

Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP)

SUICIDE IN DE BELGISCHE
GEVANGENISSEN
2000–2016

Louis Favril

Ciska Wittouck

Kurt Audenaert

Freya Vander Laenen



Suïcide in de Belgische gevangenissen, 2000–2016

Louis Favril, Ciska Wittouck, Kurt Audenaert, & Freya Vander Laenen

© 2017 Universiteit Gent

Louis Favril
Universiteit Gent
louis.favril@ugent.be
+32 (0)9 264 84 61



INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	4
1 Inleiding	5
1.1 Epidemiologie	5
1.2 De Belgische situatie	5
2 Methodologie	6
2.1 Design en databronnen	6
3 Resultaten	7
3.1 Suïcidecijfers	7
3.2 Socio-demografische gegevens	9
3.3 Criminologische kenmerken	9
3.4 Klinische factoren	12
3.5 Omstandigheden van de suïcides	13
3.6 Profiel per detentiestatus	16
4 Discussie	17
4.1 Een suïcideprofiel?	18
4.2 Timing en risicoperiodes	20
4.3 Locatie en accommodatie	21
4.4 Methode	22
4.5 Methodologische beperkingen	23
4.6 Implicaties voor suïcidepreventie	24
5 Conclusie	26
Referenties	27

SAMENVATTING

Voorliggend onderzoeksrapport¹ kadert binnen een doctoraatsonderzoek rond suïcidaliteit in detentie en beschrijft een deelstudie inzake suïcides in de Belgische gevangenen. Aan de hand van een dossierstudie werden alle (gedocumenteerde) suïcides onderzocht die in de Belgische gevangenen plaatsvonden over de periode 2000–2016. Gedurende dit 17-jarig tijdsbestek overleden in België 794 gedetineerden tijdens hun detentie. Eén derde (33%) van deze overlijdens betroffen suïcides—tussen 2000 en 2016 pleegden 262 individuen suïcide in detentie, wat overeenstemt met gemiddeld 15.4 suïcides per jaar of meer dan één suïcide per maand. Voor de bestudeerde periode noteren we, na extrapolatie, een gemiddelde van 156.2 suïcides per 100,000 gedetineerden, wat ruwweg acht maal hoger ligt ten opzichte van het suïcidecijfer in de algemene Belgische bevolking over diezelfde periode.

Een analyse van alle suïcides toont aan dat het profiel van de gedetineerde die suïcide pleegt in detentie een alleenstaande man van 37 jaar is met de Belgische nationaliteit. Het percentage gedetineerden met een psychiatrische stoornis en een voorgaande suïcidepoging is sterk verhoogd onder diegenen die suïcide pleegden in detentie. Achttien procent van alle suïcides betroffen personen met het statuut van internering. De periode kort na opsluiting, een transfer naar een andere gevangenis en justitiële gebeurtenissen vormen risicoperiodes voor suïcide. Het merendeel van de suïcides vond plaats op de eigen cel van de gedetineerde, in afwezigheid van een celgenoot, door middel van verhangings. Opmerkelijk is dat 11% van alle suïcides plaatsvonden in een veiligheids- of isolatiecel, en dat 40% van alle gedetineerden op het moment van de suïcide onder een maatregel van verhoogd toezicht waren geplaatst.

De bevindingen van de huidige studie bieden belangrijke inzichten voor de preventie van suïcide in de Belgische gevangenen en vormen een eerste aanzet voor de ontwikkeling van een suïcidepreventiebeleid op nationaal niveau.

Onze oprechte dank gaat uit naar Dhr. Dirk Janssens en Dhr. Patrick Fransen (DG EPI) voor het faciliteren van dit onderzoek en voor het verkrijgen van de nodige data.

¹ Naar dit onderzoeksrapport verwijzen als:

Favril, L., Wittouck, C., Audenaert, K., & Vander Laenen, F. (2017). *Suicide in de Belgische gevangenen, 2000–2016*. Gent: Universiteit Gent, IRCP.

1 INLEIDING

1.1 Epidemiologie

Wereldwijd vormt suïcide een ernstig—doch te voorkomen—volksgezondheidsprobleem dat personen van alle leeftijden, culturen en bevolkingsgroepen treft (WHO, 2014). Toch kent suïcide een verhoogd voorkomen in enkele kwetsbare populaties, waaronder personen die in aanraking komen met het strafrechtstelsel. Voor personen opgesloten in een gevangenis vormt suïcide één van de belangrijkste doodsoorzaken (Rabe, 2012). Onderzoek toont aan dat de ‘suïcide rate’ (het aantal suïcides uitgedrukt per 100,000 personen) *intra muros* drie tot acht maal hoger is ten opzichte van de vrije maatschappij (Fazel *et al.*, 2011). Deze cijfers vormen wellicht een onderschatting van de ware omvang van suïcide, wat te wijten is aan de misclassificatie van suïcides als ongevallen (bijvoorbeeld een overdosis) of als overlijdens ten gevolge van onbekende oorzaken (Fazel *et al.*, 2016). Ongeacht de werkelijke prevalentiecijfers kunnen we stellen dat suïcide een ernstig probleem vormt in penitentiaire settings, en disproportioneel vaker voorkomt ten opzichte van de algemene samenleving.

1.2 De Belgische situatie

Met naar schatting 17.4 suïcides per 100,000 inwoners in 2013 behoort de suïcide rate in België tot de hoogste van Europa (OECD, 2015). De nationale Gezondheidsenquête van 2013 toont verder aan dat 13.8% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder ooit al ernstig aan suïcide heeft gedacht en dat 4.2% ooit in het leven minstens één suïcidepoging ondernam (Gisle, 2014). Dit ligt hoger dan het globale gemiddelde (Nock *et al.*, 2008). Cijfers hieromtrent in de Belgische detentiecontext zijn echter heel schaars. Een recente studie bij een steekproef van 1,326 gedetineerden in 15 Vlaamse gevangenissen² toont aan dat de *lifetime* prevalentie van suïcidale gedachten en suïcidepogingen respectievelijk 44.4% en 21.8% bedraagt (Favril, Vander Laenen, & Audenaert, 2017). Wat betreft ‘geslaagde’ suïcides kan men zich enkel beroepen op de gegevens die worden gerapporteerd in de jaarverslagen van het Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen³ (DG EPI). Naast de absolute cijfers—het aantal suïcides per jaar—worden echter geen verdere details (zoals de verdeling naar geslacht, leeftijd en detentiestatus, of de omstandigheden van de suïcides) vrijgegeven. Nochtans biedt dergelijke informatie een belangrijke grond voor suïcidepreventie in de gevangenissen. Het doel van de huidige studie was dan ook om, voor de eerste maal in België, een analyse uit te voeren van alle suïcides die gedurende een recente periode in de Belgische gevangenissen plaatsvonden teneinde handvatten aan te reiken voor suïcidepreventie.

² De studie is te raadplegen op: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/512/articles/11301>.

³ De jaarverslagen van DG EPI zijn terug te vinden op: <https://justitie.belgium.be/nl/publicaties>.

2 METHODOLOGIE

2.1 Design en databronnen

Het doel van de huidige studie was om alle suïcides over een 17-jarige periode (2000–2016) te onderzoeken die plaatsvonden in de Belgische gevangenissen. Enkel sterfgevallen waarbij de doodsoorzaak (na een gerechtelijk onderzoek door een wetsgeneesheer) als suïcide werd geïdentificeerd, werden in de huidige studie opgenomen. Personen die administratief waren ingeschreven in een gevangenis, maar daar niet fysiek verbleven (bijvoorbeeld in het geval van elektronisch toezicht of penitentiair verlof), werden hierbij niet in rekening gebracht.

Het Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen (DG EPI) verschaftte ons een lijst van de personen die overleden door suïcide in de periode van 1 januari 2000 tot 31 december 2016. Hierbij ontvingen wij gegevens uit twee databronnen: (1) een schriftelijk logboek van alle suïcides bijgehouden door de Directie Detentiebeheer van DG EPI, en (2) een uittreksel uit de elektronische databank SIDIS Suite van alle personen die onder de noemer 'zelfmoord' waren geclassificeerd. De namen uit beide databronnen, en dus het aantal suïcides per jaar, stemden niet volledig overeen.⁴ Een naam die bijvoorbeeld in het schriftelijk logboek werd vermeld, kon niet worden teruggevonden in de elektronische database, of vice versa. Voor alle personen die in minstens één databron werden vermeld, werd het dossier opgevraagd. In 262 gevallen betrof het een suïcide tijdens de detentie. Elk van deze dossiers werd vervolgens nauwkeurig bestudeerd.

Op basis van de wetenschappelijke literatuur werd een checklist ontwikkeld om alle dossiers op een uniforme wijze te analyseren. De variabelen die wij hoopten te extraheren uit de dossiers kunnen in vier categorieën worden onderverdeeld: socio-demografisch (geslacht, leeftijd, nationaliteit, burgerlijke status en ouderschap), criminologisch (detentiestatus, type delict, strafmaat, voorgaande opsluiting, detentieduur), klinisch (psychiatrische problematiek, druggebruik tijdens detentie, voorgeschiedenis van suïcidepoging, psychosociale opvolging in detentie) en omstandigheden van de suïcide (locatie, timing, methode, afscheidsbrief, het onder verhoogd toezicht staan op het moment van de suïcide).

De primaire bron voor elke case betrof enerzijds de opsluitingsfiche en SIDIS Suite voor socio-demografische en criminologische gegevens, en anderzijds het 'PV van zelfmoord' dat standaard wordt opgemaakt in het geval van een suïcide in detentie. In dit document worden de omstandigheden en de context van het incident volgens een sjabloon beschreven. Indien beschikbaar werd tevens het PSD-dossier en/of de afscheidsbrief geanalyseerd.

⁴ Dit heeft tot gevolg dat het aantal suïcides per jaar, zoals gerapporteerd in de huidige studie, niet noodzakelijk overeenstemmen met de aantallen zoals gerapporteerd in de jaarverslagen van DG EPI (zie BIJLAGE 2). Alle dossiers van de namen die in minstens één bron terugkwamen, werden gescreend of dit wel degelijk een suïcide betrof tijdens een detentie. Suïcides tijdens elektronisch toezicht of penitentiair verlof werden niet opgenomen.

3 RESULTATEN

3.1 Suicidecijfers

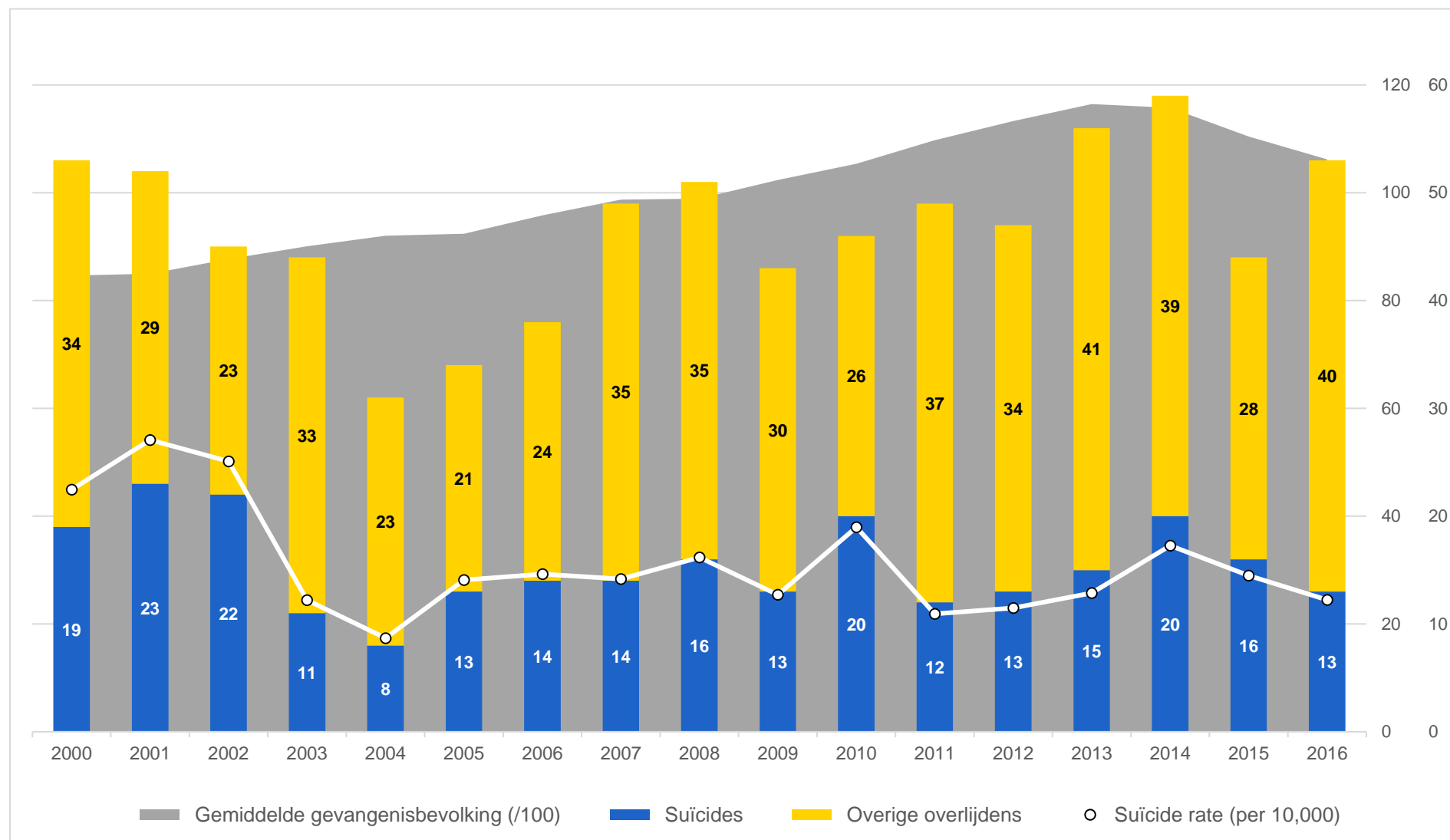
Op basis van de data verschaft door het DG EPI overleden in totaal 794 gedetineerden in de Belgische gevangenissen tussen 2000 en 2016. Van deze overlijdens werden er 262 (33.0%) als suïcide geïdentificeerd, hetgeen een gemiddelde van 15.4 suïcides per jaar reflecteert (zie TABEL 1). De jaarlijkse suïcide rate fluctueerde sterk: van 86.9 per 100,000 gedetineerden in 2004 tot 270.7 per 100,000 in 2001. Over de 17-jarige studieperiode bedroeg de gemiddelde jaarlijkse suïcide rate in België 156.2 per 100,000 gedetineerden.

Tabel 1. Overlijdens en suïcides in de Belgische gevangenissen, 2000–2016.

Jaar	Gemiddelde bevolking ^a	Totaal aantal overlijdens ^b	Aantal suïcides ^c (% overlijdens)	Suïcide rate ^d
2000	8,464	53	19 (35.8)	224.5
2001	8,497	52	23 (44.2)	270.7
2002	8,769	45	22 (48.9)	250.9
2003	9,008	44	11 (25.0)	122.1
2004	9,201	31	8 (25.8)	86.9
2005	9,238	34	13 (38.2)	140.7
2006	9,579	38	14 (36.8)	146.2
2007	9,873	49	14 (28.6)	141.8
2008	9,891	51	16 (31.4)	161.8
2009	10,238	43	13 (30.2)	127.0
2010	10,536	46	20 (43.5)	189.8
2011	10,974	49	12 (24.5)	109.4
2012	11,330	47	13 (27.7)	114.7
2013	11,645	56	15 (26.8)	128.8
2014	11,578	59	20 (33.9)	172.7
2015	11,041	44	16 (36.4)	144.9
2016	10,619	53	13 (24.5)	122.4
Gemiddelde	10,028	46.7	15.4 (33.0)	156.2

^a Gemiddelde gevangenisbevolking in het betreffende jaar (cijfergegevens DG EPI). ^b Het totaal aantal overlijdens (inclusief suïcides) in detentie. Bron: jaarverslagen DG EPI (2006–2016); Vraag en Antwoord Belgische Senaat, 2007, Schriftelijke vraag nr. 3-5183 door H. Vandenberghe (2000–2005). ^c Het aantal suïcides zoals geïdentificeerd in de huidige studie (zie ook voetnoot 4). ^d Het aantal suïcides per 100,000 gedetineerden.

Figuur 1. Suïcides en overlijdens door andere oorzaken in de Belgische gevangenis, 2000–2016.



Noot: Cijfergegevens zoals vermeld in TABEL 1.

Van alle suïcides (N=262) vonden er 110 (41.9%) plaats in Vlaanderen (inclusief twee in de gevangenis van Tilburg), 37 (14.2%) in Brussel en 115 (43.9%) in de Waalse gevangenissen.

3.2 Socio-demografische gegevens

Zoals beschreven in TABEL 2 betrof 94.7% (N=248) van alle suïcides mannen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 37.0 jaar (range 19–78). De modale leeftijdsklasse was 25–34 jaar (36.3%). Slechts vijf gedetineerden (1.9%) waren 65 jaar of ouder. Qua nationaliteit was de overgrote meerderheid (77.5%) van Belgische nationaliteit. Eén op vier was gehuwd (24.8%) en een derde (34.5%) had één of meer kinderen.

Tabel 2. Sociodemografische gegevens van alle suïcides, 2000–2016 (N=262).

Variabele	Aantal	Percentage
Geslacht (man)	248	94.7
Leeftijd		
18–24	31	11.8
25–34	95	36.3
35–44	79	30.2
45–54	36	13.7
55–64	16	6.1
≥65	5	1.9
Nationaliteit (Belg)	203	77.5
Burgerlijke status (gehuwd)	65	24.8
Kind(eren) (ja)	90	34.5

3.3 Criminologische kenmerken

Op het moment van de suïcide waren 109 gedetineerden (41.6%) beklaagd, vielen 47 (17.9%) onder het statuut van internering en waren 106 personen (40.5%) veroordeeld. Voor deze laatste categorie was de modale strafmaat meer dan drie tot vijf jaar gevangenisstraf (26.4%). Slechts vier gedetineerden (3.8%) waren veroordeeld voor één jaar of minder (zie TABEL 3). Voor iets meer dan de helft vond de suïcide plaats gedurende hun allereerste opsluiting in de gevangenis als volwassene; 46.9% kende een voorgeschiedenis van opsluiting in detentie.

Tabel 3. Criminologische kenmerken van alle suïcides, 2000–2016 (N=262).

Variabele	Aantal	Percentage
Detentiestatus		
Beklaagd	109	41.6
Veroordeeld	106	40.5
Geïnterneerd	47	17.9
Strafmaat^a		
≤1 jaar	4	3.8
>1–3 jaar	24	22.6
>3–5 jaar	28	26.4
>5–10 jaar	26	24.5
>10 jaar	24	22.6
Type misdrijf (primair)		
Seksueel delict	42	16.0
Levensdelict	85	32.4
Vermogensdelict	76	29.0
Drugsdelict	29	11.1
Ander delict	30	11.5
Voorgaande detentie(s)	97	47.5

^a Betreft uitsluitend veroordeelde gedetineerden (N=106).

Onafhankelijk van detentiestatus waren levensdelicten (moord of doodslag) voor één derde van de studiepopulatie (32.4%) de reden tot opsluiting, gevolgd door vermogensdelicten met of zonder geweld (29%) en seksuele delicten (16.0%). Samengenomen verbleef ongeveer de helft van alle gevallen (48.4%) in detentie vanwege levens- of seksuele delicten.

Wanneer het tijdsinterval tussen de initiële opsluiting in de gevangenis en de suïcide wordt onderzocht, tonen de resultaten aan dat 20 gedetineerden (7.6%) suïcide pleegden binnen de 24 uur na opsluiting (zie TABEL 4). Een vijfde (21.8%) van alle suïcides vonden plaats tijdens de eerste maand van de opsluiting, met 15.6 procent van alle suïcides binnen de eerste week. Voor de helft van alle suïcides tussen 2000–2016 bedroeg de detentieduur zes maanden of minder (zie ook FIGUUR 2). De mediaan van de detentieduur tussen de initiële opsluiting en de suïcide bedroeg 171.5 dagen (wat overeenstemt met 5.6 maanden).

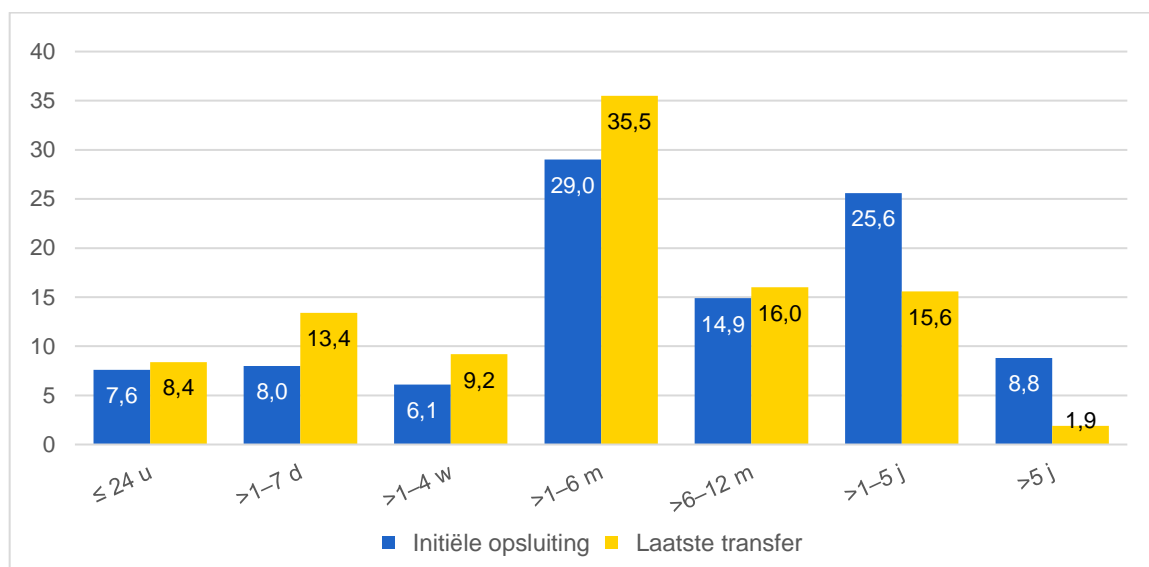
Wanneer transfers tussen gevangenis in rekening worden gebracht, blijkt dat de meerderheid van de gedetineerden (N=162; 61.8%) suïcide pleegde in de gevangenis waar men initieel werd opgesloten (en dus niet werd getransfereerd). De overige 100 gedetineerden werden minstens één maal naar een andere gevangenis overgeplaatst. Rekening houdend met het interval tussen de laatste transfer (voor personen zonder transfer houdt dit de initiële opsluiting in) en de suïcide, zien we dat 21.8% van alle suïcides plaatsvonden binnen 7 dagen na laatste transfer (30.9% binnen de eerste maand). De mediaan van het tijdsinterval tussen de laatste transfer en de suïcide bedroeg 87 dagen (grosfweg 2.8 maanden).

Tabel 4. Tijdsinterval tussen initiële opsluiting/laatste transfer en suïcide (N=262).

Duur van opsluiting	Sinds initiële opsluiting ^a		Sinds laatste transfer ^b	
	N (%)	Cumulatief %	N (%)	Cumulatief %
≤ 24 uur	20 (7.6)	7.6	22 (8.4)	8.4
>1 dag – 1 week	21 (8.0)	15.6	35 (13.4)	21.8
>1 week – 1 maand	16 (6.1)	21.8	24 (9.2)	30.9
>1–6 maanden	76 (29.0)	50.8	93 (35.5)	66.4
>6–12 maanden	39 (14.9)	65.6	42 (16.0)	82.4
>1–5 jaar	67 (25.6)	91.2	41 (15.6)	98.1
>5 jaar	23 (8.8)	100	5 (1.9)	100

^a Tijd van initiële opsluiting tot suïcide. ^b Tijd tot suïcide sinds laatste transfer naar de gevangenis alwaar de suïcide plaatsvond (voor de subgroep van gedetineerden zonder transfer vormt dit de initiële opsluiting; N=162).

Figuur 2. Tijdsinterval (%) tussen initiële opsluiting/laatste transfer en suïcide.



3.4 Klinische factoren⁵

Van de gedetineerden waar klinische informatie beschikbaar was (zoals een PSD-verslag), was bij 86.7 procent sprake van een vastgestelde psychiatrische problematiek. Opgesplitst was bij de helft van alle gedetineerden (52.8%) melding van een As I psychopathologie (zoals depressie, schizofrenie of een angststoornis), bij 1/3 (36.7%) van een middelengerelateerde problematiek (drugs, alcohol of andere middelen), en bij één persoon op acht (13.9%) van een persoonlijkheidsstoornis. Gedurende hun huidige detentie werd bij 32.1 procent melding gemaakt van druggebruik, en bij 41% werd psychofarmaca voorgeschreven op het moment van de suïcide. Bij de helft van alle gedetineerden die suïcide pleegden tijdens hun detentie (50.4%) was minstens één voorgaande suïcidepoging gekend—bij 17.7 procent buiten een periode van detentie, bij één op drie (35.5%) tijdens de opsluiting, en bij 2.8 procent in beide gevallen. Naar hulpverlening toe werd 62.1% psychiatrisch opgevolgd in de gevangenis (door de psychiater, psycholoog of het zorgteam) op het moment dat de suïcide plaatsvond. Bij vier op tien gedetineerden in de steekproef (42.2%) was sprake van psychosociale hulpverlening (ambulant en/of residentieel) voorafgaand aan de detentie (zie TABEL 5).

Tabel 5. Gedocumenteerde klinische factoren van suïcides, 2000–2016.

Variabele	Gedocumenteerd ^a	Aantal	Valide percentage
Psychiatrische problematiek	180	156	86.7
As I psychopathologie	180	95	52.8
Middelengerelateerd	180	66	36.7
Persoonlijkheidsstoornis	180	25	13.9
Psychofarmaca (voorschrift)	144	59	41.0
Druggebruik tijdens detentie	140	45	32.1
Voorgaande suïcidepoging	141	71	50.4
Buiten detentie	141	25	17.7
Tijdens detentie	141	50	35.5
Psychosociale hulpverlening			
Voor detentie	139	59	42.4
Tijdens huidige detentie ^b	161	100	62.1

^a Percentages berekend op basis van het aantal gevallen waar deze informatie was gedocumenteerd in het dossier.

^b Betreft hulpverlening in brede zin, bijvoorbeeld opvolging door de psychiater, psycholoog of het zorgteam.

⁵ Bij een relatief groot aantal gedetineerden was geen klinische informatie beschikbaar (bijvoorbeeld wanneer een beklagde suïcide pleegt kort na de opsluiting, of bij personen waar (nog) geen PSD-dossier voorhanden was). Gecombineerd met het risico op onderrapportage, dienen de cijfers met betrekking tot klinische factoren dus met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

3.5 Omstandigheden van de suïcides

De omstandigheden waarin de suïcides plaatsvonden (TABEL 6) waren beschikbaar voor de overgrote meerderheid van alle gevallen, aangezien dit steeds (verplicht) wordt gerapporteerd in het 'PV van suïcide'. Dertien PV's konden echter niet worden teruggevonden (waarvan 9 in de Waalse gevangenissen), waardoor deze cijfers betrekking hebben op 249 suïcides (95%).

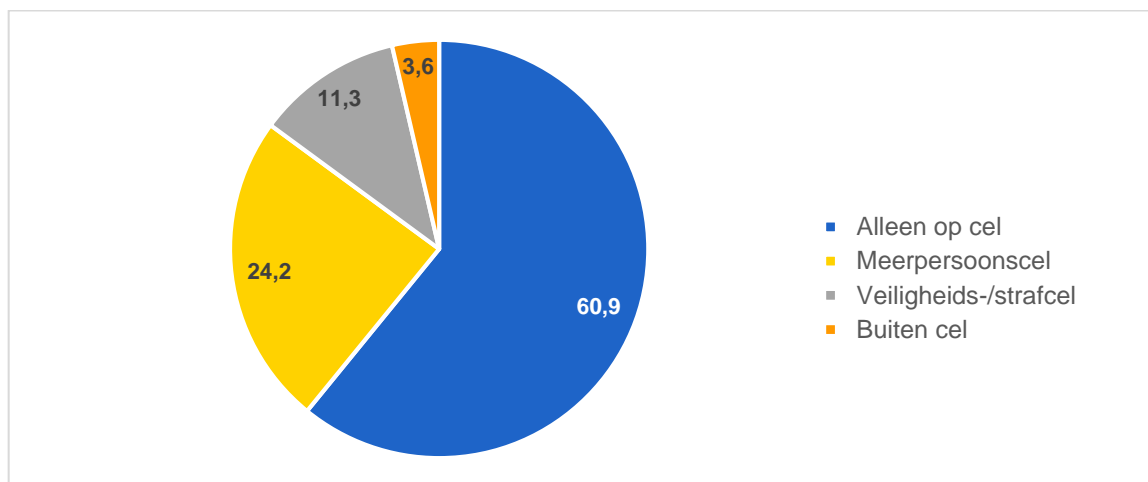
Tabel 6. Omstandigheden van suïcides, 2000–2016 (N=249).

Variabele	Aantal	Percentage
Locatie		
Monocel ^a	151	60.6
Meerpersoonscel	60	24.1
Veiligheids-/strafcel	28	11.2
Buiten cel (in gevangenis)	9	3.6
Buiten gevangenis	1	0.4
Timing		
00:01 – 03:00	32	12.9
03:01 – 06:00	37	14.9
06:01 – 09:00	16	6.4
09:01 – 12:00	24	9.6
12:01 – 15:00	22	8.8
15:01 – 18:00	42	16.9
18:01 – 21:00	38	15.3
21:01 – 24:00	38	15.3
Methode		
Verhanging/verstikking	224	90.0
Snijden	8	3.2
Springen van hoogte	7	2.8
Zelfvergiftiging/overdosis	9	3.6
Ander	1	0.4
Afscheidsbrief aanwezig	49	19.7
Onder verhoogd toezicht ^b	104	41.8

^a Het alleen verblijven op cel, niet per definitie in een éénpersoonscel. ^b Betreft een speciaal regime (bijvoorbeeld bijzondere bewaking) waarbij de gedetineerde elke 15 of 30 minuten wordt geobserveerd in diens eigen cel, of het verblijf in een veiligheidscel (onafgezien de reden daartoe) waar per definitie verhoogd toezicht van toepassing is.

Uit bovenstaande TABEL (6) blijkt dat de overgrote meerderheid van alle suïcides in detentie (84.7%) plaatsvonden in de cel van de gedetineerde in kwestie; 151 (60.6%) in gevallen waar de persoon alleen op cel verbleef, en 60 (24.1%) wanneer er sprake was van een celgenoot. Voor die suïcides die plaatsvonden in een meerpersoonscel, was de celgenoot of celgenoten in 63.3% van deze 60 gevallen afwezig op het moment van de suïcide (omwille van bezoek, werk of wandeling), waardoor de gedetineerde *de facto* alleen verbleef op cel. Eén suïcide op tien (11.2%) vond plaats wanneer de gedetineerde in kwestie in een veiligheids- of strafcel verbleef (ongeacht de reden daartoe). Negen suïcides (3.6%) geschieden in de gevangenis maar buiten de cel (bijvoorbeeld op sectie of in de wasruimte), en één suïcide (0.4%) gebeurde buiten de muren van de gevangenis, meer bepaald in het Justitiepaleis waar de gedetineerde was overgebracht ter verschijning voor de Raadkamer (zie FIGUUR 3).

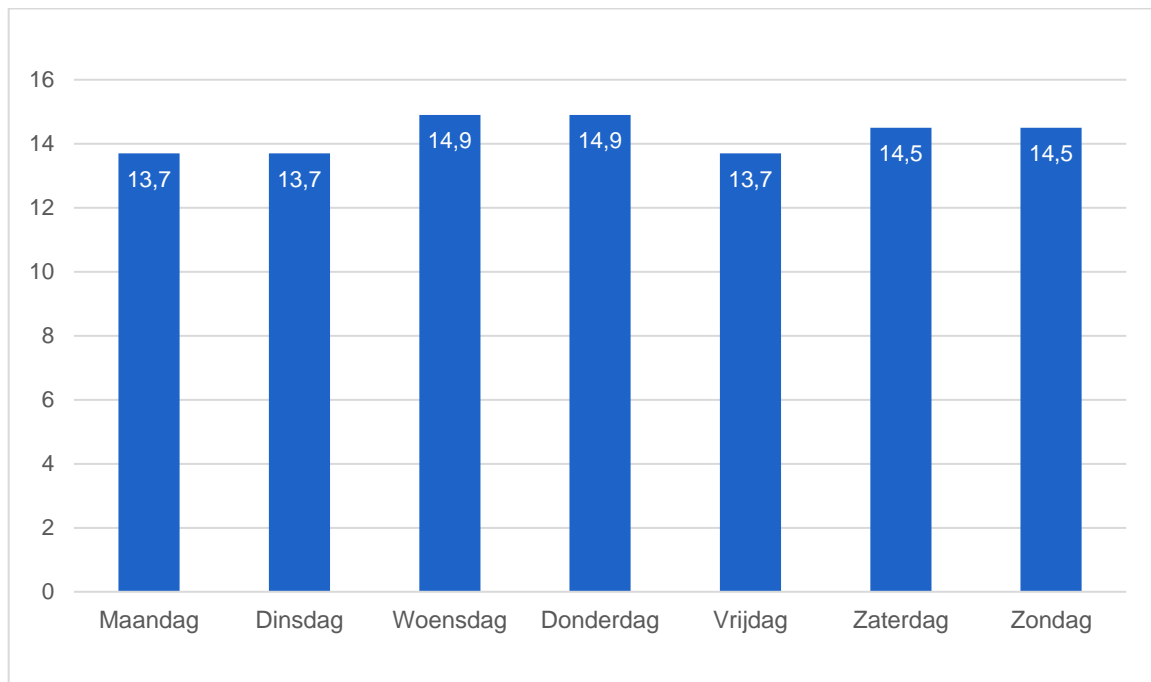
Figuur 3. Verdeling (%) volgens locatie van alle suïcides binnen detentie (N=248).



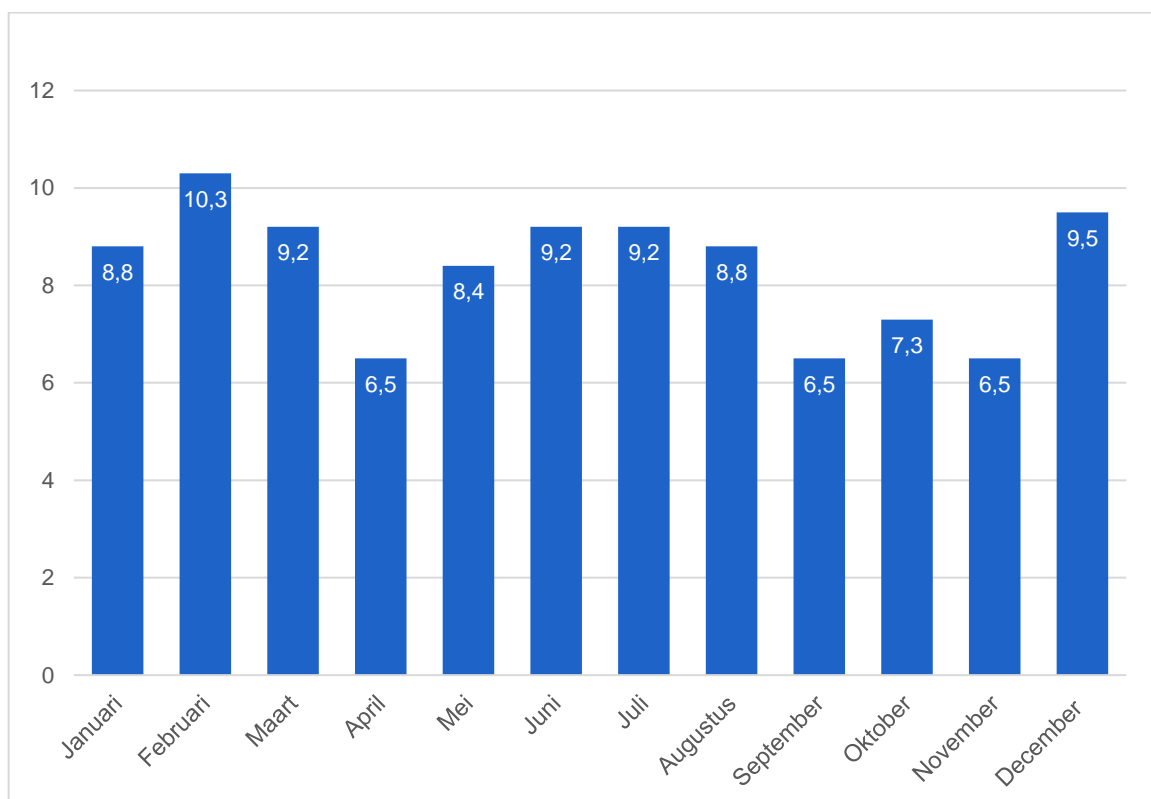
Noot. Percentages berekend op basis van 248 suïcides (exclusie van één suïcide die plaatsvond buiten detentie).

Algemeen waren de suïcides evenredig verspreid over de week (zie FIGUUR 4) en over het jaar (zie FIGUUR 5), en was er geen duidelijk patroon te observeren. Meer specifiek waren de suïcides gelijkmatig verdeeld over de week, met een kleine range van 13.7–14.9% per dag. Bijna drie suïcides op tien (29.0%) vonden plaats tijdens het weekend. Op maandbasis lagen de cijfers gespreid tussen 6.5 en 10.3%, hoewel 37.8% van alle gevallen werden geregistreerd in de maanden december–maart. Wat betreft timing tijdens de dag kan wel een zeker patroon worden vastgesteld. Zo blijkt het merendeel van de suïcides (16.9%) plaats te vinden tussen 15:01 en 18:00, en het minste aantal suïcides werden geregistreerd tussen 06:01 en 09:00 (6.4%). Samengenomen vonden 56 suïcides (24.8%) plaats tussen 06:01–15:00, terwijl 43.1 procent zich voordeden tijdens de nachtshift van het penitentiair personeel (21:01–06:00).

Figuur 4. Verdeling van suïcides in detentie (%) volgens dag van de week (N=262).



Figuur 5. Verdeling van suïcides in detentie (%) volgens maand (N=262).



Methode

Wat betreft de methode van suïcide werd verhangings/verstikking in de overgrote meerderheid van alle gevallen aangewend (90%). Van deze suïcides ten gevolge van verhangings (N=224) was het meest frequente middel het beddengoed (49.6%) en de kledij van de gedetineerden (inclusief veters en broeksriemen; 35.3%). In 67% was het traliewerk het verankeringspunt dat werd gehanteerd, gevolgd door het bed van gedetineerden (9.4%). In de overige suïcides door middel van verhangings betroffen de verankeringspunten gemakkelijk toegankelijke celtoebereiden, zoals radiatoren, buizen, sanitaire voorzieningen (toilet of lavabo) of deuren. Bij de resterende suïcides niet middels verhangings (N=25) werd de methode van overdosis of zelfvergiftiging (3.6%), snijden (3.2%) en het springen van een hoogte (2.8%) aangewend.

Gebeurtenissen rondom de suïcides

Van alle gedetineerden (N=262) werden er 24 (9.2%) getransfereerd naar de gevangenis waar de suïcide plaatsvond binnen een maand voorafgaand aan de suïcide. Bij een vijfde van de totale studiebevolking (21.1%) was er binnen de range van vijf dagen voor of na de suïcide sprake van een significante justitiële gebeurtenis, zoals een (geplande) hoorzitting van de rechtbank, een beroepsprocedure, (de dreiging van) een effectieve veroordeling of de verdere handhaving van de voorlopige hechtenis door de Raadkamer.

Verhoogd toezicht

Op het moment van de suïcide was 41.8 procent van alle gedetineerden onderworpen aan een maatregel van verhoogd toezicht (zoals bijzondere bewaking). Een dergelijke maatregel omvat een visuele controle van de gedetineerde, elke 15 of 30 minuten. Aangezien dit in het geval van plaatsing in een veiligheids- of strafcel standaard het geval is, werden deze tevens geïncorporeerd (N=28 of 11.2% van alle suïcides). De overige suïcides onder verhoogd toezicht (N=76) betroffen gedetineerden die op hun reguliere cel verbleven in de algemene detentiebevolking.

3.6 Profiel per detentiestatus

Bijkomstig werd een analyse gedaan per detentiestatus (beklaagd, veroordeeld, geïnterneerd) voor bovengenoemde variabelen (zie BIJLAGE 1). Statistische tests om verschillen in proporties en gemiddelden na te gaan tussen de drie groepen waren niet mogelijk gezien de soms kleine absolute aantallen per categorie.

4 DISCUSSIE

Jaarlijks overlijden gemiddeld 15.4 gedetineerden door suïcide in België; een derde van alle sterfgevallen binnen de gevangensmuren. De gemiddelde jaarlijkse suïcide rate in België was 156.2 per 100,000 gedetineerden, over de periode 2000 tot 2016. We observeerden vrij grote variaties in suïcide rates, gaande van 86.9 (2004) tot 270.7 (2001) per 100,000 gedetineerden. Die fluctuaties zijn te wijten aan de (statistisch) kleine absolute aantallen van suïcides waarop deze cijfers zijn gebaseerd (range: 8–23), waardoor kleine schommelingen een grote impact kunnen hebben. Wanneer we vergelijken met de algemene Belgische bevolking (zie TABEL 7) kunnen we stellen dat de suïcide rate grofweg acht maal hoger ligt in detentie—een bevinding die overeenstemt met voorgaand internationaal onderzoek in 12 landen (Fazel *et al.*, 2011).

Tabel 7. Suïcide rates in de algemene Belgische bevolking en in detentie, 2000–2014.

Jaar	Suïcide rate (per 100,000)		Ratio ^b
	Belgische bevolking ^a	Detentie	
2000	20.9	224.5	10.7
2001	21.1	270.7	12.8
2002	20.1	250.9	12.5
2003	19.8	122.1	6.2
2004	19.1	86.9	4.5
2005	19.4	140.7	7.2
2006	18.4	146.2	7.9
2007	17.5	141.8	8.1
2008	18.7	161.8	8.6
2009	18.7	127.0	6.8
2010	18.5	189.8	10.3
2011	19.0	109.4	5.7
2012	18.3	114.7	6.3
2013	17.1	128.8	7.6
2014	17.0	172.7	10.2
Gemiddelde	18.9	159.2	8.4

^a Berekend op basis van de totale Belgische bevolking gemeten op 1 januari van het betreffende jaar en het aantal suïcides in België in datzelfde jaar (bron: FOD Economie; <http://statbel.fgov.be>). Voor de jaren 2015 en 2016 waren de suïcidecijfers (nog) niet beschikbaar, waardoor de suïcide rate niet berekend kon worden. ^b Verhouding tussen de suïcide rates in detentie ten opzichte van de algemene Belgische bevolking (zie Fazel *et al.*, 2011).

Een dergelijke vergelijking dient men echter met de nodige voorzichtigheid te interpreteren. De suïcide rates berekend in de huidige studie werden namelijk niet gestandaardiseerd op leeftijd en geslacht.⁶ Daarbij kent de gevangenispopulatie een verschillende demografische samenstelling dan de algemene (Belgische) bevolking (meer mannen en gemiddeld jonger). Daarom houdt een niet-gestandaardiseerde vergelijking tussen beide een beperking in bij de interpretatie. Evenwel zijn de suïcide rates in de huidige studie beduidend hoger dan deze in de algemene Belgische populatie, en kan dit grote verschil als dusdanig niet worden ontkend.

4.1 Een suïcideprofiel?

Bij de analyse van alle gevallen van suïcide toont de huidige studie aan dat vooral ongehuwde mannen met een gemiddelde leeftijd van 37 jaar suïcide plegen in detentie. Deze percentages reflecteren echter de doorsnee constellatie van de Belgische gedetineerdenpopulatie. Met betrekking tot nationaliteit waren 77% van alle gedetineerden Belg, terwijl officiële statistieken aantonen dat zij grofweg 50% van de totale gedetineerdenpopulatie in België uitmaakten in de periode 2000–2016. Deze bevinding wordt bevestigd door onderzoeken in West-Europa (Gauthier, Reisch, & Bartsch, 2015; Preti & Cascio, 2006; Radeloff *et al.*, 2017) en Australië (O'Driscoll, Samuels, & Zacka, 2007), waar de grote meerderheid van alle gedetineerden die suïcide pleegden personen betrof met de nationaliteit van het desbetreffende land.

Bij twee op vijf suïcides (41.6%) verbleef de persoon in voorlopige hechtenis. Bij de resterende 60 procent werd reeds een vonnis uitgesproken door een rechter—40.5% was veroordeeld en 17.9% was geïnterneerd. Hoewel een dergelijke verdeling naar detentiestatus ruwweg overeenstemt met de verdeling in de Belgische gevangenen over de betreffende periode (33.6% beklaagd, 56.5% veroordeeld en 9.9% geïnterneerd) kunnen we toch stellen dat het aantal suïcides bij geïnterneerden duidelijk oververtegenwoordigd is, ten opzichte van de totale gedetineerdenpopulatie van personen met het statuut van internering (17.9% *versus* 9.9%). Onafhankelijk van detentiestatus betrof ongeveer de helft van alle suïcides (48.4%) personen die verdacht of veroordeeld waren van (een poging tot) een levensdelict (doodslag of moord) of een seksueel misdrijf, terwijl deze misdrijven volgens de Raad van Europa slechts 20 procent van de totale gevangenisbevolking vertegenwoordigen in België. Dit onevenredig aandeel van dergelijke misdrijven bij personen die suïcide plegen in detentie bevestigt eerder onderzoek, waar ernstige en gewelddadige delicten als een duidelijke risicofactor voor suïcide tijdens de detentie werden geïdentificeerd (Blaauw, Kerkhof, & Hayes, 2005; Fruehwald *et al.*, 2004; Hayes, 2012; Webb *et al.*, 2012).

⁶ De gestandaardiseerde suïcide rates volgens Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat>) zijn echter sterk gelijkaardig voor de algemene Belgische bevolking; bijvoorbeeld: 19.25 (2011), 18.76 (2012), 17.27 (2013) en 17.28 (2014). In detentie hanteert ook de Raad van Europa (zie Aebi *et al.*, 2016) niet-gestandaardiseerde suïcide rates.

Op klinisch vlak toont de studie aan dat bij de helft van de gedetineerden die suïcide pleegden in de Belgische gevangenis (50.4%) een voorgeschiedenis van één of meer suïcidepogingen vermeld werd in het dossier. Gelijkaardige cijfers (50%) werden gevonden in studies in Engeland en Wales (Shaw *et al.*, 2004) en Oostenrijk (Fruehwald *et al.*, 2004). Een meta-analyse vond eveneens dat ongeveer de helft van alle gedetineerden die in detentie stierven ten gevolge van suïcide een voorgeschiedenis van (een) suïcidepoging(en) hadden, hetgeen de kans op suïcide tijdens de detentie significant verhoogde met factor 6 tot 11 (Fazel *et al.*, 2008). Voor gedetineerden waar informatie beschikbaar was omtrent geestelijke gezondheid, bleek dat bij de grote meerderheid (86.7%) een geschiedenis van een psychische aandoening was gedocumenteerd. Naar prevalentiecijfers toe ligt dit sterk in de lijn met onderzoek in Nederland (Blaauw & Kerkhof, 1999), waar bleek dat bij 83 procent van de overledenen een psychiatrische diagnose (inclusief verslaving) te stellen was. Ook die bevinding ligt in lijn met voorgaand onderzoek in detentie dat een psychiatrische stoornis als een duidelijke risicofactor voor suïcide identificeerde (Fazel *et al.*, 2008; Fazel, Wolf, & Geddes, 2013; Fruehwald *et al.*, 2004; Hayes, 2012; Shaw *et al.*, 2004). Hierbij moeten we opmerken dat dossiers onvolledig kunnen zijn wat betreft de vraag of een persoon in het verleden reeds een suïcidepoging heeft ondernomen of waarbij een psychiatrische stoornis werd vastgesteld. Dit is in het bijzonder van toepassing op de periode voorafgaand aan de detentie. Aldus kunnen we stellen dat deze cijfers wellicht een onderschatting vormen van de werkelijke prevalentiecijfers.

Een suïcideprofiel—variabelen die kenmerkend zijn voor de groep suïcideplegers—creëren op basis van demografische gegevens is weinig zinvol, zoals ook voorgaand onderzoek reeds concludeerde (Hayes, 2012). Screening op basis van deze kenmerken (zoals leeftijd, geslacht of burgerlijke status) is slechts weinig bruikbaar om hoog-risico gedetineerden te identificeren. Immers, veel niet-suïcidale gedetineerden zullen aan tenminste enkele van deze kenmerken voldoen; gezien de overwegend mannelijke bevolking in penitentiaire inrichtingen is mannelijk geslacht geen kenmerk waarmee suïcidale gedetineerden kunnen worden onderscheiden. Ook psychiatrische problemen blijken disproportioneel aanwezig te zijn bij de algemene gedetineerdenpopulatie (Fazel *et al.*, 2016). Hoewel geen controlegroep werd geïncludeerd in de huidige studie (waardoor geen informatie beschikbaar was over het aantal niet-suïcidale gedetineerden dat dezelfde kenmerken vertoont als de suïcidegroep) kunnen we concluderen dat de proportie gedetineerden met een (vastgestelde) psychiatrische problematiek, en met een voorgeschiedenis van een suïcidepoging, hoog is onder diegenen die suïcide pleegden. Dit *zou* te wijten kunnen zijn aan de inclusie van geïnterneerden. Toch, na analyse blijkt dat bij 82% van niet-geïnterneerden (zowel beklaagden als veroordeelden) een psychiatrische problematiek was gedocumenteerd, en bij 47% een voorgaande suïcidepoging.

4.2 Timing en risicoperiodes

De huidige studie toont aan dat de eerste fase van de detentie een risicoperiode voor suïcide vormt. Een vijfde van alle suïcides (21.8%) vond plaats binnen de eerste maand na aanvang van de detentie, met 15.6% binnen de eerste zeven dagen na aankomst in de gevangenis. Deze cijfers stemmen overeen met onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk (Shaw *et al.*, 2004) en Australië (O'Driscoll *et al.*, 2007), waar de eerste periode van gevangenschap als risicovol werd geïdentificeerd. Dit is trouwens ook het geval bij psychiatrische patiënten die residentieel worden opgenomen (Hunt *et al.*, 2013; Qin & Nordentoft, 2005). De reden voor het feit dat de periode kort na opsluiting in detentie een hoog-risicoperiode vormt, wordt verklaard door de stressvolle aard van initiële detentie. De transitie van de vrije samenleving naar de gevangenis impliceert een abrupt verlies van vrijheid, autonomie en sociale ondersteuning, al dan niet gepaard met detoxificatieverschijnselen (WHO, 2007). Specifiek voor de gedetineerden die in voorlopige hechtenis verblijven, zijn de nabijheid van het misdrijf, de onzekerheid aangaande het vonnis en de strafmaat, en gevoelens van schuld of schaamte additionele bronnen van stress die beklagden kunnen ervaren, bovenop de initiële schok van de opsluiting.

Hierbij aansluitend toont de studie aan dat een transfer naar een andere gevangenis eveneens een risicoperiode voor suïcide inhoudt. Honderd personen van alle gedetineerden die suïcide pleegden in detentie kenden minstens één transfer, naar de gevangenis alwaar de suïcide plaatsvond, waarbij 24% van hen suïcide pleegde binnen een maand na transfer (16% binnen de 7 dagen). Een transfer (ten gevolge van een incident, een effectieve veroordeling of een andere gebeurtenis) kan opnieuw worden gezien als een eerste fase van detentie (wat gepaard gaat met een aanpassingsperiode) en dus als een risicoperiode voor suïcide (Borrill, 2002; Daniel & Fleming, 2006).

De huidige studie toont tevens aan dat belangrijke justitiële gebeurtenissen (zoals een veroordeling, hoorzitting of verschijning voor de Raadkamer), of zelfs de dreiging ervan, voor een vijfde van alle gedetineerden (21.1%) plaatsvonden kort (vijf dagen) voor of na de suïcide. Deze gebeurtenissen kunnen extra stresserend zijn voor gedetineerden, en moeten dus als risicoperiodes worden opgevat (Marzano *et al.*, 2016).

Suïcides in 2000–2016 waren ongeveer gelijk verdeeld over de week en over maanden. Een analyse van de tijdstippen toont wel enigszins een identificeerbaar patroon aan, waarbij 43.1% van alle suïcides plaatsvonden tussen 21:01 en 06:00. In deze uren is de personeelsbezetting in gevangenissen gewoonlijk lager, hetgeen dus verband zou kunnen houden met de kans op suïcide doordat er sprake kan zijn van meer gevoelens van (sociaal) isolement, of doordat minder suïcides kunnen worden voorkomen op momenten dat minder personeel aanwezig is.

Verder toont onderzoek aan dat suïcides bij gedetineerden die alleen verblijven op cel vaker plaatsvinden gedurende de nacht terwijl diegenen die in een meerpersoonscel verblijven meer frequent overdag suïcide plegen, wanneer de medegedetineerden niet aanwezig zijn op cel omwille van bezoek, werk of wandeling (Gauthier *et al.*, 2015).

4.3 Locatie en accommodatie

Net als in deze studie toont buitenlands onderzoek aan dat het alleen verblijven op cel een risicofactor is voor suïcide (Fazel *et al.*, 2008; Fruehwald *et al.*, 2004; Humber *et al.*, 2013). Ten eerste kan een plaatsing in een individuele cel te wijten zijn aan specifieke eigenschappen van gedetineerden die er verblijven (zoals een psychische problematiek), en de verergering ervan door de meer geïsoleerde omgeving waarin zij zich dan bevinden. Ten tweede gaat het gebrek aan een celgenoot gepaard met een verminderd sociaal contact en sociale controle, waardoor de suïcidale gedetineerde doorgaans voldoende tijd en privacy heeft om ongemoeid de suïcidale daad uit te voeren. Aldus dient de relevantie van een individuele accommodatie als een faciliterende factor te worden gezien, eerder dan een oorzakelijke. Een mogelijke preventiestrategie is het plaatsen van suïcidale gedetineerden op een cel waar een celgenoot aanwezig is (WHO, 2007). Uit de huidige resultaten blijkt echter dat in meer dan 60 procent van alle suïcides bij gedetineerden die op een meerpersoonscel verbleven, de celgenoot op dat moment niet aanwezig was. Dit illustreert dat deze strategie geenszins sluitend is, en niet als individuele strategie kan worden aangewend ter preventie van suïcide in detentie.

Het alleen verblijven op cel blijkt in het bijzonder het suïciderisico bij gedetineerden te verhogen indien dit isolatie van de algemene gedetineerdenpopulatie betreft. Opmerkelijk is dat in de huidige studie één op tien suïcides plaatsvonden in een veiligheids- of isolatiecel. De plaatsing in een dergelijke cel impliceert zowel een fysieke als sociale isolatie, en reduceert de protectieve factoren voor suïcide. Aldus kan de plaatsing in isolatie net het suïciderisico verhogen; het restrictief regime en condities van isolatie, sensorische deprivatie en constante opsluiting die eigen zijn aan dergelijke afzondering worden als bijzonder aversief en stressvol ervaren. Onderzoek wijst dan ook consequent op de schadelijke effecten van een dergelijke maatregel voor de mentale gezondheid en het welzijn van de gedetineerden (Arrigo & Bullock, 2008; Grassian, 2006; Haney, 2009; Shalev, 2014; Smith, 2006). Ook hier kan een plaatsing in een veiligheidscel—om welke reden dan ook—de kwetsbaarheid van de gedetineerde in kwestie reflecteren (qua suïcidaliteit of psychiatrische problematiek). Gevoelens van angst en depressie, die in verband worden gebracht met suïcidaliteit, worden in afzondering vaak nog extra versterkt, hetgeen het suïciderisico duidelijk verhoogt (Bonner, 2006; Kaba *et al.*, 2014).

Aldus dient het gebruik hiervan dan ook slechts als *ultimum remedium* te worden ingezet, voor een zo beperkt mogelijke periode, in aanwezigheid van voldoende mogelijkheden tot sociaal contact en (psychologische) ondersteuning, alsook zinvolle activiteiten of bezoek.

Zoals dit de standaard procedure inhoudt bij personen die zich in een veiligheids- of isolatiecel bevinden, kunnen personen in de algemene gedetineerdenpopulatie (dus wanneer zij zich in de reguliere cel bevinden) tevens onder verhoogd toezicht worden geplaatst, zoals bijzondere bewaking. Dit houdt een visuele controle in, elke 15 of 30 minuten, en kan om een diversiteit aan redenen worden aangewend (zoals psychische decompensatie, risicoperiodes, kort na opsluiting of wanneer de gedetineerde als suïcidaal werd geïdentificeerd). In de huidige studie waren twee op vijf gedetineerden het onderwerp van een dergelijke maatregel op het moment dat de suïcide plaatsvond. Dit impliceert enerzijds dat een gedetineerde als kwetsbaar of zelfs suïcidaal werd geïdentificeerd in deze gevallen, en anderzijds dat een verhoogd toezicht geen maatregel mag zijn die op zichzelf staat, geïsoleerd van andere preventiestrategieën. Er werd reeds beargumenteerd dat verhoogd toezicht en monitoring elke 15 of 30 minuten een vals gevoel van veiligheid bij het personeel met zich kan meebrengen, alsook dat dit al te vaak gebeurt in afwezigheid van voldoende sociaal contact tussen de gedetineerde in kwestie en het personeel (Sánchez, 2013). Louter *toezicht* van suïcidale gedetineerden volstaat niet. Een benadering van verhoogd toezicht zonder een vorm van emotionele, sociale of zelfs klinische ondersteuning kan door de gedetineerde worden gepercipieerd als controle, eerder dan zorg (Paton & Jenkins, 2005), wat het suïciderisico geenszins reduceert.

4.4 Methode

Studies tonen aan dat tot 90% van alle suïcides in detentie plaatsvinden door middel van ophanging, wurging of verstikking (Gauthier *et al.*, 2015; Gunnell *et al.*, 2005; Hayes, 2012; Shaw *et al.*, 2004), wat wordt bevestigd door de huidige resultaten. Dit is begrijpelijk gezien de restrictieve en gecontroleerde aard van detentie, wat de beschikbaarheid van methoden begrenst, zoals vuurwapens of het innemen van giftige substanties. Daartegenover zijn de mogelijkheden tot verhangings vrij aanwezig in detentie. Hoewel het beperken van methoden voor suïcide in de algemene samenleving een erg effectieve preventiestrategie blijkt te zijn (Zalsman *et al.*, 2016), is dit geen sinecure binnen de muren van de gevangenis. Zoals reeds werd duidelijk gemaakt, waren 28 gedetineerden in staat suïcide te plegen wanneer zij zich in de gecontroleerde omgeving van een veiligheids- of isolatiecel bevonden—alleen door middel van verhangings.

4.5 Methodologische beperkingen

Bij de interpretatie van de resultaten dienen enkele beperkingen in acht te worden genomen. Ten eerste werden enkel overlijdens in deze studie geïnccludeerd waarvan de doodsoorzaak expliciet als 'suïcide' werd geclassificeerd door DG EPI, wat mogelijks inaccuraat kan zijn. Het is namelijk plausibel dat suïcides niet als dusdanig werden erkend, gezien suïcidale intentie moeilijk te achterhalen is op retrospectieve wijze. Studies tonen bijvoorbeeld aan dat suïcides door middel van verdovende middelen—in afwezigheid van een afscheidsbrief—vaak onjuist als een accidentele overdosis worden gecategoriseerd, in het bijzonder bij personen met een gekende voorgeschiedenis van druggebruik (e.g., Bohnert *et al.*, 2013; Donaldson *et al.*, 2006; Olsson *et al.*, 2016). Het lage aantal suïcides door zelfvergiftiging of overdosis in deze studie kan hieraan te wijten zijn, wat een onderschatting van het aantal suïcides zou impliceren.

Een tweede beperking van het onderzoek—inherent verbonden aan de methodologie van een dossierstudie—houdt in dat niet meer kon worden onderzocht dan datgene wat in de dossiers werd geregistreerd. De onderzoekers waren volledig afhankelijk van de kwantiteit en kwaliteit van de gedocumenteerde gegevens, en onderkennen stellig het risico op incorrecte gegevens en de onvolledigheid van data. Alhoewel voor elke gedetineerde demografische en criminologische gegevens beschikbaar waren, bleek de onvolledigheid van relevante data in het bijzonder van toepassing te zijn voor klinische gegevens. Zo was een PSD-dossier in een aantal gevallen niet voorhanden, in het bijzonder voor gedetineerden die kort na de opsluiting suïcide pleegden. Een andere beperking verbonden aan dossierstudies betreft het ontbreken van informatie omtrent andere risicofactoren voor suïcidaliteit. In tegenstelling tot bijvoorbeeld sociodemografische gegevens of andere objectieve feiten (zoals criminologische factoren, een suïcidepoging of psychiatrische voorgeschiedenis) blijft informatie omtrent de subjectieve detentiebeleving van gedetineerden—zoals de relatie met het penitentiair personeel, sociale ondersteuning, pesterijen, een relatiebreuk en (oorzaken van) gevoelens van hopeloosheid of angst—over het algemeen afwezig in het geval van dossierstudies. Nochtans werd duidelijk aangetoond dat deze factoren sterk verklarend zijn voor het suïciderisico bij gedetineerden (Favril & Vander Laenen, 2015; Liebling & Ludlow, 2016; Rivlin *et al.*, 2013). Een mogelijkheid om over deze aspecten meer inzicht te verwerven, alsook over het suïcidaal proces, is het afnemen van interviews bij gedetineerden die een bijna-fatale suïcidepoging ondernamen. Medisch ernstige pogingen kunnen immers als een *proxy* worden gezien voor fatale suïcides (Marzano *et al.*, 2009), waarbij de gedetineerden in kwestie naderhand nog kunnen worden bevraagd over deze relevante factoren die een 'klassieke dossierstudie' overstijgen.

Niettegenstaande bovengenoemde beperkingen heeft de huidige studie—de eerste in België op nationaal niveau—enkele belangrijke implicaties voor suïcidepreventie in detentie.

4.6 Implicaties voor suïcidepreventie

Hoewel binnen het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2012–2020) gedetineerden als een kwetsbare groep worden geïdentificeerd, blijft een uniform en uitgewerkt suïcidepreventiebeleid op nationaal niveau tot op heden uit in de Belgische gevangenissen. Op Vlaams niveau hebben enkele individuele gevangenissen reeds bottom-up initiatieven ontwikkeld, zoals het Meldpunt Zelfmoordpreventie (ZMP) in de gevangenis van Gent, al blijft dit beperkt tot eerder versnipperde initiatieven (De Bruyn, 2016; Favril & Vander Laenen, 2015; van Laake & van den Ameele, 2012). Nochtans leert onderzoek dat een uitgewerkt suïcidepreventiebeleid het vóórkomen van suïcide in detentie kan beperken (Barker, Kõlves, & De Leo, 2014; Konrad *et al.*, 2007). Richtlijnen bestaan reeds voor de Nederlandse gevangenissen (Westendorp *et al.*, 2016), en een ‘draaiboek suïcidepreventie’ voor de Vlaamse gevangenissen wordt anno 2017 uitgewerkt door de suïcidepreventiewerking van de Vlaamse Centra Geestelijke Gezondheid (CGG-SP). Een uitgeschreven draaiboek is in staat praktische handvatten aan te reiken voor de noodzakelijke multidisciplinaire benadering van suïcidaliteit bij gedetineerden. Hierbij is het echter van primordiaal belang dat, op basis van dergelijke (nationale) richtlijnen, een *lokaal* beleid wordt uitgebouwd, toegesneden op maat van de specifieke gevangenis.

Een overkoepelende conclusie die we kunnen maken is dat suïcidepreventie in detentie zich niet exclusief mag richten op restrictieve strategieën en het inperken van opties voor suïcide. Gedetineerden kunnen deze restrictieve maatregelen, zoals verhoogd toezicht of de plaatsing in een veiligheidscel, als onaangenaam en als punitief ervaren vanwege hun depriverende aard. Bijgevolg is het zo dat zulke maatregelen ervoor kunnen zorgen dat gedetineerden niet snel zullen aangeven wanneer men suïcidaal is—en dus hulpzoekend gedrag ontmoedigen (Metzner & Hayes, 2006). In hun kwalitatieve studie vonden Kerkhof en Bernasco (1990) dat veel gedetineerden zich beperkt voelden om suïcidale gedachten en gevoelens te bespreken met het personeel, uit vrees voor negatieve gevolgen (extra controle, plaatsing in een andere cel of verlies van privileges). Ook het onderzoek van Way *et al.* (2013) toonde aan dat vele gedetineerden suïcidale ideatie net ontkennen als een weerspiegeling van de angst om onder een speciaal regime te worden geplaatst. Omwille van deze redenen is het voor het bewakend personeel (extra) moeilijk om risicogedetineerden te identificeren, en in te grijpen in een vroeg stadium van het suïcidaal proces alvorens een suïcidepoging wordt ondernomen. In dit opzicht dient het belang van de dynamische veiligheid te worden benadrukt (Snacken, 2005; Tournel, 2014). Immers, vanuit een goede verstandhouding en kwaliteitsvolle contacten en relaties met het bewakingspersoneel zullen de gedetineerden sneller geneigd zijn toenadering te zoeken tot het personeel, alsook suïcidaliteit te communiceren (Liebling, 2007; Ludlow *et al.*, 2015).

Naast restrictieve preventieve maatregelen die vooral gericht zijn op de fysieke preventie van suïcidaal gedrag, moet dus ook aandacht worden besteed aan de grond van de problematiek. Of zoals Alison Liebling (1992) het formuleerde: *“identifying vulnerability does not comprise a solution in itself, any more than isolation in stripped conditions addresses the problem of suicidal feelings”* (p. 238). De fysieke beperking van suïcidaal gedrag kan enkel nuttig zijn indien gecombineerd met het reduceren van het suïciderisico, door middel van psychosociale interventies (Pratt *et al.*, 2015), geestelijke gezondheidszorg (Marzano *et al.*, 2016) of sociale ondersteuning door het personeel (Ludlow *et al.*, 2015) of door medegedetineerden via *peer support* initiatieven (Bagnall *et al.*, 2015). Gedetineerden die in een (aanhoudende) suïcidale crisis verkeren, zullen vroeg of laat een manier vinden om over te gaan tot suicide, indien gevoelens van wanhoop en hopeloosheid niet worden geadresseerd. Analoog de bevindingen bij psychiatrische patiënten (Berglund, Astrom, & Lindgren, 2016) tonen kwalitatieve studies in de detentiecontext (Marzano *et al.*, 2016; Suto & Arnaut, 2010) duidelijk aan dat suïcidale gedetineerden vooral de behoefte uiten om over hun problemen te praten, gehoord te worden en emotionele ondersteuning te krijgen. Een ‘good practice’ is in dit opzicht het *Assessment, Care in Custody and Teamwork* (ACCT) systeem waarmee in het Verenigd Koninkrijk wordt gewerkt. Deze procedure is gericht op geïndividualiseerde zorg en ondersteuning voor gedetineerden met een verhoogd suïciderisico. Het ACCT-systeem biedt zowel crisis-interventies als multidisciplinaire zorg aan gedetineerden die als suïcidaal zijn geïdentificeerd, met een focus die verder reikt dan de loutere observatie en monitoring van gedetineerden. Dit gebeurt door een geïntegreerd proces op maat op te zetten, teneinde de risicofactoren bij de gedetineerden in kwestie te minimaliseren. Het ZMP zoals geïmplementeerd in de gevangenis van Gent loopt enigszins gelijk met dit ACCT-systeem. Het ZMP is namelijk multidisciplinair samengesteld en heeft als opdracht screening te organiseren bij een verhoogd suïciderisico, assessment na een suïcidepoging, doorverwijzing naar de aangewezen diensten en verdere opvolging van de gedetineerde zo lang als aangewezen (DG EPI, 2011; van Laake & van den Aemele, 2012).

Binnen de context van een multidisciplinair gedragen beleid vormt het penitentiair bewakingspersoneel de hoeksteen van suïcidepreventie binnen de muren van de gevangenis; als eerste lijnsactoren dienen zij alert te zijn voor de vroegtijdige herkenning van (non-)verbale signalen van suïcidaliteit, hetgeen begint bij een opleiding die voldoende aandacht besteedt aan deze problematiek, en idealiter op herhaalde tijdstippen wordt opgefrist. Een adequate basistraining en vormingscontinuïteit voor het personeel wordt inderdaad als een sleutelcomponent voor suïcidepreventie aangehaald door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2007), hetgeen de kennis, het vertrouwen en attitudes omtrent suïcidaliteit kan verbeteren bij het personeel.

Zoals reeds aangehaald (van Laake & van den Aemele, 2012) is het in deze context essentieel dat een suïcidepreventiebeleid zowel centraal als lokaal wordt gedragen, waarbij een actieve ondersteuning van het uitvoerend personeel noodzakelijk is. Naast kwaliteitsvolle vormings- en opleidingsmogelijkheden dient eveneens tijd vrijgemaakt te worden voor het personeel om de deelname aan activiteiten die kaderen binnen suïcidepreventie (zoals een ZMP) mogelijk te maken. Gezien de blijvende besparingen bij Justitie, de aanhoudende overbevolking, en de daaruit volgende stijgende werkdruk voor het personeel, vormt de preventie van suïcide bij gedetineerden in België echter geen (uitgesproken) beleidsmatige prioriteit. Deze realiteit in acht genomen, beklemtonen de auteurs toch dat (meer) aandacht voor suïcidepreventie niet enkel noodzakelijk is om de incidentie van suïcidaal gedrag te reduceren, maar evenzeer een deel uitmaakt van een veilige en humane uitvoering van de vrijheidsberovende straf. Hoewel niet alle suïcides in detentie kunnen worden voorkomen, kan enkel een geïntegreerde aanpak het aantal suïcides—en het leed dat deze veroorzaken bij nabestaanden, medegedetineerden en het gevangenispersoneel—reduceren.

5 CONCLUSIE

In deze dossierstudie werden alle *geregistreerde* suïcides geanalyseerd die plaatsvonden in de Belgische gevangenissen over de periode 2000–2016. Gedurende de onderzoeksperiode overleden 262 gedetineerden door suïcide in detentie—één derde van alle sterfgevallen die in dit tijdsbestek werden gedocumenteerd. Dit stemt overeen met 156.2 suïcides per 100,000 gedetineerden, wat acht maal hoger is dan de suïcide rate in de algemene bevolking in België. Een nog beduidend hoger aantal personen onderneemt een suïcidepoging in detentie zonder een dodelijke afloop. Niettegenstaande deze hoge suïcidecijfers is er vooralsnog geen sprake van een uniform en geïntegreerd suïcidepreventiebeleid in de Belgische gevangenissen. De auteurs beklemtonen dat een dergelijk nationaal beleid binnen de gevangensmuren niet enkel essentieel is om de incidentie van suïcidaal gedrag te reduceren, maar tevens kadert binnen de context van een veilige en humane uitvoering van de vrijheidsberovende straf in België. Idealiter richten preventiemaatregelen zich niet exclusief op vormen van restrictieve preventie, maar omvatten evenzeer (psycho)sociale interventies die zich focussen op de grond van de suïcidale problematiek bij personen die—tijdelijk—in de gevangenis zijn opgesloten.

REFERENTIES

- Aebi, M.F., Tiago, M.M., & Burkhardt, C. (2016). *SPACE I – Council of Europe annual penal statistics: prison populations. Survey 2015*. Strasbourg: Council of Europe.
- Arrigo, B.A., & Bullock, J.L. (2008). The psychological effects of solitary confinement on prisoners in supermax units. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(6), 622-640.
- Bagnall, A.M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G., et al. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC Public Health*, 15:290.
- Barker, E., Kölves, K., & De Leo, D. (2014). Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. *Archives of Suicide Research*, 18(3), 227-240.
- Berglund, S., Astrom, S., & Lindgren, B.M. (2016). Patients' experiences after attempted suicide: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(10), 715-726.
- Blaauw, E., & Kerkhof, A.J.F.M. (1999). *Suïcides in detentie*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Blaauw, E., Kerkhof, A.J.F.M., & Hayes, L.M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 63-75.
- Bohnert, A.S.B., McCarthy, J.F., Ignacio, R.V., Ilgen, M.A., Eisenberg, A., & Blow, F.C. (2013). Misclassification of suicide deaths: examining the psychiatric history of overdose decedents. *Injury Prevention*, 19(5), 326-330.
- Bonner, R.L. (2006). Stressful segregation housing and psychosocial vulnerability in prison suicide ideators. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(2), 250-254.
- Borrill, J. (2002). Self-inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988-2001. *The British Journal of Forensic Practice*, 4(4), 30-38.
- Daniel, A.E., & Fleming, J. (2006). Suicides in a state correctional system, 1992-2002: a review. *Journal of Correctional Health Care*, 12(1), 24-35.
- De Bruyn, P. (2016). *Suïcidepreventie gedetineerden – Initiatieven*. Vlaams Parlement: Schriftelijke vraag nr. 557 (27 mei 2016).
- DG EPI (2011). *Activiteitenverslag 2010*. Brussel: Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen.
- Donaldson, A.E., Larsen, G.Y., Fullerton-Gleason, L., & Olson, L.M. (2006). Classifying undetermined poisoning deaths. *Injury Prevention*, 12(5), 338-343.
- Favril, L., & Vander Laenen, F. (2015). Suïcidaliteit in detentie: over kwetsbare personen in een stressvolle context. *Fatik*, 148, 13-20.
- Favril, L., Vander Laenen, F., & Audenaert, K. (2017). Suïcidaal gedrag bij gedetineerden in Vlaanderen: prevalentie en samenhang met psychische distress. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(4), 203-211.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721-1731.
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191-195.
- Fazel, S., Hayes, A.J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881.
- Fazel, S., Wolf, A., & Geddes, J.R. (2013). Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. *Bipolar Disorders*, 15(5), 491-495.
- Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F., Bauer, P., & Frottier, P. (2004). Suicide in custody: case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 185, 494-498.
- Gauthier, S., Reisch, T., & Bartsch, C. (2015). Swiss prison suicides between 2000 and 2010. *Crisis*, 36(2), 110-116.
- Gisle, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In J. Van der Heyden & R. Charafeddine (Eds.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en welzijn* (pp. 793-955). Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP).
- Grassian, S. (2006). Psychiatric effects of solitary confinement. *Journal of Law & Policy*, 22, 325-383.

- Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., & Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 433-442.
- Haney, C. (2009). The social psychology of isolation: why solitary confinement is psychologically harmful. *Prison Service Journal*, 181, 12-20.
- Hayes, L.M. (2012). National study of jail suicide: 20 years later. *Journal of Correctional Health Care*, 18(3), 233-245.
- Humber, N., Webb, R., Piper, M., Appleby, L., & Shaw, J. (2013). A national case-control study of risk factors among prisoners in England and Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1177-1185.
- Hunt, I.M., Bickley, H., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2013). Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: a case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 144(1-2), 123-128.
- Kaba, F., Lewis, A., Glowa-Kollisch, S., Hadler, J., Lee, D., Alper, H., et al. (2014). Solitary confinement and risk of self-harm among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 104(3), 442-447.
- Kerkhof, A.J.F.M., & Bernasco, W. (1990). Suicidal behavior in jails and prisons in the Netherlands: incidence, characteristics, and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(2), 123-137.
- Konrad, N., Daigle, M.S., Daniel, A.E., Dear, G.E., Frottier, P., Hayes, L.M., et al. (2007). Preventing suicide in prisons, part I. *Crisis*, 28(3), 113-121.
- Liebling, A. (1992). *Suicides in prison*. London: Routledge.
- Liebling, A. (2007). Prison suicide and its prevention. In Y. Jewkes (Ed.), *Handbook on prisons* (pp. 423-446). Cullompton: Willan Publishing.
- Liebling, A., & Ludlow, A. (2016). Suicide, distress and the quality of prison life. In Y. Jewkes, B. Crewe, & J. Bennett (Eds.), *Handbook on prisons* (pp. 224-245). London: Routledge.
- Ludlow, A., Schmidt, B., Akoensi, T., Liebling, A., Giacomantonio, C., & Sutherland, A. (2015). *Self-inflicted deaths in NOMS' custody amongst 18-24 year olds*. Cambridge: RAND Europe.
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E.N., Piper, M., & Fazel, S. (2016). Prevention of suicidal behavior in prisons. *Crisis*, 37(5), 323-334.
- Marzano, L., Rivlin, A., Fazel, S., & Hawton, K. (2009). Interviewing survivors of near-lethal self-harm: a novel approach for investigating suicide amongst prisoners. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16(3), 152-155.
- Metzner, J.L., & Hayes, L.M. (2006). Suicide prevention in jails and prisons. In R. Simon & R. Hales (Eds.), *Textbook of suicide assessment and management* (pp. 139-155). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- O'Driscoll, C., Samuels, A., & Zacka, M. (2007). Suicide in New South Wales prisons, 1995-2005: towards a better understanding. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(6), 519-524.
- OECD (2015). *Health at a glance 2015*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Olsson, M.O., Bradvik, L., Ojehagen, A., & Hakansson, A. (2016). Risk factors for unnatural death: fatal accidental intoxication, undetermined intent and suicide: register follow-up in a criminal justice population with substance use problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 176-181.
- Paton, J., & Jenkins, R. (2005). Suicide and suicide attempts in prisons. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice* (pp. 307-334). New York: Oxford University Press.
- Pratt, D., TARRIER, N., Dunn, G., Awenat, Y., Shaw, J., Ulph, F., et al. (2015). Cognitive-behavioural suicide prevention for male prisoners: a pilot randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(16), 3441-3451.
- Preti, A., & Cascio, M.T. (2006). Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002. *Medicine Science and the Law*, 46(2), 127-134.

- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427-432.
- Rabe, K. (2012). Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), 222-230.
- Radeloff, D., Lempp, T., Kettner, M., Rauf, A., Bennefeld-Kersten, K., & Freitag, C.M. (2017). Male suicide rates in German prisons and the role of citizenship. *PLoS ONE*, 12(6), e0178959.
- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2013). Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PLoS ONE*, 8(7): e68944.
- Sánchez, H.G. (2013). Suicide prevention in administrative segregation units: what is missing? *Journal of Correctional Health Care*, 19(2), 93-100.
- Shalev, S. (2014). Solitary confinement as a prison health issue. In S. Enggist, L. Møller, G. Galea, & C. Udesen (Eds.), *Prisons and health* (pp. 27-35). Geneva: World Health Organization.
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I.M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 184, 263-267.
- Smith, S.P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: a brief history and review of the literature. *Crime and Justice*, 34(1), 441-528.
- Snacken, S. (2005). Forms of violence and regimes in prison: report of research in Belgian prisons. In A. Liebling & S. Maruna (Eds.), *The effects of imprisonment* (pp. 306-342). Collumpton: Willan Publishing.
- Suto, I., & Arnaut, G.L.Y. (2010). Suicide in prison: a qualitative study. *The Prison Journal*, 90(3), 288-312.
- Tournel, H. (2014). *De gevangenisbewaarder: het professioneel leven in beeld*. Antwerpen: Maklu.
- van Laake, H., & van den Aamele, R. (2012). Reflecties inzake suïcidepreventie in een detentiecontext. *Panopticon*, 33(6), 582-586.
- Way, B.B., Kaufman, A.R., Knoll, J.L., & Chlebowski, S.M. (2013). Suicidal ideation among inmate-patients in state prison: prevalence, reluctance to report, and treatment preferences. *Behavioral Sciences & the Law*, 31(2), 230-238.
- Webb, R.T., Shaw, J., Stevens, H., Mortensen, P.B., Appleby, L., & Qin, P. (2012). Suicide risk among violent and sexual criminal offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(17), 3405-3424.
- Westendorp, J.A., Don, W.S., Klaphake, P.J.M., Leong, J., & Ploem, D.J. (2016). *Handreiking multidisciplinaire diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag in detentie voor zorgprofessionals binnen DJI*. Amsterdam: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- WHO (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.

Bijlage 1. Demografische, criminologische en suicide-gerelateerde factoren, opgesplitst naar detentiestatus; N (%).

Variabele	Totaal (N=262)	DETENTIESTATUS		
		Beklaagd (N=109)	Veroordeeld (N=106)	Geïnterneerd (N=47)
Geslacht (man)	248 (94.7)	103 (94.5)	102 (96.2)	43 (91.5)
Leeftijd				
18–24	31 (11.8)	16 (14.7)	11 (10.4)	4 (8.5)
25–34	95 (36.3)	34 (31.2)	42 (39.6)	19 (40.4)
35–44	79 (30.2)	24 (22.0)	42 (39.6)	13 (27.7)
45–54	36 (13.7)	20 (18.3)	9 (8.5)	7 (14.9)
55–64	16 (6.1)	11 (10.1)	2 (1.9)	3 (6.4)
≥65	5 (1.9)	4 (3.7)	0 (0.0)	1 (2.1)
Nationaliteit (Belg)	203 (77.5)	81 (74.3)	81 (76.4)	41 (87.2)
Burgerlijke status (gehuwd)	65 (24.8)	39 (35.8)	23 (21.7)	3 (6.4)
Kind(eren) (ja)	90 (34.5)	41 (37.6)	42 (39.6)	7 (14.9)
Voorgaande detentie(s)	97 (47.5)	33 (30.3)	71 (67.0)	19 (40.4)
Tijd sinds initiële opsluiting ^a				
≤ 24 uur	21 (8.0)	17 (15.6)	3 (2.8)	0 (0.0)
>1 dag – 1 week	16 (6.1)	17 (15.6)	2 (1.9)	2 (4.3)
>1 week – 1 maand	76 (29.0)	15 (13.8)	0 (0.0)	1 (2.1)
>1– 6 maanden	39 (14.9)	39 (35.8)	25 (23.6)	12 (25.5)
>6– 12 maanden	67 (25.6)	14 (12.8)	17 (16.0)	8 (17.0)
>1–5 jaar	23 (8.8)	7 (6.4)	44 (41.5)	16 (34.0)
>5 jaar	21 (8.0)	0 (0.0)	15 (14.2)	8 (17.0)

(tabel wordt vervolgd op de volgende pagina)

Bijlage 1. (vervolg)

Variabele	Totaal (N=262)	DETENTIESTATUS		
		Beklaagd (N=109)	Veroordeeld (N=106)	Geïnterneerd (N=47)
Tijd sinds laatste transfer ^b				
≤ 24 uur	22 (8.4)	17 (15.6)	4 (3.8)	1 (2.1)
>1 dag – 1 week	35 (13.4)	20 (18.3)	13 (12.3)	2 (4.3)
>1 week – 1 maand	24 (9.2)	17 (15.6)	5 (4.7)	2 (4.3)
>1– 6 maanden	93 (35.5)	39 (35.8)	37 (34.9)	17 (36.2)
>6– 12 maanden	42 (16.0)	12 (11.0)	20 (18.9)	10 (21.3)
>1–5 jaar	41 (15.6)	4 (3.7)	26 (24.5)	11 (23.4)
>5 jaar	5 (1.9)	0 (0.0)	1 (0.9)	4 (8.5)
Type misdrijf (meest ernstig)				
Seksueel delict	42 (16.0)	20 (18.3)	15 (14.2)	7 (14.9)
Levensdelict	85 (32.4)	46 (42.2)	23 (21.7)	16 (34.0)
Vermogensdelict	76 (29.0)	25 (22.9)	40 (37.7)	11 (23.4)
Drugsdelict	29 (11.1)	8 (7.3)	20 (18.9)	1 (2.1)
Ander delict	30 (11.5)	10 (9.2)	8 (7.5)	12 (25.5)
Locatie ^c				
Monocel ^d	151 (60.6)	62 (59.0)	58 (58.0)	31 (70.5)
Meerpersoonscel	60 (24.1)	33 (31.4)	20 (20.0)	7 (15.9)
Veiligheidscel/isolatie	28 (11.2)	4 (3.8)	21 (21.0)	3 (6.8)
Buiten cel (in gevangenis)	9 (3.6)	5 (4.8)	1 (1.0)	3 (6.8)
Buiten gevangenis	1 (0.4)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

(tabel wordt vervolgd op de volgende pagina)

Bijlage 1. (vervolg)

Variabele	Totaal (N=262)	DETENTIESTATUS		
		Beklaagd (N=109)	Veroordeeld (N=106)	Geïnterneerd (N=47)
Dag (weekend) ^e	76 (29.0)	34 (31.2)	30 (28.3)	12 (25.5)
Timing ^c				
00:01 – 03:00	32 (12.9)	14 (13.3)	12 (12.0)	6 (13.6)
03:01 – 06:00	37 (14.9)	15 (14.3)	17 (17.0)	5 (11.4)
06:01 – 09:00	16 (6.4)	6 (5.7)	6 (6.0)	4 (9.1)
09:01 – 12:00	24 (9.6)	10 (9.5)	12 (12.0)	2 (4.5)
12:01 – 15:00	22 (8.8)	10 (9.5)	9 (9.0)	3 (6.8)
15:01 – 18:00	42 (16.9)	19 (18.1)	15 (15.0)	8 (18.2)
18:01 – 21:00	38 (15.3)	18 (17.1)	12 (12.0)	8 (18.2)
21:01 – 24:00	38 (15.3)	13 (12.4)	17 (17.0)	8 (18.2)
Methode ^c				
Verhanging/wurging	224 (90.0)	95 (90.5)	88 (88.0)	41 (93.2)
Snijden	8 (3.2)	5 (4.8)	3 (3.0)	0 (0.0)
Springen van hoogte	7 (2.8)	3 (2.9)	2 (2.0)	2 (4.5)
Zelfvergiftiging/overdosis	9 (3.6)	1 (1.0)	7 (7.0)	1 (2.3)
Ander	1 (0.4)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Afscheidsbrief ^c	49 (19.7)	22 (21.0)	17 (17.0)	10 (22.7)
Onder verhoogd toezicht ^{c,f}	104 (41.8)	45 (45.7)	40 (40.0)	16 (36.4)

Noot: Klinische variabelen werden niet opgenomen in de tabel omwille van missing data; in het bijzonder voor beklaagden. ^a Tijd van initiële opsluiting tot suïcide. ^b Tijd tot suïcide sinds laatste transfer naar de gevangenis alwaar de suïcide plaatsvond (voor de groep gedetineerden zonder transfer vormt de referentiedatum de initiële opsluiting). ^c N=249. ^d Betref een cel waar de persoon in kwestie alleen verbleef, zonder celgenoot. ^e Zaterdag en zondag. ^f Betref een speciaal regime waarbij de gedetineerde elke 15 of 30 minuten visueel wordt gecontroleerd in diens eigen cel, of het verblijf in een veiligheidscel (onafgezien de reden daartoe) waar standaard een verhoogd toezicht van toepassing is.

Bijlage 2. Aantal suïcides geïdentificeerd in de huidige studie versus jaarverslagen DG EPI.

Jaar	Jaarverslag DG EPI	Huidige studie	Vershil
2000	16	19	3
2001	21	23	2
2002	20	22	2
2003	10	11	1
2004	8	8	0
2005	11	13	2
2006	11	14	3
2007	13	14	1
2008	15	16	1
2009	12	13	1
2010	19	20	1
2011	12	12	0
2012	13	13	0
2013	14	15	1
2014	18	20	2
2015	16	16	0
2016	12	13	1
Totaal	241	262	21

