



Behandeling van druggebruikers in gevangenenissen — Een cruciaal beleidsaspect voor een betere gezondheid en minder criminaliteit

Dringende noodzaak voor beleidsinitiatieven

Uit ramingen blijkt dat minstens de helft van de totale gevangenispopulatie in de EU (356 000 gedetineerden) een verleden als druggebruiker heeft [1], en een groot deel van zij die de gevangenis binnenkomen zullen een ernstig drugprobleem hebben. In de gevangenis houdt het druggebruik niet per se op en er wordt ook niet automatisch tegemoetgekomen aan de therapeutische behoeften van problematische druggebruikers. Onder de gevangenispopulatie worden relatief hoge percentages aangetroffen van HIV, hepatitis, tuberculose en andere infectieziekten die met drugs in verband gebracht worden. Na vrijlating vervallen te veel ex-gedetineerden weer in hun drugverslaving en in geregeld crimineel gedrag. Voor het beleid op het gebied van de gezondheidszorg en misdaadbestrijding is het inspelen op de behoeften van problematische druggebruikers in gevangenenissen daarom een cruciale uitdaging.

De ernst van drugproblemen in gevangenenissen wordt internationaal in toenemende mate onderkend. In de verklaring over de richtsnoeren voor het terugdringen van de vraag naar drugs die in 1998 in het kader van de meest recente speciale zitting van de

Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (SAVVN) [2] werd afgelegd, werden gevangenen expliciet genoemd als belangrijke doelgroep voor activiteiten gericht op het terugdringen van de vraag naar drugs.

Op Europees niveau hebben de Raad van Europa [3] en de EU het probleem van gezondheidsvoorzieningen voor gedetineerden met drugproblemen aangekaart. In de drugstrategie van de Europese Unie voor 2000-2004 [4] worden lidstaten opgeroepen om preventieve maatregelen te ontwikkelen voor het druggebruik in gevangenenissen en te zorgen voor voorzieningen voor verslaafde gevangenen. Het daaropvolgende Europese actieplan stelt dat de lidstaten van de EU hun inspanningen op het gebied van drugpreventie en -behandeling horen te vergroten en, indien nodig, maatregelen horen te nemen om schade voor de gezondheid in gevangenenissen en na het einde van de detentieperiode te beperken.

In de nationale drugstrategieën van België, Spanje, Frankrijk, Portugal en Zweden heeft men zich er expliciet toe verbonden om gevangenen dezelfde medische zorg te

bieden als mensen buiten de gevangenis. Ook in de strategieën van Duitsland, Ierland, Italië, Finland en het Verenigd Koninkrijk wordt gewezen op het belang van behandeling en sociale integratie van verslaafde gevangenen.

„In gevangenenissen wordt een hoog percentage aangetroffen van mensen die met de meest ernstige vormen van druggebruik en de grootste verslavingsproblemen te kampen hebben. Alle gevangenisdirecties dienen maatregelen te ontwikkelen om de betreffende problemen aan te pakken en deze zo optimaal mogelijk te richten op het doorbreken van de cyclus van drugverslaving en criminaliteit.”

Mike Trace
Voorzitter van de raad van bestuur van het EWDD

(In het jaarverslag 2002 over de stand van de drugproblematiek in de Europese Unie wordt het druggebruik in gevangenenissen als een speciaal thema behandeld).

Belangrijke beleidskwesties in een oogopslag

1. Het is bekend dat een onevenredig hoog percentage gevangenen een verleden heeft van druggebruik, drugproblemen of drugsmit. Slechts een paar landen houden een systematisch overzicht bij van druggebruik in de gevangenis zodat het moeilijk is om trends vast te stellen en er ook weinig bekend is over verschillen in gebruikspatronen tussen de subpopulaties.
2. De samenleving kent geen uniform model om de drugproblematiek aan te pakken en dat geldt ook voor het druggebruik in gevangenenissen.
3. Twee problemen staan de ontwikkeling van voorzieningen voor druggebruikers in gevangenenissen in de weg: ten eerste het vinden van een evenwicht tussen de gezondheidsdoelstellingen en de disciplinaire, praktische en veiligheidsaspecten waar gevangenisdirecties mee geconfronteerd worden, en ten tweede het feit dat gevangenisdirecties en het personeel niet mogen onderkennen dat zij een belangrijke rol kunnen spelen bij het bestrijden van drugproblemen.
4. Onder de gevangenispopulatie komt een relatief hoog percentage HIV- en hepatitisinfecties voor. Gevangenen lopen dus een risico om tijdens hun detentie een van deze ziekten te krijgen, waarbij de kans bestaat dat ze deze na hun vrijlating verder verspreiden. Er is aangetoond dat interventies in de gevangenis effectief kunnen zijn en dus het welzijn van zowel gevangenen als de bredere maatschappij kunnen beïnvloeden.
5. Ofschoon in de drugstrategieën van de EU-lidstaten wordt erkend dat er geen verschil zou mogen bestaan tussen de beschikbare zorg binnen en buiten de gevangenis, is dit in de praktijk vaak wel zo. In veel gevangenenissen zijn de beschikbare voorzieningen voor druggebruikers bijzonder beperkt, hoewel er ook positieve voorbeelden bestaan.
6. Veel gevangenen met drugproblemen zijn slecht voorbereid op hun vrijlating en onderhouden geen contact met instanties voor drughulp of maatschappelijke hulpverlening.

Behandeling van druggebruikers in gevangenis — Overzicht

1. Drugproblemen in gevangenis zijn niet ongewoon

Het is bekend dat het aantal druggebruikers in gevangenis onevenredig hoog is, hoewel de ramingen van de feitelijke omvang van het probleem aanzienlijk variëren. Het trekken van conclusies over de prevalentie wordt bemoeilijkt door het feit dat sommige onderzoeken op lokaal niveau en met slechts een klein aantal gevangenen is uitgevoerd, waardoor zij wellicht geen representatief beeld van de landelijke situatie geven. Duidelijk is echter dat de meerderheid van de gedetineerden (tot 86 % in sommige verslagen) enige ervaring met verboden drugs heeft gehad en dat de aantallen regelmatige of injecterende druggebruikers ook hoog zijn. In onderzoeken naar de gevangenispopulaties in de EU variëren de ramingen van de ervaringsgraad van injecteren tussen 6 en 69 %, wat veel hoger is dan de minder dan 1 % onder de algemene bevolking. In een recent rapport [5] over het risicogedrag van injecterende druggebruikers in gevangenis in Europa wordt geconcludeerd dat het Europese beeld vergelijkbaar is met de internationale situatie: eenderde van de mannelijke gevangenen heeft een verleden op het gebied van drugs injecteren.

„Wij weten dat het druggebruik in gevangenis in Europa een probleem is en dat de drugproblematiek hoge kosten veroorzaakt voor de individuele personen en hun leefomgeving. Het Europese drugbeleid moet er echter op gericht zijn dat de situatie in onze gevangenis beter, en niet slechter wordt.”

GEORGES ESTIEVENART,
DIRECTEUR VAN HET EWDD.

Sommige druggebruikers stoppen in de gevangenis met hun druggebruik of verminderen dat gebruik, maar door de beschikbaarheid van drugs in de gevangenis zullen anderen daar juist met druggebruik beginnen; bij sommige gevangenen zal het druggebruik intensiever worden, terwijl anderen zelfs overstappen op een schadelijker drugpatroon. Het is zorgwekkend dat uit onderzoeken naar druggebruikers in gevangenis is gebleken dat tussen de 3 en 26 % tijdens de detentie voor de eerste keer drugs heeft gebruikt; voor injecterende gebruikers geldt dat 21 % voor

de eerste keer in de gevangenis drugs heeft geïnjecteerd.

Druggebruik in de gevangenis kan ook vergezeld gaan van specifiek risicovol gedrag, bijvoorbeeld het delen van drugs en injectiemateriaal. Deze risico's kunnen versterkt worden doordat preventieve maatregelen, zoals het ter beschikking stellen van steriel injectiemateriaal, vaak verboden zijn.

2. Inspelen op de uiteenlopende behoeften in gevangenis

Net als in de „gewone samenleving” kennen gevangenis personen met aanzienlijk uiteenlopende ervaringen op het gebied van druggebruik, al is het aantal druggebruikers met problemen en injecterende gebruikers in gevangenis groter. Tot de mogelijke interventiedoelstellingen behoren preventie, behandeling en sociale integratie, en het zo veel mogelijk beperken van de schadelijke gevolgen.

Chronische druggebruikers hebben vaak een verleden van zowel detentie als mislukte behandelingspogingen. Ook psychologische en psychiatrische problemen komen veelvuldig voor en de lichamelijke gezondheid in deze groep is vaak slecht. Bovendien is het mogelijk dat zij weerstand bieden tegen een nieuw behandelingsprogramma en dat zij nauwelijks gemotiveerd zijn om de achterliggende problemen aan te pakken. Anderzijds zou de gevangenis aan sommigen ook nieuwe mogelijkheden kunnen bieden om hun druggebruik te evalueren en om aandacht te besteden aan andere primaire gezondheidsbehoeften.

Veel druggebruikers in de gevangenis zitten korte straffen uit of zitten in voorarrest. Dat betekent dat de beschikbare tijd voor een therapeutische interventie vaak zeer beperkt is. Voor de continuïteit van de behandeling en zorg is het dan ook essentieel dat zij na hun vrijlating doorverwezen kunnen worden naar de drughulpverlening.

Jonge mensen in de gevangenis vormen een bijzonder kwetsbare groep, zeker wat het druggebruik betreft. Grote problemen als bedreiging, intimidatie, seksueel misbruik en zelfdestructie houden allemaal verband met elkaar en bemoeilijken het werken met deze groep. Daarnaast kunnen deze problemen van invloed zijn op de aanleiding vormen voor druggebruik of injecteren van drugs.

Hoewel er minder vrouwen in gevangenis zitten dan mannen, is de kans groter dat zij een drugprobleem hebben. Een verleden van prostitutie en seksueel misbruik komt ook regelmatig voor en kan verband houden met

het druggebruik. Net als in de hulpverlening buiten de gevangenis zijn zwangerschap en de zorg voor kinderen belangrijke factoren bij een mogelijke drugbehandeling.

Zowel binnen als buiten de gevangenis vertonen leden van etnische minderheden een weerstand tegen drugbehandeling. Er zijn in dat verband nuttige voorbeelden bekend van goede praktijken in de hulpverlening, waarbij onder andere rekening werd gehouden met culturele gevoelheden (met name sekse en religieuze kwesties) en taalproblemen en gebruik werd gemaakt van medewerkers met een relevante achtergrond.

In sommige gevangenis is het gebruik van drugs dermate gangbaar dat iemand die geen drugs gebruikt of ermee probeert te stoppen aanzienlijke problemen kan krijgen. Een mogelijke oplossing van dit probleem is de invoering van „drugvrije afdelingen” waar de gedetineerden vrijwillig kiezen voor een leefomgeving waarin geen drugs beschikbaar zijn of gebruikt worden. Dit wordt vaak gecontroleerd door middel van drugtesten.

3. Drugbehandeling in de gevangenis — Zoeken naar een evenwicht tussen controle en zorg

De belangrijkste rol van gevangenis is de bewaking van en het toezicht op de gedetineerden. De drugbehandeling wordt afgestemd op de behoeften van een heterogene benadeelde groep. Het integreren van uiteenlopende belangen en het bevorderen van samenwerking is wellicht een van de grootste uitdagingen voor de beleidsmakers.

Wat de volksgezondheid betreft, zijn de drie belangrijkste uitdagingen voor gevangenis in de EU de geestelijke gezondheid, drugs en besmettelijke ziekten [6]. In het ergste geval worden de problemen in gevangenis alleen maar groter. In het beste geval kunnen gevangenis een unieke kans bieden om druggebruikers te bereiken die nog nooit contact hebben gehad met de gespecialiseerde hulpverlening [7] — waardoor zij gestimuleerd kunnen worden om hun drugproblemen onder ogen te zien. Voor de gevangenen die een straf uitzitten als een direct gevolg van hun druggebruik ligt het belang van ingrijpen om deze koppeling te doorbreken voor de hand, zowel wat recidive als hun eigen gezondheid betreft.

Via relevante beleidsmaatregelen dient ernaar gestreefd te worden dat drugproblemen in gevangenis niet groter worden en dat de detentie, waar mogelijk, positieve resultaten heeft voor zowel het individu als de

samenleving. Om deze doelstellingen te bereiken, is een strategische beleidsbenadering noodzakelijk die een kader biedt voor integratie van drugbehandeling binnen de algemene gevangenisfunctie.

Werken in gevangenissen is niet gemakkelijk. De houding van het personeel tegenover druggebruikers en de gangbare methoden van het gevangenisstelsel bevorderen niet altijd een geslaagde drugbehandeling. Een van de beleidsdoelstellingen zou dan ook het stimuleren van gevangenispersonnel moeten zijn om het belang te onderkennen van hun rol bij de aanpak van de drugproblematiek. Het is met name van belang dat de medische staf in gevangenissen achter de drugbehandelingen staat. Een sterke en beroepsmatig onafhankelijke penitentiaire medische dienst met een brede taakopvatting omtrent de te verlenen gezondheidszorg, is waarschijnlijk cruciaal voor het ontwikkelen van succesvolle initiatieven op het gebied van de drugbehandeling.

4. Gevangenissen: een mogelijk broeinest (voor een snelle verspreiding) van infectieziekten

Net als in de maatschappij in het algemeen is de prevalentie van HIV- en hepatitis-C-infecties in de gevangenis onder injecterende druggebruikers (ID's) hoger dan onder niet ID's, en zijn de daaraan gekoppelde gezondheidsproblemen ook veel armer. Onder de ID's in gevangenissen varieert het aantal met het hepatitis-C-virus (HCV) geïnfecteerde gevangenen van 30-44 % in het Verenigd Koninkrijk tot meer dan 80 % in Duitsland (Berlijn) en in Ierland. De schattingen van de HIV-prevalentie lopen uiteen van 0 tot 2 % in het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en België tot 23 % in Spanje en 28 % in Portugal. Door het gebrek aan injectiemateriaal in gevangenissen wordt bovendien het delen van naalden bevorderd. Dat betekent dat injecterende gebruikers die hun druggebruik in de gevangenis voortzetten zeer kwetsbaar zijn voor infectie. Uit onderzoeken is ook gebleken dat er in gevangenissen explosieve toenames van HIV-infecties kunnen voorkomen en hepatitisepidemieën kunnen uitbreken die direct verband houden met injecterend druggebruik [8].

Na ontslag uit de gevangenis en terugkeer in de eigen woon- en leefgemeenschap kan de infectie zich vervolgens verspreiden, wat de bredere gezondheidsimplicaties en het belang van ingrijpen op dit gebied nog extra onderstreept.

Slechts een paar gevangenissen in de EU passen ter voorkoming van infectieziekten dezelfde maatregelen toe als buiten de

gevangenis, zoals anonieme HIV- en hepatitis B. De gevangenisautoriteiten tonen ook een aanzienlijke weerstand tegen omruilprogramma's voor naalden. Hiervoor is een aantal redenen aan te wijzen: een mogelijk verbod in het nationale of interne gevangenisbeleid op het omruilen van naalden uit veiligheidsoverwegingen; de vrees dat een dergelijk programma het signaal geeft dat verboden druggebruik in gevangenissen toegestaan is of zelfs aangemoedigd wordt; en een weerstand onder het personeel omdat zij de naaldenruil als een bedreiging van hun eigen gezondheid en welzijn beschouwen. Het is nog onduidelijk of dergelijke angsten gerechtvaardigd zijn. Hoewel er behoefte is aan meer onderzoek, lijkt een aantal gegevens erop te wijzen dat naaldenruil de veiligheid van het personeel niet hoeft aan te tasten en ook geen risico voor medegevangenen met zich brengt of het druggebruik verhoogt. Bovendien kan hierdoor het gezamenlijk gebruik van naalden afnemen [9]. Spuitenruilprogramma's zijn weliswaar zeldzaam, maar ze worden wel toegepast in Spanje en in sommige gevangenissen in Duitsland. Gangbaarder in gevangenissen in de EU is het ter beschikking stellen van desinfectiemateriaal. Gezien het belang van het terugdringen van het risico van HIV en andere infecties onder de gevangenispopulatie, bestaat er een dringende noodzaak om de kosten en baten van verschillende methoden op dit gebied te evalueren om te zorgen dat er voor alle gevangenen effectieve hulp beschikbaar is.

5. Nodige middelen voor een gelijkwaardige zorg aan druggebruikers in gevangenissen [10]

Ondanks het politieke mandaat voor de behandeling van problematische druggebruikers beschikken slechts weinig gevangenissen over voldoende middelen voor adequate behandelprogramma's; in veel gevangenissen zijn zelfs helemaal geen hulpverleningsfaciliteiten. Een positieve ontwikkeling is dat er steeds meer op dit werkteerterrein wordt geïnvesteerd. Daarnaast wordt de situatie in ieder geval in een aantal landen en met betrekking tot sommige behandelopties geleidelijk beter.

De interventies in EU-gevangenissen worden gedomineerd door drugvrije behandelingen.

Methadonbehandelingen blijven in veel gevangenissen controversieel, hoewel deze elders op grote schaal geaccepteerd worden als een effectieve interventie voor opiatenverslavingen. Het gevangenisbeleid brengt een aantal ingewikkelde problemen

met zich, zoals de continuïteit van de zorg, de samenwerking met de hulpverlening buiten de gevangenis en de beschikbaarheid van substitutie- en/of afkickvoorzieningen. Gevangenen die een substitutiebehandeling voor drugs volgen, zullen constateren dat deze in veel gevangenissen niet wordt voortgezet, hoewel zich in sommige landen een verandering begint af te tekenen. Hoewel praktische overwegingen en veiligheidsaspecten het geven van substitutiebehandelingen duidelijk compliceren, is dit een onderwerp dat absoluut nader onderzocht dient te worden gezien de betekenis van dergelijke interventies voor bepaalde soorten drugproblemen.

6. Nazorg is essentieel

Voor een langdurig rendement op de investering in behandelingen in gevangenissen is een effectieve nazorg essentieel. Met name in de eerste weken na het ontslag uit de gevangenis is een terugval in druggebruik en criminaliteit en het risico op een drugoverdosis hoog [11]. De beschikbaarheid van behandelingen en maatschappelijke hulpverlening voor gevangenen na hun vrijlating is dan ook van cruciaal belang.

Om deze doelstelling te verwezenlijken is een adequate en tijdige samenwerking tussen gevangenissen en nazorginstanties vereist. Sommige voorwaardelijke invrijheidsstellingen zijn gekoppeld aan het verplicht volgen van een behandeling. Het verdient echter zonder meer aanbeveling om vrijwillige behandelingen en ondersteuning door de maatschappelijke hulpverlening te bevorderen. De coördinatie met instanties in de eerstelijnszorg en hulpverleningsdiensten is daarnaast essentieel voor het onder controle houden van het ziektebeeld van gevangenen met een HIV-, hepatitis- of tuberculose-infectie, om te zorgen dat de doorverwijzingen tot een soepele voortzetting van de zorg leiden en de medicatie niet wordt onderbroken.

De kwaliteit van de zorg voor overtreders — van het allereerste detentiemoment tot aan de voorbereidingen voor de vrijlating — is waarschijnlijk een cruciale factor voor het welslagen van de aanpak van het druggebruik in gevangenissen.

Daarvoor is een scala aan goed gecoördineerde maatregelen nodig waarvan de voordelen niet alleen aan de individuele gevangenen ten goede zullen komen, maar ook aan de samenleving als geheel.

Op dit moment is het voor de meeste mensen met een drugprobleem die in de gevangenis terechtkomen echter eerder uitzondering dan regel dat zij de mogelijkheid hebben gebruik te maken van een goed ontwikkelde en gecoördineerde drughulp.

De reeks berichten over drugbeleid, *Drugs in beeld*, wordt uitgegeven door het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugverslaving (EWDD) in Lissabon. De communiqués worden zesmaal per jaar gepubliceerd in de elf officiële talen van de Europese Unie en in het Noors. Oorspronkelijke taal: Engels. Reproductie is toegestaan onder vermelding van de bron.

Een gratis abonnement kan per e-mail worden aangevraagd: info@emcdda.eu.int

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, 1149-045 Lissabon, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Conclusies

Drugbehandeling in gevangenis — Beleidsoverwegingen

1. Om inzicht te krijgen in de omvang en aard van het druggebruik in gevangenis is het binnen de gehele EU noodzakelijk om in onderzoek en evaluaties te investeren teneinde een gefundeerd beleid op te kunnen stellen en zodoende de ontwikkeling, doelmatigheid en beoordeling van interventies te verbeteren.
2. De complexe aard van de drug- en criminaliteitsproblematiek vereist ook complexe beleidsmaatregelen. Dat betekent dat er een dringende noodzaak bestaat voor een beter bewustzijn van goede methoden op dit gebied en voor de ontwikkeling en evaluatie van modelprogramma's.
3. Een succesvolle aanpak van drugproblemen in de gevangenis vereist de betrokkenheid van het gevangenispersoneel, een evenwicht tussen veiligheids- en therapeutische doelstellingen en een nauwe samenwerking met instanties in de gezondheidszorg en de maatschappelijke hulpverlening.
4. Het verminderen van het risico op HIV en andere injectiegerelateerde infectieziekten in gevangenis moet een expliciete beleidsdoelstelling zijn. Er zijn effectieve interventies nodig om de gezondheid van gevangenis, personeel en de samenleving buiten de gevangenis te beschermen. In het beleid dient de omgang met gevangenis met HIV en andere druggerelateerde infecties overwogen te worden.
5. Een beleidsengagement om in de gevangenis een zorg te bieden die gelijkwaardig is aan de medische en sociale hulpverlening aan mensen met drugproblemen in de „buitenwereld“ is alleen zinvol als dit gekoppeld wordt aan de noodzakelijke investering in middelen.
6. Een cruciaal criterium voor drugvoorzieningen voor gevangenis is de mogelijkheid om ook na de detentie op hulpverlening aanspraak te kunnen maken. Het aanzienlijke gevaar van een snelle terugval in criminaliteit en druggebruik of de risico's van een overdosis waar gevangenis na hun vrijlating mee worden geconfronteerd, kunnen enkel mogelijkwijze gereduceerd worden indien het contact met de drughulpverlening en maatschappelijke hulpverlening na de vrijlating in stand wordt gehouden.

Belangrijkste bronnen

- [1] EWDD, *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons*, Cranston Drug Services Publishing 2001.
- [2] **Algemene Vergadering**, Twintigste speciale zitting gewijd aan het gezamenlijk bestrijden van het drugprobleem in de wereld. *Verklaring over de richtsnoeren voor het terugdringen van de vraag naar drugs*.
- [3] **Raad van Europa**, aanbeveling nr. R (89) 14 van 24 oktober 1989.
- [4] *Cordrogue* 64, Brussel, 1 december 1999.
- [5] **Bird, S. en Rotily, M.**, „Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behaviour risks — Results from European prisons“, *Howard Journal*, Vol. 41, No 2, May 2002.
- [6] **Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)**, Health in Prisons Project. Eerste bijeenkomst, Lissabon, 1996.
- [7] EWDD, „Criminal Justice based drug demand and harm reduction interventions in the EU. An analysis of police station, courts and prisons based programs, EDDRA-database“, 2002.
- [8] **Kepler, R., Nolte, F., Stöver, H.**, „Overdracht van infectieziekten in gevangenis. Resultaten van een onderzoek naar vrouwen in Vechta, Nedersaksen, Duitsland“, 1996, *Sucht*, Vol. 42 (2), blz. 98-107
Gore, S., Bird, A., Burns, S., Goldberg D., Ross, A., & Macgregor, J., „Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison“, 1995, *British Medical Journal*, Vol. 310, blz. 293-296.
- [9] **Stöver, H., en Nelles, J.**, Ten years of experience with needle exchange programmes in European Prisons: A review of evaluation studies. *International Journal of Drug Policy*.
- [10] **WHO-richtsnoeren voor HIV-infecties en aids in gevangenis**, gezamenlijk VN-programma voor HIV/aids (UNAIDS) 1999.
- [11] **Seaman, S., Brettell, R., & Gore, S.**, Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study, 1998, *British Medical Journal*, Vol. 316, blz. 426-428.

Webinformatie

Europees netwerk van drugsdiensten in gevangenis: <http://www.cranstoun.net>
WHO-project „Gezondheid in gevangenis“: <http://www.hipp-europe.org>
De Pompidou-groep: http://www.coe.int/T/E/Social_cohesion/Pompidou_Group



OFFICIËLE UITGEVER: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.
© Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving, 2003.
DIRECTEUR: Georges Estievenart.
REDACTEURS: Joëlle Vanderauwera, Paul Griffiths.
AUTEURS: Paul Griffiths, Margareta Nilson, Chloé Carpentier, Petra Paula Merino.
GRAFISCH ONTWERP: Dutton Merrifield Ltd, UK.
Printed in Italy