgen penitentiaire veiligheidsvoorschriften voor een uitdagende context die de uitvoering van kwalitatieve zorgverlening bemoeilijkt. Gedetineerden kunnen een verminderd gevoel van privacy, vertrouwelijkheid en toegankelijkheid van zorg ervaren. Dit resulteert in een structureel spanningsveld tussen zorg en veiligheid, waarbij fundamentele principes van patiëntgerichte zorg niet altijd volledig gerealiseerd kunnen worden (8, 10).

De hierboven geschetste factoren benadrukken de complexiteit van zorgverlening binnen de detentiecontext. In het volgende deel van de inleiding wordt een overzicht gegeven van de organisatie van detentie en, meer specifiek, van de zorgverlening in België. Vervolgens wordt nader ingegaan op de kenmerken van de populatie in detentie. Afsluitend wordt afgebakend waarop deze thesis zich richt binnen het bredere thema van gezondheidszorg in detentie.

1.1. Overzicht betrokken diensten en organisaties

België beschikt in 2026 over 39 gevangenissen, waarvan 20 gevestigd zijn in Vlaanderen, 16 in Wallonië en 3 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Volgens gegevens uit 2024 bedroeg de gemiddelde dagelijkse gevangenispopulatie 11 246,7 gedetineerden. Gezien de totale capaciteit van het Belgische gevangeniswezen beperkt was tot 10 868,9 plaatsen, impliceert dit een overbevolkingsgraad van 12,7%. Deze cijfers wijzen op een structurele discrepantie tussen de beschikbare detentiecapaciteit en de feitelijke bezettingsgraad (11, 12).

De organisatie van detentie en gezondheidszorg in Belgische gevangenissen wordt gekenmerkt door een complexe en gefragmenteerde bevoegdheidsverdeling. De betrokken instanties worden georganiseerd vanuit federaal, gewestelijk of regionale bevoegdheid (11, 13). In volgend deel wordt een overzicht gegeven van de betrokken diensten, hun verantwoordelijkheden en de onderlinge samenwerking (zie organogram penitentiaire



Figuur 1- Organogram penitentiaire inrichtingen

inrichtingen – figuur 1).

Het beheer van de gevangenissen wordt op **federaal niveau** georganiseerd door het **Directoraat-Generaal Penitentiaire Inrichtingen (DG EPI)**. Dit orgaan is onderdeel van de FOD Justitie. Het takenpakket van het DG EPI bestaat voornamelijk uit een besturende functie; waarbij het verantwoordelijk is voor organisatie van de uitvoering van straffen en maatregelen, met het oog op re-integratie in de maatschappij. Deze verantwoordelijkheid is van toepassing op alle penitentiaire inrichtingen binnen België. Per gevangenis is er één of meerdere **inrichtingshoofden** (of gevangenisdirecteurs) bevoegd voor de operationele werking van de gevangenis en het aansturen van intern personeel zoals zorgverleners binnen de medische dienst, penitentiaire beambten, administratief en logistiek personeel (zie organogram penitentiaire inrichtingen) (14).

Op federaal niveau worden ook bewakingspersoneel of cipiers aangeworven. De meest voorkomende functie in deze categorie is de **penitentiair bewakingsassistent (PBA).** In de gevangenis van Dendermonde, Haren en Ieper zijn de nieuwe functies veiligheidsassistent en detentiebegeleider geïmplementeerd. Hierbij ligt de focus van een **veiligheidsassistent** voornamelijk op controle en veiligheid, terwijl een **detentiebegeleider** de nadruk legt op het

motiveren en begeleiden van gedetineerden. Deze functies zijn complementair aan elkaar (15).

Ook de **medische dienst** in de gevangenis wordt door de FOD Justitie aangestuurd. De medische dienst bestaat uit: huisartsen, psychiaters, tandartsen, verpleegkundigen, psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk assistenten en paramedici zoals ergotherapeuten en kinesitherapeuten. In volgend onderdeel van deze inleiding wordt hier verder op ingegaan. Concreet kan dus gesteld worden dat de bevoegdheden vanuit het federale niveau zich voornamelijk richten op veiligheid, personeel en infrastructuur (16).

Hiernaast wordt ook de **psychosociale dienst (PSD**) georganiseerd vanuit de FOD Justitie. Deze dienst richt zich op de psychosociale begeleiding van gedetineerden, met voornaamste doel om gedetineerden voor te bereiden op psychosociale re-integratie. Daarnaast vervult de PSD een evaluatieve rol, waarbij zij instaat voor de opmaak van reclasseringsvoorstellen. De kerntaak van de dienst situeert zich voornamelijk binnen een justitieel kader, eerder dan binnen een zorgverlenend perspectief (17-19).

Tweedelijnszorg wordt meestal gerealiseerd in reguliere ziekenhuizen. Gedetineerden die ernstig ziek zijn kunnen daarnaast ook overgebracht worden naar een medische afdeling binnen de gevangenis zoals het medisch centrum van de gevangenis van Brugge, het genees- en heelkundig centrum in de gevangenis van Sint-Gillis of de polikliniek in Lantin (16). Grotere gevangenissen bieden daarnaast regelmatig consulten van specialisten aan bv. dermatologen, gynaecologen... Een verwijzing naar tweedelijn kan enkel na verwijzing van de huisarts (19).

Specifiek voor de detentiecontext wordt de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden in belangrijke mate door de **Vlaamse overheid** georganiseerd, meer bepaald door het **Agentschap Justitie & Handhaving**. Dit agentschap vervult een dubbele kernopdracht. Enerzijds staat het in voor overleg met de FOD justitie en verschillende Vlaamse beleidsniveaus. Anderzijds neemt het agentschap een coördinerende rol op in de organisatie van hulp- en dienstverlening, in samenwerking met gevangenisdirectie en de verantwoordelijken van de betrokken diensten. Inhoudelijk gaat het over de domeinen: gezondheid, welzijn, onderwijs, tewerkstelling, sport en cultuur (13). Het voornaamste doel van dit agentschap steunt opnieuw op het equivalentieprincipe: gedetineerden hebben recht op een kwaliteitsniveau van zorg- en dienstverlening dat gelijkwaardig is aan datgene wat beschikbaar is in de vrije samenleving. Dit vertaalt zich in de betrokkenheid van diverse externe organisaties die ook buiten de gevangenismuren actief zijn. Enkele voorbeelden hiervan zijn: Centrum Geestelijke Gezondheidszorg **(CGG)**, Centra voor Algemeen Welzijnswerk **(CAW)**, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap **(VAPH)**, Vlaamse Dienst voor Arbeid- en Beroepsopleiding **(VDAB)**, Vlaams Ondersteuningscentrum voor Volwassen Onderwijs **(VocVo)**… (13) Naast de coördinerende functie en voorzien van hulp- en dienstverlening in detentie, is de Vlaamse overheid ook verantwoordelijk voor **Detentie Netwerk Academie.** Dit is een werkgroep gespecialiseerd in het aanbieden van gratis vormingen voor hulp- en dienstverleners van Vlaamse en Brusselse gevangenissen. Deze opleidingen focussen zich op onderwerpen rondom werken in detentie en werken met personen in detentie (20).

Naast deze externe partnerorganisaties die ook in de reguliere maatschappij aan het werk zijn, bestaan er binnen de gevangeniscontext verschillende organisaties die zich specifiek richten op detentie. Hiertoe behoren onder andere niet-gouvernementele organisaties **(NGO's)** die projecten organiseren ter ondersteuning van cultureel en maatschappelijk engagement bij gedetineerden zoals Prison talk of Klasbak. Daarnaast zijn er ook re-integratieprojecten zoals **TANDEM**, **trajectgeleiding en nazorg**, **justitiehuizen**… Het doel van deze organisaties is het begeleiden van gedetineerden bij hun terugkeer naar de samenleving (21-23).

Het geheel van betrokken diensten binnen de detentiecontext kan worden gekarakteriseerd als complex en gefragmenteerd. Talrijke organisaties zijn betrokken bij de werking van gevangenissen, waarbij het vaak afhankelijk is per gevangenis welke diensten er exact betrokken zijn. Deze verschillen situeren zich voornamelijk op het niveau van de externe partnerorganisaties (NGO's). Als gevolg hiervan is het opstellen van een allesomvattend en uniform overzicht van alle betrokken diensten bijzonder moeilijk.

Deze complexiteit valt op in vergelijking met hoe detentie in sommige andere Europese landen wordt georganiseerd. Als voorbeeld wordt er dieper ingegaan op buurlanden Nederland en Frankrijk.

In Nederland valt detentie onder de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), onderdeel van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Deze dienst (DJI) is verantwoordelijk voor bijna alle organisaties en diensten van detentie. Dit zorgt dus voor een meer gestroomlijnde organisatie van het gevangeniswezen, en zorgverlening. Net zoals in België wordt de gezondheidszorg binnen detentie georganiseerd door de juridische overheidsdienst en dus niet door de dienst volksgezondheid. De dienst (DJI) zorgt voor het uitvoeren van justitieel opgelegde sancties en vrijheidsberovende maatregelen. Daarnaast is DJI verantwoordelijk voor de dagelijkse zorg voor gedetineerden, alsook voor de voorbereiding op hun re-integratie in de samenleving (24, 25). De zorg in detentie wordt op haar beurt gecontroleerd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), een onderdeel van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het IGJ heeft als functie toezicht te houden op medische zorg in justitiële inrichtingen door middel van enerzijds risicogestuurd toezicht en anderzijds incidentietoezicht na meldingen. Hierdoor tracht men continuïteit in toegankelijkheid, veiligheid en kwaliteit van zorg te waarborgen (26).

In Frankrijk wordt het detentiesysteem op een uniforme manier georganiseerd: de aansturing verloopt van het *Ministère de la Justice* naar de centrale overheidsdienst *Direction générale de l'administration pénitentiaire* (DAP), die verantwoordelijk is voor beleid, regelgeving en opleiding. De DAP coördineert via de *Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires* (DISP) de gevangenissen binnen hun regio, met nadruk op toezicht en regionale organisatie. De gezondheidszorg binnen gevangenissen valt onder het *Ministère des Solidarités et de la Santé* en wordt georganiseerd via *Unités sanitaires en milieu pénitentiaire* (USMP), die geïntegreerd zijn met het openbare ziekenhuisnetwerk. Voor gespecialiseerde psychische zorg bestaan aanvullende structuren zoals *Services Médico-Psychologiques Régionaux* (SMPR) en *Unités Hospitalières Spécialement Aménagées* (UHSA). Het medische personeel is civiel personeel van de gezondheidszorg en niet van de gevangenisdienst, wat het Franse systeem onderscheidt van bijvoorbeeld België en Nederland (27-29).

Europese gevangenissystemen worden aangemoedigd zich te organiseren in overeenstemming met de European Prison Rules, opgesteld door de Raad van Europa (Council of Europe) (30). Deze richtlijnen adviseren dat de gezondheidszorg binnen penitentiaire instellingen onder de bevoegdheid van het Ministerie van Volksgezondheid, en niet van het Ministerie van Justitie, wordt geplaatst om gelijkwaardige zorg te waarborgen. Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk behoorden tot de eerste landen die deze aanbeveling implementeerden. Tegen eind 2023 hadden 13 lidstaden de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in detentie volledig overgedragen. In verschillende lidstaten bevindt dit proces zich nog in een overgangsfase, of wordt de verantwoordelijkheid gedeeld tussen beide ministeries. De overheveling van deze bevoegdheid is een complex en vaak langdurig proces. België voldoet momenteel nog niet aan deze aanbeveling, al zou er wel een beleidsintentie bestaan om deze verantwoordelijkheid in de toekomst over te dragen (31).

1.2. Plaats van eerstelijnszorg binnen de detentiecontext

Eerstelijnszorg vormt het eerste contactpunt binnen het gezondheidszorgsysteem en heeft tot doel het aanbieden van toegankelijke continue en gecoördineerde zorg vanuit een generalistische benadering. Deze zorgvorm richt zich op het opvangen van verschillende uiteenlopende zorgbehoeften en speelt een sleutelrol binnen de continuïteit van zorg (32). De eerstelijn onderscheidt zich van de tweede- en derdelijnszorg door het aanbieden van rechtstreekse en toegankelijke zorg, zonder nood aan voorafgaande doorverwijzing (33). Eerstelijnszorg werd door Jimenez et al. beschreven aan de hand van 4 kernwaarden (4C's) (34):

- First contact - Eerste contact
- Comprehensiveness - Volledigheid/allesomvattendheid
- Coordination - Coördinatie
- Continuity - Continuïteit

Eerstelijnszorg moet toegankelijk zijn voor iedereen, inclusief individuen in een kwetsbare context, zonder financiële of praktische barrières. Continuïteit van zorg, op relationeel, longitudinaal, informatief en managementniveau, verbetert therapietrouw, patiënttevredenheid en klinische uitkomsten. Comprehensiviteit (allesomvattendheid) betekent dat de eerstelijnszorg brede en complexe gezondheidsbehoeften kan behandelen, vaak met behulp van multidisciplinaire teams. Persoonsgerichte en doelgerichte zorg plaatst de patiënt centraal, bevordert gedeelde besluitvorming en ondersteunt het bereiken van persoonlijke gezondheidsdoelen. Coördinatie en integratie zorgen ervoor dat verschillende zorgverleners en sociale diensten samenwerken, waardoor samenhangende, efficiënte en hoogwaardige zorg mogelijk wordt (34, 35).

In de vrije samenleving wordt de eerstelijnszorg gevormd door verschillende zorgverleners: huisartsen, tandartsen, eerstelijnsverpleegkundigen, eerstelijnspsychologen, kinesisten, apothekers, thuiszorgmedewerkers, diëtisten, logopedisten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, vroedvrouwen, audiciens, orthopedagogen, logopedisten… (36)

Gedetineerden hebben, net als patiënten buiten een detentiecontext, recht op een kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg. De gezondheidszorg binnen de gevangenis zou gelijkwaardig moeten zijn aan de reguliere gezondheidszorg (equivalentieprincipe). Dit wil zeggen dat het hierboven beschreven 4C-model ook van toepassing moet zijn in detentie. Daarnaast is het ook noodzakelijk om een multidisciplinaire aanpak tussen zorgprofessionals te implementeren in detentie. Ook dient detentie te voorzien in een systeem waarbij continuïteit van zorg gegarandeerd kan worden. Dit wil zeggen dat zorg van voor de detentie moet kunnen worden verdergezet tijdens de detentie, maar ook na vrijlating. Hierbij dient er dus naast curatieve zorg ook aandacht te zijn voor preventie en proactieve opvolging van chronische zorg (34, 37, 38).

De eerstelijnszorg binnen de detentiecontext neemt een poortwachtersfunctie (gatekeeper) op waarbij het fungeert als een eerste aanspreekpunt en figuurlijke toegangspoort tot verdere zorg. Dit sluit aan bij het belang van een goed georganiseerd eerstelijnssysteem, waarin zorgcoördinatie en doelgerichte doorverwijzing centraal staan. Daarnaast speelt de eerstelijn een cruciale rol in het detecteren en opvolgen van gezondheidsproblemen. Aansluitend hierbij kan de eerstelijn binnen detentie ervoor zorgen dat gedetineerden die moeilijk toegang tot het reguliere gezondheidszorgsysteem vonden, toch zorg vinden in de gevangenis (39).

In België wordt, door de wet ‘Dupont’ van 12 januari 2005, opgelegd dat de eerstelijnszorg in gevangenissen georganiseerd moet worden door zorgprofessionals. De eerstelijnsgezondheidszorg in de gevangenis bestaat uit huisartsen, tandartsen, verpleegkundigen, paramedici, psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers (19, 40). Eerstelijnszorg bestaat onder andere uit de medische dienst, de psychosociale dienst, pilootprojecten zoals ‘Drugs en Detentie’ en de eerstelijnspsycholoog, evenals organisaties zoals CAW (Justitieel welzijnswerk), VDAB en TANDEM (16, 17, 41-43). Het gaat dus naast medische hulp ook om maatschappelijke, justitiële en psychologische eerstelijnszorg.

Ondanks de wettelijke basis en de aanwezigheid van een multidisciplinair team, kent de eerstelijnszorg in Belgische gevangenissen, net zoals andere gevangenissen in Europa, verschillende tekortkomingen. Zo kampen medische teams in gevangenissen met een beperkte bezettingsgraad van medisch personeel. Dit zorgt ervoor dat vaak enkel de hoogstnodige acute zorg gebeurt en er weinig ruimte is om nog aan chronische zorg en preventie te doen (vb. screening) (19, 44). Een bijkomend structureel knelpunt betreft de organisatie van de continuïteit van zorg en de zorgoverdracht, in het bijzonder bij transfers tussen penitentiaire instellingen en bij de overgang van detentie naar de vrije samenleving (19, 45). Een bijkomende oorzaak van gebrekkige continuïteit van zorg is de ontoereikende of afwezige communicatie tussen externe zorgverleners, zoals de vaste huisarts, en de medische dienst van de gevangenis bij de opname van een gedetineerde (46). De kwaliteitsbewaking van gezondheidszorg in detentie is een bijkomend aandachtspunt. Er is sprake van een gebrek aan gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren, beperkte registratie en transparantie, en een versnippering van verantwoordelijkheden tussen verschillende actoren (19, 37). Hierdoor ontstaat een grote variabiliteit in zorgkwaliteit tussen instellingen en patiënten (38, 44). Deze factoren zorgen ervoor dat het realiseren van equivalente zorg in detentiecontext niet vanzelfsprekend is.

1.3. Situering van geestelijke gezondheidszorg in detentie

Gedetineerden lopen een aanzienlijk hoger risico op het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen dan de algemene bevolking (47, 48). Uit het rapport van de WHO (2022) blijft dat ongeveer één op de drie Europese gedetineerden kampt met een psychische stoornis, waarmee mentale aandoeningen tot de meest voorkomende gezondheidsproblemen binnen detentie behoren (1). Binnen deze psychische stoornissen zijn aandoeningen zoals depressie, psychose en bipolaire stoornissen het meest frequent aanwezig (49). Ook binnen de Belgische detentiecontext kampt een aanzienlijk deel van de gedetineerden met een ernstige psychische problematiek (50). Daarnaast is er in gevangenissen sprake van een aanzienlijk middelenmisbruik. Uit de studie van Favril et al. blijkt dat ongeveer een kwart van de inkomende gedetineerden een alcoholproblematiek kent, terwijl de prevalentie van andere vormen van druggebruik nog hoger ligt (8, 48). Deze bevindingen onderstrepen dat geestelijke gezondheidszorg een kerncomponent en tegelijk een belangrijke uitdaging vormt binnen detentiezorg.

De geestelijke gezondheidszorg in Belgische gevangenissen wordt enerzijds voorzien door interne diensten en zorgverleners zoals de psychiater, de eerstelijnspsycholoog en maatschappelijk werker van de medische dienst en de psychosociale dienst. Anderzijds zijn er ook een aantal externe organisaties geïmplementeerd in de geestelijke gezondheidszorg binnen detentie (17, 51).

De psychiater binnen detentiecontext is verantwoordelijk voor de zorg van personen in een zorgtraject: personen met een ernstige psychiatrische aandoening of geïnterneerden. Hiernaast kunnen gedetineerden ook bij de psychiater terecht na doorverwijzing door de huisarts van de medische dienst (51). In verschillende gevangenissen is bovendien een zorgequipe operationeel. Dit multidisciplinair team biedt op maat gemaakte therapeutische begeleiding aan en werkt met geïndividualiseerde behandeltrajecten die gericht zijn op het verbeteren van de fysieke, sociale en psychische mogelijkheden van geïnterneerden. Het team bestaat uit een psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, psychiatrische verpleegkundigen, ergotherapeut en bewegingstherapeut (52).

Om de medische diensten in Belgische gevangenissen te ondersteunen, werd in meerdere instellingen, waaronder Gent, Leuven Centraal, Antwerpen, Dendermonde en Hasselt, een klinisch psycholoog of orthopedagoog geïntegreerd. Deze professionals vervullen een zorgende functie en zijn organisatorisch gepositioneerd binnen de Dienst Gezondheidszorg (medische dienst) (53). In het volgende deel van de inleiding wordt nader ingegaan op de concrete taken, verantwoordelijkheden en organisatorische positionering van dit pilootproject.

Naast het zorgende luik van de interne dienstverleners, is er ook een Psychosociale Dienst (PSD) aanwezig. Dit is een organisatie gericht op de psychosociale begeleiding van gedetineerden en bestaat uit een team van psychologen en maatschappelijk werkers. De PSD is verantwoordelijk voor het onthaal van gedetineerden, het evalueren van reclasseringsvoorstellen en het voorbereiden van gedetineerden op psychosociale re-integratie. Daarnaast vervullen de medewerkers van de PSD vooral een juridische rol, waarbij ze op basis van gesprekken en het gerechtelijke dossier advies formuleren over uitvoeringsvormen van straffen (17, 52, 54).

Naast de interne zorgorganisaties zijn er ook externe actoren betrokken bij de mentale gezondheidszorg binnen gevangenissen. De meest prominente hiervan is het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), dat verantwoordelijk is voor de psychologische begeleiding van gedetineerden na doorverwijzing door andere zorgprofessionals, zoals de medische dienst, de Psychosociale Dienst (PSD) of het Justitieel Welzijnswerk (JWW). De invulling van deze functie sluit aan bij de reguliere praktijk buiten de gevangenis en is primair gericht op de hulpvraag van de gedetineerde zelf, waarbij het contact vertrouwelijk en zonder meldingsplicht wordt aangeboden (55, 56). Naast het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), is in de gevangenissen ook de dienst Justitieel Welzijnswerk (JWW), een onderdeel van het CAW, actief. Deze dienst richt zich op de begeleiding van gedetineerden en hun omgeving, met bijzondere aandacht voor vragen en behoeften op het gebied van welzijn. De interventies van JWW zijn erop gericht gedetineerden te ondersteunen bij het nastreven van een betekenisvolle detentie, met het oog op een doordachte voorbereiding op herintegratie in de samenleving (43).

Naast deze organisaties, zijn er ook andere diensten werkzaam in detentie zoals TANDEM. TANDEM is een project dat zicht richt op het vinden van gepaste zorg- en hulpverlening voor gedetineerden met geestelijke gezondheidsproblemen, na hun detentie. Begeleiding door TANDEM kan enkel na doorverwijzing vanuit de medische dienst, het CGG, JWW of de PSD (23).

Het landschap van organisaties binnen de Belgische gevangenissen die verantwoordelijk zijn voor de geestelijke gezondheidszorg is, vergelijkbaar met de eerstelijnszorg, relatief complex en gedecentraliseerd. Het specifieke zorgaanbod varieert vaak per gevangenis, waardoor er verschillen bestaan in de beschikbaarheid en uitvoering van diensten tussen instellingen. De organisaties die in deze inleiding worden besproken vormen daarom geen allesomvattende lijst.

1.4. Huidige uitdagingen bij het organiseren en verlenen van zorg

Ondanks de aanwezigheid van een uitgebreid zorgnetwerk in de Belgische detentiecontext, wordt de organisatie en uitvoering geconfronteerd met verschillende structurele en operationele uitdagingen. Deze knelpunten situeren zich zowel op het niveau van de organisatie van het zorgsysteem als in de praktische toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor gedetineerden.

Allereerst heerst er een hoge overbevolkingsgraad in de Belgische gevangenissen. Volgens de Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen (CTRG) was de gemiddelde bezettingsgraad, in 2022, 17% hoger dan de capaciteit van de gevangenissen (57). Hierdoor behoort België tot de top 10 landen met de hoogste gevangenisdichtheid binnen Europa met ongeveer 115 gedetineerden per 100 plaatsen (58). In België is de overbevolking zodanig schrijnend dat gedetineerden soms enkel terecht kunnen op een matras op de grond (grondslapers) (59). Overbevolking vormt een wijdverspreid probleem binnen Europa: in ongeveer één op vijf Europese landen wordt een structurele overschrijding van de gevangeniscapaciteit gerapporteerd. Deze overschrijding gaat gepaard met beperkingen in de toegang tot adequate gezondheidszorg en kan een nadelige impact hebben op de prevalentie van psychische stoornissen bij gedetineerden (1, 60).

Daarnaast is het personeelstekort in de Belgische gevangenissen een structurele uitdaging die de kwaliteit van detentiezorg onder druk zet. Het Europees Comité ter preventie van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing (CPT; *Committee for the Prevention of Torture*) heeft de Belgische overheid bekritiseerd vanwege het onvoldoende waarborgen van een adequate bezetting van zorgprofessionals binnen de gevangenissen. Dit tekort aan personeel beperkt de toegankelijkheid van gezondheidszorg, leidt tot langere wachttijden en bemoeilijkt het consistent garanderen van continuïteit in de zorgopvolging van gedetineerden (19, 59, 61).

Niet enkel het personeelstekort, maar ook een structureel gebrek aan materiële middelen legt druk op het Belgische gezondheidszorgsysteem in detentie. De bestaande infrastructuur is verouderd, terwijl medisch personeel vaak moet werken met medische apparatuur en materialen die niet meer voldoen aan de actuele standaarden. Bovendien zijn de mogelijkheden voor professionele ontwikkeling en opleiding beperkt, en zijn loopbaanperspectieven in de gevangenisgezondheidszorg vaak gebrekkig. Deze combinatie van verouderde infrastructuur, beperkte materiële middelen en onvoldoende organisatorische ondersteuning vormt een duidelijk structureel knelpunt, zowel op het vlak van financiering als van de organisatorische inrichting van de gezondheidszorg (19, 61, 62).

Hierbij speelt dus de organisatie van de gezondheidszorg een centrale rol. De verantwoordelijkheden voor de verschillende diensten zijn verspreid tussen de Federale Overheidsdienst Justitie en Volksgezondheid. Aanvullend zijn er ook initiatieven vanuit de Vlaamse overheid. Deze gefragmenteerde beleidsstructuur leidt tot een gebrek aan centralisatie, wat coördinatieproblemen en inefficiënties in de zorgverlening kan veroorzaken. Ook op vlak van financiering is deze decentralisatie een bemoeilijkende factor (11, 13, 62).

De detentiecontext is een uniek kader om zorgverlening te voorzien omwille van het spanningsveld tussen de strafuitvoerende context van een gevangenis en de gezondheidszorgbehoeften van gedetineerden (62). Dit spanningsveld manifesteert zich niet alleen op organisatorisch vlak maar ook als een vorm van institutioneel wantrouwen dat ook een invloed kan hebben op de therapeutische relatie tussen zorgverlener en gedetineerde, doordat de veiligheidscontext de vertrouwensopbouw kan belemmeren (63). Door strenge veiligheidsmaatregelen, zoals een beperkte bewegingsvrijheid, kunnen gedetineerden moeilijkheden ervaren om zorgafspraken tijdig na te komen. Deze maatregelen kunnen dus een effect hebben op de toegankelijkheid van zorg binnen de gevangenis (64).

Het spanningsveld tussen zorgverlening en veiligheidsmaatregelen binnen gevangenissen vormt, naast toegankelijkheid, een significante uitdaging voor de kwaliteit van gezondheidszorg. Enerzijds moeten zorgprofessionals gedetineerden adequate diagnostiek, behandeling en opvolging kunnen bieden; anderzijds zijn veiligheidsprotocollen strikt noodzakelijk in de werking van gevangenissen (1, 15). Echter kan dit een drempel vormen voor de toegankelijkheid van zorg en ook een impact hebben op de kwaliteit ervan. Strikte veiligheidsmaatregelen en organisatorische procedures binnen gevangenissen kunnen de toegang tot zorg beperken en kunnen leiden tot vertraagde of onderbroken behandeling en verminderde continuïteit van zorg (64, 65). Wat ook een weerslag op de kwaliteit van zorg kan hebben. Daarnaast wordt in Belgische gevangenissen de samenwerking tussen gezondheidszorgprofessionals en penitentiaire actoren bemoeilijkt door spanningen tussen beroepsgeheim en veiligheidsvereisten. Zorgverleners worden geconfronteerd met een vorm van ‘dual loyalty’, waarbij zij tegelijkertijd verantwoordelijkheid dragen ten aanzien van de patiënt en de gevangenisautoriteiten (19). In de Belgische context wordt deze problematiek versterkt door organisatorische complexiteit en de verdeling van verantwoordelijkheden tussen verschillende overheidsdiensten, zoals Justitie en Volksgezondheid, waardoor naast financiering, ook coördinatie en continuïteit van zorg bemoeilijkt worden (62).

Naast toegankelijkheid en kwaliteit van zorg binnen detentiecontexten, vormt de continuïteit van zorg over het volledige detentietraject, van opname tot en met vrijlating, een structureel knelpunt (46). Dit onderstreept het belang van re-integratietrajecten en de waarborging van continuïteit van zowel fysieke als mentale zorg na vrijlating (23).

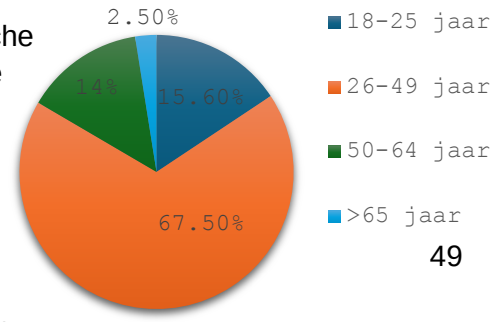
Deze problematiek onderstreept de nood aan verdere analyse van hoe zorg binnen detentie beter georganiseerd en afgestemd kan worden om de continuïteit, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor gedetineerden te verbeteren.

2. Mensen in detentie

2.1. Diversiteit en kwetsbaarheden binnen deze populatie

Demografie en cijfers

Op 31 januari 2024 telde de Belgische gevangenispopulatie 12 041 gedetineerden. De gemiddelde leeftijd van een gedetineerde bedroeg 37,8 jaar, wat overeenkomt met het gemiddelde in andere Europese landen. Wat betreft leeftijdsverdeling, viel 15,6 % van de populatie binnen de categorie 18–25 jaar, 67,5 % tussen 26–jaar, 14 % tussen 50–64 jaar en 2,5 % ouder dan 65 jaar. Deze gegevens duiden erop dat de Belgische gevangenispopulatie overwegend jong is, met een duidelijke concentratie in de leeftijdsgroep 26–49 jaar (12, 58).



Figuur 2 – leeftijdsverdeling gedetineerden (2024)

49

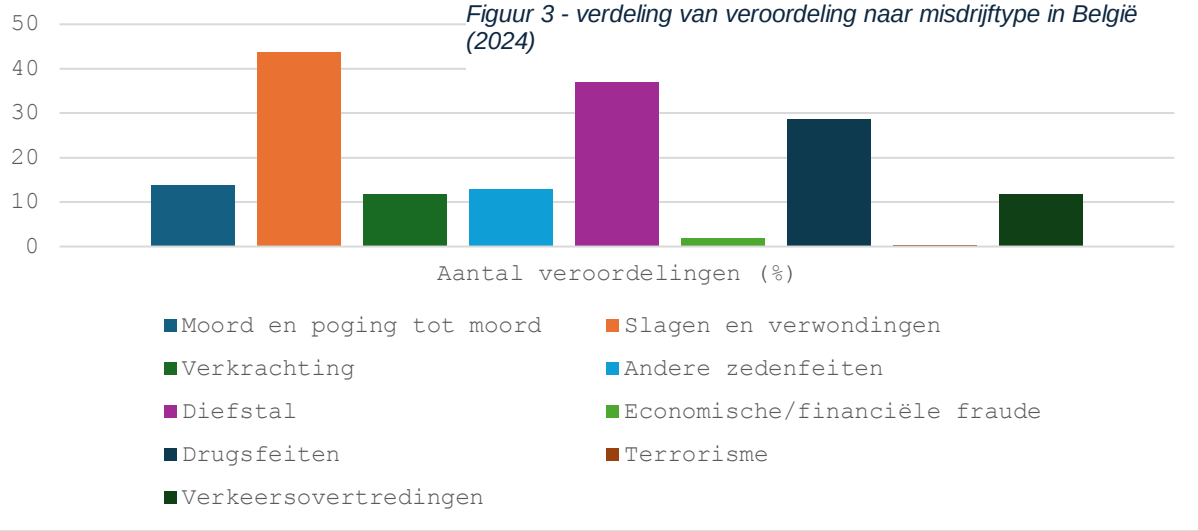
Tabel 1 - Nationaliteiten in Belgische gevangenissen

Nationaliteit	%
België	55,1%
Marokko	8,3%
Algerije	4,8%
Nederland	3,1%
Albanië	2,5%
Roemenië	2,2%
Frankrijk	2,0%
Tunesië	1,8%
Italië	1,1%
Polen	0,8%
Andere	18,3%

De gevangenispopulatie in België bestaat grotendeels uit mannen (95,6%) en een kleine groep vrouwen (4, 4%). Net iets meer dan de helft van de gedetineerden heeft een Belgische nationaliteit (55,1%). De spreiding van nationaliteiten binnen gedetineerden wordt weergegeven in tabel 1 (12).

Binnen de Belgische gevangenispopulatie zijn de veroordelingen verdeeld over verschillende strafbare feiten. Ongeveer 13,8 % van de gedetineerden is veroordeeld voor moord, doodslag of poging tot moord, terwijl 43,8 % veroordeeld is voor slagen en verwondingen. Veroordelingen voor verkrachting bedragen 11,7 %, en 12,7 % is veroordeeld voor andere zedenfeiten. Daarnaast is 45,4 % van de veroordelingen voor diefstal, 1,0 % voor economische of financiële fraude, en 28,8 % voor drugsgerelateerde feiten. Veroordelingen wegens terrorisme zijn relatief zeldzaam (0,4 %), terwijl 11,8 % veroordeeld is voor verkeersgerelateerde feiten (58).

Figuur 3 - verdeling van veroordeling naar misdrijftype in België (2024)



De Belgische detentiepopulatie kan opgedeeld worden in 3 groepen: de eerste groep zijn veroordeelden (59%). Dit zijn gedetineerden die al een rechterlijke uitspraak hebben gehad en hun straf uitzitten in de gevangenis. Beklaagden (32%) vormen de tweede groep binnen detentie, deze mensen wachten nog op een definitieve beslissing door de rechter. De laatste groep zijn de geïnterneerden (8%). Dit zijn plegers van een misdrijf die ontoerekeningsvatbaar of niet verantwoordelijk zijn bevonden voor hun daden omwille van een psychische stoornis (12).

Psychosociale en gezondheidsgerelateerde kwetsbaarheden

Gedetineerden vormen een heterogene populatie met uiteenlopende en vaak complexe zorgnoden. Het mentaal welbevinden van gedetineerden wordt bepaald door een multifactorieel samenspel van verschillende invloeden. In eerste instantie moet rekening gehouden worden met het feit dat gedetineerden frequent voor hun detentie al te kampen hadden met psychische kwetsbaarheden. Deze kwetsbaarheden hangen samen met factoren uit het verleden, zoals jeugdtrauma's, disfunctionele gezinssituaties, sociaal-economische status en ervaringen van uitsluiting of discriminatie (8, 47, 50).

Psychische stoornissen zoals depressie, angststoornissen, psychotische en persoonlijkheidsstoornissen komen significant vaker voor bij gedetineerden dan bij de populatie buiten de gevangenis (8, 37, 66). Daarnaast speelt ook middelenmisbruik een niet te onderschatten rol in de psychische gezondheidstoestand van gedetineerden. In de Europese overzichtsstudie in 7 Europese landen van Montanari et al. rapporteerden gedetineerden veel hogere niveaus van druggebruik voor detentie dan de algemene bevolking. Ook op Belgisch niveau lijkt deze bevinding zich voort te zetten. Druggebruik voor detentie kan persisterend gebruik tijdens en na detentie in de hand werken (67, 68). Deze bevindingen onderstrepen het belang van een goed georganiseerd eerstelijns- en nazorgtraject, met specifieke aandacht voor interventies gericht op middelengebruik. Een andere factor die mentale kwetsbaarheid bij gedetineerden in de hand kan werken is een lage socio-economische status. Zo bleek uit de Belgische studie van Hanssens et al. dat gedetineerden met een lage socio-economische status een lagere gezondheidsstatus rapporteren (8, 47). Bovendien dient er ook rekening gehouden te worden met de gezondheidsgeletterdheid van gedetineerden. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden kunnen een verminderde toegang tot zorg ervaren (62).

Tot slot dient ook aandacht te worden besteed aan de fysieke gezondheidsproblemen onder gedetineerden. Gedetineerden ervaren hun fysieke gezondheid in het algemeen als slechter dan de algemene bevolking. Hierbij spelen chronische aandoeningen zoals diabetes type 2 en hypertensie een grote rol. Daarnaast hebben gedetineerden vaker te maken met infectieuze aandoeningen zoals tbc, HIV, hepatitis C. Ook rapporteren gedetineerden vaker chronische pijn dan de algemene bevolking. In combinatie met een verhoogde prevalentie van psychische problematiek resulteert dit in een complex en multidimensionaal zorgprofiel. Deze situatie benadrukt dat gezondheidszorg binnen detentie rekening moet houden met deze verhoogde en multifactorieel bepaalde zorgbehoeften, om een niveau van zorg te waarborgen dat zoveel mogelijk equivalent is aan dat van buiten de gevangenis (8, 47, 62).

Naast deze individuele kenmerken hebben ook detentieafhankelijke factoren een invloed op de mentale gezondheid van gedetineerden. Deze reeds bestaande factoren kunnen door de detentiecontext verder versterkt of bevestigd worden (50). Hier wordt in de volgende paragraaf verder op ingegaan.

2.2. Impact van detentie op gezondheid en welzijn

Een gevangenisstraf valt onder de meest impactvolle straffen die kan uitgedeeld worden in democratische landen. De meerderheid van de mensen die ooit in de gevangenis terecht komt zal ooit weer vrijkomen in de samenleving (37).

De detentiecontext zelf vormt een belangrijke bron van stress. Gedetineerden worden geconfronteerd met een verlies van autonomie, beperkte controle over hun dagelijkse leven en een ingrijpende beperking van sociale contacten. Deze factoren, samen met de onvoorspelbaarheid en een soms gespannen gevangenissfeer, dragen bij aan verhoogde psychologische stress en een verminderd welzijn (69). Daarnaast kunnen structurele kenmerken van detentie, zoals overbevolking en beperkte toegang tot zorg, bijdragen aan negatieve gezondheidsuitkomsten en het verergeren van bestaande psychische problemen (58, 60).

Bijkomend ervaren vele gedetineerden ook een stigma rond hun straf. Dit stigma zou hun psychologische welzijn, sociaal welbevinden en zelfwaardering beïnvloeden. Dit kan indirect een verband hebben met verhoogde stressniveaus, toename van depressieve klachten en een verminderde therapietrouw, ook na vrijlating (70). Bovendien vormen suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging belangrijke psychische gezondheidsproblemen binnen detentie. Zo ligt het risico op suïcide en zelfbeschadigend gedrag veel hoger binnen een gevangeniscontext dan in de vrije samenleving. Deze bevindingen onderstrepen de ernst van psychische kwetsbaarheden in detentie en het belang van vroegtijdige signalering en passende interventies (8).

De impact van detentie vertaalt zich niet alleen in emotionele stress, maar ook in concrete psychosociale en gezondheidsgevolgen. Longitudinaal onderzoek toont aan dat detentie op lange termijn samenhangt met negatieve psychosociale gevolgen, waaronder slechtere mentale gezondheid en verminderde maatschappelijke integratie (71). Daarnaast toont onderzoek aan dat personen die in detentie terechtkomen een verhoogde en complexe last van zowel mentale als fysieke gezondheidsproblemen hebben, die niet volledig verklaard kan worden door vooraf bestaande kwetsbaarheden (72). Detentie kan als het ware als een versterkende factor werken op reeds bestaande gezondheidsproblemen (48, 73). Dit cumulatieve effect leidt tot complexe en vaak meervoudige problematieken bij gedetineerden.

Deze verhoogde en gelaagde zorgnoden plaatsen de gezondheidszorg in detentie voor belangrijke uitdagingen. Gedetineerden hebben vaak meer en complexere zorgnoden, terwijl de detentiecontext de zorgverlening moeilijker toegankelijk en werkbaar maakt. Beperkingen op het vlak van autonomie, veiligheid en middelen kunnen structurele barrières voor adequate zorg creëren. Het begrijpen van detentieschade is daarbij essentieel om gepaste, toegankelijke en continue zorg te kunnen organiseren voor deze kwetsbare populatie.

3. Federale pilootprojecten

3.1. Situering en doelstelling

Deze masterproef richt zich op ervaringen van gedetineerden met eerstelijnsgezondheidszorg geleverd door de medische dienst binnen detentie. De dataverzameling van deze thesis werd uitgevoerd binnen de bredere context van een federale studie die onderzocht hoe de pilootprojecten, 'Drugs en detentie (**D&D**)' en de 'psychologen en maatschappelijk werkers toegevoegd aan de medische dienst (**PMD's**)', kunnen bijdragen aan een adequatere penitentiaire gezondheidszorg (74).

Deze pilootprojecten werden opgericht door de FOD Volksgezondheid in samenwerking met FOD Justitie en het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) (74, 75). Het eerste D&D-project werd opgestart in de gevangenis van Hasselt in december 2017. In 2023 werd D&D ook opgestart in de gevangenissen van Nieuw-Dendermonde, Gent, Antwerpen en Leuven Centraal. In ditzelfde jaar werden in deze 5 gevangenissen ook de PMD's opgericht.

Het doel van het project van D&D is om binnen de detentiecontext een drughulpprogramma te implementeren dat in alle Belgische gevangenissen kan opgestart worden. Daarnaast is het tweede pilootproject PMD's opgericht met als doel de reeds bestaande medische diensten in de gevangenissen te versterken met klinisch psychologen en maatschappelijk werkers. Deze projecten passen binnen de hervormingen van de penitentiaire gezondheidszorg waarbij beoogd wordt meer aandacht te besteden aan de geestelijke gezondheidszorg, en meer bepaald verslavingszorg, in de gevangenis (53, 74, 75).

3.2. Positionering van zorg binnen detentie

Zoals in voorgaande delen werd besproken, vormt de gezondheidszorg binnen de Belgische detentie-instellingen een complex en gefragmenteerd netwerk van diverse zorgprofessionals en -organisaties. Op macroniveau wordt deze zorg hoofdzakelijk georganiseerd door de federale overheid, in het bijzonder de FOD Justitie. Dit staat in contrast met de organisatie van gezondheidszorg voor de algemene bevolking, die onder de verantwoordelijkheid van de FOD Volksgezondheid valt.

In dit kader rijzen fundamentele vragen met betrekking tot de toepassing van het equivalentieprincipe. Dergelijke overwegingen hebben geleid tot aanbevelingen om een groter deel van de zorgverantwoordelijkheden binnen detentie over te hevelen naar de FOD Volksgezondheid. Hierbij is het cruciaal dat de samenwerking tussen de FOD Justitie en de FOD Volksgezondheid optimaal verloopt, aangezien het streven naar gelijkwaardige zorg moet worden gerealiseerd binnen een context die wordt gekenmerkt door strikte veiligheids- en vertrouwelijkheidsvereisten (74).

4. Doelstelling van deze thesis

Het doel van deze thesis is om een dieper inzicht te verwerven in de wijze waarop gedetineerden de eerstelijnszorg ervaren binnen Vlaamse gevangenissen. Aangezien de dataverzameling aansluit bij het federale onderzoek naar de pilootprojecten (D&D en PMD's), werden gedetineerden uit vijf geïncludeerde gevangenissen geïnterviewd. Op basis van deze gegevens beoogt deze studie factoren te identificeren die het ervaren van zorg beïnvloeden.

Deze thesis kadert binnen de master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde. Gedetineerden vormen een bijzondere patiëntenpopulatie met specifieke en vaak complexe zorgnoden. Huisartsen die werkzaam zijn in gevangenissen worden dagelijks geconfronteerd met deze specifieke context en spelen een sleutelrol in de eerstelijnsgezondheidszorg in detentie. Eveneens reikt de zorg voor gedetineerden verder dan de gevangenismuren: ook in de reguliere eerstelijnszorg komen huisartsen frequent, zowel bewust als onbewust, in contact met (ex-) gedetineerden en hun sociale omgeving.

Het is dan ook zinvol om de ervaringen van personen in detentie te onderzoeken, zodat duidelijk wordt welke factoren hun welzijn en zorgbeleving beïnvloeden. Dit onderzoek beoogt bij te dragen aan een beter begrip bij zorgverleners, en in het bijzonder huisartsen, met als doel meer patiëntgerichte zorg te kunnen bieden aan deze specifieke populatie.

Methode

1. Studieopzet

Zoals in voorgaand deel beschreven, heeft deze masterproef als doel om via kwalitatief onderzoek diepgaand inzicht te krijgen in ervaringen van gedetineerden met de eerstelijnsgezondheidszorg in de gevangenis, meer bepaald de zorg geleverd door de medische dienst (waaronder ook de huisarts).

Bij de afbakening van het onderwerp van deze masterthesis, gericht op gezondheidszorg binnen de penitentiaire context, werd aansluiting gevonden bij een lopende federale studie in vijf Vlaamse en vijf Waalse gevangenissen. Deze studie beoogde de evaluatie van twee pilootprojecten: 'Drugs & Detentie (D&D)' en 'Psychologen en maatschappelijk werkers toegevoegd aan de medische dienst (PMD's)'. In overleg met het betrokken onderzoeksteam van het federale project werd geparticipeerd aan dit onderzoeksproject, waarbij toestemming werd verkregen om de verzamelde data te gebruiken in het kader van deze masterproef. De goedkeuring van het Ethisch Comité voor deze thesis werd bekomen binnen het kader van dit federale project in augustus 2024 (zie bijlage 1).

2. Literatuuronderzoek

De thesis vangt aan met een inleidend, niet-systematisch literatuuronderzoek (narrative review) met als doel inzicht te verkrijgen in enerzijds de organisatie van gezondheidszorg binnen de detentiecontext en anderzijds in de detentiepopulatie. Relevante informatie en wetenschappelijke literatuur werden geraadpleegd via websites van overheidsdiensten en betrokken organisaties, alsook via de databases PubMed en Google Scholar. Het explorerend literatuuronderzoek werd uitgevoerd aan de hand van volgende zoektermen: 'penitentiary healthcare', 'primary care', 'people in detention', 'incarcerated individuals', 'mental health', 'prison(er)', 'detainees', 'general practitioner(s)', 'incarceration', 'incarceration harm', 'mental health services', 'physical health', 'prison health', 'human rights', 'prison health care', 'prison population', 'health care access', 'criminal justice stigma', 'Europe', 'Belgium', 'Health equity', 'drug use'.

3. Datacollectie

3.1. Setting en participanten

De datacollectie van het federale project en deze thesis vond plaats in de gevangenissen van Gent, Nieuw-Dendermonde, Antwerpen, Hasselt en Leuven Centraal. De selectie van gevangenissen is gebaseerd op het federale project, gezien het de enige 5 gevangenissen in Vlaanderen zijn waar de pilootprojecten momenteel georganiseerd worden. Het federale project vond tevens plaats in 5 Waalse gevangenissen (Andenne, Lantin, Leuze, Haren en Jamioulx).

Er werd in deze thesis bewust gekozen om uitsluitend gebruik te maken van data afkomstig uit Vlaamse gevangenissen. Aangezien deze masterproef zich specifiek richt op de Vlaamse context, werden interviews uit Waalse gevangenissen niet opgenomen. Daarnaast werd deze keuze ondersteund door praktische overwegingen, met name de taalbarrière, die de analyse zou kunnen bemoeilijken. Bovendien leverde de dataset uit vijf Vlaamse gevangenissen reeds voldoende data op voor een onderbouwde analyse.

In het kader van het federale project werden interviews afgenomen met zowel gedetineerden als personeelsleden, aangevuld met focusgroepen. Voor deze masterthesis werden uitsluitend de interviews met gedetineerden geïncludeerd, met als doel hun perspectief centraal te stellen. De rekrutering van participerende gedetineerden gebeurde via het gevangenispersoneel, waarbij deelname op vrijwillige basis plaatsvond. Alle deelnemers maakten gebruik van de pilootprojecten, aangezien de opzet van het federale project expliciet gericht was op de evaluatie ervan. Het aantal afgenomen interviews was afhankelijk van het aantal gemotiveerde gedetineerden en de beschikbare tijd per gevangenis. Daarnaast gold als inclusiecriterium dat de gedetineerden het Nederlands of Engels voldoende beheersten om een vlot interviewverloop te garanderen.

3.2. Interviews

De data werd verzameld op basis van semigestructureerde interviews volgens een interview guide (zie bijlage 2). Deze interview guide werd opgesteld door de onderzoekers van het federale project. Voorafgaand aan de dataverzameling werd de interviewtechniek in samenwerking met het onderzoeksteam van het federale project geoefend, met het oog op het waarborgen van de kwaliteit en toepasbaarheid van de interviews voor beide onderzoeken.

De interviews werden afgenomen in oktober en november 2024 bij 25 gedetineerden in 5 Vlaamse gevangenissen (zie tabel 2). Bij aanvang van het interview werden de deelnemers gevraagd een informed consentformulier te ondertekenen. Het interview startte met vragen over demografische gegevens (zie bijlage 3), gevolgd door een diepte-interview gericht op de ervaringen van de gedetineerde. De focus lag voornamelijk op ervaringen met de lopende pilootprojecten, aangevuld met bredere ervaringen met de gezondheidszorg binnen de gevangeniscontext. De datacollectie werd uitgevoerd door de auteurs van deze thesis, de promotor, de co-promotor en een externe onderzoeker betrokken bij het federale project. Na toestemming van de gedetineerden werden de interviews opgenomen met een dictafoon, zodat informatie volledig werd vastgelegd en een efficiënte transcriptie en analyse van de data mogelijk was. Anonimiteit werd gegarandeerd om een open communicatie te bevorderen.

Tabel 2 - Gegevens interviews gedetineerden

Gevangenis	Datum	Aantal interviews
Hasselt	02/10/2024	4
Antwerpen	09/10/2024 en 11/10/2024	8
Leuven Centraal	17/10/2024	4
Nieuw – Dendermonde	14/11/2024	3
Gent	22/11/2024	6

4. Datatranscriptie en data-analyse

Na afname van de interviews werd de verzamelde data getranscribeerd. De transcriptie werd uitgevoerd zowel door de auteurs van deze thesis als door onderzoekers van het federale project. Om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen, werden de interviews voorzien van een codenaam bestaande uit de datum, interviewer, gevangenis en een volgnummer, zodat de traceerbaarheid van de data behouden bleef. Een deel van de transcripties werd handmatig uitgevoerd, terwijl andere transcripties met behulp van transcriptiesoftware (Good Tape) werden vervaardigd en vervolgens werden gecontroleerd en gecorrigeerd, om de nauwkeurigheid en integriteit van de data te waarborgen. De gegevens werden opgeslagen op een beveiligde SharePoint-omgeving, die uitsluitend toegankelijk was voor de betrokken onderzoekers. Tot en met de transcriptiefase verliep het proces simultaan met het federale project.

Vervolgens werd een secondary analysis van de kwalitatieve data uitgevoerd, specifiek in het kader van deze thesis. Op de data werd een cross-analyse over de gevangenissen heen uitgevoerd, met als doel terugkerende thema's, patronen en verschillen te identificeren. Na inzicht in de data, werd er gekozen voor een *thematic analysis* aangezien deze methode het mogelijk maakt om zowel expliciete inhoud als onderliggende betekenisvolle patronen in de data te onderzoeken en zo de onderzoeksvraag op een gestructureerde wijze te beantwoorden.

De verdere analyse gebeurde met behulp van Nvivo-software, waarbij de volledige dataset onafhankelijk door beide auteurs werd geanalyseerd. Tijdens dit proces werd een gezamenlijke codeboom ontwikkeld om de consistentie van codering en analyse te waarborgen. Op regelmatige basis werd tijdens overleg kritisch gereflecteerd, waarbij de dieperliggende bevindingen inductief werden verfijnd op basis van thema's die tijdens de analyse spontaan uit de data naar voren kwamen (emergente thema's).

Resultaten

De medische dienst vormt binnen detentie het eerste aanspreekpunt voor zowel fysieke als psychische zorg. Hoewel vertrouwen een fundamentele voorwaarde is voor kwalitatieve zorg, blijkt dit binnen de penitentiaire context fragiel en onderhevig aan diverse spanningen. De ervaringen van gedetineerden situeren zich binnen een spanningsveld tussen vertrouwen en wantrouwen, waarbij voornamelijk het wantrouwen dominant naar voren komt. Het ervaren wantrouwen en vertrouwen blijkt voort te komen uit verscheidene onderling verweven factoren, gaande van interpersoonlijke interacties tot bredere structurele en contextuele factoren, en de wijze waarop gedetineerden hier betekenis aan geven.

In wat volgt worden eerst de demografische kenmerken van de participanten geschetst, waarna de verschillende onderliggende factoren systematisch worden besproken. Deze argumenten worden geïllustreerd aan de hand van citaten uit de interviews. Deze citaten worden cursief en omkaderd weergegeven.

1. Sociodemografische gegevens van de participanten

Vijfentwintig gedetineerden werden geïnterviewd in vijf Vlaamse gevangenissen (Gent, Nieuw-Dendermonde, Antwerpen, Hasselt en Leuven Centraal). Hiervan identificeerde één gedetineerde zich als vrouw (4%), de overige deelnemers als man. Bij alle deelnemers verliepen de consultaties op de medische dienst in het Nederlands, met uitzondering van één deelnemer bij wie consultaties in het Engels plaatsvonden (4%). Het betreffende interview werd derhalve in het Engels afgenomen. De leeftijd van de deelnemers varieerde tussen de 28 en 63 jaar, met een mediane leeftijd van 38 jaar. Zestien deelnemers werden geboren in België (64%), zes buiten België (24%) en bij drie deelnemers was het geboorteland ongekend (12%). Wat opleidingsniveau betreft, hadden tien deelnemers een diploma secundair onderwijs (40%), twaalf geen diploma (48%) en bij drie deelnemers was het opleidingsniveau onbekend (12%). Geen van de deelnemers gaf aan in het bezit te zijn van een diploma hoger onderwijs. Bij vier geïnterviewden betrof het een eerste detentie (16%), terwijl negentien deelnemers aangaven reeds eerder een detentieperiode te hebben doorgemaakt (76%). Bij twee deelnemers was dit onbekend (8%). (Zie bijlage 3)

2. Interpersoonlijke factoren

De interpersoonlijke factoren verwijzen naar de kwaliteit van de interacties tussen gedetineerden en zorgverleners en spelen een cruciale rol in de perceptie van gezondheidszorg binnen detentie. Deze factoren blijken een dubbele rol te spelen en kunnen, afhankelijk van hun invulling, zowel bijdragen aan het ontstaan van wantrouwen als vertrouwen in de medische dienstverlening.

De meningen van de geïnterviewden zijn heel gevarieerd en persoonlijk waardoor er zowel positieve als negatieve ervaringen worden beschreven. Enerzijds rapporteerden sommige gedetineerden tevreden te zijn van de zorgverlening door de medische dienst omdat ze zich adequaat geholpen en begeleid voelen. Daarbij werd het **belang van laagdrempelige toegang en de mogelijkheid tot frequente opvolging** benadrukt. Deze elementen droegen volgens hen bij aan een gevoel van menselijkheid binnen de zorgverlening en vormden een tegengewicht voor de bredere context van wantrouwen. Anderzijds blijkt uit het grootste deel van de interviews dat wanneer deze interpersoonlijke elementen ontbreken, dit net aanleiding geeft tot wantrouwen en ontevredenheid in de zorgverlening. Opvallend is dat positieve ervaringen vaak situationeel en persoonsgebonden zijn, eerder dan een weerspiegeling van het systeem als geheel.

'Hier heb je nog het menselijke aspect. Mensen weten dat ze met mensen bezig zijn.'

2.1. Relatie met de huisarts

Binnen deze interpersoonlijke dynamiek neemt de relatie tussen de gedetineerden en de huisarts een centrale plaats in. Verschillende deelnemers benadrukten het **belang van een kwalitatieve arts-patiëntrelatie, gekenmerkt door respect, vertrouwen en de mogelijkheid tot een open en diepgaand gesprek.** Wanneer deze elementen aanwezig zijn, wordt de zorgverlening als ondersteunend en kwalitatief ervaren en kan er een duurzame vertrouwensband ontstaan.

'Bijvoorbeeld bij de dokter kun je altijd terecht. Als je ziek bent of ook voor iets anders. Of voor eens zo een gesprek met een dokter. Dat is hier perfect mogelijk. De laatste keer, dat is niet deze keer, maar ik heb al eens gehad dat ik bijna een halfuur bij de dokter binnen zat alleen om te praten.'

Daartegenover stond een aanzienlijk aantal deelnemers wantrouwig ten opzichte van de huisarts doordat deze relationele kwaliteit ontbrak. In de detentiecontext blijkt het opbouwen van een duurzame arts-patiëntrelatie echter niet vanzelfsprekend. Zo werd frequent verwezen naar het gevoel **niet gehoord of niet serieus genomen** te worden tijdens consultaties. Sommige participanten gaven aan dat hun ideeën en verwachtingen onvoldoende geëxploreerd werden, wat bijdroeg aan een gevoel van onvoldoende erkenning. Ter illustratie maakten sommige gedetineerden de vergelijking tussen een consult bij de gevangenisarts en een dierenartsconsult, wat de perceptie van onpersoonlijke zorg toelicht.

'Je moet eerst met die persoon in dialoog gaan, het is al jaren zo dat ze zeggen van de dokter in de gevangenis: dat is een dierenarts. Omdat je daar niks tegen moet vertellen.'

Ook op vlak van klinisch onderzoek heerst er bij meerdere participanten ontevredenheid. Vooral een **te beperkt of geheel ontbrekend klinisch onderzoek** kwam in meerdere interviews naar voren. Bovendien werd de nadruk op symptomatische behandeling, zoals het **voorschrijven van enkel pijnmedicatie** zonder verdere exploratie en persoonlijke behandeling, als problematisch ervaren.

'Omdat ik hier niet vind dat ze dokterswaardig zijn, ze geven alleen maar paracetamols en controleren u niet.'

-

'Je wordt aan uw lot overgelaten. Hier zijn mensen die echt ziek zijn, die zieker en zieker worden. Die sterven in de gevangenis. Dit had door een pilletje vermeden kunnen worden. In plaats van al die paracetamol te geven, geef eens iets fatsoenlijk.'

Daarnaast werd het **gebrek aan duidelijke communicatie en uitleg** aan het einde van het consult aangehaald als een factor die bijdroeg aan onzekerheid en ontevredenheid. Deze ervaringen versterken het beeld van consultaties als routinematig en weinig persoonsgericht.

'Er wordt geen uitleg gegeven. Of geen goede. Als je wat mankeert, dat is toch maar normaal. Het is uw eigen lichaam, je wilt toch genoeg geïnformeerd zijn.'

De ervaren spanningen binnen deze therapeutische relatie werden door gedetineerden ook toegeschreven aan **arts-specifieke factoren**, wat erop wijst dat deze ervaringen niet veralgemeend kunnen worden. Factoren zoals empathie, communicatiestijl, professioneel verleden en leeftijd droegen bij aan twijfel in de competenties van de arts, wat het wantrouwen verder versterkte. Dit resulteerde voor enkele gedetineerden in een voorkeur

om, indien mogelijk, consultaties buiten de gevangenis bij hun vertrouwde huisarts af te wachten tijdens hun uitgangsvergunning.

'Een dag UV he, en dan heb ik sowieso wel al een huisarts gepland'

Vertrouwen blijkt geen statisch gegeven, maar ontwikkelt zich in interactie met concrete ervaringen en specifieke zorgverleners. Wanneer medische beslissingen transparant en onderbouwd lijken, versterkt dit het vertrouwen en kan dit ervoor zorgen dat gedetineerden doelgericht proberen consultaties bij **dezelfde arts aanvragen**, wat wijst op het belang van continuïteit binnen de zorgrelatie.

'Maar nu is er een goede dokter, die jongere gast. En de verpleegster heeft mij gezegd: "Weet je wat je doet, schrijf de naam van de dokter op". En toen heb ik dat gedaan en toen heeft hij mij opgeroepen. En die zei helemaal iets anders over mij. Die heeft me laten plassen, die gaat onderzoek doen. Dus dat is iets anders.'

2.2. Relatie met de psycholoog

Naast de huisarts speelt ook de psycholoog van de medische dienst een belangrijke rol binnen de eerstelijnsgezondheidszorg in detentie. Gezien de kwetsbaarheid van de onderzoekspopulatie is psychologische zorgverlening in deze context onmisbaar. De algemene indruk tijdens de interviews is dat psychologische hulp grotendeels als positief wordt ervaren door participanten.

'Zij zijn echt een grote meerwaarde binnen de gevangenismuren. Zonder hen zag het er hier nog negatiever uit.'

In tegenstelling tot de medische dienst, wordt de psycholoog vaker geassocieerd met **luisteren, begrip en ondersteuning**. Het ontbreken van uitgesproken tijdsdruk tijdens sessies werd hierbij als een faciliterende factor benoemd, aangezien dit gedetineerden de ruimte gaf om zich gehoord en begrepen te voelen. Dit staat in contrast met de vaak als gehaast ervaren consultaties bij de huisarts.

'Dus ook dat was heel fijn om te voelen, dat er hier geen tijdsdruk bij zat.'

De psycholoog wordt door deelnemers als **vertrouwenspersoon** aanzien. Een cruciaal element binnen deze therapeutische relatie betreft het beroepsgeheim. De perceptie dat gedeelde informatie vertrouwelijk wordt behandeld, verlaagt de drempel om persoonlijke en gevoelige onderwerpen te bespreken. In contrast hiermee werd aangegeven dat bij zorgverleners die wel onderhevig zijn aan een meldingsplicht er terughoudendheid kan ontstaan uit vrees voor mogelijke justitiële gevolgen.

'Ik weet dat de psychologen, ja die hebben eigenlijk geen verantwoording af te leggen naar justitie toe.'

Daarnaast blijkt ook de houding van de psycholoog tijdens de sessies van groot belang. Een **open, luisterende en betrokken houding**, evenals het stellen van gerichte en verdiepende vragen, dragen bij aan een verhoogd gevoel van erkenning en vertrouwen. Sommige deelnemers verwezen hierbij expliciet naar concrete gedragingen, zoals het actief noteren van informatie, als teken van betrokkenheid en aandacht.

'Ik voel me heel schuldig dat ik hier zit. Dus ik moest een beetje kijken: wie heb ik hier voor mij zitten? Kan ik alles zeggen? (…) Dat zij heel open is. Dat zij totaal niet veroordelend is. Dat gaf me een veilig gevoel.'

-

'Ik ben niet zo rap vertrouwelijk, ik ben heel schuw. Maar bij de psychologe heb ik al gemerkt die schrijft alles op. (…) Ik vind dat die heel aandachtig luistert ook. En als je daar iets aan vraagt, of je zit met iets die helpt u wel. Ik vind dat een hele goeie.'

Een bijkomende factor die bijdraagt aan dit vertrouwen is de rol van psycholoog als betrouwbare informatiebron. De inhoudelijke kwaliteit van de sessies werd gewaardeerd, onder meer door de verwerving van **nieuwe inzichten en vaardigheden** om constructiever met psychische problemen om te gaan. Enkele deelnemers rapporteerden hierdoor een verbetering van hun mentaal welbevinden en een verhoogde draagkracht om het detentieleven aan te kunnen.

'Goed dat er iemand met mij bezig is, die mij begrijpt en die mij alle tools en trucs probeert te leren.'

Vele deelnemers waren vragende partij naar een uitbreiding van de psychologische hulpverlening. Zo was er een duidelijke **vraag naar meer psycho-educatie**, bijvoorbeeld rond medicatiegebruik en afbouw van drugs. Een beter inzicht in wat drugs met het lichaam doet, zou volgens enkele deelnemers kunnen leiden tot een afname van druggebruik. Verder staat volgens gedetineerden **begeleiding in zelfreflectie en leren omgaan met emoties en verleidingen** centraal om recidiven van criminaliteit te beperken. Als er meer zou worden ingezet op mentale gezondheidszorg dan zal dat volgens hen renderen; zowel voor de gedetineerden zelf als voor de maatschappij.

'Dan is dat iemand die de kans heeft gekregen om na te denken over het leven. Iemand die begeleid is geweest in zijn zelfreflectie. En dat inziet dat er ander gedrag nodig is om verder te geraken in zijn leven. Maar doe dat niet en laat hij nu zoals altijd gewoon vluchten in drugs terwijl dat hij op zijn cel zit. Dan gaat dat nergens naartoe. En dan is heel die detentie gewoon een verloren periode geweest in het leven. Want zo'n mens die komt buiten en die heeft niets anders geleerd dan, ah ja, ik moet gebruiken voor mij beter te voelen.'

De beschreven interpersoonlijke ervaringen tonen een grote variatie in de beleving van zorg en wijzen op een heterogene kwaliteit van interacties binnen de medische dienstverlening. Deze variatie kan echter niet los worden gezien van bredere organisatorische en structurele factoren binnen de zorgverlening, die de voorwaarden scheppen waarbinnen deze interacties tot stand komen.

3. Structurele en organisatorische factoren binnen de zorgverlening

Hoewel er een onderscheid kan gemaakt worden tussen structurele en organisatorische factoren, bleek dit onderscheid in de analyse van de data niet steeds eenduidig. Om deze reden worden beide niveaus in deze studie samengenomen, aangezien zij in de ervaringen van deelnemers sterk met elkaar verweven zijn.

3.1. Capaciteit en werkdruk

Een eerste belangrijk thema betreft de beperkte capaciteit van de gezondheidszorg binnen de detentiecontext, waarbij 'capaciteit' verwijst naar het totale vermogen van een zorgsysteem om zorg te verlenen, met inbegrip van personeel, organisatorische en materiële middelen. Deze beperkte capaciteit manifesteert zich in een hoge werkdruk voor zorgverleners. De combinatie van een **hoge zorgvraag en een beperkte personeelsbezetting** leidt ertoe dat consultaties vaak van korte duur zijn en weinig ruimte laten voor uitgebreide exploratie van klachten. Hierdoor ervaren gedetineerden consultaties regelmatig als routinematig en weinig persoonsgericht. Deze **tijdsdruk ondermijnt het gevoel gehoord en begrepen te worden** en draagt bij aan het ontstaan van wantrouwen.

> *'Op 3 minuten, 2-3 minuten tijd zijt ge buiten bij de dokter. Hoe kunt ge iemand onderzocht hebben? Hoe kun je zeggen van: die persoon heeft de griep, die persoon heeft een longontsteking? Hoe kun je dat zeggen?'*
>
> -
>
> *'Dat is hier gewoon lopende band.'*

Binnen deze context gaven sommige deelnemers aan dat zorgverleners onvoldoende gemotiveerd leken om hulp te bieden, wat bijdroeg aan een gevoel van afstand en onverschilligheid.

> *'Het is niet dat ze staan te springen om je met uw problemen te helpen.'*

Dit moet begrepen worden tegen de achtergrond van structurele beperkingen, die buiten de handen van de zorgverleners liggen. De zorg die ze kunnen bieden is niet alleen afhankelijk van hun eigen capaciteiten maar wordt mede gevormd door alle onderliggende structurele en organisatorische problemen.

> *'Ze kunnen nu volop alleen maar roeien met de riemen die ze hebben. En dat plaatstekort daar kunnen ze momenteel niks aan doen'*

Een duidelijke consensus onder de deelnemers betreft het ervaren **tekort aan zorgverleners** binnen de gevangeniscontext, in het bijzonder aan **psychologen en psychiaters**. In sommige gevangenissen werd melding gemaakt van slechts één psycholoog voor een grote populatie gedetineerden, wat door deelnemers werd ervaren als een fundamentele belemmering voor toegankelijke en kwalitatieve zorg.

> *'Er is veel te weinig aanbod voor psychische hulp en hulpverlening. Zoals dat er altijd te weinig psychiaters zijn. Hier in deze gevangenis is er één voor meer dan 400 gedetineerden en die kan ook maar één namiddag in de week naar hier komen.(…) Op vier uur tijd in een week op meer dan 400 gevangenen, dat kan gewoon niet.'*

Een onderliggende factor voor de hoge werkdruk voor de psycholoog, is dat ze bovenop hun reguliere taken **permanentiediensten** vervullen, waardoor lopende sessies onderbroken kunnen worden door acute situaties. Dit versterkt de ervaren discontinuïteit en beperkt de diepgang van therapeutische contacten.

'Ze moet ook inspringen als er iemand zelfmoordneigingen heeft hier, dan wordt ze opgeroepen. Als er dan ergens een sessie bezig is, ja dan stopt dat. Of als je moet gaan en zij wordt opgeroepen dan vervalt je sessie.'

Ten slotte spelen ook de infrastructurele beperkingen een belangrijke rol. Het **gebrek aan geschikte consultatieruimtes** beperkt de capaciteit van zorgverleners en draagt bij aan de wachttijden.

'Deze gevangenis heeft wel lokalen te weinig. Je komt op wachtlijsten te staan. Je moet wel heel veel geduld hebben.'

Dit infrastructureel probleem trekt zich ook door naar de celruimtes aangezien er een grote **overbevolking** heerst in de meerderheid van de gevangenissen. Sommige gedetineerden geven de voorkeur aan een gedeelde celbezetting om gevoelens van eenzaamheid te vermijden, terwijl anderen juist nood hebben aan een eigen cel voor rust en privacy. In de praktijk blijkt het echter vaak niet mogelijk om met deze uiteenlopende noden rekening te houden.

Volgens de respondenten kan het negeren van deze voorkeuren bijdragen aan het ontstaan van agressie. Het afstemmen van de celbezetting op de noden van gedetineerden kan dus een positieve invloed hebben op hun mentale gezondheid en daarbovenop leiden tot een vermindering van agressief gedrag.

Het aanpakken van de overbevolking kan tevens een positieve impact hebben op de fysieke gezondheidszorg binnen detentie, aangezien dit de verspreiding van besmettelijke aandoeningen kan beperken.

'Sommige mensen moeten gewoon alleen zitten omdat het psychisch of mentaal niet gaat en daar wordt geen rekening mee gehouden. Ze zeggen constant het is overbevolkt.'

-

En ze smijten constant mensen bij u. Maar er wordt wel agressie gecreëerd op die manier. Ze houden te weinig rekening met de mensen hierbinnen.'

-

'Ik denk dat ze ook gewoon meer moeten investeren, de regering, in een gevangenis. Want sorry, je zit nu met 3 in een... in zo een kleine ruimte. Dat is veel te weinig, dat is veel te weinig ruimte. (…) Dat is dan op den duur als er enen ziek wordt, wordt gans de bende ziek.'

3.2. Toegankelijkheid en organisatie van zorg

Ondanks de voorheen beschreven beperkingen, werd de toegankelijkheid van zorg niet eenduidig negatief beoordeeld. Verschillende deelnemers gaven aan dat de **huisarts vlot toegankelijk** is en dat consultaties vaak binnen 24 uur kunnen plaatsvinden.

'Hier als je ziek bent, de dag erna vraag je van direct voor op het blad te staan voor naar de dokter te gaan. Dan mag je direct gaan 's morgens.'

Toch rapporteerden enkele participanten dat de wachttijden voor het consulteren van een arts soms als een knelpunt werden ervaren. Dit verschil in wachttijden dient te worden begrepen vanuit institutionele en organisatorische variatie tussen detentie-instellingen. Factoren zoals **personeelscapaciteit, beschikbare middelen en interne procedures resulteren in een ongelijke toegang tot medische zorg**, die niet kan worden gereduceerd tot het handelen van individuele zorgverleners.

'Ik heb naar de dokter gestuurd maar tegen dat hij mij gaat oproepen. Kan het waarschijnlijk al weg zijn. Dus ik hoop er niet op dat ik hem toch ga zien.'

Anderzijds werd aangegeven dat de wachttijden voor psychologische hulp in sommige gevallen korter zijn dan buiten de gevangenis en dat **crisishulp snel kan worden geïnstalleerd**. Dit wijst op een zekere laagdrempeligheid en toegankelijkheid binnen bepaalde onderdelen van de zorgverlening.

'Ik heb er 2 weken op moeten wachten. Wat niet zo lang is voor in de gevangenis vind ik. Ik vind dat redelijk snel want normaal gezien... Ik weet al van buitenaf als je een psycholoog vraagt dat dat een gigantische wachtlijst is.'

Een ander cruciaal onderdeel van de toegankelijkheid en continuïteit van zorg is de doorverwijzing naar gespecialiseerde zorgverleners buiten de gevangenis. De ervaringen met **doorverwijzingen naar de tweede lijn zijn overwegend negatief**, zoals het te laat of niet doorverwijzen. Beslissingen omtrent doorverwijzing lijken sterk afhankelijk van de individuele inschatting van de behandelende arts. Deze perceptie van subjectiviteit en onvoorspelbaarheid draagt bij aan wantrouwen in het systeem.

'Ze spelen met mensenlevens. Mensen die echt ziek zijn, die gaan zelden naar het ziekenhuis.'

Als gevolg hiervan beschrijven sommige deelnemers situaties waarin zij het gevoel hebben actief te moeten aandringen of zelfs dreigen om toegang te krijgen tot gespecialiseerde zorg. **In extreme gevallen leidt dit tot het omzeilen van het zorgsysteem.** Ter illustratie was er een gedetineerde die aangaf liever zijn zoon de 112 te laten bellen om toegang te krijgen tot gespecialiseerde zorg, dan zelf de medische dienst te raadplegen. Een andere geïnterviewde gaf aan dat een doorverwijzing naar het ziekenhuis pas plaatsvond nadat hij had gedreigd via zijn advocaat klacht in te dienen bij de Orde der artsen. Bovendien werd gerapporteerd dat sommige gedetineerden hun symptomen overdreven om een versnelde doorverwijzing naar het ziekenhuis uit te lokken, als gevolg van een gebrek aan vertrouwen in de gebruikelijke werking van de medische dienst. Er werd ook geuit dat enkele gedetineerden vreesden dat bij het aanvragen van hulp via de reguliere procedures de klachten onvoldoende behandeld zouden worden, wat zou kunnen resulteren in een slechtere gezondheidstoestand. Deze praktijken illustreren de ervaren barrières binnen het zorgsysteem en de impact hiervan op het zorggebruik.

'De trucen van de foor. Sommigen hebben een kleine last, die vallen gewoon en die staan niet op. Totdat ze gedragen worden, totdat ze naar het ziekenhuis worden gebracht. En het is wel schrijnend maar zo kennen we ze wel. Maar als je het op een eerlijke manier doet, dan gebeurt er niet veel verandering. Ik vind het gewoon heel jammer dat er mensen naar buiten gaan in slechtere toestand.'

Daarnaast spelen organisatorische factoren, zoals de **complexe organisatie van transport naar het ziekenhuis**, een belangrijke rol in de toegankelijkheid van gespecialiseerde zorg. Vertragingen in doorverwijzing en uitstel van geplande zorgmomenten, bijvoorbeeld als gevolg van detentie, kunnen leiden tot verergering van gezondheidsproblemen.

'Ja, de reden waarom er geen snellere afspraak kan gemaakt worden in het ziekenhuis bijvoorbeeld, dat is niet omdat er geen afspraken zijn in het ziekenhuis helemaal niet. Dat is omdat ze die transport niet kunnen regelen. Dus dat is niet eerlijk, mevrouw. Iedereen heeft recht op medische zorg.'

Het komt ook voor dat gedetineerden zich na doorverwijzing door de tweede lijn ook niet gehoord en begrepen voelen. Verder werd aangehaald dat gespecialiseerd advies door de medische dienst niet steeds opgevolgd wordt, wat het vertrouwen in het zorgtraject verder ondermijnt.

'Ze moeten veel sneller doorverwijzen naar het ziekenhuis. En dat doen ze niet. En als we dan naar het ziekenhuis gaan, dan is het ook maar half opgelost.'

Niet alleen de doorverwijzing naar tweede lijn maar ook de doorverwijzing tussen verschillende actoren binnen de gevangenis is belangrijk. De **perceptie van de interdisciplinaire communicatie varieert sterk tussen deelnemers.** Sommige participanten gaven aan dat de samenwerking tussen huisarts, psycholoog en psychiater goed verloopt en dat interne doorverwijzingen vlot plaatsvinden.

'De communicatie is ook heel goed. Tussen huisarts, psycholoog en psychiater, dat marcheert wel goed.'

Andere deelnemers gaven daarentegen een gebrekkige communicatie tussen zorgverleners aan, wat de discontinuïteit in de zorgverlening verder versterkt. Dit kan mogelijks een rol spelen in therapeutische problemen, zoals medicatiefouten. Eveneens werd aangegeven dat doorverwijzingen naar de psychiater voor advies omtrent psychofarmaca niet effectief werd opgevolgd.

'Slechte communicatie. En ik denk dat dat soms ook zo verloopt tussen de dokters en de verpleging. Want soms krijg je pillen. Dan denk ik "ik heb die pillen niet gevraagd".'

3.3. Medicamenteus beleid

De structurele beperkingen hebben ook een nadelige impact op het farmacotherapeutisch handelen van artsen, dat zich op verschillende manieren uit. Een eerste dimensie betreft het **niet opstarten of stopzetten van medicatie ondanks indicatie, evenals het voorschrijven van medicatie zonder duidelijke vraag**. Daarnaast werd ook het **ontvangen van verkeerde medicatie** meermaals gerapporteerd. Deze ervaringen ondermijnen het vertrouwen in de medische opvolging.

'Er gebeuren zoveel fouten, ook qua medicatie. Soms krijg je een verkeerde medicatie, soms krijg je een medicatie niet. Soms pijnmedicatie wordt stopgezet.'

De negatieve gevolgen van medicatiefouten reiken verder dan de individuele patiënt en kunnen in sommige gevallen leiden tot situaties met een verhoogd risico, ook voor anderen. Zo kan het **opsparen van medicatie** zich voordoen, bijvoorbeeld uit angst dat de juiste medicatie later onbeschikbaar is. Dit gedrag wordt afgeraden omdat het risico op verkeerd of onbedoeld gebruik kan vergroten, inclusief situaties waarbij medicatie mogelijk wordt misbruikt voor zelfbeschadiging of zelfs suïcide.

'Kijk ik vertrouw de medische dienst niet meer, morgen krijg ik terug een leeg bakje. Dus ik begin maar te sparen. En dat terwijl dat eigenlijk niet mag. En dan heeft de psychologe me erop gewezen dat als iemand met verkeerde gedachten er een overdosis van neemt dat dat toch wel gevolgen kan hebben voor die persoon. En toen ik dat wist, ben ik terug gaan verminderen.'

Verder werd de medische dienst door respondenten metaforisch omschreven als een soort **'buffet' van paracetamol en ibuprofen**, wat wijst op een ervaren overmatige en gestandaardiseerde inzet van pijnmedicatie.

Verschillende gedetineerden percipiëren het als problematisch dat dergelijke medicatie frequent en vrijwel onmiddellijk wordt voorgeschreven, zonder dat dit gepaard gaat met een grondige diagnostische evaluatie of etiologische verkenning van de onderliggende klachten. Deze vaststelling sluit aan bij de eerder beschreven routinematige en gestroomlijnde consultvoering, waarbij tijdsdruk en beperkte middelen de interactie tussen zorgverlener en patiënt sterk lijken te structureren. Het fenomeen kan dan ook moeilijk gereduceerd worden tot het individueel handelen of de professionele attitude van de arts. Integendeel, het dient begrepen te worden als een manifestatie van de bredere structurele en organisatorische beperkingen die de gevangenisgezondheidszorg kenmerken.

'Wat is het? Paracetamol en ibuprofen à volonté.'

-

'Daar wordt niet in uw keel gekeken, er wordt niet naar uw longen geluisterd, ze zeggen gewoon: "Paracetamol, alsjeblieft, klaar, volgende.""

Vanuit een kritisch perspectief kan deze praktijk bovendien geïnterpreteerd worden als een vorm van 'symptoommanagement', waarbij de **focus verschuift van curatieve zorg naar het snel onderdrukken van klachten**. Dit roept vragen op omtrent de kwaliteit en gelijkwaardigheid van de zorgverlening, evenals over de mate waarin het recht op adequate gezondheidszorg voor gedetineerden effectief wordt gerealiseerd.

Als gevolg hiervan ervaren enkele deelnemers een verminderde bereidheid om de medische dienst opnieuw te consulteren. Dit wordt mede beïnvloed doordat paracetamol ook in beperkte mate via de penitentiaire beambten verkregen kan worden.

'*Er bestaat ook maar 1 wondermiddel hierbinnen: paracetamol. Dat is hetgeen wat je hier overal voor krijgt.'*

-

'Die geven hier toch allemaal voor alles paracetamol, dus dat kun je gewoon aan de chef vragen.'

3.4. Fragmentatie van zorg

Een bijkomende structurele drempel betreft de fragmentatie van de zorg, zoals reeds in de inleiding geschetst. Gedetineerden worden frequent geconfronteerd met nieuwe en wisselende zorgverleners, waardoor zij zich **herhaaldelijk moeten openstellen** en hun verhaal opnieuw moeten vertellen. Dit wordt als belastend ervaren, zeker omdat deelnemers vaak in het verleden reeds een traject doorlopen hebben met verschillende hulpverleners. Bovendien bemoeilijkt deze situatie de opbouw van een duurzame therapeutische relatie.

'Ik heb ondertussen al zoveel therapeuten gehad. Morgen begint er weeral een nieuwe. Begin maar hé. Vertel uw verhaal eens… Verschrikkelijk man. Waar moet je beginnen.'

Een andere belangrijke kwestie is dat er bij geïnterviewden vaak een **onduidelijkheid over de rolverdeling tussen verschillende diensten** bestaat. Het begrijpen van de werking van de diensten en zorgverleners is een essentieel onderdeel van vertrouwen. Het belang van een betere informatievoorziening over de beschikbare hulpverleningsdiensten werd benadrukt. Sommige gedetineerden gaven aan dat zij wel hulp wilden zoeken, maar onvoldoende inzicht hadden in het aanbod en de toegangsprocedures. Het verstrekken van een duidelijkere en uitgebreidere informatiebrochure bij aanvang van detentie werd hierbij als een mogelijke oplossing voorgesteld. Ook het mondeling delen van informatie tussen gedetineerden onderling werd gezien als een waardevolle aanvulling om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren.

'Dat zou misschien wel makkelijker zijn. Ale, het is er niet. Echt zeggen van: 'Kijk, deze hulpverleners zijn er. (…) Er staan heel veel afkortingen op dat rapportbriefje. Maar mensen weten gewoon niet voor wat het dient'.

Een andere suggestie van de participanten betreft het potentieel van penitentiaire beambten in het tijdig signaleren van psychische problemen en het adequaat doorverwijzen naar de aangewezen zorgverlener of dienst. Dit impliceert een duidelijke nood aan bijkomende opleiding en sensibilisering, gericht op het versterken van hun competenties inzake herkenning, eerste inschatting en gepaste doorverwijzing van psychische klachten binnen de detentiecontext.

'Terwijl dat die cheffen misschien ook eens met de mensen moeten praten als ze zien dat de mensen het moeilijk hebben. Als ze dat misschien eens zouden doen. Ik zeg niet dat ze psycholoog moeten spelen. Misschien wel dat ze meegaand zijn met de mensen. Dat ze zeggen van: 'Schrijf eens naar die mensen, die kunnen u misschien helpen.'

Een voorbeeld van verwarring voortkomend uit onduidelijke informatie betreft de overtuiging bij enkele deelnemers dat de medische dienst zich uitsluitend richt op fysieke gezondheidsproblemen en strikt gescheiden functioneert van psychologische zorgverlening. Zo gaf een gedetineerde aan zijn psychologische klachten bewust niet met de medische dienst te willen bespreken. Het is ook belangrijk te begrijpen dat er binnen de gezondheidszorg in de gevangenis een **institutioneel wantrouwen** heerst. Gedetineerden vertrouwen de medische dienst niet volledig omdat deze wordt gezien als ingebed en mogelijks gestuurd door Justitie. Hierdoor heerst er twijfel over de onafhankelijkheid van zorg waardoor participanten automatisch terughoudender zijn in het delen van informatie.

Bij enkele deelnemers is dit wantrouwen zodanig uitgesproken dat zij principieel zorg weigeren wanneer deze door de medische dienst wordt aangeboden. Zo werd bijvoorbeeld beschreven dat een participant een afspraak met de psycholoog weigerde bij te wonen wanneer deze foutief werd benoemd als onderdeel van de medische dienst. Daarnaast gaf een andere deelnemer aan de psychologische begeleiding te willen beëindigen indien deze onder de medische dienst zou vallen, ondanks tevredenheid over de ontvangen hulpverlening.

'Dat is privé, ik vind de medische dienst mag niets weten, ook niet over psychische problemen.'

-

'I: Heb je het gevoel, stel dat je zou ontdekken dat uw psycholoog deel zou uitmaken van de medische dienst…?
D: Dan stop ik onmiddellijk. Omdat ik geen vertrouwen heb in de medische dienst en dan kan ik ook geen vertrouwen in haar hebben.'

4. Contextuele factoren van detentie

4.1. Structurele kwetsbaarheid en machtsasymmetrie

De specifieke detentiecontext vormt een overkoepelende laag die alle voorgaande factoren doorkruist en mede vormgeeft aan de manier waarop gezondheidszorg wordt ervaren. De zorgverlening binnen detentie wordt gekenmerkt door **een structurele kwetsbaarheid** en een uitgesproken **machtsasymmetrie**, waarbij gedetineerden zich in een afhankelijke positie bevinden ten aanzien van institutionele processen en beperkte autonomie ervaren in hun zorgtraject. Deze afhankelijkheid manifesteert zich onder meer in het ontbreken van vrije keuze van arts en de beperkte inspraak in leefomstandigheden, zoals celbezetting. Hoewel deze elementen de gezondheidszorg op zich overstijgen, beïnvloeden zij in belangrijke mate hoe de zorgverlening wordt geïnterpreteerd en dragen zij bij aan een gevoel van controleverlies.

'Als je buiten bent, is het anders. Je stapt naar de dokter, je gaat naar spoed, je gaat naar het ziekenhuis, en het gebeurt allemaal. Hierbinnen ben je constant afhankelijk.'

Deze structurele kwetsbaarheid van gedetineerden wordt verder versterkt door het **spanningsveld tussen zorg en veiligheid**, dat inherent is aan de detentiecontext. Detentie gaat gepaard met processen van afhankelijkheidscreatie en institutionalisering, die de autonomie en zelfredzaamheid van individuen onder druk zetten. Dit spanningsveld beïnvloedt niet alleen de toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van zorg, maar werkt ook door op het niveau van de zorgrelatie. De hieruit voortvloeiende machtsasymmetrie manifesteert zich in de interactie tussen zorgverlener en patiënt en kan mogelijks leiden tot een verminderde bereidheid om informatie te delen en een verhoogde gevoeligheid voor ervaren ongelijkheid in behandeling.

'Ik heb een vogeltje thuis in een kooi en ik vind dat heel jammer voor dat beest (…) Ik zou nooit meer een vogel gevangen nemen omdat ik me zo kan vergelijken met een vogel. Je vrijheid wordt ontnomen, je wordt afhankelijk van die plaats. Nu kan ik mijn vogel niet meer vrij laten natuurlijk. Want dat beestje overleeft dat niet, maar dat maken ze van ons ook. Het is zo precies alsof ze van ons nu iets maken waar we niet meer kunnen vrijgelaten worden. Dat we niet meer… Hoe langer dat duurt, de detentie hier, hoe minder dat jij je kunt voegen in de maatschappij. Je kunt gewoon niet meer meedraaien.'

Daarnaast gaven sommige deelnemers aan het gevoel te hebben door de medische dienst belemmerd te worden, bijvoorbeeld bij het verkrijgen van een doorverwijzing. Deze ervaringen illustreren hoe institutionele logica's de perceptie van zorg kunnen beïnvloeden, en de reeds
bestaande kwetsbaarheden en afhankelijkheidsrelaties verder versterken.

'Ik wil een onderzoek laten doen in het ziekenhuis ofzo, die werken dat altijd tegen.'

4.2. Isolatie

Een bijkomend kenmerk van detentie betreft de structurele aanwezigheid van **verveling**, die samenhangt met het feit dat gedetineerden een aanzienlijk deel van de dag op hun cel doorbrengen. Deze langdurige inactiviteit heeft potentieel schadelijke gevolgen op verschillende niveaus. Zo kan verveling fungeren als een **risicofactor voor middelengebruik**, dat in sommige gevallen wordt aangewend als strategie om de monotone en psychisch belastende detentie-ervaring te verzachten.

'Dat is ook 99% de oorzaak van waarom mensen hier niks anders in hun hoofd halen dan drugsgebruik, drugs fixen, omdat er verveling… Verveling is de grote boosdoener.'

Deze verveling heeft eveneens een impact op het zorggebruik. **Consultaties** worden in sommige gevallen aangevraagd uit verveling of **nood aan afleiding en sociaal contact**, eerder dan vanuit een strikt medische noodzaak. Dit draagt bij aan de verhoogde druk op de beschikbare zorgcapaciteit.

'*It's a distraction also going to the doctor. You get out of the cel, you are a little bit outside.'*

Tegenstrijdig kan het reeds isolerende karakter van detentie tevens een drempel vormen voor het consulteren van de medische dienst, uit angst voor verdere afzondering in geval van een infectieuze aandoening.

'Ik ben nu wel wat ziekjes al een paar dagen. Ik ga bewust niet bij de dokter. Ik stuur bewust niet van: "Hallo, ik heb keelpijn. Kan ik een keelpastille krijgen of zo?". Want ik weet, als ze u dan onderzoeken, of je hebt koorts, en noem maar op, dan zetten ze je gewoon in isolatie op je cel.'

4.3. Medicatie binnen de gevangeniscultuur

Daarnaast heeft medicatie binnen de gevangeniscultuur een betekenis die verder reikt dan het louter therapeutisch gebruik. Bepaalde medicatie, in het bijzonder neuroleptica en benzodiazepines, fungeert binnen detentie als ruilmiddel of **handelsproduct**. Volgens sommige gedetineerden worden voorschriften in bepaalde gevallen verkregen op basis van verzonnen klachten, wat kan leiden tot misbruik en verhandeling binnen de gevangenis.

'Er zijn hier ook wel veel mensen die medicatie krijgen. Ik heb het nu specifiek over diazepam en andere, die gewoon foefkes uitvinden om dat toch te blijven krijgen.'

In dit kader vervult de gevangenisarts een complexe en gelaagde rol binnen de bredere context van middelengebruik. Deze rol situeert zich enerzijds in het reguleren van de toegang tot medicatie met een potentieel misbruikrisico, en anderzijds in het **verantwoord en doelgericht inzetten van deze medicatie** binnen de medische begeleiding van middelenafbouw. Dit vereist een voortdurende afweging tussen therapeutische noden, risico op afhankelijkheid en de institutionele randvoorwaarden waarbinnen de zorgverlening plaatsvindt.

‘*Omdat ze niet altijd hun goesting krijgen. Het probleem is dat veel mensen medicatie willen. (…) Er wordt hier veel om diazepam of benzo’s gevraagd volgens mij en dan ruilen ze dat in voor hasj.’*

-

‘*Daarvoor als je binnenkwam en je had nog een drankprobleem dan krijg je hier medicatie om het af te bouwen. (…) Diazepam en valium en dan B-Fact. En dat wordt hier ook wel heel goed opgevolgd door de psychiater.’*

Tegelijkertijd bestaat bij sommige deelnemers de perceptie dat deze medicatie net wel relatief gemakkelijk wordt voorgeschreven, mogelijk met het oog op het **handhaven van rust** binnen de gevangenis. Dit voedt het idee dat medische beslissingen niet uitsluitend gebaseerd zijn op zorgnoden, maar mede beïnvloed worden door institutionele overwegingen.

‘Wat je vraagt krijg je. Echt schandalig. (…) Dan nog maar te zwijgen over de neuroleptica dat hier allemaal uitgedeeld wordt en benzo’s. (…) Je kan daar een beetje een verzoeklijstje afgeven. (…)
Het is voor iedereen rustig te houden hier maar het wordt ondertussen ook een handelsproduct.’

-

‘Voor het minste schrijven die u pillen en geven u slaapmedicatie dat eigenlijk niet nodig is. Precies of ze u willen verdoven en dat je van niets niet meer weet.’

Verschillende gedetineerden gaven aan hun toevlucht te nemen tot **middelengebruik als copingsmechanisme voor emotionele moeilijkheden**, mede als gevolg van een beperkte toegang tot psychologische ondersteuning. Aldus kan een uitbreiding van het psychologisch zorgaanbod tevens een positieve invloed hebben op middelengebruik binnen detentie.

‘Ik ben nog nooit in mijn leven zodanig geconfronteerd geweest met mezelf dan hier in de gevangenis. En ik zeg niet dat dat een slecht ding is, maar een beetje begeleiding daarbij, dat zou wel welkom zijn. Dat is ook de reden waarom dat er zoveel drugs aanwezig is in gevangenissen. Niet iedereen kan daar even goed mee om.’

5. Individuele beleving en betekenisgeving

De ervaringen van gedetineerden met gezondheidszorg binnen detentie worden in belangrijke mate gevormd door hun individuele beleving en betekenisgeving. Deze beleving is ingebed in een complexe levenscontext, gekenmerkt door psychische kwetsbaarheid, eerdere levensgebeurtenissen en ervaringen binnen detentie.

5.1. Psychische kwetsbaarheid en detentieschade

Gedetineerden vormen een complexe populatie met een verhoogde nood aan psychologische ondersteuning. Velen hebben voorafgaand aan hun detentie ingrijpende ervaringen meegemaakt, wat hun kwetsbaarheid vergroot. Enkele participanten gaven aan dat hun feiten mede het gevolg waren van onbehandelde mentale gezondheidsproblemen, waarvoor zij in het verleden onvoldoende zorg ontvingen via hun huisarts of spoedeisende hulp.

'Dat ik op de spoed kwam. En dat ik zei, het wordt me mentaal een beetje te veel. Maar ik heb hulp nodig. Dat die mij een pilletje gaven om te kalmeren. En dat ik naar de huisarts ging en dat ik dat ook aankaartte. En dat hij zei dat er zoiets bestond als opname. Maar dan moest er iets gebeuren. Ik deed alles wat er van mij gevraagd werd en toch botste ik altijd tegen iets. (…) Ja, dat vind ik wel jammer, want eerste keer dat ik wakker werd in de gevangenis en dat vind ik gewoon jammer. Het had vermeden kunnen worden. En ik hoor, ik zie dat ook op het nieuws zo vaak. Dat er heel veel mensen zijn met mentale problemen. Dat die moeilijk wegwijs vinden.'

Daarnaast kan detentie zelf aanleiding geven tot bijkomende psychische belasting, ook wel beschreven als detentieschade. Zo rapporteerden sommige deelnemers **gevoelens van voortdurende angst, paniekaanvallen en stress als gevolg van geweld, geluidsoverlast en onvoorspelbaarheid** binnen de gevangeniscontext. Ook isolatie op cel werd beschreven als een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling van depressieve symptomen.

'Het isolement op zich, van in een cel in een gevangenis te zijn (…) vooral angstig. Slapeloze nachten, mijn molen was aan het malen. Je kunt echt je gevoelens niet uiten. Want dan zien ze je als een makkelijke prooi.'

5.2. Dehumanisering

De ervaringen van gedetineerden worden verder sterk gekleurd door gevoelens van dehumanisering. Veel deelnemers beschrijven een onderliggend **gevoel van minderwaardigheid en ontmenselijking**, wat een directe impact heeft op hun beleving van gezondheidszorg. De combinatie van structurele beperkingen en ervaren dehumanisering creëert een context waarin wantrouwen ten aanzien van zorgverlening bijna een begrijpelijke reactie wordt.

Binnen de interactie met zorgverleners, en in het bijzonder met artsen, voelen sommige gedetineerden zich **niet als volwaardige patiënten benaderd**. Dit versterkt het gevoel van onvoldoende gehoord of ernstig genomen te worden en gereduceerd te worden tot hun status als gedetineerde. In sommige gevallen werd zelfs het gevoel geuit dat het eigen leven minder waarde zou hebben binnen de gevangeniscontext.

‘Zeker gezondheid komt op de eerste plaats. Dat is al het eerste wat er moet gebeuren in de gevangenis. Als iemand ziek valt, dat die snel wordt geholpen. Hier als je ziek valt, of... begrijp je, dan mag je doodgaan. Dan wordt er niet naar jou gezien. (…) Hier ben je een gevangene. En de deur is op u opgesloten. En je bent niet niks waard. Je bent er niet, je bestaat niet.’

Een deelnemer voelde zich door de arts **onpersoonlijk en weinig respectvol behandeld**, waarbij de benadering als autoritair en afstandelijk werd ervaren. Deze houding werd door de deelnemer toegeschreven aan de vermeende professionele achtergrond van de arts, die eerder als paracommando werkzaam zou zijn geweest, wat volgens hem een strengere aanpak verklaarde. Dergelijke ervaringen raken aan de kern van de zorgrelatie, namelijk erkenning en waardigheid, en dragen verder bij aan het ontstaan van wantrouwen.

‘ “Ik ben para geweest, dan moeten jullie er ook maar tegen kunnen”.
Ik vind dat niet oké zoiets. (…) Volgens mij beziet die ons gewoon als paarden.’

Naast de interactie met zorgverleners speelt ook het bredere justitiële kader een belangrijke rol in het ontstaan van gevoelens van dehumanisering. Gedetineerden beschreven hoe zij zich gereduceerd voelen tot nummers, waarbij **individuele noden en rechten ondergeschikt** lijken. Tevens werd er bezorgdheid geuit over een vermeend gebrek aan aandacht binnen justitie voor de behoeften van gedetineerden aan mentale gezondheidszorg.

‘Justitie kent geen mensen in de gevangenis. Ze kennen alleen nummers in de gevangenis.’
-
‘Ik denk dat justitie er niet bij stilstaat dat mensen soms echt behoeften hebben aan een psycholoog. Het is niet omdat wij iets hebben uitgespookt dat ze ons in een vergeetput moeten steken.’

Detentie wordt door sommige deelnemers ervaren als een proces dat gevoelens van **vervreemding ten opzichte van de samenleving** versterkt. Zo werd aangegeven dat personen die reeds teleurgesteld zijn in de maatschappij zich tijdens detentie verder kunnen afzetten tegen de samenleving. Dit wijst op een eerder sceptische houding ten aanzien van het rehabilitatieve effect van detentie.

‘Je kunt niet verwachten dat iemand die dat teleurgesteld is in de maatschappij en in het leven en in de manier waarop dat mensen met elkaar omgaan, dat die zijn leven gaat beteren. Juist omdat je hem wat extra stampen geeft in een gesloten instelling. Zo gaan mensen kapot. Ik heb deze gevangenis ervaren als een kweekvijver voor recidiven, haat en afzet tegen de maatschappij.’

Gedetineerden geven aan dat hun **straf beperkt zou moeten blijven tot vrijheidsberoving, en niet gepaard mag gaan met een vermindering van toegang tot kwalitatieve en menswaardige zorg**. Wanneer zorg wordt ervaren binnen een context van ontmenselijking, verliest deze haar ondersteunende betekenis en wordt zij eerder geïnterpreteerd als controlerend. Dit staat haaks op het equivalentieprincipe van zorg.

‘Allee geef mij straf dat ik alleen in de cel zit. Geen probleem. Geen tv. Geen probleem. Dat is een strafding. Maar niet zoiets.’

5.3. Persoonlijke groei

Ondanks de beschreven kwetsbaarheden en negatieve ervaringen, blijkt dat detentie niet uitsluitend als negatief wordt ervaren. Sommige deelnemers beschouwen detentie als een moment van reflectie en potentiële kans tot verandering.

'Maar als je de juiste kracht hebt en de juiste begeleiding, dan kun je eigenlijk naar een detentie terugkijken alsof dat een heel mooi geschenk was. Want er is nergens op de wereld waar dat je zo geconfronteerd wordt met jezelf. En als je dat psychisch aankunt, om op die manier met je eigen geconfronteerd te worden en je kunt daar iets uit leren, dan kom je hier als een heel ander mens uit.'

In dit proces spelen **zelfacceptatie en vergeving** een belangrijke rol. Het verwerven van inzicht in eigen gedrag en verleden wordt door sommigen gezien als een noodzakelijke stap richting persoonlijke groei.

'En je moet het zelf inzien en ook willen om die hulp te aanvaarden. En ook gewoon toegeven dat het fout is wat je hebt gedaan. Het accepteren en u daarin kunnen vergeven zodat je die verandering kunt maken. Zolang je die acceptatie niet aanvaardt hebt en niet kunt inzien wat je gedaan hebt. Dan ga je nooit uit je fouten kunnen leren.'

Intrinsieke motivatie blijkt hierbij een cruciale factor. Justitie en het gevangeniswezen hebben als verantwoordelijkheid om voldoende aanbod in hulpverlening te voorzien. Echter kan deze hulpverlening enkel zijn vruchten afwerpen als gedetineerden hier zelf voldoende op ingaan. Verschillende deelnemers gaven aan dat eerdere hulpverlening weinig effect had wanneer deze voornamelijk extern gemotiveerd was, bijvoorbeeld in functie van hun juridische dossier. Dit suggereert dat duurzame gedragsverandering afhankelijk is van interne motivatie en bereidheid tot verandering.

'Het ligt altijd bij de persoon zelf. Want ik wou vroeger ook niet geholpen worden. Ge moet er voor open staan. Want als je er niet voor openstaat dan gebeurt er niets. Dat is juist hetzelfde met afkicken. Ik zei dat vroeger wel, ik wil van de drugs afblijven voor de rechter maar niet voor mijn eigen. Nu zeg ik dat voor mijn eigen.'

Daarnaast putten sommige deelnemers vertrouwen uit hun vermogen om weerstand te bieden aan middelengebruik binnen een context waar drugs wijdverspreid zijn. Detentie vormt voor sommigen een **kantelpunt om te stoppen met druggebruik** en zien het als een leerervaring die bijdraagt aan een versterkt gevoel van eigenwaarde en zelfcontrole.

'Als het wordt aangeboden of noem maar op. Of er wordt achter gevraagd. Ik zeg gewoon: "Nee". Ik kan mijn grenzen hier wel duidelijk aangeven.'

Deze vormen van betekenisgeving wijzen op een verschuiving van passieve naar meer actieve copingstrategieën en een toekomstgerichte houding. Sommige deelnemers gaven aan hun ervaringen te willen inzetten om anderen te ondersteunen, bijvoorbeeld in de rol van **ervaringsdeskundige**. Het horen van ervaringen van medegedetineerden werd door respondenten als betekenisvol en motiverend ervaren.

'Ik ben al sterker in mijn schoenen geworden nu. Ik heb hier al veel moeten zeggen van: "nee". Vroeger zou ik direct meegedaan hebben. Maar dat helpt wel, je hoort ook anderen hun verhaal.'

-

'Ik heb al een levensverhaal moeten maken voor als ik ervaringsdeskundige wil worden. (…) Als iemand die niet kan stoppen al kan stoppen, moeite wil doen om te stoppen. Wat kan er dan gebeuren met iemand die wilt stoppen, die echt de intentie heeft om dat te doen. Dat moet toch ook lukken, dat heeft altijd meer kans op slagen.'

5.4. Zinvolle detentie

Een terugkerend thema betreft het belang van een zinvolle invulling van detentie. Volgens deelnemers draagt een **gestructureerd dagritme**, onder meer via werk, bij aan het behoud van mentale stabiliteit en een gevoel van zingeving. Daarnaast speelt **een zinvolle dagbesteding** een belangrijke rol in het faciliteren van een succesvolle re-integratie in de maatschappij na vrijlating.

'Maar ik vind ook dat ze daar moeten inzetten. In werk en dagbestedingen. Omdat dat houdt de mensen eigenlijk... Hoe moet ik het zeggen? Je bent buiten, je bent van 's morgens tot 's avonds bezig. En dan van de ene op de andere dag moet je de hele dag op uw cel zitten, in een bed liggen. Als je dat een half jaar doet, ben je gene mens niet meer. Probeer dan maar eens terug in de maatschappij te geraken. En je moet dan van de ene op de andere dag gaan werk zoeken. Terug van 's morgens tot 's avonds. Dat kan uw lichaam niet aan.'

Ook het belang van het uitbreiden van het aanbod aan **opleidingsmogelijkheden** binnen de gevangenis werd benadrukt. Educatieve activiteiten bieden niet alleen een doelgerichte invulling van de detentieperiode, maar vergroten tevens de kansen op een succesvolle terugkeer in de maatschappij. Daarnaast werd ook het uitbouwen van meer **creatieve en ontspannende activiteiten**, zoals muziek en sport, voorgesteld als een manier om zowel de mentale als de fysieke gezondheid te bevorderen. Dergelijke activiteiten kunnen bijdragen aan het doorbreken van isolatie en negatieve denkpatronen. De huidige afname van deze activiteiten, onder meer als gevolg van personeelstekorten, werd dan ook als problematisch ervaren.

'Als ik gewoon kan trainen of kan sporten of iets, zou ik mij ook al veel beter voelen binnen de gevangenismuren. Dat ik als sterke persoon weer buiten kan komen. Want ik denk aan een zinvolle detentie, maar op dit moment...'

5.5. Continuïteit van zorg na vrijlating

Tot slot werden bezorgdheden over het **gebrek aan nabegeleiding na vrijlating** geuit. Dit wordt door respondenten ervaren als een belangrijke lacune in de zorgcontinuïteit en gaat gepaard met gevoelens van onzekerheid, discontinuïteit en sociale en institutionele verlatenheid. Het ontbreken van een duidelijke opvolging kan de reeds bestaande kwetsbaarheid versterken, met name op het vlak van psychische stabiliteit, medische opvolging en maatschappelijke re-integratie. In die zin wordt de overgang van detentie naar de vrije samenleving gekenmerkt door een abrupte discontinuïteit in zorg en ondersteuning, wat de risico's op terugval, ontregeling en het opnieuw uitvallen uit zorgtrajecten kan verhogen.

'Een andere keer dat ik hier eens ben vrijgelaten. Vind ik altijd zo, je komt buiten en je wordt ook zo gegooid in de wereld en trek je plan. Je moet je wel aan de regels houden. Maar daar heb ik het wel moeilijk mee mentaal.'

De belangrijkste drempels tot nabegeleiding zijn **wachttijden en een beperkte kennis van beschikbare zorginstanties** buiten de gevangenis. Lange wachtlijsten kunnen ertoe leiden dat motivatie voor verdere hulpverlening verloren gaat. Het is daarom essentieel om deze kwestie alvast tijdens detentie te bespreken en reeds de nodige stappen richting nabegeleiding in gang te zetten.

'Alles zit vol. En dat duurt allemaal zo lang. Zoals ik, ik kan nergens terecht. Ik moet er wel op wachten. En dat duurt dan gewoon te lang. Ik zit in een goede drive. Tegen dat het zover is, is mijn drive misschien al weg.'

Een gedetineerde opperde het idee van thuisbegeleiding, bijvoorbeeld door periodiek een professional te laten langskomen om te luisteren, de thuissituatie te evalueren en ondersteuning te bieden waar nodig.

'Waarom zouden we niet 2 mensen hebben die dan thuisbezoek komen doen of een beetje komen praten met u.'

Discussie

1. Beknopte bespreking van de resultaten

Deze thesis onderzocht het perspectief van 25 gedetineerden op de eerstelijnsgezondheidszorg geleverd door de medische dienst verspreid over 5 Vlaamse gevangenissen. De bevindingen suggereren dat het perspectief van gedetineerden niet louter begrepen kan worden op het niveau van individuele interacties, maar het resultaat zijn van een complexe wisselwerking tussen interpersoonlijke dynamieken, structurele beperkingen en de bredere detentiecontext. Zorgverlening binnen de gevangenis wordt aldus gevormd binnen een institutioneel kader waarin zorg en detentie fundamenteel met elkaar verweven zijn, maar niet noodzakelijk verenigbaar zijn.

Op interpersoonlijk niveau was een uitgesproken ambivalentie zichtbaar. Vertrouwen in zorgverleners bleek geen stabiel kenmerk, maar relationeel en contextafhankelijk en fluctuerend in functie van ervaren tijd, aandacht en klinische grondigheid. Positieve ervaringen werden consequent gelinkt aan erkenning, luisterbereidheid en continuïteit, terwijl negatieve ervaringen voortkwamen uit percepties van oppervlakkigheid en routineuze zorgverlening. Deze bevinding suggereert dat de kwaliteit van de therapeutische relaties niet louter bepaald wordt door individuele competenties van zorgverleners, maar mede afhankelijk is van de structurele condities waarbinnen zij opereren. De overwegend positieve evaluatie van psychologische hulpverlening kan in dit licht begrepen worden als een context waarin deze relationele voorwaarden vaker gerealiseerd worden.

Deze interpersoonlijke ervaringen zijn echter onlosmakelijk verbonden met structurele en organisatorische factoren. De resultaten wijzen op een systeem onder druk, gekenmerkt door personeelstekorten, hoge werkdruk en infrastructurele beperkingen. Deze condities hebben als gevolg dat zorgverleners ongemotiveerd overkomen, consulten slechts enkele minuten duren en sessies kunnen onderbroken worden door urgenties, wat bijdraagt aan een ervaring van routinematige, afstandelijke zorg (‘bandwerk’) en het ontstaan van institutioneel wantrouwen. Het verminderde engagement van zorgverleners dient hierbij niet geïnterpreteerd te worden als individueel falen, maar als uiting van structurele overbelasting en beperkte capaciteit. De medische dienst wordt hierdoor structureel begrensd in haar vermogen om de kwaliteitsvolle en rechtvaardige zorg te bieden die zij nastreven, mede door institutionele kaders die de contouren van de gezondheidszorg bepalen en de professionele vrijheid van de zorgverleners beperken.

Daarnaast wordt de toegankelijkheid en continuïteit van zorg bemoeilijkt door organisatorische complexiteit en fragmentatie. Het zorgverleningslandschap in de gevangenis is een complex geheel van verschillende, verspreide diensten en zorgprofessionals. Deelnemers gaven aan vaak niet te weten hoe ze vlot gepaste hulp konden inschakelen. Daarnaast verlopen doorverwijzingen, voornamelijk naar de tweede lijn, moeizaam en worden deze door gedetineerden ervaren als onzeker en afhankelijk van arbitraire factoren. Dit leidt tot een gevoel van verlies aan controle en stimuleert in sommige gevallen strategisch gedrag om toegang tot gespecialiseerde zorg te verkrijgen. De gerapporteerde medicatiefouten en het frequent beperken van consultaties tot enkel symptomatische behandeling illustreren hoe structurele beperkingen zich vertalen in concrete risico’s voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Hierin kan worden gesteld dat de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals verleend door de medische dienst, voornamelijk gericht is op acute zorg, ten koste van chronische en preventieve zorg. Dit impliceert dat de zorg binnen de detentiecontext tekortschiet wat betreft continuïteit en in dit opzicht niet volledig gelijkwaardig is aan de eerstelijnszorg buiten detentie.

De detentiecontext fungeert niet louter als achtergrond, maar als een actieve determinant van zorgervaringen. Structurele machtsasymmetrie en afhankelijkheid van institutionele processen beperken de autonomie van gedetineerden en bemoeilijken open communicatie. Tegelijk genereert de gevangenisomgeving specifieke dynamieken, zoals verveling, middelengebruik en informele medicatiecirculatie, die rechtstreeks ingrijpen op zorgpraktijken en het voorschrijfgedrag van artsen. Deze context versterkt wederzijds wantrouwen, waarin zowel zorgvragers als zorgverleners zich genoodzaakt zien tot strategisch handelen.

Op individueel niveau wordt deze context vaak ervaren als dehumaniserend, wat de zorgbeleving fundamenteel kleurt. Tegelijk wijzen de resultaten op een parallel proces van betekenisgeving, waarbij detentie voor sommigen een kantelpunt vormt richting zelfreflectie en herstel. Dit spanningsveld onderstreept het belang van zingeving en mentale ondersteuning, maar maakt eveneens duidelijk dat de realisatie hiervan afhankelijk blijft van structurele randvoorwaarden die momenteel onder druk staan. Beperkingen in dagbesteding, hulpverleningsaanbod en voorbereiding op nazorg bemoeilijken duurzame re-integratie.

De aanbevelingen van gedetineerden sluiten nauw aan bij deze bevindingen en richten zich voornamelijk op het uitbreiden van mentale gezondheidszorg, het verbeteren van continuïteit van zorg en het creëren van een meer ondersteunende detentiecontext. Deze suggesties impliceren dat optimalisatie van zorg niet kan worden gerealiseerd via geïsoleerde interventies, maar een geïntegreerde benadering vereist waarin zorg en detentie niet als gescheiden domeinen worden benaderd. Binnen dit kader vervullen de pilootprojecten (D&D en PMD's) een pioniersrol, aangezien zij worden georganiseerd door de FOD Volksgezondheid in samenwerking met de FOD Justitie. Dit staat in contrast met de reguliere gezondheidsdiensten in detentie, die voornamelijk worden aangestuurd door de FOD Justitie. In lijn met het gelijkwaardigheidsprincipe zou het, met het oog op het waarborgen van kwalitatief hoogwaardige en gelijkwaardige zorg voor gedetineerden, logischer zijn om de organisatie van gezondheidszorg binnen de gevangeniscontext, analoog aan de eerstelijnszorg buiten detentie, onder de verantwoordelijkheid van de FOD Volksgezondheid te plaatsen.

Overkoepelend illustreren de resultaten dat de gevangenis als strafinstelling tekortschiet voor een kwetsbare populatie met een specifieke zorgnood. Eerstelijnszorg binnen gevangenissen opereert in een context gekenmerkt door controle, schaarste en afhankelijkheid, wat de realisatie van persoonsgerichte en professionele zorg structureel bemoeilijkt. Dit plaatst zorgverleners in een positie waarin hun professioneel handelen begrensd wordt door institutionele voorwaarden, en roept de vraag op in welke mate kwaliteitsvolle zorg realiseerbaar is binnen een systeem dat primair gericht is op bestraffing eerder dan herstel. Detentie zou moeten gezien worden als mensen die in crisis worden binnengebracht en van daaruit naar herstel gaan. Dit roept de vraag op in welke mate eerstelijnszorg hier daadwerkelijk aan tegemoet kan komen. Als de onderliggende structurele factoren onveranderd blijven, plaatst dit de huisarts in een positie van machteloosheid. Een arts in de gevangenis heeft een sleutelrol binnen deze uitdagingen van de gezondheidszorg in detentie en een unieke inkijk in wat de behoeften en noden zijn van gedetineerden én personeel. De huisarts kan een belangrijke signaalfunctie opnemen voor de huidige uitdagingen en bijdragen aan de maatschappelijk discussie over hoe we als samenleving omgaan met gedetineerden.

2. Kritische reflectie

De bevindingen van deze thesis sluiten aan bij eerdere internationale literatuur waarin wordt beschreven dat gezondheidszorg binnen detentie wordt gekenmerkt door een spanningsveld tussen het equivalentieprincipe van zorg en de dagelijkse realiteit van structurele beperkingen binnen gevangenissen. Eerder onderzoek toont aan dat gedetineerden frequent wantrouwen ervaren tegenover gezondheidszorgverleners in detentie, mede door de dubbele positie van zorgverleners binnen een controlerende institutionele context (10). Ook in deze studie kwam dit wantrouwen sterk naar voren, waarbij de medische dienst niet uitsluitend als zorginstantie maar tevens als onderdeel van het justitiële systeem werd gepercipieerd. Deze institutionele inbedding blijkt een belangrijke invloed te hebben op de ervaren toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van zorg.

Een belangrijke bevestiging van bestaande literatuur betreft de impact van personeelstekorten, overbevolking en beperkte middelen op de kwaliteit van gezondheidszorg binnen gevangenissen (44, 58-61). Als gevolg van deze structurele beperkingen rapporteerden deelnemers korte consultaties, beperkte diagnostiek en een moeilijke toegang tot gespecialiseerde zorg. Tegelijkertijd maakt deze studie duidelijk dat de toegankelijkheid van de medische dienst niet lijdt onder de beschreven structurele problemen, aangezien de meeste gedetineerden aangaven relatief snel toegang te hebben tot een consultatie. Wat deze thesis ook toevoegt, is een meer genuanceerd inzicht in hoe gedetineerden deze structurele problemen interpreteren. Deelnemers beschreven niet alleen de praktische gevolgen van ondercapaciteit, maar koppelden deze rechtstreeks aan gevoelens van dehumanisering en institutionele verwaarlozing. Daardoor wordt zichtbaar hoe organisatorische tekorten niet louter logistieke problemen vormen, maar ook een symbolische betekenis krijgen in de beleving van patiënten.

Een volgende bevinding van dit onderzoek is dat de psychologische hulpverlening doorgaans positiever werd ervaren dan de medische zorg door artsen. Psychologen werden vaker beschreven als vertrouwenspersoon die niet alleen een open en luisterende houding aannemen, maar ook bijdragen aan inzicht, ondersteuning en psycho-educatie. Vooral de menselijke benadering, het beroepsgeheim, de beschikbare tijd en het gevoel werkelijk gehoord te worden, werden hierbij als fundamentele elementen benoemd. Ook in de bestaande literatuur wordt het belang van psychologische hulpverlening binnen detentie benadrukt, aangezien psychische gezondheidsproblemen bij gedetineerden frequent voorkomen. Dit wijst op een verhoogde nood aan toegankelijke en kwalitatieve mentale gezondheidszorg binnen de gevangeniscontext (8).

Verder sluiten de vaststellingen betreffende medicatiegebruik aan bij eerder onderzoek dat wijst op de complexe rol van psychotrope medicatie binnen gevangenissen, waarbij medicatie zowel een therapeutische als een sociale betekenis kan krijgen (8,48, 67-68). De resultaten van deze studie verdiepen dit inzicht door te tonen dat gedetineerden medicatie niet uitsluitend beschouwen als behandeling, maar ook als onderdeel van de gevangeniscultuur. Geneesmiddelen kunnen volgens deelnemers fungeren als ruilmiddel, copingsmechanisme, vorm van afleiding of als middel om rust binnen de gevangenis te bewaren. Hierdoor wordt duidelijk dat farmacologische zorg binnen detentie niet los kan worden gezien van de sociale context waarin zij plaatsvindt en van de betekenissen die gedetineerden hieraan geven.

Een bijkomende meerwaarde van deze studie is dat niet uitsluitend negatieve ervaringen naar voren kwamen. Hoewel wantrouwen in de meeste interviews dominant aanwezig was, verwezen sommige deelnemers naar positieve ervaringen met individuele zorgverleners en naar mogelijkheden tot persoonlijke groei tijdens detentie. In tegenstelling tot veel bestaande literatuur, die voornamelijk focust op tekortkomingen binnen de gezondheidszorg in detentie, laat deze studie zien dat zorg ook een beschermende rol kan vervullen wanneer zij wordt ervaren als menswaardig en ingebed in een vertrouwensvolle zorgrelatie. Dit suggereert dat zelfs binnen een structureel beperkende context betekenisvolle hulpverlening mogelijk blijft. Daarnaast wijzen de resultaten erop dat detentie door sommige gedetineerden kan worden ervaren als een kans op verandering, op voorwaarde dat voldoende psychologische ondersteuning beschikbaar is en dat er intrinsieke motivatie aanwezig is.

Tot slot benadrukken de resultaten net zoals in eerdere studies het belang van continuïteit van zorg na vrijlating. Hoewel de overgang van detentie naar de samenleving in de literatuur reeds wordt beschreven als een bijzonder kwetsbaar moment (19, 45), tonen onze bevindingen dat gedetineerden deze overgang vaak ervaren als een abrupte breuk in ondersteuning. Vooral het ontbreken van nabegeleiding werd geassocieerd met een verhoogd risico op psychische ontregeling, herval en het opnieuw wegvallen uit bestaande zorgtrajecten. Hiermee onderstreept deze thesis dat de kwaliteit van gevangenisgezondheidszorg niet uitsluitend binnen de muren beoordeeld mag worden, maar eveneens in relatie tot de aansluiting met zorg na detentie.

De bevindingen suggereren dat het perspectief van gedetineerden op de eerstelijnsgezondheidszorg binnen detentie niet kan worden herleid tot afzonderlijke ervaringen met individuele zorgverleners, maar vorm krijgt binnen een complex samenspel van interpersoonlijke, organisatorische, contextuele en individuele factoren. De meerwaarde van deze studie ligt dan ook in het zichtbaar maken van deze onderlinge verwevenheid binnen de Vlaamse detentiecontext.

3. Sterktes van dit onderzoek

Een eerste belangrijke sterkte van dit onderzoek is het gebruik van een kwalitatieve onderzoeksmethode, waardoor een diepgaand inzicht kon verkregen worden in het perspectief van de gedetineerden ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg geleverd door de medische dienst binnen de gevangeniscontext. Aangezien vertrouwen, wantrouwen en zorgbeleving sterk subjectieve en contextgebonden fenomenen zijn, bood deze methode de mogelijkheid om nuances bloot te leggen die moeilijk via kwantitatieve methoden te vatten zijn. Door gebruik te maken van semigestructureerde interviews konden deelnemers hun ervaringen in eigen woorden formuleren, waardoor niet alleen expliciete ervaringen maar ook onderliggende betekenissen en emoties naar voren kwamen.

Gedetineerden vormen een populatie die in wetenschappelijk onderzoek vaak ondervertegenwoordigd blijft. Een tweede sterkte van dit onderzoek is de mogelijkheid om gebruik te maken van reeds verzamelde data binnen een breder federaal onderzoeksproject. Door deze samenwerking kon een rijke dataset worden geanalyseerd zonder bijkomende belasting van deze onderzoekspopulatie in een kwetsbare situatie. Bovendien maakte deze samenwerking het mogelijk om toegang te verkrijgen tot een setting die voor onafhankelijk onderzoek vaak moeilijk toegankelijk is omwille van ethische en organisatorische beperkingen. Hoewel het gebruik van secundaire data ook beperkingen met zich meebrengt, bood deze aanpak de kans om bestaande gegevens vanuit een nieuw perspectief te benaderen.

Daarnaast vormt de multicentrische opzet een belangrijke meerwaarde van deze studie. Door interviews af te nemen in vijf verschillende Vlaamse gevangenissen konden ervaringen uit verschillende instellingen met elkaar worden vergeleken. Hierdoor werd het mogelijk om niet alleen individuele ervaringen te beschrijven, maar ook terugkerende patronen over instellingen heen te identificeren. Deze variatie verhoogt de rijkdom van de data en versterkt de relevantie van de bevindingen binnen de Vlaamse detentiecontext.

Een bijkomende sterkte is dat de data onafhankelijk door beide onderzoekers werd geanalyseerd. Door de interviews afzonderlijk te coderen en vervolgens gezamenlijk te reflecteren, ontstond ruimte voor verschillende interpretaties van dezelfde data. Dit proces droeg bij aan de betrouwbaarheid van de thematische analyse en verminderde het risico dat de resultaten te sterk zouden worden beïnvloed door de interpretatie van één individuele onderzoeker. Het gezamenlijk ontwikkelen van een codeboom droeg bovendien bij aan een meer consistente analyse van de volledige dataset.

Tot slot kan ook de klinische achtergrond van de onderzoekers als huisartsen in opleiding als een sterkte worden beschouwd. Deze voorkennis maakte het mogelijk om bepaalde medische en relationele aspecten binnen de interviews beter te herkennen en te contextualiseren. Hierdoor konden subtiele elementen binnen de zorgervaring van gedetineerden nauwkeuriger worden geïnterpreteerd. Tegelijk werd deze klinische invalshoek voortdurend besproken tijdens de gezamenlijke analyse om de invloed ervan kritisch te bewaken.

4. Beperkingen van dit onderzoek

Deze thesis dient geïnterpreteerd te worden in het licht van een aantal methodologische en contextuele beperkingen. In de eerste plaats werd gebruikgemaakt van secundaire data, verzameld in het kader van een federaal onderzoeksproject met een andere primaire doelstelling. Hierdoor was de datacollectie niet specifiek afgestemd op onze onderzoeksvraag, wat mogelijk heeft geleid tot missing data en een minder diepgaande exploratie van kernthema's. Hoewel de analyse voldoende rijk materiaal opleverde om betekenisvolle inzichten te genereren, kan niet uitgesloten worden dat bepaalde dimensies van de zorgervaring onderbelicht zijn gebleven. Indien de datacollectie specifiek voor deze thesis was opgezet, hadden bijkomende meer gerichte vragen geformuleerd kunnen worden, zoals bijvoorbeeld: 'Wat is jouw mening over de zorgverlening door de medische dienst?', 'Kan je een positief en een negatief punt benoemen over de medische dienst?', 'Wat vind je van de zorgverlening door de huisarts?', 'Hoe ervaar je de psychologische hulpverlening?'.

Daarnaast is er sprake van een selectiebias. Deelnemers werden geselecteerd door het personeel, met als doel de lopende pilootprojecten te evalueren, waardoor elke geïnterviewde deelnam aan de pilootprojecten. Deelname aan de studie was verder volledig vrijwillig, wat impliceert dat de steekproef mogelijk een specifieke subgroep van gemotiveerde gedetineerden weerspiegelt. Dit kan geleid hebben tot een overschatting van positieve ervaringen en een ondervertegenwoordiging van meer kritische perspectieven. Dit impliceert dat de bevindingen in onze thesis niet de algemene opvatting van de gehele gedetineerdenpopulatie weerspiegelen.

De beperkte representativiteit van de steekproef vormt een bijkomende beperking. Er is slechts één vrouw geïnterviewd (4%) en de meeste gedetineerden bevonden zich in de leeftijdscategorie 25-50 jaar (80-88%). Het perspectief van hele jonge of oudere gedetineerden, alsook vrouwelijke gedetineerden, is dus mogelijks onderbelicht. Dit komt echter wel grotendeels overeen met de algemene populatie van gedetineerden waarbij slechts 4,4% vrouwelijk is en 67,5% tussen 26 en 49 jaar is. In het bijzonder blijven perspectieven van gedetineerden met een taalbarrière onderbelicht, terwijl deze groep mogelijk geconfronteerd wordt met bijkomende drempels in de zorgverlening. In de onderzoekspopulatie hadden de meeste geïnterviewden een Belgische nationaliteit (80-88%), terwijl dit in de detentiepopulatie eerder rond 55,1% wordt geschat.

Verder was het frappant dat bepaalde elementen door verschillende gedetineerden in verschillende gevangenissen op tegenstrijdige manier werden ervaren. Zodoende dient er rekening gehouden te worden met contextuele verschillen tussen gevangenissen, waardoor ervaringen niet zonder meer overdraagbaar zijn tussen instellingen. Tot slot kan de professionele achtergrond van de onderzoekers als huisartsen (in opleiding) de interpretatie van de data mede beïnvloed hebben. Deze klinische invalshoek biedt enerzijds diepgang, maar vereist anderzijds een expliciete reflexiviteit.

5. Aanbevelingen voor de toekomst

De bevindingen van deze thesis wijzen op verschillende aandachtspunten voor de klinische praktijk, het beleid, het onderwijs en toekomstig onderzoek binnen de gezondheidszorg in detentie.

5.1. Aanbevelingen voor de praktijk

Binnen de klinische praktijk lijkt het belangrijk om sterker in te zetten op het opbouwen van vertrouwen tussen gedetineerden en zorgverleners, aangezien vertrouwen in dit onderzoek een centrale voorwaarde bleek voor een positieve zorgervaring. Zorgverleners binnen de gevangeniscontext zouden meer ondersteund kunnen worden in het ontwikkelen van communicatieve vaardigheden die afgestemd zijn op de specifieke noden van deze specifieke populatie. Daarbij verdienen vooral empathisch luisteren, continuïteit van zorg en het expliciet erkennen van de menswaardigheid van de patiënt bijzondere aandacht. Verder is het van belang dat binnen de zorgverlening voldoende aandacht uitgaat naar de patiënt als individu, waarbij diens klachten ernstig worden genomen, een grondige klinische evaluatie plaatsvindt en een persoonsgerichte behandeling wordt aangeboden die op duidelijke wijze wordt toegelicht.

Daarnaast tonen de resultaten aan dat continuïteit van zorg een belangrijke invloed heeft op de zorgbeleving. Het beperken van wisselingen tussen zorgverleners en het bevorderen van langdurigere zorgrelaties zou kunnen bijdragen aan meer vertrouwen en een betere toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg binnen de gevangenis. Ook de continuïteit van zorg na vrijlating vormt een belangrijk aandachtspunt dat verdere uitwerking en versterking vereist. Dit dient tijdig te worden georganiseerd, zodat de betrokkene bij vrijlating kan terugvallen op een adequaat zorgnetwerk en duidelijkheid heeft over waar hij zich kan aanmelden voor verdere ondersteuning en opvolging.

5.2. Aanbevelingen voor het beleid

Op beleidsniveau wijzen de bevindingen op de nood aan een verdere professionalisering van de gezondheidszorg in detentie. Een opvallend element binnen dit onderzoek is dat er momenteel geen specifieke erkenning of specialisatie bestaat voor artsen of psychologen die binnen de gevangeniscontext werken. Hoewel zorgverleners in de gevangenis vaak beschikken over algemene klinische expertise, vereist deze context bijkomende kennis rond detentie, trauma, verslavingsproblematiek en institutionele kwetsbaarheid.

Een mogelijke aanbeveling is daarom om na te denken over een specifiek vormings- of accreditatiekader voor zorgverleners in detentie, zodat de kwaliteit van de zorg meer structureel ondersteund kan worden. Daarnaast blijft voldoende personeelsbezetting en een optimaal aanbod van consultatieruimtes essentieel, aangezien structurele tekorten in dit onderzoek frequent werden gekoppeld aan ervaringen van wantrouwen en ontoegankelijke zorg.

Daarnaast dient sterker te worden ingezet op de sensibilisering van bestaande diensten. Bij binnenkomst in de penitentiaire inrichting zou elke gedetineerde systematisch een duidelijke en toegankelijke informatiebrochure moeten ontvangen. Tevens kan de sensibilisering van penitentiair beambten met betrekking tot het signaleren van psychologische problematieken en het gericht doorverwijzen een belangrijke rol vervullen. Voorts kan het verhogen van de zinvolheid van detentie, door middel van een uitgebreider aanbod aan werk, opleiding, sport en andere recreatieve activiteiten, op diverse vlakken significante voordelen opleveren.

5.3. Aanbevelingen voor onderwijs

Binnen de opleidingen geneeskunde, huisartsgeneeskunde en psychologie zou meer aandacht mogen uitgaan naar gezondheidszorg binnen detentie. Tijdens de reguliere opleiding komt deze zorgcontext momenteel nauwelijks aan bod, terwijl het een unieke en maatschappelijk relevante vorm van eerstelijnszorg betreft. Een vroegere kennismaking met deze setting zou niet alleen kunnen bijdragen aan meer kennis en bewustwording, maar mogelijk ook meer zorgverleners motiveren om binnen deze context te werken. Aanvullende onderwijsinitiatieven zoals gastlessen, stageplaatsen of specifieke opleidingsmodules rond detentiegezondheidszorg kunnen bijdragen aan een meer genuanceerd begrip van deze patiëntengroep en hun zorgnoden.

5.4. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Toekomstig onderzoek zou deze bevindingen verder kunnen verdiepen door gelijkaardige studies uit te voeren vanuit een andere positionaliteit van de onderzoekers, bijvoorbeeld door onderzoekers zonder medische achtergrond te betrekken. Dit kan bijkomende perspectieven opleveren en de interpretatie van ervaringen verrijken.

Daarnaast lijkt het waardevol om in toekomstig onderzoek ook het perspectief van zorgverleners binnen de gevangenis te onderzoeken. Meer inzicht in hoe artsen, psychologen en verpleegkundigen zelf de knelpunten binnen de eerstelijnsgezondheidszorg ervaren, kan bijdragen aan een volledigere begrip van de wederzijdse dynamiek tussen zorgverlener en gedetineerde. Verder kan toekomstig onderzoek zich specifiek richten op vergelijkende analyses tussen perspectieven van gedetineerden en zorgverleners, om na te gaan waar percepties overeenkomen of net uiteenlopen. Dergelijk onderzoek kan helpen om beter te begrijpen waar wantrouwen ontstaat en welke factoren het vertrouwen binnen de zorgrelatie kunnen versterken.

Tot slot zijn bijkomende studies wenselijk waarbij de eerstelijnsgezondheidszorg zelf als centraal onderzoeksthema wordt onderzocht, eerder dan als onderdeel van een breder project. Hierdoor kunnen specifieke ervaringen met de medische dienst, de huisarts en de psychologische zorg nog diepgaander geanalyseerd worden.

Conclusie

Deze studie toont aan dat de eerstelijnsgezondheidszorg binnen detentiecontext fundamenteel gevormd wordt door de structurele en institutionele condities waarin deze zorg plaatsvindt. Negatieve zorgervaringen blijken in belangrijke mate niet het gevolg van individuele tekortkomingen van zorgverleners, maar van systemische beperkingen die de mogelijkheden tot kwaliteitsvolle en relationele zorg structureel inperken.

Binnen deze context ontstaat een inherent spanningsveld tussen de principes van zorg en die van detentie. Waar zorg idealiter gebaseerd is op vertrouwen, continuïteit en autonomie, wordt zij binnen de gevangeniscontext geconfronteerd met een omgeving gekenmerkt door controle, afhankelijkheid en schaarste. Dit spanningsveld vertaalt zich zowel in een verminderde autonomie en verhoogd wantrouwen bij gedetineerden als in een beperkte handelingsruimte voor zorgverleners.

Tegelijk maken de resultaten duidelijk dat er binnen deze beperkende context wel degelijk ruimte bestaat voor betekenisvolle zorgrelaties en herstelprocessen, met name wanneer er aandacht is voor erkenning en mentale ondersteuning. Dit onderstreept het potentieel van een herstelgerichte benadering, maar toont eveneens aan dat de impact ervan begrensd blijft zolang de onderliggende structurele factoren ongewijzigd blijven.

De bevindingen suggereren dan ook dat een duurzame verbetering van gezondheidszorg in detentie niet gerealiseerd kan worden zonder fundamentele structurele hervormingen. Dit roept een bredere vraag op naar de rol van het detentiesysteem: in welke mate kan een context die primair gericht is op bestraffing tegelijkertijd instaan voor het garanderen van kwalitatieve en menswaardige zorg voor een kwetsbare populatie?

Referenties

1. WHO. Status report on prison health in the WHO European Region 2022. 2023.
2. Alves da Costa F, Verschuuren M, Andersen Y, Stürup-Toft S, Lopez-Acuña D, Ferreira-Borges C. The WHO Prison Health Framework: a framework for assessment of prison health system performance. Eur J Public Health. 2022;32(4):565–70.
3. Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden [Internet]. Vlaanderen.be. Beschikbaar op: https://www.vlaanderen.be/agentschap-justitie-en-handhaving/justitie/coordinatie-hulp-en-dienstverlening-aan-personen-in-detentie-en-geinterneerden/hulp-en-dienstverlening-aan-gedetineerden
4. Organisation WH. The WHO Prison Health Framework: a framework for assessment of prison health system performance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.
5. United Nations. Universal Declaration of Human Rights - Dutch (Nederlands) [Internet]. Office Of The High Commissioner - United Nations Human Rights. [geciteerd 7 april 2026]. Beschikbaar op: https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/dutch-nederlands
6. Volksgezondheid F. Brochure: Wet “Rechten van de patiënt” [Internet]. FOD Volksgezondheid. 2025. Beschikbaar op: https://www.health.belgium.be/nl/tools/brochure-wet-rechten-patient
7. Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. Wet betreffende de rechten van de patiënt [Internet]. 2002. Beschikbaar op: https://www.stradalex.com/nl/sl_src_publ_leg_be_moniteur/toc/leg_be_moniteur_nl_26092002_2/doc/bs2002022737
8. Favril L, Dirkzwager A. De psychische gezondheid van gedetineerden in België en Nederland : een systematisch overzicht. TIJDSCHRIFT VOOR CRIMINOLOGIE. 2019.
9. Shaw D, Elger B. Improving public health by respecting autonomy: using social science research to enfranchise vulnerable prison populations. Prev Med. 2015;74:21–3.
10. Isailă OM, Hostiuc S. Malpractice Claims and Ethical Issues in Prison Health Care Related to Consent and Confidentiality. Healthcare (Basel). 2022;10(7).
11. Federale Overheidsdienst Justitie. Belgische gevangenissen [Internet]. justitie.belgium.be. 2026. Beschikbaar op: https://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/gevangenissen/belgische_gevangenissen
12. Federale Overheidsdienst Justitie. Dictoriaal-generaal penitentiaire inrichtingen jaarcijfers [Internet]. justitie.belgium.be. Brussel, België: Mathilde Steenbergen; 2024. Beschikbaar op: https://justitie.belgium.be/sites/default/files/Jaarcijfers%202024%20-%20Penitentiaire%20inrichtingen%20.pdf
13. Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden [Internet]. Vlaanderen.be. Beschikbaar op: https://www.vlaanderen.be/agentschap-justitie-en-handhaving/justitie/coordinatie-hulp-en-dienstverlening-aan-personen-in-detentie-en-geinterneerden/hulp-en-dienstverlening-aan-gedetineerden
14. Federale Overheidsdienst Justitie [Directoraat -generaal Penitentiaire inrichtingen]. Penitentiaire inrichtingen [Internet]. jusitie.belgium.be. 2026. Beschikbaar op: https://justitie.belgium.be/nl/overheidsdienst_justitie/organisatie/directoraten-generaal/penitentiaire_inrichtingen
15. Bewaking | FOD Justitie Jobs [Internet]. FOD Justitie Jobs. 2026. Beschikbaar op: https://werkenbijjustitie.be/jobdomeinen/bewaking
16. Federale Overheidsdienst Justitie. Gezondheidszorg [Internet]. justitie.belgium.be. 2026. Beschikbaar op: https://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/gevangenissen/belgische_gevangenissen/klassieke_gevangenissen/leven_in_de_gevangenis/gezondheidszorg
17. Federale Overheidsdienst Justitie. Psychologische en psychiatrische begeleiding [Internet]. 2026. Beschikbaar op: https://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/gevangenissen/belgische_gevangenissen/klassieke_gevangenissen/leven_in_de_gevangenis/gezondheidszorg/psychologishe_en_psychiatrische_begeleiding
18. Sociale kaart [Internet]. Beschikbaar op: https://www.desocialekaart.be/fiches/e80cd0b8d3530b38b0626635177e843f5f191fcf27a464e03a19ed1ee99a70d2/administratieve-gegevens
19. Eechaudt V, Vander Laenen F, Vander Beken T. Organisation of health care in Belgian prisons: legal framework. Health care in Belgian prisons: scientific report. 2017.

20. Detentie Netwerk Academie [Internet]. Vlaanderen.be. Beschikbaar op: https://www.vlaanderen.be/agentschap-justitie-en-handhaving/justitie/coordinatie-hulp-en-dienstverlening-aan-personen-in-detentie-en-geinterneerden/detentie-netwerk-academie
21. Prison talk [Internet]. Prison Talk. Beschikbaar op: https://prisontalk.be/
22. Klasbak. Klasbak [Internet]. Klasbak. Beschikbaar op: https://klasbak.net/
23. TANDEM [Internet]. TANDEM. Beschikbaar op: https://tandemggz.com/
24. Inrichtingen DJ. Organogram DJI januari 2026 [Internet]. Ministerie van Justitie en Veiligheid. 2026. Beschikbaar op: https://www.dji.nl/documenten/2025/12/31/organogram-dji-januari-2026
25. Ministerie van Algemene Zaken. Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) [Internet]. Contact | Rijksoverheid.nl. 2026. Beschikbaar op: https://www.rijksoverheid.nl/contact/contactgids/dienst-justitiele-inrichtingen-dji
26. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Toezicht op zorg in justitiële inrichtingen [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2026. Beschikbaar op: https://www.igj.nl/zorgsectoren/justitiele-inrichtingen/medische-zorg-in-justitiele-inrichtingen
27. Direction générale de l'administration pénitentiaire. Ministère de La Justice [Internet]. 2 februari 2026; Beschikbaar op: https://www.justice.gouv.fr/ministere-justice/missions-organisation/direction-generale-ladministration-penitentiaire
28. Directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP). Ministère de La Justice [Internet]. 23 mei 2025; Beschikbaar op: https://www.justice.gouv.fr/annuaire/etablissements-services-penitentiaires/directions-interregionales-services-penitentiaires-disp
29. ORGANISATION. Livre 3 [Internet]. p. 173–229. Beschikbaar op: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/guide_methodo_2019_ppsmj_part2.pdf
30. European Prison Rules. Strasbourg: Council of Europe; 2006.
31. Van Hout MC, Klankwarth UB, Fleißner S, Pont J, Stöver H. State of transition to Ministry of Health governance of prison healthcare in the Council of Europe region. Public Health. 2024;229:151–9.
32. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. The British Journal of General Practice. 2013;63(616):e742.
33. Wat is een eerstelijnszone? [Internet]. Eerstelijnszones. Beschikbaar op: https://www.eerstelijnszone.be/wat-een-eerstelijnszone
34. Jimenez G, Matchar D, Koh GCH, Tyagi S, van der Kleij RM, Chavannes NH, et al. Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities. Primary Health Care Research & Development. 2021;22:e68.
35. Akman M, Başer DA, Koban BU, Marti T, Decat P, Lefeuvre Y, et al. Organization of primary care. Primary health care research & development. 2022;23:e49.
36. Professionals | RIZIV [Internet]. Beschikbaar op: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals
37. Groenewegen P, Dirkzwager A, van Dam A, Massalimova D, Sirdifield C, Smith L. The health of detainees and the role of primary care: Position paper of the European Forum for Primary Care. Primary Health Care Research & Development. 2022;23:e29.
38. McLintock K, Foy R, Canvin K, Bellass S, Hearty P, Wright N, et al. The quality of prison primary care: cross-sectional cluster-level analyses of prison healthcare data in the North of England. EClinicalMedicine. 2023;63.
39. Spycher J, Dusheiko M, Beaupère P, Gravier B, Moschetti K. Healthcare in a pure gatekeeping system: utilization of primary, mental and emergency care in the prison population over time. Health & justice. 2021;9(1):11.
40. Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (1), (2005).
41. De Neve P. Drugs en detentie: drugproblemen aanpakken in de gevangenis [Internet]. De Sleutel. 2024. Beschikbaar op: https://desleutel.be/2024/05/10/drugs-en-detentie-drugsproblemen-aanpakken-in-de-gevangenis/
42. Zorg | FOD Justitie Jobs [Internet]. FOD Justitie Jobs. 2026. Beschikbaar op: https://werkenbijjustitie.be/jobdomeinen/zorg
43. Caw. Justitie en detentie | CAW [Internet]. CAW. Beschikbaar op: https://www.caw.be/ons-aanbod/detentie-en-justitie/
44. Sheard L, Bellass S, McLintock K, Foy R, Canvin K. Understanding the organisational influences on the quality of and access to primary care in English prisons: a qualitative interview study. British Journal of General Practice. 2023.

45. Calais-Ferreira L, Butler A, Dent S, Preen DB, Young JT, Kinner SA. Multimorbidity and quality of primary care after release from prison: a prospective data-linkage cohort study. BMC Health Services Research. 2022;22(1):876.
46. Wright N, Hankins F, Hearty P. Long-term condition management for prisoners: improving the processes between community and prison. BMC Family Practice. 2021;22(1):80.
47. Hanssens L, Vyncke V, Steenberghs E, Willems S. Mental health and SES: a comparative study of the general and prison population in Belgium: Lise Hanssens. The European Journal of Public Health. 2016;26(suppl_1):ckw175. 008.
48. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. Lancet Psychiatry. 2016;3(9):871–81.
49. Emilian C, Al-Juffali N, Fazel S. Prevalence of severe mental illness among people in prison across 43 countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2025;10(2):e97–e110.
50. Vandevelde S, Soyez V, Vander Beken T, De Smet S, Boers A, Broekaert E. Mentally ill offenders in prison: The Belgian case. International Journal of Law and Psychiatry. 2011;34(1):71–8.
51. CTRG, UNIA. Verslag over het bezoek aan vijf penitentiaire inrichtingen inzake de geestelijke gezondheidszorg voor gedetineerden [Internet]. CTRG / UNIA – TOEZICHTBEZOEK – 2025_RAP_01(2). 2024. Beschikbaar op: https://www.unia.be/files/Verslag-bezoek-BERGEN_CTRG-UNIA.pdf
52. Het leven in de gevangenis : Gevangenis-Gent [Internet]. Gevangenis-Gent. Beschikbaar op: https://www.gevangenisgent.be/het-leven-in-de-gevangenis/
53. Well@work, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Klinisch psycholoog of orthopedagoog voor de Dienst Gezondheidszorg in gevangenissen (m/V/X): Vacature [Internet]. galop.ugent.be. Beschikbaar op: https://galop.ugent.be/files/vacatures/vacature2680.pdf
54. Caw. Ondersteuning voor gedetineerden & geïnterneerden | CAW [Internet]. CAW. Beschikbaar op: https://www.caw.be/kennisbank/op-bezoek-in-de-gevangenis-van-merksplas/ondersteuning-voor-gedetineerden-geinterneerden/
55. CGG [Internet]. CGG. Beschikbaar op: https://www.centrageestelijkegezondheidszorg.be/cgg/adentro/zorg
56. CGG [Internet]. CGG. Beschikbaar op: https://www.centrageestelijkegezondheidszorg.be/cgg/prisma/zorg
57. CTRG. JAARVERSLAG 2023 [Internet]. 2023. Beschikbaar op: https://ctrg.belgium.be/wp-content/uploads/2024/09/Jaarverslag-CTRG-2023.pdf
58. Aebi MF, Cocco E. MM. SPACE I-2024–Council of Europe annual penal statistics: Prison populations. Council of Europe; 2025 Sep 25.
59. Deschuyteneer L, Breuls L, Vanhouche AS. Het recente CPT-rapport voor België: Weinig reden tot optimisme. Panopticon. 2023 Feb 1;44(1):78-84.
60. Aon M, Oberconz S, Brasholt M. The association between health and prison overcrowding, a scoping review. BMC Public Health. 2025 Jul 2;25(1):2218.
61. Council of Europe. Rapport au gouvernement de Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT): du 2 au 9 novembre 2021 [Internet]. coe.int. Strasbourg; 2022 nov. Report No.: CPT/Inf (2022) 22. Beschikbaar op: https://rm.coe.int/1680a922ac
62. Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen M, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. Gezondheidszorg in Belgische gevangenissen: huidige situatie en toekomstige scenario's. Retrieved from Brussel: https://kcefgov be/nl/gezondheidszorg-in-belgische-gevangenissen. 2017.
63. Jeker B, Shaw D, Lagnaux N, Wangmo T, Elger BS. Motivation and training needs of prison healthcare professionals: findings from a qualitative study. BMC psychology. 2023 May 20;11(1):167.
64. Solbakken LE, Bergvik S, Wynn R. Breaking down barriers to mental healthcare access in prison: a qualitative interview study with incarcerated males in Norway. BMC psychiatry. 2024 Apr 17;24(1):292.
65. Canada K, Barrenger S, Bohrman C, Banks A, Peketi P. Multi-level barriers to prison mental health and physical health care for individuals with mental illnesses. Frontiers in psychiatry. 2022 Jun 3;13:777124.
66. Favril L, Rich JD, Hard J, Fazel S. Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review. The lancet public health. 2024 Apr 1;9(4):e250-60.
67. Montanari L, Royuela L, Mazzilli S, Vandam L, Alvarez E, Llorens N, Carapinha L, Grohmannova K, Isajeva L, Ignataviciute L, Kvaternik I. Prevalence of drug use before and during

imprisonment in seven European countries (2014–2018). Journal of Community Psychology. 2024 Nov;52(8):1015-30.
68. Plettinckx E, Harth N, de Smet S, Gremeaux L, Dirkx N. Gezondheid, welzijn en drugsgebruik onder personen in de gevangenis. Belgische resultaten van het PRS-20-project 2021-2023. Sciensano; 2023.
69. Haney C. The psychological impact of incarceration: Implications for post-prison adjustment. Urban Institute; 2001 Dec 1.
70. Martin K, Taylor A, Howell B, Fox A. Does criminal justice stigma affect health and health care utilization? A systematic review of public health and medical literature. International Journal of Prisoner Health. 2020 Aug 24;16(3):263-79.
71. Thomas SE, Abram KM, Aaby D, Welty LJ, Arzu JL, Salvati JM, Teplin LA. Incarceration and subsequent psychosocial outcomes: A 16-year longitudinal study of youth after detention. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2025 Apr 10.
72. Dirkzwager AJ, Verheij R, Nieuwbeerta P, Groenewegen P. Mental and physical health problems before and after detention: a matched cohort study. The Lancet Regional Health–Europe. 2021 Sep 1;8.
73. Glied S, Judkins A, Lumumba R. The Health Harms of Incarceration and Punishment. In: Plough AL, editor. Necessary Conversations: Understanding Racism as a Barrier to Achieving Health Equity: Oxford University Press; 2022. p. 0.
74. Pouille A, Madl J, El Jaouhari S, Zerrouk E-A, Magang Fopossi L, Vanden Bossche D, et al. Wetenschappelijke ondersteuning, analyse en evaluatie van de pilootprojecten gefinancierd door de FOD Volksgezondheid en de FOD Justitie, met het oog op praktijk-en beleidsaanbevelingen voor een adequatere penitentiaire gezondheidszorg. 2025.
75. Zerrouk E-A, Schils E, Vandevelde S, Vander Laenen F, Vanderplasschen W, Colman C, et al. RECOvery in PRISon bis (RECO-PRIS bis).

Bijlagen

Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Peter Decat
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Bieke Isabelle Fierens	27/08/2024	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
ONZ-2024-0156 E01		nvt

Betreft:
Gedetineerden in de eerstelijnszorg
Scriptie : Bieke Isabelle Fierens

Positief advies

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) geeft op 27/08/2024 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.
De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.
Deze studie valt niet onder de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Peter Decat
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Charlotte Dhanens	29/08/2024	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
ONZ-2024-0156 E02		nvt

Betreft:
Gedetineerden in de eerstelijnszorg.
Scriptie : Charlotte Dhanens

Positief advies

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) geeft op 29/08/2024 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.
De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.
Deze studie valt niet onder de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 2: Interviewguide

Interview guide voor case study's: diepte-interviews – met gedetineerden

Introductie

- Onderzoeker stelt zich voor,
- Leg het doel van het interview/onderzoek uit,
- Bespreek geïnformeerde toestemming,
- Benadruk vertrouwelijkheid
- (Tip: Leg uit terwijl u het informatieblad en het IC-formulier doorneemt)

Demografische informatie

Eerst vragen we u wat algemene informatie over u en uw achtergrond. We vragen dit om enkele van de resultaten in een context te plaatsen. Onthoud dat dit allemaal vertrouwelijk is en dat u kunt vragen om een vraag niet te beantwoorden als u dat niet wilt.

- Leeftijd: ... jaar
- Geslacht: man/vrouw/non-binair/zeg ik liever niet/anders
- Huidige nationaliteit: ……
- Moedertaal: .....
- Geboorteland: .....
- Taalgebruik tijdens consultaties met zorgpersoneel in de gevangenis: .....
- Hoogste opleidingsniveau:
    - basisonderwijs
    - secundair onderwijs
    - bachelor- of masterdiploma
    - ander:.....
        - PQ: Hoe lang ben je naar school geweest en heb je dit afgemaakt/een diploma/certificaat ontvangen voor het afronden hiervan?
- Hoe vaak heb je voor deze veroordeling in de gevangenis gezeten? ... keer

Interview vragen

We weten dat veel mensen in de gevangenis problemen ervaren met hun geestelijke gezondheid en/of drugsgebruik. Om deze reden werden projecten opgezet met psychologen en een drugsteam om te helpen met deze problemen.

1. (Hoe) heb je gehoord over deze projecten op het gebied van drugszorg en geestelijke gezondheidszorg (het hebben van een psycholoog binnen de medische dienst)?

2. Wat heb je over deze diensten gehoord voordat je met hen in contact kwam?
    a. Wat vertellen mensen over de diensten?

3. Als je vragen hebt over je mentale gezondheid en/of drugsgebruik, waar vind je dan hulp bij deze vragen?
    a. Heeft u hier in de gevangenis problemen ervaren met uw geestelijke gezondheid en/of drugsgebruik?

4. Hoe ben je in contact gekomen met de psycholoog of het drugsteam?

5. Hoe verliep het eerste contact?
    a. Wie nam het initiatief?
    b. Hoe lang heb je moeten wachten op het eerste contact? Hoe lang duurde het voordat je vervolgcontact kreeg?

6. Hoe was het om toegang te krijgen tot de dienst?
    a. Wat maakte het moeilijk om toegang te krijgen tot het drugsprogramma en/of de geestelijke gezondheidszorg/psycholoog?
    b. Wat zou het (voor jou) toegankelijker kunnen maken?

7. Wat vind je van de zorg die wordt geboden door het drugsteam/de psychologen?
    a. Hoe goed kunnen ze helpen bij problemen die verband houden met drugs of geestelijke gezondheid?
    b. Wat hebben ze gedaan om je te helpen?
    c. Wat had er beter gekund?
    d. In hoeverre is er iets in jou veranderd door de zorg?
        - Zo ja, hoe/wat?
        - Zo nee, wat ontbrak er dan?
    e. Hoe groot is je motivatie om door te gaan met de begeleiding door het drugsteam in de gevangenis en/of het team geestelijke gezondheidszorg?

8. Hoe is je relatie met de psycholoog/drugsteam in de gevangenis?

9. Kun je een voorbeeld geven van een positieve ervaring met het drugsteam en/of de geestelijke gezondheidszorg in de gevangenis?

10. Kun je een voorbeeld geven van een negatieve ervaring met het drugsteam en/of de geestelijke gezondheidszorg in de gevangenis?

11. Heeft u behandeling of ondersteuning gehad voor emotionele/psychologische problemen voordat u naar de gevangenis kwam?
    - Zo ja: In hoeverre is de behandeling voortgezet toen u in de gevangenis kwam?

12. Graag stellen we enkele vragen over de continuïteit van zorg in en na de gevangenis. Zou u ons willen vertellen hoe lang u veroordeeld bent?
    - Hoe lang zit je al in de gevangenis?
    - In hoeverre denk je al na over het leven na de gevangenis?
    - Hoe zie je je geestelijke gezondheid evolueren in de toekomst/na de gevangenis?

- In hoeverre heb je het gevoel dat je in de toekomst/na de gevangenis middelen/hulp voor je geestelijke gezondheid kunt vinden?
- Hoe zou u uw zorg het liefst zien bij vrijlating?

13. Naast de zorg voor uw mentale gezondheid en/of druggebruik, hoe ervaart u de zorgverlening voor de andere aspecten van uw gezondheid?
    a. Hoe ervaart u de zorg voor uw gezondheid in de brede zin?
    b. Bent u bezorgd over uw gezondheid?
    c. Hoe ervaart u het contact met de medische dienst?

14. Heeft u een advies voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg in de gevangenis? En specifiek voor het drugteam en de psychologen?

15. Is er iets dat je zou willen toevoegen over je contact met het drugteam/de psychologen en hoe zij de geestelijke gezondheid/verslavingszorg in de gevangenis beïnvloeden?

Sluit het interview af door dankbaarheid te uiten voor hun tijd en inzichten en vraag of ze nog aanvullende opmerkingen of gedachten hebben.

Bijlage 3: Demografische gegevens

	Geboorteland	**Geslacht**	**Opleidingsniveau** SO: secundair onderwijs	**Aantal detenties**	**Leeftijd**	**Moedertaal**	**Nationaliteit**	**Taal consultaties**
Deelnemer Hasselt 1 (02/10/2024)	België	M	Middelbaar	3	37	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Hasselt 2 (02/10/2024)	België	M	Tot 18j (geen diploma SO)	11-12	43	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Hasselt 3 (02/10/2024)	België	M	Tot 16j	1	34	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Hasselt 4 (02/10/2024)	België	M	Diploma secundair onderwijs	3	48	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Antwerpen 1 (09/10/2024)	Afghanistan	M	Tot 12j school, nadien legerdienst	1	32	Perzisch	Afghaan	Nederlands
Deelnemer Antwerpen 2 (09/10/2024)	/	/	/	2	/	/	/	/
Deelnemer Antwerpen 3 (09/10/2024)	Portugal	V	Tot 17j	3	50	Portugees	Portugees	Engels
Deelnemer Antwerpen 4 (09/10/2024)	België	V	Tot 18j	3	50	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Antwerpen 5 (09/10/2024)	België	M	Tot 18j	6	38	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Antwerpen 6 (11/10/2024)	Turkije	M	Tot 17j (SO in Turkije)	1	63	Turks en Nederlands	Nederlands	Nederlands
Deelnemer Antwerpen 7 (11/10/2024)	België	M	Diploma SO	7	32	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Antwerpen 8 (11/10/2024)	Marokko	M	Geen diploma SO	6	39	Arabisch	Belg	Nederlands
Deelnemer Leuven 1 (17/10/2024)	België	M	Tot 15j	3	41	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Leuven 2 (17/10/2024)	België	M	Tot 18j, geen diploma SO	2	61	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Leuven 3 (17/10/2024)	België	M	Tot 15j	3	51	Frans en Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Leuven 4 (17/10/2024)	België	M	Geen diploma SO	9	39	Arabisch	Belg (roots Tunesië)	Nederlands
Deelnemer Dendermonde 1 (14/11/2024)	Italië	M	Tot 16j, geen diploma SO	7	34	Nederlands	Belg & Italiaan	Nederlands
Deelnemer Dendermonde 2 (14/11/2024)	België	M	Diploma SO	2	37	Nederlands en Berbers	Belg (roots Marokko)	Nederlands
Deelnemer Dendermonde 3 (14/11/2024)	Chili	M	Diploma SO	2	36	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Gent 1 (22/11/2024)	/	/	Geen diploma SO	3	35	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Gent 2 (22/11/2024)	België	M	Geen diploma SO	4	38	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Gent 3 (22/11/2024)	België	M	Diploma SO	2	28	Nederlands	Belg (roots Filipijnen)	Nederlands
Deelnemer Gent 4 (22/11/2024)	België	M	Diploma SO	1	38	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Gent 5 (22/11/2024)	België	M	Tot 15j	/	36	Nederlands	Belg	Nederlands
Deelnemer Gent 6 (22/11/2024)	/	/	/	/	/	/	/	/

Bijlage 4: zelfreflecties

Charlotte Dhanens

Werken als huisarts binnen de gevangeniscontext heeft mij reeds langere tijd sterk geïnteresseerd. Deze interesse is deels gegroeid vanuit mijn thuissituatie, aangezien mijn moeder als verpleegkundige werkzaam is in de gevangenis van Gent. Daarnaast heb ik na mijn afstuderen als basisarts zelf tijdelijk consultaties uitgevoerd binnen de medische dienst in de gevangenis van Gent. Deze eerste kennismaking met de gezondheidszorg in detentie versterkte mijn overtuiging dat ik hierover mijn masterproef wilde schrijven. Het verbaasde mij bovendien dat dit werkveld tijdens de geneeskundeopleiding nauwelijks aan bod komt, terwijl het net een bijzonder complexe en maatschappelijke relevante vorm van zorg betreft.

Daarnaast wilde ik graag samenwerken met Bieke Fierens. Ik kende haar reeds uit de basisopleiding en tijdens de HAIO-opleiding leerden we elkaar beter kennen. Ik beschouwde haar als iemand die zeer gemotiveerd, nauwkeurig en geëngageerd werkt, waardoor ik vanaf het begin vertrouwen had in een sterke samenwerking. Oorspronkelijk hadden wij samen een ander onderwerp ingediend en had ik daarnaast afzonderlijk een voorstel rond gezondheidszorg in de gevangenis ingeleverd. Uiteindelijk werden wij via het ICHO samengebracht voor een masterproef over gezondheidszorg binnen detentie. Ik was dus zeer blij dat ik zowel rond dit onderwerp kon werken als dit traject samen met Bieke kon doorlopen.

Na verschillende gespreken met onze promotor en co-promotor werd vrij snel beslist om aan te sluiten bij hun lopend onderzoeksproject. Dit was enerzijds praktisch beter haalbaar, omdat het voor hen moeilijker was om gelijktijdig twee afzonderlijke onderzoeksprojecten op te volgen. Anderzijds zou het bijzonder moeilijk geweest zijn om bijkomende ethische goedkeuring en toestemming van de gevangenisdirecties te verkrijgen terwijl binnen dezelfde instellingen reeds een ander onderzoeksproject liep. Hierdoor verliep het proces van onze masterproef in een minder klassieke volgorde. Omdat wij rekening moesten houden met de tijdslijn van het federale project, vonden de interviews reeds plaats in de beginfase van onze thesis. Dit maakte het onderzoeksproces uitdagender, maar bood tegelijk ook een realistisch inzicht in hoe wetenschappelijk onderzoek in de praktijk vaak minder lineair verloopt dan theoretisch wordt voorgesteld.

De samenwerking met Bieke verliep gedurende het volledige traject bijzonder vlot. De communicatie was open en constructief, zowel via berichten als via regelmatige (video)gesprekken. Praktische afspraken verliepen steeds soepel en verantwoordelijkheden werden op een evenwichtige manier verdeeld. We maakten ook regelmatig tijd vrij om samen te zitten, te reflecteren en nieuwe inzichten te bespreken. Voor de dataverzameling werden de gevangenissen onderling verdeeld: ik nam deel aan de interviews in Antwerpen en Gent, terwijl Bieke participeerde in Leuven Centraal en Nieuw-Dendermonde. De interviews in Hasselt vonden plaats zonder ons, aangezien deze gevangenis als eerste in het onderzoeksproject werd bezocht en de planning reeds was vastgelegd voordat wij bij het project aansloten. Ook voor de transcripties werd het werk gelijk verdeeld zodat de werkdruk in balans was. De data-analyse werd bewust onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Hierdoor konden we elk afzonderlijk onze eigen interpretaties ontwikkelen alvorens deze samen te bespreken. Dit verrijkte niet alleen de analyse, maar zorgde er ook voor dat we kritischer naar de data konden kijken.

Tijdens deze fase kregen we tijdelijk ondersteuning van prof. dr. Pauline Boeckxstaens, aangezien zowel onze promotor als co-promotor onverwacht gedurende langere tijd afwezig waren. Ondanks deze onverwachte wijziging in begeleiding zijn we erin geslaagd om het onderzoeksproces keurig verder te zetten. Ook het schrijfproces verliep vredig. In het begin kozen we ervoor om veel samen te schrijven, omdat dit hielp om in een gemeenschappelijke lijn te werken. In een latere fase besloten we om delen afzonderlijk uit te werken, wat efficiënter bleek en ons toeliet flexibeler te werken naast onze eigen agenda. We bleven elkaar wel voortdurend feedback geven, waardoor de thesis een gezamenlijk gedragen project bleef.

Wat ik bijzonder waardeer, is dat we elkaar tijdens moeilijkere periodes konden ondersteunen. Zowel Bieke als ik hebben moeilijke of drukke momenten gehad, maar er was steeds wederzijds begrip en bereidheid om elkaar te helpen waar nodig. Die balans zorgde ervoor dat deze samenwerking niet alleen productief, maar ook bijzonder aangenaam was. Ik heb ook bijzonder veel respect voor het feit dat Bieke zich met volle inzet heeft verdiept in een onderwerp dat oorspronkelijk niet haar eigen keuze was. Ik kijk met veel trots terug op het traject dat wij samen hebben afgelegd. Deze thesis heeft mij niet alleen inhoudelijk meer inzicht gegeven in de gezondheidszorg binnen gevangenissen, maar heeft mij ook bewuster gemaakt van de complexe positie van de huisarts binnen deze context. Het werd tijdens dit onderzoek duidelijk dat gezondheidszorg in detentie sterk beïnvloed wordt door structurele, organisatorische en maatschappelijke factoren die verder reiken dan de individuele zorgverlener.

Ik hoop dat dit werk kan bijdragen aan een beter begrip van de ervaringen van gedetineerden binnen de gezondheidszorg en aanleiding kan geven tot verdere reflectie over hoe deze zorg menswaardiger georganiseerd kan worden. Hoewel ik mij bewust ben van de beperkte impact van één masterproef binnen een veel groter maatschappelijk vraagstuk, zou ik het waarderen indien deze thesis een bescheiden bijdrage kan leveren aan verdere discussie. Daarnaast hoop ik dat dit werk ook zichtbaar maakt dat de huisarts een betekenisvolle rol kan opnemen binnen de gevangenisgeneeskunde, en mogelijk andere HAIO's of huisartsen kan inspireren om zich eveneens voor deze onderbelichte zorgcontext open te stellen.

Bieke Fierens

Het schrijven van een masterproef is een intensief proces. Deze masterproef is een groepswerk samen met mijn collega-HAIO Charlotte Dhanens. Bij het kiezen van een onderwerp hadden we oorspronkelijk het idee om samen een andere onderzoeksvraag uit te werken. Echter had Charlotte, voor zichzelf, als tweede optie een andere onderzoeksvraag over detentie ingezonden. Vanuit het ICHO werd de suggestie gedaan om het detentieonderwerp verder uit te werken als groepswerk. Zo ben ik eerder toevallig bij deze onderzoeksvraag betrokken geraakt. Na me in te lezen in beschikbare literatuur, was ik geprikkeld om ook voor een masterproef over gezondheidszorg in detentie te kiezen. Hierdoor ben ik met een slechts beperkte voorkennis mee in dit onderwerp gestapt.

De masterproef biedt een unieke kans om in een niet alledaagse en boeiende omgeving onderzoek te doen. Hierbij vond ik het belangrijk om zeker de koppeling naar de eerstelijnsgezondheidszorg, met meer bepaald de huisartsgeneeskunde, te maken. De goedkeuring van de ethische commissie verliep eveneens via het federale project. Voor het onderzoek aan te vatten hebben we verschillende keren met onze promotor en co-promotor samen gezeten. Hier werd het voorstel gedaan om mee te werken met het project van de federale overheid. Dit zorgde ervoor dat we toegang zouden krijgen tot een grote data-verzameling, in samenwerking met een professioneel onderzoeksteam. Dit was een unieke kans om de gevangenis beter te leren kennen. En de verschillende aspecten van zorg in de gevangenis van dichtbij te exploreren. Er werden contacten gelegd met zorgverleners, directie, gedetineerden, cipiers…

Voor we naar de gevangenis gingen werd de manier van afnemen van interviews geoefend met onze promotor zodat ook onze interviews in lijn zouden zijn met de interviews afgenomen door de onderzoekers van het project van de federale overheid. De interviews vonden plaats tijdens fase 1 van de masterproef. Charlotte ging mee met het onderzoeksteam naar de gevangenis van Gent en Antwerpen, ik ging mee naar Nieuw-Dendermonde en Leuven Centraal. Bij de bezoeken van de gevangenis van Hasselt waren we niet betrokken aangezien deze bezoekmomenten al vastlagen voor we beslist hadden mee in het project te stappen. Na het afnemen van de interviews hebben we een groot deel van de interviews getranscribeerd. Deze transcripties werden zowel gebruikt voor het onderzoek van het federaal project als voor onze thesis.

Tijdens het schrijfproces hebben we zowel fysiek, via videocall als via bericht gecommuniceerd. Ik ben ervan overtuigd dat deze masterproef een geheel is van een gelijke inzet. We hebben de transcripties gelijk verdeeld. Ook hebben we elk afzonderlijk de hele dataset geanalyseerd en geïnterpreteerd om dan vervolgens deze bevindingen te vergelijken met elkaar. Het schrijven van de masterproef en de opleiding tot huisarts was een zeer intense periode voor ons beiden. Het is zeer fijn om Charlotte als teamgenote en vriendin te hebben. Het proces was niet altijd even makkelijk voor ons allebei. Charlotte was steeds heel begripvol, gemotiveerd en empathisch. Afspraken werden steeds correct nagekomen, de communicatie verliep doorheen het hele traject open en respectvol. De samenwerking voelde steeds als een veilige omgeving waarbij we met respect voor elkaar steeds onze mening konden delen. Ik wil dus ook graag Charlotte bedanken voor alle steun en hulp tijdens dit proces. Het was een aangename ervaring om dit met zo een goede vriendin te mogen doen.

Ondanks mijn oorspronkelijke onbekendheid met het onderwerp ben ik tevreden dat ik voor een onderwerp over eerstelijnsgezondheidszorg binnen de detentiecontext heb gekozen. Tijdens het hele proces werd me de noodzaak van dit soort onderzoeken zeer duidelijk. Gedetineerden hebben, net zoals alle andere mensen, recht op een goede gezondheidszorg. Daarnaast zijn, binnen detentie, verschillende huisartsen en andere zorgverleners werkzaam, vaak naast hun eigen praktijk. Hierdoor is de koppeling naar het huisartsenluik ook snel gemaakt.

Als huisarts in opleiding ben ik, behalve door de masterproef, niet in aanraking gekomen met detentie of gedetineerden. Wel zag ik geregeld ex-gedetineerden in de praktijk terugkomen. Dankzij deze thesis heb ik de kans gehad om met mensen in detentie te kunnen praten over hun ervaringen. Ik hoop dat we met de masterproef kunnen bijdragen om meer kennis en begrip te verkrijgen voor deze populatie in een uitdagende context. Ik hoop dat deze masterproef kan bijdragen aan een stem te geven aan mensen in detentie om zo hun zorgnoden beter in kaart te brengen. Uiteraard is deze thesis maar een beperkte representatie van het hele detentiesysteem en van slechts enkele gedetineerden. Daarom zou het in de toekomst heel nuttig zijn om de stem van zowel gedetineerden als zorgverleners binnen de gevangenis verder te exploreren. Zodat er naar een detentiesysteem kan gestreefd worden met een gelijkwaardige zorgaanpak. Ook deed het ons stilstaan dat we als artsen in opleiding slechts beperkt met detentie geconfronteerd werden tijdens onze opleiding. Hier zit volgens ons een kans in om bijvoorbeeld detentie meer te betrekken binnen opleidingen van zorgberoepen vb. stage of les over detentie.

Dankzij de masterproef ben ik me meer bewust van het belang van continuïteit van zorg bij gedetineerden. Als huisarts (in spé) zal ik, net als vele andere huisartsen, ook in contact komen met mensen die ooit in detentie verbleven. Iedere patiënt heeft zijn verhaal en recht op gelijkwaardige zorg en dat is hetgeen dat ik vooral wil meenemen en naar streven in mijn verdere carrière.