Eerstelijnszorg in de Vlaamse gevangenissen: een explorerend beschrijvende studie door middel van interviews

Miclotte Anneleen – Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Remmen Roy – Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Matthys Jan – Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstabel

Voorwoord

Abstract

Inleiding 1

Aanbevelingen 1

Wetgeving 2

Wet op de Patiëntenrechten 2

Basiswet gevangeniswezen 2

Gevangenispopulatie 3

Werking gezondheidszorg in Belgische gevangenissen. 4

Doelstelling masterproef 4

Oriënterend literatuuronderzoek 6

Methode 11

Preonderzoeksfase 11

Onderzoeksfase: Fase van het interview 12

Analyse 13

Resultaten 14

Demografische gegevens 14

Resultaten gesloten vragen 14

Kwalitatieve aspecten 15

Algemeen 16

Anamnese 17

Klinisch onderzoek 18

Diagnostiek 18

Therapie 19

Verwijzing 20

Randvoorwaarden 22

Discussie 26

Besluit 32

Referenties 33

Bijlagen 35

1) Vragenlijst 35

2) Informatie en Toestemmingsformulier voor de deelnemers 38

3) Ethisch Comité: Goedgekeurd protocol en gunstig advies 40

Voorwoord

De realisatie van deze thesis was niet mogelijk geweest zonder de hulp van een aantal mensen, die ik dan ook graag oprecht wil bedanken. Het is dankzij jullie hulp en steun dat ik deze leerrijke periode afgerond heb.

Vooreerst wil ik mijn beide promotoren Dr. Jan Matthys en Prof. Dr. Roy Remmen bedanken om mij te begeleiden bij het uitvoeren en uitschrijven van deze Masterproef. De enthousiaste professionele en persoonlijke bijdrage van begin tot einde door Dr. Jan Matthys heeft ervoor gezorgd dat ik dit eindwerk kon voltooien, waarvoor mijn uitdrukkelijke dank.

Daarnaast wil ik graag de gevangenisartsen die bereid waren zich te laten interviewen, en zo vrij waren om uitgebreid ons vragen te beantwoorden, oprecht danken voor hun medewerking. Hun input was onontbeerlijk en zonder hen kon deze Masterproef niet gerealiseerd worden. Aangezien dit project anoniem is, kunnen we hen alleen bedanken langs deze weg. We zullen hen achteraf een kopij van deze thesis mailen.

Graag dank ik ook het team van de Nieuwe Wandeling te Gent en beide artsen die daar als HAIO gewerkt hebben voor hun bijdrage en enthousiasme bij het opstellen van de vragenlijst.

Mijn collega's - praktijkopleiders wens ik te bedanken voor hun begeleiding en opleiding afgelopen twee jaar alsook de mogelijkheden die ze gaven om me tussen de consultatieblokken door interviews uit te voeren.

Deze Masterproef luidt tevens het einde van mijn opleiding in. Hierbij wil ik graag mijn ouders in het bijzonder, mijn verloofde, vrienden en familie bedanken voor hun steun tijdens de opleiding.

Abstract

Eerstelijnszorg in de Vlaamse gevangenissen: een explorerend beschrijvende studie door middel van interviews. Haio: Anneleen Miclotte - Universiteit Gent. Promotor Prof. Dr. Roy Remmen - Universiteit Antwerpen. Co-promotor Dr. Jan Matthys - Universiteit Gent

Context: In de Vlaamse gevangenissen spelen huisartsen een centrale rol in de eerstelijnsgezondheidszorg voor gevangenen. Ze onderzoeken en behandelen hun gezondheidsproblemen en vervullen tevens de rol van poortfunctie naar specialistische hulpverlening of hospitalisatie. Elke gevangene heeft het recht om dagelijks te consulteren. Ongeveer 10% van de gevangenen in België doet dit elke werkdag. De huisartsen in de gevangenissen zijn meestal eveneens werkzaam in de huisartspraktijk.

Doel: Het doel van de studie is om de (rand)voorwaarden en mogelijke drempels op de zorg en mogelijke verschillen tussen het werken in de gevangenis en de huisartspraktijk bij Vlaamse gevangenisartsen te exploreren.

Methode: Eerst werd een kort literatuuronderzoek met de zoektermen 'primary care' en 'prison' uitgevoerd naar gelijklopende studies over opinies van artsen werkzaam in de gevangenis. Vervolgens werd onderzocht welke pathologie aan bod komt binnen de gevangenis, wat de redenen zijn voor het raadplegen en hoe de literatuur de internering in de Belgische gevangenissen beschrijft. Aanvullend werd een kwantitatief én kwalitatief onderzoek gevoerd door semigestructureerde interviews af te nemen bij (huis)artsen werkzaam in de gevangenissen verspreid over Vlaanderen.

Resultaten: Aan het onderzoek namen 18 artsen deel die soms werkzaam waren in verschillende gevangenissen. Hierdoor werden van de grotere gevangenissen (>200 gevangenen) telkens twee interviews bekomen waardoor resultaten verzameld werden van 22 instellingen.
Met betrekking tot de consultvoering zijn de middelen en mogelijkheden voor anamnese, klinisch onderzoek, diagnostiek en therapie in principe vergelijkbaar met de huisartspraktijk. Het bieden van dezelfde kwaliteit van gezondheidszorg in vergelijking met de huisartspraktijk is volgens de helft van de respondenten minder goed mogelijk. De meerderheid van de artsen meent dat de omstandigheden waarin gevangenen leven bijdragen tot de vraag naar gezondheidszorg. Een belangrijk probleem voor de meesten blijkt de tijdsdruk tijdens de consultvoering. Er wordt zelden aan triage gedaan en het samen consulteren met een verpleegkundige en de beperkte tolkmogelijkheden kunnen problemen geven voor de privacy. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat de financiële middelen voor de gezondheidszorg in de gevangenis eerder beperkt zijn en zich op verschillende vlakken laten voelen. Men geeft als voorbeeld onder andere de afwezigheid van een beschikbaarheidsvergoeding, beperkte bijscholingsmogelijkheden, beperkingen op voorschrijfgedrag (formularium), een ongebruiksvriendelijk EMD en onvoldoende psychische en psychiatrische zorgmogelijkheden. Gestructureerd overleg met gezondheidswerkers zoals verpleegkundigen gebeurt regelmatig, met de psychiater is doorgaans weinig overleg.

Conclusie: Deze Masterproef brengt verschillende pijnpunten rond de eerstelijnsgezondheidszorg in de gevangenis in kaart. Er zijn aanwijzingen voor beperkingen van de financiële middelen met een impact op meerdere vlakken (verloning, formularium, EMD,...). Meermaals wordt aangegeven dat de tijdsdruk en de patiëntenaantallen bij de consultvoering te hoog liggen. De omstandigheden waarin de gevangenen leven kunnen bijdragen tot extra medische zorgvragen. In de toekomst is zeker ruimte voor verder onderzoek. Verdere uitbreiding van dit onderzoek in België (een nieuw KCE bij hoofdgeneesheren is momenteel lopende) en de rest van Europa geeft aanvullende informatie die Belgische beleidsmakers kan ondersteunen.

Inleiding

België telt 32 gevangenissen, waarvan 16 in Vlaanderen, 14 in Wallonië en 2 in Brussel. Daarnaast huurt men 650 detentieplaatsen in de penitentiaire inrichting van Tilburg (Nederland – situatie in 2015). (1) De capaciteit van de Belgische gevangenissen samen was in 2014 goed voor 9.592 gevangenen, terwijl het werkelijk aantal gedetineerden verblijvend in de Belgische gevangenissen 11.769 was. (2) De laatste 10 jaar is de penitentiaire populatie met 21% gestegen, 45% van de gevangenen zijn afkomstig uit het buitenland en er is een jaarlijkse turnover van 15000. (3)

In elke gevangenis wordt de basisgezondheidszorg verzekerd door de Dienst Gezondheidszorg van die gevangenis. Deze omvat algemene geneeskunde, tandheelkunde, psychiatrie en in sommige grotere gevangenissen specialistische geneeskunde. Huisartsen spelen hier een centrale rol. Daarnaast krijgen gevangenen ook verpleegkundige zorgen en kinesitherapie en een lokale apotheek van buiten de gevangenis staat in voor het dagelijks klaarmaken en het leveren van geneesmiddelen. (4p11)

Het gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg binnen de gevangenispopulatie is aanzienlijk in vergelijking met de algemene bevolking. In het Verenigd Koninkrijk consulteren gevangenen de huisarts tot driemaal vaker dan een demografisch equivalente populatie binnen de gemeenschap. (5, 6) In Frankrijk en België consulteert ongeveer 10% van de gevangenispopulatie elke werkdag de huisarts. (5)

In de Belgische gevangenissen zijn ongeveer 300 zelfstandige artsen werkzaam (Op 1 maart 2012 waren er 223 algemene geneesheren tewerkgesteld door de Dienst Gezondheidszorg Gevangenissen). Een belangrijk aandeel hiervan zijn huisartsen in de streek die hiervoor worden aangesteld door de Penitentiaire Gezondheidsdienst. Een tiental artsen werkt onder het statuut van niet-benoemde aangenomen arts. De andere artsen zijn zelfstandigen waarmee een samenwerkingsakkoord werd afgesloten. De vergoeding gebeurt per gepresteerd werkuur. Daarnaast worden technische of buitengewone prestaties apart vergoed. (7) Over de verloning zelf werden geen cijfers teruggevonden.

Aanbevelingen

Volgens de WHO-aanbevelingen moeten nationale en regionale overheden gevangenen de best mogelijke gezondheidszorg bieden. Deze moet voor de gevangenen kosteloos zijn, zelfs in tijden van belangrijke economische moeilijkheden. De WHO-doelstelling streeft naar een kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden die gelijkwaardig is als deze in de vrije samenleving. (8)

De Verenigde Naties ‘Basic principles for the treatment of prisoners’ stelt dat gevangenen toegang moeten hebben tot de beschikbare gezondheidsdiensten in het land zonder discriminatie op basis van hun juridische situatie. (9)

Volgens de Europese raad moeten gevangenen een volledige en ongelimiteerde toegang hebben tot een arts of verpleging volgens noodzaak. De vraag naar gezondheidszorg lijkt echter de bestaande capaciteit te overtreffen. Hierbij stellen ze dat de gelijkwaardigheid van gezondheidszorg in de gevangenissen niet haalbaar is zonder de integratie van de gezondheidszorg voor gedetineerden in de algemene bevolking. Deze integratie zou in het belang zijn van de hele populatie, in het bijzonder voor het beleid bij infectieuze ziekten. (10, 11)

Wetgeving

Wet op de Patiëntenrechten

In de Belgische wetgeving wordt dit ook uiteengezet. Enerzijds bestaat sinds 22 augustus 2001 de wet op de patiëntenrechten. Deze somt de basisrechten van de patiënt op om een duurzame arts-patiëntrelatie te bestendigen. Daarnaast worden de modaliteiten voor de toegang en bijhouden van het medisch dossier beschreven alsook de regeling omtrent een vertegenwoordiger wanneer de patiënt niet in staat is om zijn rechten uit te oefenen. (12) Deze wet is van toepassing op ieder natuurlijk persoon, dus ook gedetineerden en geïnterneerden aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt. Dit echter met uitzondering van de afwijkingen voorzien in de Basiswet gevangeniswezen. (4p117-119, 12)

Basiswet gevangeniswezen

In België is er sinds 2005 een basiswet betreffende het gevangeniswezen. De basiswet omschrijft de interne rechten en plichten van zowel de veroordeelden (gedetineerden), als de verdachten (in voorlopige hechtenis). De wet beschrijft tevens de basisbeginselen voor detentie en organisatie van het gevangeniswezen. De geïnterneerden behoren normaliter niet tot de doelgroep van deze wet maar Artikel 167 stelt dat de bepalingen van de wet -op enkele uitzonderingen na- toch van toepassing zijn op de geïnterneerden in afwachting van de wettelijke regeling van hun rechtspositie.

Een belangrijk onderdeel in deze wettekst in verband met de gezondheidszorg van de gevangenen is beschreven in hoofdstuk VII ‘ Gezondheidszorg en gezondheidsbescherming’:

De gedetineerden en geïnterneerden hebben recht op een gezondheidszorg die gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije samenleving en die aangepast is aan zijn/haar specifieke noden.

Dit recht voor de gedetineerden op kwaliteitsvolle zorgen vraagt een belangrijke investering die enkel door Justitie gedragen wordt. (13)

De gezondheidszorg in de gevangenissen beschreven in de basiswet gevangeniswezen omvat :

1° de diensten verstrekt door de zorgverleners met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt;

2° de bijdrage van de zorgverleners tot de gezondheidspreventie en de gezondheidsbescherming van het personeel en van de gedetineerden;

3° de bijdrage van de zorgverleners tot de re-integratie van de gedetineerde in de samenleving.

De afwijkingen op de wet betreffende de rechten van de patiënt omvatten enerzijds de beperkte keuze van behandelend arts en vertrouwenspersoon, alsook het niet kunnen verkrijgen van een afschrift van het eigen patiëntendossier. De patiënt kan enkel schriftelijk verzoeken een afschrift mee te delen aan de door hem aangewezen vertrouwenspersoon. (4p41, 14)

Helaas is Justitie er nog niet toe gekomen de uitvoeringsbesluiten betreffende het gelijkwaardigheidbeginsel en enkele andere artikelen in hoofdstuk VII in voege te brengen. (3, 4)

Gevangenispopulatie

In de Belgische gevangenissen verblijft ongeveer de helft van de gedetineerden als veroordeelden. Een derde van de gedetineerden - de beklaagden/verdachten - wachten nog op een veroordeling en ongeveer 10% zijn geïnterneerden. De verhoudingen variëren per inrichting naargelang van de functie: arresthuis, strafhuis of een combinatie van beide.

Geïnterneerden hebben een misdrijf gepleegd maar lijden daarnaast ook aan een psychische stoornis die ervoor zorgt dat de geïnterneerde niet in staat is om zijn eigen daden te controleren. Internering is een juridische veiligheidsmaatregel met als doel de maatschappij te beschermen en gepaste zorg te verlenen aan de geïnterneerde. Het verschil met de veroordeelden is dat internering geen straf is maar een maatregel van sociale bescherming voor een ongedefinieerde periode. De commissie die hiervoor instaat is de CBM: Commissie ter Bescherming van de Maatschappij. (3, 8)

België werd meermaals veroordeeld door het Europees hof voor de rechten van de mens omwille van de problematiek dat 25% van de geïnterneerden in een penitentiaire instelling verblijft zonder toegang tot een medisch verantwoorde behandeling vergeleken met de behandelmogelijkheden van de reguliere psychiatrische zorg. Dit wordt verder besproken in de literatuurstudie. (3)

In 2014 had 55% van de gedetineerden binnen een penitentiaire inrichting de Belgische nationaliteit, zo waren er in totaal burgers van meer dan 120 landen gedetineerd. Een opsomming van de belangrijkste andere nationaliteiten van de gedetineerden:
Marokko (10,5%) — Algerije (6,6%) — Roemenië (3,4%) — Nederland (2,2%) — Frankrijk (2,1%)Italië (1,5%) — Turkije (1,4%) — Albanië (1,2%) — Tunesië (1%) — de landen van ex-Joegoslavië (2,3%). (15)

Werking gezondheidszorg in Belgische gevangenissen.

De gezondheidszorgen in de gevangenissen worden onderverdeeld in een eerstelijns- en een tweedelijns geneeskunde en de psychiatrische verzorging. Daarnaast zijn er ook nog de psychosociale diensten (PSD) die een expertiserol hebben en geen therapeutische activiteiten uitoefenen.

De eerstelijnsgeneeskunde wordt uitgevoerd door algemene geneesheren en een team van verpleegkundigen. De meerderheid van de huisartsen zijn zelfstandigen die hun eigen praktijk hebben en op basis van een dienstencontract ook consultaties doen in de gevangenis. De gedetineerde heeft het recht om dagelijks op bepaalde uren een bezoek brengen aan de gevangenisarts.

Voor tweedelijnsgeneeskunde kunnen de gedetineerden terecht in 3 gespecialiseerde centra te Brugge, Sint-Gillis en Lantin bij geneesheren-specialisten. Om hiervan gebruik te maken dient men de gedetineerde te transporteren naar het betreffende centrum. Bij dringende medische hulpverlening wordt de patiënt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis vervoerd. Indien bepaalde onderzoeken en behandelingsvormen niet mogelijk zijn in de medische centra wordt gebruik gemaakt van externe klinieken. (13)

De urgente psychiatrische zorg binnen de gevangenis is op heden opgeschort wegens personeelstekort en ondermaatse voorzieningen van de psychiatrische gevangenisafdelingen. Acute psychotische patiënten vereisen zorg in diensten die ervaren en getraind personeel hebben en dit bestaat niet binnen het gevangenissysteem. Waar urgente somatische pathologie een snelle verwijzing naar algemene ziekenhuizen vereist, zou dit voor psychiatrische indicaties ook het geval moeten zijn. Lokale omstandigheden echter bepalen het behandelplan aangezien een duidelijk en aanvaard beheersplan ontbreekt. (3)

Doelstelling masterproef

Ik heb gekozen voor deze masterproef omdat ik me graag wou verdiepen in dit uniek aspect van de eerstelijnsgezondheidszorg: de zorg bij gedetineerden. Mijn kennis over de werking van de gezondheidszorg in de Vlaamse gevangenissen was zeer summier. Na een eerste literatuuronderzoek bleek dat over dit onderwerp bijzonder weinig artikels te vinden waren, wat mijn interesse nog meer

aanwakkerde om deze uitdaging aan te gaan. Gezien beperkte haalbaarheid en de ethische beperkingen omtrent uitvoeren van studies bij gevangenen, werd het onderzoek gericht op de artsen werkzaam in de gevangenissen, meer specifiek de huisartsen. Hierbij was het doel door middel van semigestructureerde interviews op basis van stellingen zowel kwantitatieve als kwalitatieve data te bekomen. Het onderzoek focust zich op meningen, opinies en persoonlijke ervaringen van de huisartsen omtrent het werken in de gevangenis en waar mogelijk wordt dit vergeleken met hun ervaringen in de huisartspraktijk. Het doel van de studie is om te exploreren wat de (rand)voorwaarden en mogelijke drempels op de zorg zijn en mogelijke verschillen tussen de consultvoering in de gevangenis en de huisartspraktijk na te gaan.

Oriënterend literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd begin 2015. Het doel hiervan was enerzijds om na te gaan wat de verschillen zijn op vlak van eerstelijnsgezondheidszorg in de gevangenis in vergelijking met de huisartspraktijk. Anderzijds werd ook gezocht naar de opinies van (huis)artsen tewerkgesteld in de gevangenis. Eerst werd MeSH geraadpleegd om de juiste zoektermen na te gaan. De gebruikte zoektermen waren 'primary care', 'primary health care' 'prison(er)', 'inmate', 'general practitioner', 'general practice', 'health', 'Belgium', 'practitioner', 'perspective', 'opinion', 'comparison', 'internation'. Verschillende combinaties van deze zoektermen werden ingevoerd in PubMed. De gevonden artikels, reviews en meta-analyses werden beoordeeld op basis van titel en abstract. Via "related citations of similary articles" werden nog andere artikels of boeken gezocht. Via CEBAM werd er gezocht naar eventuele bestaande richtlijnen echter zonder resultaat. Om een beeld te krijgen van hoe de organisatie van de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen in mekaar zit werd mij het boek aangeraden van Dr. Francis Van Mol: 'De gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen'. (4) Om cijfermateriaal van de Belgische gevangenissen te bekomen (zie inleiding) werden de verslagen van de FOD Justitie en Europese commissie geraadpleegd. (1, 2, 8-10, 15)

Bovenstaande PubMed-search leverde weinig relevante resultaten op. De publicaties spitsen zich toe op de gezondheidsproblemen en noden van de gevangenen, de redenen waarvoor ze gevangenisartsen veelvuldig raadplegen, de organisatie van de gezondheidszorg in de gevangenis en de meningen van de patiënten over de gegeven zorg. Over het perspectief van de artsen omtrent voorschrijfgedrag van psychofarmaca werd een artikel gevonden. (16) Daarnaast bestaat een studie over de eerstelijnszorg in Ierse gevangenissen, meer bepaald over de infrastructuur, de beschikbare faciliteiten en het medisch materiaal. (17) Bij een andere studie in Engeland bij vrouwen heeft men de gedetineerden zelf bevraagd over hun ervaringen met de eerste lijn in de gevangenis. (18)

De artikels die nagaan waar de verschillen zitten met de huisartspraktijk baseren zich op de hogere frequentie van bepaalde pathologieën enerzijds, en het veelvuldig raadplegen door patiënten om diverse redenen anderzijds.

Daarnaast zijn er ook enkele artikels die zich toespitsen op de huidige Belgische situatie, met een kritisch oogpunt omtrent de situatie van de geïnterneerden in de Belgische gevangenissen en de kwaliteit van de gezondheidszorg voor gedetineerden. (3, 19) Er zijn tevens twee internationale publicaties van Feron et al die specifiek in de Belgische gevangenissen bestudeerden waarom patiënten veelvuldig consulteren. (5, 20)

-**Pathologie**

Het gezondheidsverschil tussen gevangenen en de algemene bevolking wordt toegewezen aan verschillende gedragsmatige en socio-economische factoren. Men stelt vast dat er hogere ratio's intraveneus druggebruik zijn, wat op zijn beurt leidt tot een risicotoename van infectieuze ziekten, alcoholmisbruik en roken. Dit gedrag heeft voor gevolg dat er een hoger risico is op cardiovasculaire ziekte en kanker. (11)

België heeft geen officiële data over de prevalentie van somatische of psychische aandoeningen van de gevangenispopulatie. (3) Heel wat infectieuze ziekten zoals HIV, Hepatitis B en C en tuberculose komen veel meer voor in de gevangenis dan in de doorsnee maatschappij. De prevalentie van HIV in gevangenissen is zeer variabel, zo kon een studie in 20 landen (laag en middeninkomens landen) data voorleggen die een prevalentie van meer dan 10% aantonen. (4p23, 21) TBC is 16 keer frequenter, HIV 5 keer en Hepatitis C 7 keer dan in de doorsnee maatschappij. (3, 4p23)

Gezien deze pathologieën meer voorkomen in vergelijking met de algemene populatie geeft dit aanleiding tot bijzondere noden op gebied van gezondheidszorg. Dit vergt bijzondere maatregelen voor behandeling en preventie.

-**Redenen voor veelvuldig raadplegen**

Zoals reeds eerder aangehaald consulteren in België en Frankrijk dagelijks 10% van de gevangenen de huisarts. (5, 20) In een Ierse studie over 11 gevangenissen stelde men vast dat het aantal patiënten per consultatieuur afhankelijk van de instelling varieerde van gemiddeld 3.7 tot 18.7 patiënten per uur. (17) De meest waarschijnlijke uitleg hiervoor het veelvuldig raadplegen is dat de gevangenen op die manier een kans zien om eens uit hun cel te zijn, bijkomend is er de gezondheidsstatus van de patiënt (psychisch/infectieus/... zoals verder besproken) en anderzijds hebben gevangenen niet zomaar toegang tot over-the-counter medicatie en consulteren ze vaker voor mineure aandoeningen. Daarnaast wordt verwacht van de gedetineerden dat ze naar de arts gaan voor tal van administratieve procedures (onderzoek bij opname, vraag naar solo cel, goedkeuring voor sport/arbeid/...), dit omvat 22% van de consultaties. Er doen zich tevens psychische gezondheidsproblemen voor gerelateerd aan de moeilijkheden van het leven in de gevangenis. Gevangenschap op zich verhoogt de vraag naar medische zorgen: vraag naar psychoactieve medicatie, slaapproblemen en stress. Naast de psychische problematiek en de administratieve procedures zijn de voornaamste redenen voor een consult: respiratoire problemen (12.8%), gastrointestinale problemen (12.5%), musculoskeletale aandoeningen (12%) en huidproblemen (7%). (5)

Een andere studie in 5 Belgische gevangenissen wijst op het belang van sociale factoren die het hulpzoekend gedrag bepalen. Enerzijds hebben gevangenen een negatieve perceptie van gevangenschap waardoor hun hulpzoekend gedrag toeneemt. Daarnaast gebruiken ze hun recht op gezondheidszorg om een vorm van controle te kunnen genereren op hun leven. Ze hebben ook geen echte alternatieven voor gezondheidszorg, dus gaan ze steeds voor hun problemen naar de gevangenisarts. De gevangenisarts heeft ook een zekere controle over de gedetineerde zijn of haar leven, wat wantrouwen creëert. (20) Hij kan indien nodig beslissingen nemen naar dieet toe, type schoenen, verdere medische zorgen, enz. In de conclusie wordt gesteld dat het aanbeveling verdient om te begrijpen wat de gevangenen werkelijk zoeken in hun vragen. De therapeutische rol en veiligheidsrol (fouilleren, onderzoek in isolatiecel,...) van gezondheidswerkers in de gevangenis zou beter moeten gescheiden worden, dit met het oog op de toename van het vertrouwen dat centraal staat in een therapeutische relatie tussen gezondheidswerker en gedetineerden. (20, 22)

-Faciliteiten en medisch materiaal

Een studie in elf Ierse gevangenissen ging de staat van de faciliteiten na en registreerde het aanwezige medisch materiaal. Men kwam tot de vaststelling dat verouderde gebouwen de zorgmogelijkheden kunnen limiteren. Op vlak van medisch materiaal stelden ze vast dat een oftalmoscoop en defibrilator/reanimatiepakket in alle onderzochte gevangenissen aanwezig waren. Een piek-flow meter was aanwezig in 90% van de instellingen en een autoclaaf, EKG-toestel en spirometer in 9% van de gevangenissen. (17)

-Perspectief hulpverlener

Een studie uitgevoerd in Engeland en Wales gaat het perspectief van de hulpverlener na omtrent het voorschrijfgedrag binnen de gevangenissen en waarom dit verschillend is. (16) Er wordt aangegeven dat er belangrijke diagnostische uitdagingen zijn op vlak van de psychische gezondheid. Zo heeft één op zeven gevangenen een behandelbare psychische aandoening. De prevalentie van psychose is 4% (5x vaker dan de algemene populatie), 10-12% heeft een majeure depressie (zelfmoord x6) en persoonlijkheidsstoornissen komen bij 40-70% voor. Daarnaast zijn drug en alcoholproblemen veelvoorkomend. (4p23, 16, 19, 23) Dit cijfermateriaal werd 10 jaar later (2012) geherevalueerd in een review van Fazel et al met dezelfde resultaten. (23)

Men geeft ook aan dat er een risico is op medicalisatie van sociale problemen gezien er een fijne lijn is tussen een depressieve aandoening en een begrijpelijke psychologische reactie op de veranderde omstandigheden. Zo kan de detentie op zich veel stress teweeg brengen. Men brengt vele uren in de cel door zonder toegang tot betekenisvolle activiteiten. De staat van de gevangenissen draagt ook bij,

zo is er sprake van slechte akoestiek, hitte en slechte ventilatie die spanningen en irritabiliteit kunnen opwekken. (16)

Er zou een aanzienlijke ruilhandel bestaan van voorgeschreven (en illegale) medicatie/drugs. Hier bestaan echter geen cijfers over. Het artikel stelt ook dat er een gebrek aan alternatieven is voor medicatie en dat er een grote nood is aan psychosociale behandelingen in de gevangenis die beschikbaar moeten zijn voor iedereen. (16)

-Perspectief gedetineerde

Een Engelse studie bij 37 gevangenen bestudeerde de ervaringen die ze hebben met de eerstelijnsvoorzieningen in hun gevangenis. Hierbij stelde men vast dat de percepties van de kwaliteit van de gezondheidszorg zeer verscheiden waren. Enkelen stelden dat er een goede kwaliteit was en gaven aan dat de zorgverleners veel kennis hadden en respectvol waren. Velen vonden echter de kwaliteit van de geleverde zorg laag. Men gaf aan moeilijkheden te ervaren om de arts te kunnen consulteren of medicatie te verkrijgen. Ook onvoldoende respect door de zorgverleners of problemen met de confidentialiteit vormden problemen. (18)

-**Geïnterneerden**

Bronnen die zich specifiek toespitsen op de Belgische situatie kaarten de problematiek aan dat 25% van de geïnterneerden in een penitentiaire instelling verblijft zonder toegang tot een medisch verantwoorde behandeling volgens de huidige stand van de wetenschap en vergeleken met de behandelmogelijkheden van de reguliere psychiatrische zorg. De structurele overbevolking van onze gevangenissen en het gebrek aan een regulerend karakter zorgen ervoor dat de geïnterneerden niet kunnen worden opgevangen in een geschikte therapeutische structuur. Dit heeft nefaste gevolgen voor hun welzijn en kansen op re-integratie. Op heden zijn de beschikbare financiële middelen om geïnterneerden te behandelen onvoldoende om een gelijkwaardig kwaliteitsniveau van zorg te voorzien. Daarnaast stelt men dat het aanbod aan somatische zorg voor gedetineerden de laatste jaren duidelijk verbeterd is maar men stelt vast dat de behandeling op psychiatrisch vlak voor deze populatie van niet-geïnterneerde gedetineerden ondermaats blijft. Cruciaal voor de onderzoekers is dat de gezondheidszorg en psychiatrische zorg in de gevangenis niet langer de bevoegdheid is van Justitie (federaal), maar overgeheveld wordt naar volksgezondheid met financiering door sociale zekerheid waardoor een integratie in de algemene gezondheidszorg ontstaat. Daarnaast pleiten ze voor een universitaire opleiding in de forensische psychiatrie en bijzondere aandacht voor wetenschappelijk onderzoek in dit vakgebied. Er is op heden geen enkele vorm van controle over de kwaliteit van de somatische en psychiatrische zorg in gevangenissen. Reeds verschillende keren werd België op de vingers getikt door internationale controlemechanismes zoals de Verdragsorganen en

ook door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens omwille van de opsluitingsomstandigheden van gevangenen en het gebrek aan kwaliteit van medische zorg binnen de gevangenissen. (3, 19)

Het openen van de nieuwe FPC's (forensische psychiatrische instellingen, Gent-Wondelgem, Bierbeek en Antwerpen in de toekomst) kan hier hopelijk een bijdrage leveren aan de opvang van een zeer kwetsbare groep.

Methode

Aangezien het doel van deze masterproef is om een breed overzicht te krijgen van de verschillende opinies betreffende specifieke onderwerpen rond het werken in gevangenis werd de voorkeur gegeven aan een kwalitatieve en kwantitatieve benadering. De gehanteerde methode hiervoor is een semi-gestructureerd interview.

Preonderzoeksfase

Het literatuuronderzoek leverde weinig materiaal voor het ontwerpen van een meetinstrument op. Gezien ik slechts beperkte kennis had van de bestaande werking en mogelijke problemen bij het werken in de gevangenis werd besloten om me hierin te verdiepen.

Op advies van de co-promotor had ik een gesprek bij twee artsen die tijdens hun HAIO-jaren deeltijds in de gevangenis van Gent werkten. Hierbij werden hun ervaringen uitgebreid besproken en werd nagegaan hoe de werking van de eerstelijnszorg in de gevangenis concreet in mekaar zat en wat de positieve- en negatieve aspecten van het werken in de gevangenis waren.

-Het gesprek met HAIO 1 vond plaats op 21/10/14; deze arts was werkzaam in de gevangenis van september 2009 tot augustus 2011.

- Het gesprek met HAIO 2 vond plaats op 4/11/14: deze arts was werkzaam in de gevangenis van september 2011 tot augustus 2013.

Daarnaast nam ik een belangrijk naslagwerk door: ‘De gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen’, het boek van Dr. Francis Van Mol, gewezen directeur van de dienst gezondheidszorg in het gevangeniswezen. Op 17/12/14 woonde ik tevens een lezing aan de UGent bij met hem als spreker. De titel van de lezing was ‘ Gezondheidszorg voor gevangenen: het verleden, het heden en de toekomst.

Op 30/10/14 woonde ik de maandelijkse vergadering bij in gevangenis te Gent waarbij ik mijn project voorstelde aan de vier artsen (waarvan er zowel in Gent als Beveren werken) en verpleging met als doel hun input en feedback te verkrijgen bij het voorbereiden van de vragenlijst.

De vragenlijst (cfr. bijlage 1) werd opgesteld op basis van bovenstaande gesprekken/lezing in combinatie met de bestaande literatuur (referenties 1-27) en dit in overleg met de beide promotoren.

De vragenlijst vormt een semi-gestructureerd interview op basis van stellingen met ‘ja’ of ‘neen’ antwoordmogelijkheden. Hierbij werd ruimte gelaten om het antwoord te nuanceren. Voorts waren er enkele demografische vragen.

Er werd ook een proef-interview afgelegd bij een arts werkzaam in de gevangenis, met als doel de vragen te evalueren, wijzigen en aanvullingen te maken.

Het Ethisch Comité UZAntwerpen verleende goedkeuring (cfr. Bijlage 3, registratienummer B300201524527)

Onderzoeksfase: Fase van het interview

De inclusiecriteria waren mannelijke en/of vrouwelijke (huis)artsen werkzaam als arts in een Vlaamse gevangenis.

In de tabel vindt men een overzicht van de bestaande Vlaamse gevangenissen (2015) met inbegrip van Vorst (Brussels gewest). Omdat we initieel de bereidheid van de artsen om mee te werken aan het interview en de mogelijke uitval niet kenden en om selectie te vermijden hanteerden we het principe van alfabetische volgorde van gevangenissen en werden in deze volgorde de artsen gecontacteerd. Omdat de respons uiteindelijk zeer positief bleek, werd indien een (Vlaamse) gevangenis meer dan 200 gedetineerden (en geïnterneerden) telde, telkens ook een tweede arts uit dezelfde instelling bevraagd. Initieel gebeurde de contactname via mail, maar gezien dit weinig respons opleverde werd overgeschakeld naar een telefonische aanpak waarbij gebeld werd naar de medische dienst van de gevangenis met de vraag een (huis)arts te mogen spreken.

Gevangenis	Capaciteit	Gevangenis	Capaciteit
Gevangenis van Antwerpen	439	Centrale gevangenis van Leuven en Leuven hulpgevangenis	499
Gevangenis van Beveren	312	Gevangenis van Mechelen	84
Penitentiair Complex van Brugge	608	Gevangenis van Merksplas	694
Gevangenis van Dendermonde	168	Gevangenis van Oudenaarde	132
Gevangenis van Gent	238	Gevangenis van Turnhout	192
Gevangenis van Hasselt	450	Gevangenis van Vorst	405
Gevangenis van Ieper	67	Gevangenis van Wortel	187

Tabel 1: Overzicht van alle Vlaamse gevangenissen/ N= 14 (Totale capaciteit gedetineerden: 4475). De gevangenissen van Ruislede en Hoogstraten werden niet opgenomen omdat deze een vrijer regime hebben, namelijk dat van penitentiair schoolcentrum en penitentiair landbouwcentrum.

Aan elke arts werd eerst telefonisch uitgelegd wat het doel en de methode van de studie was met de vraag om in een tweede tijd (meestal enkele dagen later) het interview af te nemen.

Na vastleggen van een afspraak werd het interview persoonlijk of telefonisch afgenomen door mezelf of de co-promotor. Pas na uitdrukkelijke toestemming van de arts (cfr. bijlage 2: informatie en toestemmingsformulier) werd het interview opgenomen op een recorder.

Analyse

Om de gegevens anoniem te verwerken werd zowel aan het antwoordformulier, de opname en het toestemmingsformulier een zelfde individueel nummer toegekend; hierbij werd het toestemmingsformulier apart gehouden. Alle opnames werden beluisterd door twee onderzoekers (AM, JM)[1]. Voor de rapportage werden de kwantitatieve antwoorden per interview in een Excel document genoteerd terwijl de kwalitatieve antwoorden gerangschikt werden per vraag. De kwalitatieve antwoorden per vraag werden geanalyseerd door gelijklopende antwoorden samen te voegen en vervolgens een samenvatting te maken van de gegevens. Deze werden vervolgens door de tweede onderzoeker (JM) geëvalueerd. Indien een deelnemer werkzaam was in meerdere gevangenissen met verschillende regimes, werden de gegeven antwoorden apart geregistreerd en gequoteerd. Discrepanties of onduidelijkheden tussen mondelinge en schriftelijke antwoordmogelijkheid werden opgelost door discussie en het herbeluisteren van de opname achteraf. In een volgende fase werd elke geïnterviewde arts gemaild met de vraag de antwoorden na te kijken en indien er sprake was van een andere interpretatie ons te contacteren om dit recht te zetten. Zodoende verkregen we goede gegevens voor verdere analyse.

[1] AM: Anneleen Miclotte; JM: Jan Matthys

Resultaten

Via mail en telefoon werden 18 artsen bereikt. Vier artsen waren tewerkgesteld in meerdere gevangenissen. Zodoende werden 22 resultaten verkregen. Het interview kon persoonlijk plaatsvinden bij 8 artsen (AM (N=8)) en bij 10 artsen werd het interview telefonisch afgenomen (AM (N=2); JM (N=8))[2]. Het werd toegestaan het interview op te nemen bij 17 van de ondervraagden. Het niet-opgenomen interview bestond uit kwantitatieve data, welke ter controle naar de arts gemaild werd en vervolgens bijgevoegd werd bij de data.

Demografische gegevens

De gemiddelde leeftijd van de responders was 53,9 jaar. Hiervan waren 2 vrouwen en 15 mannen. Tot 70% van de artsen was ouder dan vijftig jaar en zeven artsen waren zestig jaar of ouder.

De meerderheid van de artsen werkt in een solo huisartspraktijk (N= 11), twee artsen werken in een groepspraktijk en drie in een duopraktijk. Nog een andere arts is tevens werkzaam als verzekeringsarts. Twee artsen combineren hun werk met arbeidsgeneeskunde of sportgeneeskunde.

Eén responder wenste liever niet dat de demografische gegevens zou vrijgegeven worden in de studie.

Resultaten gesloten vragen

Gezien enkele de antwoorden verschillend konden zijn per gevangenis worden de resultaten opgelijst volgens de bereikte gevangenissen (n=22).

Vragenlijst	JA	NEEN	Geen mening /andere
1) De tijdsdruk bij de consultvoering is groter, kleiner of gelijk aan deze van een (huis)artspraktijk.	Groter 14	Kleiner 3	Gelijk aan 5
2) Er bestaat een systeem van triage dat werkt.	3	19	
3) Het samen consulteren met arts en verpleegkundige is altijd wenselijk.	9	13	
4) De mogelijkheid om de patiënt alleen te zien is soms zinvol.	21	1	
5) Ik heb als arts voldoende basisopleiding om te werken in deze setting.	14	8	
6) Er is gezamenlijk overleg tussen de verschillende disciplines (arts/verpleging/psychiater).	19	3	
7) Er bestaat mogelijkheid tot bijscholing/nascholingen over relevante onderwerpen.	12	8	2
8) De middelen/mogelijkheden voor anamnese zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis.	17	5	
9) Er zijn voldoende tolkmogelijkheden beschikbaar.	7	15	
10) De middelen/mogelijkheden om de patiënt klinisch te onderzoeken zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis.	20	2	

[2] AM: Anneleen Miclotte; JM: Jan Matthys

11) De middelen/mogelijkheden voor diagnostiek zijn aanvaardbaar in vergelijking met een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis.	19	3	
12) De middelen/mogelijkheden voor niet-medicamenteuze therapie zijn aanvaardbaar in vergelijking met deze van een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis	12	10	
13) De middelen/mogelijkheden voor medicamenteuze therapie zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis.	15	7	
14) De gevangenen hebben voldoende toegang tot psychiatrische zorg.	11	11	
15) De gevangenen hebben voldoende toegang tot psychische zorg.	7	15	
16) De wachtlijsten bij verwijzing zijn aanvaardbaar.	7	15	
17) Het EMD (epicure) is even gebruiksvriendelijk als het EMD-programma in de huisartspraktijk.	3	19	
18) Kent U de status van een gevangene (geïnterneerd versus gedetineerd)?	4	8	10 soms
19) De omstandigheden waarin de gevangenen leven dragen extra bij tot de vraag naar gezondheidszorg.	20	2	
20) Aan randvoorwaarden veiligheid, verloning, beschikbaarheidsvergoeding is voldaan. Veiligheid	16	4	2: doorgaans wel
Verloning	9	11	2: matig
Beschikbaarheidsvergoeding	2	16	4: hoeft niet
21) Er zijn voldoende (financiële) middelen voor gezondheidszorg in de gevangenis.	5	17	
22) De kwaliteit van gezondheidszorg in de gevangenis heeft hetzelfde niveau als buiten.	11	11	
23) Een arts heeft een mogelijke signaalfunctie/adviesfunctie naar het gerecht toe in verband met veiligheid.	7	15	
24) Zijn er minimale standaarden en doelen voor bepaalde groepen (vrouwen, juvenielen, ouderen, psychosen…)	5	17	
25)Er zijn voldoende standaarden (Hep C/preventie delier/benzodiazepinegebruik/fixatie)	13	5	4: niet gekend
26) Er wordt gebruikgemaakt van preventiestrategieën -zoals screeningsinstrumenten voor vb suicide.	6	16	

Tabel 2: resultaten gesloten vragen

Met betrekking tot de consultvoering zijn anamnese, klinisch onderzoek, diagnostiek en therapie vergelijkbaar met de huisartspraktijk. De mogelijkheid om de gedetineerde alleen te kunnen spreken wordt door de meerderheid aangegeven als zinvol. De hogere tijdsdruk, het gebruiksonvriendelijk EMD, onvoldoende tolkmogelijkheden en lange wachttijden bij verwijzing zijn verschilpunten. De toegang tot psychiatrische zorg is voor de helft van de ondervraagden voldoende, daar waar de toegang tot psychische zorgverlening niet volstaat voor 68%. Een minderheid van de artsen zegt steeds de status van de gevangene te kennen, terwijl de overige artsen dit soms of helemaal niet weten. De omstandigheden waarin de gevangenen leven dragen volgens de meerderheid van de artsen extra bij tot de vraag naar gezondheidszorg.

Kwalitatieve aspecten

Alle artsen kregen de mogelijkheid om per vraag hun antwoord te nuanceren indien ze dit wensten. De belangrijkste gegevens worden hieronder weergegeven

Algemeen

<u>Vraag 1:</u> De tijdsdruk bij consultvoering is groter, kleiner of gelijk aan deze van de huisartspraktijk.

De tijdsdruk/werkdruk is voor de meeste artsen zeer hoog, zo gaven tenminste twee artsen aan dat ze vaak dertig patiënten dienen te zien in een tijdspanne van twee uur. Anderzijds geven artsen soms aan dat een aantal problemen snel opgelost zijn, o.a. de administratieve en allerlei praktische zaken (tandartsaanvraag, medicatievoorschrift).

<u>Vraag 2</u>: Er bestaat een functioneel systeem van triage.

Aangezien gevangenen veelvuldig consulteren wordt aangegeven dat het afwezig zijn van enige vorm van triage vaak negatief werkt. De reden waarom gevangenen vaak consulteren is dat een belangrijk aantal immers al blij is van eens uit de cel te kunnen. Zelden gebeurt er triage bv door een verpleegkundige/of soms door de PB (Penitentiaire Beambte), maar dit is eerder persoons- en situatiegebonden. Het organiseren van een triage legt een grote verantwoordelijkheid bij de directie/PB/verpleging, die hier vaak niet echt voor open staat. Een triage is immers in strijd met de wet op de rechten van de gedetineerden. Gevangenen kunnen ook de opgegeven reden voor een consultaanvraag verdraaien, wat een solied triage-systeem bemoeilijkt

<u>Vraag 3:</u> Het samen consulteren met arts en verpleegkundige is altijd wenselijk.

Meestal is er tijdens de consultaties een verpleegkundige actief betrokken (uitzonderlijk en in geval de veiligheid primeert, ook een cipier). De meeste respondenten geven aan dat de aanwezigheid van de verpleging grote meerwaarde heeft naar efficiëntie en adviesfunctie toe, maar niet steeds noodzakelijk is. Sommigen vinden dat het zelfs nuttig kan zijn een getuige in de buurt te hebben bijvoorbeeld omdat een aantal gedetineerden manipulatief kunnen zijn en soms een klacht durven indienen tegen de arts.

<u>Vraag 4:</u> De mogelijkheid om de patiënt alleen te zien is soms zinvol.

De patiënt alleen zien - zonder verpleging of bewaking- is in de meeste gevangenissen mogelijk maar gebeurt eerder zelden: bv. op vraag van de patiënt o.a. voor delicatere problemen zoals het intiem onderzoek of omwille van religieuze redenen ed. De patiënt alleen zien of oproepen gebeurt in enkele instellingen op initiatief van de arts bijvoorbeeld in geval van uitingen van depressie, suïcidale ideaties, stress slapeloosheid… door de patiënt. In sommige centra is het structureel moeilijk de patiënt alleen te zien (geen apart lokaal hiervoor) waardoor de verpleegkundige het lokaal moet verlaten hetgeen soms tot opmerkingen kan leiden naar de leidinggevenden toe. Enkele instellingen hebben duidelijke afspraken rond het alleen consulteren. Artsen die sommige gedetineerden alleen

zien zonder dat verpleegkundigen in de buurt zijn, ervaren dit als een meerwaarde voor de vertrouwensfunctie.

Vraag 5: Ik heb als arts voldoende basisopleiding om te werken in deze setting.

De basisopleiding huisartsgeneeskunde is voor de meeste ondervraagde artsen voldoende om te kunnen werken in de gevangenis. Enkele respondenten volgen de gedachtegang dat men al doende bijleert. Voor een beginnende arts zou een supplementaire opleiding omtrent agressie, manipulatie, drugsbeleid, infectieuze pathologie (TBC, SOA) en forensische psychiatrie wenselijk zijn. Sommigen vinden een gevangenisstage onontbeerlijk. Voor een aantal stageplaatsen is dit zelfs mogelijk tijdens de laatste twee jaar van de basisopleiding.

Vraag 6: Er is gezamenlijk overleg tussen de verschillende disciplines (arts/verpleegkundige/ psychiater).

De meeste respondenten geven aan dat er overleg is tussen de verschillende disciplines: hiermee wordt vooral het overleg en de betrokkenheid van de verpleging bedoeld. Met de verpleegkundigen is er over het algemeen een goed overleg mogelijk, met de psychiaters weinig tot niet. Doorgaans zijn de contacten met psychiater beperkt tot EMD notities, mail- of telefonisch overleg. Enkelingen spreken van een gepland overlegmoment (op initiatief van de huisartsen).

Vraag 7: Er bestaat mogelijkheid tot bijscholing of nascholingen over relevante onderwerpen.

De bijscholingsmogelijkheden zijn wegens budgettaire redenen zeer beperkt en zouden veel beter kunnen, zoals in het verleden het geval was. De bijscholingen zijn enerzijds nuttig omwille van de inhoud, anderzijds biedt dit ook de mogelijkheid om met collega-gevangenisartsen te reflecteren en o.a. casuïstiek te bespreken. De bestaande bijscholingsmogelijkheden zijn echter vaak overdag in Brussel of Antwerpen, wat het voor artsen met een solopraktijk moeilijk maakt deze bij te wonen. De sporadische bijscholingen worden door de artsen die dit volgden wel meestal sterk geapprecieerd.

Anamnese

Vraag 8: De middelen of mogelijkheden voor anamnese zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis.

Wegens de tijdsdruk is de anamnese meestal zeer beperkt. De gedetineerde geeft ook niet steeds de juiste informatie waardoor de vertrouwensrelatie niet optimaal is. Voor zover de arts meermaals per week in de gevangenis komt, kan het een voordeel zijn om de patiënt terug op te roepen om op een rustiger moment te herevalueren.

<u>Vraag 9</u>: Er zijn voldoende tolkmogelijkheden beschikbaar.

Indien de arts de taal van de gedetineerde niet machtig is ontstaan er vaak communicatieproblemen tijdens het consult. Bij navraag werd duidelijk dat mogelijke opties om te communiceren met de gevangene de volgende zijn:

- Medegedetineerde vragen om als tolk op te treden.
- Als arts of verpleegkundige zelf een bijkomende taal leren. (bv Spaans, ..)
- Online vertaling opzoeken (voor zover internet beschikbaar is op de pc).

De meeste respondenten geven aan dat het tolken doorgaans door een medegevangene gebeurt met invloed op de privacy van hetgeen aan bod komt.

De bestaande middelen om een tolk in te schakelen (Babel) zijn ofwel zeer omslachtig ofwel niet toegelaten.

Klinisch onderzoek

<u>Vraag 10:</u> De middelen of mogelijkheden om de patiënt klinisch te onderzoeken zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis.

Enerzijds gaven enkele respondenten aan dat ze op vlak van materiaal niet te klagen hebben en dat het klinisch onderzoek vlot verloopt. Anderen vermelden dat het materiaal beperkt is en dat gebroken materiaal laattijdig vervangen wordt.

Diagnostiek

<u>Vraag 11:</u> De middelen of mogelijkheden voor diagnostiek zijn aanvaardbaar in vergelijking met een huisarts/ geneeskunde buiten de gevangenis.

De diagnostische mogelijkheden zijn voor de meest artsen wel aanvaardbaar. Een RX is onder meer in een aantal gevangenissen (bv. arresthuizen) aanwezig, dit ter detectie van TBC. Deze opnames worden dan online doorgestuurd en geprotocolleerd door de radioloog van een nabije kliniek. Enkele toestellen (EKG, spirometrie) zijn niet of onvoldoende beschikbaar in sommige gevangenissen. Laboratoriumonderzoeken zijn geen probleem. Het is echter wel omslachtig om een patiënt te verwijzen voor onderzoeken, wat maakt dat de drempel voor verwijzing hoog ligt.

Therapie

<u>Vraag 12:</u> De middelen of mogelijkheden voor niet-medicamenteuze therapie zijn aanvaardbaar in vergelijking met deze van een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis.

Wegens budgettaire restricties en veiligheidsredenen heeft men veel minder mogelijkheden tot niet-medicamenteuze therapie in vergelijking met de huisartspraktijk. De mogelijkheden die aanwezig zijn (bv. kinesitherapie, fitnesstraining onder begeleiding, podologie) zijn voor de meeste respondenten aanvaardbaar. Men kaart echter aan dat de vraag of nood hoger ligt dan het aanbod waardoor wachtlijsten onaanvaardbaar lang kunnen zijn (bv. 1 kinesist op 500 gedetineerden). De respondenten zijn eerder terughoudend of streng om dit voor te schrijven om misbruik te voorkomen en de wachtlijsten binnen de perken te houden. Men geeft ook aan dat sommige gevangenen buiten de gevangenis geen gebruik maken van deze mogelijkheden terwijl ze bij detentie soms veeleisend kunnen zijn.

<u>Vraag 13:</u> De middelen/mogelijkheden voor medicamenteuze therapie zijn gelijkwaardig aan deze van een huisarts/geneeskunde buiten de gevangenis.

In de gevangenis schrijven artsen medicatie volgens een vooropgesteld formularium voor (Epicure). Indien uitdrukkelijk aangevraagd, kan de arts via de hoofdgeneesheer van het Gewest toestemming verkrijgen voor andere medicatie. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat dit formularium gelijkwaardig is met de huisartspraktijk. Vier artsen beklemtonen dat het formularium te beperkt is en voornamelijk oudere medicatie bevat. Aangezien toestemming moet gevraagd worden voor sommige specialiteiten, gebeurt dit enkel in omstandigheden (welbepaalde aandoeningen) waarbij dit specifiek nodig is. Daarnaast zijn veel OTC-producten, zoals zalven en laxantia tegenwoordig op kosten van de gedetineerde, die dit meestal niet kan betalen.

<u>Vraag 14:</u> De gevangenen hebben voldoende toegang tot psychiatrische zorg.

In een aantal gevangenissen blijkt een duidelijk tekort aan psychiaters waardoor een wachtlijst ontstaat en de tijd voor een consult beperkt is. De wachttijden zijn sterk verschillend van gevangenis tot gevangenis. Dit heeft enerzijds te maken met de vraag, anderzijds met de tijd dat de psychiater ter beschikking is. In bepaalde gevangenissen komt de psychiater bijna dagelijks, terwijl in andere gevangenissen tweemaal per week consultaties mogelijk zijn en in nog andere centra komt de psychiaters slechts eenmaal per 2 à 3 weken.

Veel gedetineerden maken gebruik van de consultaties bij de psychiater dit in de hoop veelgebruikte psychofarmaca zoals benzodiazepines of antipsychotica te verkrijgen. Wanneer de psychiater weinig toegeeflijk is op dat vlak, zou het aantal consulten eerder beperkt blijven.

Enkele respondenten gaven aan dat een psychiatrische permanentie wenselijk zou zijn aangezien geïnterneerden (en gedetineerden) vaak lijden aan ernstige psychopathologische stoornissen waar de huisarts niet voor opgeleid is.

<u>Vraag 15:</u> De gevangenen hebben voldoende toegang tot psychische zorg.

De toegang tot psychische zorg is meestal afwezig en wordt in meer dan de helft van de gevallen bestempeld als “een ramp”. Men stelt dat psychologische opvang noodzakelijk is maar doorgaans niet gebeurt. Om een gevangene op een afdeling van een CGG (bv. Bij suïcide ideatie) te krijgen is er een wachtlijst van 2 tot 3 maand.

De meeste respondenten verwezen hiervoor naar de psychosociale dienst (PSD). Dit is echter weinig toegankelijk en de geboden zorg is zeer beperkt. De psychologen werkzaam op de PSD houden zich voornamelijk bezig met het schetsen van het profiel van de gevangene naar de directie in verband met zijn/haar werk, behuizing en (vervroegde) vrijlating. Hierdoor is er bijna automatisch een probleem met de vertrouwensrelatie met de patiënt .

Enkele respondenten nemen op een rustig moment zelf de tijd om psychische zorg te bieden en in sommige gevangenissen komt een psycholoog losstaand van de psychosociale dienst.

Verwijzing

<u>Vraag 16:</u> De wachtlijsten bij verwijzing zijn aanvaardbaar.

Wanneer gevangenen nood hebben aan specialistische zorg worden ze verwezen naar één van de medische centra die hiervoor instaan (vooral het medisch centrum Brugge, als kliniek binnen de gevangenis). Voor spoedvereisende zaken worden de gevangenen naar een lokaal ziekenhuis gebracht. In sommige gevallen worden deze perifere ziekenhuizen ook gebruikt voor niet-dringende pathologie.

Instellingen die verbonden zijn met een medisch centrum kunnen met hun gevangenen doorgaans snel terecht. Uitzonderlijk gaven enkele respondenten aan dat de wachttijden bij verwijzing vergelijkbaar zijn met de huisartspraktijk. De meerderheid van de respondenten gaf echter aan dat

de wachttijden onaanvaardbaar lang zijn (tot 3 à 4 maand voor bepaalde disciplines). Een medebepalende factor bij verwijzing is de beschikbaarheid van de penitentiair beambten om de gedetineerde te transporteren naar het medisch centrum. De beschikbaarheid van het veiligheidkorps is vaak niet optimaal zijn (onvoldoende personeel, ziekte, stakingen) waardoor het transport niet steeds kan plaatsvinden en afspraken steeds verder uitgesteld worden. Dit maakt ook dat de drempel tot verwijzing een stuk hoger ligt dan in de huisartspraktijk.

Er wordt opgemerkt dat veel gedetineerden graag gebruikmaken van de tandzorg/specialistische zorg tijdens detentie omdat dit gratis is, terwijl buiten de gevangenis vaak weinig bekommernis bestaat over gezondheid en gebit.

<u>Vraag 17:</u> Het EMD (epicure) is even gebruiksvriendelijk als het EMD-programma in de huisartspraktijk.

Het huidig programma is onderhevig aan veel restricties waardoor het ongebruiksvriendelijk en weinig overzichtelijk is. Er is op heden geen integratie van ziekenhuis- of labverslaggeving met het risico dat belangrijke zaken verloren gaan. In de nabije toekomst zou echter een ander programma gekozen worden.

<u>Vraag 18</u> Kent U de status van een gevangene (geïnterneerd versus gedetineerd)?

De status van een patiënt is niet algemeen gekend. Artsen weten dit enkel wanneer de patiënt, de verpleging (via de griffie bevraagd) of de psychiater dit meedeelt. Soms is dit af te leiden uit het paviljoen waar de patiënt verblijft. Dit wordt niet systematisch doorgegeven of genoteerd in het EMD.

De kennis over de status van de patiënt vinden de meeste artsen zinvol precies omdat geïnterneerden soms kunnen zorgen voor een bemoeilijkt diagnostisch proces.

<u>Vraag 19</u>: De omstandigheden waarin de gevangenen leven dragen extra bij tot de vraag naar gezondheidszorg.

De omstandigheden waarin de gevangenen leven dragen extra tot de vraag naar gezondheidszorg. De bijdragende factoren volgens de respondenten zijn:

- Overbevolking, kleine cellen, weinig mogelijkheden om de cel te verlaten
- Infectieuze ziekten verspreiden snel: virale infecties, scabiës, schimmels, ...

- Slaapproblemen, constipatie
- Psychische problemen en psychosomatiek: angsten, nervositas, stress
- OTC producten zijn niet vrij verkrijgbaar – voor kleinste zaken moeten ze tot bij de arts komen
- Tijdverdrijf, halve dag niet moeten werken
- Kosteloze gezondheidszorg

De overbevolking werd door de meeste respondenten aangehaald als dé belangrijkste oorzaak. Men merkt op dat eens de overbevolking weggewerkt is, het aantal consulten zal dalen.

Enkele respondenten merken tevens op dat de gevangenen op vlak van gezondheidsvoorzieningen betere toegang hebben binnen dan buiten de gevangenis. Een groot aandeel van de gevangenen werd voor hun opname weinig of niet opgevolgd. Eenmaal in de gevangenis kunnen belangrijke gezondheidsproblemen soms wel aangepakt worden (bv. hypertensie, astma, COPD, diabetes…).

Randvoorwaarden

<u>Vraag 20:</u> Aan randvoorwaarden veiligheid, verloning, beschikbaarheidvergoeding is voldaan.

- Veiligheid

De veiligheid is doorgaans gewaarborgd maar laat soms te wensen over en dit voornamelijk tijdens het weekend wanneer minder personeel aanwezig is.

- Verloning

De antwoorden van de respondenten omtrent de verloning zijn verdeeld (cfr. tabel 2). De arts verdient minder dan in de huisartspraktijk, de verloning kan 3 à 4 maanden op zich laten wachten en overuren worden bijvoorbeeld niet vergoed. De lage verloning en beperkte financiële middelen kan een reden zijn dat sommige artsen gestopt zijn als gevangenisarts.

De respondenten die de verloning voldoende vinden stellen dat de vergoeding voor het geleverde werk vooraf wel gekend is. De uurverloning wordt door sommigen als te laag bevonden maar extra prestaties worden doorgaans wel apart getarificeerd.

- Beschikbaarheidvergoeding

Sedert een drietal jaar krijgen gevangenisartsen geen beschikbaarheidsvergoeding meer om van wacht te zijn en worden ze enkel voor een oproep vergoed. Het gevolg hiervan is dat men ook niet van de arts kan vragen om beschikbaar/vlot bereikbaar te zijn. Indien onbereikbaar wordt een

huisarts van buiten de gevangenis opgeroepen. Deze kan soms weinig hulp vestrekken aangezien de patiënt toch meestal tot de volgende dag moet wachten op medicatie tenzij de arts van wacht de noodmedicatie bij zich heeft.

Enkele jaren terug werd de beschikbaarheidvergoeding afgeschaft wegens besparingen. De meeste respondenten vinden dat een dergelijke vergoeding wel noodzakelijk is. Enkelen merken op dat indien een vergoeding zou gegeven worden, dat deze eenduidiger zou moeten zijn. Een beschikbaarheidvergoeding per gedetineerde/uur/jaar zou wenselijk zijn.

<u>Vraag 21:</u> Er zijn voldoende (financiële) middelen voor gezondheidszorg in de gevangenis.

De (financiële) middelen voor gezondheidszorg zijn volgens de meerderheid van de respondenten onvoldoende en beperkter dan vroeger. Er zijn:

- Te weinig bijscholingen/projecten.
- Het eerder beperkt formularium.
- Te weinig psychologische hulpverlening/kinesitherapie.
- De te lage verloning van de artsen.
- Gevangenen die zelf bepaalde medicatie moeten financieren.

<u>Vraag 22:</u> De kwaliteit van gezondheidszorg in de gevangenis heeft hetzelfde niveau als buiten.

Dezelfde kwaliteit wordt nagestreefd, maar het is wat 'primitiever'. De gezondheidszorg binnen de gevangenis is niet ondermaats, maar zit niet op hetzelfde niveau als erbuiten. De kwaliteit wordt bepaald door de tijdsdruk, de populatie (die buiten de gevangenis weinig belang hecht aan zorg), een bemoeilijkte vertrouwensrelatie en de communicatieve moeilijkheden. Hierdoor is het moeilijker om aan goede geneeskunde te doen.

<u>Vraag 23:</u> Een arts heeft een mogelijke signaalfunctie/adviesfunctie naar het gerecht toe in verband met veiligheid. Nut?

De meerderheid van de respondenten vindt dat dit niet hun taak is, en dat dit wegens de zorgrelatie en het beroepsgeheim beter overgelaten wordt aan de expertpsychiaters en de psychosociale dienst. Het is ook een grote verantwoordelijkheid en vaak kent men de patiënten onvoldoende. Een deel geeft aan dat dit wel nuttig zou kunnen zijn en informeel eventueel zou moeten kunnen, dit bij voorkeur enkel in positieve zin.

<u>Vraag 24:</u> Zijn er minimale standaarden en doelen voor bepaalde groepen (vrouwen, juvenielen, ouderen, psychosen…)

Er zijn geen standaarden voor specifieke groepen tenzij de artsen zelf richtlijnen opgesteld hebben. De algemene richtlijnen die door huisartsen gevolgd worden (bv. domus medica) kunnen in principe ook in de gevangenis toegepast worden maar zijn niet steeds op te vragen wegens de soms gebrekkige internettoegang. Het zou een meerwaarde zijn indien er een algemeen beleid opgesteld wordt over de verschillende gevangenissen. Ondanks inspanningen hiertoe, stelt men vast dat het medicatiebeleid (vnl. benzodiazepinebeleid) zeer verschillend kan zijn van gevangenis tot gevangenis.

<u>Vraag 25</u>: Er zijn voldoende standaarden (Hepatitis C/preventie delier/benzodiazepinegebruik/fixatie).

De bestaande standaarden die werden opgesomd zijn TBC, screening hepatitis B/C, scabies en methadonsubstitutie. Deze standaarden zijn niet bij alle artsen gekend en er werd voornamelijk gehamerd op een uniform toegepast benzodiazepinebeleid.

<u>Vraag 26:</u> Er wordt gebruikgemaakt van preventiestrategieën -zoals screeningsinstrumenten voor bv. suïcide.

Naar suïcide toe wordt niet systematisch gescreend (hiervoor bestaat geen instrument/vragenlijst), tenzij dit gebeurt op persoonlijk initiatief van de betrokken arts. In sommige gevangenissen bestaat een zelfmoordpreventieteam (ZMP-team). Hierbij worden onder andere cipiers en verpleegkundigen gesensibiliseerd om suïcidegevaar op te merken en te signaleren en dit meestal na een concreet voorval. Artsen wijzen voor preventiestrategieën naar de psychosociale dienst (PSD) en geven aan van onvoldoende tijd te hebben om aan preventie te doen. Men gaf ook de opmerking dat wanneer een patiënt aangeeft suïcidaal te zijn, de veiligheidscel hier de enige praktische oplossing voor is.

<u>Vraag 27:</u> Er wordt gebruikgemaakt van ontslag/rehabilitatieprogramma's

Het medisch dossier wordt enkel op vraag van de vertrouwenspersoon (arts of advocaat) overgemaakt bij ontslag. In bepaalde regio's proberen de artsen methadongebruikers actief op te volgen na ontslag en te verwijzen naar de centra hiervoor. In een centrum is er een arts die op eigen initiatief pedofielendossiers opvolgt. Voor verdere regelingen omtrent het ontslag verwijst men naar de PSD die hiervoor moet instaan (meezoeken naar werk, behuizing edm.). Dit loopt echter vaak moeizaam. Zo kunnen ontslagprogramma's soms gebeuren op vraag van het gerecht als voorwaarde voor vrijlating (bv Antabuse verplichten).

<u>Vraag 28:</u> Mechanische fixatie is enkel nodig in acute situaties (maximaal enkele dagen) om schade aan anderen en zichzelf te voorkomen of om een psychiatrische behandeling te kunnen opstarten.

Mechanische fixatie wordt in bepaalde gevangenissen niet toegepast. Elders wordt dit slechts zeer uitzonderlijk gebruikt wordt en in tijd beperkt (minder dan 1 dag tot maximum 3 dagen). Niemand is hier echt voorstander van en men is zeer terughoudend om dit toe te passen. In sommige gevangenissen wordt dit enkel toegepast ter bescherming van het individu (voor gevaar aan anderen bestaat isolatie). In zeldzame gevallen worden gedetineerden gefixeerd in kader van een tuchtprocedure (aangevraagd door de directie) maar men gaf aan hier als arts niet achter te staan. De beslissing tot mechanische fixatie gebeurt meestal na advies van psychiater en meestal in overleg met directie.

<u>Vraag 29:</u> We beschikken over voldoende statistieken over jaarlijkse suïcides/onbepaalde overlijdens/infecties (Tuberculose, HIV,Hepatitis C)?

Aan de gevangenisartsen wordt soms gevraagd specifieke data over bv. infecties of overleden patiënten te registreren. De artsen hebben geen weet van eventuele statistieken of hebben deze niet ter beschikking.

<u>Vraag 30:</u> De gevangenissen zouden meer researchvriendelijk kunnen worden?

Onderzoek voeren binnen de gevangenis is niet evident. Dit zou kunnen indien er meer middelen voorhanden zouden zijn. Bijkomende administratie of registraties zien de artsen echter niet zitten. Vroeger liepen een aantal projecten in de gevangenis, maar doorgaans enkel indien dit ook een voordeel kon opleveren voor de gevangenis (bv. Gezondere/betere voeding voor hetzelfde budget).

Discussie

Dit is de eerste studie die de meningen over de kwaliteit van het werk als gevangenisarts in België bestudeert. Dit onderzoek toont aan dat de klassieke onderdelen van een huisarts consult (anamnese, het klinisch onderzoek, diagnostiek en therapie) in principe vergelijkbaar zijn met de gewone huisartspraktijk. De hogere patiëntenaantallen (tijdsdruk), het gebruiksonvriendelijk EMD, onvoldoende tolkmogelijkheden en lange wachttijden bij verwijzing vormen vaak een extra belasting. In de meerderheid van de gevangenissen is geen triage aanwezig. De mogelijkheid om de patiënt alleen te zien wordt door de meerderheid aanzien als zinvol. De toegang tot psychiatrische zorg is voor de helft van de ondervraagden voldoende, daar waar de toegang tot psychische zorgverlening doorgaans niet zou volstaan. Een minderheid van de artsen geeft aan de voorgeschiedenis (status) van de gevangene te kennen, en dit kan problemen geven bij de zorg. De financiële middelen voor de gezondheidszorg in de gevangenis wordt doorgaans ervaren als te beperkt en men geeft aan dat de omstandigheden waarin men leeft extra kunnen bijdragen tot de vraag naar gezondheidszorg.

Uit het kwalitatief deel komt naar voor dat er zich een aantal logistieke problemen voordoen die aan de basis liggen van de problemen in onze Vlaamse gevangenissen. De tijdsdruk ligt doorgaans te hoog. Het afwezig zijn van triage wordt gezien als een minpunt en de mogelijkheid om de patiënt alleen te zien wordt eerder uitzonderlijk toegepast. De overbevolking is volgens sommige respondenten één van de belangrijkste onderliggende factoren die de vraag naar gezondheidszorg in de hand werkt.

De algemene indruk die ontstaat is dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in de gevangenis primitief is in vergelijking met de gewone huisartspraktijk. De financiële middelen voor de gezondheidszorg in de gevangenis zijn beperkt. Er is geen beschikbaarheidsvergoeding, slechts beperkte bijscholingsmogelijkheden, er zijn beperkingen op voorschrijfgedrag (formularium), een ongebruiksvriendelijk EMD en onvoldoende psychische en psychiatrische zorgmogelijkheden. Gestructureerd overleg met andere gezondheidswerkers (in het bijzonder de psychiater) is aangewezen.

De gemiddelde leeftijd van de ondervraagde artsen is eerder hoog (54 jaar), er is een duidelijke vergrijzing op te merken: zeven ondervraagden waren ouder dan zestig jaar. Indien de ondervraagde artsen representatief zijn voor de Vlaamse gevangenisartsen is te verwachten dat binnen enkele jaren een artsentekort ontstaat in de gevangenis. De vraag stelt zich dus hoe de continuïteit van de zorg gegarandeerd kan worden indien dit gebeurt?

Het is aanbevolen dat men tracht voldoende inspanningen te leveren om nieuwe artsen aan te trekken. Afstuderende huisartsen hebben weinig of geen achtergrondinformatie omtrent het werken in de gevangenis. Een stage als HAIO zou de artsen hiervoor kunnen warm maken.

Een rechtstreeks gevolg van het basiswet gevangeniswezen is dat elke gevangene het recht heeft om dagelijks de huisarts te consulteren. Omdat er in de meerderheid van de gevangenissen geen triage gebeurt, leidt dit vaak tot overvolle agenda's. Consultaties van 30 patiënten en meer die op twee uur moeten afgewerkt zijn werden beschreven. De gemiddelde consultatieduur is dan vier minuten per patiënt waardoor de neiging tot bv. medicalisering kan toenemen. Door de aanwezigheid en hulp van een verpleegkundige kan het consult efficiënter verlopen. Patiënten consulteren ook regelmatig voor praktische zaken (22% van de consultaties) -welke niet veel tijd vragen. (5, 20) In vergelijking hiermee duur een consult in de huisartspraktijk gemiddeld vijftien minuten. (24) In de huisartspraktijk moet de patiënt uit de wachtzaal gehaald worden, jassen uitgedaan worden en is er doorgaans de betaling op einde van het consult. Kan het zijn dat - afgezien van deze voorvermelde 'rand'voorwaarden in de huisartspraktijk - deze zaken enkel met de hulp van een verpleegkundige de consultatieduur met meer dan twee derde doet dalen? Kan men een gelijkwaardige zorg bieden als in de huisartspraktijk met deze tijdsdruk?

De verpleegkundige ondersteuning wordt als een meerwaarde ervaren (naast de kennis over de patiënt en de veiligheidsaspecten), maar is dit voor de patiënt altijd gewenst? Zijn er zaken die de patiënt niet kan/wil meedelen enkel omdat hij/zij niet alleen is bij de arts? Men geeft wel aan dat doorgaans de mogelijkheid bestaat om de patiënt alleen te zien, als deze hierom vraagt. Somatische pathologie vraagt niet altijd veel tijd, maar een aanzienlijk deel van de gevangenen lijdt aan psychische of psychiatrische aandoeningen. Het lijkt dus onwaarschijnlijk dat deze patiënten voldoende kunnen gehoord en behandeld worden in deze beperkte tijdspanne.

Het gebrek aan voorzieningen voor tolkmogelijkheden is een belangrijk aspect dat goede consultvoering in het gedrang kan brengen. Men vraagt doorgaans een medegedetineerde om als tolk op te treden. Deze is echter niet gebonden aan medisch geheim waardoor enerzijds de confidentialiteit van het consult een probleem vormt (de patiënt durft misschien niet alles zeggen), anderzijds is de kwaliteit van de gegeven vertaling niet gegarandeerd waardoor sommige zaken verkeerd begrepen kunnen worden door zowel arts als patiënt. Er is nood aan een meer vertrouwelijke omgeving waarbinnen een arts-patiënt consult kan gebeuren zoals tolk-dienst wanneer nodig.

Het veelvuldig consulteren door gevangenen zou mede veroorzaakt worden door de omstandigheden waarin ze leven tijdens hun gevangenschap. Dit wordt door 91% van de ondervraagden bevestigd. Overbevolking van de gevangenissen is een belangrijk pijnpunt dat hiertoe bijdraagt. Indien dit weggewerkt wordt zou dit al een belangrijke daling van de consultatiefrequentie kunnen betekenen. De gezondheidstoestand van de gevangene is volgens sommige ondervraagden vaak beter tijdens gevangenschap omdat dan belangrijke gezondheidsproblemen kunnen aangepakt worden. Anderzijds kunnen gevangenen ongewenst blootgesteld worden aan bepaalde risicofactoren (bv. passief roken) waar ze zelf – in geval van overbevolking –weinig stappen tegen kunnen ondernemen. In de studie van Feron et al kwam naar voor dat er bij de gedetineerden een belangrijk wantrouwen bestaat dat zich ook kan uiten tegenover het medisch personeel. Zo bestaan bijvoorbeeld geen precieze gegevens over hoeveel gedetineerden al dan niet de medische dienst consulteert en wat de precieze redenen hiervoor kunnen zijn. (20)

De financiële middelen voor de medische zorg zijn volgens de grote meerderheid van de respondenten ondermaats. Men geeft aan dat dit meespeelt bij onder andere lage verloningen, beperkingen op het medisch voorschrift, tekorten bij het medisch personeel (psychologen/psychiaters) en een onoverzichtelijk EMD. Dit kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, waarbij de helft vindt dat er een kwaliteitsverschil in negatieve zin is in vergelijking met de huisartspraktijk.
Men stelt dat de gelijkwaardigheid van gezondheidszorg in de gevangenissen niet haalbaar is zonder de integratie van de gezondheidszorg en psychiatrische zorg in de algemene bevolking. Er is een sterke vraag naar overheveling van de bevoegdheden van Justitie (federaal) naar Volksgezondheid met financiering door sociale zekerheid waardoor een integratie in de algemene gezondheidszorg ontstaat. (3, 8, 10, 19)

De basisopleiding die men als huisarts genoten heeft vinden ongeveer twee artsen op drie voldoende. Voor startende artsen kan het nuttig zijn een supplementaire opleiding te voorzien (met stage) waarbij eventuele hiaten bijgeschoold worden: infectieuze pathologie (hepatitits, tbc, soa), drugsbeleid en hanteren van vaak voorkomende agressie/manipulatie in deze setting. Daarnaast zijn de bijscholingen zeer nuttig (zowel voor de leerstof als het overlegmoment met collega's), maar de hoeveelheid bijscholingen zijn eerder beperkt of moeilijk bij te wonen in combinatie met het werk in de huisartspraktijk. Budgettaire redenen zouden aan de basis liggen van het eerder beperkt aanbod. Er is een algemene vraag naar meer en bereikbare bijscholing.

Men geeft aan dat er overleg is met de andere zorgverleners. Meestal bestaat een goed overleg met verpleegkundigen hetgeen noodzakelijk is omdat deze een groot deel van de permanentie overdag uitmaken. Overlegmomenten met andere disciplines zijn schaars en dit gebeurt eerder op initiatief van de betrokken artsen. Ook zorgt de integratie van dossiergegevens na hospitalisatie in het EMD vaak voor problemen. Geplande overlegmomenten in alle gevangenissen met de verschillende disciplines kan een grote meerwaarde betekenen.

De helft van de ondervraagde artsen is van mening dat de gevangene onvoldoende toegang heeft tot psychiatrische zorg. Dit blijft een belangrijk pijnpunt in de zorg. Enerzijds is er volgens hen een tekort aan psychiaters en anderzijds bestaat een grote vraag van de gevangenen uit hetgeen aanzienlijke wachttijden veroorzaakt. De helft van de respondenten meldt echter dat de gedetineerde wel voldoende toegang heeft en dat de wachtlijsten om een psychiater te zien zelfs eerder kort. Zowel de perceptie van de huisarts als de specifieke gevangenis kunnen deze variatie verklaren.
De toegang tot psychische zorg is voor 68% van de artsen onvoldoende en wordt meer dan eens zelfs benoemd als ‘een ramp’. Voor psychische zorg verwijzen de respondenten regelmatig naar de psychologen werkzaam op Psychosociale Dienst (PSD). De PSD verleent wettelijk vooral een adviserende rol met betrekking tot de uitvoering van verschillende vrijheidsberovende straffen en maatregelen, het omkadert en begeleidt gedetineerden met het oog op het voorbereiden van hun psychosociale re-integratie en evalueert hun reclasseringsvoorstellen. Het is belangrijk te weten dat de PSD-psychologen niet gebonden zijn door het beroepsgeheim ten aanzien van hun opdrachtgevers voor alles wat binnen hun opdracht valt: deze psychologen hebben zelfs een meldingsplicht naar de directie toe. (4p38) Concreet wil dit zeggen dat de gedetineerde bij de psycholoog van de PSD terecht kan maar dat deze niet gebonden is aan het beroepsgeheim en een doorgeefluik is van informatie naar de directie toe. Dit is doorgaans niet bevordelijk voor de achterdocht die bij heel wat gedetineerden bestaat (cfr. Feron et al). (20) Hoewel in een beperkt aantal centra psychologen ingeschakeld worden bij suïcidale gedachten (het Eclipsproject vanuit de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg) lijkt er dus een nood te zijn aan psychologen die onafhankelijk van de PSD werken. In deze studie valt het op dat een aantal gevangenisartsen niet of onvoldoende op de hoogte zijn van deze situatie met betrekking tot de werking van de PSD.
Daarnaast werd het duidelijk dat slechts de minderheid van de bevraagde artsen (18%) altijd en 45% van de artsen soms op de hoogte zijn van de status waarin de gevangene zich bevindt: gedetineerd (gestraft) of geïnterneerd (ziek verklaard) . Hierbij kan men zich vragen stellen of dit niet uiterst belangrijke informatie is voor een behandelende arts gezien dergelijke patiënten een intensievere follow-up zouden kunnen vereisen. Aangezien dat – zelfs met het geleidelijk in gebruik nemen van forensische psychiatrische centra - het aantal geïnterneerden op ongeveer 10% (1000) blijft hangen,

blijft dit toch wel een zeer zorgwekkende groep. Het is bekend dat België ten aanzien van deze situatie al meermaals werd veroordeeld. (3, 8)

De helft van de ondervraagden vindt de huidige verloning voor de geleverde prestaties onvoldoende. De verloning is minder dan in de privaatpraktijk en vaak moet ook enkele maanden gewacht worden op de uitbetaling ervan. Zo vermelden de respondenten dat al meerdere artsen zouden gestopt zijn wegens de te beperkte (en afgebouwde) financiële verloning. Dit kan problematisch worden wanneer men nieuwe artsen wil aantrekken. Afstuderende artsen zijn doorgaands gebonden aan financiële verplichtingen met een nog onzeker inkomen en kunnen zich niet steeds permitteren om 3 à 4 maand te wachten op een vergoeding. Het is ook moeilijker om artsen aan te trekken die reeds werkzaam zijn in een (bloeiende) praktijk wegens de –voor sommigen- beperkte financiële incentive en de praktische regelingen die getroffen moeten worden. Een correcte verloning voor het geleverde werk, welke maandelijks vergoed wordt, zou nieuwe gevangenisartsen kunnen aantrekken.
Bovendien krijgt de meerderheid van de gevangenisartsen geen beschikbaarheidsvergoeding, waardoor ze van wacht zijn zonder hiervoor vergoed te worden. Ze stellen wel dat ze dan ook niet verplicht zijn om naar de gevangenisinstelling te gaan wanneer gebeld wordt. Dit heeft echter voor gevolg dat regelmatig de huisarts van wacht gecontacteerd wordt, die niet steeds voldoende opgeleid/voorbereid is om bepaalde pathologieën aan te pakken. Indien deze niet over voldoende medicatie beschikt moet de gevangene wachten tot de volgende ochtend om dit te kunnen verkrijgen. Dit is uiteraard geen optimale situatie voor de gezondheid van de gevangenen, waardoor een beschikbaarheidsvergoeding toch wel aan de orde zou moeten zijn.

Standaarden en doelen voor specifieke ziektebeelden zijn aanwezig doch van de artsen uit is hier weinig vraag naar naar uitbreiding met uitzondering van een uniform toegepast medicatie –en benzodiazepinebeleid over alle gevangenissen. Een studie in Engelse gevangenissen uitgevoerd door Hassan et al suggereert dat psychotrope medicatie frequent voorgeschreven wordt, en voor een bredere waaier aan indicaties dan op heden aangeraden, welke niet steeds evidence based zijn. Tot 17% van de mannen en 48% van de vrouwen kregen minstens één psychotropicum voorgeschreven (meest frequent een antidepressivum). (25) Naar preventie toe wordt de screening op TBC naar voor geschoven als voornaamste (enige?) preventieve maatregel. Men geeft aan dat andere screeningsinstrumenten niet voorhanden zijn en dat men hier gewoonweg geen tijd voor heeft. In conclusie spelen de tijdsbeperkingen weer mee bij iets dat toch een belangrijke gezondheidswinst kan betekenen. Nochtans zou het nuttig zijn om standaarden te ontwikkelen om bijvoorbeeld meer naar psychiatrische aandoeningen te screenen omdat deze informatie belangrijk is om adequate zorg

te bieden. Het niet toepassen van dergelijke zaken kan leiden tot onderdiagnostiek en onderschatting van de pathologie. Dit wordt ook bevestigd door de studie van Dressing et al. (26)

Er zijn een aantal zwakke punten in dit onderzoek te bespreken. We hebben een onderzoek gedaan bij een beperkte groep van Vlaamse huisartsen. We probeerden wel van alle instellingen een arts te bevragen. Mogelijk zijn de meningen van de niet deelnemende artsen niet helemaal in overeenstemmig met die van onze respondenten. Mogelijk kan kwantitatief onderzoek in een later stadium een nog genuanceerder beeld geven. Ook zouden we dan kunnen inzoemen op de rol van de verpleegkundige die blijkbaar een belangrijke rol speelt. Het onderzoek vond plaats in Vlaanderen. De medische zorg in gevangenissen is een federale materie en we kunnen geen uitspraken doen over de gang van zaken in het andere landsdeel. De artsen werden over bepaalde patiëntengroepen niet concreet bevraagd, zo kan men verder bevragen wat de rol van de huisarts is bij bijvoorbeeld hongerstaking, zelfmutilatie, plaatsing in veiligheidscel/strafcel, opname –en ontslagmanagement, agressie enzoverder. Ook de rol van de huisarts bij de populaties: geïnterneerden, vrouwen, jongeren, drugsverslaafden en ouderen kan verder onderzocht worden. Gezien de overheveling van de bevoegdheden voor de zorg van het Ministerie van Justitie naar Volksgezondheid een impact kan hebben is verder onderzoek hierrond aangewezen. In de Europese context is het een goed idee om eens over de grens te kijken en verder onderzoek met zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Momenteel loopt een KCE project ‘Organisatie van de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen’ (KCE 2015 50 HSR). Hierbij worden de hoofdgeneesheren van alle Belgische gevangenissen bevraagd. Mogelijk kunnen onze bevindingen hierbij gebruikt worden.

Besluit

Deze Masterproef heeft verschillende pijnpunten rond de eerstelijnsgezondheidzorg in de gevangenis vanuit het oogpunt van de artsen in kaart gebracht.

Er is ruimte voor verder onderzoek in Wallonie en Europa. Dit kan aanvullende informatie geven die Belgische beleidsmakers kan ondersteunen.

Referenties

1. FOD Justitie. Thema's en dossiers: gevangenissen [Federale Overheidsdienst Justitie]. 2015. Available from: http://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/gevangenissen/Belgische_gevangenissen/gevangenissen/.
2. FOD Justitie, Directoraat-generaal EPI Penitentiaire Inrichtingen. Statistieken & cijfers: Gevangenisbevolking: FOD economie- Statbel; 2014. Available from:http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/andere/gevangenen/.
3. Cosyns P GK. Penitentiary mental health care in Belgium. p 145-151: Ethical issues in prison psychiatry. Konrad N VB, Weisstub DN, editor: Dordrecht: Springer; 2013.
4. Van Mol F. De gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen2013. 120 p.
5. Feron JM, Paulus D, Tonglet R, Lorant V, Pestiaux D. Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. Journal of epidemiology and community health. 2005;59(8):651-5.
6. Marshall T, Simpson S, Stevens A. Use of health services by prison inmates: comparisons with the community. Journal of epidemiology and community health. 2001;55(5):364-5.
7. Cauter CV. Penitentiaire Gezondheidsdienst. - Aanstelling huisartsen. - Externe artsen. - Ziekenboegen. - Gespecialiseerde medische diensten (SV 654). 2012 [3/11/2015]. Available from: https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=qrva&language=nl&cfm=qrvaXml.cfm?legislat=53&dossierID=53-b050-670-0007-2011201205328.xml.
8. Reflectiegroep zorg en detentie. Naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. In: Volksgezondheid F, editor. België2014.
9. A/RES/45/111 GAr. Basic Principles for the Treatment of Prisoners. In: United Nations, 1990
10. European council Recommendation R(98)7 of the Committee of Ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. Comité des Ministres du Conseil de l'Europe 1998.
11. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet. 2011;377(9769):956-65.
12. Belgisch staatsblad. Wet op de patiëntenrechten: Art. 2, 1° 2002.
13. FOD Kanselarij van de Eerste Minister - Algemene Directie Externe Communicatie Gezondheidszorgen in de gevangenis. [press release]. 1/04/2004.
14. Basiswet 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden(2005).
15. Activiteitenverslag 2014 van het directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen. In: FOD Justitie, editor. 2014.
16. Bartlett A, Dholakia N, England R, Hales H, van Horn E, McGeorge T, et al. Prison prescribing practice: practitioners' perspectives on why prison is different. Int J Clin Pract. 2014;68(4):413-7.
17. Barry JM, Darker CD, Thomas DE, Allwright SP, O'Dowd T. Primary medical care in Irish prisons. BMC Health Serv Res. 2010;10:74.
18. Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R. Patients, prisoners, or people? Women prisoners' experiences of primary care in prison: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2008;58(554):630-6.
19. Advies van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde betreffende de forensische psychiatrie. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2015;71(8):561-5.
20. Feron JM, Tan LH, Pestiaux D, Lorant V. High and variable use of primary care in prison. A qualitative study to understand help-seeking behaviour. Int J Prison Health. 2008;4(3):146-55.
21. Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV, Reference Group on HIVAP, et al. HIV in prison in low-income and middle-income countries. Lancet Infect Dis. 2007;7(1):32-41.
22. Editorial: Prison health: a threat or an opportunity? Lancet. 2005;366(9479):1.
23. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry. 2012;200(5):364-73.

24. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 2002;325(7362):472.
25. Hassan L, Frisher M, Senior J, et al. A cross-sectional prevalence survey of psychotropic medication prescribing patterns in prisons in England. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014 Sep. (Health Services and Delivery Research, No. 2.33.)
26. Dressing, H. and Salize, H.-J. (2009), Pathways to psychiatric care in European prison systems. Behav. Sci. Law, 27: 801–810. doi: 10.1002/bsl.893

Bijlagen

1) Vragenlijst

ACHTERGROND

1)GESLACHT M/V

2)LEEFTIJD ….

3) TYPE PRAKTIJK SOLO/DUO/GROEP

CONSULTVOERING

ALGEMEEN

4) DE TIJDSDRUK BIJ DE CONSULTVOERING IS >, <, = DAN EEN (HUIS)ARTSPRAKTIJK >/</=

5) ER BESTAAT EEN SYSTEEM VAN TRIAGE DAT WERKT J/N

6) HET SAMEN CONSULTEREN MET ARTS EN VERPLEEGKUNDIGE IS ALTIJD WENSELIJK? J/N

7) DE MOGELIJKHEID OM DE PATIËNT ALLEEN TE ZIEN IS SOMS ZINVOL? J/N

8) IK HEB ALS ARTS VOLDOENDE BASISOPLEIDING OM TE WERKEN IN DEZE SETTING. J/N

9) ER IS GEZAMENLIJK OVERLEG TUSSEN DE VERSCHILLENDE DISCIPLINES (ARTS/VERPLEGING/PSYCHIATER) J/N

10) ER BESTAAT MOGELIJKHEID TOT BIJSCHOLING/NASCHOLINGEN OVER RELEVANTE ONDERWERPEN. J/N

ANAMNESE

11) DE MIDDELEN/MOGELIJKHEDEN VOOR ANAMNESE ZIJN GELIJKWAARDIG AAN DEZE VAN EEN HUISARTS/GENEESKUNDE BUITEN DE GEVANGENIS. J/N

12) ER ZIJN VOLDOENDE TOLKMOGELIJKHEDEN BESCHIKBAAR. J/N

KLINISCH ONDERZOEK

13) DE MIDDELEN/MOGELIJKHEDEN OM DE PATIËNT KLINISCH TE ONDERZOEKEN ZIJN GELIJKWAARDIG AAN DEZE VAN EEN HUISARTS/GENEESKUNDE BUITEN DE GEVANGENIS. J/N

DIAGNOSTIEK

14) DE MIDDELEN/MOGELIJKHEDEN VOOR DIAGNOSTIEK ZIJN AANVAARDBAAR IN VERGELIJKING MET EEN HUISARTS/GENEESKUNDE BUITEN DE GEVANGENIS. J/N

THERAPIE

15) DE MIDDELEN/MOGELIJKHEDEN VOOR NIET-MEDICAMENTEUZE THERAPIE ZIJN AANVAARDBAAR IN VERGELIJKING MET DEZE VAN EEN HUISARTS/GENEESKUNDE BUITEN DE GEVANGENIS. J/N

16) DE MIDDELEN/MOGELIJKHEDEN VOOR MEDICAMENTEUZE THERAPIE ZIJN GELIJKWAARDIG AAN DEZE VAN EEN HUISARTS/GENEESKUNDE BUITEN DE GEVANGENIS. J/N

17) DE GEVANGENEN HEBBEN VOLDOENDE TOEGANG TOT PSYCHIATRISCHE ZORG. J/N

18) DE GEVANGENEN HEBBEN VOLDOENDE TOEGANG TOT PSYCHISCHE ZORG. J/N

VERWIJZING

19) DE WACHTLIJSTEN BIJ VERWIJZING ZIJN AANVAARDBAAR. J/N

OMGAAN MET

20) HET EMD (EPICURE) IS EVEN GEBRUIKSVRIENDELIJK ALS HET EMD-PROGRAMMA IN DE HUISARTSPRAKTIJK. J/N

21) A. KENT U DE STATUS VAN EEN GEVANGENE (GEÏNTERNEERD VS GEDETINEERD)? J/N

B. IS DIT ZINVOL? J/N

22) DE OMSTANDIGHEDEN WAARIN DE GEVANGENEN LEVEN DRAGEN EXTRA BIJ TOT DE VRAAG NAAR GEZONDHEIDSZORG. J/N

RANDVOORWAARDEN

23) AAN RANDVOORWAARDEN VEILIGHEID, VERLONING, BESCHIKBAARHEIDSVERGOEDING IS VOLDAAN. 3X J/N

24) ER ZIJN VOLDOENDE (FINANCIËLE) MIDDELEN VOOR GEZONDHEIDSZORG IN DE GEVANGENIS. J/N

25) DE KWALITEIT VAN GEZONDHEIDSZORG IN DE GEVANGENIS HEEFT HETZELFDE NIVEAU ALS BUITEN. J/N

26) EEN ARTS HEEFT EEN MOGELIJKE SIGNAALFUNCTIE/ADVIESFUNCTIE NAAR HET GERECHT TOE IN VERBAND MET VEILIGHEID.

J/N NUT?

27) ZIJN ER MINIMALE STANDAARDEN EN DOELEN VOOR BEPAALDE GROEPEN (VROUWEN, JUVENIELEN, OUDEREN, PSYCHOSEN…) J/N

28)ER ZIJN VOLDOENDE STANDAARDEN (HEP C/PREVENTIE DELIER/BENZO/FIXATIE) J/N
WELKE ZIJN NOG NODIG? ...

29) ER WORDT GEBRUIKGEMAAKT VAN PREVENTIESTRATEGIEËN -ZOALS SCREENINGSINSTRUMENTEN VOOR VB SUICIDE. J/N

30) ER WORDT GEBRUIKGEMAAKT VAN ONTSLAG/REHABILITATIEPROGRAMMA'S J/N

31) MECHANISCHE FIXATIE IS ENKEL NODIG IN ACUTE SITUATIES (MAXIMAAL ENKELE DAGEN) OM SCHADE AAN ANDEREN EN ZICHZELF TE VOORKOMEN OF OM EEN PSYCHIATRISCHE BEHANDELING TE KUNNEN OPSTARTEN. J/N

32)WE BESCHIKKEN OVER VOLDOENDE STATISTIEKEN OVER JAARLIJKSE SUICIDES/ONBEPAALDE OVERLIJDENS/INFECTIES (TB, HIV,HEP C)? J/N

33) DE GEVANGENISSEN ZOUDEN MEER RESEARCHVRIENDELIJK KUNNEN WORDEN? J/N

34) WAT IS UW MENING OMTRENT HET GEBRUIK VAN ISOLATIE/DE ISOLEERCEL IN UW SETTING?

35) HOEVEEL KEER PER JAAR VOELT U ZICH GENOODZAAKT EEN TUCHTRAPPORT UIT TE DELEN?

36) HEEFT U EEN (CENTRAAL) LEERPUNT VOOR (HUIS)ARTSEN BUITEN DE GEVANGENIS?

2) Informatie en Toestemmingsformulier voor de deelnemers

INFORMATIE VOOR DE DEELNEMERS

Geachte artsen,

In het kader van haar Master- na- Masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Miclotte Anneleen een onderzoek naar de eerstelijnsgezondheidzorg in gevangenissen in Vlaanderen Dit onderzoek gebeurt in de periode van juni 2015 tot en met juni 2016, onder toezicht van Universiteit Antwerpen en Gent.

De titel van de Masterproef is: Gezondheidszorg in de Vlaamse gevangenissen, een explorerend beschrijvende studie door middel van interviews.

Het doel van de studie is om met behulp van een vragenlijsten/interviews na te gaan of de consultvoering binnen de gevangenis verschilt met deze van de huisartspraktijk. Daarnaast wordt ook onderzocht wat de drempels bij de zorg zijn en of aan de verschillende randvoorwaarden voldaan is.
Mits Uw toestemming worden de interviews bij voorkeur afgenomen met geluidsopname.

De bevindingen van deze vragenlijsten/interviews zullen geanalyseerd worden door Dr. Miclotte Anneleen. Het spreekt voor zich dat de geluidsopnames enkel en alleen voor onderzoeksdoeleinden gebruikt worden. Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Miclotte Anneleen

Promotor: Prof. Dr. Remmen Roy

Co-Promotor: Dr. Matthys Jan

TOESTEMMINGSFORMULIER
Naam : ……

1. Ik bevestig dat Dr.....……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn gegevens tijdens deze studie worden verzameld tijdens een interview en geanonimiseerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de deelnemers te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Toestemming voor geluidsopname: Ja – Neen (doorhalen wat nvt is)

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de deelnemer
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening informerende arts …….

3) Ethisch Comité: Goedgekeurd protocol en gunstig advies

ONDERZOEKSPROTOCOL

1. Titel onderzoek en naam aanvragers:

Gezondheidszorg in de Vlaamse gevangenissen: een explorerend bechrijvende studie door middel van interviews . Dr.Miclotte Anneleen, Dr.Matthys Jan, Prof. Dr. Remmen Roy

2. Achtergrond:

In de Vlaamse gevangenissen spelen huisartsen een centrale rol in de eerstlijns gezondheidszorg voor gevangenen. Ze onderzoeken en behandelen gevangenen hun gezondheidsproblemen en vervullen tevens de rol van poortfunctie naar specialistische hulpverlening of hospitalisatie toe. Consultaties binnen de gevangenis zijn gratis voor de patiënt, er is geen wachtlijst en elke gevangene kan in principe volgens de wet op de rechten van gedetineerden, dagelijks consulteren. Zo consulteren gemiddeld 10% van de gevangenen in België elke werkdag. De huisartsen in de gevangenissen zijn doorgaans eveneens werkzaam in hun huisartspraktijk.

3. Vraagstelling / Objectieven van het onderzoek:

Er zal een onderzoek verricht worden op basis van interviews met (huis)artsen die tevens werkzaam zijn in de Vlaamse gevangenisen. Hierbij wordt met behulp van stellingen nagegaan of de consultvoering verschilt met deze van de huisartspraktijk. Wat de drempels bij de zorg zijn en of aan de verschillende randvoorwaarden voldaan is.

4. Onderzoeksdesign:

–Type onderzoek:

Semi-gestructureerd interview op basis van stellingen.

–Deelnemers:

–Inclusiecriteria: - Mannelijke en/of vrouwelijke huisartsen (met huisartspraktijk).

- Werkzaam als (huis)arts in een Vlaamse gevangenis

–Exclusiecriteria: - Geen

Lijst contactgegevens artsen werkend in Vlaamse gevangenissen te bevragen via FOD Justitie via adviseur-generaal mr Werner Vanhout

–Contactgegevens van artsen worden ingedeeld per Gevangenis.

Gevangenis van Antwerpen Penitentiair complex Brugge

Gevangenis van Dendermonde Gevangenis van Gent

Gevangenis van Hasselt	Gevangenis van Ieper
Gevangenis van Leuven	Gevangenis van Mechelen
Gevangenis van Merksplas	Gevangenis van Oudenaarde

- Het is de bedoeling dat een min of meer gelijkmatige verdeling van de interviews over Vlaanderen bekomen wordt per gevangenis. Hierbij worden de gevangenissen alfabetisch gerangschikt, alsook de artsen per gevangenis.

Zo wordt volgens de letters van het alfabet in consecutieve volgorde telkens één arts gecontacteerd (telefonisch/mail). Indien gebrek aan interesse wordt een volgende arts van deze lijst gecontacteerd in een volgende gevangenis.

- Aantal deelnemers: doel is 15 tot 20 deelnemers afhankelijk van de tijd en bereidwilligheid om deel te nemen aan de studie.

- Materiaal: Vragenlijst zie bijlage.

- Audio-opnames: mits uitdrukkelijke toestemming van de proefpersoon zal het interview opgenomen worden om geen belangrijke informatie te missen bij analyse van de data.

Procedure

1) Pre-onderzoeksfase:

   -Literatuurstudie: zoektermen : primary care, prison.

   - 21/10/14 Gesprek HAIO 1 over ervaringen in gevangenis werkzaam te Gent in 2009-2011.
   -30/10/14 Vergadering gevangenis Nieuw Gent, voorstellen project aan de 4 artsen en verpleging.
   -04/11/14 Gesprek -HAIO 2 over ervaringen in gevangenis werkzaam te Gent in 2011-2013.
   -Opstellen vragenlijst – informed consent.
2) Onderzoeksfase:
   - Contactname artsen : Eerste contactname gebeurt via mail en telefonisch. Hierbij wordt informatie meegeven over de studie,
   - Afname interview na informed consent
3) Post-onderzoeksfase
   - Verwerking + rapportering van de bekomen antwoorden (anoniem) door AM (Haio) en JM (co-promotor). Formuleren van de resultaten en eventuele besluiten.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. R. REMMEN
UA
Huisartsgeneeskunde
gebouw R317
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Gezondheidszorg in de Vlaamse gevangenissen: een explorerend beschrijvende studie door middel van interviews. (manama huisartsgeneeskunde Anneleen Miclotte)

Belgisch Registratienummer: B300201524527

datum	ons kenmerk	contactpersoon
20/04/2015	15/15/154	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 20/04/2015 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker Anneleen M. Miclotte
- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 1 versie 1/03/2015
- Protocol versie 1 versie 1/03/2015
- Vragenlijst versie 1 versie 1/03/2015

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Gelieve de titel van de studie te vermelden op het informatie- en toestemmingsformulier en het protocol.

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. G. IEVEN
Ondervoorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Mejuffrouw A. MICLOTTE, Universiteit Gent - Huisartsgeneeskunde, De Pintelaan 185 - 9000 Gent