

# **Gezondheidsrisicogedrag onder mannelijke gedetineerden**

**Tatoeages, piercings, boegroes, seks & injecteren  
van drugs en anabolen**

**Marije Wouters, Jennifer Doekhie, Dirk J. Korf & Annemieke Benschop**

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie.

Tot de begeleidingscommissie behoorden:

prof. dr. A.P. Verhoeff, Universiteit van Amsterdam, GGD Amsterdam

dr. P. van Empelen, TNO

drs. G.I.C.M. van 't Hoff, DJI, Ministerie van Justitie

dr. J.H.L.J. Janssen, regiopolitie Haaglanden

A.C.G.L. de Jonge

dr. M.M.J. van Ooyen-Houben, WODC, Ministerie van Justitie

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

M. Wouters

Gezondheidsrisicogedrag onder mannelijke gedetineerden / M. Wouters, J.

Doekhie, D.J. Korf & A. Benschop

Met lit. opgave, met Engelstalige samenvatting

Amsterdam: Rozenberg Publishers (2010)

ISBN: 978 90 3610 226 1

NUR 740

Trefw.: Tatoeëren, piercen, spuiten, drugs, anabolen, detentie.

© 2010 WODC, Ministerie van Justitie, auteursrechten voorbehouden.

LIJST MET AFKORTINGEN .....	6
<b>1 INTRO .....</b>	<b>7</b>
PREVALENTIE .....	8
RISICOBEVORDERENDE FACTOREN .....	12
DOELSTELLING, PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN .....	13
METHODEN .....	14
ANALYSE EN SCHATTINGEN .....	15
<b>2 SURVEY ONDER GEDETINEERDEN .....</b>	<b>17</b>
ONDERZOEKSPOPULATIE EN STEEKPROEFDESIGN .....	17
SELECTIE LOCATIES .....	19
TOESTEMMING KRIJGEN .....	21
SELECTIE VAN GEDETINEERDEN .....	21
NON-RESPONS .....	24
SFEER EN MEDEWERKING IN DE ONDERZOCHE INRICHTINGEN .....	25
DE VRAGENLIJST .....	26
HET INTERVIEW .....	28
MAKKELIJKE EN MOEILIJKE THEMA'S .....	29
GEREALISEERDE EN GEWOGEN STEEKPROEF .....	32
<b>3 RESPONDENTEN .....</b>	<b>35</b>
DEMOGRAFISCHE KENMERKEN .....	35
DETENTIECARRIÈRE EN DUUR .....	37
VERSCHILLEN NAAR DEMOGRAFISCHE KENMERKEN .....	38
SAMENVATTING .....	40
<b>4 KENNIS VAN GEZONDHEIDSRISICO'S .....</b>	<b>41</b>
ANTWOORDEN .....	41
KENNISSCORES .....	42
GESLACHTSZIEKTEN .....	42
HIV .....	43
HEPATITIS B EN C .....	44
DEMOGRAFISCHE KENMERKEN EN TYPE DETENTIE .....	45
SAMENVATTING EN CONCLUSIE .....	49
<b>5 SPUITEN VAN DRUGS EN ANABOLEN .....</b>	<b>51</b>
PREVALENTIE .....	51
RISKANT SPUITEN .....	52
DEMOGRAFIE, TYPE EN SETTING .....	53
SAMENVATTING EN CONCLUSIE .....	54
<b>6 TATOEAGES .....</b>	<b>55</b>
ALGEMENE PREVALENTIE .....	55
TATOEAGES IN DETENTIE .....	56
TATOEAGES BIJ ANDERE GEDETINEERDEN ZETTEN .....	59
DEMOGRAFISCHE KENMERKEN EN TYPE DETENTIE .....	60
SAMENVATTING .....	61

<b>7 PIERCINGS EN BOEGROES .....</b>	<b>63</b>
PIERCING OF BOEGROE .....	63
EIGEN PIERCINGS EN BOEGROES IN DETENTIE .....	64
PIERCING OF BOEGROE BIJ ANDEREN ZETTEN .....	66
VERSCHILLEN NAAR DEMOGRAFISCHE KENMERKEN EN TYPE DETENTIE.....	66
SAMENVATTING EN CONCLUSIE.....	67
<b>8 SEKS EN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN .....</b>	<b>69</b>
VASTE RELATIES EN BEZOEK ZONDER TOEZICHT .....	69
SEKSUELE HANDELINGEN TIJDENS DETENTIE.....	69
ONVRIJWILLIGE SEKS .....	72
ONVEILIGE SEKS TIJDENS DETENTIE .....	72
PREVALENTIE HEPATITIS, HIV EN SOA.....	72
VERSCHILLEN NAAR DEMOGRAFISCHE KENMERKEN EN TYPE DETENTIE.....	73
SAMENVATTING EN CONCLUSIE.....	74
<b>9 SCHATTINGEN VAN ONVEILIG GEDRAG IN AANTALLEN.....</b>	<b>77</b>
BETROUWBAARHEIDSINTERVALLEN EN REIKWIJDTE .....	77
TATOEAGES .....	80
PIERCINGS EN BOEGROES.....	81
SPUITEN.....	82
SEKS.....	83
SOA .....	83
SAMENVATTING EN CONCLUSIE.....	85
<b>10 RISICO: COMBINATIES EN KENNIS.....</b>	<b>87</b>
COMBINATIES VAN RISICOGEDRAG.....	87
KENNIS EN RISKANT GEDRAG .....	89
DEMOGRAFISCHE KENMERKEN EN KENNIS GECOMBINEERD .....	89
SAMENVATTING EN CONCLUSIE.....	90
<b>11 PREVENTIEBELEID.....</b>	<b>93</b>
RISKANT GEDRAG IN DETENTIE EN VOORZORGSMAATREGELEN .....	99
FOCUSGROEPEN DETENTIEPERSONEEL.....	101
SAMENVATTING EN CONCLUSIES .....	106
<b>12 SAMENVATTING EN CONCLUSIES.....</b>	<b>109</b>
PREVALENTIE EN PROFIEL .....	110
DETENTIECONTEXT .....	113
PREVENTIE EN RISICOREDUCTIE .....	114
KENNIS EN RISICOGEDRAG .....	117
VERBETERING VAN VOORLICHTING EN PREVENTIE .....	117
TOT SLOT.....	118
<b>13 SUMMARY AND CONCLUSIONS.....</b>	<b>121</b>
PREVALENCE RATES AND PRISONERS' PROFILES.....	122
PRISON CONTEXT.....	124
HEALTH PROMOTION AND RISK REDUCTION .....	126
RISK KNOWLEDGE AND RISK BEHAVIOUR .....	128

IMPROVING HEALTH EDUCATION AND DISEASE PREVENTION.....	129
CONCLUSION .....	130
<b>BIJLAGE I.....</b>	<b>133</b>
HOOFDSTUK 3.....	133
HOOFDSTUK 4.....	135
HOOFDSTUK 5.....	135
HOOFDSTUK 6.....	137
HOOFDSTUK 7.....	139
HOOFDSTUK 8.....	140
<b>LITERATUUR .....</b>	<b>143</b>

## Lijst met afkortingen

BBI	Beperkt Beveiligde Inrichting
BZT	Bezoek Zonder Toezicht
DC	Detentie Centrum
DJI	Dienst Justitiële Instellingen
EBI	Extra Beveiligde Inrichting
FSU	Forensische Schakel Unit
GeDeCo	Gedetineerden Commissie
HCV	Hepatitis C Virus
HvB	Huis van Bewaring
IBA	Individuele Begeleidings Afdeling
IDU	Intravenous Drug User (intraveneuze druggebruiker)
ISD	Inrichting Stelselmatige Daders
ISS	Inkomsten, Screening en Selectieproces
JJI	Justitiële Jeugd Inrichting
LABG	Landelijke Afdeling Beheersgevaarlijke Gedetineerden
MGW	Modernisering Gevangenis Wezen
MPC	Meerpersoons Cellen
PI	Penitentiaire Inrichting
PIW-er	Penitentiaire InrichtingsWerker
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
PSC	Psychiatrisch Selectie Centrum
RBB	Relatie Bevorderend Bezoek
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
UC	Uitzet Centrum
VRIS	Vreemdelingen in Strafrecht
ZBBI	Zeer Beperkt Beveiligde Inrichting

# 1

## Intro

In de Nederlandse gevangenissen komen gedragingen voor die een risico vormen voor de gezondheid van gedetineerden en voor anderen (bewakers, de maatschappij buiten detentie). Dit is niet alleen in Nederland zo. Gevangenissen vormen overal ter wereld een groot risico voor het overdragen van infectieziekten (Hellard et al., 2004; Babudieri et al., 2005). Deze risico's zijn ongewenst en passen niet in het streven naar humane en correcte tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen. De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie heeft dan ook in 2008 een meerjarenplan Infectieziektenbeleid voor de periode 2008-2012 opgesteld. Doel van dit beleid is te voorkomen dat infectieziekten zich verspreiden binnen de justitiële inrichtingen en in de maatschappij. Het beleid is gebaseerd op het equivalentiebeginsel<sup>1</sup>.

In 2007 voerde DJI een 'quick scan' uit naar gedrag onder gedetineerden dat het risico op infectieziekten vergroot, waarbij personeel van justitiële inrichtingen bevraagd werd. Deze scan bevestigde het voorkomen van dit risicogedrag, waarbij seksuele contacten, intraveneus spuiten, delen van parafernalia voor drugsgebruik, tatoeëren en piercen onder onveilige omstandigheden en prik-bijt-spat incidenten genoemd werden (Van 't Hoff, 2007). Buiten deze quick scan bestond tot nu toe nauwelijks kennis over de omvang en de aard van het risicogedrag en over risicogroepen in gevangenissen in Nederland. Personeel gaf aan dat genoemd gedrag meestal in het verborgene plaatsvindt, waardoor met name de omvang slecht in te schatten is. Het gebrek aan kennis belemmert de opzet van een effectief infectieziektebeleid in justitiële inrichtingen.

---

<sup>1</sup> Dit beginsel gaat er van uit dat gedetineerden zorg zouden moeten ontvangen die gelijkwaardig is aan die buiten detentie binnen hetzelfde land.

Buitenlands onderzoek laat zien dat genoemd risicovol gedrag in gevangenis-  
sen voorkomen (Babudieri et al., 2005; Gagnon et al., 2007; Gratton, 2006;  
Strang et al., 2000). De prevalentiecijfers die bekend zijn vanuit het buitenland,  
lopen nogal uiteen. Oplossingen worden gezocht in voorlichting, maar ook in  
het verstrekken van desinfecterende middelen, methadon of condooms. In  
Canada was een 'safe tattooing' project, waarvan een professionele 'tattoo sa-  
lon' binnen detentie onderdeel uitmaakte (Gratton, 2006). Deze 'harm reduc-  
tion' oplossingen zijn niet onomstreden.

In het huidige onderzoek wordt voor het eerst een prevalentieschatting ge-  
maakt van gedrag dat het risico op infectieziekten vergroot in Nederlandse  
detentie. We richten ons specifiek op hiv, soa, en hepatitis B en C. Het risico-  
gedrag in dit onderzoek heeft betrekking op het nemen of zetten van tatoea-  
ges, piercings en boegroes<sup>2</sup> in detentie, intraveneus druggebruik in detentie,  
en – vrijwillige of onvrijwillige – onveilige seks in detentie.

## **Prevalentie**

Het onderzoek waarvan we in dit rapport verslag uitbrengen, focust op ge-  
drag dat het risico op besmetting met infectieziekten vergroot. Infectieziekten  
worden gedefinieerd als ziekten die worden veroorzaakt door een overdraag-  
bare ziekteverwekker zoals een bacterie, virus, schimmel of prion (een eiwit  
dat bijvoorbeeld Creutzfeld-Jacob veroorzaakt). Infectieziekten zijn per definitie  
besmettelijk. Binnen dit onderzoek richten we ons op seksueel overdraag-  
bare aandoeningen (soa), hiv en hepatitis B en C.

De prevalentie van het onderzochte risicogedrag was op voorhand moeilijk in  
te schatten. Er is veel literatuur beschikbaar over infectieziekten, druggebruik  
en riskant seksueel gedrag onder gedetineerden, maar het betreft hier veelal  
buitenlands onderzoek, dat bovendien vaak gedateerd is. De resultaten die  
wel bekend zijn over Nederland hebben veelal betrekking op gedrag buiten

---

<sup>2</sup> Een boegroe is een balletje dat onder de huid van de penis wordt aangebracht. Het balletje  
kan van verschillende materialen zijn, zoals dobbelstenen, dominostenen, plastic of metaal.  
Vaak gaat het om zelfgemaakte balletjes, het materiaal wordt dan rond geschuurd.

detentie of op de prevalentie van infecties, niet op het gedrag waarmee deze infecties op te lopen zijn.

### *Infectieziekten*

Hepatitis C (HCV) infecties onder injecterende gevangenen zijn gevonden bij 30-44% van de gevangenen in het Verenigd Koninkrijk, en bij meer dan 80% in Duitsland en Ierland (EMCDDA, 2003). Met betrekking tot hiv infecties is bekend dat die onder intraveneuze druggebruikers (IDU's) tussen de 0 en 2% ligt in het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en België, 23% in Spanje en 28% in Portugal (EMCDDA, 2003). Uit niet-representatieve, lokale onderzoeken in verschillende West-Europese landen blijkt dat de hiv prevalentie tussen de 0 – 13% ligt onder IDU's in detentie. HCV prevalenties liggen veel hoger: tussen de 14 – 100% (Trimbos Institute, 2001). Een onderzoek van Krebs en Simmons (2002) toont aan dat er in de VS gevallen van hiv zijn die tijdens detentie opgelopen zijn (0.63% van gedetineerden). De helft van de tijdens detentie geïnfecteerden gaf aan dat het tijdens seks met andere mannen is opgelopen. Of dit ook medegedetineerden zijn, blijft onduidelijk.

In een recent onderzoek door Leemrijse et al. (2010) wordt naar aanleiding van een dossierstudie de prevalentie van HCV in Nederlandse detentie geschat op 2-10.7% van de mannelijke en vrouwelijke gedetineerden. Het aantal met HCV besmette gedetineerden in Nederland ligt daarmee naar schatting op enig moment tussen 237 en 1272 personen. Gedetineerden die HCV positief zijn, zijn wat ouder, minder vaak niet-westers allochtoon en vaker westers allochtoon, en zijn vaker intraveneuze druggebruikers. In een ander Nederlands onderzoek (Schreuder & Van Veen, 2010) bleek geen van de onderzochte mannelijke gedetineerden hiv positief, en had 7.4% HCV.

### *Intraveneus druggebruik*

Uit internationale onderzoeken blijkt dat intraveneus druggebruik onder gedetineerden altijd hoog ligt in vergelijking met niet-gedetineerden, met in Europa percentages tussen de 6 en 38%, wat veel hoger is dan onder de algemene bevolking (1%) (EMCDDA, 2010). In het algemeen kan gesteld worden dat tussen de 1% en 56% van de gevangenen in de EU wel eens drugs gespoten heeft in detentie (EMCDDA, 2010). Intraveneus druggebruik leidt ook tot risicogedrag zoals het delen van spuiten en naalden. Uit een onderzoek bleek dat gedetineerden in voorlopige hechtenis meer geneigd waren spuiten te delen

dan in de gevangenis (EMCDDA, 2010). Detentie kan ook het decor vormen voor het eerste druggebruik; tussen de 3 en 26% van druggebruikers in de gevangenis in de EU heeft in detentie voor het eerst gebruikt, voor injecterende gebruikers is dit 21% (EMCDDA, 2003). Uit verschillende onderzoeken in West Europese landen blijkt dat 3 – 26% van de gebruikers in detentie voor het eerst drugs hebben gebruikt (Trimbos Institute, 2001), en voor IDU's ligt dit percentage tussen de 0.4 – 21% (WIAD-ORS, 1998).

Met betrekking tot Nederland zijn er vooral gegevens bekend over druggebruik onder gedetineerden *buiten* detentie. In een landelijk onderzoek onder gedetineerden in Nederland was 38% problematisch gebruiker van drugs – vooral cannabis, cocaïne en/of heroïne - in het jaar voorafgaand aan hun detentie (Oliemeulen et al., 2007). Volgens een onderzoek onder volwassen mannelijke gedetineerden op de reguliere afdelingen van de PI Vught was 30% in het afgelopen jaar drugsverslaafd (Bulten, Nijman & van der Staak, 2007). Ondanks dat de selectie van respondenten at random plaatsvond, ging het bij dit onderzoek om een 'convenience sample', en is het dus de vraag in hoeverre dit percentage zich laat extrapoleren naar de totale groep gedetineerden. In een onderzoek onder minderjarige gedetineerden (14-17 jaar) rapporteerde ruim de helft van de geïnterviewden cannabisgebruik in de maand voorafgaand aan hun detentie, ongeveer een op de tien het gebruik van ecstasy, respectievelijk cocaïne, maar slechts een enkeling het gebruik van heroïne- of crack (Korf et al., 2005). Er zijn drie Nederlandse onderzoeken met cijfers over druggebruik *tijdens* detentie: een al wat ouder onderzoek onder gedetineerden met verslavingsproblematiek (Bieleman & Van der Laan, 1999), een recenter onderzoek onder jongens in Justitiële Jeugd Inrichtingen (JJI) (Kepper et al., 2009) en een zeer recent prevalentie onderzoek onder mannelijke gedetineerden (Schreuder & Van Veen, 2010). Uit het onderzoek onder gedetineerden met verslavingsproblematiek bleek indertijd dat 45% van de respondenten cannabis en 22% methadon tijdens detentie gebruikte. Uit het onderzoek in de JJI's bleek dat 6% van de jongens tijdens hun verblijf in de JJI's hard drugs gebruikt hebben (Kepper et al., 2009). In het onderzoek van Schreuder & Van Veen had een derde (36%) van de respondenten tijdens detentie drugs gebruikt, maar hierbij ging het met name om cannabis. In hun onderzoek bleek het spuiten van drugs in detentie heel zeldzaam.

### *Seksuele contacten*

De zeer schaarse literatuur over seksuele contacten tussen mannelijke gedetineerden beperkt zich vooral tot seksueel geweld (Hensley et al., 2005), maar ook met betrekking tot dit onderwerp is relatief weinig bekend. Dat wat wel bekend is, komt vrijwel uitsluitend voort uit onderzoek gedaan in de VS en de UK. Schattingen van het aandeel gedetineerden dat homoseksuele contacten heeft in detentie lopen van 2% tot 65% (Nacci & Kane, 1982; Saum et al., 1995; Tewksbury, 1989; Wooden & Parker, 1982). Schattingen van het percentage gedetineerden dat aangerand is tijdens detentie lopen van 0% to 40% (Davis, 1982; Gaes & Goldberg, 2004; Hensley, 2000; Hensley et al., 2003; Lockwood, 1994; Struckman-Johnson & Struckman-Johnson, 2000, 2002; Wooden & Parker, 1982). En ten slotte variëren de schattingen van het aandeel verkrachte gedetineerden van 0% tot 8.5% (Lockwood, 1980; Tewksbury, 1989; Saum et al., 1995; Hensley, 2005; Edgar et al., 2003; Power et al., 1991).

In het eerdergenoemde onderzoek van Schreuder & Van Veen (2010) werd ook gevraagd naar seks met medegedetineerden; geen enkele gedetineerde zei dit ooit te hebben gedaan.

### *Tatoeages, piercings en boegroes*

Ook over de prevalentie van piercings en tatoeages bij gedetineerden is weinig gepubliceerd. Zes studies geven echter wel specifieke cijfers die betrekking hebben op het verblijf in detentie. Allereerst bleek in het onderzoek van Schreuder en Van Veen (2010) dat 14% van de gedetineerden een of meerdere tatoeages had die in detentie zijn gezet. In Schotland werd in 2007 en 2008 tijdens een jaarlijkse enquête onder gedetineerden gevraagd naar tatoeages die tijdens detentie zijn gezet. Hieruit bleek dat in beide jaren iets meer dan de helft een of meer tatoeages te hebben, en bijna een op de vijf rapporteerde een tatoeage te hebben die in detentie is gezet (Milne, 2009). Gagnon et al. (2007) vonden dat 33% van gedetineerden in Canadese gevangenissen daar een tatoeage had gekregen en 3% een piercing. Strang et al. (2000) vonden dat 21% van de gedetineerden in Engeland en Wales tijdens detentie een tatoeage had gekregen. Braithwaite et al. (2001) vonden dat bijna een derde van jeugdige gedetineerden in de V.S. tatoeages had, en tweederde piercings. Van de getatoeëerde individuen had 21% bij een niet-professional een tatoeage laten zetten, waarvan 2% met een gedeelde naald. Bij piercings bleek dat eveneens een op de vijf door een niet-professional een piercing had laten zetten, waarvan

1.5% met gedeelde naald. Overigens is niet gevraagd of dit gedrag zich buiten of binnen detentie afspeelde.

Over het algemeen betaalden de eerdergenoemde Schotse gedetineerden niet wanneer de tatoeage door een vriend werd gezet, maar anderen werden vaak wel vergoed. Materialen die gebruikt werden waren: balpen hulzen, gitaarsnaren, tandenborstel-handvaten, garen, lijm, en een motortje uit bijvoorbeeld tondeuses, elektrische tandenborstels of controllers van een Playstation (Milne, 2009).

Het is de vraag of resultaten van onderzoeken uit Canada, Amerika, Australië, of zelfs maar buurland Groot-Brittannië zijn te vertalen naar de Nederlandse situatie. Afgezien van aperte verschillen in het justitiële systeem en gevangenisregime, komt bijvoorbeeld intraveneus druggebruik in Nederland in vergelijking met andere landen nauwelijks voor; binnen de EU in het Nederlandse cijfer zelfs het allerlaagst (EMCDDA, 2010).

### **Risicobevorderende factoren**

Het risicovolle gedrag kan door verschillende factoren in de hand gewerkt worden. Het kan zijn dat gedetineerden zich onvoldoende bewust zijn van de overdraagbaarheid van ziekten, omdat zij onvoldoende kennis hiervan hebben. Ook kan het zijn dat hun gedrag bepaald wordt door een niet-afwijzende houding en een positieve gedragsintentie ten aanzien van de risicovolle praktijken. Ook buiten detentie spelen deze factoren een rol, bijvoorbeeld bij de beslissing van drugsgebruikers om zich te laten testen op hepatitis C (Van der Veen et al., 2009).

Naast algemene gedragsbepalende factoren spelen in de detentiesituatie nog speciale factoren. Gedetineerden bevinden zich in een situatie waarin zij weinig ruimte hebben om het eigen gedrag te bepalen. Zo kunnen zij in een gesloten inrichting niet zelf desinfecterende middelen, schone naalden of condooms verkrijgen. Voor gedetineerden in een (half) open inrichtingen geldt dat zij dit in meer of mindere mate wel kunnen doen. In detentie kan door de beperking in vrijheid een cultuur heersen waarin ingeslotenen onder druk komen te staan om risicovol gedrag te vertonen. Janssen (2005) laat bijvoorbeeld zien dat het laten aanbrengen van een tatoeage een teken kan zijn van macht en controle, hetgeen in detentie nog zwaarder telt dan erbuiten. Het kan ook een onderdeel zijn van de gevangencultuur. Uit onderzoek in

Schotland bleek dat de belangrijkste redenen voor het nemen van een tatoeage waren: verveling, het is goedkoper dan een tatoeage buiten detentie laten zetten, anderen hadden er ook een laten zetten en ze zagen het werk van tatoeërs bij medege-detineerden (Milne, 2009). Uit een onderzoek in de V.S. (Braithwaite et al., 2001) kwam naar voren dat lid zijn van een 'gang', naast het zijn van man, een risicofactor voor het hebben van een niet-professionele tatoeage was. Daarnaast hadden blanke jongens vaker niet-professionele piercings.

Ook de cultuur onder bewakers kan een rol spelen; uit Australisch onderzoek bleek bijvoorbeeld dat professionals terughoudend waren met het verstrekken van desinfecterende middelen – hoewel die volgens gevangenisbeleid verstrekt konden worden (Dolan et al., 1998, 1999). Soortgelijke bevindingen zijn gerapporteerd over Europa (Stöver et al., 2009).

### **Doelstelling, probleemstelling en onderzoeksvragen**

*Doel* van het onderzoek is: zicht geven op de prevalentie van gezondheidsrisicogedrag onder Nederlandse gedetineerden en op manieren om dit gedrag te voorkomen, om beter te kunnen beslissen over mogelijke verbeteringen van het preventiebeleid van het gevangeniswezen. Uiteindelijk doel is het bevorderen van de veiligheid en de leefbaarheid in de justitiële inrichtingen.

De *probleemstelling* luidt als volgt. Hoeveel gedetineerden vertonen gedrag dat een risico vormt voor hun eigen en andermans gezondheid? Hoe vaak vertonen zij dit gedrag? Wat zijn determinanten van dit gedrag en op welke wijze zou het voorkomen kunnen worden?

Deze probleemstelling is vertaald in een tiental *onderzoeksvragen*, verdeeld over drie thema's.

#### Prevalentie en profiel

1. Hoeveel gedetineerden vertonen gedrag dat een risico vormt voor hun gezondheid in termen van infectieziekten? Wat is de frequentie van dit gedrag?
2. Wat zijn achtergrondkenmerken van gedetineerden die de zojuist genoemde gedragingen actief uitvoeren (degenen die het initiatief nemen tot het aanbrengen van tatoeages en piercings of tot seksueel contact)? Wat zijn achtergrondkenmerken van gedetineerden tegen wie het gedrag vertoond wordt (degenen bij wie tatoeages of piercings gezet

worden of die onderwerp zijn van seksueel gedrag van anderen)? Valt een onderscheid te maken tussen “daders” en “slachtoffers”? Welke nuances moeten aangebracht worden?

3. In hoeverre is sprake van vrijwilligheid en eigen keuzes?
4. Zijn er risicogroepen te onderscheiden?

#### Detentiecontext

5. Gaat het om gedrag dat specifiek in de detentiesituatie wordt vertoond, of werd het ook al buiten de detentie vertoond? Indien het detentiespecifiek is: waarom vertonen gedetineerden het gedrag?

#### Preventie en risicoreductie

6. Wat is de kennis en de houding van gedetineerden ten aanzien van de risicogedragingen? Welke andere factoren (onder andere omgevingsfactoren) spelen een rol bij het gedrag?
7. Welke middelen en materialen zijn volgens gedetineerden in de penitentiaire inrichting formeel voorhanden om risicogedrag te voorkomen? Waarom wordt hier wel/geen gebruik van gemaakt?
8. Welke middelen worden informeel door gedetineerden gebruikt om infecties te voorkomen?
9. Zijn gedetineerden zelf alert op desinfectie? Vragen ze erom?
10. Wat zou aan voorlichting, faciliteiten of ondersteuning geboden moeten worden om risicogedrag te ontmoedigen of in te perken? Aan welke voorwaarden moet daarbij worden voldaan? Welke behoeften leven op dit punt bij gedetineerden?

#### Methoden

De hoofdmoot van het onderzoek bestond uit *interviews met 380 mannelijke volwassen gedetineerden met een verblijfsduur van minimaal 3 maanden*. Daarnaast moesten de respondenten veroordeeld zijn tot minimaal 4 maanden. Voor dit minimum is gekozen zodat de respondenten voldoende detentie-ervaring hebben om voor dit onderzoek relevante informatie te kunnen verschaffen. Deze minimale verblijfsduur heeft betrekking op de huidige straf en niet op het totale detentieverleden. Slechts een klein deel van de gedetineerden valt binnen deze groep. Het grootste deel krijgt een kortere, of na preventieve

hechtenis helemaal geen vrijheidsstraf opgelegd. De groep waar dit onderzoek zich op richt brengt echter wel het grootste aantal uren in detentie door. Voor de interviews met gedetineerden is gebruikgemaakt van een trapsgewijs steekproefmodel. In de eerste stap is een selectie van gevangenen gemaakt; in de tweede stap een selectie van gedetineerden binnen deze inrichtingen (zie Hoofdstuk 2). De interviews zijn face-to-face gehouden aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst, met grotendeels gesloten, maar ook open antwoorden.

Daarnaast zijn *focusgroep gesprekken* gevoerd met ervaringsdeskundigen en professionals in het veld. Doel hiervan is om concrete, praktisch toepasbare preventieve maatregelen te formuleren.

### **Analyse en schattingen**

Gegevens van de afgenomen interviews met gedetineerden zijn ingevoerd in een computerbestand en geanalyseerd. Hiertoe is gebruik gemaakt van het statistische programma PASW (voorheen SPSS, versie 17.0). Deels gaat het om descriptieve analyses (frequenties, gemiddelden). Daarnaast zijn (sub)groepen vergeleken in bivariate analyses. Antwoorden op de open vragen zijn meer kwalitatief geïnterpreteerd.

In het interview is niet alleen ingegaan op risicogedrag tijdens de huidige detentieperiode. Ook over gedragingen tijdens eventuele detentie in het verleden (recidive is i.h.a. hoog) in zowel binnen- als buitenlandse gevangenen zijn vragen gesteld; evenals over gedrag buiten detentie. Dit levert verschillende prevalentie-maten op van risicogedrag in verschillende settings en in verschillende periodes. Prevalenties worden bovendien gespecificeerd naar leeftijd, etniciteit en andere achtergrondkenmerken, zolang de resultaten niet op een persoon herleidbaar zijn. Ook worden typen locaties (HvB, BBI/ZBBI, etc.) onderscheiden.

Door de opzet van de steekproef (landelijke spreiding, random selectie van gedetineerden) levert het onderzoek schattingen op die representatief zijn voor mannelijke gedetineerden die op het moment van het interview minstens drie maanden in detentie zitten en tot minimaal vier maanden veroordeeld zijn. De schattingen zijn gebaseerd op de prevalentiecijfers die voortkomen uit zelfrapportage.



## SURVEY ONDER GEDETINEERDEN

Tussen 12 februari en 24 juni 2010 zijn 380 volwassen mannelijke gedetineerden geïnterviewd. De steekproef is dus niet representatief voor alle gedetineerden in Nederland, want minderjarige en vrouwelijke gedetineerden werden niet onderzocht. Bovendien moesten de respondenten minimaal drie maanden gedetineerd zijn, waardoor ook korter gestraften buiten beschouwing bleven. Binnen deze afbakening is gestreefd naar een zo representatief mogelijke steekproef. De gedetineerden werden face-to-face geïnterviewd aan de hand van een vragenlijst met grotendeels gesloten, maar ook open vragen. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe dit proces is verlopen, van de afbakening van de onderzoekspopulatie tot en met het afnemen van de interviews.

### Onderzoekspopulatie en steekproefdesign

De survey is gehouden onder *mannelijke volwassen gedetineerden met een verblijfsduur van minimaal 3 maanden*. Volgens een trapsgewijs steekproefmodel is eerst een selectie van gevangenen gemaakt en daarna een selectie van gedetineerden binnen deze inrichtingen. Een betrouwbare landelijke schatting van gezondheidsrisicogedrag vereist onder meer een landelijke dekking en regionale spreiding van het onderzoek. De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie hanteert vier regioclusters, waaronder 29 penitentiare inrichtingen (PI's) vallen (stand 1 januari 2010), die op hun beurt onderverdeeld zijn in tientallen afzonderlijke locaties/afdelingen. Het was ondoenlijk om alle locaties op te nemen in het onderzoek, maar een te beperkte steekproef van locaties was evenmin wenselijk. Binnen de marges van landelijk beleid en richtlijnen, zijn er lokale verschillen in regime of cultuur. Een te klein aantal locaties zou vanwege de lokale verschillen geen volledig beeld van de landelijke situatie geven.

Met betrekking tot speciale locaties en afdelingen moest vooraf een keuze worden gemaakt: verslavingsgerelateerde afdelingen, psychiatrische afdelingen, afdelingen voor vreemdelingen en zeer streng beveiligde of juist open afdelingen. Op basis van door DJI aangeleverde cijfers is het aantal gedetineerden met een verblijfsduur van ten minste 3 maanden gecategoriseerd volgens onderstaand overzicht:

**Tabel 2.1 Aantal gedetineerden met minimale verblijfsduur van 3 maanden (5 januari 2010)**

<b>mannen</b>	<b>populatie</b>
Gevangenis	1101
Huis van Bewaring	267
ISD	115
Open (BBI, ZBBI)	213
Vreemdelingen (DC, UC, VRIS)	24
Psychiatrie/ziekenhuis (PPC, PSC, IBA, PZ)	90
Zeer streng beveiligd (EBI, LABG)	29
Extramuraal (met of zonder ET)	211
Onbekend	32
<b>vrouwen: alle afdelingen</b>	141
<b>Totaal</b>	<b>2223</b>

#### *Buiten beschouwing gelaten afdelingen*

Allereerst kan gezegd worden dat bij extramuraal verblijvende gedetineerden in elk geval tijdens deze straf geen sprake is van risicogedrag *in detentie*. Deze laten we dan ook buiten beschouwing. De zeer streng beveiligde afdelingen EBI (Extra Beveiligde Inrichting) en LABG (Landelijke Afdeling Beheersgevaarlijke Gedetineerden) zijn uit praktische overwegingen niet meegenomen in het onderzoek. De kans op toestemming is gering en de procedures zouden waarschijnlijk erg veel tijd in beslag nemen. Het aantal gedetineerden is er ook zeer klein.

Ook het aantal gedetineerden op de psychiatrische afdelingen PPC (Penitentiair Psychiatrisch Centrum), PSC (Psychiatrisch Selectie Centrum) en IBA/FSU (Individuele Begeleidingsafdeling / Forensische Schakelunit) is relatief beperkt. Mede om pragmatische redenen zijn deze locaties buiten beschouwing gelaten.

Vreemdelingen in een DC (Detentiecentrum), UC (Uitzetcentrum) of op de afdeling voor VRIS (Vreemdelingen In Strafrecht) vormen nog geen tiende van het totaal aantal gedetineerden in het overzicht. Taalbarrières zouden

binnen deze groep bovendien praktische problemen opleveren. Ook deze locaties blijven buiten beschouwing.

### *Geïnccludeerde afdelingen*

De Inrichting Stelselmatige Daders<sup>3</sup> (ISD), herbergt minder dan een tiende van het totaal. Ondanks de relatief beperkte omvang, is deze groep interessant om te betrekken in het onderzoek vanwege het thema onveilig middelengebruik (en risicogedrag i.h.a. binnen deze groep). In de praktijk speelt bij alle ISD'ers middelengebruik in meer of mindere mate een rol (Goderie & Lünemann, 2008; Biesma, Van Zwieten, Snippe & Bieleman, 2006). De ISD wordt niet uitgesloten van de steekproef. De ISD's vormen altijd een aparte vleugel binnen de PI's of zelfs een hele inrichting (zoals Tafelbergweg Amsterdam).

In de meer open afdelingen BBI en ZBBI (Beperkt en Zeer Beperkt Beveiligde Inrichtingen) zit een relatief grote groep gedetineerden. Deze locaties zijn, net als de reguliere gevangenen, wel meegenomen.

Met de keuze voor gedetineerden met een minimale verblijfsduur van 3 maanden worden de meeste Huizen van Bewaring (HvB), gezien de aantallen van dergelijke gedetineerden, buiten beschouwing gelaten. Toch zijn er ook enkele HvB's waar twintig of meer gestraften met een verblijfsduur van minimaal 3 maanden zitten. Er zijn daarom ook HvB's geselecteerd voor het onderzoek.

Overigens waren de cijfers bij een deel van de PI's niet gespecificeerd naar afzonderlijke afdelingen. Welke afdeling in aanmerking kwam voor het onderzoek was mede afhankelijk van het aantal aldaar aanwezige gedetineerden met een verblijfsduur in detentie van minimaal 3 maanden.

### **Selectie locaties**

De selectie van de locaties en van de steekproef gebeurde op basis van een databestand dat van DJI verkregen is, met als meetmoment 5 januari 2010.

De eerste stap in de steekproeftrekking was de selectie van locaties. Naast regionale spreiding (vier clusters: Noord, Midden-Oost, Zuid en West) en type

---

<sup>3</sup> Deze maatregel heeft een bredere doelgroep dan de voormalige SOV (ook niet-verslaafden en personen met psychiatrische problematiek).

inrichting (zowel gesloten, als open, als half open) was representativiteit uiteraard een cruciaal criterium. We begonnen met de selectie van de grootste PI van elke regio. Ook selecteerden we binnen elke regio de grootste half open en de grootste open inrichting. Verder is in alle vier regio's een ZBBI meegenomen; in twee regio's werd de grootste ZBBI gekozen; twee regio's hadden maar een ZBBI, beide kleinere locaties. Noord en West hadden maar een BBI, Midden-Oost had er geen, in Zuid hebben we uit praktische overwegingen de kleinere gekozen. In PI Vught zaten relatief veel ISD'ers, waardoor we voor deze PI kozen.

Binnen elke regio kozen we de gevangenis met de meeste gedetineerden binnen de doelpopulatie. In West en Zuid zaten meer mensen die binnen de doelgroep vielen in de gevangenis, dus daar kozen we ook de op een na grootste gevangenissen. Enkele van deze gevangenissen zijn tevens Huis van Bewaring, daar namen we ook de HvB's mee. Voor de regionale spreiding kozen we nog: Amsterdam Havenstraat (HvB), Zutphen, Leeuwarden en Roermond (gevangenissen). Aangezien een aantal PI's verschillende locaties had, namen we soms om pragmatische redenen (toestemming krijgen kost tijd) meerdere locaties van dezelfde PI mee.

Uiteindelijk zijn de volgende 16 PI's geselecteerd:

<b>Noord</b>	<b>Midden-Oost</b>
Leeuwarden	Zutphen
Ter Apel	Lelystad
Groot Bankenbosch (Veenhuizen)	Niendure (Almelo)
Fleddervoort (Veenhuizen)	Nieuwegein
<b>Zuid</b>	<b>West</b>
Oosterhoek (Grave)	Amsterdam Havenstraat
Nieuw Vosseveld (Vught)	Zoetermeer
Maashegge (Overloon)	Westlinge (Heerhugowaard)
Roermond	Zuyderbos (Heerhugowaard)

Omdat er enige tijd zat tussen de bepaling van de steekproef en de interviews met gedetineerden, zaten er soms minder – of juist meer - geschikte potentiële respondenten op de locaties. Zo was er in het begin van 2010 een grote verhuizing, waardoor Zoetermeer grotendeels Huis van Bewaring werd, terwijl er in Heerhugowaard juist meer gevangenisplaatsen kwamen. Hierdoor konden wij op vier locaties niet precies de beoogde aantallen halen (Oosterhoek, Ter Apel, Roermond, Maashegge). Op twee locaties hebben we juist wat meer interviews gedaan dan vooraf gepland (Lelystad, Leeuwarden).

## **Toestemming krijgen**

Om toegang te krijgen tot de penitentiaire inrichtingen moest allereerst toestemming verkregen worden van de Dienst Justitiële Instellingen (DJI) van het Ministerie van Justitie. Begin november 2009 is de hiervoor te bewandelen procedure ingezet, waarna begin januari 2010 toestemming van de directeur van de sector Gevangeniswezen volgde. Ook stuurde de sectordirecteur een brief naar alle PI's in Nederland om hen in te lichten over het onderzoek met het verzoek hieraan mee te werken als ze benaderd zouden worden door het onderzoeksteam. De toestemmingsprocedure nam meer tijd in beslag dan gepland, waardoor het onderzoek enige vertraging opliep.

Alle onderzoekers en interviewers hebben een geheimhoudingsverklaring ondertekend. Na het verkrijgen van de toestemming van DJI is begonnen met het benaderen van de geselecteerde PI's. Bij het verlenen van toestemming speelden verschillende factoren mee, zoals personeelsbezetting binnen de PI, verhuizingen en eerdere of lopende onderzoeken binnen de inrichting. Twee oorspronkelijk geselecteerde PI's weigerden of verzochten ons hen later nogmaals te benaderen, zonder dat dit binnen de beschikbare tijd succesvol was. Opvallend was dat PI's buiten de Randstad vaker en sneller bereid waren mee te werken; daarbij speelden voldoende personeel en de afwezigheid van onderzoeksmoeheid een belangrijke rol. Het onderzoeksteam kon daar op kortere termijn aan de slag. In het algemeen zat er meer tijd dan verwacht tussen het eerste contact met de PI's en de datum dat er daadwerkelijk met de interviews begonnen kon worden.

Het verkrijgen van de toestemming van de PI's begon meestal met een bezoek aan de PI waarbij met functionarissen van de PI werd besproken wat de onderzoekers idealiter wilden en wat de mogelijkheden waren. Soms was er enkel telefonisch contact voorafgaand aan de interviews, afhankelijk van de wensen van de PI.

## **Selectie van gedetineerden**

Binnen elk van de 16 locaties werd een random steekproef getrokken van tot de doelpopulatie behorende gedetineerden. De PI's verschilden in capaciteit en/of relatieve omvang van de afdelingen, waardoor het aantal aanwezige in-

tervieskandidaten sterk kon variëren.<sup>4</sup> De aantallen te interviewen gedetineerden zijn daarom naar rato verdeeld. We maakten dankbaar gebruik van de door de DJI aangeboden assistentie bij de steekproeftrekking. Ongeveer eens in de drie weken leverde DJI een nieuw bestand, met daarin per locatie de zogeheten TULP nummers van gedetineerden die aan onze selectiecriteria voldeden. Vervolgens trokken we uit dit bestand per inrichting een aseleete steekproef.

Op basis van de hieruit resulterende lijst werden in de PI's gedetineerden benaderd om mee te doen aan het onderzoek. Hierbij werkten we zoveel mogelijk de lijst van boven naar onder af (om zo de toevallskans te garanderen), maar ook praktische overwegingen speelden mee. Zo konden we niet altijd gemakkelijk van de ene naar de andere afdeling, en besloten we om per afdeling respondenten te benaderen. Tegelijkertijd moesten zij wel aanwezig zijn op het moment dat wij er waren, zodat we regelmatig meerdere keren op een afdeling kwamen we om (potentiële) respondenten te spreken. Hierbij hebben we ervoor gewaakt dat gedetineerden die vaker 'op arbeid' waren dan anderen (bijvoorbeeld extern of hele dagen) niet selectief buiten de steekproef vielen. Binnen de inrichting stopte de dataverzameling wanneer het benodigde aantal interviews was afgerond. Wanneer het quotum niet met de initiële steekproef werd gerealiseerd, werd lopende de dataverzameling voor de betreffende locatie een additionele random steekproef getrokken.

Het benaderen van de geselecteerde gedetineerden gebeurde bij voorkeur door de interviewers zelf. Dit was echter niet altijd mogelijk. Het zelf benaderen van de gedetineerden vergrootte het gevoel van vertrouwelijkheid bij de gedetineerden en gaf de onderzoekers een duidelijker beeld van eventuele non-respons (zie volgende paragraaf).

---

<sup>4</sup>Uit de geleverde cijfers van het DJI, bleek PI Breda er bijvoorbeeld slechts 25 te herbergen, terwijl PI Veenhuizen er 370 telde.

## Vertrouwelijkheid

Veel nadruk is gelegd, zowel bij de gesprekken met de directie als op de werkvloer met de PIW'ers, op het zelf benaderen van gedetineerden door de onderzoekers. Dit bleek niet altijd even vanzelfsprekend. We kregen regelmatig te horen dat de gedetineerden gewoon moesten komen. Na onze uitleg dat deelname vrijwillig was en het voor de gedetineerden duidelijk moest zijn dat we onafhankelijk van de PI werkten en dat de interviews anoniem en vertrouwelijk dienden plaats te vinden, werd vaak naar een oplossing gezocht om het zelf benaderen mogelijk te maken. In de praktijk lukte dit niet altijd, of niet optimaal. In verband met de veiligheid ging er dan een PIW'er of bewaarder mee naar bijvoorbeeld de cel van een gedetineerde waar de onderzoeker een kort introductiepraatje mocht houden en de gedetineerde kon vragen om zijn deelname. Soms bleef de PIW'er tijdens dit gesprek heel dicht in de buurt en dat was uiteraard niet gewenst. We speelden hierop in door een paar stappen de andere kant op te gaan, om zo meer ruimtelijke afstand te creëren tussen de gedetineerde en de PIW'er.

De behulpzaamheid van het personeel was noodzakelijk voor de praktische uitvoering van het onderzoek, wij konden ons immers niet zomaar vrij bewegen in de inrichtingen. Over het algemeen was de behulpzaamheid groot. Detentiemedewerkers werden echter verder zo veel mogelijk buiten (de praktische en inhoudelijke invulling van) het onderzoek gehouden. Ook werd gedetineerdencommissies (GeDeCo's) gevraagd een rol te spelen bij de algemene introductie van het onderzoek en de interviewers bij de gedetineerden. Dit gebeurde echter niet altijd. Ten eerste was de gedetineerdencommissie niet overal even actief. Ten tweede waren niet alle directies voorstander van het betrekken van de commissie. Ten derde was het niet efficiënt bij zeer kleine aantallen te realiseren interviews. Personeel noch gedetineerdencommissies waren betrokken bij de werving van *individuele* kandidaten, vanwege het risico op selectiviteit (het voortrekken of vooruitschuiven van kandidaten) en omdat er bij de gedetineerden een beeld van onvrijwilligheid en partijdigheid zou kunnen ontstaan.

Sommige PI's stonden alleen benadering per brief toe, en in twee inrichtingen werden de respondenten opgeroepen zonder dat zij wisten waarvoor. Hoewel

dit niet de bedoeling van de onderzoekers was, werd het vanuit de PI's opgelegd. Overigens werd bij benadering per brief soms alsnog vanuit de PI toestemming gegeven om potentiële respondenten zelf te benaderen. In een aanvankelijk wel geselecteerde inrichting was dit in het geheel niet mogelijk en was het aantal positieve reacties op de brief zo laag (twee gedetineerden) dat deze PI buiten het onderzoek is gelaten (en dus niet meetelt met de eerdergenoemde 16 PI's).

### **Non-respons**

De redenen van non-respons zijn – voor zover mogelijk - systematisch geregistreerd, maar deze konden niet voldoende nauwkeurig gekwantificeerd worden.

Allereerst zijn er de weigeringen die plaatsvonden voordat de interviewkandidaten überhaupt om deelname gevraagd konden worden. Soms was er niet eens een mogelijkheid om de gedetineerden te zien. Zo gebeurde het dat een PIW'er (met of zonder een interviewer) naar de cel van een gedetineerde liep om te vragen of hij even naar buiten wilde komen, zodat de interviewer hem om deelname kon vragen. Sommige van deze gedetineerden zeiden al meteen "nee" vanuit hun cel en namen niet de moeite om naar buiten te komen. In andere gevallen kregen gedetineerden op verzoek van de inrichting een door de onderzoekers opgesteld en door het personeel verspreide brief met informatie over het onderzoek en het verzoek om te worden geïnterviewd. Zij konden dan "ja" of "nee" aanvinken, waarbij de brief vervolgens weer bij het personeel kon worden ingeleverd. De respons was bij deze benaderingswijze niet hoog. Achteraf bleek dat niet zelden de brief was weggegooid of in elk geval niet bekeken.

De tweede relatief veel voorkomende reden betreft gedetineerden die we wel hebben gezien en geïnformeerd over het onderzoek, maar dan toch antwoordden er geen zin in of behoefte aan te hebben, zonder verdere toelichting. We vermoeden dat de meesten van deze groep geen zin hadden, maar dat incidenteel ook geweigerd werd omwille van de interviewthema's. Zo vernamen we achteraf van een gedetineerde dat hij eigenlijk had geweigerd, omdat hij het liever niet over zijn drugsverleden wilde hebben.

De derde categorie weigeringen valt wellicht het best samen te vatten onder het kopje "autonomie". Dit betreft gedetineerden die, naar onze indruk en/of

die van PIW'ers, deelname weigerden omdat zij in dit geval "nee" konden zeggen. In detentie ontberen ze de autonomie van de 'vrije samenleving' buiten de gevangenis; er wordt door anderen bepaald wanneer de deur sluit, wanneer ze gaan eten, wanneer ze mogen luchten, werken, bezoek ontvangen etc. De welhaast magische woorden 'vrijwillige deelname' lijken bij hen meteen een zekere recalcitrantie op te roepen. In de woorden van een van de gedetineerden: "Ik kan nee zeggen, dus ik zeg ook nee!".

Ten slotte waren er gedetineerden die vonden dat ze geen belang hadden bij het onderzoek, ook niet na uitleg door de onderzoekers. Hun principe is: "voor wat, hoort wat". Sommigen vroegen op de man af wat er voor hen in zat als zij wel deelnamen aan het onderzoek. De 'hogere' belangen van het onderzoek waren voor hen niet interessant, in ieder geval niet genoeg om deel te nemen.

Overigens waren er ook gedetineerden die aanvankelijk weigerden, maar na uitleg door de onderzoekers toch werden overtuigd. Zij achtten zichzelf bijvoorbeeld niet geschikt als respondent, omdat ze geen tatoeages hadden en geen drugs spoten. We maakten dan duidelijk dat iedereen geschikt is. Nog een groep (de 'achterdochtigen') twijfelde op voorhand zichtbaar aan de betrouwbaarheid van het interview en/of de betrouwbaarheid van de onderzoeker. Het merendeel hiervan was (redelijk) makkelijk te overtuigen. Dit deden we door onze onafhankelijkheid te benadrukken, nogmaals uit te leggen dat het om een vertrouwelijk gesprek ging, en aan te geven dat ze op elk moment uit het gesprek konden lopen. Sommige respondenten werden door medegedetineerden overtuigd dat we te vertrouwen waren.

### **Sfeer en medewerking in de onderzochte inrichtingen**

Voor de interviews met de gedetineerden was een goede medewerking van de penitentiaire inrichtingen onontbeerlijk en dit vergde overleg én vaak ook inzet van het personeel. In de meeste PI's was het onthaal op alle niveaus warm en hartelijk. Van directeur tot afdelingshoofd, van PIW'er tot bewaarder zette men zich in voor het onderzoek, werd meegedacht en geholpen waar mogelijk of nodig. Qua organisatie moest ook wel het een en ander geregeld worden om onze onderzoekswerkzaamheden te faciliteren. Eén of twee spreekkamers moesten beschikbaar worden gesteld (hetgeen soms in-

hield dat de Medische Dienst, de Maatschappelijk Dienst of de GeDeCo een alternatieve ruimte werd aangeboden), er was de inzet van (extra) surveillance, er waren vanwege de veiligheid soms piepers nodig voor de onderzoekers, afdelingshoofden moesten worden ingelicht en dag- en weekprogramma's uitgezocht.

Sommige PI's waren nogal terughoudend en/of zorgden voor obstakels op de weg. Niet alleen in het voortraject (niet retourneren van telefoontjes, steeds in bespreking zijn etc.), maar ook als de onderzoekers eenmaal binnen waren. Zo besloot de directeur van een PI na ons gesprek alsnog dat we toch niet de afdeling op mochten, zonder dit aan ons mee te delen. Pas toen we daar arriveerden om te gaan interviewen, werd ons dit meegedeeld en de directeur was die dag afwezig, zodat hem ook niet om opheldering gevraagd kon worden.

Het gros van de gedetineerden was hartelijk. Nergens zijn we onheus behandeld. Uiteraard waren er hier en daar wel de nodige opmerkingen, die soms gepaard gingen met fluiten, sissen of schreeuwen. Maar over het algemeen werden we netjes en beleefd gegroet, werd de deur open gehouden en meer dan eens werd gevraagd of we ook een hapje mee wilden eten. Soms droegen gedetineerden medegedetineerden aan die volgens hen "veel te vertellen hebben" of "ook wel mee willen doen". Zij werden vriendelijk bedankt, met als uitleg dat deze gedetineerden toch ook echt op de lijst moesten staan, wilden ze in aanmerking komen voor een interview.

De sfeer verschilde uiteraard tussen de typen inrichting (open, half-open en gesloten), maar ook daarbinnen was veel variatie. In sommige PI's werden we behoorlijk vrij gelaten en mochten we 'los' over de afdeling lopen, soms zelfs zonder pieper. In andere PI's werden we zo veel mogelijk begeleid door personeel en werden we vrijwel geen moment uit het oog verloren.

### **De vragenlijst**

De interviews met de gedetineerden werden gehouden aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst, met grotendeels gesloten, maar ook open vragen. Thema's die hierin aan de orde kwamen: demografische kenmerken en achtergronden van de respondenten; ervaringen met (onveilig) tatoeëren en/of piercen, het spuiten van drugs en anabolen, en seks; kennis van gezondheidsrisicogedrag; en formele en informele risicopreventie.

De prevalentie werd gemeten door middel van gesloten en half-open vragen over de zojuist genoemde gedragingen. Er is gevraagd naar gedrag binnen en buiten detentie, zowel eerdere als de huidige detentie. Bij zelfrapportage bestaat een risico dat sociale wenselijkheid van invloed is op de resultaten. Met betrekking tot dit onderzoek zou gezegd kunnen worden dat het enerzijds een onderschatting kan opleveren, want respondenten zijn wellicht niet allemaal bereid toe te geven dat zij gedrag vertonen dat binnen Nederlandse detentie niet is toegestaan, of willen het uit schaamtegevoel niet toegeven. Anderzijds zijn zij wellicht geneigd om op te scheppen over het gedrag dat deels als stoer gezien wordt. De interviewers waren voor het grootste deel vrouwen, dit kan mogelijk ook invloed hebben gehad. Een deel van het gedrag waarvoor gevraagd werd in dit onderzoek kon daarentegen nagegaan worden, bijvoorbeeld aan de hand van zichtbare tatoeages en piercings.

Een deel van de items was gebaseerd op een vragenlijst van een lopend onderzoek naar hiv, hepatitis B en C en risicogedrag onder gedetineerden in Sittard door het RIVM. De vragen over seks kwamen uit een onderzoek naar jongensprostitutie (Korf et al., 2009).

Voor het meten van de kennis over gezondheidsrisico's is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gestandaardiseerde schalen (De Maere et al., 2000; Ten Thij, 2006), maar het bleek praktisch niet mogelijk om internationaal vergelijkbare schalen te gebruiken.<sup>5</sup> De gezondheidsstatus werd geïnventariseerd door te vragen of zij getest waren op hepatitis (A, B en C) en hiv en, zo ja, wat de uitslag van de meest recente test was. Bij andere soa dan hiv werd gevraagd naar eventuele behandeling hiervoor in de afgelopen 12 maanden.

Items over de prevalentie en frequentie van risicogedrag hadden de vorm van gesloten vragen; vragen naar het hoe en waarom van gedragingen waren open.

### *Pilot*

Voordat we aan de slag gingen met de definitieve vragenlijst is een pilot gedaan onder 10 gedetineerden. Naar aanleiding hiervan zijn twee thema's toe-

---

<sup>5</sup> Kennislijsten bleken in de praktijk nog weinig gebruikt te worden, aangezien vooral onderzoek gedaan wordt naar risicogroepen (intraveneuze druggebruikers, homoseksuelen) waarbij voorheen de kennis zo groot bleek dat men het niet nodig achtte om daar nog onderzoek naar te doen.

gevoegd aan de vragenlijst: boegroes en het spuiten van anabolen. De rest van de vragenlijst verliep naar wens, en de beide nieuwe thema's zijn ingepast binnen de al bestaande vragenlijststructuur. Omdat boegroes veel overeenkomsten vertonen met piercings, en veel mensen slechts een van de twee hebben, werd besloten vragen over boegroes binnen het thema piercings te plaatsen. Het gebruik van anabolen paste juist weer goed binnen het thema intraveneus drugsgebruik.

### *Meertalig*

Omdat van tevoren de indruk bestond dat bij de interviews taal een probleem zou kunnen vormen, hebben we het onderzoeksteam aangevuld met interviewers die goed Turks, Marokkaans (Berbers en Arabisch) of Papiaments spraken. Ook is de vragenlijst in deze talen vertaald. In de praktijk bleek hier echter weinig behoefte aan te zijn. Vrijwel uitsluitend bij oudere gedetineerden leek soms de behoefte te bestaan om toch iemand die de eigen moedertaal beheerste te spreken, maar dit gold maar voor een handjevol. De meeste gedetineerden beheersten het Nederlands voldoende en konden dus probleemloos meedoen, of spraken geen van genoemde talen en werden uitgesloten van deelname.

### **Het interview**

Het interviewteam bestond uit twee autochtone vrouwen (waarvan een Turkssprekend)<sup>6</sup>, een Surinaamse vrouw, een half-Surinaamse/half-Nederlandse vrouw en een Marokkaanse man. Het vrouw-zijn leek bij het rekruteren van respondenten wel een voordeel te zijn, maar ook de man had weinig moeite om respondenten te vinden.

De vragen en de lengte van het interview moesten aansluiten bij de vermogens van de gedetineerden. Na de kennismaking nam de feitelijke afname van de vragenlijst 30 tot 60 minuten (gemiddeld circa 40 minuten) in beslag, afhankelijk van de antwoorden en breedsprakigheid van de respondent. Daarnaast kostte het veel tijd om de interviews ook daadwerkelijk te realiseren.

---

<sup>6</sup> Bij de Turkse taal besloten we een autochtone interviewer in te zetten. Dit omdat we van verschillende bronnen begrepen dat Turkse respondenten minder schroom zouden ervaren ten opzichte van een Turks-sprekende, autochtone interviewer.

Gedetineerden zijn namelijk niet altijd beschikbaar, waardoor wachttijd ontstond tussen opeenvolgende interviews. Afhankelijk van het type gevangenis bevat het dagrooster van gedetineerden (al dan niet optioneel) hele, halve dagen en/of avonden werk, lunch, recreatie, sport, bezoek, luchtmomenten, kerkdiensten en bibliotheekbezoek. In de BBI's en ZBBI's, met uitzondering van een inrichting, kon bijvoorbeeld alleen in de avonduren geïnterviewd worden, omdat de gedetineerden daar vaak hele dagen werken. Daarnaast gaat een hele afdeling ongeveer een uur dicht tijdens een 'iso-plaatsing' (een gedetineerde die naar de isoleercel overgebracht moet worden), dus dan is het niet mogelijk om gedetineerden te benaderen. Iso-plaatsingen kwamen geregeld voor op de dagen dat het onderzoeksteam aanwezig was.

### **Makkelijke en moeilijke thema's**

De gezondheidsthema's in de interviews met gedetineerden liggen in de algemene bevolking gevoelig en zijn voor veel mensen onderwerp van taboe. Binnen specifieke groepen blijkt echter veel meer openheid te zijn rond bepaalde gedragingen. In een veldonderzoek onder jongensprostitués kostte het weliswaar veel moeite om met respondenten in contact te komen, maar tijdens het interview bleken zij meestal zeer mededeelzaam over hun bezigheden (Korf et al, 2009). Dergelijke openhartigheid ervoeren we ook in onderzoeken onder bijvoorbeeld jeugdige gedetineerden en drop-outs (Korf et al., 2005), zwerfjongeren (Korf et al., 2004), straatprostituees (Korf et al., 2005) en illegale Chinezen (Knotter et al., 2009).

Rond tatoeages/piercings en druggebruik verwachtten we op basis van deze ervaringen weinig terughoudendheid bij de gedetineerden. Vragen over seksuele contacten zouden naar verwachting gevoeliger liggen, zeker wanneer het onvrijwillige seks betrof.

Afgezien van zichtbare tatoeages en piercings, verwondingen en spuitabscessen, hadden we niet de mogelijkheid de antwoorden van de gedetineerden te verifiëren. We konden bijvoorbeeld geen haar- of urinetesten inzetten om middelengebruik te controleren. Bovendien geven dergelijke testen geen uitsluitend over veilig of onveilig gebruik. Seksuele contacten zijn op geen enkele wijze objectief aan te tonen. Het was daarom van groot belang een sfeer te creëren waarin respondenten openlijk en eerlijk kunnen zijn. Dat begon door bij de werving de onafhankelijkheid van de onderzoekers te benadrukken en

afstand te scheppen tussen interviewer en gevangenispersoneel. Absolute voorwaarde voor de afname van de interviews was de beschikbaarheid van een besloten ruimte, buiten gehoor van gedetineerden en gevangenispersoneel. Respondenten moesten zich verzekerd weten dat hetgeen zij vertelden op geen enkele wijze zou leiden tot sancties.

De vragenlijst voor de interviews met de gedetineerden werd opgebouwd volgens de 'trechter-methode': eerst kwamen algemene en minder bedreigende vragen aan bod en gaandeweg werden deze toegespitst op de persoonlijke situatie. In deze fase konden vragen over meer bedreigende thema's worden gesteld. Tevens liepen de vragen van verleden naar heden. Het creëren van een sfeer waarin respondenten open en eerlijk konden zijn, stond voorop.

Zowel *demografie* als *detentie* werden ervaren als makkelijke thema's. Respondenten voelden zich soms ietwat ongemakkelijk of gegeneerd bij de vraag naar het hoogst behaalde diploma. Sommigen antwoordden gekscherend: "mijn zwemdiploma". In het detentiegedeelte stuitte de vraag naar de totale opgelegde straf af en toe op weerstand. Na uitleg van de relevantie van deze vraag in relatie tot de rest van de vragenlijst, gaven ze meestal toch antwoord.

*Tatoeages* en *piercings/boegroes* bleken onderwerpen waar eigenlijk alle gedetineerden zonder moeite over praatten. Hierbij geldt dat makkelijker over zichzelf dan over anderen werd gesproken. Als ze zelf tatoeages en/of piercings/boegroes hadden, volgden kleurrijke, gedetailleerde verhalen over waar deze zijn gezet, door wie, met wat, waarom, welke betekenis etc. Verder kwam het veelvuldig voor dat gedetineerden trots hun tatoeages wilden laten zien. Het was in ieder geval nooit een probleem de tatoeage (ter validering) te mogen zien als daarnaar gevraagd werd (behalve als deze op een ongeschikte en/of ongepaste plek zat). Op de vraag of ze mensen kennen die hun tatoeage in detentie hebben laten zetten, werd soms aarzelend geantwoord. Maar deze gedetineerden bleken vervolgens meestal opgelucht als we verduidelikten dat alleen een schatting verlangd werd en bijvoorbeeld geen namen genoemd hoefden te worden. (Dit laatste probleem kwam ook voor bij soortgelijke vragen in de gedeeltes over spuiten van drugs/anabolen en over seks). Items over schoonmaakrituelen en het daarbij gebruikte materiaal werden moeiteloos beantwoord.

Bij het onderwerp *drugs* dachten gedetineerden snel dat het om alle soorten drugs ging en zagen we met regelmaat een grijns of ondeugende, dan wel schuldbevuste blik verschijnen. Wanneer ze dan te horen kregen dat het niet om snuiven, slikken en blowen ging, maar alleen om het spuiten van drugs, antwoordde de overgrote meerderheid heftig met “nee”. Een klein deel van de respondenten - de groep (ex-) verslaafden (van bijvoorbeeld de BZA of ISD afdeling) – sprak openhartig en vrijuit over hun drugsgeschiedenis. Hierbij schuwden ze hun eventuele spuitverleden/-heden ook niet.

Degenen die ooit of recent nog *anabolen* hadden gespoten, waren hier open over, evenals bij de vragen over eventueel eerder door anderen gebruikte of aan anderen uitgeleende naalden.

Het onderwerp *seks* was, zoals verwacht, wat lastig. Sommige gedetineerden lachten onwennig of juist heel hard om het onderwerp of de directheid van de termen, anderen hadden er zichtbaar meer moeite mee. Een veel gehoorde reactie op de vraag naar seksuele handelingen onder dwang, was dat het er in Nederlandse detentie niet zo aan toe gaat als in bijvoorbeeld de VS of Zuid-Amerika: “Zodra er hier ruzie is, zijn de bewakers er als de kippen bij”. Volgens gedetineerden zou het dan ook erg lastig zijn om ongewenste intimiteiten te plegen. Tevens is er volgens hen, weliswaar verschillend per inrichting en afdeling, informele sociale controle onder gedetineerden. Er wordt op elkaar gelet en de zwakkeren worden in bescherming genomen. Respondenten stelden dat áls er een vermoeden zou bestaan van seksuele handelingen tegen iemands wil, daar zeker wat van gezegd zou worden.

Afgaand op verhalen van gedetineerden komt seks uit vrije wil met medege-detineerden bijna uitsluitend voor in de doucheruimtes en op meerpersoons-cellen (MPC's). Als gedetineerden iemand kennen die dit heeft gedaan en/of doet, is de reactie doorgaans in de trant van “dat moeten ze zelf weten”. Vaak gevolgd door: “maar ik hou me er verre van”. In het geval van seksuele handelingen met een personeelslid waren sommigen hier trots op en spraken er vrijuit over, anderen vroegen voor de zekerheid of deze informatie echt wel vertrouwelijk zou blijven.

Het onderwerp “seksuele handelingen tegen uw zin binnen detentie” lag sowieso gevoelig, maar nog lastiger werd het als gedetineerden over ervaringen uit hun jeugd begonnen. Dat ze bijvoorbeeld seksueel misbruikt waren door hun vader of vriend van de familie. In dergelijke, overigens sporadische ge-

vallen hebben we de gedetineerde, waar mogelijk en bij gebleken behoefte, gewezen op hulpverlening (bijvoorbeeld psycholoog of geestelijk verzorger) binnen de inrichting.

Over *hepatitis/hiv/soa* sprak vrijwel iedereen vrijuit. Opvallend was dat sommige gedetineerden zeiden dat bij binnenkomst geen hepatitis test was uitgevoerd, maar dat ze wel de inenting met drie prikjes hadden gekregen. De stellingen over infectieziekten werden aanvankelijk met argusogen, nervositeit of desinteresse bekeken, maar bleek vervolgens vaak een leuk onderdeel te zijn. Gedetineerden voelden zich uitgedaagd, ervoeren het een 'toets' en vroegen dan ook dikwijls naar hun score. Tegelijkertijd werden veel respondenten geconfronteerd met hun gebrek aan kennis op dit gebied. Bijvoorbeeld bij de stelling "Via orale seks/pijpen kan een geslachtsziekte opgelopen worden", reageerden gedetineerden nogal eens met: "dat weet ik niet, want ik pijp niet".

De vragen over *voorzorgsmaatregelen* bij infectieziekten leverden geen problemen op. Ook bij de vraag of er condooms beschikbaar zijn, was er geen schroom.

### **Gerealiseerde en gewogen steekproef**

In totaal zijn 380 gedetineerden geïnterviewd, zo goed mogelijk verdeeld over verschillende typen detentie, verspreid over heel Nederland. Zij vormen geen precieze afspiegeling van de verdeling over de vijf onderscheiden typen detentie. Daarom is weging toegepast, waarmee de steekproef representatief wordt voor de doelpopulatie. Daarbij zijn we uitgegaan van de verdeling op dit aspect binnen de totale doelpopulatie gedetineerden ten tijde van ons onderzoek. Dat wegen gebeurde als volgt. Allereerst werd berekend hoeveel procent van de populatie bestond uit gedetineerden in de gevangenis, Huis van Bewaring, ISD en (half) open inrichtingen BBI en ZBBI. Vervolgens werd gekeken hoe de steekproef over deze inrichtingen was verdeeld, en werd gewogen zodat het percentage van de steekproef overeenkwam met de populatie. In de gewogen steekproef zien we ten opzichte van de netto steekproef verschuivingen in de percentages en aantallen respondenten per regio en per type detentie.

**Tabel 2.2 Verdeling populatie, beoogde, behaalde en gewogen steekproef per peildatum**

	Populatie		Beoogde steekproef		Behaalde steekproef		Gewogen steekproef	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gevangenis	1101	64.9	260	64.9	228	60.0	249	65.7
HvB	267	15.7	63	15.7	34	8.9	58	15.4
ISD	115	6.8	27	6.8	20	5.3	24	6.3
Open (BBI/ZBBI)	213	12.6	50	12.6	98	25.7	48	12.7
Totaal	1696		400		380			

De gemiddelde weegfactor was 1.0, de mediaan was 0.8. De weegfactoren liepen van 0.13 (voor slechts zeven respondenten) tot en met 3.82 (voor acht respondenten). De zwaardere wegingen golden dus voor een klein deel van de steekproef, terwijl twee derde van de respondenten een matig zware weegfactor kreeg (tussen de .62 en 1.34).

Als we de steekproef vergelijken met de populatie (tabel 2.2), dan blijkt dat er geen significant verschil in leeftijd is ( $p = .364$ ). Etniciteit van de populatie is op basis van geboorteland van de persoon, aangevuld met nationaliteit, vastgesteld. Zo zijn bijvoorbeeld Surinamers in Suriname geboren, of ze zijn in Nederland geboren en hebben de Surinaamse nationaliteit. Aangezien de cijfers van de steekproef zijn gebaseerd op een combinatie van het eigen geboorteland, die van moeder en die van vader (zie voor verdere uitleg hoofdstuk 3) zijn de cijfers niet goed vergelijkbaar. Er blijkt een significant verschil te zijn ( $p < .001$ ), maar het valt dus niet goed te zeggen of het een werkelijk verschil tussen de populatie en de steekproef is, of dat het komt door het verschil in definitie van etniciteit.

In de volgende hoofdstukken zullen steeds de gewogen cijfers gepresenteerd worden.

**Tabel 2.3 Leeftijd en etniciteit populatie en steekproef**

	Steekproef		Populatie	
<b>Leeftijd</b>				
gemiddeld (SD)	36.3	(11.2)	35.8	(11.1)
<b>Etniciteit</b>				
Nederlands	150	39.6%	871	51.4%
Surinaams	48	12.8%	159	7.6%
Antilliaans	43	11.3%	162	9.6%
Turks	19	4.9%	66	3.9%
Marokkaans	55	14.5%	93	5.5%
Overig westers	44	11.5%	173	10.2%
Overig niet-westers	21	5.5%	199	11.8%
Onbekend	1		3	
<b>Totaal</b>	<b>380</b>		<b>1696</b>	

## 3

# Respondenten

Alle 380 geïnterviewde gedetineerden zijn man, meerderjarig en verblijven minimaal drie maanden in detentie. Naast deze gemeenschappelijke kenmerken is er ook variatie. In dit hoofdstuk schetsen we eerst het demografische profiel van de respondenten (leeftijd, nationaliteit, etniciteit en opleidingsniveau). Daarna bespreken we hun detentieverleden en hun huidige detentie. Aansluitend volgt een overzicht van de verschillen in demografische kenmerken van de respondenten naar detentieverleden en tussen de vijf typen detentie en tussen (half) open en gesloten inrichtingen.

### Demografische kenmerken

De jongste respondent is 19 jaar, de oudste 81. De gemiddelde leeftijd is 36.3 jaar (s.d.=11.2; mediaan=35). Verreweg de meeste respondenten hebben de Nederlandse nationaliteit, soms in combinatie met een andere nationaliteit. Op grote afstand volgt op de tweede plaats de Marokkaanse nationaliteit. Etniciteit is vastgesteld volgens de standaardprocedure van het CBS, dat wil zeggen op basis van het geboorteland van de respondent en diens ouders.<sup>7</sup> Minder dan de helft is autochtoon (39.6%). Ongeveer een op de tien heeft een andere westerse etniciteit dan Nederlandse (11.5%). Op een tweede plaats

---

<sup>7</sup> Hierbij wordt het geboorteland van de ouders gecombineerd met het geboorteland van die persoon zelf, om zo tot etniciteit te komen. Iemand is dan autochtoon wanneer beide ouders in Nederland geboren zijn en allochtoon wanneer ten minste een van de ouders in het buitenland geboren is. Wanneer beide ouders in het buitenland geboren zijn, bepaalt het geboorteland van de moeder de specifieke etniciteit. Ook maken we onderscheid tussen westers (allochtonen uit westerse landen (Australië, Europa, Noord-Amerika, Indonesië en Japan)) en niet-westers (Afrika, Azië – m.u.v. Indonesië en Japan – en Zuid-Amerika). Bij de driedeling maken we onderscheid tussen autochtoon (Nederlands), westers en niet-westers (hier worden dan ook Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen bij opgeteld).

staan Marokkaanse respondenten, gevolgd door Surinamers. Ongeveer een op de tien respondenten is Antilliaans (inclusief Arubaans), een op de twintig is Turks en de rest is van overige niet-westerse komaf. Bij elkaar opgeteld vormen westerse respondenten ruim de helft van de steekproef (60.4%). In totaal is 48.9% niet-westers.

Niet-westerse respondenten zijn gemiddeld jonger dan Nederlandse en westerse (respectievelijk 33.5, 39.4 en 38.1 jaar,  $p < .000$ ).

**Tabel 3.1 Nationaliteit**

	n	%
Alleen NL	310	81.6
NL + Surinaams	2	0.5
NL + Turks	5	1.3
NL + Marokkaans	1	0.3
NL + overig	10	2.6
Surinaams	4	1.1
Turks	7	1.8
Marokkaans	29	7.6
Anders	13	3.4
Totaal	380	100

Een op de drie respondenten heeft (na de basisschool) geen enkele opleiding afgemaakt. Krap een kwart heeft als hoogste diploma VMBO-b (beroeps) niveau. Daarna komen diploma's MBO of VMBO-tl (theorie) niveau. De meeste anderen hebben een diploma op Havo-niveau of hoger. Tien respondenten noemden opleidingen of cursussen die niet in te delen waren (bijv. sociale hygiëne, veiligheidsdiploma's of een door ons niet goed in te delen opleiding in het buitenland).

Bij latere analyses op basis van het opleidingsniveau zal vaak een driedeling worden gehanteerd: *laag* is maximaal basisschool, *midden* bestrijkt VMBO-b, VMBO-tl en equivalenten hiervan, en *hoog* staat voor Havo en hoger. De categorie 'anders' wordt in dergelijke analyses buiten beschouwing gelaten.

Marokkaanse respondenten zijn lager opgeleid dan andere respondenten. Twee derde van de Marokkanen is laag opgeleid, dat is twee keer zo vaak als de rest.

**Tabel 3.2 Hoogst afgeronde opleiding**

	n	%
Geen / alleen basisschool	126	33.2
LBO, VBO, IVBO, LTS, VMBO beroeps	94	24.8
MAVO, MULO, VMBO theorie	45	11.9
HAVO, MMS	16	4.3
VWO, HBS	10	2.6
MBO	56	14.9
HBO, universiteit	22	5.8
Anders	10	2.5
<b>Totaal</b>	<b>379</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	1	

**Tabel 3.3 Opleiding naar etniciteit**

	Laag		Midden		Hoog		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nederlands	40	27.4	54	37.0	52	35.6	146	100
Surinaams	13	26.5	26	53.1	10	20.4	49	100
Antilliaans	12	27.9	24	55.8	7	16.3	43	100
Turks	6	33.3	7	38.9	5	27.8	18	100
Marokkaans	33	66.0	10	20.0	7	14.0	50	100
Overig westers	16	37.2	11	25.6	16	37.2	43	100
Overig niet-westers	6	28.6	8	38.1	7	33.3	21	100
<b>Totaal</b>	<b>126</b>	<b>34.1</b>	<b>140</b>	<b>37.8</b>	<b>104</b>	<b>28.1</b>	<b>370</b>	<b>100</b>
p								****
Autochtoon	40	27.4	54	37.0	52	35.6	146	100
Westers	16	37.2	11	25.6	16	37.2	43	100
Niet-westers	70	39.1	74	41.3	35	19.6	179	100
<b>Totaal</b>	<b>126</b>	<b>34.2</b>	<b>139</b>	<b>37.8</b>	<b>103</b>	<b>28.0</b>	<b>368</b>	<b>100</b>
p								**

**Detentiecarrière en duur**

Krap een derde van de respondenten zit voor het eerst in detentie. Twee op de drie zijn eerder (ook) in Nederland gedetineerd geweest en een op de acht (ook) in het buitenland, waarvan slechts enkelen uitsluitend in het buitenland. Drie respondenten wilden niets kwijt over hun eerdere detenties.

**Tabel 3.4 Eerder in detentie gezeten**

	n	%
Nog nooit	110	29.2
(ook) in Nederland	157	68.2
(ook) in het buitenland	50	13.2
<b>Totaal</b>	<b>377</b>	<b>100</b>
Onbekend / wil niet zeggen	3	

Ten tijde van het interview zitten de respondenten gemiddeld twee jaar, in doorsnee iets meer dan een jaar in detentie (24.3 maanden, s.d.=26.4 maanden, mediaan=15 maanden). De totale straf die zij hebben gekregen (zonder aftrek voorarrest) varieert van drie maanden tot levenslang. Wanneer we de drie levenslang gestraften buiten beschouwing laten, is de totale duur van de opgelegde vrijheidsstraf gemiddeld 4.5 jaar (s.d.=56.0 maanden, mediaan=36 maanden). Van 23 respondenten hebben we over de opgelegde straf geen informatie, omdat zij het niet hierover wilden hebben.

Maar liefst driekwart van de gedetineerden heeft tijdens eerdere detentie of in een andere gevangenis een cel met iemand gedeeld. Oorspronkelijk was het doel te vragen naar het delen van een cel tijdens eerdere detentie, maar tijdens de interviews bleek dat een aanzienlijk deel van de respondenten tijdens dezelfde detentie, maar in een andere PI een cel gedeeld heeft. Een op de tien deelt een cel op het moment van het interview, twee wilden hier niets over zeggen. Overigens deelt bijna iedereen in een half open inrichting een kamer.

**Tabel 3.5 Delen van cel**

	Eerder cel gedeeld		Deelt nu cel	
	n	%	n	%
Nee	93	25.3	340	90.1
Ja	275	74.7	38	9.9
<b>Totaal</b>	<b>368</b>	<b>100</b>	<b>378</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	11		2	

### Verschillen naar demografische kenmerken

Bij de in dit hoofdstuk besproken thema's zijn er enkele verschillen tussen etnische groepen, naar leeftijd en opleidingsniveau, en wat meer voor het type

detentie waarin respondenten ten tijde van het interview verblijven. Soms worden de aantallen of percentages en de p-waarden in de tekst genoemd, maar meestal staan deze gegevens in tabellen in Bijlage I.

Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse respondenten hebben het vaakst al eerder in detentie gezeten, terwijl overig niet-westerse respondenten juist het minst vaak eerder in de gevangenis zaten. Voor hoogopgeleide respondenten is dit vaker de eerste keer in detentie dan voor midden en laag opgeleiden.

Respondenten in een Huis van Bewaring hebben vaker dan anderen eerder in detentie gezeten, totaal en in Nederland. Respondenten in een gesloten setting hebben vaker al eens in detentie gezeten dan degenen in een (half) open inrichting (gemiddeld 5.8 vs. 3.3 keer,  $p < .01$ ) en ook een langere straf opgelegd gekregen (gemiddeld 68.0 vs. 40.6 maanden,  $p < .001$ ).

Terwijl in de (half) open inrichtingen met name autochtone en overig niet-westerse respondenten zitten, zijn die in de ISD vooral Surinaamse, Antilliaanse en ook overig niet-westerse respondenten.

Het totaal van niet-westerse respondenten heeft vaker ooit een cel gedeeld, terwijl autochtone respondenten het minst vaak ooit een cel deelden (resp. 81.1% en 67.8%,  $p < .05$ ). Overigens was dit meestal in Nederland. Gedetineerden uit (half) open inrichtingen hebben vaker een cel gedeeld in het verleden (87.5% vs. 72.8%,  $p < .05$ ), respondenten uit het Huis van Bewaring hebben dit juist minder vaak gedaan (69.5%, totaal 74.8%,  $p < .05$ ).

Het is logisch dat respondenten uit de BBI het vaakst op het moment van het interview een cel of kamer delen, dit is bij de meeste BBI's de standaard (60.0%, totaal 10.1%,  $p < .001$ ). Respondenten die op het moment van het interview een cel delen zijn jonger (30.1 vs. 37.1,  $p < .001$ ), hebben minder vaak in Nederland in detentie gezeten (3.6 vs. 5.8 keer,  $p < .005$ ), en hebben tot nu toe een kortere straf en een kortere detentie (40.4 vs. 67.2 maanden,  $p < .005$ ; 19.2 vs. 24.9 maanden,  $p < .05$ ). Dit zou er op kunnen wijzen dat mede hierop de beslissing om iemand een cel te laten delen wordt gebaseerd.

Respondenten die ooit in hun leven een cel gedeeld hebben, delen ook vaker op het moment van het interview een cel met iemand (12.0% vs. 3.2%,  $p < .05$ ).

## **Samenvatting**

De 380 mannelijke respondenten zijn gemiddeld 36.3 jaar oud. De meerderheid heeft de Nederlandse nationaliteit, maar etniciteit laat een iets diverser beeld zien. Minder dan de helft is autochtoon, de grootste etnische groep is Marokkaans met een op de zeven respondenten. De respondenten zijn over het algemeen vrij laag opgeleid, een op de drie heeft helemaal geen opleiding afgemaakt en een kwart heeft maximaal een VMBO beroeps-diploma. Een derde van de respondenten zit voor het eerst in detentie, bijna alle andere respondenten hebben eerder in Nederlandse detentie gezeten. Gemiddeld zitten ze op het moment van het interview twee jaar in detentie, en hebben ze een straf van 4.5 jaar gekregen. Driekwart heeft ooit een cel gedeeld.

Surinaamse en Antilliaanse respondenten hebben vaker (ook) in het buitenland gedetineerd gezeten. Hoog opgeleide respondenten en die in een (half) open inrichting zitten vaker voor het eerst in detentie. Westerse allochtonen hebben langere straffen gekregen. Respondenten uit de ISD zijn vaker van Surinaamse, Antilliaanse of overig niet-westerse afkomst. Vooral jonge respondenten, die met een kortere straf en/of die zonder detentieverleden, hebben wel eens hun cel gedeeld en delen op het moment van het interview nog steeds hun cel.

## Kennis van gezondheidsrisico's

In de interviews met gedetineerden zijn 15 kennisvragen gesteld over het oplopen en overbrengen van infectieziekten. Dat gebeurde overigens pas tegen het einde van het interview, nadat we al gesproken hadden over hun eigen en andermans gedrag. De kennisvragen werden voorgelegd aan de hand van stellingen, gelijkelijk verdeeld over geslachtsziekten (in meer algemene zin en over chlamydia), hiv en hepatitis. Per stelling moesten ze aangeven of deze waar of niet waar was. Al tijdens de interviews viel op dat bij sommige stellingen relatief veel respondenten geen idee hadden van het juiste antwoord. Daarom zullen we in dit hoofdstuk niet alleen kijken naar het aandeel respondenten dat goede of foute antwoorden gaf, maar ook naar het aandeel dat *geen* antwoord wist te geven op bepaalde vragen.

### Antwoorden

Wat betreft de juiste antwoorden werd besloten om deze niet aan het eind van het interview te geven. Hiermee wilden we voorkomen dat gedetineerden de juiste antwoorden aan andere potentiële respondenten zouden doorgeven. Achteraf bezien was dit wellicht niet nodig geweest. Gedetineerden wilden graag meteen weten of hun kennis van de onderwerpen goed was. Ook was hier een (gemiste) kans om ze te informeren of fabeltjes met betrekking tot bijvoorbeeld hiv uit de wereld te helpen. De beslissing om achteraf (na het voltooien van alle interviews op desbetreffende locatie) de goede antwoorden op te hangen, voldeed niet aan deze behoeften. De indruk was dat geïnterviewden naderhand niet meer op het prikbord keken en sowieso vergaten wat hun eigen antwoorden waren. Daarnaast nam het ophangen van de antwoorden het element van de persoonlijk uitleg weg.

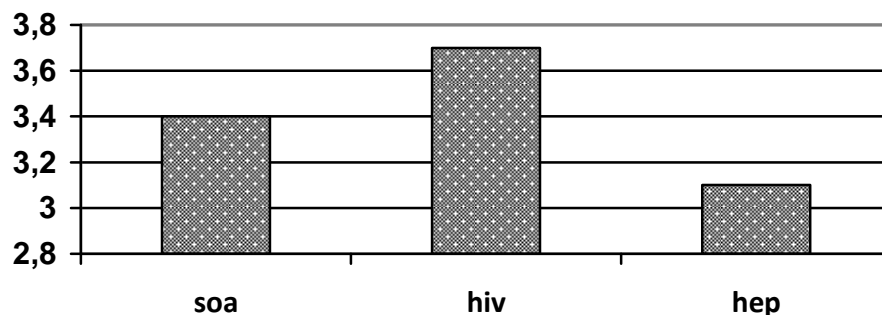
## Kennisscores

Wanneer we elk goed antwoord 1 punt geven en elk fout of ontbrekend antwoord 0 punten, dan kunnen respondenten op elk van de drie onderdelen maximaal 5 punten scoren. De gemiddelde kennisscore (zie ook figuur 4.1) is met 3.7 het hoogst bij hiv (s.d.=1.3; mediaan=4.0), gevolgd door soa met 3.4 (s.d.=1.3, mediaan=4.0) en ten slotte hepatitis met 3.1 (s.d.=1.8; mediaan=4.0). Bij hiv heeft 30.9% alle stellingen goed beantwoord, bij hepatitis 24.9% en bij soa 18.0%.

Op de drie onderdelen tezamen kunnen maximaal 15 punten gescoord worden. De totale kennisscore is gemiddeld 10.2 (s.d.=3.3; mediaan=11.0). Eenentwintig respondenten hebben alle antwoorden goed (5.5%).

De soa kennisscores, hiv kennisscores en hepatitis kennisscores hangen onderling matig tot redelijk samen. Hoe hoger de soa kennisscore, hoe hoger de hiv kennisscore ( $r=.48$ ,  $p<.001$ ); hoe hoger de soa kennisscore, hoe hoger de hepatitis kennisscore ( $r=.24$ ,  $p<.001$ ); en hoe hoger de hiv kennisscore, hoe hoger de hepatitis kennisscore ( $r=.36$ ,  $p<.001$ ).

Figuur 4.1 Gemiddelde kennisscores voor soa, hiv en hepatitis



## Geslachtsziekten

Vier op de vijf respondenten weten dat je via orale seks een geslachtsziekte kunt oplopen. Vrijwel evenveel weten dat de kans op geslachtsziekten niet afneemt als je je wast na onveilige seks.

Rond de 70% weet dat mannen ook chlamydia kunnen krijgen, maar een op de tien denkt ten onrechte dat alleen vrouwen chlamydia kunnen krijgen en maar liefst een op de vijf kan geen antwoord geven op deze stelling, vaak simpelweg omdat zij niet weten wat chlamydia is.

Bijna een op de drie denkt ten onrechte dat er altijd symptomen zijn na een infectie van een geslachtsziekte of weet het niet.

Slechts 44.8% van de respondenten weet dat geslachtsziekten niet overgebracht kunnen worden via het delen van tandenborstels en scheermesjes. Bijna de helft (48.4%) denkt ten onrechte dat dit waar is en de rest weet het niet.

**Tabel 4.1 Kennisvragen soa**

	Waar		Niet waar		Geen antwoord		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Via orale seks/pijpen kan een geslachtsziekte opgelopen worden	309	81.4	52	13.7	19	4.9	380	100
Als ik me was na onveilige seks, neemt de kans dat ik een geslachtsziekte oploop af	62	16.3	307	80.8	11	3.0	380	100
Mannen kunnen geen chlamydia krijgen en vrouwen wel	37	9.7	271	71.4	72	18.8	380	100
Er zijn altijd symptomen aanwezig na een infectie van een geslachtsziekte	124	32.5	227	59.7	29	7.7	380	100
Geslachtsziekten kunnen overgebracht worden via delen van tandenborstel en scheermesjes	184	48.4	170	44.8	26	6.9	380	100

## Hiv

Een grote meerderheid weet dat je niet meerdere sekspartners nodig hebt om hiv op te lopen, maar toch denkt bijna een op de tien dat dit wel zo is. Negen op de tien respondenten weten dat je hiv kunt oplopen door een tatoeage of piercing te nemen.

Ruim twee op de drie respondenten weten dat je via orale seks hiv kunt oplopen, maar 21.2% van de respondenten denkt ten onrechte dat hiv besmetting niet via orale seks kan plaatsvinden en de rest geeft geen antwoord op deze stelling. Bijna twee op de drie weten dat je geen hiv oploopt door te zoenen met een besmet persoon, iets minder dan een op de drie denkt ten onrechte dat dit wel kan gebeuren en een klein deel weet het niet. Ook weet ruim zes op de tien dat er na een infectie met hiv niet altijd symptomen aanwezig zijn,

maar 29% denkt ten onrechte van wel en een op de tien weet de vraag niet te beantwoorden.

**Tabel 4.2 Kennisvragen hiv**

	Waar		Niet waar		Geen antwoord		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Je hebt meerdere sekspartners nodig om hiv op te lopen	35	9.1	335	88.4	10	2.5	380	100
Je kunt hiv oplopen door een tattoo of piercing te nemen	334	87.9	28	7.4	18	4.7	380	100
Via orale seks/pijpen kan geen hiv opgelopen worden	81	21.2	269	70.8	30	8.0	380	100
Je loopt geen hiv op door te zoenen met een besmet persoon	241	63.4	118	31.0	21	5.6	380	100
Er zijn altijd symptomen aanwezig na een infectie met hiv	110	29.0	231	60.9	38	10.1	380	100

## Hepatitis B en C

Bijna een kwart van de respondenten heeft alle stellingen over hepatitis goed, maar daar tegenover staat dat een op de vijf geen enkele kennisvraag over hepatitis kan beantwoorden.

Twee op de drie respondenten weten dat je hepatitis kunt oplopen door het delen van filters, lepels en water bij injecties; de meeste anderen kunnen deze vraag niet beantwoorden, maar een klein deel denkt ten onrechte dat je zo geen hepatitis kunt krijgen.

Eveneens twee op de drie respondenten weten dat je hepatitis kunt oplopen door een tatoeage of piercing te nemen; ruim een op de tien denkt ten onrechte dat dit niet zo is en een kwart kan de vraag niet beantwoorden.

Op de andere drie stellingen weet slechts iets meer dan de helft het juiste antwoord en kan bijna een kwart geen antwoord geven. Een op de zes denkt ten onrechte dat je via orale seks geen hepatitis kunt oplopen, 18.8% meent ten onrechte dat hepatitis overgebracht kan worden via het zwembad en een op de vijf denkt onterecht dat dit niet kan via het delen van tandenborstels en scheermesjes.

**Tabel 4.3 Kennisvragen hepatitis**

	Waar		Niet Waar		Geen antwoord		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Je kunt hepatitis oplopen door het delen van filter, lepels en water bij het spuiten (injecteren)	259	68.3	26	6.8	95	24.9	380	100
Je kunt hepatitis oplopen door een tattoo of piercing te nemen	250	65.8	42	11.0	88	23.2	380	100
Via orale seks/pijpen kan geen hepatitis opgelopen worden	52	13.7	238	62.7	90	23.6	380	100
Hepatitis kan overgebracht worden via het zwembad	71	18.8	215	56.6	93	24.6	380	100
Via delen van tandenborstel en scheermesjes kun je hepatitis oplopen	212	55.9	76	20.1	91	24.0	380	100

### Demografische kenmerken en type detentie

Eerst bespreken we de kenmerken afzonderlijk en daarna in onderlinge samenhang op basis van de regressie analyse. Bij de regressie analyses zijn steeds leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau en type detentie meegenomen. Voor zowel de verschillen als de regressie analyses geldt dat we alleen significante resultaten zullen bespreken. Soms worden de aantallen, percentages, of de uitkomsten van de regressie analyses in de tekst besproken, soms staan deze gegevens in tabellen in Bijlage I.

#### *Etniciteit*

Nederlandse respondenten hebben gemiddeld de hoogste *hiv* kenniscore. De gemiddelde score van Surinamers (3.8) is hoger dan die van Turken (Nederlands=3.9, Surinaams=3.8, Marokkaans=3.4, Turks=3.0;  $p < .05$ ). Bij *hepatitis* hebben de overige niet-westerse respondenten de laagste kenniscore (overig niet-westers=1.8, vs. de rest 3.2,  $p < .05$ ).

Wanneer gekeken wordt naar de afzonderlijke items dan blijkt dat niet-westerse allochtonen het minst vaak weten dat je door tatoeages en piercings hepatitis op kunt lopen (78.2%, totaal 85.6%,  $p < .005$ ).

Turken en Marokkanen weten dit het minst vaak (Antillianen 97.3%. Surinamers 91.5%, Marokkanen 71.7%, Turken 72.2%, totaal 85.5%,  $p < .01$ ). De Turkse respondenten weten daarnaast het minst vaak dat het niet waar is dat er altijd symptomen aanwezig zijn bij een infectie met hiv. Zij zijn de enige etnische groep waarvan minder dan de helft hiervan niet op de hoogte is (41.2%, totaal 67.9%,  $p < .05$ ).

In de *totaalscore* verschillen autochtone Nederlanders in gunstige zin van bijna alle andere etnische groepen, behalve overig westerse en Surinaamse respondenten (Nederlands=10.9, overig westerse=10.3, Surinaams=10.5, Antilliaans=9.7, Turks=9.1, Marokkaans=9.3 en overig niet-westerse=8.5,  $p < .05$ ).

### *Opleidingsniveau*

Hoogopgeleiden scoren op de drie getoetste gebieden *soa, hiv en hepatitis* gemiddeld hoger dan laag- en middelhoog opgeleiden.

Deze lijn zet zich voort wanneer wordt gekeken naar de afzonderlijke kennisitems. Laagopgeleide respondenten weten minder vaak dat je van tatoeages en piercings *hiv* op kunt lopen (85.8%, totaal 92.3%,  $p < .000$ ) en dat je van het zwembad geen *hepatitis* kunt krijgen (67.9%, totaal 76.1%,  $p < .05$ ). Hoogopgeleiden weten verder vaker dat je niet altijd symptomen hoeft te hebben na een *hiv*-infectie (76.0%, totaal 67.4%,  $p < .05$ ) en dat je *hepatitis* kunt oplopen door een tatoeage of piercing te nemen (93.4%, totaal 85.1%,  $p < .05$ ).

Laagopgeleiden hebben de laagste *totaalscore*, hoogopgeleiden de hoogste (laag=9.4, midden=10.0, hoog=11.3,  $p < .000$ ).

### *Type detentie*

Respondenten uit een (half) open setting hebben minder kennis van de risico's van orale seks (m.b.t. *hiv* 62.8%, gesloten 78.8%,  $p < .05$ ; m.b.t. *hepatitis* 68.8%, gesloten 83.7%,  $p < .005$ ). Respondenten uit een gesloten setting weten dan weer het minst vaak dat het niet waar is dat er altijd symptomen aanwezig zijn na een infectie van een geslachtsziekte (62.7%, (half) open 79.1%,  $p < .05$ ) en dat je geen *hiv* kunt oplopen door te zoenen met een besmet persoon (65.2%, (half) open 80.4%,  $p < .05$ ).

Meer specifiek weten respondenten in het HvB minder vaak dat je van zoenen met een *hiv*-besmet persoon geen *hiv* op kunt lopen (56.4%, totaal 67.3%,  $p < .01$ ), dat je via orale seks een geslachtsziekte kan oplopen (70.7%, totaal 86.6,

$p < .05$ ) en dat het niet waar is dat de kans op een geslachtsziekte afneemt door je te wassen na onveilige seks (70.7%, totaal 83.2%,  $p < .05$ ). ZBBI-ers weten het minst vaak dat je via orale seks wel hiv op kunt lopen, terwijl respondenten uit de gevangenis dit het vaakst weten (ZBBI 56.0%, gevangenis 82.2%, totaal 76.9%,  $p < .05$ ).

### *Regressie analyse*

Om te kijken hoeveel invloed verschillende factoren hebben op kennisscores of het voorkomen van risicogedrag, voeren we regressie analyses uit. Via een stapsgewijze methode wordt in regressie analyses een model berekend op basis waarvan het gedrag of de kennisscore kan worden voorspeld. De invloed op de uitkomstvariabele (bijv. hiv-kennisscore) van de variabelen die opgenomen worden in het regressiemodel, wordt uitgedrukt in de zogenoemde regressiecoëfficiënt. Een negatieve coëfficiënt geeft aan dat de kennisscore lager is dan in de referentiegroep; bij een positieve coëfficiënt is de kennisscore hoger. Bij regressie analyses wordt de invloed van de ene variabele gecorrigeerd voor de invloed van de andere variabelen. Wanneer bijvoorbeeld zowel leeftijd als regime in het model zijn opgenomen, dan betekent dit dat regime van invloed is, ook al zouden alle betreffende respondenten even oud zijn. Andersom is dan ook leeftijd van invloed, ook al zouden alle respondenten in hetzelfde type regime zitten. De variabelen die niet worden opgenomen in het model hebben niet per definitie geen enkele samenhang met de kennisscore of het gedrag. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat leeftijd samenhangt met regime en etniciteit samenhangt met regime, maar etniciteit ook samenhangt met leeftijd. Wanneer dat het geval is, kan het zijn dat slechts een van de twee in het model wordt opgenomen; degene die het beste voorspelt. De andere variabele hangt dan weliswaar samen met de kennisscore of het gedrag, maar voegt niets toe aan de voorspelling.

Hoe goed het model overeenkomt met de werkelijkheid wordt uitgedrukt in de verklaarde variantie ( $R^2$ ). Wij noemen dit de voorspellende waarde van het model. Stel de verklaarde variantie is 1.00, betekent dit dat alles juist wordt voorspeld door het model (100%), stel de  $R^2$  is 0.10, dan voorspelt het 10%. Voor binaire variabelen (bijv. wel of geen tatoeage in detentie) hanteerden we een *logistische* regressie analyse; voor continue variabelen (kennis scores) een *lineaire* regressie analyse.

In dit en volgende hoofdstukken wordt aan het eind van het hoofdstuk steeds de uitkomst van de regressie analyses weergegeven.

**Tabel 4.4 Lineaire regressie: soa kennisscore als uitkomstvariabele**

	B	SE B	b
Constante	4.975	.318	
Leeftijd	-.031	.006	-.277
Opleiding			
Hoog vs. laag	.403	.140	.142
Type detentie Gesloten vs. (half) open	-.286	.141	-.099

$R^2 = .104, p < .001$

**Tabel 4.5 Lineaire regressie: hiv kennisscore als uitkomstvariabele**

	B	SE B	b
Constant	3.632	.073	
Opleiding			
Hoog vs. laag	.427	.141	.154

$R^2 = .024, p < .005$

**Tabel 4.6 Lineaire regressie: hepatitis kennisscore als uitkomstvariabele**

	B	SE B	b
Constant	4.162	.290	
Opleiding			
Hoog vs. laag	.515	.203	.126
Etniciteit westers vs. niet-westers	.859	.181	.236

$R^2 = .077, p < .001$

**Tabel 4.7 Lineaire regressie: totale kennisscore als uitkomstvariabele**

	B	SE B	b
Constant	13.724	.809	
Leeftijd	-.051	.015	-.178
Opleiding			
Hoog vs. laag	1.361	.361	.187
Etniciteit westers vs. niet-westers	1.361	.328	.210

$R^2 = .094, p < .001$

Leeftijd is de belangrijkste voorspeller voor de soa kennisscore, gevolgd door een hoge opleiding en ten slotte het regime. Hoe ouder de respondenten, hoe

lager de score op kennis van soa. Respondenten met een hogere opleiding scoren hoger dan respondenten met een lage opleiding. Ten slotte hebben respondenten uit gesloten inrichtingen een lagere score dan die uit een (half) open setting. Het percentage verklaarde variantie is niet erg groot (10.4%), kennelijk spelen andere factoren dan leeftijd, opleiding, etniciteit en regime een belangrijke rol.

Hiv kennisscore wordt alleen bepaald door het hebben van een hoge opleiding. Een hogere opleiding gaat samen met een lagere hiv kennisscore. Slechts een klein deel van de variantie wordt verklaard (2.4%).

Bij de hepatitis kennisscore zien we dat etniciteit de belangrijkste voorspeller is: westerse respondenten hebben een hogere score dan niet-westerse. Respondenten met een hoge opleiding hebben een hogere hepatitis kennisscore dan laag opgeleiden. Weer wordt niet veel van de variantie verklaard: 7.7%.

Ook bij de totale kennisscore is etniciteit de sterkste voorspeller, gevolgd door een hoge opleiding en ten slotte leeftijd. Qua richting is het hetzelfde als in de eerdere analyses: westerse etniciteit en hoge opleiding hangen samen met een hogere score en een hogere leeftijd weer met een lagere score. Ook hier is de verklaarde variantie erg laag (9.4%).

### **Samenvatting en conclusie**

Aan de hand van 15 stellingen is de kennis van gedetineerden over gezondheidsrisico's getoetst. Gemiddeld weten de respondenten op tweederde (10.2) van de stellingen het juiste antwoord. Slechts 5.5% weet alle stellingen goed te beantwoorden. Over het geheel genomen is de kennis het minst slecht over hiv en het slechtst over hepatitis.

Het grootste misverstand bij soa is dat de helft ten onrechte denkt dat geslachtsziekten kunnen worden overgebracht door elkaars tandenborstel en scheermesjes te gebruiken. Ook weten – met een op de vijf – opvallend veel respondenten niet wat chlamydia is.

Bij hiv hebben de kennishiaten vooral betrekking op ten onrechte denken dat hiv-infectie altijd gepaard gaat met symptomen, dat je besmet kunt raken door te zoenen met iemand die hiv-positief is en dat je via orale seks geen hiv kunt oplopen.

Opvallend veel respondenten weten erg weinig tot niets van hepatitis. Daarnaast denken relatief veel respondenten ten onrechte dat hepatitis niet kan worden overgebracht via tandenborstels en scheermesjes en niet door orale seks, terwijl andersom relatief veel ten onrechte menen dat besmetting met hepatitis wel via het zwembad kan plaatsvinden.

Concluderend wijzen de bevindingen vooral op het belang van meer of betere voorlichting over hepatitis en chlamydia. Meer algemeen zijn de kennishiaten het grootst bij laagopgeleide gedetineerden en bij niet-westerse allochtonen (Surinamers uitgezonderd). Bij gedetineerden in (half) open inrichtingen zijn het vaakst misverstanden over besmettingsrisico's van orale seks.

Uit de regressie analyses blijkt dat respondenten met een hoge opleiding hogere kennisscores hebben, dit geldt voor zowel elke afzonderlijke als de totale score. Een hogere leeftijd hangt samen met een lagere soa kennisscore en totale kennisscore, westerse etniciteit hangt samen met een hogere hepatitis kennisscore en totale kennisscore. Ten slotte hebben respondenten in een gesloten inrichting een lagere score als het op kennis van soa aankomt.

## Spuiten van drugs en anabolen

Als mensen drugs spuiten, doen zij dat meestal direct in de bloedbaan (intraveneus). In Nederland gaat het hierbij vooral om heroïne, maar ook wel om cocaïne en af en toe om amfetamine (speed). Al deze drugs worden overigens meestal niet geïnjecteerd, maar gerookt (heroïne, cocaïne in de vorm van basen), gesnoven (cocaïne, amfetamine) of geslikt (amfetamine) (Van Laar et al., 2010). Anabolen kunnen worden geslikt maar ook gespoten; dit laatste gebeurt vaak niet intraveneus, maar onder de huid (subcutaan) of in de spieren (intramusculair).

Het gebruik van drugs (in brede zin, dus los van de vraag of de drugs geïnjecteerd worden) of anabolen tijdens detentie is verboden, maar uit het veldwerk tijdens dit onderzoek komt naar voren dat door de meerwaarde die het gebruik juist tijdens detentie heeft, er gedetineerden zijn die het doen. Terwijl drugs kunnen zorgen voor afleiding tijdens het eentonige bestaan in de gevangenis, vervullen anabolen een meer instrumentele rol: het krijgen van een breed en gespierd lichaam oogst duidelijk aanzien bij anderen. Tegelijkertijd is het een risico; gevonden worden met naalden levert sancties op, en door het te snel groeien in de breedte wordt argwaan gewekt bij zowel PIW-ers als medege-detineerden.

### Prevalentie

Van de geïnterviewde gedetineerden heeft 6.6% wel eens drugs of anabolen gespoten, inclusief 1.8% nog in het laatste jaar voorafgaand aan de huidige detentie. Eén van hen spoot in het jaar voor detentie heroïne, de overige zes spoten anabolen. Slechts vijf geïnterviewden (1.3%) zeggen ooit tijdens detentie te hebben gespoten; drie injecteerden anabolen (twee in combinatie met testosteron), een spoot heroïne en een alcohol, heroïne en speed. Van deze vijf

spoten twee nog tijdens de huidige detentie. Eén van hen heeft heroïne gespoten tijdens verlof (dit was dus niet in de inrichting zelf) terwijl de ander anabolen heeft gespoten binnen de detentiemuren. Beiden hebben slechts een keer tijdens deze detentie gespoten.

**Tabel 5.1 Prevalentie ooit drugs of anabolen spuiten**

	Zelf	
	n	%
Geen enkele	353	93.4
Alleen drugs	9	2.4
Alleen anabolen	15	4.0
Drugs en anabolen	1	0.3
<b>Totaal</b>	<b>378</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	2	

### **Risikant spuiten**

Het spuiten van drugs of anabolen kan op allerlei manieren gezondheidsrisico's met zich meebrengen: door de spuit, naald of ander spuitmateriaal (lepel, watjes, et cetera) van of aan iemand anders te lenen zonder dit vooraf goed schoon te maken. Omdat op basis van wat respondenten vertellen over het schoonmaken van spuitmateriaal niet altijd met voldoende zekerheid valt te zeggen of dit afdoende was, beschouwen we het lenen van spuiten of naalden op zich als riskant. En omdat heel weinig respondenten spuiten binnen detentie rapporteren, bespreken we ook het ooit riskant spuiten.

Van de geïnterviewden die ooit in hun leven hebben gespoten, deden er zes dit ooit met een geleende spuit of naald (24.4%; 1.6% van totale groep). Daarvan heeft er een ooit in detentie een spuit geleend van een ander, dezelfde persoon heeft ook ooit een spuit aan iemand anders uitgeleend (het betreft hier een respondent die 18 jaar geleden tijdens jeugddetentie heeft leren spuiten). Tijdens de detentie waarin het interview plaatsvond, had geen enkele respondent spuiten van of aan anderen geleend.

Samengevat zijn er weliswaar gedetineerden die ooit wel eens spuiten van of aan anderen hebben geleend, maar het betreft hele kleine aantallen. Het delen van spuiten lijkt in Nederlandse penitentiaire inrichtingen op slechts zeer geringe schaal voor te komen.

## **Demografie, type en setting**

Voor het ooit spuiten in detentie en in deze detentie kunnen we geen verschillen toetsen of regressie analyse uitvoeren, omdat te weinig respondenten dit gedrag rapporteren. Daarom zijn alleen analyses uitgevoerd voor het ooit spuiten (in algemene zin).

Eerst bespreken we de kenmerken afzonderlijk en daarna in onderlinge samenhang op basis van regressie analyse.

### *Etniciteit*

Vooraf Nederlandse en overig westerse respondenten hebben wel eens drugs of anabolen gespoten. Dit verschil heeft vooral betrekking op het gebruik van anabolen.

### *Opleiding*

Opleidingsniveau maakt geen verschil bij het spuitgedrag.

### *Leeftijd*

Respondenten die ooit drugs hebben gespoten zijn ouder dan degenen die dat nooit gedaan hebben (45.5 vs. 36.0 jaar,  $p < .01$ ), terwijl degenen die in het jaar voor detentie hebben gespoten (drugs en/of anabolen) juist jonger zijn (32.2 vs. 42.5 jaar,  $p < .01$ ).

### *Type detentie*

Ooit-spuuters van anabolen treffen we voornamelijk aan onder respondenten die in de ZBBI of BBI zitten, en juist niet in de ISD. Bij een opsplitsing van (half) open versus gesloten settings, blijken in de open settings verhoudingsgewijs vaker ooit-spuuters van anabolen te zitten (hoewel de absolute aantallen gelijk zijn), terwijl alle gedetineerden die ooit drugs gespoten hebben in de gesloten inrichtingen zitten. (Verhoudingsgewijs zijn er meer respondenten in een gesloten setting die in het jaar voor detentie nog gespoten hebben, maar de aantallen zijn te klein om dit verschil statistisch aan te kunnen tonen.)

### *Regressie*

Etniciteit is de enige variabele in de regressie analyse die verschil maakt. Westerse respondenten hebben ruim drie keer zoveel kans om ooit in hun leven

gespoten te hebben. De overige variabelen zijn niet significant. Maar een klein deel van de variantie kan met dit model verklaard worden (afhankelijk van de maat respectievelijk 2.2% en 5.0%).

**Tabel 5.2 Logistische regressie: ooit spuiten als uitkomstvariabele**

	B	SE	95% BI voor OR		
			Laag	OR	Hoog
Constante	-3.172	.386			
Etniciteit: westers vs. niet-westers	1.172	.445	1.349	3.228	7.724

$R^2=.022$  (Cox & Snell), .050 (Nagelkerke). Model  $\chi^2(1)=8.035$ ,  $p<.005$

### Samenvatting en conclusie

Van de geïnterviewde gedetineerden heeft 6.6% wel eens drugs of anabolen gespoten, inclusief 1.8% nog in het laatste jaar voorafgaand aan de huidige detentie. Slechts vijf geïnterviewden (1.3%) zeggen ooit tijdens detentie anabolen en/of drugs te hebben gespoten, waarvan twee tijdens de huidige detentie en slechts een in de inrichting zelf.

Over het geheel genomen komt het (ooit) spuiten van anabolen en/of drugs vaker buiten dan binnen de inrichting voor – en betreft het vaker anabolen dan drugs. Spuiten is (meestal: was) overwegend een aangelegenheid van westerse gedetineerden.

Weliswaar zijn er gedetineerden die ooit wel eens spuiten van of aan anderen hebben geleend, maar het betreft hele kleine aantallen. Het delen van spuiten lijkt in Nederlandse penitentiaire inrichtingen op slechts zeer geringe schaal voor te komen.

## 6

### Tatoeages

Tatoeages zijn figuren, tekens of letters op de huid, die zijn aangebracht door in de (leder)huid te prikken (of te snijden) en daarna de wondjes met een kleurstof (inkt) in te wrijven. In dit hoofdstuk bespreken we eerst in hoeverre gedetineerden naar eigen zeggen tatoeages hebben. Ook inventariseren we in hoeverre respondenten mensen kennen die tegen hun wil in detentie getatoeerd zijn. Daarna gaan we uitgebreid in op eigen tatoeages: wanneer, waar en hoe zijn ze gezet. Meer specifiek wordt het zelf (laten) tatoeëren in detentie en eventueel risicogedrag hierbij belicht.

Gedetineerden met tatoeages deden niet moeilijk als daar vragen over werden gesteld. Ze zouden er overigens vaak niet gemakkelijk omheen kunnen, want bijvoorbeeld tatoeages op de hand of de arm zijn niet over het hoofd te zien. Maar ook over niet direct zichtbare tatoeages, onder de kleding, vertelden respondenten graag en niet zelden met trots.

#### Algemene prevalentie

Ruim de helft van de respondenten heeft een of meerdere tatoeages (57.5%). Als *professionele of beroepstatoeëerder* telt iemand die voor zijn beroep tegen betaling tatoeages zet en die zijn eigen tatoeagesalon heeft, of als tatoeëerder werkt in de salon van iemand anders.

**Tabel 6.1 Ooit prevalentie niet-professionele tatoeages**

Totale steekproef	n	%
Nooit	92	24.2
Ja, alleen door ander	56	14.7
Ja, alleen zelf gedaan	44	11.6
Ja, door ander en zelf	26	6.8
N.v.t.	162	42.6
Totaal	380	100

Bijna de helft van de respondenten met een of meer tatoeages heeft die uitsluitend door een professionele tatoeëerder laten zetten; de rest deed het zelf of liet het door een andere niet-professional doen.

### **Tatoeages in detentie**

Van alle respondenten heeft 17.0% dit wel eens in detentie laten doen of bij zichzelf gedaan. Bij de meesten gebeurde dit uitsluitend (15.0%) of ook (0.3%) in Nederland, met gemiddeld 2.7 tatoeages in detentie (s.d.=4.9; mediaan=1.0). Van de totale steekproef heeft 5.4% in de huidige detentie een tatoeage gezet of laten zetten, 10.3% (ook) tijdens een eerdere detentie in Nederland en 1.3% (ook) tijdens een eerdere detentie in het buitenland. De laatste tatoeage die in detentie is gezet, dateert gemiddeld van bijna zeven jaar geleden (80.7 maanden; s.d.=109.6 maanden; mediaan=46.7 maanden). Het meest recent was er acht dagen geleden nog bij een respondent een tatoeage gezet, het langst geleden was 39 jaar.

Drie respondenten zeggen iemand te kennen die tegen zijn wil getatoeëerd is. Uit de verhalen blijkt dat het bij twee respondenten om dezelfde persoon gaat.

### **Risicogedrag bij eigen tatoeages in detentie**

Als indicator voor onveilige tatoeages nemen we het laten zetten van tatoeages door een niet-professional, of het zelf zetten. Dit ongeacht het feit dat – zoals we straks zullen zien – een flink deel van de betreffende respondenten zegt dat daarbij een nieuwe naald of inkt is gebruikt. Van de totale steekproef is de prevalentie van onveilig gezette tatoeages als volgt: 17.0% ooit in detentie, 15.4% ooit in Nederlandse detentie en 5.4% in de huidige detentie.

Twee personen met een of meer in detentie gezette tatoeages zeggen dat deze (of: de laatste) is aangebracht door iemand die buiten detentie een professionele tatoeëerder is. Veertig procent van de respondenten met een in detentie gezette tatoeage geeft aan dat de laatste tatoeage in detentie door iemand anders met een naald is gezet, een kwart zegt het zelf met een naald te hebben gedaan. Bijna een op de vijf werd gezet met een zelfgebouwd apparaat. Andere materialen die genoemd worden, zijn: gitaarsnaren, lucifers, paperclips, veiligheidsspelden, geslepen stokjes en een breinaald. In de vragenlijst heb-

ben we, naar aanleiding van andere onderzoeken (zie hoofdstuk 2), expliciet gevraagd naar spijkers; die heeft echter niemand gebruikt.

Bij ruim de helft van de betreffende respondenten werd de laatste tatoeage in detentie gezet met een nieuwe naald. Bij ruim een op de vijf was de naald eerder gebruikt, bij een op de twintig de inkt eerder gebruikt, en bij een op de zeven was zowel de naald als de inkt eerder gebruikt. Zeven respondenten wisten niet of de naald en inkt eerder gebruikt waren, of gaven op deze vraag geen antwoord. In alle gevallen dat de naald niet nieuw was, werd de naald vooraf schoongemaakt, het vaakst door verhitten met een aansteker, maar ook spoelen met alcohol, heet water of het uitkoken van de naald kwamen voor. Als de naald werd uitgekookt, gebeurde dat minimaal 15 minuten en maximaal een uur.

Afgaand op deze informatie lijkt in Nederland gedrag dat risico op besmetting met een infectieziekte als gevolg van tatoeëren in detentie vergroot, weinig voor te komen. De omstandigheden waaronder dit gebeurt (vaak niet-professionals, ondeugdelijk materiaal) werken echter wel ontstekingen, verwondingen, littekens en allergische reacties in de hand.

**Tabel 6.2 Gebruik nieuw materiaal laatste eigen tatoeage in detentie**

Alleen respondenten met tatoeage in detentie	n	%
Nieuw	32	52.5
Gebruikt, de naald	13	21.3
Gebruikt, de inkt	3	4.9
Gebruikt, naald en inkt	9	14.8
Weet niet	4	6.6
<b>Totaal</b>	<b>61</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	3	

Naast deze cijfermatige informatie is aan de hand van een open vraag gesproken over hoe, wat, waar, waarom en door wie van de laatste tatoeage in detentie.

*Hoe: naalden en inkt*

Veel tatoeages in detentie worden met de hand gezet, met een naainaald en Oost-Indische inkt. Hierbij wordt de naald vaak omwikkeld met een streepje

draad, waarin de inkt wordt opgezogen en dat tevens dient als markeerpunt voor hoe diep er geprikt moet worden. Het gebeurt echter ook vaak met zelfgebouwde tatoeëerapparaten en Oost-Indische inkt. Deze zelfgebouwde apparaten kunnen eigenlijk van allerlei dingen gebouwd worden. Sommige respondenten praten vol enthousiasme over hoe je dit het beste kunt doen: gebruik je een tondeuse of elektrische tandenborstel, hoeveel naalden doe je erin en hoe monteer je alles zodat het nog redelijk veilig is?

In plaats van Oost-Indische inkt gebruikten sommige respondenten balpeninkt, professionele tatoeëerinkt of maakten zij zelf inkt. Doordat 'crea' (een recreatieve vorm van tekenen, schilderen en handenarbeid ter ontspanning) steeds meer ingeperkt en beveiligd wordt, is Oost-Indische inkt steeds minder beschikbaar. Hier klagen verschillende respondenten over. Oost-Indische inkt blijft goed zitten, balpeninkt kan al na een paar dagen verdwenen zijn en dan blijven alleen nog littekens over. Drie respondenten hebben hun toevlucht genomen tot zelfgemaakte inkt. De recepten daarvoor lopen uiteen. Genoemde ingrediënten zijn: as, water, houtskool, roet, shampoo, norit tabletten en lucifers. Hierbij is het gevaar voor ontstekingen en allergische reacties relatief groot.

#### *Wie, wat, waar en waarom*

Vrij vaak zetten gedetineerden hun laatste tatoeage zelf op de eigen cel. *Verveling* speelt hierbij meestal een belangrijke rol, al dan niet in combinatie met de al bestaande wens om een (nieuwe) tatoeage te hebben. Niet alleen de handeling van het zetten zelf, maar ook de voorbereidingen zorgen voor afleiding, zoals het verkrijgen en schoonmaken van het materiaal.

Wanneer iemand anders het doet, kan *gezelligheid* meespelen. Bijna altijd is het een vriendendienst, bij uitzondering vindt er een ruil plaats, bijvoorbeeld een knipbeurt voor een tatoeage, of wordt er voor betaald. Heel soms zijn er medegedetineerden die buiten een professionele shop beheren, die ook binnen tatoeages blijven zetten.

Enkele gedetineerden noemen het nemen van een tatoeage een *teken van verzet*. Anderen hebben juist spijt dat ze het gedaan hebben, zij schrijven het dan ook eerder toe aan de *veranderde gemoedstoestand* waardoor je 'binnen' dingen doet die je buiten niet zou doen. Tijdens de interviews komen zowel plannen voor uitbreidingen aan bod, als plannen om de minder geslaagde tatoeages weg te laten halen of te laten veranderen.

Sommige respondenten hechten specifiek belang aan het hebben van een *ba-jestatoeage*. Hierbij lijkt een mix van stoerheid en traditie een rol te spelen. Ook wordt soms gezegd dat de tatoeage een aandenken kan zijn aan iets (ook de detentie zelf) of ervoor kan zijn om je op te vrolijken. Opvallend vaak worden namen gezet, zoals van kinderen, vriendinnen, vrouwen, en van moeders en vaders.

### **Tatoeages bij andere gedetineerden zetten**

In totaal hebben 19 respondenten (5.0%) in detentie wel eens bij iemand anders een tatoeage gezet, gemiddeld 8.9 tatoeages (s.d.=13.0; mediaan=3.2). Hun laatst gezette tatoeage was gemiddeld bijna vier jaar geleden (47.2 maanden; s.d.=87.8 maanden; mediaan=8.2 maanden). De meest recente was enkele dagen voor het interview gezet, de oudste 30 jaar geleden.

In op een na alle gevallen vond de laatste keer plaats in Nederland en vaak was dat tijdens de huidige detentie (12 keer). Elf respondenten gebruikten een of meerdere naalden, één een professioneel tatoeëerapparaat, vijf een zelfgemaakt apparaat, één gebruikte de metalen achterkant van een kam en één gebruikte een veiligheidsspeld.

Bij acht respondenten was zowel de naald als de inkt nieuw, bij vier was zowel de naald als de inkt eerder gebruikt, bij twee personen was alleen de naald eerder gebruikt en bij drie alleen de inkt. Twee respondenten wisten het niet meer. Gebruikte naalden waren altijd eerst schoongemaakt. Vijf respondenten verhitten met een aansteker, vier spoelden met alcohol, een iemand had de naald lange tijd in azijn gezet en afgespoeld met heet water.

Wat opvalt aan de verhalen van de respondenten die in detentie tatoeages bij anderen hebben gezet, is dat geld een grotere rol lijkt te spelen dan bij de getatoeëerden, al is het nog steeds een minderheid die over een vergoeding praat (zes keer). Vaak is het toch een vrienden- of wederdienst. Sommige van de tatoeëerders zijn bedreven in het bouwen van tatoeëerapparaten, waardoor ze ook een aanspreekpunt zijn voor het zetten van tatoeages. Soms kan de gedetineerde goed tekenen en was dat voor anderen de aanleiding om hem te vragen een bij hen te zetten. Soms ook raken ze aan de praat omdat de tatoeëerder bij zichzelf een tatoeage heeft gezet die een ander mooi vindt. De tatoeages worden meestal op de cel van de 'klant' gezet.

**Tabel 6.3 Nieuwe of eerder gebruikte naalden en/of inkt bij anderen gezette tatoeages in detentie**

	n	%
Nieuw	8	42.1
Gebruikt, de naald	2	10.5
Gebruikt, de inkt	3	15.8
Gebruikt, naald en inkt	4	21.1
Weet niet	2	10.5
Totaal	19	100

### **Demografische kenmerken en type detentie**

In hoeverre verschillen respondenten met een of meer in detentie gezette tatoeages van de andere respondenten? Eerst bespreken we de kenmerken afzonderlijk (alleen in het geval van significante verschillen) en daarna in onderlinge samenhang op basis van regressie analyse. Cijfers voor de afzonderlijke kenmerken staan in tabellen in Bijlage I.

#### *Etniciteit*

Een grote meerderheid van de Antilliaanse respondenten heeft zelf in detentie gezette tatoeages. Respondenten met een lage opleiding hebben het minst vaak wel eens een tatoeage in detentie laten zetten.

#### *Type detentie*

Van de respondenten met in detentie gezette tatoeages, hebben in een HvB gedetineerden veruit het minst vaak een niet-professionele tatoeage, zij hebben vooral erg weinig tatoeages bij zichzelf gezet.

#### *Regressie*

Leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau en regime spelen in de regressie analyse geen rol bij het ooit nemen of bij zichzelf aanbrengen van een tatoeage in detentie. Hetzelfde geldt voor tatoeages in Nederlandse detentie.

Bij het hebben van een tatoeage in de huidige detentie, blijkt alleen leeftijd van voorspellende waarde te zijn. Hoe ouder iemand is, hoe kleiner de kans dat hij een tatoeage in de huidige detentie heeft gezet of laten zetten.

**Tabel 6.4 Logistische regressie: tatoeage in huidige detentie als uitkomstvariabele**

	B	SE	95% BI voor OR		
			Laag	OR	Hoog
Constante	-1.101	.740		.333	
Leeftijd	-.048	.023	.911	.953	.996

$R^2 = .014$  (Cox & Snell),  $.037$  (Nagelkerke). Model  $\chi^2(1) = 5.126$ ,  $p < .05$

## Samenvatting

Een krappe meerderheid (57.5%) heeft zelf een of meer tatoeages. Bij ongeveer de helft gebeurde dit altijd door een professionele tatoeëerder, bij de rest ook of uitsluitend door een niet-professional (eventueel inclusief zichzelf). Als indicator voor onveilige tatoeages namen we het laten zetten van tatoeages door een niet-professional, of het zelf zetten. Dit ongeacht het feit dat een flink deel van de betreffende respondenten zei dat daarbij een nieuwe naald of inkt is gebruikt. Van de totale steekproef is de prevalentie van onveilig gezette tatoeages als volgt: 17.0% ooit in detentie, 15.4% ooit in Nederlandse detentie en 5.4% in de huidige detentie.

In totaal 19 gedetineerden (5.0%) hebben in detentie tatoeages bij anderen gezet en op een na gebeurde dat uitsluitend in Nederland.

‘Slechts’ drie respondenten melden kennis te hebben van personen die in Nederland tegen hun wil getatoeëerd werden, twee hiervan vertellen over dezelfde gedetineerde.

Uit de regressie analyses blijkt dat alleen leeftijd van invloed is, maar uitsluitend bij tatoeages tijdens de huidige detentie. Hoe ouder de respondenten zijn, hoe kleiner de kans dat zij tijdens de huidige detentie een tatoeage bij zichzelf hebben gezet of laten zetten.

Hoewel bij tatoeëren in detentie niet altijd nieuwe naalden en/of nieuwe of deugdelijke inkt worden gebruikt en het vooraf schoonmaken van eerder gebruikt materiaal soms te wensen over laat, lijkt in Nederland gedrag dat het oplopen van een infectieziekte in de hand werkt vergeleken met buitenlandse studies relatief weinig voor te komen bij tatoeëren in detentie. De omstandigheden waaronder dit gebeurt (vaak niet-professionals, ondeugdelijk materiaal) kunnen het ontstaan van ontstekingen, verwondingen en littekens bevorderen.



## Piercings en boegroes

Piercings zijn met een gaatje door een lichaamsdeel (bijvoorbeeld oor, neus, lip of navel) aangebrachte ringetjes en dergelijke, ter versiering of om de lustgevoelens op te wekken. Boegroes behoren eveneens tot de 'body modifications', in dit geval kleine balletjes die onder de huid van de penis worden aangebracht. Eerst gaan we in op eigen piercings en boegroes: hoe vaak, wanneer, waar en hoe zijn ze gezet. Meer specifiek worden daarna het zelf (laten) aanbrengen van piercings en boegroes in detentie en de eventuele risico's hierbij belicht.

### Piercing of boegroe

Ruim een op de vijf respondenten heeft een of meer piercings (gemiddeld 2.3; s.d.=2.4; mediaan=2.0) en 3.2% heeft zelf een of meerdere boegroes (gemiddeld 3.6; s.d.=3.1; mediaan=3.0).

**Tabel 7.1 Prevalentie piercings en boegroes**

Totale steekproef	n	%
Nee	274	72.9
Ja, piercings	82	21.8
Ja, boegroes	12	3.2
Ja, allebei	8	2.1
Totaal	376	100
Geen antwoord	4	

Als *professionele of beroepspiercer* telt iemand die voor zijn beroep tegen betaling piercings zet en die zijn eigen piercingsalon heeft, óf als piercer werkt in de salon van iemand anders. Op de vraag of ze wel eens piercings of boegroes hebben laten zetten door niet-professionals (inclusief het zelf doen), antwoordt de meerderheid van de respondenten die ze hebben dat ze dat nooit

hebben gedaan. Hierbij is er een duidelijk verschil tussen piercings en boegroes. Ruim twee derde van de respondenten met piercings liet die uitsluitend door professionals zetten, bij boegroes gebeurde dit bijna nooit.

**Tabel 7.2 Ooit prevalentie piercing/boegroe door niet-professional**

Totale steekproef	n	%
Nee	53	13.9
Ja, piercings door niet-professional	6	1.6
Ja, piercings zelf gedaan	20	5.3
Ja, boegroes door niet professional	15	3.9
Ja, boegroes zelf gedaan	3	0.8
N.v.t.	283	74.5
<b>Totaal</b>	<b>380</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	6	

### Eigen piercings en boegroes in detentie

Van de totale steekproef heeft 6.3% (ook) wel eens in detentie piercings of boegroes laten zetten of zelf gedaan. In totaal gaat het om 24 personen, dat is bijna de helft van de respondenten met een niet-professionele piercing en/of boegroe.

Vaker was het een boegroe dan een piercing, maar in beide gevallen gebeurde het overwegend in Nederland. Gemiddeld was de laatste (of enige) keer bijna drie jaar geleden (s.d.=35.1 maanden; mediaan=24.7 maanden). Het meest recent was negen dagen voor het interview, het langst geleden tien jaar.

Bij 13 respondenten gebeurde het de laatste keer binnen de huidige detentie, bij zeven tijdens een andere detentie in Nederland en bij drie was het tijdens detentie in het buitenland.

**Tabel 7.3 Prevalentie piercing/boegroe in detentie**

Totale steekproef	n	%
Nee	19	5.0
Ja, piercing in Nederland	8	2.1
Ja, piercing in het buitenland	2	0.5
Ja, boegroe in Nederland	13	3.4
Ja, boegroes in het buitenland	1	0.3
N.v.t.	337	88.7
<b>Totaal</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

De belangrijkste reden die respondenten – bij een open vraag - noemen voor het aanbrengen van boegroes, is het plezier van hun vrouw of vriendin. Tijdens detentie is er maar weinig tijd om met je partner door te brengen, dus is het zaak om in de korte tijd die er wel is indruk te maken. Sommigen denken dat zij hiermee vreemdgaan voorkomen. Enkele respondenten menen dat het meer gaat om de etnisch-culturele traditie dan het effect.

### **Risicogedrag bij eigen piercings en boegroes in detentie**

Net als bij tatoeages nemen we als indicator voor onveilige piercings of boegroes het laten zetten door een niet-professional, of het zelf zetten. Dit ongeacht het feit of hierbij nieuw materiaal is gebruikt. Zo beschouwd is voor de totale steekproef de prevalentie van onveilig gezette piercings: 2.6% ooit in detentie en 2.1% ooit in Nederlandse detentie. Voor onveilige boegroes zijn de cijfers: 3.8% ooit in detentie, en 3.3% ooit in Nederlandse detentie. Met betrekking tot de huidige detentie is naar piercing en boegroe samen gevraagd; 3.5% blijkt dan een piercing en/of een boegroe zelf te hebben gezet of laten zetten.

Om meer inzicht te krijgen in het risicogedrag is aan de hand van een open vraag met de respondenten gesproken over het hoe, wat, waar en door wie van de laatste piercing of boegroe in detentie. Veel van de piercings en boegroes worden door anderen aangebracht. Bij het zetten van piercings wordt vaak een naainaald gebruikt, soms met een draadje eraan om het gaatje open te houden totdat er een sieraad in gezet werd. Ook een paperclip en veiligheidsspeld worden genoemd. Bij boegroes wordt vaak het lipje van blikjes gebruikt, waarbij het lipje aan de onderkant in de vorm van een driehoekje wordt gesneden en gevijld. Ook worden (scheer)mesjes gebruikt. De balletjes die onder de penishuid worden geplaatst, bestaan vaak uit geslepen stukjes dobbel- of dominostenen. Eén respondent gebruikte balletjes van chirurgisch staal, een ander een pareltje en nog iemand had balletjes gemaakt van een gesmolten tandenborstel.

Van de 23 personen die in detentie een piercing of boegroe hebben laten zetten, geeft tweederde aan dat alle gebruikte materialen nieuw waren. Vijf respondenten zeggen dat de naald of het mes, en een zegt dat het sieraad/balletje eerder gebruikt was. Eén persoon gaf hier geen antwoord op. Alle zeven geven ze aan dat het materiaal wel vooraf schoongemaakt was. Bij drie was dat

door middel van uitkoken, minimaal een kwartier lang, bij vier anderen door verhitting met een aansteker.

### **Piercing of boegroe bij anderen zetten**

Negen respondenten hebben in detentie wel eens een piercing of boegroe bij anderen gezet (2.4% van de totale steekproef). De laatste keer was bij vijf een piercing en bij de andere vier een boegroe. Het gebeurde zeven keer in Nederland – waarvan vijf keer tijdens deze detentie – en twee keer in het buitenland. De laatste keer was minimaal twee maanden voor het interview en maximaal twaalf jaar terug.

Deze negen respondenten hebben respectievelijk maximaal zes piercings en vijf boegroes in Nederlandse detentie gezet. Zes gebruikten daar de laatste keer ander materiaal voor dan naalden of mesjes, zoals bezemhaar, lipje van een blikje, een punaise of een scheermesje. Bij de andere drie was het gebruikte materiaal nieuw. Als het materiaal eerder gebruikt was, werd het wel vooraf schoongemaakt, met Dettol of door te verhitten met een aansteker.

Voor zover de respondenten het nog wisten, werd het materiaal in een geval nogmaals gebruikt *nadat* de piercings of boegroes waren gezet. De betreffende respondent weet niet meer of het toen achteraf nog is schoongemaakt. In het geval van naainaalden gaat de naald soms weer terug naar de PIW-ers op de afdeling. Soms wordt de naald gebroken, zodat hij weggegooid mag worden. Mesjes en stukjes blik voor het aanbrengen van boegroes worden altijd weggegooid.

### **Verschillen naar demografische kenmerken en type detentie**

Bij de in dit hoofdstuk besproken gedragingen zijn er enkele opmerkelijke verschillen tussen etnische groepen en typen detentie waarin respondenten verblijven. Meer gedetailleerde gegevens staan in Bijlage I. Voor het (laten) zetten van piercings en boegroes in detentie zijn de aantallen respondenten die dat gedaan hebben te klein om een zinvolle regressie analyse uit te voeren.

#### *Etniciteit*

De respondenten die ooit *in detentie* een piercing of boegroe hebben gezet of laten zetten zijn vooral te vinden onder Surinamers en Antillianen – en dit

komt vooral op het conto van boegroes. De aantallen zijn echter te klein voor zinvolle statistische toetsing.

Bij het *zetten* van piercings en boegroes *bij anderen tijdens detentie* zien we dat alleen Nederlandse, Surinaamse en Antilliaanse respondenten dat ooit gedaan hebben, waarbij het piercen vooral door Nederlanders, en het zetten boegroes alleen door Surinamers en Antillianen is gebeurd.

#### *Type detentie*

Over het geheel genomen lijken respondenten met een piercing of boegroe, die ten tijde van het interview in een gesloten setting zitten, veel vaker in detentie een piercing of boegroe te hebben gekregen van een niet-professional (inclusief zelf gezet). De aantallen zijn te klein voor zinvolle toetsing. Niettemin is het opvallend dat deze respondenten zich op een na allemaal in een gesloten setting bevinden.

### **Samenvatting en conclusie**

Bijna een kwart van de respondenten heeft zelf een piercing (23.9%) en dat is ruim vier keer zoveel als een boegroe (5.3%). Relatief weinig respondenten hebben zelf in detentie boegroes of piercings laten zetten of deden het bij zichzelf (6.3%). De aantallen zijn te klein voor statistisch verantwoorde uitspraken, maar het in detentie (laten) aanbrengen van boegroes (14 respondenten) lijkt vaker voor te komen dan van piercings (10 respondenten). In totaal hebben vijf respondenten in detentie wel eens piercings gezet bij andere gedetineerden en vier deden dat met boegroes.

Vooraf bij boegroes tekent zich een etnische component af, want het zijn relatief en absoluut overwegend Surinaamse en Antilliaanse gedetineerden die boegroes hebben.

Weliswaar valt op dat op een na alle respondenten met een in detentie door een niet-professional aangebrachte piercing of boegroe in een gesloten setting zitten, maar vanwege de kleine aantallen respondenten met in detentie gezette piercings en boegroes, is voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies over de invloed van het type detentie.

Net als bij tatoeages namen we als indicator voor onveilige piercings of boegroes het laten zetten door een niet-professional, of het zelf zetten. Dit ongeacht het feit of hierbij nieuw materiaal is gebruikt. Zo beschouwd is voor de

totale steekproef de prevalentie van onveilig gezette piercings: 2.6% ooit in detentie en 2.1% ooit in Nederlandse detentie. Voor onveilige boegroes zijn de cijfers: 3.8% ooit in detentie en 3.3% ooit in Nederlandse detentie. Met betrekking tot de huidige detentie is naar piercing en boegroe samen gevraagd; 3.5% blijkt dan een piercing en/of een boegroe zelf te hebben gezet of laten zetten.

Het zetten van piercings en boegroes in detentie geschiedt niet altijd met nieuw materiaal en het vooraf schoonmaken van eerder gebruikt materiaal laat soms te wensen over. Toch komt gedrag waarmee het risico op een infectieziekte wordt vergroot in de totale detentiepopulatie in Nederland weinig voor bij het piercen of het aanbrengen van boegroes tijdens detentie. De omstandigheden waaronder dit gebeurt (niet-professionals, ondeugdelijk materiaal) kunnen echter wel het ontstaan van ontstekingen, verwondingen en littekens bevorderen.

## Seks en seksueel overdraagbare aandoeningen

Van alle thema's in dit onderzoek houden relaties en seks de gedetineerden het meest bezig. Respondenten missen hun partner en beginnen daar vaak spontaan over te vertellen als we in de loop van het interview komen te spreken over seks en seksueel overdraagbare aandoeningen. In dit hoofdstuk houden we de volgorde van de vragenlijst aan en beginnen met relaties en bezoek zonder toezicht in detentie, gaan dan over op eigen seksuele handelingen tijdens detentie en zoomen aansluitend in op seksuele gedragingen binnen de justitiële inrichting waar zij nu verblijven. Vervolgens komt onvrijwillige seks en onveilige seks tijdens detentie aan bod. Daarna geven we een overzicht van het vóórkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Ten slotte worden verschillen in seksueel gedrag en soa naar demografische kenmerken en type detentie besproken.

### Vaste relaties en bezoek zonder toezicht

De helft van de respondenten (48.6%) heeft ten tijde van het interview een vaste relatie, terwijl de helft van hen en een kwart van de hele steekproef (26.5%) bezoek zonder toezicht (BZT) krijgt.<sup>8</sup> Bij de andere helft van de gedetineerden met een vaste relatie laat het regime geen BZT toe.

### Seksuele handelingen tijdens detentie

Op de vraag naar eventuele seksuele handelingen tijdens detentie, BZT niet meegerekend, antwoorden negen op de tien respondenten nog nooit een van de voorgelegde handelingen te hebben verricht. Tabel 8.1 geeft een overzicht van deze handelingen. In de vragenlijst waren deze handelingen deels in zeer

---

<sup>8</sup> Ook wel relatie bevorderend bezoek (RBB) genoemd.

expliciete termen ('straattaal') verwoord, omdat de meer neutrale, c.q. wetenschappelijke formulering door veel gedetineerden niet begrepen zou worden. In dit rapport geven we echter de 'gekuiste' bewoordingen weer. Voor zover de respondenten dergelijke handelingen hebben begaan, wordt het rijtje aangevoerd door 'voelen en strelen' en door tongzoenen. Beide worden door een op de tien respondenten genoemd. Iets minder respondenten hebben anderen met de hand bevredigd. De overige handelingen komen veel minder vaak voor. De voor de hand liggende verklaring is dat, naast het feit dat het hier gaat om nog intiemere en ingrijpendere seksuele gedragingen, mensen er voor uit de kleren moeten – en dat gaat niet gauw ongemerkt in detentie. Bijna iedereen die aan seks tijdens detentie heeft gedaan, heeft meer dan een handeling verricht, maar niemand heeft alle handelingen verricht. De meest voorkomende combinaties zijn zoenen, voelen/strelen, en zoenen, voelen/strelen en met de hand bevredigen. Van alle respondenten die seks hebben gehad in detentie, hebben er 17 uitsluitend handelingen verricht waarbij condooms niet nodig zijn (zoenen, met de hand bevredigen, voelen/strelen, naakt vrijen). Opvallend is dat orale, vaginale en anale seks bijna drie keer zo vaak zonder als met condoom gerapporteerd wordt. Bij orale, vaginale en/of anale seks deden vier respondenten het altijd met condoom, elf respondenten altijd zonder en acht respondenten de ene keer met en de andere keer zonder. Dit brengt het totaal op 19 respondenten (5.7%) die ooit in detentie dergelijke seks hebben gehad zonder condoom.

**Tabel 8.1 Seksuele handelingen ooit tijdens detentie verricht (BZT niet meegerekend)**

	n	%
Nee, nooit	334	89.1
Tongzoenen	39	10.4
Voelen en strelen	40	10.7
Met de hand bevredigen	32	8.5
Naakt vrijen	7	1.8
Geslachtsgemeenschap met condoom	10	2.8
Geslachtsgemeenschap zonder condoom	17	4.4
Orale seks met condoom	1	0.2
Orale seks zonder condoom	12	3.2
Anale seks met condoom	2	0.4
Anale seks zonder condoom	7	1.9
<b>Totaal</b>	<b>376</b>	
Geen antwoord	4	

De laatste keer dat respondenten seks tijdens detentie hadden, BZT niet meegerekend, was gemiddeld vier jaar geleden (s.d.=50.9 maanden; mediaan=36 maanden); het kortst geleden was vier dagen voor het interview, het langst geleden was 16 jaar.

Als respondenten seks tijdens detentie hebben gehad, was dat bij 40.7% voor het laatst tijdens de detentie waarin zij geïnterviewd werden (4.5% van totale steekproef). Bij de helft gebeurde het tijdens een andere detentie in Nederland en drie personen hadden het de laatste keer in het buitenland tijdens detentie gedaan.

Iets minder dan de helft van de respondenten heeft *tijdens deze detentie* seksueel contact gehad (46.8%). Krap de helft hiervan had seksueel contact tijdens verlofuren/verlofdagen, iets meer dan de helft tijdens gevangenisuren en een klein deel allebei. Bij seksueel contact *tijdens verlof* betrof het bij driekwart van deze respondenten een (vaste) partner, bij vijf een prostituee en bij de rest iemand anders (vrijwel altijd 'scharrels', ex-vriendinnen of 'gewone' vriendinnen). Bij seksueel contact *tijdens gevangenisuren* ging het bij een nog groter deel om een (vaste) partner, bij één een prostituee bij de rest iemand anders. Bij de laatste categorie zeggen tien respondenten seks te hebben gehad met personeel, zes respondenten met 'scharrels', en zes met vriendinnen. Seksuele contacten met scharrels of vriendinnen vonden o.a. tijdens BZT maar ook tijdens gewoon bezoek in bezoeksalen plaats. Over seks met personeel vonden respondenten het achteraf niet altijd verstandig dat ze het gedaan hebben, maar er zijn er bij die vonden dat ze weinig te verliezen hadden. Drie respondenten meldden dat zij seks hebben gehad met medege-detineerden tijdens de huidige detentie (0.8%), niemand rapporteerde seks met een celgenoot.

**Tabel 8.2 Moment seksueel contact tijdens deze detentie**

	Seksueel contact gehad	
	n	%
Nee	194	53.2
Ja, tijdens verlofuren/dagen	62	17.0
Ja, tijdens gevangenisuren	102	27.9
Ja, zowel tijdens verlof als gevangenisuren	7	1.9
<b>Totaal</b>	<b>365</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	15	

### **Onvrijwillige seks**

Slechts vier respondenten hebben in detentie ooit seks tegen hun zin gehad, bij drie hiervan gebeurde dit in buitenlandse detentie. Bij twee heeft het zich beperkt tot voelen en strelen. De twee anderen zijn gedwongen tot respectievelijk orale seks zonder condoom en anale seks zonder condoom. Het gebeurde in alle gevallen eenmalig, en met een persoon. Alle keren was de respondent toen het gebeurde korter dan een jaar in detentie.

### **Onveilige seks tijdens detentie**

Als indicator voor onveilige seks tijdens detentie, BZT niet meegerekend, nemen we orale seks, anale seks of geslachtsgemeenschap zonder condoom. Zo beschouwd is voor de totale steekproef de prevalentie van onveilige seks: 5.7% ooit in detentie, 5.1% ooit in Nederlandse detentie en 1.6% in de huidige detentie.

### **Prevalentie hepatitis, hiv en soa**

Bijna tweederde van de respondenten is ooit getest op hepatitis en op hiv. Een kwart is op geen van beide getest. Twee respondenten weten het van allebei niet zeker of zij hierop getest zijn. Elf respondenten zijn positief getest op hepatitis, waarvan acht (ook) op hepatitis C (respectievelijk 4.3% en 3.1% van getesten die ook de uitslag wisten). Slechts een respondent is hiv-positief (0.2% van getesten die ook de uitslag wisten), een persoon wist de uitslag ten tijde van het onderzoek (nog) niet en de rest van de getesten was hiv-negatief. De hepatitis test was gemiddeld drie jaar geleden (s.d.=50.8, mediaan=20). Het meest recent was iemand een maand geleden nog getest, het langst geleden was veertig jaar geleden. De hiv-testen zijn gemiddeld drie jaar en een maand geleden (s.d.=44.4 maanden, mediaan=22 maanden), van minimaal een maand voor het interview tot 22 jaar geleden.

**Tabel 8.3 Ooit getest op hepatitis en hiv**

	Hepatitis		Hiv	
	n	%	n	%
Nee	112	29.6	115	30.7
Ja	257	68.1	257	68.7
Weet niet	11	2.3	2	0.6
<b>Totaal</b>	<b>377</b>	<b>100</b>	<b>374</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	3		6	

Een kwart van de respondenten heeft in de 12 maanden voor het interview (ook) onderzoek laten doen naar andere geslachtsziekten dan hiv. Van de 90 die getest zijn en antwoord wilden geven op de vraag voor welke geslachtsziekte zij behandeld zijn (vier wilden dit niet), hadden 78 respondenten geen geslachtsziekte. Vier personen hadden chlamydia, vier gonorrhoe en vijf iets anders (schimmelinfectie, bacteriële infectie en nog geen precieze uitslag van de test).

**Tabel 8.4 In afgelopen jaar getest op soa**

	N	%
Nee	277	74.3
Ja	94	25.2
Weet niet	2	0.5
<b>Totaal</b>	<b>373</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	7	

### **Verschillen naar demografische kenmerken en type detentie**

Eerst bespreken we de kenmerken afzonderlijk en daarna in onderlinge samenhang op basis van regressie analyse. Soms worden de aantallen of percentages en de p-waarden in de tekst genoemd, maar meestal staan deze gegevens in tabellen in Bijlage I.

#### *Etniciteit*

Van de respondenten die seks tijdens hun huidige detentie hebben gehad, hebben Marokkanen en overige niet-westerse allochtonen minder vaak seks tijdens gevangenisuren gehad (resp. 35.7%, 40.0%, totaal 63.4%,  $p < .01$ ). Surinamers hebben vaker in detentie iemand met de hand bevredigd en/of hebben of zijn door iemand met de hand bevredigd (27.1% vs. 8.8% totaal,  $p < .005$ ), en

zij hebben ook vaker geslachtsgemeenschap gehad zonder condoom (16.3%, totaal 4.5%,  $p < .01$ ).

#### *Leeftijd*

Respondenten die seks hebben gehad tijdens hun huidige detentie, zijn jonger dan anderen (34.7 vs. 37.6,  $p < .05$ ).

#### *Opleidingsniveau*

Respondenten die middelhoog opgeleid zijn, hebben vaker *ooit* seks in detentie (BZT niet meegerekend) gehad (16.9%, totaal 11.0%,  $p < .05$ ), zij hebben met name gevoeld en gestreeld (16.2%, totaal 10.4%,  $p < .05$ ), maar ook vaker geslachtsgemeenschap gehad zonder condoom (8.1%, totaal 4.1%,  $p < .05$ ). Rekenen we voor de *huidige detentie* ook BZT en verlof mee, dan hebben zij nog steeds het vaakst seks gehad (55.9%, totaal 47.0%,  $p < .05$ ).

#### *Type detentie*

Respondenten in ZBBI hebben het vaakst tijdens hun huidige detentie seks gehad, die in het HvB het minst. Het is niet verrassend dat bijna alle BBI-ers en ZBBI-ers die seks hebben gehad, dat hebben gedaan tijdens verlofuren. Bij HvB is dat al veel minder het geval. Indien zij seks hebben gehad tijdens hun huidige detentie, hebben respondenten in HvB, gevangenis of ISD dat vaker tijdens gevangenisuren gehad.

#### *Regressie*

Geen van de variabelen (leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau en regime) zijn van significante invloed op de kans op het hebben gehad van onveilige seks in detentie.

### **Samenvatting en conclusie**

Ongeveer de helft van de respondenten heeft een vaste relatie en een kwart van de steekproef krijgt bezoek zonder toezicht (BZT). Wanneer BZT buiten beschouwing gelaten wordt, heeft 10.9% ooit seksuele handelingen tijdens detentie verricht.

Iets minder dan de helft (46.8%) heeft tijdens de huidige detentie seksueel contact gehad; 27.9% alleen binnen, 1.9% binnen en tijdens verlof en 17.0% al-

leen tijdens verlof. In verreweg de meeste gevallen was dit met een (vaste) partner, maar ook met 'scharrels', prostituees of personeel.

Vier respondenten zeggen ooit in detentie (in Nederland maar ook in het buitenland) seks tegen hun wil te hebben gehad, waarvan twee onveilig (respectievelijk orale en anale seks zonder condoom).

Ook al zijn de meeste gerapporteerde seksuele handelingen tijdens detentie ook veilig zonder condoom (zoals met de hand bevredigen), vindt toch risikante seks zonder condoom tijdens detentie plaats. Als indicator voor onveilige seks tijdens detentie (BZT niet meegerekend) namen we orale seks, anale seks of geslachtsgemeenschap zonder condoom. Dit leverde de volgende cijfers op: 5.7% ooit in detentie, 5.1% ooit in Nederlandse detentie en 1.6% in de huidige detentie.

Van de respondenten die seks tijdens hun huidige detentie hebben gehad, hebben Surinamers vaker geslachtsgemeenschap gehad zonder condoom. Hetzelfde geldt voor respondenten die middelhoog opgeleid zijn. Uit de regressie analyses blijkt echter geen van de onderzochte factoren van invloed te zijn op de kans dat respondenten onveilige seks in detentie hebben gehad.

De meeste respondenten zijn getest op hepatitis en/of hiv, maar een kwart is op geen van beide getest. Voor zover bekend zijn acht respondenten positief getest op hepatitis C en een op hiv. Gemiddeld was de laatste keer iets meer dan drie jaar geleden. Gezien de gemiddelde duur van hun huidige detentie en het feit dat een deel van de respondenten meer of minder regelmatig onveilige seks heeft, lijkt vanuit het gezichtspunt van volksgezondheid frequenter testen op hepatitis en hiv geen overbodige luxe.

Een (weliswaar klein) deel van de respondenten werd de afgelopen 12 maanden behandeld voor andere soa dan hiv, dit is - ook wanneer die niet in detentie werden opgedaan - reden tot zorg.



## Schattingen van onveilig gedrag in aantallen

In de voorgaande hoofdstukken zijn per thema (gewogen) cijfers gepresenteerd van risicogedrag onder een steekproef van gedetineerden. Maar hoe vertaalt zich dat naar de hele populatie? In dit hoofdstuk worden de gevonden resultaten van de afzonderlijke risicogedragingen samengebracht en omgezet in geschatte aantallen voor de totale populatie van *meerderjarige mannelijke* gedetineerden die op enig moment *minimaal 3 maanden* verblijven in een *Huis van Bewaring (HvB), gevangenis, ISD of BBI/ZBBI*.

In de interviews hebben we ook gevraagd naar het aantal mensen dat gedetineerden kennen die het risicogedrag vertonen. Hier zitten echter zoveel haken en ogen aan, dat we deze gegevens niet gebruiken voor de schattingen. Het belangrijkste probleem hierbij is overlap; we kunnen niet achterhalen in welke mate gedetineerden binnen een PI dezelfde individuen noemen of niet. Daarom baseren we de schattingen op zelfrapportage over het eigen risicogedrag.

### **Betrouwbaarheidsintervallen en reikwijdte**

Percentages uit dit onderzoek kunnen goed worden geëxtrapoleerd naar absolute aantallen, aangezien de omvang van de onderzoekspopulatie bekend is (we weten immers hoeveel gedetineerden er in Nederland zijn). Wanneer een willekeurige steekproef wordt getrokken, is er echter een statistische kans dat de gevonden percentages afwijken van de werkelijke percentages. Daarom is het gebruikelijk om betrouwbaarheidsintervallen te berekenen: marges waarbinnen het werkelijke percentage met grote waarschijnlijkheid (95%) zal liggen. Betrouwbaarheidsintervallen worden vaak geschat op  $\pm 1,96$  maal de standaardfout (een waarde die afhankelijk is van de steekproefgrootte). Hier-

bij wordt geen rekening gehouden met de grootte van de populatie.<sup>9</sup> Maar hoe groter de steekproef ten opzichte van de populatie is, hoe kleiner het betrouwbaarheidsinterval zou moeten zijn. In het theoretische geval dat alle personen in een populatie worden onderzocht (er is dan geen sprake meer van een steekproef), zou het betrouwbaarheidsinterval nul moeten zijn.

Vergeleken met veel andere studies, beslaat in dit onderzoek de steekproef een relatief groot deel van de populatie. Van de 1696 volwassen mannelijke gedetineerden op de geselecteerde afdelingen, zijn er 380 geïnterviewd. Dat is een – in de sociale wetenschappen ongebruikelijk – grote steekproef van 22%. Daarom is voor de berekening van de betrouwbaarheidsintervallen gebruik gemaakt van een door Bethlehem (2009) ontwikkeld algoritme dat de populatiegrootte verdisconteerd.<sup>10</sup>

Nogmaals wordt benadrukt dat de percentages en aantallen alleen gelden voor een selecte populatie van meerderjarige mannelijke gedetineerden in beperkte typen detentie (zie begin van dit hoofdstuk).

Daarmee is niet gezegd dat risicogedrag niet ook in andere typen detentie kan voorkomen, maar zoals uit tabel 9.1 blijkt, gaat het daarbij om relatief kleine aantallen. Wat betreft extramuraal verblijvende gedetineerden is er op dit moment in elk geval geen sprake van risicogedrag *in detentie*.

Ook gedetineerden met een korter verblijf (tot en met 3 maanden) kunnen risicogedrag vertonen. Men zou kunnen redeneren: hoe korter het verblijf, hoe kleiner de kans dat risicogedrag *in deze detentieperiode* plaatsvindt. Het is echter ook zo dat juist degenen die (momenteel nog of in totaal) korter gedetineerd zijn, in elk geval in de beginperiode, meer risicogedrag vertonen (Gambetta, 2009). Daarom achten we het niet verantwoord om uitspraken te doen over korter gestraften, c.q. gedetineerden die korter dan 4 maanden in detentie verblijven.

Afgezien van boegroes kan het onderzochte risicogedrag ook onder *vrouwelijke* gedetineerden plaatsvinden, maar op basis van dit onderzoek is het niet

---

<sup>9</sup> In feite wordt hierbij uitgegaan van een populatie van oneindige omvang. In veel onderzoeken is de populatie (zeker vergeleken met de steekproef) ook zeer groot, bijvoorbeeld bij studies onder de algemene bevolking. In veel andere gevallen is de totale populatieomvang onbekend.

<sup>10</sup> Online calculator: [www.xs4all.nl/~jelkeb/steekproeven/estimation.html](http://www.xs4all.nl/~jelkeb/steekproeven/estimation.html)

verantwoord om de bevindingen te extrapoleren naar vrouwelijke gedetineerden. Ook *minderjarige* gedetineerden vallen buiten de schattingen.

Hoewel er met de betrouwbaarheidsintervallen een bovenmarge wordt aangegeven, moeten de aantallen in dit hoofdstuk toch gezien worden als een ondergrens van risicogedrag onder *alle* meerderjarige mannelijke personen die minimaal 3 maanden gedetineerd zijn. Omdat de groepen gedetineerden binnen deze populatie die niet zijn onderzocht relatief klein zijn, zullen de geschatte aantallen zeer waarschijnlijk niet ver beneden de waarheid zijn.

**Tabel 9.1 Aantal gedetineerden met minimale verblijfsduur van 3 maanden (5 januari 2010)**

<b>mannen</b>	<b>populatie</b>	<b>populatie binnen steekproefkader</b>	<b>steekproef</b>
Gevangenis	1101	1101	228
Huis van Bewaring	267	267	34
ISD	115	115	20
Open (BBI, ZBBI)	213	213	98
Vreemdelingen (DC, UC, VRIS)	24	-	-
Psychiatrie/ziekenhuis (PPC, PSC, IBA, PZ)	90	-	-
Zeer streng beveiligd (EBI, LABG)	29	-	-
Extramuraal (met of zonder ET)	211	-	-
Onbekend	32	-	-
<b>vrouwen: alle afdelingen</b>	141	-	-
<b>Totaal</b>	<b>2223</b>	<b>1696</b>	<b>380</b>

In de tabellen in de volgende paragrafen worden per thema de in dit onderzoek gevonden *percentages* met betrouwbaarheidsintervallen weergegeven. Daarnaast wordt het geschatte *aantal* gedetineerden dat risicogedrag heeft vertoond weergegeven, eveneens met betrouwbaarheidsinterval. Cijfers worden weergegeven voor de totale groep, alsmede per regime (HvB, gevangenis, ISD of BBI/ZBBI). Steeds beginnen we met risicogedrag in het algemeen (bijvoorbeeld onveilige tatoeages) en komen daarna risicogedrag in detentie, in Nederlandse detentie en tijdens de huidige detentieperiode aan bod. In de begeleidende tekst worden alleen de gegevens voor de *totale* groep besproken.

## Tatoeages

Van de mannelijke gedetineerden hebben er 492 tot 634 een of meer tatoeages die door een niet-professional (of zichzelf) is gezet<sup>11</sup>. Dit definiëren we als onveilige tatoeages.<sup>12</sup> Van deze gedetineerden is bij 232-344 ooit een onveilige tatoeage gezet tijdens detentie, waarvan de meesten (207-315) in Nederland. Tot slot hebben 58-126 van deze gedetineerden tijdens de huidige detentieperiode een of meer onveilige tatoeages laten zetten, of heeft die zelf gezet.

**Tabel 9.2 Onveilige tatoeages bij mannelijke gedetineerden met minimale verblijfsduur van 3 maanden**

	%			n		
<b>Onveilige tatoeage(s) in detentie</b>	<b>17.0%</b>	±	<b>3.3%</b>	<b>288</b>	±	<b>56</b>
Gevangenis	18.5%	±	4.5%	204	±	50
Huis van Bewaring	8.6%	±	8.9%	23	±	24
ISD	33.3%	±	19.3%	38	±	22
BBI/ZBBI	12.5%	±	4.8%	27	±	10
open	12.5%	±	4.8%	27	±	10
gesloten	17.6%	±	4.0%	261	±	59
<b>Onveilige tatoeage(s) in Nederlandse detentie</b>	<b>15.4%</b>	±	<b>3.2%</b>	<b>261</b>	±	<b>54</b>
Gevangenis	16.5%	±	4.3%	182	±	47
Huis van Bewaring	8.6%	±	8.9%	23	±	24
ISD	33.3%	±	19.3%	38	±	22
BBI/ZBBI	10.4%	±	4.5%	22	±	10
open	10.4%	±	4.5%	22	±	10
gesloten	16.3%	±	3.9%	242	±	58
<b>Onveilige tatoeage(s) tijdens deze detentieperiode</b>	<b>5.4%</b>	±	<b>2.0%</b>	<b>92</b>	±	<b>34</b>
Gevangenis	6.8%	±	2.9%	75	±	32
Huis van Bewaring	1.7%	±	4.1%	5	±	11
ISD	0%	±	0%	0	±	0
BBI/ZBBI	6.3%	±	3.6%	13	±	8
open	6.3%	±	3.6%	13	±	8
gesloten	5.2%	±	2.3%	77	±	34

<sup>11</sup> In de tabellen worden alleen de aantallen weergegeven die betrekking hebben op detentie.

<sup>12</sup> Een flink deel hiervan zegt dat daarbij een nieuwe naald en nieuwe inkt is gebruikt (zie hoofdstuk 6). Desondanks bestempelen we het tatoeëren door niet-professionals als risicodrag.

## Piercings en boegroes

Net als bij de tatoeages, definiëren we *piercings* die door een niet-professional zijn gezet als onveilig.<sup>13</sup> In totaal hebben 80 tot 158 mannelijke gedetineerden een onveilige piercing. Een derde tot de helft daarvan (20-68) is ooit tijdens detentie gezet, waarvan 14-58 tijdens een detentie in Nederland.

Tussen 45 en 107 mannelijke gedetineerden hebben een onveilige *boegroe* door een niet-professional laten zetten.<sup>14</sup> Bij 35-93 gedetineerden gebeurde dat ooit tijdens een detentie, vrijwel altijd in Nederland (29-83).

Tijdens deze detentieperiode hebben 32 tot 86 mannelijke gedetineerden een piercing en/of boegroe gezet of laten zetten.

**Tabel 9.3 Onveilige piercings bij mannelijke gedetineerden met min. verblijfsduur van 3 maanden**

	%			n		
		±			±	
<b>Ooit onveilige piercing(s) in detentie</b>	<b>2.6%</b>	±	<b>1.4%</b>	<b>44</b>	±	<b>24</b>
Gevangenis	3.7%	±	2.2%	41	±	24
Huis van Bewaring	0%	±	0%	0	±	0
ISD	4.3%	±	8.3%	5	±	10
BBI/ZBBI	0%	±	0%	0	±	0
open	0%	±	0%	0	±	0
gesloten	3.1%	±	1.8%	46	±	27
<b>Ooit onveilige piercing(s) in Nederlandse detentie</b>	<b>2.1%</b>	±	<b>1.3%</b>	<b>36</b>	±	<b>22</b>
Gevangenis	2.9%	±	1.9%	32	±	21
Huis van Bewaring	0%	±	0%	0	±	0
ISD	4.3%	±	8.3%	5	±	10
BBI/ZBBI	0%	±	0%	0	±	0
open	0%	±	0%	0	±	0
gesloten	2.4%	±	1.6%	36	±	24

<sup>13</sup> Een meerderheid van de gedetineerden waarbij een piercing door een niet-professional is gezet, rapporteert dat daarbij nieuw materiaal is gebruikt. Desondanks bestempelen we piercen door niet-professionals als risicogedrag.

<sup>14</sup> De meerderheid hiervan (72%) meldt dat daarbij nieuw materiaal is gebruikt. Desondanks bestempelen we ook door niet-professionals geplaatste boegroes als risicogedrag.

**Tabel 9.4 Onveilige boegroes bij mannelijke gedetineerden met min. verblijfsduur van 3 maanden**

	%			n		
		±			±	
<b>Ooit onveilige boegroe(s) in detentie</b>	<b>3.8%</b>	±	<b>1.7%</b>	<b>64</b>	±	<b>29</b>
Gevangenis	5.6%	±	2.7%	62	±	30
Huis van Bewaring	0%	±	0%	0	±	0
ISD	0%	±	0%	0	±	0
BBI/ZBBI	2.1%	±	2.1%	4	±	4
open	2.1%	±	2.1%	4	±	4
gesloten	4.2%	±	2.1%	62	±	31
<b>Ooit onveilige boegroe(s) in Nederlandse detentie</b>	<b>3.3%</b>	±	<b>1.6%</b>	<b>56</b>	±	<b>27</b>
Gevangenis	4.9%	±	2.5%	54	±	28
Huis van Bewaring	0%	±	0%	0	±	0
ISD	0%	±	0%	0	±	0
BBI/ZBBI	2.1%	±	2.1%	4	±	4
open	2.1%	±	2.1%	4	±	4
gesloten	3.6%	±	2.0%	53	±	30
<b>Onveilige piercing/boegroe tijdens deze detentie</b>	<b>3.5%</b>	±	<b>1.6%</b>	<b>59</b>	±	<b>27</b>
Gevangenis	4.9%	±	2.5%	54	±	28
Huis van Bewaring	0%	±	0%	0	±	0
ISD	0%	±	0%	0	±	0
BBI/ZBBI	2.1%	±	2.1%	4	±	4
open	2.1%	±	2.1%	4	±	4
gesloten	3.7%	±	2.0%	55	±	30

## Sputen

Sputen komt relatief weinig voor in detentie; de geschatte aantallen zijn zeer klein. 'Slechts' 8 tot 46 gedetineerden hebben ooit gespoten met gebruikte spuitjes of naalden van een ander. Daarom maken we voor het spuiten tijdens detentie geen onderscheid tussen veilig en onveilig spuiten.<sup>15</sup> In totaal hebben 3 tot 37 gedetineerden ooit drugs of anabolen gespoten tijdens detentie (in alle gevallen in Nederland). Tijdens de huidige detentieperiode hebben maximaal 14 gedetineerden gespoten.

<sup>15</sup> Hoewel de meesten dus nieuwe spuitjes en naalden gebruiken, kan geredeneerd worden dat spuiten in detentie sowieso riskant is.

**Tabel 9.5 Onveilig spuiten bij mannelijke gedetineerden met minimale verblijfsduur van 3 maanden**

	%			n		
	1.2%	±	1.0%	20	±	17
<b>Ooit spuiten in detentie (incl. nieuwe spuit/naald)</b>						
Gevangenis	0.8%	±	1.0%	9	±	11
Huis van Bewaring	0%	±	0%	0	±	0
ISD	4.3%	±	3.0%	5	±	3
BBI/ZBBI	2.1%	±	2.1%	4	±	4
open	2.1%	±	2.1%	4	±	4
gesloten	0.9%	±	1.0%	13	±	15
<b>Spuiten tijdens deze detentieperiode (idem)</b>	<b>0.3%</b>	±	<b>0.5%</b>	<b>5</b>	±	<b>8</b>
Gevangenis	0.4%	±	0.7%	4	±	8
Huis van Bewaring	0%	±	0%	0	±	0
ISD	0%	±	0%	0	±	0
BBI/ZBBI	0%	±	0%	0	±	0
open	0%	±	0%	0	±	0
gesloten	0.3%	±	0.6%	4	±	9

## Seks

Tussen de 61 en 129 mannelijke gedetineerden hebben ooit onveilige seks (d.w.z. orale seks, anale seks of geslachtsgemeenschap zonder condoom) gehad in detentie, waarvan 53-120 in een Nederlandse detentie. Tijdens de huidige detentieperiode hadden 8 tot 46 gedetineerden onveilige seks.

## Soa

Tussen de 29 en 83 mannelijke gedetineerden zijn ooit naar eigen zeggen (en voor zover ze het weten op basis van een test) geïnfecteerd (geweest) met hiv of hepatitis (A, B of C). Het laatste jaar zijn 27 tot 81 gedetineerden behandeld voor een soa. In beide gevallen gaat het om een minimale schatting van het aantal geïnfecteerden; gedetineerden die niet getest zijn en/of waarbij een eventuele soa niet herkend of niet behandeld werd, rekenen we bij deze schattingen tot de niet-geïnfecteerden.

Bij elkaar genomen zijn naar schatting 70 tot 144 mannelijke gedetineerden met een verblijfsduur van ten minste 3 maanden op enig moment in gevangenis, HvB, ISD of BBI/ZBBI, besmet (geweest) met een seksueel overdraagbare aandoening. Overigens vormt dit pas een risico voor anderen als deze gedetineerden gedrag vertonen waarbij zij anderen kunnen infecteren.

**Tabel 9.6 Onveilige seks bij mannelijke gedetineerden met minimale verblijfsduur van 3 maanden**

	%			n		
<b>Ooit onveilige seks in Nederlandse detentie</b>	<b>5.1%</b>	±	<b>2.0%</b>	<b>86</b>	±	<b>34</b>
Gevangenis	5.3%	±	2.7%	58	±	30
Huis van Bewaring	6.8%	±	8.0%	18	±	21
ISD	4.3%	±	8.3%	5	±	10
BBI/ZBBI	4.2%	±	2.9%	9	±	6
open	4.2%	±	2.9%	9	±	6
gesloten	5.1%	±	2.3%	76	±	34
<b>Onveilige seks tijdens deze detentieperiode</b>	<b>1.6%</b>	±	<b>1.1%</b>	<b>27</b>	±	<b>19</b>
Gevangenis	1.2%	±	1.3%	13	±	14
Huis van Bewaring	1.7%	±	4.1%	5	±	11
ISD	4.3%	±	8.3%	5	±	10
BBI/ZBBI	0%	±	0%	0	±	0
open	0%	±	0%	0	±	0
gesloten	1.8%	±	1.4%	27	±	21

**Tabel 9.7 Soa bij mannelijke gedetineerden met minimale verblijfsduur van 3 maanden**

	%			n		
<b>Ooit hiv- of hepatitisinfectie</b>	<b>3.3%</b>	±	<b>1.6%</b>	<b>56</b>	±	<b>27</b>
Gevangenis	2.8%	±	1.9%	31	±	21
Huis van Bewaring	1.7%	±	4.1%	5	±	11
ISD	16.7%	±	15.2%	19	±	17
BBI/ZBBI	2.1%	±	2.1%	4	±	4
open	2.1%	±	2.1%	4	±	4
gesloten	3.6%	±	2.0%	53	±	30
<b>Laatste jaar soa-behandeling</b>	<b>3.2%</b>	±	<b>1.6%</b>	<b>54</b>	±	<b>27</b>
Gevangenis	1.6%	±	1.5%	18	±	17
Huis van Bewaring	6.8%	±	8.0%	18	±	21
ISD	12.5%	±	13.5%	14	±	16
BBI/ZBBI	2.1%	±	2.1%	4	±	4
open	2.1%	±	2.1%	4	±	4
gesloten	3.3%	±	1.9%	49	±	28
<b>Ooit hiv/hepatitis en/of laatste jaar behandeling andere soa</b>	<b>6.3%</b>	±	<b>2.2%</b>	<b>107</b>	±	<b>37</b>
Gevangenis	4.4%	±	2.4%	48	±	26
Huis van Bewaring	6.9%	±	8.1%	18	±	22
ISD	26.1%	±	17.9%	30	±	21
BBI/ZBBI	4.2%	±	2.9%	9	±	6
open	4.2%	±	2.9%	9	±	6
gesloten	6.6%	±	2.6%	98	±	39

## **Samenvatting en conclusie**

Binnen de onderzoekspopulatie lopen de schattingen voor de verschillende vormen van gezondheidsrisicogedrag sterk uiteen. Met 492-634 is de schatting veruit het hoogst voor ooit in het leven onveilig gezette tatoeages. Voor ooit onveilige tatoeages in detentie is deze schatting ongeveer de helft lager, maar toch fors hoger dan voor de andere risicogedragingen in detentie. Ook in het geval van de huidige detentie is de schatting het hoogst voor onveilige tatoeages. Op flinke afstand bij onveilig gedrag in detentie volgt seks. In dezelfde range of iets lager zijn de schattingen voor onveilige piercings en boegroes, waarbij boegroes wat vaker dan piercings tijdens detentie (in plaats van in de 'vrije samenleving') gezet lijken te worden. De schattingen zijn duidelijk het laagst voor het (überhaupt) spuiten van drugs en anabolen.



## Risico: combinaties en kennis

In dit hoofdstuk bespreken we de verschillende combinaties van risicogedrag en de samenhang tussen het risicogedrag en kennis. We hanteren dezelfde groepen als in het voorgaande hoofdstuk, en richten ons hierbij uitsluitend op onveilig gedrag in detentie.

### Combinaties van risicogedrag

Meer dan de helft van de respondenten<sup>16</sup> heeft naar eigen zeggen nog nooit een van de risicogedragingen in detentie vertoond (58.7%). Onveilig tatoeëren is het overheersende risicogedrag, ook bij de combinaties. Wanneer we dieper inzoomen, blijkt dat in de huidige detentie – voor zover deze gedragingen plaatsvonden – het per gedetineerde vaak beperkt blijft tot een vorm van risicogedrag.

---

<sup>16</sup> Slechts een paar procent heeft op een of meer van de voor het bepalen van de combinaties van risicogedrag relevante vragen geen antwoord gegeven. Zij worden hier buiten beschouwing gelaten.

**Tabel 10.1 Combinaties van risicogedrag**

	Onveilig in detentie		Onveilig in NL detentie <sup>1</sup>		Onveilig in deze detentie <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%
Geen	284	74.7%	287	75.5%	334	87.9%
Alleen tatoeages	41	11.1	41	11.1	17	4.6
Alleen piercings	4	1.1	4	1.1	8	2.2
Alleen boegroes	4	1.1	6	1.6	-	-
Alleen spuiten	1	0.3	1	0.3	1	0.3
Alleen seks	13	3.5	13	3.5	6	1.6
Tatoeage en piercing	3	0.8	1	0.3	4	1.1
Tatoeage en boegroe	8	2.2	6	1.6	-	-
Tatoeage en spuiten	2	0.5	2	0.5	0	-
Tatoeage en seks	5	1.4	5	1.4	0	-
Tatoeage, piercing en seks	1	0.3	1	0.3	0	-
Tatoeage, boegroe en seks	2	0.5	1	0.3	0	-
<b>Totaal</b>	<b>368</b>	<b>100</b>	<b>368</b>	<b>100</b>	<b>370</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	12		12		10	
Tatoeages en 1 andere vorm	18	4.9	14	3.8	4	1.1
Tatoeages en 2 andere vormen	3	0.8	2	0.5	0	-
Piercing en 1 andere vorm	3	0.8	1	0.3	4	1.1
Piercing en 2 andere vormen	1	0.3	1	0.3	0	-
Boegroe en 1 andere vorm	8	2.2	6	1.6	1	0.3
Boegroe en 2 andere vormen	2	0.5	1	0.3	0	-
Spuiten en 1 andere vorm	2	0.5	2	0.5	0	-
Seks en 1 andere vorm	5	1.4	5	1.4	0	-
Seks en 2 andere vormen	3	0.8	2	0.5	0	-

<sup>1</sup> Voor het spuiten hebben we geen gegevens over onveilig spuiten in Nederlandse detentie. Voor de combinaties hebben we ooit onveilig spuiten in detentie genomen.

<sup>2</sup> Voor de huidige detentie hebben we alleen de gegevens van piercings en boegroes samen, omdat we uitsluitend naar de laatste keer gevraagd hebben.

## **Kennis en riskant gedrag**

In hoofdstuk 4 hebben we de kennis van soa, hiv en hepatitis al in kaart gebracht. Nu wordt nagegaan in hoeverre dit (statistisch) verband houdt met risicogedrag.

### *Ooit een piercing in Nederlandse detentie*

Respondenten die ooit tijdens detentie in Nederland onveilig een piercing hebben laten zetten (n=8), scoren significant hoger op kennis van hepatitis (4.2 vs. 3.1,  $p<.005$ ) en totaal (12.0 vs. 10.2,  $p<.05$ ).

### *Onveilige seks tijdens Nederlandse detentie*

Respondenten die ooit tijdens een Nederlandse detentieperiode onveilige seks hebben gehad (n=21), scoren significant hoger op de hepatitis kennisscore (3.8 vs. 3.1,  $p<.05$ ).

### *Onveilige seks tijdens deze detentie*

Respondenten die tijdens deze detentie nog onveilige seks hebben gehad (n=6), denken vaker dat mannen geen chlamydia kunnen krijgen (33.3% vs. 10.4%,  $p<.05$ ).

### *Ooit positief bevonden voor soa, hiv en/of hepatitis*

Respondenten die ooit positief bevonden zijn voor hiv en/of hepatitis (n=13) hebben een hogere hepatitis kennisscore (4.2 vs. 3.1,  $p<.005$ ). Degenen die in het jaar voor het interview behandeld zijn voor soa (n=12), hebben een hogere kennisscore op soa (3.9 vs. 3.4,  $p<.05$ ), hepatitis (4.0 vs. 3.1,  $p<.01$ ) en totaal (12.0 vs. 10.1,  $p<.005$ ). Als we deze twee groepen combineren (ooit positief bevonden hiv/hepatitis en/of in het afgelopen jaar behandeld voor soa) (n=24) dan blijken deze respondenten hoger te scoren op kennis over hepatitis (4.2 vs. 3.0,  $p<.000$ ) en totaal (11.8 vs. 10.1,  $p<.05$ ).

## **Demografische kenmerken en kennis gecombineerd**

Anders dan in de vorige hoofdstukken zijn bij de regressie analyses naast de gebruikelijke kenmerken (leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau en type detentie) ook de drie kennisscores (hiv, hepatitis en soa) meegenomen.

Bij enkele analyses blijkt geen van de variabelen van invloed op het risicogedrag: het ooit hebben laten zetten van een tatoeage in detentie, in Nederlandse detentie, ooit onveilige seks in detentie en tijdens deze detentie.

Wel hebben oudere respondenten een kleinere kans op een onveilige tatoeage in de huidige detentie. De overige variabelen zijn hierop niet van invloed. Daarnaast geldt dat hoe beter de kennis van hepatitis is, hoe groter de kans dat een respondent in het jaar voor het interview behandeld is voor soa.

**Tabel 10.2 Logistische regressie: tatoeage tijdens huidige detentie als uitkomstvariabele**

	B	SE	95% BI voor OR		
			Laag	OR	Hoog
Constante	-1.101	.740		.333	
Leeftijd	-.048	.023	.911	.953	.996

$R^2=.014$  (Cox & Snell), .037 (Nagelkerke). Model  $X^2(1)=5.126$ ,  $p<.05$

**Tabel 10.3 Logistische regressie: behandeld voor soa afgelopen jaar als uitkomstvariabele**

	B	SE	95% BI voor OR		
			Laag	OR	Hoog
Constante4	-4.684	.840		.009	
Hepatitis score	.505	.199	1.123	1.658	2.446

$R^2=.025$  (Cox & Snell), .073 (Nagelkerke). Model  $X^2(1)=9.401$ ,  $p<.05$ .

### Samenvatting en conclusie

Onveilig tatoeëren is de belangrijkste vorm van riskant gedrag in detentie, ook bij nagenoeg alle combinaties met ander risico gedrag. Respondenten die in het jaar voor het interview behandeld zijn voor soa scoren hoger op kennis van soa dan anderen. Dat zou kunnen komen doordat zij in het kader van of naar aanleiding van hun behandeling voorlichting hebben gekregen. Het zou ook kunnen betekenen dat zij willens en wetens risico's namen. De uitkomsten met betrekking tot respondenten die onveilige seks in deze detentie hebben gehad wijzen hier echter niet op, want zij hebben juist een slechtere kennis van chlamydia.

Opvallend is het vaak ontbreken van samenhang tussen kennis en risicogedrag. Voorts zijn de wel gevonden samenhangen niet eenduidig te interpreteren. Zo scoren respondenten die ooit onveilig een piercing in Nederlandse detentie hebben laten zetten (of zelf gezet) hoger op hepatitis kennis, terwijl men

juist zou verwachten dat zij er minder vanaf weten, aangezien zij de risico's genomen hebben. Het zou echter ook kunnen dat zij juist naar aanleiding van hun eigen risicogedrag in het verleden op eigen initiatief of door bijvoorbeeld een hulporganisatie of de PI voorgelicht zijn over hepatitis. Het probleem hierbij is dat de kennis die de gedetineerden van infectieziekten hebben, in de analyse is gerelateerd aan risicogedrag in het verleden.

We kunnen geen uitspraken doen over eventuele piekfasen in gezondheidsrisicogedrag tijdens de detentie. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat het aan het begin van de detentie vaker voorkomt in verband met stress, maar het zou ook kunnen dat het juist na een lange detentieperiode voorkomt vanwege verveling. In de toekomst zou wellicht gevraagd kunnen worden naar hoe lang men in detentie zat toen het gedrag zich voordeed.

Uit de regressie analyses bleek dat kennis geen toegevoegde waarde had bij de voorspelling van de verschillende vormen van risicogedrag, terwijl behandeld zijn voor soa samenhang met een hogere hepatitis kennisscore. Dit 'onlogische' verband zou bijvoorbeeld verklaard kunnen worden doordat bij de soa-behandeling ook meteen voorlichting gegeven wordt over hepatitis.



## Preventiebeleid

Infecties, besmettelijke ziekten en seksueel overdraagbare aandoeningen kunnen voorkomen worden met ontsmettingsmiddelen en condooms. In dit hoofdstuk beschrijven we eerst of en hoe ontsmettingsmiddelen en condooms volgens gedetineerden in detentie beschikbaar zijn. Daarna wordt bekeken in hoeverre gedetineerden in detentie gebruik zouden willen maken van professionals bij het zetten van tatoeages, piercings en boegroes. Vervolgens gaan we na in hoeverre riskant gedrag van gedetineerden samenhangt met het nemen van voorzorgsmaatregelen. Ten slotte bespreken we op basis van de bevindingen uit focusgroepgesprekken met detentiepersoneel in hoeverre en op welke manieren de preventie van gezondheidsrisico's in detentie verbeterd zou kunnen worden.

### Ontsmettingsmiddelen

In dit onderzoek hebben we ontsmettingsmiddelen als volgt gedefinieerd: "Middelen waarmee je naalden, spuiten of piercingsieraden schoonmaakt, bijvoorbeeld vloeibare bleek, chloor of chloortabletten"<sup>17</sup>. Deze definitie wordt gehanteerd door o.a. Mainline in de voorlichting aan druggebruikers over het schoonmaken van naalden. Dit geldt overigens als laatste mogelijkheid, mocht een nieuwe naald of uitkoken geen optie zijn. De genoemde ontsmettingsmiddelen zijn dan ook niet toereikend. Overigens bleek (zie vorige hoofdstukken) dat respondenten nagenoeg geen gebruik maken van bleek of chloor bij het schoonmaken van materiaal. De meest voorkomende schoonmaakmethoden waren het branden met een aansteker en uitkoken.

Een op de drie respondenten zegt dat ontsmettingsmiddelen niet in de penitentiaire inrichting waar zij verblijven te krijgen zijn en volgens een op de acht

---

<sup>17</sup> In de interviews met gedetineerden is ook gevraagd naar ontsmettingsmiddelen met hoge concentraties alcohol zoals Sterilon.

zijn ze moeilijk verkrijgbaar. Daar tegenover staat dat een op drie zegt makkelijk of zelfs heel makkelijk aan ontsmettingsmiddelen te kunnen komen. De rest heeft geen idee van de verkrijgbaarheid van ontsmettingsmiddelen in detentie.

**Tabel 11.1 Perceptie beschikbaarheid ontsmettingsmiddelen**

	n	%
Niet beschikbaar	138	37.0
Moeilijk	46	12.3
Makkelijk	102	27.3
Erg makkelijk	31	8.3
Weet niet	56	15.2
<b>Totaal</b>	<b>372</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	8	

Omdat chloortabletten gebruikt zouden kunnen worden om positieve urinecontroles te vermijden, zijn ze soms helemaal niet, soms alleen op aanvraag, of alleen voor de 'reiniger' te krijgen. Zulke gedetineerden zijn verantwoordelijk voor het schoonhouden van de gezamenlijke ruimtes, zoals de keuken, de gedeelde douches en eventueel gedeelde wc's. Reinigers hebben in sommige PI's beschikking over ontsmettingsmiddelen, terwijl andere gedetineerden dat niet hebben. Reinigers geven soms bijvoorbeeld chloortabletten aan anderen, die het meestal gebruiken voor het schoonmaken van hun wc's of douches. Over het algemeen zijn de gedetineerden niet te spreken over de beperkte toegang tot bleekmiddel en chloor, zij zouden hun wc's en fonteintjes graag (vaker, beter) schoonmaken<sup>18</sup>. Andere ontsmettingsmiddelen zoals Sterilon kreeg men soms van de Medische Dienst, bijvoorbeeld bij een ontstoken wondje, maar bij de meeste PI's was dit erg moeilijk.

Ruim een kwart van de respondenten heeft in de vier weken voorafgaand aan het interview geprobeerd om ontsmettingsmiddelen te krijgen (29.2%). Hier van zegt driekwart dat zij die (erg) makkelijk konden krijgen. De rest zegt dat

---

<sup>18</sup> Overigens meenden sommige respondenten dat zij gewoon toegang tot bleekmiddel hadden, want ze konden immers wc-reiniger gebruiken. Andere gedetineerden vertelden ons dat deze blauwe wc-reiniger geen bleekmiddel bevat, en dus geen echt ontsmettingsmiddel is.

het moeilijk was of dat ontsmettingsmiddelen helemaal niet beschikbaar waren, meestal omdat men het niet wilde geven of dat het niet beschikbaar was.

**Tabel 11.2 Gebleken beschikbaarheid ontsmettingsmiddelen laatste vier weken**

	n	%
Niet beschikbaar	5	4.9
Moeilijk	9	9.9
Makkelijk	54	57.4
Erg makkelijk	26	27.8
<b>Totaal</b>	<b>94</b>	<b>100</b>
N.v.t.	285	

Tweederde van de respondenten die toen wel ontsmettingsmiddelen konden krijgen, hebben dit van PIW-ers of Bewa's gekregen. De rest kreeg het van een medegedetineerde, van iemand anders, zoals van de Medische Dienst, of van meerdere personen.

Van de respondenten die in de afgelopen vier weken met succes ontsmettingsmiddelen hebben geprobeerd te krijgen, hebben twee het gebruikt om een tatoeëernaald schoon te maken, een om een tatoeëer- en piercingnaald schoon te maken. Het overgrote deel (96.7%) heeft er iets anders mee gedaan, vrijwel altijd het schoonmaken van de cel, wc en dergelijke.

Los van de mate waarin schoonmaakmiddelen als chloor in detentie verkrijgbaar zijn, als ontsmettingsmiddel bieden zij geen garantie tegen besmetting met infectieziekten.

**Tabel 11.3 Ontsmettingsmiddelen: van wie gekregen**

	n	%
Alleen PIW-er of Bewa	65	65.7
Alleen Medische Dienst	0	-
Alleen gedetineerde	11	11.1
Alleen anders	17	17.2
PIW-er en Medische Dienst	1	1.0
PIW-er en gedetineerde	1	1.0
Gedetineerde en anders	3	3.0
<b>Totaal</b>	<b>99</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	4	

### *Type detentie*

Opvallend is dat gedetineerden in hetzelfde (soort) regime deze vraag soms verschillend beantwoorden. Deze variatie kan deels verklaard worden door verschillende regels in verschillende PI's. Zo staan sommige gesloten inrichtingen het gebruik van chloortabletten wel toe, en andere niet. Daarnaast is er selectieve toegang tot ontsmettingsmiddelen. Enkele gedetineerden die al wat langer meedraaien in de gevangenis vertelden dat het beleid op dit terrein de laatste jaren veel strenger is geworden. Respondenten in (half) open inrichtingen geven vaker dan respondenten in gesloten inrichtingen aan dat ontsmettingsmiddelen niet te krijgen zijn (57.4% vs. 34.0%,  $p < .05$ ). Respondenten in de ISD geven het vaakst aan dat ontsmettingsmiddelen niet verkrijgbaar zijn, terwijl respondenten in gesloten inrichtingen dit het minst vaak rapporteren (ISD 64.0%, gevangenis 30.9%, HvB 33.9%,  $p < .05$ ). Respondenten in gesloten settings hebben vaker geprobeerd om ontsmettingsmiddelen te krijgen in de vier weken voor het interview.

### **Condoms**

Bijna de helft van de respondenten (48.5%) vindt het (erg) makkelijk om in detentie aan condoms te komen. Ze zijn vaak bij BZT (bezoek zonder toezicht) wel te krijgen, en bij de Medische Dienst kun je condoms aanvragen of zelf uit een mandje pakken.

Een op de acht zegt dat condoms niet beschikbaar zijn en een klein deel zegt dat het moeilijk is om eraan te komen. Een derde van de respondenten heeft geen idee, vaak omdat ze er nog nooit naar gevraagd hebben.

**Tabel 11.4 Perceptie beschikbaarheid condoms**

	n	%
Niet beschikbaar	47	12.8
Moeilijk	9	2.4
Makkelijk	139	37.8
Erg makkelijk	39	10.7
Weet niet	134	36.3
<b>Totaal</b>	<b>368</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	12	

In totaal hebben 22 respondenten in de vier weken voor het interview geprobeerd om in detentie condoms te krijgen (6.0%). Bijna allemaal vonden ze de

verkrijgbaarheid (erg) makkelijk. Slechts een respondent vond het moeilijk, omdat je volgens hem alleen bij BZT een condoom kunt krijgen, en er dan ook om moet vragen. Het merendeel van de respondenten die toen condooms hebben gekregen, kreeg deze bij de Medische Dienst (70.8%), twee kregen het bij de Medische Dienst en bij een PIW-er of Bewa (8.3%) en de rest van iemand anders (20.8%). Vermoedelijk gaat het daarbij om mensen van buitenaf, in elk geval niet om medege-detineerden (want daar is naar gevraagd). Alle personen gebruikten de condooms uitsluitend voor seks.

### *Type detentie*

In gesloten settings wordt het makkelijker gevonden om aan condooms te komen (39.1% vs. 27.7%,  $p < .05$ ). In (half) open settings zeggen respondenten vaker dat condooms niet beschikbaar zijn en ook hebben ze vaker geen idee van de verkrijgbaarheid (resp. 25.5% vs. 11.2% en 42.6% vs. 35.4%). Overigens kan men in (half) open settings zelf condooms kopen.

### **Professionele tatoeëerders, piercers en boegroe-zetters in detentie**

Een mogelijke maatregel om gezondheidsrisicogedrag in detentie te vermijden, is het beschikbaar stellen van professionele tatoeëerders, piercers en boegroe-zetters in detentie. In hoeverre zijn gedetineerden hierin geïnteresseerd? Iets meer dan de helft van de gedetineerden (53.9%) zou geen gebruik maken van een professionele *tatoeëerder* in detentie. Hier hebben zij uiteenlopende redenen voor. Sommigen willen geen tatoeage (erbij), anderen hebben een vast adres buiten detentie of een vriend die het gratis doet. Er zijn ook respondenten die vertellen dat je in detentie anders denkt dan buiten en die het risico niet willen nemen in detentie iets te doen waar je spijt van krijgt.

Een op de zeven (14.5%) weet niet zeker of ze gebruik zouden gaan maken van een professionele tatoeëerder; ze twijfelen over het nemen van (nog) een tatoeage of ze willen eerst weten hoe goed die tatoeëerder dan is en/of wat het gaat kosten. Bijna een derde (29.2%) zou uitsluitend door een officiële tatoeëerder tatoeages laten zetten. Negen respondenten (2.4%) zouden gebruik maken van de officiële tatoeëerder, maar zouden het nog steeds ook door niet-professionals tatoeages in detentie laten zetten, of het zelf doen.

Het overgrote deel van de respondenten is niet geïnteresseerd in officiële *piercers* in detentie. Vaak willen zij überhaupt geen piercings. Vier procent twijfelt, drie respondenten (0.7%) willen piercings maar zullen het zelf zetten of ook

door niet-officiële piercers in detentie laten zetten. Ten slotte zou 5.6% het alleen maar door die piercer in detentie laten zetten.

In hoeverre zou met de komst van professionele tatoeëerders, piercers of boegroe-zetters in detentie nieuwe groepen gedetineerden hiervan gebruik gaan maken? Verreweg de meeste respondenten zouden in detentie geen *boegroes* laten zetten door een professional (92.9%). Dertien respondenten (3.5%) zouden dat misschien laten doen, twee respondenten (0.4%) zouden dat doen naast het nog door niet-professionals te laten doen. Ten slotte zouden elf respondenten het alleen maar door de professional laten doen (3.0%).

Verreweg de meeste respondenten die gebruik zouden maken van een professionele tatoeëerder in detentie hebben zelf al tatoeages (80.0%), een kwart heeft een tatoeage in detentie laten zetten of gezet (27.1%).

Bijna de helft van de respondenten die aangeven dat zij gebruik zouden maken van een officiële piercer in detentie, heeft al een of meerdere piercings (46.2%), een op de tien heeft een piercing tijdens detentie laten zetten of gezet (10.5%). Van de respondenten die gebruik zouden maken van een boegroe-zetter in detentie, heeft ruim een kwart (28.0%) al een boegroe, en een op vijf heeft al eentje in detentie laten zetten (20.0%). Dit wijst erop dat het introduceren van een professionele piercer of boegroe-zetter niet strikt een preventieve werking zou hebben, maar ook een nieuwe groep aan zou boren.

**Tabel 11.5 Gebruik maken van officiële...**

	Tatoeëerder		Piercer		Boegroes	
	n	%	n	%	n	%
Nee	199	53.9	328	89.7	337	92.9
Misschien	54	14.5	14	4.0	13	3.5
Ja, ook	9	2.4	3	0.7	2	0.4
Ja, alleen maar	108	29.2	21	5.6	11	3.1
<b>Totaal</b>	<b>370</b>	<b>100</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	<b>362</b>	<b>100</b>
Geen antwoord	10		14		17	

### *Type detentie*

Tussen de typen detentie zijn geen significante verschillen gevonden in belangstelling voor professionele tatoeëerders, piercers of boegroe-zetters in detentie.

## **Risicant gedrag in detentie en voorzorgsmaatregelen**

In dit hoofdstuk wordt dezelfde indeling van risicogedrag gehanteerd als in de voorgaande hoofdstukken.

### *Ooit tatoeage in Nederlandse detentie*

Respondenten die ooit in Nederlandse detentie een tatoeage hebben laten zetten of gezet, zeggen vaker dat ontsmettingsmiddelen niet beschikbaar zijn, of moeilijk om aan te komen (37.5% vs. 10.1%,  $p < .05$ ). Zij zouden vaker alleen maar gebruik maken van een officiële tatoeëerder in de gevangenis (65.5% vs. 22.5%,  $p < .001$ ).

### *Tatoeage tijdens deze detentie*

Respondenten die tijdens hun huidige detentie een tatoeage hebben laten zetten, zouden vaker alleen nog maar bij een officiële tatoeëerder in detentie een tatoeage laten zetten (80.0% vs. 26.4%,  $p < .001$ ).

### *Ooit piercing in Nederlandse detentie*

Voor respondenten die piercings in Nederlandse detentie hebben laten zetten geldt dat zij vaker alleen nog maar bij een officiële piercer piercings zouden laten zetten (37.5% vs. 5.1%,  $p < .01$ ).

### *Ooit boegroe in Nederlandse detentie*

Opvallend is dat geen van de respondenten die ooit tijdens een Nederlandse detentie een boegroe hebben laten zetten, heeft geprobeerd om in de vier weken voor het interview ontsmettingsmiddelen te krijgen, zij deden dat dus veel minder vaak dan andere respondenten (0% vs. 30.3%,  $p < .05$ ). Zij zouden vaker dan andere respondenten alleen maar gebruik maken van een officiële boegroe-zetter (30.0% vs. 2.3%,  $p < .001$ ).

Uitgaand van bovenstaande onderzoeksbevindingen lijken relatief veel gedetineerden met een in detentie gezette tatoeage behoefte te hebben aan een professionele tatoeëerder. In absolute en relatieve zin is de behoefte aan professionele piercers in detentie beduidend kleiner. Nog minder behoefte is er aan professionele boegroe-zetters.

### *Onveilige seks in detentie*

Respondenten die onveilige seks in detentie hebben gehad, vonden het vaker (erg) makkelijk om condooms te krijgen (71.4%,  $p < .01$ ), maar zij hebben de laatste vier weken niet vaker geprobeerd ze te krijgen.

### *Onveilige seks in deze detentie*

Respondenten die in deze detentie onveilige seks hebben gehad vinden het vaker (erg) makkelijk om condooms te krijgen (78.9% vs. 46.9%,  $p < .005$ ).

### *Ooit positief getest op soa, hiv of hepatitis*

Respondenten die in het jaar voor het interview behandeld zijn voor soa of ooit positief getest zijn voor hiv of hepatitis, hebben minder vaak, als zij ontsmettingsmiddelen hebben gekregen, deze gekregen van PIW-ers of bewaarders (0% vs. 69.8%,  $p < .05$ ), en vaker van iemand anders dan Medische Dienst, PIW-er/bewaarder of medege-detineerde (100% vs. 17.9%,  $p < .01$ ). Ze hebben deze ontsmettingsmiddelen vaker gebruikt voor het ontsmetten van tatoeëernaalden (66.7% vs. 1.1%,  $p < .005$ ), en minder vaak voor iets anders dan het ontsmetten van naalden of piercingsieraden (33.3% vs. 98.8%,  $p < .005$ ). Ze zouden vaker ook of alleen maar gebruikmaken van een officiële piercer (23.1% vs. 6.0%,  $p < .01$ ).

### *Ooit riskant gedrag in detentie*

Respondenten die ooit in hun leven een of meer van de bovenstaande gezondheidsrisicogedragingen in detentie hebben vertoond, zeggen (nu) vaker dat condooms in detentie erg makkelijk te krijgen zijn (21.6% vs. 6.4%,  $p < .001$ ). Ze zouden ook in detentie vaker uitsluitend gebruikmaken van een officiële tatoeëerder, in plaats van helemaal geen tatoeage te nemen (52.9% vs. 20.1%,  $p < .001$ ). Ook zeggen ze vaker gebruik te zullen maken van een officiële piercer in detentie (82.2% vs. 92.5%,  $p < .01$ ); hetzelfde geldt voor boegroes (86.6% vs. 95.1%,  $p < .005$ ).

### *Riskant gedrag in huidige detentie*

Respondenten die tijdens de huidige detentie nog gezondheidsrisicogedrag hebben vertoond, zeggen eveneens vaker dat zij het erg makkelijk vinden om in detentie condooms te krijgen (29.5% vs. 8.3%,  $p < .001$ ). Ook zouden ze vaker uitsluitend gebruikmaken van een officiële tatoeëerder in detentie (65.2% vs.

24.1%,  $p < .000$ ). Daarnaast zeggen zij minder vaak geen gebruik te zullen maken van een piercer in detentie (79.2% vs. 91.2%,  $p < .001$ ), en van iemand die boegroes zet (77.8% vs. 95.0%,  $p < .005$ ).

### **Focusgroepen detentiepersoneel**

Als laatste stap in ons onderzoek zijn twee focusgroepen met detentiepersoneel georganiseerd. Het doel hiervan was vooral om een vertaalslag te maken van de bevindingen uit de interviews met gedetineerden naar zo concreet mogelijke, praktisch toepasbare preventieve maatregelen. Daartoe werd onder leiding van een van de onderzoekers groeps gesprekken gevoerd met detentiepersoneel uit de dagelijkse praktijk en van verschillende disciplines (inrichtingsmedewerkers, verpleegkundigen en psychologen). In de eerste instantie is getracht om op twee verschillende locaties in het land (een in het zuiden en een in het noorden) elk een focusgroep te organiseren met personeel uit verschillende PI's. Dit bleek praktisch niet uitvoerbaar in verband met onderbezetting, vakantie e.d. Inclusief reistijd zou een medewerker van een PI al snel minimaal een volledig dagdeel kwijt zijn en dit konden de meeste PI's zich niet veroorloven. Als alternatief is gekozen voor bijeenkomsten binnen de muren van een PI, waarbij medewerkers van dezelfde PI, maar van verschillende afdelingen deelnamen aan een focusgroep. Dit gebeurde in een grote PI in het zuiden en een andere grote PI in het noorden van het land. Aan de gesprekken namen 4-6 medewerkers deel en ze duurden 1½ - 2 uur. Eén van de PI's heeft ook een ISD afdeling en van die afdeling nam personeel deel aan de focusgroep. Beide PI's zijn gesloten inrichtingen, maar nadrukkelijk is ervoor gezorgd dat ook enkele deelnemende personeelsleden konden bogen op ruime werkervaring in een open of half open inrichting. Aanvullend zijn telefonische interviews gehouden met medewerkers van twee open inrichtingen (PIW-er en verpleegkundige). Op deze manier zijn ervaringen en inzichten van personeel uit zowel gesloten als (half) open inrichtingen meegenomen.

Centraal in de focusgroep gesprekken stonden vier thema's: tatoeëren, boegroes, ontsmettingsmiddelen en (gebrek aan) kennis van soa, hepatitis en hiv. Tijdens de bijeenkomsten en in de aanvullende telefonische interviews zijn geen onderzoeksresultaten gepresenteerd, aangezien deze in dit stadium nog niet openbaar gemaakt mochten worden. Soms werden wel enkele (globale)

cijfers genoemd die betrekking hadden op de gespreksonderwerpen (zoals welk deel van de onderzochte gedetineerden wel eens in detentie een tatoeage heeft gekregen of bij zichzelf gezet).

### *Tatoeëren*

Over het algemeen weet het personeel dat tatoeëren binnen detentie gebeurt, al was het maar omdat 'apparaten' worden gevonden, ook op ISD afdelingen en zeker ook in de open en half open inrichtingen. Hoewel enkele deelnemers aan de focusgroepen niet weten hoe deze apparaten worden gemaakt, zijn de meesten hiervan goed op de hoogte.

Op een enkeling na die een gedetineerde op heterdaad betrapte, zien personeelsleden het tatoeëren zelf nooit gebeuren. Sommige personeelsleden horen wel veel verhalen van gedetineerden hierover. Anderen hebben het gevoel dat het niet echt meer speelt, hoewel dit ook kan betekenen dat tatoeëren in detentie meer heimelijk is geworden en/of gedetineerden steeds vaardiger zijn in het zetten hiervan, zodat zij niet bij de medische dienst terechtkomen met ontstekingen en dergelijke. Opvallend hierbij is dat medewerkers van de ene gesloten PI zeggen weinig te maken te krijgen met ontstoken tatoeages, terwijl dit in de andere gesloten PI regelmatig het geval is.

Voorheen was de inkt die gedetineerden voor tatoeages gebruikten vaak afkomstig van crea-afdelingen, waar gedetineerden een uur per week creatieve activiteiten konden ontplooiën. Zulke afdelingen zijn echter langzaam aan het verdwijnen, mede door diefstal of onterecht gebruik van spullen (inkt, scharen et cetera). PI's proberen dat op te vangen met een crea-kast of crea-uurtje op de afdeling, meestal zonder Oost-Indische inkt. Gedetineerden zoeken als reactie daarop naar nieuwe middelen zoals de inkt van balpennen.

Over het wel of niet inhuren van een professionele tatoeëerder zijn de meningen onder het personeel verdeeld. In een van de twee grote PI's was een tijd geleden een plan opgesteld en ingediend om zo'n professional binnen te halen, mede door de grote vraag en de medische problemen met niet-professioneel gezette tatoeages. De tatoeëerder zou dan tijdens creamomenten aan de slag gaan en gedetineerden moesten zich hiervoor inschrijven. Er was een protocol opgezet waarin de gedetineerde moest aangeven wat voor een tatoeage hij wilde en waarom (tevens om aanstootgevende tatoeages te voorkomen), of hij de gezondheidsrisico's kende en of hij zelf gezond was.

De prijzen van het laten zetten van een tatoeage door een professionele tatoeëerder in de gevangenis zouden gelijk zijn aan die in een 'normale' tatoeagezaak. Dit werd erg belangrijk geacht, aangezien het geen 'gesubsidieerde *tattoo business*' moest gaan worden. Uiteindelijk gingen de plannen niet door.

In de andere PI is al minstens vijf jaar geleden een professionele tatoeëerder daadwerkelijk ingehuurd, die tegen een gereduceerd tarief een dagdeel aanwezig was. Op dit moment is hier overigens geen sprake meer van. Gedetineerden konden zich ervoor inschrijven. Ondanks het gereduceerd tarief waren het vooral de 'rijkere' gedetineerden die zich dat konden veroorloven. Maar deze groep was al het meest voorzichtig, terwijl het juist de minder draagkrachtige gedetineerden groep is die bijvoorbeeld zorgden voor bijt- en prikincidenten. Kortom: de professionele tatoeëerder voegde nauwelijks iets toe. Bovendien werd deze aanpak niet breed gedragen onder het personeel. Vaak vonden ze het onnodig, want zij beschouwen een tatoeage als 'extra luxe' en niet als urgente levensbehoefte, ook niet buiten de detentiemuren. Waarom zou de PI dit dan moeten faciliteren? Het enige voordeel is dan dat alles hygiënisch wordt gedaan.

Overigens vonden gedetineerden het volgens het personeel in deze PI niet minder stoer als een medegedetineerde 'veilig' een tatoeage liet zetten door de professional in plaats van 'onveilig' door bijvoorbeeld een andere gedetineerde. Daarentegen twijfelen sommige deelnemers in de andere PI over de stoerheid, want volgens hen heeft een bajestatoeage toch wel een bepaalde status. Bovendien is een professionele tatoeage duurder dan een tatoeage die gezet wordt door een medegedetineerde (bijvoorbeeld in ruil voor sigaretten).

Al met al vinden deelnemers aan de focusgroepen het moeilijk om preventieve adviezen te geven met betrekking tot tatoeëren binnen detentie. Het gebeurt sowieso en iedereen weet dat ze het niet kunnen voorkomen. Het is ook handel, een manier om geld te verdienen. Sommige deelnemers denken dat een professionele tatoeëerder positief zou kunnen zijn voor gedetineerden die zich wel zorgen maken om de gezondheidsrisico's. Maar volgens andere deelnemers zal deze groep zich zonder zo'n professional en dus zonder hygiënische omstandigheden toch wel onthouden van het zetten van een tatoeage.

### *Boegroes*

In de focusgroep van de ene PI weet de helft wat boegroes zijn, maar de andere helft, waaronder PIW-ers, heeft er nog nooit van gehoord. Daarentegen wordt het thema in de andere PI al snel door de deelnemers zelf aangekaart. Het personeel van deze tweede PI, met relatief veel Surinaamse en Antilliaanse gedetineerden, vindt het plaatsen van boegroes zorgwekkend. Dit vanwege de veiligheid van personeel en medegedetineerden, want bij het aanbrengen worden zeer scherpe voorwerpen gebruikt, en vanwege de gezondheidsrisico's voor de gedetineerden zelf, want de balletjes worden van heel divers en lang niet altijd volledig ontsmet materiaal (dobbelstenen, balpennen domino-stenen) gemaakt, dat de kans op infecties en ontstekingen verhoogt. Als gedetineerden met ontstoken wonden als gevolg van het (zelf) plaatsen van een boegroe bij de medische dienst komen, wordt de boegroe per definitie verwijderd en verzorgd, gevolgd door een informatief een op een gesprek met de gedetineerde over de gezondheidsrisico's. Personeel meent dat dit meer uithaalt dan (van tevoren) de informatie over (de risico's van) boegroes collectief te verspreiden, want volgens hen vinden gedetineerden het niet 'stoer' om hiernaar te luisteren en slaan adviezen in de wind. Als gedetineerden de boegroe niet willen laten verwijderen, distantieert de medische dienst zich hiervan. Medische hulp betekent voor hen namelijk verwijderen en niet dicht hechten. Er zijn gevallen bekend van gedetineerden die dan maar kozen voor de ontstoken wond en teruggingen naar de afdeling. Zij wilden niet geholpen worden als dat betekende dat de boegroe eruit moest. Toen een tijd geleden de medische dienst te maken kreeg met een golf van ontstoken boegroes, is geprobeerd met deze specifieke groep te praten. Zij stonden hier absoluut niet open voor en kregen meerdere malen te horen: "het is ons ding, laat ons met rust". Zij duldden geen bemoeienis.

Ook met betrekking tot boegroes vindt het personeel het lastig om concrete adviezen te geven over preventie en voorlichting. Het lijkt een tamelijk ongrijpbaar fenomeen en de groep die het betreft zelf staat kennelijk niet open voor preventie en voorlichting. Eén suggestie luidt om een folder te maken en alleen aan de specifieke doelgroep uit te delen of op cel te leggen. Een psycholoog in de focusgroep voegt daaraan toe dat daarin wellicht ook aandacht moet zijn voor de gevolgen voor de vrouw. Vinden vrouwen het wel zo lekker als de mannen denken? Er zijn immers ook gedetineerden die de boegroe

hebben verwijderd, omdat hun vriendin daar last van had (pijn en verwonding aan de vagina, geen toegevoegde waarde bij seks). Een ander naar voren gebracht idee is om in de medische screening te vragen naar boegroes en/of de intentie deze te zetten, zodat hierop ingespeeld kan worden.

#### *Ontsmettingsmiddelen*

Ontsmettingsmiddelen zijn doorgaans voor gedetineerden niet zonder goede reden te krijgen. In de teamkamers op de afdelingen kunnen wel koffertjes met wat basismiddelen (zoals jodium) zijn, maar deze worden alleen verstrekt na constatering van de medische behoefte daaraan. Verder is er algehele consensus over dit onderwerp: ontsmettingsmiddelen moeten niet verstrekt worden. Anders zou het immers kunnen lijken alsof illegale praktijken binnen detentie gefaciliteerd worden. Een deelnemer haalt het voorbeeld aan van een stroom verzoeken om jodium. Dit konden gedetineerden dan gebruiken voor boegroes. De medische dienst heeft deze verzoeken pertinent geweigerd. Een andere deelnemer legt uit dat ze lange tijd chloor hebben verstrekt aan gedetineerden, maar dit om redenen van misbruik is stopgezet. Naast het feit dat chloor werd gebruikt om met urinecontroles te knoeien, werd bijvoorbeeld chloorgas geproduceerd door gedetineerden. Dit kan een zeer gevaarlijke stof zijn.

#### *Kennis over gezondheidsrisico's*

Over het gebrek aan kennis bij gedetineerden van soa, hepatitis en hiv zijn de deelnemers aan de focusgroepen niet verrast. Zij zijn het erover eens dat de 'ouderwetse' folders geen grote impact hebben. Deze zijn alleen nuttig voor de enkelen die ook echt gericht op zoek zijn naar informatie. Folders zijn verkrijgbaar bij de medische dienst en de psycholoog, maar vrijwel niemand die hiernaar kijkt.

Er zijn bij het personeel veel suggesties en ideeën over hoe deze informatie wel bij gedetineerden te krijgen is. In het kader van de Modernisering Gevangenis Wezen (MGW) start binnenkort in alle PI's het Inkomsten, Screening en Selectieproces (ISS). Elke gedetineerde die nieuw binnenkomt, moet deze procedure doorlopen. De eerste paar dagen zijn arbeidsvrij, wat mogelijkheden schept voor kennisoverdracht. Unaniem is er enthousiasme om binnen deze procedure bijvoorbeeld een verplicht 'soa klasje' te organiseren met een eventuele bijbehorende kennistest (dit gebeurt al in een door ons bezochte (half)

open inrichting). Hierbij zou ook gebruik gemaakt kunnen worden van bijvoorbeeld interactieve Dvd's, zodat gedetineerden het niet saai vinden. Een meerderheid van de deelnemers is tevens voorstander van een verplichte soa test voor elke nieuwe gedetineerde. Nu wordt die alleen afgenomen als daar aanleiding voor is.

Verder doen deelnemers enkele suggesties die passen binnen een (afgeschermd) digitale leeromgeving, zoals cursussen met soa kennistest, of informatie zoeken over bijvoorbeeld bepaalde ziektes of boegroes. Ook wordt een idee geopperd om gebruik te maken van interne tv-kanalen die door gedetineerden op cel bekeken kunnen worden. Zo kunnen gedetineerden alles rustig bekijken of opzoeken, zonder hierbij gestoord of bekritiseerd te worden door personeel of medegedetineerden.

### **Samenvatting en conclusies**

Een op de drie respondenten zegt dat ontsmettingsmiddelen niet te krijgen zijn in detentie, maar eveneens een op de drie zegt dat het (heel) makkelijk is. Binnen een PI wordt de beschikbaarheid verschillend beleefd door gedetineerden. Dit kan komen door ander beleid op verschillende afdelingen. Ruim een kwart van de gedetineerden heeft geprobeerd om aan ontsmettingsmiddelen te komen in de maand voor het interview, meestal met succes. Zij hebben dit bijna allemaal gebruikt voor het schoonmaken van hun cel; 'slechts' drie respondenten gebruikten het voor het schoonmaken van een tatoeëer- of piercingnaald. Respondenten in gesloten setting komen moeilijker aan ontsmettingsmiddelen, en hebben ze vaker geprobeerd te krijgen.

De helft vindt het (erg) makkelijk om aan condooms te komen, een derde weet het niet. Een klein deel van de respondenten probeerde in de maand van het interview condooms te krijgen, bijna allemaal vonden ze dit makkelijk. De condooms werden uitsluitend voor seks gebruikt. Anders dan bij ontsmettingsmiddelen vonden respondenten in gesloten inrichtingen het makkelijker om aan condooms te komen.

Wat betreft de belangstelling voor een professionele tatoeëerder, piercer of boegroe-zetter in detentie, zei de helft van de respondenten van een tatoeëerder gebruik te zullen maken, een kleine minderheid van een piercer en nog minder van een boegroe-zetter. De interesse voor tatoeëerders komt met name van respondenten die een in detentie gezette tatoeage hebben.

In focusgroepen met detentiepersoneel is gesproken over preventieve maatregelen. Personeel meent dat tatoeëren binnen detentie niet te voorkomen is. Over het (tegen betaling) beschikbaar stellen van professionele tatoeëerders in detentie zijn de meningen verdeeld, sommige praktijkwerkers vinden dat zo iemand positief zou kunnen zijn voor gedetineerden die zich zorgen maken over de gezondheidsrisico's.

Boegroes worden aangetroffen bij een selecte groep gedetineerden, waardoor collectieve voorlichting weinig zinvol is. Mogelijk wel zinvol is een specifiek op deze doelgroep afgestemde folder, waarin ook aandacht wordt besteed aan de onprettige aspecten van boegroes voor de vrouwen waar de mannen seks mee hebben. Een andere suggestie is om bij de medische screening in te gaan op het hebben van boegroes en/of de intentie deze te (laten) zetten.

Volgens het personeel slaan bestaande folders over gezondheidsrisicogedrag over het geheel genomen niet goed aan bij gedetineerden. Personeel heeft veel verbetersuggesties en ziet nieuwe mogelijkheden voor voorlichting en preventie in het te starten Inkomsten, Screening en Selectieproces (ISS), bijvoorbeeld in de vorm van een verplicht 'soa klasje'. Ook is er vrij brede steun voor een verplichte soa test voor elke nieuwe gedetineerde. Ten slotte wordt gepleit voor meer gebruikmaking van interactieve media en interne tv-kanalen die door gedetineerden op cel bekeken kunnen worden.



## Samenvatting en conclusies

In dit onderzoek is voor het eerst een prevalentieschatting gemaakt van gedrag dat het risico op infectieziekten vergroot in Nederlandse detentie. We richtten ons specifiek op hiv, soa, en hepatitis B en C. Het risicogedrag in dit onderzoek heeft betrekking op het nemen of zetten van tatoeages, piercings en boegroes<sup>19</sup> in detentie, intraveneus druggebruik in detentie, en –vrijwillige of onvrijwillige – onveilige seks in detentie.

*Doel* van het onderzoek was: zicht geven op de prevalentie van gezondheidsrisicogedrag onder Nederlandse gedetineerden en op manieren om dit gedrag te voorkomen, om beter te kunnen beslissen over mogelijke verbeteringen van het preventiebeleid van het gevangeniswezen.

De *probleemstelling* luidde als volgt. Hoeveel gedetineerden vertonen gedrag dat een risico vormt voor hun eigen en andermans gezondheid? Hoe vaak vertonen zij dit gedrag? Wat zijn determinanten van dit gedrag en op welke wijze zou het voorkomen kunnen worden? Deze probleemstelling is vertaald in een tiental *onderzoeksvragen*, verdeeld over drie thema's: preventie en profiel; detentiecontext; en preventie en risicoreductie.

De hoofdmoot van het onderzoek bestond uit *interviews met 380 mannelijke volwassen gedetineerden met een verblijfsduur van minimaal 3 maanden*. Daarnaast moesten de respondenten veroordeeld zijn tot minimaal 4 maanden. Voor de interviews met gedetineerden is gebruikgemaakt van een trapsgewijs steekproefmodel. In de eerste stap is een selectie van penitentiaire inrichtingen gemaakt; in de tweede stap een selectie van gedetineerden binnen deze inrich-

---

<sup>19</sup> Een boegroe is een balletje dat onder de huid van de penis wordt aangebracht. Het balletje kan van verschillende materialen zijn, zoals dobbelstenen, dominostenen, plastic of metaal. Vaak gaat het om zelfgemaakte balletjes, het materiaal wordt dan rond geschuurd.

tingen. De interviews zijn face-to-face gehouden aan de hand van een semi-structureerde vragenlijst, met grotendeels gesloten, maar ook open antwoorden. Daarnaast zijn focusgroep gesprekken gevoerd met ervaringsdeskundigen en professionals in het veld.

### *Respondenten*

De 380 mannelijke respondenten zijn gemiddeld 36 jaar oud. De meerderheid heeft de Nederlandse nationaliteit. Minder dan de helft is autochtoon. De grootste allochtone groep is Marokkaans, met een op de zeven respondenten. De respondenten zijn over het algemeen vrij laag opgeleid, een op de drie heeft helemaal geen opleiding afgemaakt en daarnaast heeft een kwart maximaal een VMBO beroeps-diploma. Een derde van de respondenten zit voor het eerst in detentie, bijna alle andere respondenten hebben eerder (ook) in Nederlandse detentie gezeten. Gemiddeld zitten ze op het moment van het interview twee jaar in detentie, en hebben ze een straf van 4.5 jaar gekregen. Driekwart heeft ooit een cel gedeeld.

### *Generaliseerbaarheid*

De gegevens van en over gedetineerden zijn gebaseerd op zelfrapportage. De cijfers zijn gewogen naar de totale onderzoekspopulatie. Het betreft echter een selectieve populatie van uitsluitend meerderjarige mannen met – voor Nederland – relatief lange straffen. De cijfers zijn derhalve niet te generaliseren naar de totale detentiepopulatie.

## **Prevalentie en profiel**

Binnen dit thema vallen vier onderzoeksvragen. (1. ) Hoeveel gedetineerden vertonen gedrag dat een risico vormt voor hun gezondheid in termen van infectieziekten? (2) Wat zijn achtergrondkenmerken van gedetineerden die deze gedragingen actief uitvoeren en tegen wie het gedrag vertoond wordt? (3.) In hoeverre is sprake van vrijwilligheid en eigen keuzes? (4) Zijn er risicogroepen te onderscheiden? De laatste vraag is onderzocht aan de hand van regressieanalyse, waarbij gekeken is of het betreffende gedrag samenhangt met leeftijd, etniciteit (westers vs. niet-westers), opleidingsniveau en type detentie (gesloten vs. (half)open).

### *Spuiten van drugs en anabolen*

Over het geheel genomen komt het (ooit) spuiten van anabolen en/of drugs vaker buiten dan binnen de inrichting voor – en betreft het vaker anabolen dan drugs. Van de respondenten heeft 6.6% ooit wel eens gespoten, 1.8% nog in het laatste jaar voorafgaand aan de huidige detentie. Slechts 1.3% zegt ooit tijdens detentie anabolen en/of drugs te hebben gespoten, waarvan twee tijdens de huidige detentie en slechts een in de inrichting zelf. Er zijn geen indicaties gevonden voor het onvrijwillig – in de zin van door anderen gedwongen - spuiten van drugs of anabolen.

### *Tatoeages*

Een krappe meerderheid heeft zelf een of meer tatoeages. Hun eerste tatoeage kregen zij gemiddeld rond hun 18<sup>e</sup> jaar. Bij ongeveer de helft gebeurde dit altijd door een professionele tatoeëerder, bij de rest ook of uitsluitend door een niet-professional (eventueel inclusief zichzelf). Een minderheid heeft in detentie wel eens een tatoeage gekregen of zelf gezet. Verreweg het vaakst gebeurde dit uitsluitend of ook in Nederland. De laatste tatoeage in detentie was gemiddeld bijna 7 jaar geleden. Vrijwel altijd gebeurde dit door de gedetineerde zelf of een andere niet-professional. In totaal 19 respondenten hebben in detentie tatoeages bij anderen gezet en op een na gebeurde dat uitsluitend in Nederland.

### *Piercings en boegroes*

Ruim een op de vijf respondenten heeft zelf een piercing en dat is vier keer zoveel als een boegroe. Relatief weinig respondenten hebben zelf in detentie boegroes of piercings laten zetten of deden het bij zichzelf. De aantallen zijn te klein voor statistisch verantwoorde uitspraken, maar het in detentie (laten) aanbrengen van boegroes lijkt iets vaker voor te komen dan van piercings. In totaal hebben vijf respondenten in detentie wel eens piercings gezet bij andere gedetineerden en vier deden dat met boegroes.

### *Seks en seksueel overdraagbare aandoeningen*

Ongeveer de helft van de respondenten heeft een vaste relatie en een kwart van de steekproef krijgt bezoek zonder toezicht (BZT). Wanneer BZT buiten beschouwing gelaten wordt, heeft een op de tien wel eens seksuele handelingen binnen detentie verricht. Op de totale steekproef heeft een op de twintig

binnen detentie en buiten BZT wel eens onveilige seks gehad (orale of anale seks of geslachtsgemeenschap zonder condoom). Iets minder dan de helft heeft tijdens de huidige detentie - binnen en/of tijdens verlof - seksueel contact gehad, in verreweg de meeste gevallen met een (vaste) partner, maar ook met 'scharrels', prostituees of personeel.

Ook al zijn de meeste gerapporteerde seksuele handelingen binnen detentie ook veilig zonder condoom (zoals met de hand bevredigen), binnen detentie vindt toch riskante seks zonder condoom plaats. Een (weliswaar klein) deel van de respondenten werd de afgelopen 12 maanden behandeld voor andere soa dan hiv, dit is - ook wanneer die niet in detentie werden opgedaan - reden tot zorg.

### *Onvrijwilligheid*

Vier respondenten zeggen ooit in detentie (in het buitenland maar ook in Nederland) seks tegen hun wil te hebben gehad, waarvan twee onveilig (respectievelijk orale en anale seks zonder condoom).

'Slechts' drie respondenten melden kennis te hebben van personen die in Nederland tegen hun wil getatoeëerd werden, twee hiervan vertellen over dezelfde gedetineerde.

### *Achtergrondkenmerken en risicogroepen*

Spuiten is (meestal: was) overwegend een aangelegenheid van westerse gedetineerden.

Uit regressie analyses blijkt dat bij tatoeages alleen leeftijd van invloed is, en dan ook alleen op de kans dat iemand tijdens de huidige detentie een tatoeage heeft laten zetten. Hierbij geldt dat het minder waarschijnlijk is dat oudere respondenten een tatoeage in detentie hebben genomen.

Vooraf bij boegroes tekent zich een etnische component af, want het zijn relatief en absoluut overwegend Surinaamse en Antilliaanse gedetineerden die boegroes hebben. Uit regressie analyses komt naar voren dat gedetineerden in een gesloten inrichting een vier keer zo grote kans hebben om een piercing te hebben die ooit door een niet-professional is gezet. Bij boegroes geldt dat niet-westerse respondenten een vier keer zo grote kans hebben om een of meerdere boegroes te bezitten, en oudere respondenten hebben juist minder kans hierop.

Uit regressie analyses blijkt dat geen van de onderzochte factoren van invloed is op de kans dat respondenten onveilige seks in detentie hebben gehad.

### **Detentiecontext**

Gaat het om gedrag dat specifiek in de detentiesituatie wordt vertoond, of werd het ook al buiten de detentie vertoond? (onderzoeksvraag 5) Geen van de onderzochte gedragingen komt onder de respondenten uitsluitend voor in detentie. Maar verhoudingsgewijs hebben respondenten in detentie (BZT niet meegerekend) minder vaak seks, terwijl daarmee vergeleken het zetten van tatoeages en – meer nog - boegroes relatief vaak ook binnen detentie plaatsvindt. In het geval van tatoeages lijkt vooral (het tegengaan van) verveling en bij boegroes status onder bepaalde (etnische) groepen mannen hieraan bij te dragen.

Op basis van zelfrapportage zijn (gewogen) schattingen gemaakt van gezondheidsrisicogedrag binnen de detentie voor de eerdergenoemde populatie van meerderjarige mannelijke gedetineerden. In tabel 12.1 zijn de bevindingen samengevat, waarbij met uitzondering van seks een vergelijking gemaakt wordt tussen gedrag binnen en buiten detentie. De schatting voor ooit in het leven onveilig<sup>20</sup> gezette tatoeages was veruit het hoogst. Voor ooit onveilige tatoeages in detentie is deze schatting ongeveer de helft lager, maar toch fors hoger dan voor de andere risicogedragingen in detentie. Ook in het geval van de huidige detentie is de schatting het hoogst voor onveilige tatoeages. Op flinke afstand bij onveilig gedrag in detentie volgt seks. In dezelfde range of iets lager zijn de schattingen voor onveilige piercings en boegroes, waarbij boegroes wat vaker dan piercings tijdens detentie (in plaats van in de 'vrije samenleving') gezet lijken te worden. Spuiten van drugs en/of anabolen komt zowel binnen als buiten detentie weinig voor.

We kunnen geen uitspraken doen over eventuele piekfasen in gezondheidsrisicogedrag tijdens de detentie. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat het aan het begin van de detentie vaker voorkomt in verband met stress, maar het zou

---

<sup>20</sup> Tatoeages, piercings en boegroes gezet door niet-professionals beschouwden we als onveilig. Bij het ooit spuiten rekenden we het spuiten met gebruikt materiaal als onveilig. In detentie gebeurde het spuiten meestal met nieuw materiaal, toch kan geredeneerd worden dat spuiten in detentie sowieso riskant is, dus zien we spuiten in detentie altijd als onveilig.

ook kunnen dat het juist na een lange detentieperiode voorkomt vanwege verveling. In de toekomst zou wellicht gevraagd kunnen worden naar hoe lang men in detentie zat toen het gedrag zich voordeed.

**Tabel 12.1 Onveilig gezondheidsgedrag bij mannelijke gedetineerden met minimale verblijfsduur van 3 maanden**

	%			N		
<b><i>Tatoeages door niet-professional</i></b>						
Ooit onveilige tatoeage(s)	33.2%	±	4.2%	563	±	71
Onveilige tatoeage(s) in detentie	17.0%	±	3.3%	288	±	56
Onveilige tatoeage(s) in Nederlandse detentie	15.4%	±	3.2%	261	±	54
Onveilige tatoeage(s) tijdens deze detentieperiode	5.4%	±	2.0%	92	±	34
<b><i>Piercings door niet-professional</i></b>						
Ooit onveilige piercing(s)	7.0%	±	2.3%	119	±	39
Ooit onveilige piercing(s) in detentie	2.6%	±	1.4%	44	±	24
Ooit onveilige piercing(s) in Nederlandse detentie	2.1%	±	1.3%	36	±	22
<b><i>Boegroes door niet-professional</i></b>						
Ooit onveilige boegroe(s)	4.5%	±	1.8%	76	±	31
Ooit onveilige boegroe(s) in detentie	3.8%	±	1.7%	64	±	29
Ooit onveilige boegroe(s) in Nederlandse detentie	3.3%	±	1.6%	56	±	27
<b><i>Onveilige piercing/boegroe tijdens deze detentie</i></b>	3.5%	±	1.6%	59	±	27
<b><i>Drugs/anabolen spuiten</i></b>						
<i>Ooit onveilig spuiten</i>	1.6%	±	1.1%	27	±	19
<i>Ooit spuiten in detentie (incl. nieuwe spuit/naald)</i>	1.2%	±	1.0%	20	±	17
<i>Spuiten tijdens deze detentieperiode (idem)</i>	0.3%	±	0.5%	5	±	8
<b><i>Onveilige seks (oraal, anaal, geslachtsgemeenschap zonder condoom)</i></b>						
Ooit onveilige seks in detentie	5.7%	±	1.9%	97	±	32
Ooit onveilige seks in Nederlandse detentie	5.1%	±	2.0%	86	±	34
Onveilige seks tijdens deze detentieperiode	1.6%	±	1.1%	27	±	19

## Preventie en risicoreductie

Binnen dit thema is de kennis van gezondheidsrisicogedrag onderzocht, alsmede hoe zulk gedrag zich in detentie manifesteert en hoe het voorkomen of teruggedrongen zou kunnen worden.

### *Kennis van gezondheidsrisico's*

Aan de hand van 15 stellingen is de kennis van gedetineerden over gezondheidsrisico's gemeten (onderzoeksvraag 6). Over het geheel genomen schort

er nogal wat aan deze kennis. Gemiddeld weten de respondenten op tweederde van de stellingen het juiste antwoord. Slechts 5.5% weet alle stellingen goed te beantwoorden. De kennis is het minst slecht over hiv en het slechtst over hepatitis.

Het grootste misverstand bij soa is dat de helft ten onrechte denkt dat geslachtsziekten kunnen worden overgebracht door elkaars tandenborstel en scheermesjes te gebruiken. Ook weten – met een op de vijf – opvallend veel respondenten niet wat chlamydia is. Bij hiv hebben de kennishiaten vooral betrekking op ten onrechte denken dat hiv-infectie altijd gepaard gaat met symptomen, dat je besmet kunt raken door te zoenen met iemand die hiv-positief is en dat je via orale seks geen hiv kunt oplopen.

Opvallend veel respondenten weten weinig tot niets van hepatitis. Daarnaast denken relatief veel respondenten ten onrechte dat hepatitis niet kan worden overgebracht via tandenborstels en scheermesjes en niet door orale seks, terwijl andersom relatief veel ten onrechte menen dat besmetting met hepatitis wel via het zwembad kan plaatsvinden.

Uit regressie analyses blijkt dat respondenten met een hoge opleiding beter scoren op kennis over gezondheidsrisico's, dit geldt voor elke score. Hoe ouder, hoe lager de soa score en de totale score. Westerse respondenten scoren beter op kennis over hepatitis en op het totaal. Respondenten in een gesloten inrichting weten het minst van soa.

#### *Preventieve middelen en materialen*

Drie onderzoeksvragen gingen specifiek over het al dan niet (kunnen) nemen van maatregelen om besmetting met infectieziekten te voorkomen. Welke middelen en materialen zijn volgens gedetineerden in de penitentiaire inrichting formeel voorhanden om risicogedrag te voorkomen? Waarom wordt hier wel/geen gebruik van gemaakt? (onderzoeksvraag 7) Welke middelen worden informeel door gedetineerden gebruikt om infecties te voorkomen? (onderzoeksvraag 8) Zijn gedetineerden zelf alert op desinfectie? Vragen ze erom? (onderzoeksvraag 9)

Een op de drie respondenten zegt dat *ontsmettingsmiddelen* niet te krijgen zijn in detentie, maar eveneens een op de drie zegt dat het (heel) makkelijk is. Binnen een PI wordt de beschikbaarheid verschillend beleefd door gedetineerden. Dit kan komen door ander beleid op verschillende afdelingen. Ruim

een kwart van de gedetineerden heeft geprobeerd om aan ontsmettingsmiddelen te komen in de maand voor het interview, voor het grootste deel met succes. Zij hebben dit bijna allemaal gebruikt voor het schoonmaken van hun cel; drie respondenten gebruikten het voor het schoonmaken van een tatoeëer- of piercingnaald. Respondenten in gesloten setting komen moeilijker aan ontsmettingsmiddelen, en hebben ze vaker geprobeerd te krijgen.

De helft vindt het (erg) makkelijk om aan *condooms* te komen, een derde weet het niet. Een aantal respondenten probeerde in de maand van het interview condoms te krijgen, bijna allemaal vonden ze dit makkelijk. Condoms werden uitsluitend voor seks gebruikt. Anders dan bij ontsmettingsmiddelen vonden respondenten in gesloten inrichtingen het makkelijker om aan condoms te komen.

#### *Alertheid en risico's*

Tatoeëren is de meest voorkomende vorm van riskant gedrag in detentie, ook bij nagenoeg alle combinaties van riskant gedrag komt onveilig tatoeëren voor. Hoewel bij tatoeëren in detentie niet altijd nieuwe naalden en/of nieuwe of deugdelijke inkt worden gebruikt en het vooraf afdoende schoonmaken van eerder gebruikt materiaal soms te wensen over laat, lijkt in Nederland gedrag dat het oplopen van een *infectieziekte* in de hand werkt relatief weinig voor te komen bij tatoeëren in detentie. De omstandigheden waaronder dit gebeurt (vaak niet-professionals, ondeugdelijk materiaal) kunnen wel het ontstaan van ontstekingen, verwondingen en littekens bevorderen.

Hoewel het zetten van piercings en boegroes in detentie niet altijd geschiedt met nieuw materiaal en het vooraf schoonmaken van eerder gebruikt materiaal soms te wensen over laat, komt gedrag waarmee het risico op een infectieziekte wordt vergroot in de totale detentiepopulatie in Nederland weinig voor bij het piercen of het aanbrengen van boegroes tijdens detentie. De omstandigheden waaronder dit gebeurt (niet-professionals, ondeugdelijk materiaal) kunnen echter wel het ontstaan van ontstekingen, verwondingen en littekens bevorderen.

Weliswaar zijn er gedetineerden die ooit wel eens spuiten van of aan anderen hebben geleend, maar het betreft hele kleine aantallen. Het delen van spuiten lijkt in Nederlandse penitentiaire inrichtingen op slechts zeer geringe schaal voor te komen.

## **Kennis en risicogedrag**

Opvallend is het gebrek aan samenhang tussen enerzijds kennis en anderzijds risicogedrag. Bovendien zijn wel gevonden samenhangen niet steeds eenduidig te interpreteren. Zo scoren respondenten die in het jaar voor het interview behandeld zijn voor soa hoger op kennis van soa dan anderen. Dat zou kunnen komen doordat zij in het kader van of naar aanleiding van hun behandeling voorlichting hebben gekregen. Het zou ook kunnen betekenen dat zij wilens en wetens risico's namen. De uitkomsten met betrekking tot respondenten die onveilige seks in deze detentie hebben gehad wijzen hier echter niet op, want zij hebben juist een slechtere kennis van chlamydia.

Uit de regressie analyses bleek dat kennis geen toegevoegde waarde had bij de voorspelling van de verschillende vormen van risicogedrag, terwijl bij behandeld zijn voor soa samenhang met een hogere hepatitis kennisscore. Dit 'onlogische' verband zou bijvoorbeeld verklaard kunnen worden doordat bij de soa-behandeling ook meteen voorlichting gegeven wordt over hepatitis.

## **Verbetering van voorlichting en preventie**

De tiende en laatste onderzoeksvraag had betrekking op wat aan voorlichting, faciliteiten of ondersteuning geboden zou moeten worden om risicogedrag te ontmoedigen of in te perken. Aan welke voorwaarden moet daarbij worden voldaan? Welke behoeften leven op dit punt bij gedetineerden?

Wat betreft de gebreken in kennis bij gedetineerden wijzen de bevindingen vooral op het belang van meer of betere voorlichting over hepatitis en chlamydia.

De meeste respondenten zijn getest op hepatitis en/of hiv; een kwart op geen van beide. Voor zover bekend zijn acht respondenten positief getest op hepatitis C en een op hiv. Gemiddeld was de laatste keer iets meer dan drie jaar geleden. Gezien de gemiddelde duur van hun huidige detentie en het feit dat een deel van de respondenten meer of minder regelmatig onveilige seks heeft, lijkt vanuit het gezichtspunt van volksgezondheid frequenter testen op hepatitis en hiv geen overbodige luxe.

Op de vraag of zij gebruik zouden maken van een professionele tatoeëerder, piercer of boegroe-zetter als deze voorhanden zou zijn in detentie, zegt de helft van de geïnterviewde gedetineerden van een tatoeëerder gebruik te willen maken, bijna niemand van een piercer en nog minder van een boegroe-

zetter. De interesse voor tatoeëerders komt vooral, maar niet uitsluitend, van respondenten die reeds een in detentie gezette tatoeage hebben. Bij piercings of boegroes zijn er relatief veel respondenten die nog nooit een piercing of boegroe in detentie hebben laten zetten, dit wijst erop dat het introduceren van een professionele piercer of boegroe-zetter niet strikt een preventieve werking zou hebben, maar ook een nieuwe groep aan zou boren.

#### *Preventiebeleid volgens praktijkwerkers*

In focusgroepen met detentiepersoneel is gesproken over in de praktijk toepasbare preventieve maatregelen. Personeel meent dat tatoeëren binnen detentie niet te voorkomen is. Over het (tegen betaling) beschikbaar stellen van professionele tatoeëerders in detentie zijn de meningen verdeeld, sommige praktijkwerkers menen dat zo iemand positief zou kunnen zijn voor gedetineerden die zich zorgen maken over de gezondheidsrisico's.

Boegroes worden aangetroffen bij een selecte groep gedetineerden, waardoor collectieve voorlichting weinig zinvol wordt geacht. Mogelijk wel zinvol is een specifiek op deze doelgroep afgestemde folder, waarin ook aandacht wordt besteed aan de onprettige aspecten van boegroes voor de vrouwen waar de mannen seks mee hebben. Een andere suggestie is om bij de medische screening in te gaan op het hebben van boegroes en/of de intentie deze te (laten) zetten.

Volgens het personeel slaan bestaande folders over gezondheidsrisicogedrag over het geheel genomen niet goed aan bij gedetineerden. Personeel heeft veel verbeteruggesties en ziet nieuwe mogelijkheden voor voorlichting en preventie in het te starten Inkomsten, Screening en Selectieproces (ISS), bijvoorbeeld in de vorm van een verplicht 'soa klasje'. Ook is er vrij brede steun voor een verplichte soa test voor elke nieuwe gedetineerde. Daarnaast pleiten praktijkwerkers voor meer gebruikmaking van interactieve media en interne tv-kanalen die door gedetineerden op cel bekeken kunnen worden.

#### **Tot slot**

Ook al horen ze er officieel niet thuis, alle onderzochte gedragingen komen voor in Nederlandse detentie. Omdat gedetineerden in detentie in vergelijking met de 'vrije samenleving' minder of geen toegang hebben tot deugdelijk

materiaal of ontsmettingsmethoden, vergroot dit de risico's op infectieziekten, ontstekingen, allergische reacties en wonden.

Detentiepersoneel onderkent dat gezondheidsrisicogedrag in de praktijk niet volledig is uit te bannen. Dit geldt het sterkst voor tatoeëren. Daarbij is een belangrijk dilemma dat 'soepeler' beleid – bijvoorbeeld professionele tatoeëerders in detentie – door gedetineerden geïnterpreteerd zou kunnen worden als aanmoediging tot gedrag dat personeel het liefst helemaal niet zou willen in detentie.

Een ander dilemma is voorlichting. Enerzijds zijn er bij gedetineerden veel hiaten in de kennis over infectieziekten, vooral met betrekking tot hepatitis. Soms hebben zij zelfs apert foute opvattingen, bijvoorbeeld door te denken dan mannen geen chlamydia kunnen krijgen. Anderzijds vonden we nauwelijks een positieve statistische samenhang tussen kennis en veilig gedrag. Hierbij past echter de kanttekening dat de gehanteerde methode tekortschoot om de oorzakelijkheid van eventuele verbanden tussen kennis en risicogedrag te onderzoeken. We vroegen immers naar kennis ten tijde van het interview en relateerden dit aan (onveilig) gedrag dat zich al dan niet eerder had voorgedaan, respectievelijk infectieziekten die gedetineerden eerder hadden opgelopen.

Kennis van gezondheidsrisico's garandeert geenszins veilig gedrag. Maar kennis van gezondheidsrisico's is wel een voorwaarde voor veilig gedrag. Zolang gedetineerden bijvoorbeeld niet weten dat ze bij tatoeëren een zeer besmettelijke ziekte als hepatitis C kunnen oplopen, zullen zij minder geneigd zijn tot het nemen van de juiste maatregelen.



## Summary and conclusions

This study is the first to estimate the prevalence in Dutch prisons of behaviours that increase the risk of infectious diseases – HIV, sexually transmissible infections (STIs) and hepatitis B and C. The risk behaviours we investigated in prisons were tattooing, body piercing and genital beading<sup>21</sup>, drug and steroid injection, and consensual and non-consensual unsafe sex.

The purpose of the study was to clarify how widespread these health risk behaviours are in Dutch prisons and to identify ways to discourage such behaviours, thus enabling improvements to the disease prevention policies in the prison system. The research problem was to determine how many prisoners engage in acts that pose health risks to themselves or others, how frequently such behaviours occur, what determinants may underlie them and how they can be prevented. The problem was refined into ten research questions covering three broad topics: prevalence rates and prisoner profiles; prison contexts; and health promotion and risk reduction.

The main part of the study consisted of interviews with 380 adult males who had been in prison for at least three months, serving sentences of four months or longer. To recruit the interviewees we used a two-stage sampling model, first making a selection of penal institutions and then selecting prisoners within each institution. The interviews were conducted face to face, using semi-structured questionnaires that contained mostly pre-specified, but some open-ended, answer options. We also held focus group interviews with experts-by-experience and with professionals in the field of practice.

---

<sup>21</sup> Beading is the implantation of small beads under the skin, in particular along the shaft of the penis. The beads (known in Dutch as *boegroes*) may be made from various materials, including dice, dominos, plastic or metal. In many cases, the genital beads implanted in prisons are self-crafted and sanded into a spherical shape.

### *Respondents*

The 380 respondents were male and had an average age of 36 years. The majority held Dutch citizenship. Less than half were of Dutch ethnicity. The largest ethnic minority group (one out of seven respondents) had Moroccan backgrounds. The respondents generally had rather low levels of education, with one in three having finished no secondary school at all and a further quarter a lower vocational school (VMBO). One third of respondents were in prison for the first time; nearly all others had previously served time in Dutch penal institutions (and some in other countries as well). Respondents had been in prison for an average of two years at the time of the interview and were serving sentences averaging 4.5 years. Three quarters had shared cells with other prisoners at some time.

### *Generalisability*

The data from and about prisoners were based on self-reports. All figures have been weighted to reflect the total study population, which in itself was a select population consisting solely of adult men serving relatively long sentences by Dutch standards. Figures can therefore not be generalised to the entire prison population.

### **Prevalence rates and prisoners' profiles**

This topic was addressed by four research questions: (1) How many prisoners engaged in behaviours that posed health risks in terms of infectious diseases? (2) What were the demographic characteristics of prisoners who actively carried out such acts and those who underwent them? (3) To what extent did prisoners perform or undergo such acts voluntarily and by personal choice? (4) Could at-risk groups be identified? The fourth question was addressed using regression analysis to determine whether the behaviours were associated with age, ethnicity (Western versus non-Western), education and type of imprisonment (closed versus semi-open or open).

### *Injecting drugs and steroids*

All in all, more respondents reported having injected anabolic steroids and/or psychoactive drugs outside prison than inside, and more had injected steroids

than drugs. Some 6.6 per cent had injected such substances at some point in their lifetimes, and 1.8 per cent during the 12 months preceding their current prison term. Only 1.3 per cent reported having injected steroids or drugs in prisons (two during their current term, but only one inside the prison itself). We found no indications for steroid or drug injection on a non-voluntary basis (under coercion from others).

### *Tattooing*

A slight majority of respondents had one or more tattoos. The average age at which they got their first tattoo was 18. About half had had all their tattoos applied by professional tattoo artists; the other half had had some or all tattoos applied by non-professionals (sometimes including themselves). A minority reported having been tattooed (or tattooing themselves) in a prison at some time; virtually all of them said this occurred in Dutch prisons (and some in foreign ones). On average, the last tattoo in prison was applied almost seven years previously, and almost always by the prisoner himself or another non-professional. Some 19 respondents reported having tattooed others in prison; in all but one case that was in Dutch prisons only.

### *Body piercing and genital beading*

More than one fifth of respondents had one or more body piercings; four times fewer had genital (penile) beadings. Relatively few reported having undergone piercings or beadings (or self-piercing or self-beading) whilst in prison. Although the numbers were too small for statistically reliable conclusions, it appeared that beading occurred slightly more in prison than piercing. A total of five respondents reported having performed piercings on other prisoners, and four had performed genital beadings.

### *Sex acts and sexually transmissible infections*

Approximately half of the respondents reported having a steady relationship, and one quarter of respondents received unsupervised visits. Leaving aside those visits, one tenth of the sample reported having performed sexual acts in prisons at some time in their lives, and one out of twenty respondents reported *unsafe* sexual acts (orogenital, anogenital or coital sex without condoms). Just under half the sample had had one or more sexual contacts during their current prison term (either in prison or on leave); the large majority of

contacts were with steady or regular partners, but some were with casual partners, prostitutes or prison staff.

Although most of the reported in-prison sexual acts, such as manual gratification, can be considered safe without condoms, unsafe acts without condoms also took place in prison. Some respondents, albeit a small percentage, had received treatment for sexually transmissible infections other than HIV in the past 12 months. Even if those infections took place outside prison, this is still a cause for concern.

### *Coercion*

Four respondents had had sex against their will whilst in prison (mostly abroad but also in the Netherlands); two of them said these contacts were unsafe (one reporting unprotected oral and one unprotected anal sex). 'Only' three respondents reported knowing of persons who had been tattooed against their will in Dutch prisons, and two of them were referring to the same fellow prisoner.

### *Demographic characteristics and groups at risk*

Injecting drugs or steroids was an activity engaged in (mostly in the past) predominantly by prisoners with Western ethnicities. Regression analyses showed age to be the sole factor associated with tattooing, and this applied only to the likelihood of getting tattooed during the *current* prison term: older respondents were less likely to have got tattooed. An ethnic factor emerged only for genital beading, in that predominantly (both in relative and absolute numbers) prisoners with Surinamese or Netherlands Antillean backgrounds had beadings. Respondents in closed prisons were four times more likely to have had piercings performed by non-professionals at some time in their lives. Respondents of non-Western ethnicities were four times more likely to have genital beadings; older respondents were significantly less likely to have them. The regression analysis further showed that none of the factors investigated was associated with the likelihood of having had unsafe sex in prisons.

### **Prison context**

Were the behaviours in question specific to the context of imprisonment, or did they also occur outside prison (research question 5)? None of the behav-

aviours we studied in our sample occurred exclusively in penal institutions. Respondents were relatively less likely to have sex in prison (not counting unsupervised prison visits), compared to being involved in tattooing and, even more so, genital beading. Contributory factors for tattooing appear to be boredom and for genital beading the enhancement of status within certain ethnic male groups.

Based on the self-reported data from our sample, we made (weighted) prevalence estimates of the in-prison health risk behaviours practised by the population described above – adult males serving relatively long sentences in Dutch prisons. Table 12.1 summarises those findings. Except for sexual activities, the table compares the total prevalence rates of specific behaviours inside and outside prisons with the prevalences inside any prisons, inside Dutch prisons and during the current prison term. The prevalence estimate for lifetime unsafe<sup>22</sup> tattoos was by far the highest among the risk behaviours. The estimate for lifetime unsafe tattoos *whilst in prison* was about half as high, but still much higher than those for other in-prison risk behaviours. Unsafe tattooing during the *current* prison term was also more prevalent than other unsafe practices.

Unsafe sex in prisons followed tattoos at a considerable distance. Estimates for unsafe piercings and genital beadings were similar or slightly lower as compared to those for unsafe sex; in prisons, in contrast to the ‘free world’, beadings were apparently more likely to occur than piercings. Injection of drugs or steroids was uncommon both in and out of prison.

Our data do not allow for conclusions about peak phases of risk behaviour during prison sentences. Hypothetically, risk behaviour might be more common in the early phases of imprisonment as a result of stress, or it could increase due to boredom after longer stays in prison. Later studies might inquire how long respondents had been in prison when they engaged in particular behaviours.

---

<sup>22</sup> Tattoos, piercings and genital beadings performed by non-professionals were defined as unsafe. For the lifetime injection of drugs or steroids, we defined the use of previously employed implements as unsafe; but we labelled all in-prison injection as unsafe by definition, in view of the greater risks of injecting within prisons (even though injectors usually used new implements).

**Table 12.1 Unsafe health behaviours in adult male prisoners three months or more in imprisonment**

	%			n		
<b><i>Tattoos by non-professionals</i></b>						
Lifetime unsafe tattoos	33.2%	±	4.2%	563	±	71
Unsafe tattoos in prisons	17.0%	±	3.3%	288	±	56
Unsafe tattoos in Dutch prisons	15.4%	±	3.2%	261	±	54
Unsafe tattoos during current prison term	5.4%	±	2.0%	92	±	34
<b><i>Body piercings by non-professionals</i></b>						
Lifetime unsafe piercings	7.0%	±	2.3%	119	±	39
Lifetime unsafe piercings in prisons	2.6%	±	1.4%	44	±	24
Lifetime unsafe piercings in Dutch prisons	2.1%	±	1.3%	36	±	22
<b><i>Genital beadings by non-professionals</i></b>						
Lifetime unsafe genital beadings	4.5%	±	1.8%	76	±	31
Lifetime unsafe genital beadings in prisons	3.8%	±	1.7%	64	±	29
Lifetime unsafe genital beadings in Dutch prisons	3.3%	±	1.6%	56	±	27
<b><i>Unsafe piercings or genital beadings in current prison term</i></b>	3.5%	±	1.6%	59	±	27
<b><i>Injecting drugs or steroids</i></b>						
Lifetime unsafe injection	1.6%	±	1.1%	27	±	19
Lifetime unsafe injection in prisons (incl. new needles and syringes)	1.2%	±	1.0%	20	±	17
Unsafe injection during current prison term (ditto)	0.3%	±	0.5%	5	±	8
<b><i>Unsafe sex (orogenital, anogenital or coital without condoms)</i></b>						
Lifetime unsafe sex in prisons	5.7%	±	1.9%	97	±	32
Lifetime unsafe sex in Dutch prisons	5.1%	±	2.0%	86	±	34
Unsafe sex during current prison term	1.6%	±	1.1%	27	±	19

## Health promotion and risk reduction

Within this topic we investigated respondents' knowledge of health risk behaviours, how such behaviours are manifested in prisons and how they might be prevented or curbed.

### *Knowledge of health risks*

We tested the prisoners' knowledge of health risks (research question 6) using a list of 15 statements. By and large, this revealed considerable room for improvement. On average, respondents answered two thirds of the statements correctly; only 5.5 per cent got all statements right. Knowledge about hepatitis was the poorest and knowledge of HIV was the least poor.

The most widespread misconception about sexually transmissible infections was the belief by half of respondents that STIs could be transmitted via someone else's toothbrush or razor blade. One in five respondents did not know what chlamydia was. Knowledge gaps about HIV mainly involved thinking that an HIV infection always produced symptoms, that a person could get infected by kissing an HIV-positive person and that infection could not take place via orogenital contact.

A remarkable number of respondents knew little or nothing about hepatitis. Relatively large numbers erroneously believed that hepatitis was not transmissible via toothbrushes, razor blades or oral sex, or that infection could occur via a swimming pool.

Regression analysis revealed that those with higher levels of education scored better on every single knowledge statement about health risks. The older the respondent, the lower the STI score and the total score. Respondents with Western ethnicities scored better on hepatitis knowledge and on total health risk knowledge. Respondents in closed prisons knew the least about sexually transmissible infections.

#### *Preventative resources and materials*

Three research questions focused specifically on whether measures were taken, or could be taken, to avoid contracting infectious diseases. What preventative resources or materials did prisoners believe were officially available in the prison to help avoid risk behaviours, and why did they, or did they not, make use of these (question 7)? What *informal* resources did prisoners employ to avoid infection (question 8)? Were prisoners alert to disinfection, and did they demand it (question 9)?

One third of respondents reported that disinfectants were not available in prisons, but another one third said they were easy or very easy to obtain. Availability could be perceived differently even within a single prison, perhaps due to different policies in different sections. In the month preceding the interview, more than one quarter of respondents had tried to obtain disinfectants, most of them successfully. Almost all of them used the disinfectants to clean their cells; three used them to clean a tattooing or piercing needle. Respondents in closed prison settings were more likely to have tried to get disinfectants; they found it more difficult to obtain them.

One half of respondents found it easy or very easy to obtain condoms; one third did not know how difficult or easy it was. Some respondents had tried to get condoms in the previous month, and almost all said it was easy. Condoms were used for sexual contacts only. In contrast to the disinfectants, respondents in closed prison settings found it easier to obtain condoms.

#### *Alertness and risk*

Tattooing was the most common single risk behaviour in the prisons, and virtually all combinations of risk behaviours we identified included tattooing. Although prisoners who applied tattoos did not always use new needles and fresh or clean ink, and previously used implements were not always sufficiently sterilised, it would appear that behaviours conducive to the spread of infectious diseases were relatively uncommon during tattooing in Dutch prisons. At the same time, the conditions under which the tattooing often took place (application by non-professionals, unhygienic materials) did boost the risk of infections, wounds and scars.

Although in-prison piercings and genital beadings were not always performed using new implements, and previously employed implements were not always adequately sterilised, behaviours that heightened the risk of infectious diseases in the total Dutch prison population were uncommon. Again, the conditions under which they took place (placement by non-professionals, unhygienic materials) did increase the risk of infections, wounds and scars.

Only tiny numbers of prisoners were found to have ever borrowed or lent syringes. Needle sharing in Dutch prisons appears to occur only on a very small scale.

#### **Risk knowledge and risk behaviour**

There was a marked lack of correlation between prisoners' knowledge of health risks and the prevalence of risk behaviours. Even when associations were found, they were also not always straightforward to interpret. For example, respondents who had received treatment for a sexually transmissible infection in the year preceding the interview scored higher on knowledge of STIs than other prisoners. That could be seen to indicate that they received educational information during or after their treatment, but it could also mean they deliberately took risks. Yet there was also evidence against the taking of

knowing risks, as respondents reporting unsafe sex during the current prison term showed a poorer knowledge of chlamydia.

Regression analysis indicated that the level of health risk knowledge had no added value in predicting the various risk behaviours in prisons. At the same time, greater knowledge about hepatitis was associated with having had STI treatment. An explanation for this 'illogical' finding might be that patients in STI treatment also received information on hepatitis.

### **Improving health education and disease prevention**

Our tenth and final research question focused on what information, support and services should be provided to discourage and curtail risk behaviour in penal institutions. What criteria do such provisions need to fulfil? What needs do prisoners express in terms of health promotion?

The findings on knowledge gaps suggest the need for more or better health education, particularly about hepatitis and chlamydia. Most respondents had been tested for hepatitis and/or HIV; one quarter had been tested for neither. Eight had reportedly tested positive for hepatitis C and one for HIV. On average, respondents had had their last test just over three years previously. In view of the lengthy prison sentences and the more or less regular practising of unsafe sex by some prisoners, more frequent hepatitis and HIV testing would seem entirely warranted in the interest of public health.

When asked whether they would use the services of a professional tattoo artist, piercer or genital beader if available in prison, half of the interviewed prisoners said they would use a tattoo artist, but almost no one a piercer and even fewer a genital beader. The interest in professionally applied tattoos was mainly, though not exclusively, shown by people who had previously had themselves tattooed in prison. Since relatively few respondents had ever had piercings or genital beadings in prison, the introduction of professional piercers or beadings in prisons would have little preventative effect, or it might even generate a new group of customers.

#### *Disease prevention policies in the eyes of practitioners*

In focus groups including prison staff members, we discussed preventative measures that would be feasible in practice settings. Their opinion was that tattooing was impossible to outlaw in prisons. Views were divided when it

came to inviting professional tattoo artists to work in prisons for a fee; some practitioners believed this could have positive effects on prisoners with concerns about health risks.

Since only a select group of prisoners had genital beadings, collective information does not seem necessary. An educational leaflet specifically designed for that target group might be warranted, however, and it could include information on the unpleasant aspects of penile beads for women with whom the men have sexual relations. An additional suggestion was to broach the subject of existing or intended genital beadings during prisoners' medical examinations.

Currently available information leaflets on health risk behaviour were generally thought to have little appeal to prisoners. Staff members offered many suggestions for improvement, and they believed the new Income, Screening and Selection (ISS) procedure had further potentials for health education and disease prevention, among them a mandatory 'STI lesson'. Rather broad support was expressed for a compulsory STI test for all new prisoners. Some practitioners also urged that more use be made of interactive media and closed-circuit television channels which prisoners could access in their cells.

## **Conclusion**

All the behaviours we investigated were found to take place in Dutch penal institutions, even though they are officially not allowed there. Since people in prisons have less ready access to hygienic materials and means of disinfection than those in the 'free world', there is a heightened risk of contagious diseases, infections, allergic reactions and wounds.

Prison staff acknowledge that health risk behaviour cannot be fully curtailed. That is especially true of tattooing. A key dilemma here is that more 'lenient' policies, such as inviting professional tattoo artists to work in prisons, might encourage behaviour that prison staff would prefer not to see in prisons at all. Another dilemma is health education. On the one hand, prisoners show many gaps in their knowledge about infectious diseases, in particular about hepatitis. Some even have patently false ideas, such as that men cannot contract chlamydia. At the same time, we found almost no positive statistical associations between levels of knowledge and safer behaviour. We should caution, though, that our method was not suited to determine the real causality of any

associations between health knowledge and risk behaviour; we recorded respondents' knowledge at the time of the interview and correlated it with behaviours or infections with diseases that would have occurred at an earlier point in time.

Although knowledge of health risks is no guarantee for safe behaviour, it does form a precondition for it. As long as prisoners are unaware of facts such as that tattooing can transmit highly contagious diseases like hepatitis C, they will be less inclined to take appropriate safety measures.



# Bijlage I

## Hoofdstuk 3

Tabel 3.6 Detentieverleden naar etniciteit

	Nooit		In Nederland		In buitenland		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nederlands	50	33.6	95	63.8	23	15.4	149	100
Surinaams	15	30.6	34	69.4	2	4.2	49	100
Antilliaans	7	17.1	32	78.0	10	24.4	41	100
Turks	2	11.1	16	84.2	5	26.3	18	100
Marokkaans	10	18.5	44	81.5	1	1.9	54	100
Overig westers	15	34.1	27	62.8	6	13.6	44	100
Overig niet-westers	11	52.4	9	42.9	4	19.0	21	100
Totaal	110	29.3	257	68.4	51	13.6	376	100
p		*		*		**		
Autochtoon	50	33.6	95	63.8	23	15.4	149	100
Westers	15	34.1	27	62.8	6	13.6	44	100
Niet-westers	46	25.1	134	73.2	21	11.5	183	100
Totaal	111	29.5	256	68.3	50	13.3	376	100
p		n.s.		n.s.		n.s.		

Tabel 3.7 Detentieverleden naar opleidingsniveau

	Nooit		In Nederland		In buitenland		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laag	16	12.8	108	85.7	12	9.6	125	100
Midden	40	29.0	93	67.4	24	17.4	138	100
Hoog	52	50.5	47	45.6	12	11.7	103	100
Totaal	108	29.5	248	67.6	48	13.1	366	100
p		****		****		n.s.		

**Tabel 3.8 Detentieverleden naar setting**

	Nooit		In Neder-land		In buiten-land		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ZBBI	12	42.9	13	46.4	4	14.3	28	100
BBI	10	50.0	9	45.0	2	10.0	20	100
HvB	9	15.5	48	82.8	7	12.1	58	100
Gevangenis	79	32.0	163	66.3	31	12.6	247	100
ISD	0	-	24	100	5	20.8	24	100
Totaal	110	29.2	257	68.4	49	13.0	377	100
p		****		****		n.s.		
(half) Open	22	45.8	22	45.8	6	12.5	48	100
Gesloten	88	26.7	235	71.4	43	13.1	329	100
Totaal	110	29.2	257	68.2	49	13.0	377	100
p		**		***		n.s.		

**Tabel 3.9 Regime naar etniciteit**

	ZBBI		BBI		HvB		Gevange-nis		ISD		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nederlands	163	10.7	92	6.0	22	14.8	94	63.1	8	5.4	149	100
Surinaams	1	2.1	3	6.3	6	12.5	33	68.8	5	10.4	48	100
Antilliaans	2	4.8	0	-	1	2.4	35	83.3	4	9.5	42	100
Turks	1	5.6	1	5.6	7	38.9	9	50.0	0	-	18	100
Marokkaans	3	5.4	3	5.4	17	30.4	30	53.6	3	5.4	56	100
Overig westers	3	6.8	1	2.3	6	13.6	33	75.0	1	2.3	44	100
Overig niet-westers	2	9.5	3	14.3	0	-	14	66.7	2	9.5	21	100
Totaal	28	7.4	20	5.3	59	15.6	248	65.6	23	6.1	378	100
p												***
Autochtoon	16	10.7	9	6.0	22	14.8	94	63.1	8	5.4	149	100
Westers	3	6.8	1	2.3	6	13.6	33	75.0	1	2.3	44	100
Niet-westers	9	4.9	10	5.4	31	16.8	121	65.4	14	7.6	185	100
Totaal	28	7.4	20	5.3	59	15.6	248	65.6	23	6.1	378	100
p												n.s.

## Hoofdstuk 4

Tabel 4.8 Kennisscores naar opleidingsniveau

	Soa		Hiv		Hepatitis		Totaal	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.
Laag	3.2	1.5	3.5	1.4	2.6	1.9	9.4	3.5
Midden	3.3	1.2	3.7	1.2	3.0	1.8	10.0	3.1
Hoog	3.7	1.2	4.0	1.1	3.6	1.6	11.3	3.3
Totaal	3.4	1.3	3.7	1.3	3.1	1.8	10.1	100
p		*		**		****		****

## Hoofdstuk 5

Tabel 5.3 Ooit prevalentie spuiten naar etniciteit

	Nee		Ja, drugs		Ja, anabolen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nederland	133	90.5	6	4.1	9	6.1	147	100
Suriname	47	95.9	1	2.0	1	2.1	49	100
Antillen/Aruba	43	100	0	-	0	-	43	100
Turkije	18	100	0	-	0	-	18	100
Marokko	54	100	0	-	0	-	54	100
Overig westers	37	84.1	2	4.7	4	9.3	44	100
Overig niet-westers	19	90.5	1	5.0	1	4.8	21	100
Totaal	351	93.4	10	2.7	15	4.0	376	100
p		**		n.s.		n.s.		
Autochtoon	133	90.5	6	4.1	9	6.1	147	100
Westers	37	84.1	2	4.7	4	9.3	44	100
Niet-westers	181	97.8	2	1.1	2	1.1	185	100
Totaal	351	93.4	10	2.4	15	4.0	376	100
p		***		n.s.		*		

**Tabel 5.4 Ooit prevalentie spuiten naar opleidingsniveau**

	Nee		Ja, drugs		Ja, anabolen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laag	120	96.0	2	1.6	3	5.9	118	100
Midden	126	92.0	4	2.9	7	6.9	145	100
Hoog	98	93.3	3	2.9	3	3.8	105	100
Totaal p	344	93.7 n.s.	9	2.5 n.s.	13	5.7 n.s.	368	100

**Tabel 5.5 Ooit prevalentie spuiten naar regime**

	Nee		Ja, drugs		Ja, anabolen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ZBBI	25	86.2	0	-	4	13.8	29	100
BBI	17	85.0	0	-	3	15.0	20	100
HvB	57	98.3	0	-	1	1.7	58	100
Gevangenis	233	94.0	7	2.8	9	3.6	248	100
ISD	21	87.5	3	12.5	0	-	24	100
Totaal p	353	93.1 *	10	2.7 n.s.	17	4.5 *	379	100
(half) Open	42	87.5	0	-	6	12.5	48	100
Gesloten	310	94.2	10	3.0	10	3.0	329	100
Totaal p	352	93.4 n.s.	10	2.7 n.s.	16	4.2 **	377	100

## Hoofdstuk 6

**Tabel 6.12 Prevalentie tatoeages naar etniciteit**

	Geen		Ja, tatoeage		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Nederlands	53	35.3	97	64.7	150	100
Surinaams	23	46.9	26	53.1	49	100
Antilliaans/Arubaans	7	16.7	35	83.3	42	100
Turks	12	63.2	7	36.8	19	100
Marokkaans	45	81.8	10	18.2	55	100
Overig westers	11	25.0	33	75.0	44	100
Overig niet-westers	11	52.4	10	47.6	21	100
<b>Totaal p</b>	<b>162</b>	<b>42.6</b>	<b>218</b>	<b>57.4</b>	<b>380</b>	<b>100</b> ****
Autochtoon	53	35.3	97	64.7	150	100
Westers	11	25.0	33	75.0	44	100
Niet-westers	98	52.7	88	47.3	186	100
<b>Totaal p</b>	<b>162</b>	<b>42.6</b>	<b>218</b>	<b>57.4</b>	<b>380</b>	<b>100</b> ****

**Tabel 6.13 Prevalentie niet-professionele tatoeages naar etniciteit**

	Nee		Ja, niet-prof		Ja, zelf		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nederlands	48	49.5	31	32.0	28	28.9	97	100
Surinaams	9	36.0	12	46.2	6	24.0	25	100
Antilliaans/Arubaans	7	20.0	20	57.1	19	54.3	35	100
Turks	5	71.4	1	14.3	2	28.6	7	100
Marokkaans	6	60.0	3	30.0	1	10.0	10	100
Overig westers	15	45.5	10	31.3	9	27.3	33	100
Overig niet-westers	2	20.0	4	40.0	5	50.0	10	100
<b>Totaal p</b>	<b>92</b>	<b>42.4</b> *	<b>81</b>	<b>37.3</b> n.s.	<b>70</b>	<b>32.3</b> *	<b>217</b>	<b>100</b>
Autochtoon	48	49.5	31	32.0	28	28.9	97	100
Westers	15	45.5	10	31.3	9	27.3	33	100
Niet-westers	29	33.3	40	45.5	33	37.9	87	100
<b>Totaal p</b>	<b>92</b>	<b>42.4</b> n.s.	<b>81</b>	<b>37.3</b> n.s.	<b>70</b>	<b>32.3</b> n.s.	<b>217</b>	<b>100</b>

**Tabel 6.14 Prevalentie tatoeages in detentie naar opleidingsniveau**

	Geen enkele		Ja, in NL		Ja, buitenland		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laag	31	67.4	12	26.1	3	6.5	46	100
Midden	21	44.7	24	51.1	3	6.4	47	100
Hoog	9	30.0	20	66.7	1	3.3	30	100
Totaal p	61	49.6 ***	56	45.9 ***	7	5.7 n.s.	123	100

**Tabel 6.15 Prevalentie niet-professionele tatoeages naar regime**

	Nee		Ja, niet-prof		Ja, zelf		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ZBBI	6	42.9	6	42.9	3	21.4	14	100
BBI	4	44.4	4	44.4	2	22.2	9	100
Huis van Bewaring	19	76.0	4	16.7	1	4.2	25	100
Gevangenis	60	38.2	61	39.1	59	37.8	157	100
ISD	3	21.4	7	50.0	4	28.6	14	100
Totaal p	92	42.0 ***	82	37.8 n.s.	69	31.8 **	219	100
(half) open	10	43.5	10	43.5	5	21.7	23	100
Gesloten	82	42.1	73	37.2	65	33.2	195	100
Totaal p	92	42.2 n.s.	83	37.9 n.s.	70	32.0 n.s.	218	100

## Hoofdstuk 7

**Tabel 7.7 Prevalentie piercing/boegroe naar etniciteit**

	Nee		Ja, piercing		Ja, boegroe		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nederlands	106	71.1	42	28.4	2	1.3	149	100
Surinaams	35	72.9	7	14.6	9	18.4	48	100
Antilliaans	19	45.2	21	50.0	7	16.7	42	100
Turks	19	100	0	-	0	-	19	100
Marokkaans	46	88.5	6	11.5	0	-	52	100
Overig westers	33	76.7	8	18.6	2	4.5	43	100
Overig niet-westers	16	76.2	4	19.0	1	4.8	21	100
<b>Totaal</b>	<b>274</b>	<b>73.3</b>	<b>88</b>	<b>23.6</b>	<b>21</b>	<b>5.6</b>	<b>374</b>	<b>100</b>
<b>p</b>		<b>****</b>		<b>****</b>		<b>****</b>		
Autochtoon	106	71.1	42	28.4	2	1.3	149	100
Westers	33	76.7	8	18.6	2	4.5	43	100
Niet-westers	135	74.2	38	20.9	16	8.8	182	100
<b>Totaal</b>	<b>274</b>	<b>73.3</b>	<b>88</b>	<b>23.6</b>	<b>20</b>	<b>5.3</b>	<b>374</b>	<b>100</b>
<b>p</b>		<b>n.s.</b>		<b>n.s.</b>		<b>*</b>		

**Tabel 7.8 Prevalentie niet-professionele piercings/boegroes naar etniciteit**

	Geen enkele		Ja, piercing niet-prof		Ja, piercing zelf		Ja, boegroe niet-prof		Ja, boegroe zelf		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nederlands	29	72.5	1	2.5	10	25.0	1	2.5	0	-	40	100
Surinaams	5	38.5	1	7.1	0	-	7	53.8	0	-	13	100
Antilliaans	6	28.6	3	13.6	7	33.3	5	23.8	1	4.8	21	100
Turks	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	100
Marokkaans	6	100	0	-	0	-	0	-	0	-	6	100
Overig westers	3	30.0	1	10.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	10	100
Overig niet-westers	2	50.0	1	25.0	0	-	1	25.0	0	-	4	100
<b>Totaal</b>	<b>43</b>	<b>45.7</b>	<b>7</b>	<b>7.3</b>	<b>22</b>	<b>23.4</b>	<b>15</b>	<b>16.0</b>	<b>2</b>	<b>2.1</b>	<b>94</b>	<b>100</b>
<b>p</b>		<b>***</b>		<b>n.s.</b>		<b>*</b>		<b>****</b>		<b>n.s.</b>		
Autochtoon	29	72.5	1	2.5	10	25.0	1	2.5	0	-	40	100
Westers	3	30.0	1	10.0	5	50.0	1	10.0	1	10.0	10	100
Niet-westers	20	44.4	5	11.1	7	15.6	13	28.9	1	2.3	45	100
<b>Totaal</b>	<b>52</b>	<b>54.7</b>	<b>7</b>	<b>7.4</b>	<b>22</b>	<b>23.2</b>	<b>15</b>	<b>15.8</b>	<b>2</b>	<b>2.1</b>	<b>95</b>	<b>100</b>
<b>p</b>		<b>**</b>		<b>n.s.</b>		<b>n.s.</b>		<b>***</b>		<b>n.s.</b>		

**Tabel 7.10 Prevalentie piercing/boegroe naar regime**

	Nee		Ja, piercing		Ja, boegroe		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ZBBI	20	69.0	9	31.0	0	-	29	100
BBI	15	75.0	3	15.0	2	10.0	20	100
HvB	49	87.5	7	12.5	0	-	56	100
Gevangenis	169	68.1	69	27.8	18	7.3	248	100
ISD	21	87.5	3	12.5	0	-	24	100
Totaal	274	72.7	91	24.1	20	5.3	377	100
p		*		n.s.		n.s.		
(half) Open	35	72.9	12	25.0	2	4.2	48	100
Gesloten	239	72.9	78	23.9	18	5.5	328	100
Totaal	274	72.9	90	24.0	20	5.3	376	100
p		n.s.		n.s.		n.s.		

## Hoofdstuk 8

**Tabel 8.7 Het krijgen van BZT naar opleidingsniveau**

	Nee		Ja		N.v.t.		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laag	77	62.6	25	20.3	21	17.1	123	100
Midden	69	50.4	41	29.9	27	19.7	137	100
Hoog	43	41.3	32	30.8	29	27.9	104	100
Totaal	189	51.9	98	26.9	77	21.2	364	100
p								*

**Tabel 8.8 Het krijgen van BZT naar regime**

	Nee		Ja		N.v.t.		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ZBBI	0	-	0	-	28	100	28	100
BBI	4	20.0	1	5.0	15	75.0	20	100
HvB	14	24.6	9	15.8	34	59.6	57	100
Gevangenis	160	64.5	84	33.9	4	1.6	248	100
ISD	16	66.7	6	25.0	2	8.3	24	100
Totaal	194	51.5	100	26.5	83	22.0	377	100
p								****
(half) open	4	8.3	1	2.1	43	89.6	48	100
gesloten	189	57.6	99	30.2	40	12.2	328	100
Totaal	193	51.3	100	26.6	83	22.1	376	100
p								****

**Tabel 8.9 Prevalentie seks in detentie naar regime**

	Geen		Ja, tijdens verlof		Ja, tijdens gevangenisuren		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ZBBI	2	7.1	25	89.3	5	17.9	28	100
BBI	7	35.0	12	60.0	2	10.0	20	100
HvB	49	89.1	0	-	7	12.7	55	100
Gevangenis	125	52.7	28	11.8	88	37.1	237	100
ISD	11	45.8	5	20.8	8	33.3	24	100
<b>Totaal</b>	<b>194</b>	<b>53.3</b>	<b>70</b>	<b>19.2</b>	<b>111</b>	<b>30.5</b>	<b>364</b>	<b>100</b>
<b>p</b>		<b>****</b>		<b>****</b>		<b>****</b>		
(half) Open	9	18.8	37	77.1	7	14.6	48	100
Gesloten	185	58.5	32	10.1	103	32.6	316	100
<b>Totaal</b>	<b>194</b>	<b>53.3</b>	<b>69</b>	<b>19.0</b>	<b>110</b>	<b>30.2</b>	<b>364</b>	<b>100</b>
<b>p</b>		<b>****</b>		<b>****</b>		<b>****</b>		



## Literatuur

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.

Babudieri, S., Longo, B., Sarmati, L., Starnini, G., Dori, L., Suligoj, B., Carbonara, S., Monarca, R., Quercia, G., Florenzano, G., Novati, S., Sardu, A., Iovinella, V., Casti, A., Romano, A., Uccella, I., Maida, I., Brunetti, B., Mura, M.S., Andreoni, M. & Rezza, G. (2005). Correlates of HIV, HBV, and HCV Infections in a Prison Inmate Population: Results from a Multicentre Study in Italy. *Journal of Medical Virology*, Vol. 76, pp. 311-317.

Bamberg, S., Ajzen, I. & Schmidt, P. (2003). Choice of Travel Mode in the Theory of Planned Behavior: The Roles of Past Behavior, Habit and Reasoned Action. *Basic and Applied Social Psychology*, Vol. 25(3), pp. 175-187.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bethlehem, J. (2009) *Applied Survey Methods: A Statistical Perspective*. New York: Wiley.

Bieleman, B. & Laan, R. van den (1999). *Stok achter de deur: onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden*. Groningen: Intraval.

Braithwaite, R., Robillard, A., Woodring, T., Stephens, T. & Jacob Arriola, K. (2001). Tattooing and body piercing among adolescent detainees: Relationship to alcohol and other drug use. *Journal of Substance Abuse*, Vol. 13, pp. 5-16.

Bruin, D. de, Meijerman, C., Leenders, F., Braam, R. (2006) *Verslingerd aan meer dan een spel. Een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland*. Utrecht/Meppel: CVO/Boom Juridische uitgevers, WODC-reeks Onderzoek en beleid nr. 238.

Bryan, A., Ruiz, M.S. & O'Neill, D. (2003). HIV-Related Behaviors among Prison Inmates: A Theory of Planned Behavior Analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 33(12), pp. 2565-2586.

Bulten, E., Nijman, H. & Staak, C. van der (2009). Psychiatric disorders and Personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol.32, pp. 115-119.

Cornish, D.B. & Clarke, R.V. (1986). Reasoning Criminal - Rational Choice Perspectives on Offending. New York: Springer-Verlag.

Davis, A.J. (1982). Sexual assault in the Philadelphia prison system and sheriff's vans. In: A.M. Scacco, Jr. (ed.), *Male Rape: A Casebook of Sexual Aggressions*. New York: AMS Press.

De Vries, H., Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, Vol. 3, 273-282.

Dolan, K., Wodak, A. & Hall, W. (1998) A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Vol. 22(7), 838-840.

Dolan, K., Wodak, D. & Hall, W. (1999). HIV risk behaviour and prevention in prison: a bleach programme for inmates in NSW. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 18, pp. 139-143.

Edgar, K., O'Donnell, I., & Martin, C. (2003). *Prison violence: The dynamics of conflict, fear and power*. Devon, UK: Willan.

EMCDDA (2003). *2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

EMCDDA (2010). *2009 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

Frost, L. & Tchernikov, V. (2002). Prisoner Risk Taking in the Russian Federation. *AIDS education and prevention: an interdisciplinary journal*, Vol. 14(5), pp. 7-23.

Gaes, G.G. & Goldberg, A.L. (2004). *Prison Rape: A Critical Review of the Literature*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice. Available at: <http://www.nicic.org/Downloads/PDF/2004/019813.pdf>.

Gagnon, H., Godin, G., Alary, M., Lambert, G., Lambert, L. & Landry, S. (2007). Prison Inmates' Intention to Demand that Bleach Be Used for Cleaning Tattooing and Piercing Equipment. *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 98(4), pp. 297-300.

Gambetta, D. (2009). *Codes of the underworld*. Princeton: Princeton University Press.

Goderie, M. & Lünemann, K.D. (2008). *De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders. Procesevaluatie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Gratton, F. (2006). Pilot project for safe tattooing practices at Cowansville Institution. *International Journal of Prisoner Health*, Vol. 2(3), pp. 251-252.

Hellard, M.E., Hocking, J.S. & Crofts, N. (2004). The prevalence and the risk behaviours associated with the transmission of hepatitis C virus in Australian correctional facilities. *Epidemiology and Infection*, Vol. 132, pp. 409-415.

Hensley, C. (2000). Attitudes toward homosexuality in a male and female prison: An exploratory study. *The Prison Journal*, Vol. 80(4), 434-441.

Hensley, C., Koscheski, M. & Tewksbury, R. (2005). Examining the Characteristics of Male Sexual Assault Targets in a Southern Maximum-Security Prison. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 20(6), pp. 667-679.

Hensley, C., Tewksbury, R. & Castle, T. (2003). Characteristics of prison sexual assault targets in male Oklahoma correctional facilities. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 18, pp.595–607.

Hoff, G. van 't (2007). *Risicogedrag gedetineerden*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.

Janssen, J. (2005). Tattoos in prison. Men and their pictures on the edge of society. In: B. van Hoven & K. Hörschelmann, K. (eds.). *Spaces of masculinities*. Londen: Routledge, 179-192.

Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T. & Vollebergh, W. (2009). Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinstellingen. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel. Den Haag: WODC.

Knotter, J., Korf, D.J. & Lau, H.Y. (2009) *Slangenkoppen en tijgerjagers. Illegaliteit en criminaliteit onder Chinezen in Nederland*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

Korf, D.J., Benschop, A. & Knotter, J. (2009) *Verborgene Werelden: minderjarige jongens, misbruik en prostitutie*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Korf, D.J., Ginkel, P. van & Wouters, M. (2004). *Je ziet het ze niet aan; Zwerfjongeren in Flevoland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Korf, D.J., Van Vliet, E., Knotter, J. & Wouters, M. (2005). *Tippelen na de zone; Straatprostitutie en verborgen prostitutie in Amsterdam*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Koulierakis, G., Gnardelis, C., Agrafiotis, D. & Power, K.G. (2000). HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. *Addiction*, Vol. 95(8), 1207-1216

Krebs, C.P. & Simmons, M. (2002). Intraprison HIV transmission: An assessment of whether it occurs, how it occurs, and who is at risk. *AIDS Education and Prevention*. 14(suppl):53–64.

Laar, M.W. van, Cruys, A.A.N., van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F. & Brunt, T. (2010). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2009*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Leemrijse, C.J., Bongers, M., Nielen, M. & Devillé, W. (2010). *Hepatitis C in penitentiaire inrichtingen. Een onderzoek naar prevalentie*. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.

Lockwood, D. (1980). *Prison sexual violence*. New York: Elsevier/North Holland.

Lockwood, D. (1994). Issues in prison sexual violence. In: M. C. Braswell, R. H. Montgomery, Jr., and L.X. Lombardo (eds.), *Prison Violence in America*. 2d ed. Cincinnati, Ohio: Henderson.

Maere, W. de, Hariga, F., Barthol Eyns, F. & Vanderveken, M. (2000). *Gezondheid en druggebruik in het penitentiair milieu. Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument*. Brussel: Federale Dienst voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden (DWTC).

Milne, D. (2009). *Tattooing in Scottish Prisons. A health care needs assessment*. Schotland: SDS.

Nacci, P. & Kane, T. (1982). *Sex and sexual aggression in federal prison*. Washington, D.C.: Federal Bureau of Prisons.

Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B. & Eijden, R. van den (2007). *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.

Power, K., Markova, I., Rowlands, A., McKee, K., Anslow, P., & Kilfedder, C. (1991). Sexual behavior in Scottish prisons. *British Medical Journal*, Vol. 302, 1507-1508.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, Vol. 19: 276-288.

Saum, C., Surratt, H., Inciardi, J., & Bennett, R. (1995). Sex in prison: Exploring the myths and realities. *The Prison Journal*, Vol. 75(4), 413-430.

Schreuder, I. & Van Veen, M.G. (2010). Prevalentie van hiv, hepatitis B en hepatitis C bij mannen in detentie in Sittard. Bilthoven: RIVM.

Stöver, H., Lines, R. & Thane, K. (2009) Harm reduction in European prisons: Looking for champions and ways to put evidence-based approaches into practice. In: Z. Demetrovics, J. Fountain & L. Kraus (eds.) *Old and new policies, theories, reserach methods and drug users across Europe*. Lengerich: Pabst Science Publishers, pp. 34-49.

Strang, J., Heuston, J., Whiteley, C., Bacchus, L., Maden, T., Gossop, M. & Green, J. (2000). Is prison tattooing a risk behaviour for HIV and other viruses? Results from a national survey of prisoners in England and Wales. *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 10, pp. 60-66.

Struckman-Johnson, C. & Struckman-Johnson, D. (2000). Sexual coercion rates in seven midwestern prison facilities for men. *The Prison Journal*, Vol. 80(4), pp. 379-390.

Struckman-Johnson, C. & Struckman-Johnson, D. (2002). Sexual Coercion Reported by Women in Three Midwestern Prisons. *The Journal of Sex Research*, Vol. 39(3), pp. 217-227.

Swanborn, P.G. (1996). De Fishbein/Ajzen-theorie in de kritiek. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, Vol. 51, pp. 35-46.

Swanborn, P.G. (2005) *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom, p. 119-125.

Ten Thij, J. (2006). De relatie tussen culturele variabelen, sociale cognities en onveilig seksueel gedrag onder autochtone en allochtone adolescenten. Unpublished manuscript. Universiteit Twente, Enschede.

Tewksbury, R. (1989). Fear of sexual assault among prison inmates. *The Prison Journal*, Vol. 69(1), 62-71.

Trimbos Institute (2001). *National Report on the Drug Situation in the Netherlands*. Utrecht: Netherlands Focal Point, Trimbos Institute.

Veen, C. van der, Hoogenboezem, G. & Breemer, J. (2009). Voorlichtingscompagne rond hepatitis C gericht op drugsgebruikers. Resultaten van een pilotstudie. *Verslaving*, Vol. 5(2), 61-71

Walters, G.D. (2003). Changes in Criminal Thinking and Identity in Novice and Experienced Inmates: Prisonization Revisited. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 30, pp. 399-421.

Wheeler, S. (1961). Socialization in Correctional Communities. *American Sociological Review*, Vol. 26(5), pp. 697-712.

WIAD-ORS, European Network on HIV/Aids and Hepatitis prevention in Prisons (1998), *Annual Report to the EC*, WIAD: Bonn & ORS: Marseille.

Wooden, W. and Parker, J. (1982). *Men Behind Bars: Sexual Exploitation in Prison*. New York: Plenum Press.