

Psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in Vlaanderen

LOUIS FAVRIL^a
FREYA VANDER LAENEN^b
KURT AUDENAERT^c



Panopticon, 38 (4), 231-245
© 2017 Maklu | ISSN 0771-1409 | Juli 2017

- a Doctoraatsonderzoeker, Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP), Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal recht, Universiteit Gent (Corresp.: louis.favril@ugent.be)
- b Hoofddocent criminologie, Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP), Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal recht, Universiteit Gent
- c Buitengewoon hoogleraar psychiatrie, Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie, Universiteit Gent

ABSTRACT

Psychiatric morbidity among prisoners in the Flanders region of Belgium

International studies have consistently shown that the prevalence of poor mental health among prisoners is considerably higher than in the community. To date, however, little is known about the prevalence of psychiatric morbidity in Belgian prisons. In order to fill this gap, the present study reports findings from a sample of 1326 prisoners (1203 men and 123 women), randomly selected from 15 Flemish prisons. An estimated 46.3% of all prisoners were formally diagnosed with a psychiatric disorder at some point during their lifetime, and 40.4% report a history of psychiatric treatment before their incarceration. Severe psychological distress during the past month while incarcerated, as quantified by a GHQ-score ≥ 7 , was identified in more than one-third of the sample (37.3%). Frequent use of mental health services within prison was reported by one in ten respondents (10.8%). The results consistently indicate significantly higher prevalence rates among female prisoners, compared to their male counterparts. Overall, the current study highlights the importance of mental health care being available for inmates in Flanders. Evidence-based interventions are likely to reduce psychological distress, recidivism and subsequent return to prison.

Keywords: psychiatric morbidity, mental health care, prison

Kernwoorden: psychiatrische morbiditeit, geestelijke gezondheidszorg, detentie

1. INLEIDING

Internationaal epidemiologisch onderzoek toont eenduidig aan dat psychiatrische stoornissen geen zeldzaam gegeven zijn binnen de gedetineerdenpopulatie, en zelfs onevenredig vaker voorkomen in vergelijking met de algemene samenleving (FAZEL *et al.*, 2016; FAZEL & SEEWALD, 2012; SIRDIFIELD *et al.*, 2009). De relatie tussen psychiatrische morbiditeit en detentie is een complex gegeven.

Enerzijds komen personen met een psychiatrische problematiek disproportioneel vaker in aanraking met het strafrechtstelsel (FAZEL & BAILLARGEON, 2011). Hiervoor zijn twee belangrijke verklaringen. Zo bestaat ten eerste een duidelijke relatie tussen psychiatrische stoornissen (zoals schizofrenie, depressie en psychopathie) en het plegen van criminaliteit, in het bijzonder gewelddadige delicten (DHINGRA & BODUSZEK, 2013; FAZEL *et al.*, 2014, 2015; STEVENS *et al.*, 2015; WALLACE *et al.*, 1998). Een dergelijke relatie wordt eveneens geobserveerd bij personen met een middelengerelateerde problematiek (EMCDDA, 2007; GRANN &

FAZEL, 2004). Ten tweede zijn, als gevolg van de de-institutionaliseringstrend van de zorg (in Vlaanderen de 'vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)' genoemd), mensen met psychiatrische problemen meer in de samenleving aanwezig. Zeker wanneer zij in een crisis verkeren, kunnen zij sneller in contact komen met het strafrechtelijk systeem. De reactie van actoren in dit systeem op gedrag dat als moeilijk hanteerbaar of interpreteerbaar wordt ervaren van sommige mensen met een psychiatrische problematiek "is er mee de oorzaak van dat deze personen steeds verder doorstromen in de strafrechtsketen, van opsporing en vervolging over de straftoemeting tot aan de strafuitvoering" (VANDER LAENEN & DE PAUW, 2016, p. 6). Anderzijds beïnvloedt de detentie op zich ook het risico op psychiatrische klachten. Het detentieregime en de daaraan verbonden stressoren kunnen de probabiteit verhogen dat gedetineerden psychiatrische klachten ontwikkelen, of dat reeds bestaande psychiatrische aandoeningen verslechteren (GONÇALVES *et al.*, 2016; GOOMANY & DICKINSON, 2015; NURSE, WOODCOCK, & ORMSBY, 2003).

Deze psychiatrische morbiditeit gaat ontegensprekelijk gepaard met psychosociale noden bij de gedetineerden in kwestie, en de behoefte aan adequate zorg (JAKOBOWITZ *et al.*, 2017). Men dient echter vast te stellen dat onderdiagnostisering en een gebrekkige (therapeutische) behandeling van deze problematiek vaak de realiteit is binnen de detentiecontext, ondanks de sterke nood daaraan (EDGAR & RICKFORD, 2009; ENGGIST *et al.*, 2014), ook in België (REFLECTIEGROEP ZORG EN DETENTIE, 2014). Dit is problematisch gelet op de nauwe relatie tussen psychiatrische morbiditeit en criminele recidive (BAILLARGEON *et al.*, 2009), geweldpleging en slachtofferschap gedurende de opsluiting (BLITZ, WOLFF, & SHI, 2008; SCHENK & FREMOUW, 2012), alsook suïcide, zowel tijdens de detentie (FAZEL *et al.*, 2008) als kort na de invrijheidstelling (PRATT *et al.*, 2010). Een zicht hebben op (de omvang van) deze problematiek is dan ook erg belangrijk, om de negatieve uitkomsten ervan te minimaliseren door de behoeften van gedetineerden in te schatten en de geestelijke gezondheidszorg hierop af te stemmen (NICE, 2017; VERDOT *et al.*, 2015). Met uitzondering van enkele studies zijn tot nog toe geen omvattende kwantitatieve gegevens beschikbaar omtrent de psychiatrische problematiek van gedetineerden in België. Zo toont een recent onderzoek in 12 Vlaamse gevangenissen aan dat gevoelens van stress, depressie en angst frequent voorkomen bij gedetineerden in België, alsook slaapproblemen (VYNCKE *et al.*, 2015). Een andere studie wijst erop dat frequent psychofarmaca worden voorgeschreven tijdens de detentie (TODTS & VAN MEIR, 2011). Het doel van de huidige studie was dan ook een eerste inzicht te verwerven in de omvang van de psychiatrische morbiditeit (geoperationaliseerd door psychiatrische diagnoses en psychologische distress) en GGZ-hulpverlening (zowel voorafgaand als gedurende de detentieperiode) bij gedetineerden in de Vlaamse gevangenissen. Hierbij werd expliciet aandacht besteed aan eventuele geslachtsverschillen.

2. METHODOLOGIE

2.1. Procedure en steekproeftrekking

In het kader van een doctoraatsstudie rond suïcidaliteit in detentie (FAVRIL *et al.*, 2017) werd tussen oktober 2015 en mei 2016 een empirisch onderzoek gepland in alle Vlaamse gevangenissen. In totaal konden 15 van de 16 gevangenissen in Vlaanderen deelnemen aan het onderzoek; één gevangenis kon niet participeren als gevolg van situationele omstandigheden. Als basis voor de steekproeftrekking werd in elke gevangenis een actuele daglijst van de gedetineerdenpopulatie opgevraagd. Omwille van de specificiteit van hun problematiek (BOERS *et al.*, 2011; VANDEVELDE *et al.*, 2011) maakte de populatie van geïnterneerden¹ geen deel

1 Internering is een strafrechtelijke maatregel voor personen met een psychiatrische problematiek die strafbare feiten hebben gepleegd en ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard door een rechter. In 2015 betrof 8.2% van de totale gedetineerdenpopulatie in België personen met het statuut van internering (DG EPI, 2016).

uit van de studiepopulatie, en werden zij *a priori* geëxcludeerd uit de steekproef. Voor de 15 gevangnissen telde de populatie van gedetineerden die in aanmerking kwamen voor de studie, in de periode waarin de bevraging plaatsvond, 3862 personen. Voor elke gevangenis afzonderlijk werd een volledig willekeurige steekproef getrokken van minimaal één derde van de populatie. De totale steekproef bedroeg 1550 gedetineerden (40.1%).

Deze willekeurig geselecteerde gedetineerden werden allen persoonlijk benaderd door de onderzoeker (LF) met de vraag of men bereid was deel te nemen aan een grootschalig onderzoek. Om tegemoet te komen aan de taalbarrière was de vragenlijst beschikbaar in het Nederlands, Frans en Engels. Deze anonieme vragenlijsten werden (afhankelijk van de specifieke gevangenis) in groep ingevuld, dan wel individueel op cel. Deelname aan het onderzoek was volkomen vrijwillig en gedetineerden konden de deelname op eender welk moment stopzetten, zonder hiervoor een reden te moeten opgeven en zonder enige consequenties.

Van de totale steekproef stemden 1326 personen (85,5%) toe (1203 mannen en 123 vrouwen). Dit is een derde (34,3%) van alle gedetineerden die aanwezig waren in de 15 gevangnissen op het moment van de bevraging. Veroordeelden maakten 65,4% van alle participerende gedetineerden uit, en de gemiddelde leeftijd bedroeg 37,7 jaar (range: 18–77). Een dergelijke steekproefverdeling (op basis van geslacht, detentiestatus en leeftijd) is volgens het meest recente jaarrapport van het Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen (DG EPI, 2016) representatief voor de gedetineerdenpopulatie in België.² De geheel *at random* steekproeftrekking, in combinatie met de hoge responsgraad, draagt tevens bij tot de representativiteit van de (grote) steekproef.

2.2. Variabelen

Aangaande psychiatrische morbiditeit peilde de psychiatrische vragenlijst of men ooit in het leven (zowel buiten als binnen de gevangenis) een *formele psychiatrische diagnose* kreeg, gesteld door een huisarts, (forensische) psychiater of psycholoog of een andere professioneel, van één of meer van de volgende psychiatrische stoornissen: depressieve stoornis, angststoornis, bipolaire stoornis, eetstoornis, afhankelijkheid van alcohol, afhankelijkheid van drugs/medicatie, psychotische stoornis of schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis (PS), antisociale PS, andere PS, ADHD, en/of autisme spectrum stoornis (ASS). Dit item is gebaseerd op voorgaand onderzoek in Amerikaanse gevangnissen (BINSWANGER *et al.*, 2010). De diagnose(s) van toepassing konden de respondenten aanvinken, en zij kregen additioneel de ruimte om bijkomende informatie of andere diagnoses neer te schrijven.

Psychologische distress werd gemeten aan de hand van de General Health Questionnaire (GHQ-12; GOLDBERG *et al.*, 1997). Deze vragenlijst omvat 12 items die peilen naar mentale gezondheid en psychische klachten (zoals angst, depressie en sociaal disfunctioneren), en worden gescoord op een 4-punts Likertschaal gaande van “helemaal niet” tot “veel meer dan gewoonlijk”. Voorbeelden van items zijn: in de afgelopen maand gedurende uw opsluiting, “ben je door zorgen veel slaap tekort gekomen” en “heb je zich ongelukkig en neerslachtig gevoeld”. Alle 12 items werden dichotoom gecodeerd (0-0-1-1), waardoor de globale GHQ-score van elke respondent varieert tussen 0 en 12. Een hogere score duidt op een grotere ernst van psychisch klachten gedurende de detentie. In vergelijking met de algemene populatie, waar frequent een score van 4 als cut-off wordt aangewend voor ernstige distress (FRYERS *et al.*, 2004; GISLE, 2014), hanteert men in gevangenispopulaties veelal een hogere drempelwaarde. In lijn met voorgaand onderzoek (HASSAN *et al.*, 2011) wordt in de huidige studie een

² Zoals gerapporteerd in het jaarverslag van 2015 maakten mannen 95% van de totale gedetineerdenpopulatie uit in België. De verdeling wat betreft detentiestatus bedroeg 65% veroordeelden en 35% beklagden (wanneer geïnterneerden niet in rekening worden genomen). Cijfers van de Raad van Europa (AEBI *et al.*, 2016) duiden op een gemiddelde leeftijd van 37 jaar in de Belgische gevangnissen.

globale GHQ-score van 7 als cut-off aangewend voor ernstige psychologische distress bij gedetineerden. Op deze manier wordt de GHQ-12 gebruikt als screeningsinstrument voor psychiatrische morbiditeit (HURLEY & DUNNE, 1991): een score van 7 of meer is in dit geval indicatief voor een psychiatrische problematiek.

Vervolgens inventariseerden we de *voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling* door middel van twee opeenvolgende vragen: (1) “ben je ooit (voor uw opsluiting) al eens in behandeling geweest bij een psychiater of psycholoog voor alcohol- of drugsproblemen?” en (2) “ben je ooit (voor uw opsluiting) al eens in behandeling geweest bij een psychiater of psycholoog voor andere psychische problemen (mentale gezondheid)?”. Antwoorden voor beide vragen werden dichotoom (ja/nee) gecodeerd. *Geestelijke gezondheidszorg tijdens de huidige detentie* werd tenslotte in kaart gebracht door middel van één vraag, namelijk: “hoe vaak doe je beroep op diensten voor geestelijke gezondheidszorg in de gevangenis (zoals CGG of CAP)?”. Indien van toepassing werd de specifieke benaming van de dienst aangepast naargelang de specifieke gevangenis.³ Respondenten konden kiezen uit één van de drie antwoordopties (nooit of zeer zelden; soms eens; vaak), en werd gehercodeerd in frequent (“vaak”) versus niet frequent (“nooit of zeer zelden” en “soms eens”).

2.3. Data-analyse en ethische aspecten

Descriptieve statistieken en de verschillen in proporties naargelang geslacht werden geanalyseerd aan de hand van de Pearson χ^2 -toets. Het significantieniveau werd vastgelegd op $p < .05$, en alle analyses werden uitgevoerd met behulp van SPSS versie 24.

Het studieprotocol werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit Gent, faculteit Rechtsgeleerdheid. Toestemming voor de uitvoering van de studie in de Vlaamse gevangenis was verkregen via het Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen (DG EPI).

3. RESULTATEN

3.1. Formele psychiatrische diagnoses

Bijna de helft van alle gedetineerden in de huidige studie (46.3%) werd ooit formeel gediagnosticeerd met een psychiatrische stoornis (zie TABEL 1). Eén op vier kreeg ooit een diagnose van een middelengerelateerd stoornis (25.3%) of een andere As I stoornis – zoals depressie, schizofrenie of een eetstoornis (25.4%). Persoonlijkheden- en ontwikkelingsstoornissen (ADHD en ASS) werden door respectievelijk 8.7% en 13.1% van de participanten onderkend. Gedurende hun levensloop melden 24.2% van de gedetineerden twee of meer psychiatrische diagnoses, vastgesteld door een professioneel – echter, niet noodzakelijk simultaan. Binnen de categorie van stoornissen in het gebruik van een middel, was drugs en medicatie (21.1%) dubbel zo prevalent als alcohol (10.3%). Wat betreft de overige As I-psychopathologie wordt de depressieve stoornis veruit het meest onderschreven (21.1%). Andere As I-diagnoses, waaronder angst- (7.8%), psychotische (2.9%), bipolaire (2.4%) en eetstoornissen (1.4%), werden minder frequent gerapporteerd door de participanten. Voor ontwikkelingsstoornissen werd ADHD vaker aangehaald (11.7%), ten opzichte van de autisme spectrum stoornis (2.4%). Specifieke persoonlijkheidsstoornissen ten slotte werden ooit bij 5% (borderline PS) en 4% (antisociale PS) van de respondenten gediagnosticeerd.

3 In de gevangenis van Antwerpen stond bijvoorbeeld het ambulante centrum voor geestelijke gezondheidszorg VAGGA te lezen in de vragenlijst.

TABEL 1. LIFETIME PSYCHIATRISCHE DIAGNOSES, VOLGENS GESLACHT.

	Geslacht			
	Totaal % (N=1326)	Mannen % (N=1203)	Vrouwen % (N=123)	p (χ ²)
Lifetime psychiatrische diagnose	46.3	44.8	61.0	.001
Middelengerelateerd	25.3	24.8	30.1	.197
Alcohol	10.3	10.4	9.8	.826
Drugs en medicatie	21.1	20.4	27.6	.063
Psychopathologie	25.4	23.2	47.2	<.001
Depressieve stoornis	21.1	19.3	39.0	<.001
Bipolaire stoornis	2.4	2.4	2.4	.984
Angststoornis	7.8	7.3	12.2	.054
Psychotische stoornis	2.9	2.9	3.3	.830
Eetstoornis	1.4	0.7	8.1	<.001
Persoonlijkheidsstoornis (PS)	8.7	8.1	13.8	.033
Borderline PS	5.0	4.2	13.0	<.001
Antisociale PS	4.0	4.2	1.6	.159
Andere PS	2.2	2.2	2.4	.841
Ontwikkelingsstoornis	13.1	13.7	7.3	.045
ADHD	11.7	12.2	6.5	.060
Autisme spectrum stoornis	2.4	2.4	2.4	.984
Twee of meer	24.2	23.4	32.5	.024

Wanneer wordt vergeleken volgens geslacht kan men zien dat de lifetime prevalentie van psychiatrische diagnoses significant hoger ligt bij vrouwelijke gedetineerden ten opzichte van hun mannelijke tegenhangers, zowel wat betreft minstens één (61.0% vs. 44.8%; $p=.001$) als twee of meer (32.5% vs. 23.4%; $p=.024$) psychiatrische diagnoses. Binnen de As I-stoornissen wordt geen verschil geobserveerd aangaande middelengerelateerde stoornissen, maar wel qua overige psychopathologie ($p<.001$). Binnen deze categorie ‘psychopathologie’ wordt immers een depressieve stoornis dubbel zo frequent gerapporteerd door vrouwen in vergelijking met mannelijke gedetineerden, en dit verschil blijkt significant (39% vs. 19.3%; $p<.001$). Aangaande eetstoornissen wordt een nog markanter verschil waargenomen: hoewel de algemene prevalentie relatief laag is (1.4%), worden deze diagnoses elf maal vaker gerapporteerd door vrouwen ten opzichte van mannen (8.1% vs. 0.7%; $p<.001$). Ook binnen de As II-stoornissen worden gelijkaardige resultaten teruggevonden: diagnoses van PS algemeen (13.8% vs. 8.1%; $p=.033$), en de borderline PS meer specifiek (13% vs. 4.2%; $p<.001$), komen significant vaker voor bij vrouwen dan bij mannen in de huidige studie. Omgekeerd rapporteren mannen significant meer diagnoses van ontwikkelingsstoornissen (ADHD en ASS) in vergelijking met vrouwelijke gedetineerden (13.7% vs. 7.3%; $p=.045$).

3.2. Professionele hulpverlening

Uit het huidig onderzoek blijkt verder dat vier op de tien gedetineerden (40.4%) een voor geschiedenis van een psychiatrische hulpverlening rapporteert, voorafgaand aan de detentie (zie TABEL 2). Van alle bevraagde gedetineerden rapporteert 26.1% hulpverlening in de verslavingszorg en 31% binnen de geestelijke gezondheidszorg. Tijdens de huidige detentie

meldt 62.2% van alle gedetineerden “nooit of zeer zelden” gebruik te maken van de beschikbare diensten voor geestelijke gezondheidszorg, 27% “soms eens” en 10.8% frequent gebruik (“vaak”).

Ten opzichte van mannen rapporteren vrouwelijke gedetineerden, als groep, significant vaker een voorgeschiedenis van psychiatrische hulpverlening in de brede zin (38.9% vs. 54.5%; $p=.001$). Daar waar geen significant verschil wordt geobserveerd tussen beide geslachten op het vlak van verslavingszorg ($p>.05$), blijken vrouwen toch vaker een voorgeschiedenis te hebben van geestelijke gezondheidszorg dan de mannelijke gedetineerden (45.5% vs. 29.5%; $p<.001$). In diezelfde lijn wordt frequent gebruik van GGZ-hulpverlening tijdens de huidige detentie significant vaker gerapporteerd door vrouwelijke gedetineerden ten opzichte van mannen (en wel bijna dubbel zo vaak: 18.9% vs. 10.0%; $p=.003$).

TABEL 2. PSYCHIATRISCHE HULPVERLENING VOOR EN TIJDENS DE DETENTIE, VOLGENS GESLACHT.

	Geslacht			
	Totaal % (N=1326)	Mannen % (N=1203)	Vrouwen % (N=123)	$p(\chi^2)$
Voorafgaand aan detentie	40.4	38.9	54.5	.001
Verslavingszorg	26.1	25.9	28.5	.535
Geestelijke gezondheidszorg	31.0	29.5	45.5	<.001
Frequent tijdens de detentie	10.8	10.0	18.9	.003

3.3. Psychologische distress

De GHQ-12, met een vooropgestelde drempelwaarde van 7, toont aan dat meer dan een derde van alle gedetineerden in de huidige studie (37.3%) ernstige psychische klachten heeft ervaren tijdens de laatste maand van hun opsluiting. Opgesplitst naar geslacht meldt ongeveer één op drie van de mannelijke gedetineerden (35.7%) ernstige psychologische distress, terwijl dit bij de vrouwelijke gedetineerden meer dan de helft is (52.1%). Dit geslachtsverschil blijkt bovendien significant ($p<.001$).

4. DISCUSSIE

4.1. Psychiatrische morbiditeit: diagnoses en distress

Wanneer de gedetineerden rechtstreeks werden bevraagd naar gediagnosticeerde stoornissen, geeft iets minder dan de helft van de gedetineerden (46.3%) aan ooit een formele diagnose van een psychiatrische stoornis te hebben gekregen door een professioneel (binnen of buiten detentie). Depressieve en druggerelateerde stoornissen zijn de meest voorkomende diagnoses, elk gerapporteerd door een vijfde van de steekproef (21.1%). Bij een vierde van de totale steekproef (24.2%) was zelfs sprake van twee of meer lifetime psychiatrische diagnoses. Voorgaand onderzoek bevestigend (BINSWANGER *et al.*, 2010; BUTLER *et al.*, 2005) kunnen we stellen dat de lifetime prevalentie van psychiatrische diagnoses significant hoger ligt bij vrouwelijke gedetineerden ten opzichte van hun mannelijke tegenhangers. Hoewel dit onderzoek, net als voorgaande studies in detentie, een hoge mate van psychiatrische stoornissen bij gedetineerden vaststelt (FAZEL *et al.*, 2016), kunnen toch enkele verschillen worden geobserveerd. Zo is de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in de huidige studie (8.7%) beduidend lager dan eerder gerapporteerd in bijvoorbeeld Nederland (BULTEN,

NIJMAN, & VAN DER STAAK, 2009) en Griekenland (FOTIADOU *et al.*, 2006). In enkele studies in het Verenigd Koninkrijk van hoge methodologische kwaliteit, die gebruik maakten van klinisch gebaseerde diagnoses eerder dan screeningsinstrumenten, vonden de onderzoekers dan weer een gelijkaardige prevalentie van 7–10 procent (BIRMINGHAM, MASON, & GRUBIN, 1996; GUNN, MADEN, & SWINTON, 1991). Ook in de Verenigde Staten vond men vergelijkbare cijfers wat betreft lifetime diagnoses van As II-stoornissen (BINSWANGER *et al.*, 2010). Toch blijkt het dus geen sinecure om prevalentiecijfers op eenduidige wijze te vergelijken tussen studies. Deze heterogeniteit is voornamelijk te wijten aan methodologische factoren, zoals variërende definities, methodes en meetinstrumenten, alsook de geringe vergelijkbaarheid tussen (soms niet representatieve) steekproeven (MILLS & KENDALL, 2016).

In de huidige studie bevroegen we bovendien *formeel gediagnosticeerde stoornissen over de levensloop*, terwijl andere studies zich vaak focussen op actuele stoornissen. Dit was in de huidige studie niet mogelijk, aangezien hier een psychiatrisch interview voor vereist is, waarvoor wij noch de tijd, nog de middelen hadden (gelet op de grote steekproef). Een dergelijke aanpak kan een onderschatting van de werkelijke omvang van psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden impliceren. Dit sluit immers niet alleen diegene met een psychiatrische stoornis maar zonder een formele diagnose uit, maar eveneens de ‘periferie’ van de (subsyndromale) problematieken die betrekking hebben op het psychisch onwelbevinden (ANGOLD *et al.*, 1999). Om dit laatste te ondervangen, brachten we tevens de recente psychische klachten in kaart, wat *indicatief* is voor een psychiatrische stoornis (in het bijzonder stemmingsstoornissen). Over de totale steekproef ervaart maar liefst een derde van de gedetineerden (37,3%) ernstige psychologische distress tijdens de laatste maand van hun opsluiting. Deze hoge prevalentie van psychische klachten bevestigt eerder onderzoek in de Nederlandse gevangenis (BRONS *et al.*, 2013; SLOTBOOM, MENTING, & BULEVELD, 2009) en daarbuiten (DUDECK *et al.*, 2011; EYTAN *et al.*, 2011). We observeren significant hogere proporties in psychologische distress bij vrouwelijke gedetineerden ten opzichte van mannen, wat wijst op een hoger risico op een psychiatrische aandoening. Dit ligt in lijn met bovenvermelde bevinding dat formeel gediagnosticeerde stoornissen frequenter worden gemeld door de vrouwelijke gedetineerden in vergelijking met mannen. Ook voorgaand onderzoek bij gedetineerden vond reeds dat vrouwen vaker en meer psychologische distress ervaren gedurende de detentie, in vergelijking met mannelijke gedetineerden (HASSAN *et al.*, 2011; INDIG, GEAR, & WILHELM, 2016; SHAW, 2010). Een dergelijk geslachtsverschil wordt tevens geobserveerd in de algemene samenleving, zowel op Europees (FRYERS *et al.*, 2004) als op nationaal (GISLE, 2014) niveau. Indien we de cut-off score voor ernstige distress aanwenden die in de algemene populatie wordt gebruikt (≥ 4), kunnen we stellen dat 60,6% van de gedetineerden onder de noemer van ernstige psychologische distress kan worden geclassificeerd. Dit percentage ligt drie maal hoger wanneer we vergelijken met de resultaten uit de nationale Gezondheidsenquête van 2013, waar 17,9% van de Belgische bevolking een GHQ-score van 4 of meer rapporteert (20% bij de vrouwen en 15,5% bij de mannen), wat de onderzoekers gelijk stellen aan een “reële kans op een psychische aandoening” (GISLE, 2014, p. 807).

4.2. Hulpverlening voorafgaand en tijdens de detentie

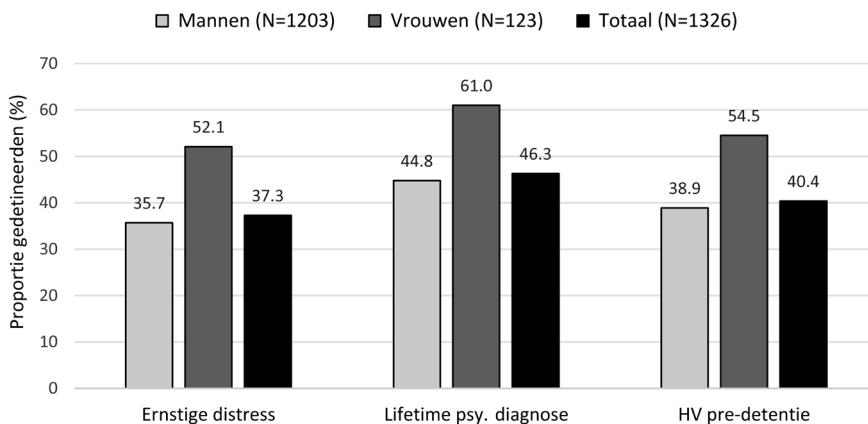
Onderzoek toont aan dat hulpzoekend gedrag bij gedetineerden algemeen laag is, en dat zij diensten voor psychiatrische hulpverlening onderbenutten, zowel binnen als buiten de muren van de gevangenis (CONDON, HEK, & HARRIS, 2007). Dit zou te wijten zijn aan wantrouwen ten opzichte van professionals, uit vrees voor stigmatisering, door een gebrek aan bewustzijn van de beschikbare diensten, of simpelweg dat men zich niet bewust is van hun (psychiatrisch) toestandbeeld (MITCHELL & LATCHFORD, 2010; MORGAN *et al.*, 2007). Toch tonen de huidige onderzoeksresultaten aan dat vier op de tien gedetineerden (40,4%) een voorgeschiedenis

van psychiatrische hulpverlening (ambulant, residentieel of beide) kent voorafgaand aan de detentie; een vierde in de verslavingszorg en een derde in de GGZ. Tijdens de detentie blijkt echter dat slechts één op tien van alle gedetineerden frequent gebruik maakt van de CGG's in de gevangenis. Omgekeerd geeft 62.2% van de gedetineerden aan nooit of zeer zelden gebruik te maken van deze diensten tijdens de detentie, van wie 39% een lifetime psychiatrische diagnose meldt en een derde (35.1%) ernstige psychische klachten rapporteert. Zowel voor als tijdens de opsluiting rapporteren vrouwen stevast vaker professionele hulpverlening inzake mentale gezondheid, met uitzondering van de verslavingszorg *extra muros*.

4.3. Geslachtsverschillen

Concluderend kunnen we stellen dat de omvang van psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in de Vlaamse gevangenissen algemeen hoog is. Ten opzichte van de mannen scoren de vrouwelijke gedetineerden significant hoger (zie FIGUUR 1). Internationaal onderzoek toont inderdaad aan dat vrouwen in de detentiecontext meer complexe problemen en noden hebben op het vlak van mentale gezondheid (BINSWANGER *et al.*, 2010; FAZEL & BAILLARGEON, 2011; UNODC, 2014; VAN DEN BERGH *et al.*, 2011). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat mannen minder (snel) geneigd blijken professionele hulp te zoeken voor mentale gezondheidsproblemen (OLIVER *et al.*, 2005; WENDT & SHAFER, 2016). De bevinding dat vrouwen significant vaker psychiatrische contacten en behandelingen rapporteren dan mannen, in het bijzonder wat betreft de geestelijke gezondheidszorg, kunnen we potentieel verklaren door de hogere mate van psychiatrische morbiditeit bij vrouwelijke gedetineerden, alsook door de sterkere neiging om formele hulp te zoeken voor dergelijke problematieken. Omgekeerd is het eveneens mogelijk dat vrouwen, die vaker professionele hulp zoeken voor psychiatrische problematieken, net op deze manier ook een hogere prevalentie kennen van formeel gediagnosticeerde psychiatrische stoornissen. Diagnoses kunnen immers niet worden vastgesteld indien geen hulp wordt gezocht. In deze context vond een kwalitatieve studie in Engeland dat een belangrijke drempel voor mannelijke gedetineerden om hulp te zoeken precies de angst was om een formele diagnose toegekend te krijgen (HOWERTON *et al.*, 2007).

FIGUUR 1. PSYCHIATRISCHE MORBIDITEIT, VOLGENS GESLACHT.



Noot. Links: ernstige psychologische distress, gemeten volgens de GHQ-drempelwaarde ≥ 7 ($p < .001$); Midden: lifetime psychiatrische diagnose, formeel vastgesteld door een professioneel ($p = .001$); Rechts: psychiatrische hulpverlening (GGZ en verslavingszorg), voorafgaand aan de detentie ($p = .001$).

4.4. Beperkingen van het onderzoek

Zoals hierboven reeds beschreven vormen de gerapporteerde prevalentiecijfers een eerste *schatting*, die omwille van verschillende redenen (bijvoorbeeld onderdiagnostisering) vertekend kan zijn (MARTIN *et al.*, 2016). Ook de wijze waarop we de steekproef selecteerden kan hier een impact op gehad hebben. Omwille van veiligheids- en ethische redenen werd namelijk op voorhand beslist geen personen met een ernstige (acute) psychiatrische stoornis op te nemen in de steekproef, wat inherent een onderschatting van de cijfers inhoudt. Ondanks de hoge responsgraad is het daarnaast mogelijk dat gedetineerden die weigerden om deel te nemen aan het onderzoek significant verschillend waren van diegenen die wel de vragenlijst invulden. Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek (BERGMAN *et al.*, 2010; HAAPEA *et al.*, 2008) dat non-participanten een hogere mate van psychiatrische morbiditeit kennen, in vergelijking met participanten. Opnieuw kan dit de bekomen cijfers neerwaarts beïnvloed hebben. Niettegenstaande de anonimiteit van het onderzoek konden we ten slotte niet ontkomen aan een gekend probleem van zelfrapportage als methode van dataverzameling: omwille van stigmatisering is het mogelijk dat gedetineerden eerder gevoelige informatie (zoals diagnoses) hebben ondergerapporteerd. Dit alles maakt dat men de huidige prevalentiecijfers met de nodige voorzichtigheid dient te interpreteren. Toch is dit de eerste studie in België die een grote en representatieve steekproef persoonlijk rekruteerde (eerder dan bijvoorbeeld het penitentiair personeel in te schakelen bij de rekrutering van de respondenten, wat potentieel tot wantrouwen kan leiden) en hen specifiek bevroeg naar psychiatrische morbiditeit, hetgeen implicaties heeft voor het beleid en de praktijk.

5. IMPLICATIES VOOR HET BELEID EN DE PRAKTIJK

Overeenkomstig internationaal onderzoek blijkt de omvang van psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in Vlaanderen hoog, in het bijzonder bij de vrouwelijke populatie. Psychiatrische stoornissen en klachten gaan gepaard met een veelheid aan nefaste uitkomsten, zowel tijdens als na de detentie (zoals suïcide, geweldpleging, slachtofferschap en recidive). In dit opzicht toonden systematische reviews reeds duidelijk de effectiviteit aan van psychosociale interventies bij gedetineerden met een psychiatrische problematiek (KOUYOUMDJIAN *et al.*, 2015; LEIGH-HUNT & PERRY, 2015; MORGAN *et al.*, 2012; YOON, SLADE, & FAZEL, 2017). Het inzetten op geestelijke gezondheidszorg vormt dus een belangrijke pijler binnen het ruimer penitentiair beleid. Een goede (mentale) gezondheid vormt immers een centraal element bij een succesvolle re-integratie (BAYBUTT *et al.*, 2014).

Tijdens de huidige detentie geven twee op drie gedetineerden aan nooit (of zeer zelden) gebruik te maken van de hulpverlening van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) die in alle Vlaamse gevangenissen aanwezig zijn sinds de uitrol van het Strategisch Plan Hulp- en Dienstverlening aan gedetineerden. Van deze subgroep meldt nochtans 39% een psychiatrische diagnose, en een derde (35,1%) rapporteert ernstige psychische klachten. Aangezien we in deze studie geen zorgbehoeften in kaart brachten, kunnen we niet uitgaan van een lineair verband tussen psychiatrische morbiditeit en de ervaren nood aan hulp hiervoor (SAREEN *et al.*, 2005). Toch blijkt uit behoefteonderzoek in de gevangenis van Antwerpen (BROSENS, DE DONDER, & VERTÉ, 2013) eveneens dat 82% van alle bevraagde gedetineerden (N=507) nog nooit op gesprek was geweest bij één van de medewerkers van CGG VAGGA, terwijl de nood aan gespecialiseerde GGZ toch aanzienlijk bleek. Niet op de hoogte zijn van het aanbod bleek een belangrijk obstakel om hulp te zoeken (bij 40% van alle gedetineerden zonder CGG-contact). Bovendien kan het gesloten karakter van de detentie met haar eigen gedragscodes extra drempels opwerpen om de stap naar zorg te zetten (BULTEN *et al.*, 2009). Wantrouwen ten opzichte van professionals, vrees voor stigmatisering en het

verlies van het zelfbeeld zijn belangrijke barrières binnen de gevangenis cultuur (MORGAN *et al.*, 2007). Dit is in het bijzonder het geval bij mannelijke gedetineerden, waar hulpzoekend gedrag en de heersende ‘machocultuur’ vaak onverenigbaar blijken te zijn (KUPERS, 2005; HOWARD LEAGUE, 2016). Het is dus van belang dat de mogelijke barrières om (laagdrempelige) hulp te vragen én te krijgen worden gereduceerd in de penitentiaire context. Een pertinente structurele barrière is zonder twijfel het gebrek aan diensten die instaan voor het verstrekken van geestelijke gezondheidszorg aan gedetineerden.

Dit onderzoek maakt duidelijk dat, zelfs indien alle geïnterneerden de gevangenis zouden hebben verlaten, het blijvend inzetten op zorg voor de geestelijke gezondheid van gedetineerden een prioriteit in het beleid moet blijven. Dat de nood aan geestelijke gezondheidszorg hoog is in de gevangenissen wordt erkend, zowel in het Memorandum ‘Naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België’ (REFLECTIEGROEP ZORG EN DETENTIE, 2014) als in het Vlaams Strategisch Plan Hulp- en Dienstverlening aan gedetineerden 2015–2020 (VLAAMSE REGERING, 2015). Aangaande de zorgbehoefte wordt net zo goed erkend dat deze “de huidige hulpverleningscapaciteit vanuit de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) ruimschoots [overstijgt]” (VLAAMSE REGERING, 2015, p. 31). Ook VAN DEN AMEELLE (2014) stelde reeds dat er qua psychiatrische zorg nog een belangrijke weg is af te leggen binnen de Belgische gevangenissen, ondanks de aanhoudende inspanningen van het gevangenis personeel en de CGG’s werkzaam binnen de muren van de gevangenis. De detentieperiode vormt nochtans een uitgelezen opportuniteit om personen te bereiken die voorheen door de mazen van het (GGZ) net vielen (FAZEL & BAILLARGEON, 2011; FREUDENBERG & HELLER, 2016). Uit de evaluatie van de Centrale Aanmeldingspunten drugs (CAP) in de gevangenis bleek alvast dat, voor wat de drugproblematiek betreft, één derde van de cliënten van deze aanmeldingspunten in het verleden nog geen begeleiding of behandeling had gevolgd voor hun middelenprobleem (VANDEVELDE *et al.*, 2016).

Op één onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg zet Minister Vandeurzen alvast stappen, via het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017–2019. Dat is met name het geval voor de aanmelding van gedetineerden met psychische problemen en hun toeleiding naar voorzieningen buiten detentie. Het gaat hier met andere woorden om één specifieke groep van gedetineerden: zij die in aanmerking komen voor invrijheidstelling. Deze werking (TANDEM) is eigenlijk de heropstart van de CAP in de gevangenissen – waarvan de werking, omwille van de communautisering, tussen mei 2016 en (wellicht mei) 2017 werden stopgezet (VANDER LAENEN, 2016). Een belangrijke wijziging ten opzichte van de CAP is dat deze ‘liaisons’ zich niet langer enkel richten op problematische druggebruikers, maar de aanmelding en toeleiding van *alle* gedetineerden met psychische problemen dienen op te nemen (VANDER LAENEN *et al.*, 2017). Het hoeft geen betoog dat, gezien de hierboven beschreven prevalentie van psychiatrische morbiditeit, ook deze werking wellicht niet aan de vraag zal kunnen voldoen. Bijkomend is, zoals gezegd, dit aanbod gericht naar “alle gedetineerden die omwille van een geestelijk gezondheidsproblematiek na detentie doorverwezen willen worden naar een gepast zorg- en ondersteuningsaanbod en dit met oog op hun re-integratie bij het verlaten van de gevangenis” (AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID, 2016). De nood aan zorg voor gedetineerden voor wie re-integratie nog niet in zicht is, wordt daarmee niet geledigd.

Fundamenteel zou een volwaardig zorgaanbod in de gevangenis – eindelijk – de gelijkwaardigheid van de gezondheidszorg in de samenleving en de gevangenis garanderen zoals bepaald in de Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (B.S. 1 februari 2005) en in internationale aanbevelingen (BRADSHAW *et al.*, 2017; ENGGIST *et al.*, 2014; WHO, 2013). Een vaak gehoorde opmerking bij de uitbouw van dit zorgaanbod is dat daartoe de middelen ontbreken. Zelfs al zijn er onvoldoende middelen voor een volwaardig GGZ-zorgaanbod in de gevangenis, toch is het mogelijk om in te zetten op een correcte bejegening van gedetineerden, net omdat we weten uit

onderzoek dat dit een positieve impact heeft op de ervaren stress, los van de importfactoren (VAN DER LAAN & EICHELSEHEIM, 2013).

Tenslotte is het systematisch monitoren van de (geestelijke) gezondheid een essentieel instrument om de behoeften van de gedetineerden in te schatten, de gezondheidszorg hierop af te stemmen, het penitentiair beleid te informeren, en mogelijke interventies in de penitentiaire context te evalueren (NICE, 2017; VERDOT *et al.*, 2015). Dit was bijvoorbeeld tot voor een aantal jaren tweejaarlijks het geval inzake druggebruik en de geassocieerde gezondheidsrisico's in de Belgische gevangenis (VAN MALDEREN *et al.*, 2011). Spijtig genoeg dateert het laatste rapport van 2011.⁴ We pleiten ervoor dat een dergelijke herhaaldelijke monitoring nieuw leven wordt ingeblazen, idealiter met een focus ruimer dan uitsluitend druggebruik. Hierbij dient men eveneens aandacht te besteden aan de ruimere fysieke en mentale gezondheidsnoden van gedetineerden (VYNCKE *et al.*, 2015), analoog de Gezondheidsenquête die in de algemene samenleving wordt afgenomen (VAN DER HEYDEN & CHARAFEDDINE, 2014). Een *good practice* is bijvoorbeeld deze van het Australian Institute of Health and Welfare, dat sinds 2009 de gezondheid(snoden) van gedetineerden op nationaal niveau systematisch in kaart brengt (AIHW, 2015).

REFERENTIES

- AEBI, M.F., TIAGO, M.M., & BURKHARDT, C. (2016). *SPACE I – Council of Europe annual penal statistics: prison populations. Survey 2015*. Straatsburg: Council of Europe.
- AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID (2016). *Aanmelding en toeleiding van gedetineerden met een geestelijke gezondheidsprobleem naar de gepaste zorg en hulpverlening na detentie*. Brussel: Vlaamse Overheid.
- AIHW (2015). *The health of Australia's prisoners 2015*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- ANGOLD, A., COSTELLO, E.J., FARMER, E.M.Z., BURNS, B.J., & ERKANLI, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(2), 129-137.
- BAILLARGEON, J., BINSWANGER, I.A., PENN, J.V., WILLIAMS, B.A., & MURRAY, O.J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109.
- BAYBUTT, M., ACIN, E., HAYTON, P., & DOORIS, M. (2014). Promoting health in prisons: a settings approach. In S. Enggist, L. Møller, G. Galea, & C. Udesen (Eds.), *Prisons and health* (pp. 180-184). Geneva: World Health Organization.
- BERGMAN, P., AHLBERG, G., FORSELL, Y., & LUNDBERG, I. (2010). Non-participation in the second wave of the PART study on mental disorder and its effects on risk estimates. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 119-132.
- BINSWANGER, I.A., MERRILL, J.O., KRUEGER, P.M., WHITE, M.C., BOOTH, R.E., & ELMORE, J.G. (2010). Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 100(3), 476-482.
- BIRMINGHAM, L., MASON, D., & GRUBIN, D. (1996). Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *BMJ*, 313(7071), 1521-1524.
- BLITZ, C.L., WOLFF, N., & SHI, J. (2008). Physical victimization in prison: the role of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 385-393.
- BOERS, A., VANDELVELDE, S., SOYEZ, V., DE SMET, S., & TO, W.T. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *Panopticon*, 32(2), 17-38.

4 De gegevens van de bevraging van 2012 werden nooit verwerkt en de bevraging werd niet afgenomen in 2014 en 2016. In 2017 staat opnieuw een bevraging gepland, zij het dat deze beperkt zal blijven tot de Vlaamse gevangenis.

- BRADSHAW, R., PORDES, B.A.J., TRIPPIER, T., KOSKY, N., PILLING, S., & O'BRIEN, F. (2017). The health of prisoners: summary of NICE guidance. *BMJ*, 356: j1378.
- BRONS, A., DIRKZWAGER, A., BEIJERSBERGEN, K., REEF, J., & NIEUWBEERTA, P. (2013). Psychische klachten bij mannelijke gedetineerden: prevalentie en risicofactoren. *Tijdschrift voor Criminologie*, 55(3), 241-258.
- BROSENS, D., DE DONDER, L., & VERTÉ, D. (2013). *Hulp- en dienstverlening in de gevangenis Antwerpen: een onderzoek naar de behoeften van gedetineerden*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- BULTEN, E., NIJMAN, H., & VAN DER STAAK, C. (2009). Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 115-119.
- BUTLER, T., ALLNUTT, S., CAIN, D., OWENS, D., & MULLER, C. (2005). Mental disorder in the New South Wales prisoner population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(5), 407-413.
- CONDON, L., HEK, G., & HARRIS, F. (2007). A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1201-1209.
- DG EPI (2016). *Jaarverslag 2015*. Brussel: Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen.
- DHINGRA, K., & BODUSZEK, D. (2013). Psychopathy and criminal behaviour: a psychosocial research perspective. *Journal of Criminal Psychology*, 3(2), 73-107.
- DUDECK, M., DRENKAHN, K., SPITZER, C., BARNOW, S., KOPP, D., KUWERT, P., ET AL. (2011). Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europe. *Punishment & Society*, 13(4), 403-423.
- EDGAR, K., & RICKFORD, D. (2009). *Too little too late: an independent review of unmet mental health need in prison*. London: Prison Reform Trust.
- EMCDDA (2007). *Drugs en criminaliteit – een complexe relatie*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- ENGGIST, S., MØLLER, L., GALEA, G., & UDESEN, C. (2014). *Prisons and health*. Geneva: World Health Organization.
- EYTAN, A., HALLER, D.M., WOLFF, H., CERUTTI, B., SEBO, P., BERTRAND, D., ET AL. (2011). Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 13-19.
- FAVRIL, C., VANDER LAENEN, F., VANDEVIVER, C., & AUDENAERT, K. (2017). Suicidal ideation while incarcerated: prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*.
- FAZEL, S., & BAILLARGEON, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377(9769), 956-965.
- FAZEL, S., CARTWRIGHT, J., NORMAN-NOTT, A., & HAWTON, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721-1731.
- FAZEL, S., HAYES, A.J., BARTELLAS, K., CLERICI, M., & TRESTMAN, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881.
- FAZEL, S., & SEEWALD, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.
- FAZEL, S., WOLF, A., CHANG, Z., LARSSON, H., GOODWIN, G.M., & LICHTENSTEIN, P. (2015). Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry*, 2(3), 224-232.
- FAZEL, S., WOLF, A., PALM, C., & LICHTENSTEIN, P. (2014). Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 44-54.
- FOTIADOU, M., LIVADITIS, M., MANOU, I., KANIOTOU, E., & XENITIDIS, K. (2006). Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1), 68-73.

- FREUDENBERG, N., & HELLER, D. (2016). A review of opportunities to improve the health of people involved in the criminal justice system in the United States. *Annual Review of Public Health, 37*, 313-333.
- FRYERS, T., BRUGHA, T., MORGAN, Z., SMITH, J., HILL, T., CARTA, M., ET AL. (2004). Prevalence of psychiatric disorder in Europe: the potential and reality of meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(11), 899-905.
- GISLE, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In J. VAN DER HEYDEN & R. CHARAFEDDINE (Eds.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en welzijn* (pp. 793-955). Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP).
- GOLDBERG, D.P., GATER, R., SARTORIUS, N., USTUN, T.B., PICCINELLI, M., GUREJIE, O., ET AL. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine, 27*(1), 191-197.
- GONÇALVES, L.C., ENDRASS, J., ROSSEGGER, A., & DIRKZWAGER, A.J.E. (2016). A longitudinal study of mental health symptoms in young prisoners: exploring the influence of personal factors and the correctional climate. *BMC Psychiatry, 16*:91.
- GOOMANY, A., & DICKINSON, T. (2015). The influence of prison climate on the mental health of adult prisoners: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*(6), 413-422.
- GRANN, M., & FAZEL, S. (2004). Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *BMJ, 328*(7450), 1233-1234.
- GUNN, J., MADEN, A., & SWINTON, M. (1991). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ, 303*(6798), 338-341.
- HAAPEA, M., MIETTUNEN, J., LAARA, E., JOUKAMAA, M.I., JARVELIN, M.R., ISOHANNI, M.K., ET AL. (2008). Non-participation in a field survey with respect to psychiatric disorders. *Scandinavian Journal of Public Health, 36*(7), 728-736.
- HASSAN, L., BIRMINGHAM, L., HARTY, M.A., JARRETT, M., JONES, P., KING, C., ET AL. (2011). Prospective cohort study of mental health during imprisonment. *British Journal of Psychiatry, 198*(1), 37-42.
- HOWARD LEAGUE (2016). *Preventing prison suicide: perspectives from te inside*. London: The Howard League for Penal Reform.
- HOWERTON, A., BYNG, R., CAMPBELL, J., HESS, D., OWENS, C., & AITKEN, P. (2007). Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. *BMJ, 334*(7588), 303-306.
- HURLEY, W., & DUNNE, M.P. (1991). Psychological distress and psychiatric morbidity in women prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 25*(4), 461-470.
- INDIG, D., GEAR, C., & WILHELM, K. (2016). *Comorbid substance use disorders and mental health disorders among New Zealand prisoners*. Wellington: New Zealand Department of Corrections.
- JAKOBOWITZ, S., BEBBINGTON, P., MCKENZIE, N., IVESON, R., DUFFIELD, G., KERR, M., ET AL. (2017). Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 2. Met and unmet need. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*(2), 231-240.
- KOUYOUMDJIAN, F.G., McISAAC, K.E., LIAUW, J., GREEN, S., KARACHIWALLA, F., SIU, W., ET AL. (2015). A systematic review of randomized controlled trials of interventions to improve the health of persons during imprisonment and in the year after release. *American Journal of Public Health, 105*(4), 13-33.
- KUPERS, T.A. (2005). Toxic masculinity as a barrier to mental health treatment in prison. *Journal of Clinical Psychology, 61*(6), 713-724.
- LEIGH-HUNT, N., & PERRY, A. (2015). A systematic review of interventions for anxiety, depression, and PTSD in adult offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 59*(7), 701-725.

- MARTIN, M.S., HYNES, K., HATCHER, S., & COLMAN, I. (2016). Diagnostic error in correctional mental health: prevalence, causes, and consequences. *Journal of Correctional Health Care*, 22(2), 109-117.
- MILLS, A., & KENDALL, K. (2016). Mental health in prisons. In Y. JEWKES, B. CREWE, & J. BENNETT (Eds.), *Handbook on prisons* (pp. 187-204). London: Routledge.
- MITCHELL, J., & LATCHFORD, G. (2010). Prisoner perspectives on mental health problems and help-seeking. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 773-788.
- MORGAN, R.D., FLORA, D.B., KRONER, D.G., MILLS, J.F., VARGHESE, F., & STEFFAN, J.S. (2012). Treating offenders with mental illness: a research synthesis. *Law and Human Behavior*, 36(1), 37-50.
- MORGAN, R.D., STEFFAN, J., SHAW, L.B., & WILSON, S. (2007). Needs for and barriers to correctional mental health services: inmate perceptions. *Psychiatric Services*, 58(9), 1181-1186.
- NICE (2017). *Mental health of adults in contact with the criminal justice system*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- NURSE, J., WOODCOCK, P., & ORMSBY, J. (2003). Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*, 327(7413), 480-483.
- OLIVER, M.I., PEARSON, N., COE, N., & GUNNELL, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 297-301.
- PRATT, D., APPLEBY, L., PIPER, N., WEBB, R., & SHAW, J. (2010). Suicide in recently released prisoners: a case-control study. *Psychological Medicine*, 40(5), 827-835.
- REFLECTIEGROEP ZORG EN DETENTIE (2014). *Memorandum 'Naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België'*. Brussel.
- SAREEN, J., STEIN, M.B., CAMPBELL, D.W., HASSARD, T., & MENEC, V. (2005). The relation between perceived need for mental health treatment, DSM diagnosis, and quality of life: a Canadian population-based survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2), 87-94.
- SCHENK, A.M., & FREMOUW, W.J. (2012). Individual characteristics related to prison violence: a critical review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 17(5), 430-442.
- SHAW, J. (2010). *The pathway of prisoners with mental health problems through prison health services and the effect of the prison environment on the mental health of prisoners*. University of Manchester: Offender Health Research Network.
- SIRDIFIELD, C., GOJKOVIC, D., BROOKER, C., & FERRITER, M. (2009). A systematic review of research on the epidemiology of mental health disorders in prison populations: a summary of findings. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20(1), 78-101.
- SLOTBOOM, A.M., MENTING, B., & BIJLEVELD, C. (2009). Psychisch welbevinden van gedetineerde vrouwen in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 51(1), 42-57.
- STEVENS, H., LAURSEN, T., MORTENSEN, P., AGERBO, E., & DEAN, K. (2015). Post-illness-onset risk of offending across the full spectrum of psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 45(11), 2447-2457.
- TODTS, S., & VAN MEIR, J. (2011). Het gebruik van psychofarmaca in de Belgische gevangenis. *Panopticon*, 31(3), 53-55.
- UNODC (2014). *Handbook on women and imprisonment*. New York: United Nations.
- VAN DEN AMEELE, R. (2014). Psychologische hulp aan gedetineerden: een evaluatie van vijf jaar CGG Eclips binnen de gevangenis muren. *Fatik*, 144, 24-28.
- VAN DEN BERGH, B.J., GATHERER, A., FRASER, A., & MOLLER, L. (2011). Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 689-694.
- VAN DER HEYDEN, J., & CHARAFEDDINE, R. (2014). *Gezondheidsenquête 2013: gezondheid en welzijn*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

- VAN DER LAAN, A., & EICHELSCHEIM, V. (2013). Juvenile adaptation to imprisonment: feelings of safety, autonomy and well-being, and behaviour in prison. *European Journal of Criminology*, 10(4), 424-443.
- VAN MALDEREN, S., PAUWELS, L., WALTHOFF-BORM, C., GLIBERT, P., & TODTS, S. (2011). *Druggebruik in Belgische gevangenen: monitoring van gezondheidsrisico's*. Brussel: Federale Overheidsdienst Justitie.
- VANDER LAENEN, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal. *Panopticon*, 37(4), 275-289.
- VANDER LAENEN, F., DE CLERCQ, L., VANDERPLASSCHEN, W. & VANDEVELDE, S. (2017). Centrale aanmeldingspunten drugs in gevangenen revisited: verbreding naar alle geestelijke gezondheidsproblemen!? *Fatik*, 154, 17-23.
- VANDER LAENEN, F., & DE PAUW, K. (2016). Psychiatrische patiënten en politie: samen in de samenleving? *Orde van de Dag*, 74, 5-11.
- VANDEVELDE, S., SOYEZ, V., VANDER BEKEN, T., DE SMET, S., BOERS, A., & BROEKAERT, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 71-78.
- VANDEVELDE, S., VANDER LAENEN, F., VANDERPLASSCHEN, W., MINE, B., & MAES, E. (2016). *Process and outcome study of prison-based registration points (PROSPER)*. Brussel: BELSPO.
- VERDOT, C., GODIN-BLANDEAU, E., GREMY, I., & DEVELAY, A.E. (2015). Monitoring systems and national surveys on prison health in France and abroad. *European Journal of Public Health*, 25(1), 167-172.
- VLAAMSE REGERING (2015). *Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden: Strategisch Plan 2015-2020*. Brussel.
- VYNCKE, V., HANSENS, L., STEENBERGHS, E., & WILLEMS, S. (2015). *Onderzoeksrapport 'Gezondheidsprofiel gedetineerden'*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnszorg.
- WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P., PALMER, S., RUSCHENA, D., & BROWNE, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder: case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- WENDT, D., & SHAFER, K. (2016). Gender and attitudes about mental health help seeking: results from national data. *Health & Social Work*, 41(1), 20-28.
- WHO (2013). *Good governance for prison health in the 21st century*. Geneva: World Health Organization.
- YOON, I., SLADE, K., & FAZEL, S. (2017). Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.