

Problemen en noden van stimulantiagebruikers in de gevangenis

TOM DECORTE*

*"Het zijn de nachten die tellen, die de tijd bepalen die men hier doorbrengt."
"Niks, maar dan ook niks ruikt zoals de geur van een gevangenis."*

Lieve Blancquaert (2006), *Straf(tijd). Getuigenissen van mijn lief, mijn kind, mijn ma, mijne chef en ik*. Uitgeverij Globe

ABSTRACT

Zowel buiten als binnen de gevangensismuren zit de consumptie van stimulantia zoals cocaïne en amfetamines de laatste tijd op Europees vlak in de lift. Op basis van een empirisch onderzoek onder de nationale gevangenisadministraties, externe organisaties, en personeelsleden én gedetineerden in telkens twee gevangenissen in negen lidstaten van de Europese Unie, wordt nagegaan of het gebruik van stimulantia in de gevangenis problemen creëert, of deze groep van gebruikers specifieke noden inzake hulpverlening heeft, en of deze problemen door de bestaande hulpverlening en schadebeperkende maatregelen in de (Europese) gevangenissen afdoende worden geleefd. Het gebruik van stimulantia in gevangenissen gaat wel degelijk met allerlei problemen gepaard. Het bewakings- en het hulpverlenend personeel voelen zich vaak onvoldoende gewapend om met deze problematiek om te gaan. De auteur pleit voor een aantal structurele maatregelen en aanpassingen om het equivalentiebeginsel - een gelijkwaardige drughulpverlening en -preventie in de gevangenis als in de samenleving - te garanderen.

Kernwoorden: Gevangenissen – drugs – (drug)hulpverlening – druggerelateerde problemen – onderzoek

INLEIDING

De consumptie van stimulerende roesmiddelen, zoals cocaïne en amfetamines ('speed'), zit de laatste tien jaar op Europees vlak weer in de lift. Hoewel de meest recente data op een stagnering duiden, vormt Europa wél een belangrijke markt voor de consumptie en distributie van cocaïne (UNODC, 2003a, 2004). Ook de consumptie van zogenaamde amfetamineachtige stimulantia (de term refereert zowel naar de groep amfetamines als naar de groep XTC-producten) is de laatste twee decennia gestegen. Van alle stimulerende middelen is amfetamine in Europa het makkelijkst beschikbaar, terwijl op mondiaal vlak het gebruik van methamfetamine toeneemt (EMCDDA, 2005; UNODC, 2003b). Na cannabis waren amfetamines de tweede meest populaire substan-

* Prof. Dr. Tom Decorte, Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD), Universiteit Gent. Correspondentie: tom.decorte@ugent.be of Universiteitstraat 4, B-9000 Gent.

tie onder jongere gebruikers, maar tijdens de jaren '90 heeft XTC ze in bijna alle Europese landen in populariteit geklopt (EMCDDA, 2004; UNODC, 2003b).

Volgens sommige bronnen is ook het aantal mensen dat in verband met cocaïne- of amfetaminegerelateerde problemen gespecialiseerde hulp zoekt de laatste jaren toegenomen (UNODC, 2006; EMCDDA, 2005; LADIS, 2004). Deze algemene trends in de samenleving roepen belangrijke en moeilijk te beantwoorden vragen op, zoals de vraag naar de prevalentie van cocaïne- en amfetaminegebruik in gevangenis, en de vraag of de opwaartse trend in het gebruik van amfetamines en cocaïne in de samenleving zich ook in gevangenispopulaties weerspiegelt.

De belangrijkste indicatoren van druggebruik in de gevangenis zijn inbeslagnames en zelfrapportages (bijv. als gedetineerden een medische behandeling vragen, of hulp bij druggerelateerde problemen). Voorts zijn er de indicaties of verslagen van druggebruik voor de detentie in het persoonlijk dossier van de gedetineerden, verplichte urine-testen door het medisch personeel, en - in veel gevangenis - systematische tests bij aankomst in de gevangenis. Een systematische analyse van al deze gegevens zou ons inzicht kunnen bieden in de prevalentie van druggebruikers, hun producten en in de verschillende gebruikspatronen in een bepaalde gevangenis, maar de interpretatie van al deze indicatoren wordt nog lastiger als men ook nog eens rekening wil houden met andere variabelen zoals het aantal gedetineerden dat omwille van druggerelateerde misdrijven in die gevangenis werd opgesloten, en de impact van de wettelijke definities van druggebruik.

Toch wijzen diverse studies en internationale data (EMCDDA, 2004; EMCDDA, 2005) op het bestaan van een zekere toename in het stimulantiegebruik in de gevangenis. In ieder geval mag ervan worden uitgegaan dat de kwantitatieve indicatoren -als ze al beschikbaar zijn- de reële situatie in de gevangenis niet accuraat weerspiegelen. De getallen zijn per definitie een understatement (Knight et al., 1998; Mason et al., 1997).

Als we ervan uitgaan dat het stimulantiegebruik in de gevangenis de opwaartse trend van het stimulantiegebruik buiten de muren reflecteert, dan stellen zich andere belangrijke vragen: met name of het gebruik van stimulantia in de gevangenis specifieke problemen creëert, of deze groep van gebruikers specifieke noden inzake hulpverlening heeft, en voorts of deze problemen en noden door de bestaande vormen van hulpverlening en schadebeperkende maatregelen in de (Europese) gevangenis afdoende kunnen worden gelenigd. Op deze laatste vragen wensen wij - op basis van een eigen exploratief en kwalitatief empirisch onderzoek (Decorte et al., 2006) - in deze bijdrage een aantal antwoorden te formuleren.

OPZET VAN HET ONDERZOEK

Hoewel het bereik van substitutiebehandelingen en andere *harm reduction*-strategieën naar gevangenen zich gestadig over Europa uitbreidt (maar weliswaar nog steeds achterblijft op de standaarden van substitutiebehandelingen in de gemeenschap, zie hierover bijv. Stöver, Hennebel & Casselman, 2004), richten deze strategieën zich hoofdzakelijk op gebruikers van opiaten. Voor stimulantiegebruikers met problemen is er vooralsnog geen gevestigde en wijdverspreide farmacologische behandeling (vergelijkbaar met de methadonbehandeling voor opiaatgebruikers) beschikbaar. Specifieke behandelingsstrategieën bleven tot voor kort weinig uitgewerkt, en pas de laatste

jaren werden nieuwe initiatieven inzake preventie en schadebeperkende maatregelen met betrekking tot het gebruik van cocaïne, crack en andere stimulantia ontwikkeld.

Op vraag van Cranstoun Drug Services¹ en het *European Network for Drugs and Infections Prevention in Prisons* (ENDIPP) en met de financiële steun van de Europese Commissie zette het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD) aan de Gentse universiteit een exploratieve studie op naar het beleid en de voorzieningen inzake gerichte hulpverlening en preventie voor gebruikers van cocaïne en amfetamineachtige middelen in de gevangenis in negen Europese landen (Decorte et al., 2006). De specifieke objectieven van dit onderzoek bestonden uit: (a) een beschrijving van de nationale strategieën als antwoord op het stimulantia-gebruik van gevangenen; (b) het gedetailleerd analyseren van het gevoerde beleid en de specifieke voorzieningen voor stimulantia-gebruikers in twee gevangenissen; (c) het beschrijven van de specifieke noden van gedetineerde stimulantia-gebruikers; (d) het identificeren van drempels en barrières die de implementatie van specifieke initiatieven voor stimulantia-gebruikers in de gevangenis bemoeilijken; en ten slotte (e) de initiatieven die op het vlak van stimulantia-gebruik in gevangenissen worden genomen, meer bekendheid geven.

METHODOLOGIE

Het design van dit onderzoek lijkt sterk op dat van andere studies eerder in opdracht van Cranstoun Drug Services opgezet (bijvoorbeeld: Stöver et al., 2004; MacDonald, 2004; Stöver, 2001). Dat wil zeggen dat wij ons hoofdzakelijk van kwalitatieve technieken als open interviews en focusgroepgesprekken hebben bediend. Kwalitatieve methoden bewijzen immers hun nut bij het bestuderen van volksgezondheidskundige aspecten en complexe contexten. Ook bij het in kaart brengen van de uiteenlopende visies, problemen en noden van de rechtstreeks betrokkenen is het nut van zo een aanpak voldoende bewezen. De keuze voor een kwalitatief design reflecteert het feit dat druggerelateerde gezondheidsstrategieën (in het bijzonder schadebeperkende of 'harm reduction'-maatregelen) in gevangenissen in veel landen een heikele kwestie vormen. Als onderzoeker dient men bijgevolg omzichtig te werk te gaan. Met deze relevante en bruikbare onderzoekstechnieken verwerven wij immers makkelijker inzicht in de dagdagelijkse (preventie- en hulpverlenings)praktijken inzake stimulantia-gebruik in gevangenissen. Ze stellen ons eveneens in staat om deze vanuit het perspectief van de rechtstreeks betrokkenen te evalueren.

In ons onderzoek werden negen Europese landen betrokken: België, Ierland, Litouwen, Malta, Nederland, Portugal, Slovenië, Tsjechië en Zweden. Met behulp van het ENDIPP-netwerk hebben wij in elk land nationale coördinatoren gezocht, die een cruciale rol konden spelen. Deze contactpersonen waren veelal bij de nationale gevangenisadministraties werkzaam. Zij hebben de onderzoekers geassisteerd bij het verzamelen (en indien nodig vertalen) van relevante documenten en bij het identificeren en contacteren van experts en potentiële respondenten. Ook bij de selectie van de twee gevangenissen en de organisatie van de werkbezoeken hebben zij hun nut bewezen.

1 Cranstoun Drug Services is momenteel één van de belangrijkste non-profit organisaties in het Verenigd Koninkrijk die zich met drughulpverlening bezighouden. In Europa zet deze organisatie zich in voor de samenwerking rond 'drug demand reduction'-programma's, onder meer door het opzetten en beheren van Europese netwerken rond (preventie van) drugs en infectieziekten in gevangenissen.

In de loop van 2005 en 2006 werden, met uitzondering van Malta, in elk land twee gevangenissen bezocht. De gevangenissen werden geselecteerd in overleg met en op basis van het advies van de nationale coördinatoren, en daarbij werd rekening gehouden met inhoudelijke criteria (aankwijzingen voor een duidelijke drugproblematiek in de gevangenis, relevante drughulpverlening of andere voorzieningen voor druggebruikers) en belangrijke contrasten (arresthuizen met mensen in voorlopige hechtenis versus strafinrichtingen met definitief veroordeelden, instellingen voor mannen en vrouwen, enz.). Bij elk werkbezoek werden er van vertegenwoordigers van de overheden en van niet-gouvernementele organisaties, én van gevangenispersoneel open interviews afgenomen. Het personeel omvatte het drugbehandelingsteam (i.e. dokter, psychiater, verpleegster), het psychosociale team (i.e. onderwijzer, pedagoog, psycholoog, sociaal werker), gevangenisbewaarders en de directeur of zijn/haar vertegenwoordiger. Aan de verschillende respondenten legden wij open vragen voor, bij voorkeur in face-to-face interviews. Slechts in twee gevallen werden enkele participanten samen ondervraagd, omdat dat praktisch nagenoeg niet anders kon. Elk interview duurde tussen de vijftien-veertig en vijfenzeventig minuten. In totaal werden 114 respondenten bevestigd.

In elk detentieoord werden de gevangenen die met stimulantia of met drughulpverlening ervaring hadden, uitgenodigd om aan een focusgroepinterview deel te nemen. Vooraf legden de onderzoekers criteria en diverse aandachtspunten vast. De gesprekken werden vervolgens organisatorisch voorbereid door een personeelslid van de gevangenis betrokken bij de behandeling van druggebruikers en aangeduid door de nationale coördinatoren van het ENDIPP-netwerk. In een neutrale kamer van de penitentiaire inrichting werden de gedetineerden ten slotte bevestigd enkel in aanwezigheid van de onderzoeker. De focusgroepen werden op tape opgenomen indien de gedetineerden hiermee konden instemmen. Die tapes bleven uitsluitend in het bezit van de onderzoeker. In de focusgroepen werd met open vragen gewerkt. De gesprekken duurden ongeveer 90 minuten en gemiddeld participeerden 7,8 gevangenen per groep. In totaal werden aldus in zestien gevangenissen zestien focusgroepen georganiseerd. Op die manier werden, over acht landen gespreid, 125 gedetineerden bereikt.

Respondenten werden in hun moedertaal bevestigd, ofwel rechtstreeks door de onderzoeker (in België en Nederland) ofwel met behulp van een tolk (in Ierland, Litouwen, Portugal, Slovenië, Tsjechië en Zweden). Respondenten werden geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de ethische aspecten. Hun medewerking gebeurde vrijwillig, vertrouwelijk én anoniem.

Ten slotte, omwille van tijds- en budgettaire beperkingen dienden wij de gegevens over Malta 'van op een afstand' (*distant data collection techniques*) bijeen te brengen, dat wil zeggen via databanken (zoals deze van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving), bibliotheken en het internet. Contactgegevens omtrent sleutelpersonen en personeelsleden van relevante externe organisaties verkregen wij met behulp alweer van het internet of via behulpzame collega's. Deze contactpersonen werden op verschillende momenten gecontacteerd (via e-mail, telefoon, fax) en om informatie met betrekking tot de onderzoeksvragen verzocht. *Distant data collection techniques* vertonen evenwel duidelijke nadelen: ze zijn onpersoonlijk en geschieden daardoor nogal traag. Bovendien is het zo goed als onmogelijk om met gevangenen op deze manier een gesprek te hebben, zodat in dit onderzoek niet de visie en de mening van Maltese gedetineerden konden worden verzameld.

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Zoals hierboven reeds aangegeven, werd het onderzoek opgezet om na te gaan of het gebruik van stimulantia in de gevangenis specifieke problemen creëert, of deze groep van gebruikers specifieke noden inzake hulpverlening heeft, en voorts of deze problemen en noden door de bestaande vormen van hulpverlening en schadebeperkende maatregelen in de (Europese) gevangenissen afdoende kunnen worden gelenigd (Decorte et al., 2006). Het design van deze studie is niet gebaseerd op de vraag naar de reële prevalentie van cocaïne- en amfetaminegebruik in gevangenissen, en stelt ons bijgevolg niet in staat om betrouwbare, vergelijkbare en betekenisvolle statistieken of een kwantitatieve analyse van de prevalentie van druggebruikers in een bepaalde gevangenis te produceren. Wel kunnen wij (subjectieve) ideeën en inzichten van verschillende respondenten over de prevalentie van stimulantia en patronen van stimulantia-gebruik in de strafinrichtingen analyseren.

Bovendien volstaan de beschrijvingen op basis van werkbezoeken aan twee gevangenissen niet om een totaalbeeld te genereren van de situatie in alle gevangenissen in een land. Rekening houdend met de heterogeniteit van behandelingsprogramma's binnen Europese gevangenissen, bieden de bevindingen een onvoldoende basis voor internationale vergelijkingen. De studie is niet opgezet met het oog op het testen van bestaande hypothesen bij een representatieve steekproef van respondenten (of gevangenissen) voor de gehele populatie (bijv. alle gevangenissen in de Europese Gemeenschap), maar wel om de ervaringen, attitudes, percepties, problemen en noden van verschillende groepen betrokken bij specifieke gezondheidsinterventies voor stimulantia-gebruikers in gevangenissen te exploreren.

ANALYSE

Alle interviews en focusgroepgesprekken werden volledig en letterlijk uitgetikt, en verwerkt met een computerprogramma voor kwalitatieve dataverwerking (NVivo). De kwalitatieve data die aldus werden bijeengebracht, hebben wij met behulp van inhoudsanalytische methoden geanalyseerd en volgens thema's en categorieën georganiseerd.² Bij de analyse lag de nadruk niet op het vergelijken van verschillende landen of het genereren van een representatief beeld voor het totale penitentiaire landschap in een land. De aandacht van de onderzoekers ging bij de analyse vooral naar thema's die door de meeste respondenten in verschillende landen en/of diverse penitentiaire inrichtingen aangekaart werden, en naar thema's waarover de diverse participanten in dezelfde instelling opvallend contradictoire of juist eensgezinde uitspraken deden. Waar nodig werd rekening gehouden met de verschillen in penitentiair beleid en andere contextuele informatie. In deze bijdrage bespreken we vooral de meest universele en recurrente thema's die in het onderzoek aan bod zijn gekomen.

2 De volledige interviewschema's (per categorie respondenten) werden in de bijlagen van het onderzoeksrapport gepubliceerd (zie Decorte et al., 2006). De belangrijkste interviewthema's hadden betrekking op nationale strategieën ten aanzien van druggebruik in de gevangenissen in het algemeen en ten aanzien van stimulantia-gebruik(ers) in het bijzonder, beschikbare indicatoren voor stimulantia-gebruik in de gevangenissen, profielen van stimulantia-gebruikers, harm reduction initiatieven, drugpreventie en -hulpverlening in de gevangenissen, samenwerking met externe organisaties, noden en problemen van personeel en van gedetineerden (m.b.t. de drugproblematiek in haar geheel en stimulantia-gebruik in het bijzonder), opleiding van het personeel, en het welzijn van het personeel en van de gedetineerden.

RESULTATEN

a. Prevalentie van stimulantiegebruikers in de gevangenis

Een kwalitatief design zoals in dit onderzoek, stelt ons niet in staat om betrouwbare, vergelijkbare en betekenisvolle harde statistieken over de prevalentie van cocaïne en amfetamineachtige middelen in strafinrichtingen te produceren. Toch dient gezegd dat de meeste respondenten (gevangenispersoneel én gedetineerden) naar eigen zeggen wél een stijging van het stimulantiegebruik observeren. In sommige landen, zoals in Tsjechië en in Zweden, is een hoge prevalentie van amfetaminegebruik al vele jaren een feit, zowel in de algemene bevolking als binnen de muren van de gevangenis. In andere landen daarentegen lijken indirecte indicatoren van druggebruik (zoals inbeslagnames, urinetesten en zelfrapportages van gedetineerden) nu pas de generale opwaartse trend van stimulerende middelen in de gemeenschap te reflecteren.

Stimulantia gebruiken of verhandelen is illegaal en dus strafbaar in alle landen die we hebben bezocht. Zowel in de samenleving als in de gevangenissen proberen mensen hun druggebruik te verbergen. Zowel het gevangenispersoneel als de gedetineerden geven aan dat in zulke omstandigheden het toegeven van (en het praten over) druggebruik tegenover anderen vaak door een algemeen gevoel van schaamte gehinderd wordt. Velen beschouwen druggebruik immers als een teken van persoonlijke zwakte, psychologische stoornissen of zelfs als een ziekte, zowel buiten als in de gevangenis.

Meer zelfs, toegeven dat je drugs gebruikt of er gewoon over praten, betekent eveneens dat de penitentiaire beambten en de mensen van de medische en sociale diensten een aantal strategieën zullen gebruiken om het gedrag van gedetineerden onder controle te krijgen, te veranderen of aan te passen. Veel gedetineerden geven aan dat een gevangene zijn of haar druggebruik ten allen tijde tracht te verbergen, tenzij hij écht hulp wil. Het is bijgevolg niet omdat stimulantiegebruik in de gevangenis weinig wordt vastgesteld en gedetineerden zelf zelden of nooit het gebruik aangeven, dat het werkelijke verbruik van stimulerende middelen er laag of onbestaande is. Nochtans argumenteren sommige vertegenwoordigers van gevangenisoverheden en gevangenisdirecties dat er geen reden tot bezorgdheid is, 'omdat de beschikbare indicatoren niet op het gebruik van dergelijke middelen wijzen'.

Ten slotte dient opgemerkt dat het niet nuttig is om gebruikers in te delen in categorieën als cocaïnegebruikers of speedsnuiers, want in de meeste landen werd door de meeste respondenten aangegeven dat polydruggebruik een normaal gegeven is.

b. Wijzen van gebruik

Cocaïne en amfetamineachtige stoffen worden op verschillende manieren gebruikt. Snuiven komt het vaakst voor. In het algemeen delen de meeste vertegenwoordigers van de nationale gevangenisadministraties en veel personeelsleden de visie dat het injecteren van stimulantia in Europese gevangenissen weinig voorkomt. Verklaringen die daarvoor het vaakst worden aangehaald, zijn dat er in gevangenissen weinig naalden beschikbaar zijn (zie daarover ook: Long et al., 2004) en dat de meeste gevangenen zich wel bewust zijn van de gevaren die met intraveneus druggebruik samenhangen (zoals het oplopen van virussen die zich via het bloed verspreiden). Volgens sommige

stafleden (van het medisch én het bewakingspersoneel) is het feit dat er weinig naalden in beslag worden genomen een bewijs voor de lage prevalentie van intraveneus druggebruik. Dat stimulantia kunnen worden gesnoven, geslikt of in sommige gevallen geïnhaleerd lijkt door de gevangenen als minder gevaarlijk te worden aanzien, al zijn er ook aan deze methoden risico's verbonden. Dit wordt bevestigd door gevangenen die beweren dat naalden moeilijk te vinden zijn en dat intraveneus druggebruik beschouwd wordt als marginaal. Als gevangenen toch injecteren, gebeurt dit volgens deze respondenten meestal in het geheim en als ze alleen zijn, of soms in kleine groepen. Toch zijn er aanwijzingen dat het injecteren van stimulerende middelen in sommige gevangenisstrafzaken toeneemt en/of reeds wijdverspreid is. Sommige gedetineerden beschouwen het injecteren als een 'meer economische' gebruikswijze: als je drugs injecteert, kun je veel meer effect uit het middel halen dan wanneer je het inhaleert of snuift.

c. Factoren die stimulantia-gebruik in gevangenisstrafzaken beïnvloeden

Stimulantia-gebruik in strafzaken wordt door vele factoren beïnvloed. Verschillende auteurs hebben eerder aangetoond dat er (natuurlijk) een relatie bestaat tussen het gebruik in de gevangenis en het gebruikspatroon van de gedetineerde vóór zijn detentie, maar dit is zeker geen absolute relatie (zie o.m. Keene, 1997; Cope, 2000; Strang et al., 2006). Veranderingen in het gebruikspatroon tijdens gevangenschap verschillen naar gelang van het middel dat men gebruikt. Ook in dit onderzoek bevestigen veel stafleden van het drugbehandelings- en/of het psycho-sociale team dat gedetineerden die vóór de detentie heroïne gebruikten, vaker met het gebruik ervan door gaan, terwijl gebruikers van stimulantia tijdens hun detentie vaker op andere middelen overstappen.

Een factor die het gebruik van cocaïne en amfetaminen in gevangenisstrafzaken onmiskenbaar beïnvloedt, is de beschikbaarheid van de drug. Er bestaat geen reden waarom het binnensmokkelen van stimulantia moeilijker zou zijn dan het binnenbrengen van heroïne. Volgens gedetineerden zijn er in arresthuizen of secties voor voorlopig gehechten meer stimulantia beschikbaar dan in andere secties (zie daarover bijvoorbeeld ook: Mason et al., 1997; Brooke et al., 1998), omdat daar meer dealers zitten en omdat er minder urinetesten worden afgenomen. In drugvrije secties of behandelingssecties zijn er vanzelfsprekend minder stimulantia te vinden. Maar gedetineerden benadrukken dat geen enkele gevangenis drugsvrij is, welke de strategieën om de toevoer van roesmiddelen tegen te gaan ook zijn, en zelfs al gaat het om zogenaamd drugvrije secties.

De beschikbaarheid van stimulantia in gevangenisstrafzaken wordt sterk beïnvloed door marktfactoren, zoals de hoge prijs. Cocaïne is in de meeste landen een duur middel en in gevangenisstrafzaken zijn de prijzen door de band genomen nog hoger, omdat de dealers de kosten en risico's van het smokkelen aan de consument verrekenen. Hoewel het prijsniveau een belangrijke *demand factor* is, dient benadrukt dat de prijs ook een subjectief en individueel gewicht krijgt, al naar gelang van de financiële situatie van de gedetineerde. Wat voor de ene niet betaalbaar is (in de bajes), is het voor een ander misschien wel. Sommigen kunnen zich cocaïne veroorloven, anderen niet. De hoge prijs van stimulantia zoals cocaïne kan serieuze financiële problemen met zich meebrengen, met name onder de vorm van schulden aan de dealer.

Een andere *demand factor* die de beschikbaarheid van stimulantia in gevangenissen belangrijk beïnvloedt, is de ongeschiktheid ervan in gevangenissettings. Een gevangene vertelde ons dat heroïne dé gevangenisdrug bij uitstek is: 'Wat voor zin heeft het om cocaïne te gebruiken en opgesloten te zitten in je cel?' Zowel in onze interviews als in andere wetenschappelijke literatuur wordt gesuggereerd dat gedetineerden liever 'downers' gebruiken omdat deze drugs relaxerend werken en de saaie boel verlichten (Swann & James, 1998; Bullock, 2003; Strang et al., 2006). Daarom worden veel stimulantia-gebruikers in de penitentiaire inrichtingen opiaat- of cannabisgebruikers of nemen ze kalmerende middelen. Toch beweren sommige gedetineerden in de focus-groepgesprekken dat ze wel stimulantia zouden gebruiken, aangezien ze de tijd sneller doen gaan, en omdat ze in vergelijking met cannabis minder gemakkelijk kunnen worden opgespoord. Daarnaast verminderen ze het hongergevoel en kunnen ze de effecten van opiaten maskeren en tegengaan.

In afdelingen voor vrouwelijke gedetineerden blijken roesmiddelen soms opvallend minder beschikbaar te zijn (daarover zijn gedetineerden en gevangenispersoneel het eens). Volgens sommige (vrouwelijke) gedetineerden moet dit aan de betere drugsbevoorradingskanalen in mannelijke gevangenissen worden toegeschreven, én aan het feit dat vrouwen in het algemeen voor andere *coping* strategieën kiezen om zich aan het leven in de nor aan te passen.

Vele geïnterviewde personeelsleden zeggen dat diverse werkmogelijkheden, trainingsfaciliteiten, fitness en andere vrijetijdsactiviteiten, en van therapeutische programma's interessante alternatieven vormen voor druggebruik. Gevangenen die werken, opleidingen volgen of voldoende toegang hebben tot vrijetijdsfaciliteiten, vertonen minder interesse in drugs.

d. Profielen van stimulantia-gebruikers in gevangenissen

Zowel in de samenleving als in de gevangenis bestaat er geen homogene subcultuur van cocaïne- of amfetaminegebruikers. In de internationale wetenschappelijke literatuur vindt men verschillende ingewikkelde typologieën van cocaïne- of amfetaminegebruikers (Cohen, 1989; Waldorf et al., 1991; Mugford, 1994; Erickson et al., 1994; Decorde & Slock, 2005). Ook uit onze interviews is duidelijk gebleken dat er in detentiecentra verschillende 'types' van gebruikers verblijven.

Verschillende respondenten (zowel gedetineerden als gevangenispersoneel) suggereren dat stimulantia-gebruikers veelal jongere mensen zijn, en vaker vrouwen (gelijkaardige vaststellingen werden gedaan door: Klee & Morris, 1994; Hall et al., 1993). Percepties inzake socio-economische achtergronden variëren significant van land tot land. Stimulantia-gebruikers vertonen volgens verschillende respondenten (gedetineerden, personeel en inrichtingshoofden) vaker (symptomen van) persoonlijkheidsstoornissen of psychiatrische problemen, zoals depressie, ADHD, zelfmoordneigingen, angststoornissen en psychotisch gedrag (zie bijv. ook: Kleinman et al., 1990; Farrell et al., 2002). Tegelijkertijd lijken stimulantia-gebruikers hun eigen gedrag niet als problematisch te beschouwen. Zoals hierboven al beweerd, zijn categorieën als de strikte cocaïne- of de strikte heroïnegebruiker nutteloos: het fenomeen van polydruggebruik blijft wijdverspreid en gedetineerden schakelen tijdens hun detentie vaak op andere producten over, en later opnieuw wanneer ze in de samenleving terugkeren.

e. Problemen en risico's van stimulantiegebruik in gevangenissen

De vraag of stimulantiegebruik in gevangenissen specifieke problemen en risico's veroorzaakt, kan niet eenvoudig worden beantwoord. Veel kenmerken van de strafinrichting als setting intensifiëren gevoelens van angst, stress en paranoia bij de meeste ingezetenen, of ze nu drugs gebruiken of niet. Bovendien bevat de gevangenispopulatie sowieso een hoger percentage mensen met persoonlijkheidsstoornissen en/of psychiatrische problemen, ongeacht de gebruikte drug.

Stimulantiegebruik in penitentiaire inrichtingen wordt - door het gevangenispersoneel én door de gedetineerden - vaak geassocieerd met hoge niveaus van agressie, geweld en pesterijen en dus ook met onvoorspelbaar gedrag van de gevangenen. De stelling dat er causaal een verband bestaat tussen stimulantiegebruik en gedragsproblemen, is op basis van onze interviews moeilijk hard te maken, omdat gedragsproblemen een direct gevolg van reeds aanwezige stoornissen of pathologieën (zoals depressie, paranoia, psychosen en zelfmoordneigingen) kunnen zijn (Farrell et al., 2002), en/of beïnvloed worden door overbevolking in tuchthuizen (MacDonnald, 2004). Een oplopen van het geweld kan ook verband houden met onderlinge conflicten over drugshandel en geld (ongeacht het type drug).

Andere problemen als gevolg van stimulantiegebruik zijn (psychologisch) verlangen, slapeloosheid en fysieke symptomen zoals hartkloppingen, gewichtsverlies, uitputting, uitdroging, etc. Deze laatste verschijnselen zijn vooral significant en acuut gedurende de eerste dagen (en soms weken) in voorhechtenis, of na het arriveren in de strafinrichting (zie ook: Mason et al., 1997; Brooke et al, 1998). Verschillende artsen, psychologen en maatschappelijk werkers geven in onze interviews aan dat deze symptomen aanvankelijk zeer intensief en problematisch kunnen zijn en dat gebruikers nood hebben aan medische opvolging van nabij, maar ze geven ook aan dat deze symptomen in het algemeen afnemen wanneer de gevangene verder ontwent.

Zowel in de internationale literatuur (zie o.m. Louie et al., 1989; Kleinman et al., 1990; Farrell et al., 2002; Hall & Hando, 1994; Hall & Hando 1996) als in de interviews met onze respondenten wordt de hoge prevalentie van psychologische symptomen (depressie, angst, stemmingswisselingen, paranoia en hallucinaties) gelinkt aan amfetaminegebruik en intraveneus druggebruik. Een groot deel van de amfetaminegebruikers is klinisch depressief en een verder gebruik wakkert dit alleen maar aan. Sommige gedetineerden vertoonden deze psychologische symptomen weliswaar reeds tevoren, maar de meeste ervan stijgen volgens gevangenisartsen en -psychologen vooral na de aanvang met het gebruik.

In een gevangenisstelsel, dat controle, kalmte en orde nastreeft, wordt het typisch nerveuze en hyperactieve gedrag eigen aan stimulantiegebruikers gezien als een moeilijk aspect om mee om te gaan. Sommige gedetineerden beweren dat dit een van de redenen is waarom stimulantiegebruikers vaker in de isolatiecel belanden.

Een bijkomend belangrijk probleem in verband met stimulantiegebruikers in gevangenissen is het feit dat velen zichzelf niet als problematisch gebruiker of als lid van een subcultuur beschouwen, en dus elke hulp weigeren. Volgens het bewakingspersoneel is het ook lastig dat zij stimulantiegebruikers niet kunnen onderscheiden van andere

druggebruikers, terwijl het medisch personeel het gebrek aan duidelijke richtlijnen om met ze om te gaan, het grootste probleem noemt.

Een gevaar dat in de internationale literatuur vaak met stimulantia-gebruik geassocieerd wordt, maar merkwaardig genoeg in onze interviews weinig vermeld werd, zijn de effecten van stimulantia op seksueel gebied. Amfetaminegebruikers rapporteren een grotere interesse in seks vergeleken met gebruikers van hoofdzakelijk heroïne (Klee, 1993). Een grote proportie van hen vrijt onveilig, met een verhoogd risico op HIV-infectie en seksueel overdraagbare ziektes. Het feit dat dit nergens ter sprake kwam gedurende onze veldbezoeken kan op verschillende zaken wijzen. Het kan het taboe rond seks in gevangenissen illustreren. Ook is het mogelijk dat noch het personeel, noch de gedetineerden zich bewust zijn van het verband tussen stimulerende middelen en seksueel risicogedrag. Ten slotte is er maar weinig geweten over het effect van stimulantia op seksuele interesse en dito activiteit in een penitentiaire inrichting. Het zou kunnen dat de gevangeniscontext alleen al de interesse in seks van sommige gedetineerden smooit (maar niet de interesse in roesmiddelen).

f. Gerichte interventies in gevangenissen

In onze studie kwamen we bijna geen gerichte interventies naar stimulantia-gebruikers in gevangenissen tegen. In verscheidene landen voerden de personeelsleden en vertegenwoordigers van de nationale gevangenisadministraties aan dat het gebruik van cocaïne en amfetamines ter sprake kwam tijdens groepssessies, individuele gesprekken of in vormsessies door externe organisaties. Wanneer de geïnterviewden evenwel om meer gedetailleerde informatie over aard en omvang van de sessies werden gevraagd, werd het snel duidelijk dat een systematische en begeleide aanpak tegenover stimulantia-gebruikers doorgaans niet in het geding was. Geen van de gevangenen erkende het bestaan van doelgerichte interventies naar stimulantia-gebruikers toe. En in de landen met een uitgeschreven drugbeleid voor gevangenissen (zoals bijvoorbeeld Ierland) werd er tussen stimulantia en opiaten geen onderscheid gemaakt. Zelfs in de landen waar de prevalentie van amfetaminegebruik traditioneel hoger lag (zoals Tsjechië en Zweden), stelden wij geen specifieke interventies vast.

Om dit tekort aan doelgerichte interventies naar stimulantia-gebruikers te verklaren, beweerden verscheidene respondenten dat er ook geen doelgerichte interventies binnen de gemeenschap zijn. In veel van de landen lijkt dit een accepteerbaar argument, aangezien de meeste voorzieningen en diensten aangeboden door lokale NGO's en behandelingscentra niet gedifferentieerd zijn voor opiaatgebruikers en stimulantia-gebruikers, of meestal gericht zijn op opiaatgebruikers. Bovendien zoeken amfetaminegebruikers slechts zelden hulp. Volgens sommige (amfetamine gebruikende) gedetineerden heeft dit te maken met het feit dat de behandelingen hoofdzakelijk op opiaatgebruikers gericht zijn en veelal niet geschikt om amfetamineproblemen aan te pakken. Volgens gevangenisartsen en -psychologen is het probleem dat men weliswaar op grote schaal behandelingen en interventies voor cocaïne- en amfetaminegebruikers heeft bedacht en uitgetest, maar dat er over de effectiviteit ervan vooralsnog geen eenduidigheid bestaat. Veel van onze respondenten (artsen én gedetineerden) klaagden over het ontbreken van een geschikte substitutietherapie (vergelijkbaar met methadonverstrekking voor opiaatgebruikers).

g. Noden van gedetineerden en gevangenispersoneel met betrekking tot stimulantia-gebruik

Het gebrek aan doelgerichte interventies inzake stimulantia-gebruik staat in schril contrast met de acute problemen en noden van de betrokkenen. Vooreerst bestaat er een nood aan specifieke productinformatie. Dat geldt voor het bewakingspersoneel én voor de medische staf. Er is ook behoefte aan specifieke, bruikbare informatie omtrent schadebeperking voor gevangenen, ten einde meer te vernemen over het reinigen van spuiten, ontwenningssymptomen, belang van voldoende slaap en gezond eten, voorkomen van dehydratatie, gevaren van polydruggebruik en hoe overdosissen te vermijden.

Zowel het personeel van de ziekenboeg in gevangenis en van gewone afdelingen vraagt richtlijnen voor het behandelen van acute amfetamine- en cocaïne-intoxicaties, die gebaseerd zijn op recente wetenschappelijke literatuur en de ervaring van leidende medici en gezondheidsspecialisten te velde. Veel van de bovengenoemde fysieke en psychische problemen worden acuut wanneer gebruikers in de gevangenis aankomen en tijdens de eerste weken van het afkicken. Het is fout om aan te nemen dat het ontwenningproces van stimulantia gelijk is aan dat van opiaten. Medisch personeel zou over gedetailleerde richtlijnen moeten beschikken betreffende de omgang met personen die ontwennen. Daar zouden ook informatieve gegevens in verband met het gebruik van benzodiazepines en antipsychotische medicijnen moeten instaan.

Evenwel: het loutere gebruik van geneesmiddelen kan - volgens de gedetineerden én verschillende leden van de psychosociale teams - niet volstaan om iemand te doen ontwennen. Naast farmacotherapie leiden andere strategieën, zoals steun organiseren, tips om het slapen te bevorderen, relaxatietechnieken, het omgaan met gemoedsschommelingen annex vreemde gedachten en pijnen, voldoende eten, etc. ook tot goede resultaten.

Sommige stimulantia-gebruikers in de gevangenis zijn volgens het medisch-sociale personeel 'wandelaar bommen', in die zin dat ze zware psychiatrische problemen vertonen, waarvan vaak nog geen diagnose werd gesteld. Er dienen bijgevolg structurele aanpassingen te gebeuren ten einde potentiële diagnoses van persoons- en psychiatrische aandoeningen te verbeteren en om in specifieke detentiestellingen of gespecialiseerde secties in gevangenis een aangepaste begeleiding te voorzien.

De nood aan strategieën die de medische of productgeoriënteerde aanpak overtreffen, is echter het grootste probleem. Veel gevangenen beweren dat ze eerder nood hebben aan praten over hun psychologische afhankelijkheid (en het psychologische aspect van hun druggebruik) dan aan een vorm van medicatie. Het is ook nodig dat het personeel beter getraind wordt op het herkennen van aan het gebruik van stimulantia gerelateerde problemen én in een meer gepast reageren op de hierboven geschetste problemen.

Veel gevangenen gebruiken roesmiddelen om de verveling tegen te gaan, als puur tijdverdrijf. Er bestaat dus duidelijk een behoefte aan een zinvoller gevangenisregime, waarbinnen gevangenen worden beziggehouden, via werk, training, voorlichting en

recreatie. Zowel het (medische en psychosociale) personeel als de gevangenen smeken om een meer betekenisvolle detentie en om meer psychologische bijstand.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Het gebruik van cocaïne en amfetamineachtige middelen in gevangenisson verdient onze aandacht en bezorgdheid. Het wordt immers geassocieerd met agressie en geweld, met financiële problemen én met problemen van psychologische en psychische aard. Veel gevangenispersoneel (zowel het medische als het bewakingspersoneel) voelt zich vaak ongewapend om met deze stimulantia-gerelateerde problemen om te gaan. Zulke condities vormen een gevaar voor de gezondheid van de gevangenen en doen de risico's op HIV-overdracht stijgen. Ook moedigen ze druggebruik aan als antwoord op de stress en het eentonige leven in de gevangenis. Overigens doen ze de stress onder de gevangenen stijgen. Dit alles oefent een negatieve invloed uit op hun mentale gezondheid en maakt de bestaande gezondheidsproblemen alleen maar erger.

In onze studie kwamen we geen noemenswaardige gerichte interventies naar stimulantia-gebruikers in gevangenisson tegen. Een systematische en begeleide aanpak tegenover stimulantia-gebruikers in de gevangenis is doorgaans niet in het geding. Volgens sommige respondenten is dat enigszins te verklaren doordat de meeste literatuur hieromtrent uit de Verenigde Staten komt en voornamelijk op cocaïnegebruikers betrekking heeft, maar vooral omdat er (vooralsnog) geen eenduidigheid bestaat over de effectiviteit van diverse behandelingen, interventies en strategieën gericht op stimulantia-gebruik.

Nochtans werden er bij stimulantia-gebruikers diverse interventies uitgevoerd: met name preventieve interventies gecombineerd met informatieverschaffing over 'harm reduction', behandeling van acute stimulantia-intoxicatie, afkickbehandelingen, farmacologische en niet-farmacologische tussenkomsten, en ingrepen voor stimulantia-gebruikers met co-morbiditeit (psychiatrische stoornissen) (WHO, 2000; WHO, 2001). Sommige daarvan worden toch als beter dan andere omschreven (Kamieniecki et al., 1998; Rigter et al., 2004). Campagnes gericht op schadebeperking voor stimulantia-gebruikers bijvoorbeeld kunnen weliswaar vaak moeilijk worden geëvalueerd, maar zij lijken vooral succesvol wanneer leden van de doelgroep bij het ontwerp van de campagnes betrokken worden (Kamieniecki et al., 1998). Voor de behandeling van acute stimulantia-intoxicatie zijn door medici met veel ervaring richtlijnen ontworpen (WHO, 2000; WHO, 2001). Veel onderzoek is verricht naar het gebruik van farmacologische middelen bij de behandeling van stimulantia-gebruikers. Zogenaamde 'blocking drugs' en aversieve drugs bleken weinig succesvol of te gevaarlijk, maar drugs die de ongemakken van de ontwenning en het verlangen ('craving') doen afnemen, hebben daarentegen hun doeltreffendheid in ten minste enkele studies bewezen. Substitutiemiddelen bij de behandeling van amfetaminegebruikers scoren veelbelovend, maar de meeste onderzoeken waren eerder ongecontroleerde studies. Wel gecontroleerde experimenten met het voorschrijven van cocaïne duiden dan weer op een verminderd terugvallen op zwaar, illegaal gebruik en verlangen naar de drug (Kamieniecki et al., 1998). Op basis van de meest recente wetenschappelijke literatuur en de ervaring van leidende medici en gezondheidsspecialisten te velde, zouden de gevangenisadministraties richtlijnen voor het behandelen van acute amfetamine- en cocaïneintoxica-

ties, en het omgaan met ontwenningssymptomen van stimulantia voor het personeel kunnen (laten) uitwerken.

Echter, de zorgen en noden van zowel het personeel als de gedetineerden zijn op dit vlak niet tot louter medische of farmacologische problemen en oplossingen terug te brengen. Er is duidelijk een behoefte aan een zinvoller gevangenisregime, waarbinnen gevangenen worden beziggehouden, via werk, training, voorlichting en recreatie. Zowel het (medische en psychosociale) personeel als de gevangenen smeken om een meer betekenisvolle detentie en om meer psychologische bijstand.

Gevraagd naar de reden waarom er zo weinig doelgerichte inspanningen naar stimulantia-gebruikers gebeuren, wijzen bijzonder veel respondenten - in alle landen, en over de verschillende categorieën van respondenten heen - op meer algemene barrières en problemen die de voorzieningen en schadebeperkende strategieën in gevangnissen bemoeilijken. Een groot deel van deze problematiek is eerder al in verscheidene studies geïdentificeerd (Stöver et al., 2004; MacDonald, 2004). Ik denk aan het gebrek aan een *evidence-based* beleid, de eenzijdige en unilaterale focus op de bestrijding van het smokkelen van middelen in de gevangenis, budgettaire beperkingen, de onnodige opsluiting van druggebruikers, de veralgemeende negatieve attitude tegenover druggebruikers, het personeelstekort, de gebrekkige kwalificaties en opleiding van het bewakingspersoneel en van de medische staf, de nood aan multidisciplinaire acties, de achterdocht ten aanzien van en het daaruit volgend gebrek aan structurele overeenkomsten met NGO's, ...

Het equivalentiebeginsel ('principle of equivalence') veronderstelt dat interventies en voorzieningen inzake (medische, psychiatrische en psychosociale) gezondheidszorg die buiten de gevangenis worden aangeboden en waarvan de effectiviteit is bewezen, ook binnen de gevangenis toegepast worden. Gevangenen hebben immers zonder discriminatie recht op een standaard aan gezondheidszorg zoals die in de samenleving bestaat. Dit equivalentiebeginsel is fundamenteel voor de promotie van mensenrechten en de beste gezondheidsomstandigheden in de gevangenis (UNODC, 2006). Het wordt zowel gesteund door internationale richtlijnen inzake gezondheidszorg in gevangnissen en de rechten van gevangenen (UN, WHO, UNAIDS) als door het nationaal gevangenisbeleid en de wetgeving in vele landen.

Maar helaas, driewerf helaas, het equivalentieprincipe blijft *wishful thinking*. De verscheidenheid en kwaliteit van drugsvoorzieningen buiten de gevangenis worden binnen de gevangensmuren niet weerspiegeld, noch voor druggebruikers in het algemeen, noch voor stimulantia-gebruikers in het bijzonder. Het is dus duidelijk dat er nog veel moet gebeuren om van gevangnissen méér dan enkel straffende instellingen te maken. Als de reïntegratie van gevangenen (en specifiek van druggebruikers) werkelijk als een doelstelling en een functie van de gevangnissen worden beschouwd, moeten deze barrières en problemen rond de organisatie van gezondheidszorg aangepakt worden op een meer overtuigende manier. Druggebruikers horen niet thuis in een gevangenis en de gevangenissetting is geen ideale plaats voor drughulpverlening. Er moeten acties ondernomen worden om gevangenispopulaties en de overbevolking te herleiden, als integraal deel van een duidelijke strategie om de gezondheidszorg voor druggebruikers in de gevangnissen te verbeteren. Wetgeving en beleidsaanpassingen zouden een verandering in wetten en straffen moeten nastreven om de criminalisering

van niet-gewelddadige drugdelicten en de opsluiting van niet-gewelddadige druggebruikers significant te reduceren.

Ten slotte: als detentie op zich niet kan worden vermeden, moeten er, van de eerste dag dat iemand in de gevangenis aankomt, hulpverlenings- en preventiestappen ondernomen worden (Stöver, 2001). Dit houdt een samenhangende hulpverlening voor afkick-symptomen van stimulantia-gebruik in, alsook de toegankelijkheid tot gezondheids- en sociale hulp zowel van diensten binnen de gevangenis als van gemeenschapsdiensten die individuele problemen en stoornissen definiëren. Met het oog op medische behandelingen moeten er voorts verhoogde inspanningen geleverd worden in de gevangenis om te verzekeren dat (stimulantia)gebruikers zorg, bijstand en behandeling ontvangen zoals in de samenleving. Gevangenen die lijden onder de ontwenningverschijnselen, moeten -net zoals in de samenleving- toegang hebben tot pijnstillende en/of angst of paranoia reducerende medicatie. Ook moeten gevangenen toegang hebben tot de niet-traditionele therapieën voor stimulantia-gebruikers. Structurele aanpassingen die de diagnose van persoonlijkheids- en psychiatrische stoornissen verbeteren én aangepaste begeleiding voorzien, zijn hard nodig. Gevangenen zouden toegang moeten hebben tot (vrijwillige) behandelingen zoals hervulpreventie, cue exposure-therapieën³, cognitieve gedragsinterventies en multifactoriële gedragstherapie. Jaren later geldt de bewering van Stöver (2001) nog steeds: gezondheidszorg in gevangenis moet evolueren van een reactief *sick-call* systeem naar een proactief systeem dat de vroege waarneming van persoonlijkheidsstoornissen en psychiatrische problemen zowel als gezondheidspromotie onder druggebruikers én preventie omvat.

DANKWOORD

Dit onderzoek ressorteert onder de activiteiten van Cranstoun Drug Services en het European Network for Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP). Het werd door de Europese Commissie deels gesubsidieerd. De auteur is de volgende personen en instanties dankbaar voor hun steun: de Europese Commissie, Cranstoun Drug Services' Networks en ENDIPP, de directeurs-generaal van de betrokken landen, de verantwoordelijke ministeries van volksgezondheid en justitie, de nationale coördinatoren en dito experts, de gevangenisdirecteuren en hun personeel, de gedetineerden, de vertegenwoordigers van de NGO's én de vertalers in elk van de bereisde landen. Ten slotte is voor het broodnodige ondersteunende werk ook dank verschuldigd aan Prof. Dr. Em. Joris Casselman (KULeuven) en aan Derkje van der Elst, Marjolein Muys en Veerle Scheirs, medewerkers van het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD)

BIBLIOGRAFIE

Brooke, D., Taylor, C., Gunn, J. & Maden, A. (1998). Substance misusers remanded to prison: a treatment opportunity? *Addiction*, 93(12): 1851-1856.

4 Cue exposure gaat uit van het idee dat mensen plaatsen en voorwerpen associëren met het gebruik van een roesmiddel, totdat ze uiteindelijk een aansporing vormen voor mensen met drugproblemen om het middel te gebruiken. Bij cue exposure worden patiënten blootgesteld aan een middel en aan middelgerelateerde ervaringen om hen er op die manier beter mee te leren omgaan. De bedoeling van dergelijke blootstelling is om het verlangen naar het roesmiddel te doen verminderen.

- Bullock, T. (2003). Changing levels of drug use before, during and after imprisonment. In: Ramsay, M. (ed.). *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies*, pp. 71-96. Home Office Research Study 267. London: Home Office Research Development and Statistics Directorate.
- Cohen, P. (1989). *Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie.
- Cope, N. (2000). Drug use in prison: the experience of young offenders. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7(4): 355-366.
- Decorte, T. en Slock, S. (2005). The taming of cocaine II. A 6-year follow-up study of 77 cocaine and crack users. Brussels: VUB University Press.
- Decorte, T., Scheirs, V., Van der Elst, D. en Muys, M. (2006). *Provisions for Amphetamine Type Stimulant users in European prisons*. Series: Health promotion in Prisons, vol. 14. London/Oldenburg: Cranstoun Drug Services - BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität.
- EMCDDA (2004). *Annual Report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA, (2005). *Annual Report 2005: The State of the drug problem in Europe*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Erickson, P.G., Adlaf, E.M., Smart, R.G., Murray, G.F. (1994). *The steel drug. Cocaine and crack in perspective*. New York: Lexington Books.
- Farrell, M., Boys, A., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Meltzer, H., Singleton, N., Taylor, C. (2002). Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. *British Journal of Psychiatry*, 181(5): 393-398.
- Hall, W., Darke, S., Ross, M., & Wodak, A. (1993). Patterns of drug use and risk-taking among injecting amphetamine and opioid drug users in Sydney, Australia. *Addiction*, 88: 509-516.
- Hall, W., & Hando, J. (1994). Route of administration and adverse effects of amphetamine use among young adults in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Review*, 13: 277-284.
- Hando, J., & Hall, W. (1994). HIV risk-taking behaviour among amphetamine users in Sydney, Australia. *Addiction*, 89: 79-85.
- Kamieniecki, G., Vincent, N., Allsop, S. & Lintzeris, N. (1998). *Models of intervention and care for psychostimulant users*. Monograph series no. 32. National Centre for Education and Training on Addiction. Canberra (Australia): Looking Glass Press.
- Keene, J. (1997). Drug use among prisoners: before, during and after custody. *Addiction Research*, 4(4): 343-354.
- Klee, H., (1993). HIV risks for women drug injectors: Heroin and amphetamine users compared. *Addiction*, 88: 1055-1062.
- Klee, H., & Morris, J. (1994). Factors that lead young amphetamine misusers to seek help: Implications for drug prevention and harm reduction. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1(3): 289-297.
- Kleinman, P. H., Miller, A. B., Millman, R. B., Woody, G. E., Todd, T., Kemp, J., & Lipton, D. S. (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(7): 442-447.
- Knight, K., Miller, M.L., Simpson, D.D. & Broome, K.M. (1998). The validity of self-reported cocaine use in a criminal justice treatment sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4): 647-660.
- LADIS (2004). LADIS Bulletin. [<http://www.ivv.nl>]
- Long, J., Allwright, S. & Begley, C. (2004). Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, 15(2): 139-149.

- MacDonald, M. (2004). *A study of Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe*. Cranstoun Drug Services.
- Mason, D., Birmingham, L. & Grubin, D. (1997). Substance use in remand prisoners: a consecutive case study. *British Medical Journal*, 315(7099): 18-21.
- Mugford, S. K. (1994). Recreational cocaine use in three Australian cities. *Addiction Research*, 2(1): 95-108.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. & Van Laar, M. (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs. Stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Stöver, H. (2001). *An Overview Study: Assistance to Drug Users in European Union Prison*. London: Cranstoun Drug Services.
- Stöver, H., Hennebel, L. & Casselman, J. (2004). *Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries*. Oldenburg / London: Cranstoun Drug Services Publishing.
- Strang, J., Gossop, M., Heuston, J., Green, J., Whiteley, C. & Maden, A. (2006). Persistence of drug use during imprisonment: relationship of drug type, recency of use and severity of dependence to use of heroin, cocaine and amphetamine in prison. *Addiction*, 101: 1125-1132.
- Swann, R. & James, P. (1998). Effect of the prison environment upon inmate drug-taking behaviour. *Howard Journal of Criminal Justice*, 37, 252-265.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2003a). *Global illicit drug trends 2003*. Vienna: United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2004), *Drugs and crime trends in Europe and beyond*. Vienna: United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings. A framework for an effective national response*. New York: United Nations.
- Waldorf, D., Reinerman, C., Murphy, S. (1991). *Cocaine changes. The experience of using and quitting*. Philadelphia: Temple University Press.
- World Health Organization (2000). *Systematic review of pharmacological treatment of cocaine dependence*. Management of substance dependence review series. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders*. Management of substance dependence review series. Geneva: World Health Organization.