

# **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.

## 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 verbeteringsuggesties 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.