



PROCES EN UITKOMSTEVALUATIE
VAN DE CENTRALE AANMELDINGSPUNTEN
VOOR DRUGGEBRUIKERS
IN DE BELGISCHE GEVANGENISSEN

SAMENVATTING



STIJN VANDEVELDE, FREYA VANDERLAENEN,
WOUTER VANDERPLASSCHEN & LANA DE CLERCQ



BENJAMIN MINE & ERIC MAES

IN SAMENWERKING MET DE FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID EN
LEEFMILIEU EN DE FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE



Promotoren

Stijn Vandevelde, Freya Vander Laenen, Wouter Vanderplasschen,
Benjamin Mine & Eric Maes

Onderzoekers

Lies Deckers, Benjamin Mine, Lana De Clercq & Elke Cole

Buitenlandse partner

Charlie Lloyd

University of York, Department of Health Sciences

INHOUD

1. Aanleiding en context van het onderzoek.....	1
1.1. Situatie in Europese gevangenissen.....	1
1.2. Drughulpverlening in Europese gevangenissen.....	1
1.3. De Belgische context.....	2
1.4. Hiaat in de (drug)hulpverlening in Belgische gevangenissen.....	3
2. Methodologie en onderzoeksvragen.....	4
3. Conclusies.....	5
3.1. Informeren: Aantal bereikte cliënten en cliëntprofiel (WP1).....	5
3.2. Motiveren: Wat bevordert en belemmert de motivatie tot begeleiding of behandeling? (WP3, WP5).....	6
3.3. Doorverwijzen: Aantal doorverwijzingen en factoren die doorverwijzing faciliteren of bemoeilijken (WP1, WP3, WP4).....	7
3.4. Signalering als vierde bijkomende hoofddoelstelling (WP2, WP4).....	8
3.5. De meerwaarde van een gespecialiseerd aanmeldingspunt in de gevangenis wordt door alle stakeholders erkend (WP1-WP5).....	11
3.6. Essentiële randvoorwaarden voor een optimale werking van de aanmeldingspunten in de gevangenis (WP2-WP5).....	12
3.7. Onderzoek naar de werking en verderzetting van de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in de gevangenis.....	13
4. Aanbevelingen naar praktijk en beleid.....	13
4.1. Wetgeving en huidige beleidscontext.....	14
4.2. Aanbevelingen op het niveau van bekendmaking.....	15
4.3. Aanbevelingen op het niveau van de eigenlijke werking.....	16
4.4. Aanbevelingen op het niveau van samenwerking en netwerkvorming.....	21
4.5. Aanbevelingen op het niveau van beleid.....	21
Referenties.....	23

Situering

Dit document is een uitgebreide samenvatting van de proces- en uitkomststudie van de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in de Vlaamse, Brusselse en Waalse gevangenissen. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Federaal Wetenschapsbeleid BELSPO en werd mogelijk gemaakt dankzij een cofinanciering van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu én de Federale Overheidsdienst Justitie. De studie liep van 1 december 2014 tot en met 31 oktober 2016 en werd uitgevoerd door de Universiteit Gent, vakgroep Orthopedagogiek en vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal recht en het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC). Het doel van deze samenvatting is het geven van een overzicht van de hoofdbevindingen van het wetenschappelijk onderzoek met aandacht voor praktijk- en beleidsaanbevelingen. Het volledig rapport is beschikbaar op de website van BELSPO.

1. Aanleiding en context van het onderzoek

1.1. Situatie in Europese gevangenissen

Onderzoek wijst op een hoge prevalentie van gebruik en misbruik van alcohol en/of illegale middelen bij gedetineerden (Fazel & Seewald, 2012; EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012; Enggist et al., 2014). Gemiddeld gezien komt dit gebruik of misbruik meer voor bij gedetineerden dan bij de algemene populatie (EMCDDA, 2012; Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Enggist et al., 2014). Een reviewstudie toont aan dat er bij 18% tot 30% van de gedetineerde mannen en bij 10% tot 24% van de gedetineerde vrouwen sprake is van alcoholmisbruik of afhankelijkheid. Voor illegaal drugmisbruik zijn de prevalentiecijfers hoger, variërend van 10% tot 48% bij de mannelijke populatie en 30% tot 60% bij de vrouwelijke populatie bij intrede in de gevangenis (Fazel, Bains & Doll, 2006; Fazel & Seewald, 2012). Uit studies, uitgevoerd in 15 Europese landen sinds 2000, blijkt dat tussen de 2% en 56% van de gedetineerden enige vorm van drugs heeft gebruikt tijdens detentie (EMCDDA, 2001). Cannabis wordt het meest frequent gebruikt, gevolgd door cocaïne en heroïne (Bullock, 2003).

De wederzijdse relatie tussen middelengebruik en betrokkenheid in criminele feiten werd reeds frequent beschreven in de literatuur (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Bennett, Holloway & Farrington, 2008; Esbec & Echeburua, 2016; Martin, O'Connell, Paternoster & Bachman, 2011). 17% van de Europese gedetineerden verblijft in detentie wegens het plegen van misdrijven gerelateerd aan druggebruik, drugsbezit of het dealen van drugs (Aebi & Del Grande, 2013). Gedetineerden die regelmatig alcohol of drugs gebruiken, zouden bovendien meer kans lopen om te recidiveren en zouden vaker hervallen in middelenmisbruik (Belenko, 2006; Cartier, Farabee & Prendergast, 2006).

1.2. Drughulpverlening in Europese gevangenissen

Bij gedetineerden is er vaak sprake van een grote complexiteit aan gezondheids- of psychische moeilijkheden (Rutherford & Duggan, 2009). Het tegemoet komen aan deze uiteenlopende en vaak verweven noden is binnen de Europese Unie als een prioriteit erkend (EMCDDA, 2012). Aangepaste drughulpverlening aan gedetineerden kan immers zowel druggebruik als recidive verminderen (Enggist et al., 2014). Het 'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction' (EMCDDA) stelde in 2012 een overzicht op omtrent de beschikbare drughulpverleningsvormen binnen Europese gevangenissen. Het maakte hierbij een onderscheid tussen interventies gericht op het verminderen van de vraag naar drugs, interventies gericht op schadebeperking en interventies met de focus op de link met de gemeenschap.

Interventies gericht op het verminderen van gebruik omvatten prison-based therapeutische gemeenschappen, substitutie-en detoxificatiebehandelingen, drugvrije afdelingen en zelfhulpgroepen. Deze interventies blijken positieve resultaten op te leveren met betrekking tot recidive en druggebruik, maar worden slechts in beperkte mate ingezet (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Galassi, Mpofu & Athanasou, 2015). Schadebeperkende maatregelen, waaronder vaccinaties, worden in verschillende gevangenissen voorzien, zowel proactief als enkel op vraag van de gedetineerde. Ontsmettingsmiddelen om naalden te kunnen ‘cleanen’ zijn vaak niet aanwezig in de Europese gevangenissen en spuitenruil is enkel in een beperkt aantal landen een mogelijkheid voor de gedetineerden (EMCDDA, 2012).

Verder richten een aantal Europese gevangenissen zich op throughcare-initiatieven. Deze initiatieven focussen zich op continuïteit van zorg en ondersteuning tussen de gevangenis en de gemeenschap en omgekeerd (MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). Fox et al. (2005, p. 1) omschrijven throughcare als: *“Arrangements for managing the continuity of care which begin at an offender’s first point of contact with the criminal justice system through custody, court, sentence, and beyond into resettlement.”* De EMCDDA (2012, p. 23) benadrukt het belang van throughcare: *“the importance of establishing a liaison between prison and community-based programmes in order to achieve continuity of treatment and longer-term benefits”*. Daar waar throughcare-diensten bestaan, blijken ex-gedetineerden immers minder vaak te hervallen in druggebruik of in criminele feiten (Stöver, Weilandt, Zurhold, Hartwig & Thane, 2008; Belenko, Hiller & Hamilton, 2013). Het UNODC (2008) is van mening dat aftercare in principe het laatste element is van effectieve throughcare. Aftercare wordt beschreven als een rehabilitatie- of re-integratieschema dat gedetineerden actief ondersteunt na het vrijkomen uit de gevangenis (UNODC, 2008). Fox et al. (2005, p. 1) beschrijven aftercare als: *“Aftercare is a package of support that needs to be in place after a drug-misusing offender reaches the end of a prison-based treatment programme, completes a community sentence or leaves treatment.”*

Internationale throughcare-en aftercare interventies variëren van een specifieke afdeling gericht op re-integratie (Cox, 2013; Powis, Walton & Randhawa, 2014; Lloyd, Russell & Liebling, 2014), naar het verderzetten van therapie of nazorg na vrijlating (Torrens & Ruiz, 2015) tot het intensief betrekken van families (EMCDDA, 2001). Daarnaast is ‘peer support’ een gevestigde waarde in de gevangenissen van Engeland en Wales. Peer-gerichte interventies blijken effectief te zijn in het reduceren van risicogedrag en het verbeteren van de geestelijke gezondheid van de deelnemende gedetineerden (Bagnall et al., 2015). Voornamelijk de stimulans en voorbeeldfunctie van peers blijken essentieel in het initiëren van betrokkenheid en het ondersteunen van blijvende participatie (Humphreys & Lembke, 2014). In de peer-gerichte interventie ‘listener schemes’ wordt sterk ingezet op ervaringsdeskundigheid. Gedetineerden worden getraind tot ‘listeners’ om medegedetineerden emotioneel te ondersteunen (Jaffe, 2012). Ervaringsdeskundigheid biedt een grote meerwaarde aangezien factoren die het herstelproces bevorderen of belemmeren vanuit de eigen ervaring snel gedetecteerd en ten gronde begrepen worden (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013).

1.3. De Belgische context

De Belgische gevangenissen kampen met een groot aantal gedetineerden met een middelenproblematiek. Ongeveer twee derde van de gedetineerden geeft aan ooit in hun leven illegale producten te hebben gebruikt. Hiervan verklaarde één derde een illegaal product te hebben gebruikt tijdens detentie en 11,7% gaf aan een illegaal product voor de eerste keer te hebben gebruikt tijdens de opsluiting in een penitentiaire setting (EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012).

Binnen de Belgische gevangenissen zijn reeds een aantal initiatieven bekend om het druggebruik binnen de gevangenisstraf en de negatieve gevolgen ervan terug te dringen (Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid, 2010; Van Malderen, 2012). Zo kunnen gedetineerden met een opiaatverslaving sinds 2006 beroep doen op substitutiebehandeling met methadon of buprenorphine. In een aantal gevangenissen betreft deze vorm van behandeling echter enkel detoxificatie en wordt het nauwelijks in functie van een onderhoudsbehandeling aangeboden (Vander Laenen et al., 2013). Daarnaast werden in verschillende Waalse gevangenissen preventieprojecten opgericht, waaronder 'Boule de Neige', 'Détenus Contact Santé' en 'Prévenez-vous', waarbij gedetineerden opgeleid worden rond preventie van risico's die met druggebruik gepaard gaan. Naast preventiegerichte interventies zijn er in België enkele interventies beschikbaar die zich richten op therapeutische begeleiding van gedetineerden tijdens de detentieperiode. Zo biedt het penitentiair landbouwcentrum van Ruiselede sinds 1995 het 'B.Leave' programma aan voor gedetineerden die veroordeeld zijn voor drugsfeiten of die kampen met een verslavingsproblematiek. Het 'Schakels' programma werd aanvullend op het 'B.Leave' programma ontwikkeld en richt zich op terugvalpreventie en sociale vaardigheidstraining (Van Luchene, 2013). Daarnaast is er sinds 2009 in het penitentiair complex van Brugge een drugvrije afdeling 'D-side' en is er sinds 2012 het 'Kortdurend drugprogramma voor druggebruikende gedetineerden' voorhanden. Ook in Hasselt werd in 2015 een drugvrije afdeling in de gevangenis opgericht (Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw, 2016).

Sinds 2011 werden in alle Vlaamse, Brusselse en Waalse gevangenissen centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers georganiseerd of gecontinueerd. Voor Vlaanderen werd het Centraal Aanmeldingspunt voor drugs (CAP) vanaf 1 maart 2011 georganiseerd in 14 Vlaamse gevangenissen vanuit de Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) in opdracht van de Federale Overheidsdienst (FOD) Justitie, Dienst Gezondheidszorg. Eind 2011 werden aanmeldingspunten geïnstalleerd in de Brusselse (Le Prisme) en Waalse gevangenissen (Step by Step). De centrale aanmeldingspunten zijn ontstaan vanuit de vaststelling dat gedetineerden bij de vrijlating een moeizame aansluiting vinden met de (drug)hulpverlening. Vanuit een throughcare perspectief zetten de aanmeldingspunten in op continuïteit van zorg en ondersteuning tussen de gevangenis en de gemeenschap. De medewerkers van de centrale aanmeldingspunten zijn drughulpverleners, die een liaisonfunctie vervullen tussen de gevangenis en de drughulpverlening buiten de gevangenis. Ze ondersteunen gedetineerde druggebruikers bij de zoektocht naar een gepaste hulpverlening na detentie. Aan de hand van individuele gesprekken, die op vaste tijdstippen plaatsvinden in de gevangenis, worden volgende doelstellingen nagestreefd: (1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening. Sinds 2011 financierde de FOD Justitie de werking van de aanmeldingspunten. Bij de communautarisering van de (drug)hulpverlening werden de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers echter niet overgedragen naar de gemeenschappen. De FOD Justitie gaf hierbij te kennen de financiering niet langer te kunnen dragen en een negatief advies van de inspectie Financiën rond de verdere financiering van de aanmeldingspunten leidde tot de stopzetting van deze aanmeldingspunten. Op 1 mei 2016 werd de werking van het CAP en in september 2016 de werking van Step by Step en Le Prisme dan ook ontbonden omwille van het beëindigen van de financiering.

1.4. Hiaat in de (drug)hulpverlening in Belgische gevangenissen

Ondanks de ontwikkeling van verscheidene initiatieven die zich richten op (drug)hulpverlening voor gedetineerden bereikt het bestaande aanbod maar een klein aantal van de gedetineerden. Bovendien is

dit hulpverleningsaanbod in de Belgische gevangenissen onvoldoende coherent uitgebouwd en wordt er onvoldoende ingezet op continuïteit van zorg (De Pauw, De Valck & Vander Laenen, 2009; Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). Uit het rapport van de WHO (2014) blijkt dat het aanbod van preventie, behandeling en schadebeperkende maatregelen in gevangenissen in de EU-lidstaten tot op heden ontoereikend is in vergelijking met zorginitiatieven die zich in de laatste 30 jaar ontwikkelden in de gemeenschap (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Throughcare- en aftercare initiatieven worden internationaal en in België tot op heden onvoldoende effectief geïmplementeerd en afgestemd op de specifieke noden van de gevangenispopulatie (MacDonald, Williams & Kane, 2012).

Met de recente stopzetting van het CAP, Le Prisme en Step by Step lijkt dit volwaardig (drug)hulpverleningsaanbod voor gedetineerden verder weg dan ooit. In de drugsstrategie (2013-2020) van de Europese Unie staat echter uitdrukkelijk vermeld dat er aandacht moet uitgaan naar het versterken en uitbreiden van een kwaliteitsvolle zorg voor druggebruikers in de gevangenissen, teneinde een zorgniveau te bereiken dat gelijkwaardig is aan wat in de gemeenschap wordt aangeboden. Ook de Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (B.S. 1 februari 2005; hierna Basiswet) en de recente aanbevelingen naar aanleiding van de UN General Assembly (2016, p13-14) zijn duidelijk: *“Ensure non-discriminatory access to health, care and social services in prevention, primary care and treatment programmes, including those offered to persons in prison or pretrial detention, which are to be on a level equal to those available in the community.”*

2. Methodologie en onderzoeksvragen

Het PROSPER project richtte zich op de evaluatie van de werking en effecten van de aanmeldingspunten in de gevangenissen in Wallonië, Vlaanderen en Brussel. Dit werd nog niet wetenschappelijk onderzocht. Deze studie had daartoe een driedelige doelstelling:

1. De werking van de aanmeldingspunten evenals de effecten ervan op de zorgtrajecten van druggebruikers die een misdrijf hebben gepleegd, onderzoeken.
2. Het in kaart brengen van hoe de aanmeldingspunten gepercipieerd worden door de verschillende betrokkenen en dit met aandacht voor de werking, sterke punten, werkpunten en toekomstige uitdagingen en opportuniteiten.
3. Het formuleren van beleidsaanbevelingen rond het eventueel verderzetten, uitbreiden en/of aanpassen van de werking van de aanmeldingspunten.

Het project maakte gebruik van een multi-method benadering en bestaat uit zes werkpakketten (WP). WP 1 (hoofdstuk 1) ving aan met een (inter)nationaal literatuuroverzicht over de beschikbaarheid aan hulpverlening en throughcare-initiatieven voor gedetineerden met een verslavingsproblematiek. Vervolgens werd een secundaire analyse van de databanken van de aanmeldingspunten uitgevoerd om de werking van de aanmeldingspunten in kaart te brengen en de resultaten van de gerealiseerde doorverwijzingen te analyseren.

Het tweede WP (hoofdstuk 3) richtte zich op de relatie tussen de ondersteuning die geboden werd door de aanmeldingspunten en drie recidive-indicatoren (opening van nieuwe dossiers op het niveau van het correctioneel parket, registratie van nieuwe veroordelingsbulletins in het Centraal Strafregister en heropsluiting in de gevangenis). Deze indicatoren werden door middel van multivariate

analysetechnieken vergeleken in twee groepen van ex-gedetineerden afkomstig uit de beschikbare databanken van de aanmeldingspunten.

WP drie (hoofdstuk 4) onderzocht hoe de verschillende betrokkenen de werking van de aanmeldingspunten percipieerden. Aan de hand van interviews werd de meerwaarde van de aanmeldingspunten, belemmerende factoren bij een optimale werking en suggesties voor verbetering bevestigd. Vier respondentgroepen werden bevestigd: medewerkers van de aanmeldingspunten; externe hulpverleners die op regelmatige basis cliënten van de aanmeldingspunten begeleiden of behandelen; justitiële actoren die regelmatig contact hebben met de cliënten van de aanmeldingspunten en, in Vlaanderen, medewerkers van het Justitieel Welzijnswerk (JWW); cliënten van de aanmeldingspunten. De interviews werden geanalyseerd door middel van het kwalitatief softwarepakket NVivo.

In het vierde WP (hoofdstuk 2) werden drie gestandaardiseerde registratieformulieren en één telefonische follow-up vragenlijst uitgewerkt. Aan de hand van een prospectief design werden de cliëntkenmerken van nieuwe cliënten met het intake registratieformulier in kaart gebracht. Deze cliënten werden na zes maanden telefonisch gecontacteerd, waarbij gepeild werd naar hun huidige psychosociaal functioneren en de effecten van de aanmeldingspunten op hun huidige begeleiding of behandeling. Daarnaast werd het takenpakket van de medewerkers van de aanmeldingspunten geobjectiveerd aan de hand van een cliëntgebonden en een cliënt-overstijgend registratieformulier.

Het vijfde WP focuste op de ontwikkeling en implementatie van een motivatie-bevorderend kortdurend groepsprogramma voor gedetineerden met een drugsproblematiek in de gevangenis van Gent (hoofdstuk 5). Aanvullend werd een haalbaarheidsstudie uitgevoerd met betrekking tot de implementatie van dit programma, waarbij de perceptie van verschillende betrokkenen werd bevestigd: CAP-stafleden; personeel van externe diensten die geregeld CAP-clieënten begeleiden of behandelen en die deelnemers van het programma hebben gevolgd; stafleden van justitie die regelmatige contacten hebben met CAP-clieënten; en deelnemers van het programma.

WP 6 integreerde de resultaten van de bovenvermelde werkpakketten. Hierbij werd een antwoord gezocht op vragen met betrekking tot (1) de meerwaarde van de aanmeldingspunten m.b.t. behandelingsgerelateerde indicatoren en recidive; (2) de procesevaluatie gebaseerd op de percepties van belangrijke betrokkenen met aandacht voor sterktes, mogelijke valkuilen en toekomstige uitdagingen en opportuniteiten; en (3) praktijk -en beleidsaanbevelingen m.b.t. het verder continueren, uitbreiden en/of aanpassen van de aanmeldingspunten.

WP 1, 4 en 5 werden door Universiteit Gent uitgevoerd. Het tweede WP werd door het NICC uitgewerkt en WP 3 en 6 werd door beide onderzoeksgroepen uitgevoerd.

3. Conclusies

De rapportage van de conclusies wordt gestructureerd aan de hand van de hoofddoelstellingen van de aanmeldingspunten, met name (1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening. Op basis van de bevindingen van het onderzoek werd een vierde hoofddoelstelling duidelijk, met name signalering, waarop verder in deze samenvatting wordt teruggekomen.

3.1. Informeren: Aantal bereikte cliënten en cliëntprofiel (WP1)

Het verschaffen van informatie rond beschikbare behandeling vormde de eerste hoofddoelstelling van de aanmeldingspunten. Op basis van de bestaande registratiesystemen, werd vastgesteld dat er zich in

2014 (referentiejaar van de studie) in totaal 2182 cliënten hebben aangemeld bij de aanmeldingspunten in Brussel, Wallonië en Vlaanderen. Hiervan hadden 80,2% van de cliënten één of meerdere malen een (intake)gesprek. Over de geregistreerde jaren heen (2012-2014) bleef het absolute aantal geziene cliënten ongeveer stabiel. De Belgische gevangenispopulatie en in navolging hiervan ook de aanmeldingen bij de aanmeldingspunten zijn binnen de registratieperiode stelselmatig gestegen (zo steeg de gevangenispopulatie van 11107 personen in 2012 en 11732 in 2013 tot 11769 personen in 2014) (FOD Justitie, 2016; Statistics Belgium, 2015). Deze stijging werd niet opgevangen door een toename van het aantal medewerkers, waardoor een groot aantal cliënten (19,8%) niet gezien kon worden door de medewerkers van de aanmeldingspunten mede door de wachttijd tussen de aanmelding en het eerste gesprek.

Aan de hand van een secundaire analyse van de databanken van de aanmeldingspunten werd het cliëntprofiel van de aangemelde cliënten in kaart gebracht. De meerderheid van de aangemelde cliënten was tussen de 20 en 35 jaar oud en mannelijk. De aanmeldingspunten bleken een iets oudere doelgroep en meer vrouwelijke gedetineerden te bereiken in vergelijking met de algemene gevangenispopulatie. 78% van de cliënten van de aanmeldingspunten had de Belgische nationaliteit. Dit percentage ligt beduidend hoger dan de algemene detentiepopulatie (FOD Justitie, 2015). Dit verschil wijst mogelijk op het moeilijk bereiken van personen met een niet-Belgische nationaliteit. De percentages veroordeelde en beklaagde cliënten waren vergelijkbaar over de drie aanmeldingspunten heen. Gemiddeld was 47,4% van de cliënten veroordeeld en zat 46,3% in voorhechtenis. De aanmeldingspunten zagen in verhouding meer beklaagden en minder veroordeelden in vergelijking met het aantal beklaagden en veroordeelden in detentie in het jaar 2014 (FOD Justitie, 2015). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een deelname van de beklaagde aan (drug)hulpverlening één van de voorwaarden kan zijn voor een vrijheid onder voorwaarden. Daarnaast zagen de aanmeldingspunten gemiddeld minder geïnterneerden in vergelijking met het aandeel geïnterneerden in de gehele gevangenispopulatie (FOD Justitie, 2015). Betreffende het misbruik van verslavende middelen behoren opiaten (zowel heroïne als substitutiemedicatie), maar ook alcohol tot de vaakst vermelde hoofdproducten. Daarnaast werd misbruik van cannabis frequent aangehaald. Amfetamines werden opvallend meer vermeld bij het CAP in vergelijking met Step by Step en Le Prisme. Het is onduidelijk wat dit verschil veroorzaakt.

3.2. Motiveren: Wat bevordert en belemmert de motivatie tot begeleiding of behandeling? (WP3, WP5)

Verder waren de aanmeldingspunten gericht op het verhogen van de motivatie en bereidheid tot behandeling bij de aangemelde cliënten. Op basis van de bevindingen van WP 3 en 5 werden factoren die de motivatie bevorderen of belemmeren in kaart gebracht.

De bevraagde actoren (WP3) zagen als sterk punt van de aanmeldingspunten dat zij als onafhankelijke diensten werkten, waardoor met een neutrale blik naar cliënten gekeken werd. Medewerkers zouden op deze manier de focus op het positieve en de mogelijkheden van de cliënt behouden. Aansluitend werd het beroepsgeheim van de medewerkers door verscheidene betrokkenen als een noodzaak ervaren. Ook cliënten gaven aan dat het beroepsgeheim hun vertrouwen in de medewerkers van de aanmeldingspunten versterkte. Het maakte een open en vrije communicatie mogelijk, wat de laagdrempeligheid van de aanpak bevorderde. Daarnaast hechtten de cliënten van de aanmeldingspunten veel belang aan de persoonlijke invulling van het takenpakket van de medewerkers. De cliënten apprecieerden voornamelijk de zorgzame houding en emotionele steun die de medewerkers boden. Deze empathische, niet-intrusieve en onbevooroordeelde houding en werkwijze verhoogde de motivatie om in de (drug)hulpverlening te stappen.

Daarnaast vermeldden de bevroegde hulpverleners dat de wachttijden tussen de beslissing van de gedetineerde om zich aan te melden, het eerste gesprek en de opstart van de begeleiding of behandeling de motivatie tot deelname aan een behandeling of begeleiding negatief beïnvloedde. Enkele cliënten formuleerden de wachttijd tot een eerste gesprek met een medewerker van het aanmeldingspunt als een werkpunt (WP3). Afname van de motivatie tot behandeling werd ook binnen het onderzoek over de drugbehandelingskamer geassocieerd met een verminderde deelname aan verschillende vormen van behandeling (Dekkers & Vanderplasschen, 2013; Vander Laenen et al., 2013; Evans, Li & Hser, 2009).

Uit kwalitatieve interviews met de participanten van ‘DRUGS de baas?!’ (WP5), een kortdurend motivatieprogramma in de gevangenis dat werd ontwikkeld en uitgevoerd door De Kiem in functie van dit onderzoek, blijkt dat de motivatie om deel te nemen zeer verscheiden was. Het goed willen doen voor familie, het perspectief op een drugvrij leven, en de mogelijkheid tot vervroegde vrijlating werden als belangrijkste redenen geformuleerd. Een grote verscheidenheid aan onderwerpen van het programma werd als zinvol ervaren, wat het belang van een gedifferentieerd aanbod illustreert. Uit de evaluatie werd tevens duidelijk dat er voldoende expliciete aandacht diende te gaan naar alcoholgebruik- en misbruik. Interventies gericht op alcoholmisbruik bij gedetineerden dragen immers bij aan de reductie van alcohol- en gezondheidsproblemen en een verminderde kans op recidive (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Aanvullend bleek de onbevooroordeelde houding van de begeleiders, het beroepsgeheim en de onafhankelijke positionering van de begeleiders ook hier een essentiële voorwaarde om vrijuit te kunnen spreken. Het ‘DRUGS de baas?!’ programma bleek de veranderingsbereidheid van de meerderheid van de deelnemers in positieve zin te beïnvloeden. Het kunnen delen van ervaringen, het krijgen van tips rond het omgaan met craving en het samen nadenken over mogelijke oplossingen omtrent druggerelateerde problemen werden als voornaamste sterktes van het programma ervaren. Het streven naar abstinentie was geen voorwaarde voor deelname. Dit bevorderde, volgens de participanten, de laagdrempeligheid van het programma. Deze bevindingen wijzen op duidelijk positieve effecten van het programma in een detentiecontext. Toch dienen ze met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden gezien de kleine steekproef.

3.3. Doorverwijzen: Aantal doorverwijzingen en factoren die doorverwijzing faciliteren of bemoeilijken (WP1, WP3, WP4)

Als derde hoofddoelstelling waren de aanmeldingspunten er op gericht om cliënten door te verwijzen en contact te leggen met diensten voor de behandeling van drugproblemen. Informatie m.b.t. het verloop van het hulpverleningstraject na doorverwijzing was enkel beschikbaar voor de CAP-werking in Vlaanderen.

Uit de analyses van WP 1 bleek dat 4807 cliënten zich van 2011 tot 2014 bij het CAP hebben aangemeld. 80,4% werd gezien en 43% van de geziene cliënten werd doorverwezen. Meer dan de helft van deze doorverwezen cliënten ving de vooropgestelde begeleiding of behandeling aan. Bijna de helft van deze cliënten had de begeleiding of behandeling beëindigd in overeenstemming met de behandelingsdoelen of was nog in behandeling / begeleiding op het moment van de bevraging.

In totaal werden bij Le Prisme tussen 2012 en 2014 657 cliënten aangemeld, waarbij met 82,5% een intakegesprek werd georganiseerd. Uit de dataset van Le Prisme bleek dat alle geregistreerde cliënten in 2014 werden doorverwezen.

Over de drie werkingsjaren heen (2012 tot 2014) ontving Step by Step in totaal 1570 aanmeldingen, waarvan 93,3% van de cliënten gezien werd en 87,5% doorverwezen. Bijna een kwart van de cliënten werd op hetzelfde moment naar meerdere diensten georiënteerd. Een vergelijking tussen het CAP, Step

by Step en Le Prisme liet een verschil zien in het aantal gerealiseerde doorverwijzingen. Naast het feit dat Step by Step naar meerdere diensten oriënteerde, is dit verschil vermoedelijk te wijten aan een verschillende invulling van het begrip ‘doorverwijzing’. Het CAP registreerde een cliënt pas als doorverwezen als er een attest tot opname of begeleiding werd verkregen bij de (drug)hulpverlening. Bij Le Prisme en Step by Step was een attest tot opname of begeleiding niet noodzakelijk bij een doorverwijzing. Het volstond wanneer de cliënt over de nodige informatie in functie van een doorverwijzing beschikte en werd aangemeld bij een hulpverleningsdienst.

De meerderheid van de cliënten werd bij doorverwijzing georiënteerd naar ambulante gespecialiseerde (drug)hulpverleningscentra. Daarnaast werd een aanzienlijk deel van de cliënten in Vlaanderen en Wallonië naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ, zowel ambulante als residentiële) doorverwezen. De residentiële (drug)hulpverlening vormde de derde grootste categorie naar waar cliënten werden doorverwezen.

Uit WP 3 en 4 kwamen verscheidene factoren naar voor die de doorverwijzing naar de (drug)hulpverlening faciliteerden of belemmerden. Zo faciliteerde de uitgebreide expertise en voeling met het (drug)hulpverleningslandschap van de medewerkers van de aanmeldingspunten de toegang naar de (drug)hulpverlening. Dit werd door alle bevroegde actoren als een belangrijke schakel gezien bij re-integratie. De bekendheid van de medewerkers bij de (drug)hulpverlening bewerkstelligde eveneens een vlotte doorverwijzing aangezien er reeds een vertrouwensband ontwikkeld was.

De wachttijd tot een eerste gesprek met een medewerker van het aanmeldingspunt bemoeilijkte echter een vlotte doorverwijzing. Daarnaast bleek eensgezindheid over de functie, de taakhoud en het mandaat van de aanmeldingspunten van groot belang voor een vlotte aanmelding en communicatie tussen de betrokken actoren. Uit contacten met de centrale psychosociale dienst (PSD), bleek dat Step by Step hierbij voor een extra uitdaging stond. Er waren in Wallonië namelijk geen systematische afspraken met externe diensten die naar de gevangenis kwamen omtrent de uitvoering van hun taken. Daarnaast gaven verschillende actoren over de drie aanmeldingspunten heen aan dat bij enkele hulpverleners sprake was van weerstand en vooroordelen rond het begeleiden of behandelen van gedetineerden met een drugproblematiek (WP3). Naast de bereidwilligheid, vormde de beschikbaarheid van bepaalde (drug)hulpverleningsvormen een bijkomende moeilijkheid om de meest geschikte (drug)hulpverleningsvorm voor de cliënt op te starten.

3.4. Signalering als vierde bijkomende hoofddoelstelling (WP2, WP4)

Door de ontwikkeling van drie gestandaardiseerde registratieformulieren werd duidelijk dat de aanmeldingspunten een belangrijke meerwaarde naar signalering vervulden (WP4). Door middel van een systematische registratie konden de registratiegegevens van de drie aanmeldingspunten immers met elkaar vergeleken worden en konden mogelijke moeilijkheden en exclusiecriteria in de doorverwijzing naar de (drug)hulpverlening worden blootgelegd. Zo wees deze studie op moeilijkheden bij het doorverwijzen omwille van een beperkte beschikbaarheid in het hulpverleningsaanbod, verschillende verwachtingen omtrent de meest geschikte hulpverleningsvorm tussen de betrokken actoren en de bereidheid van voorzieningen om personen met een justitieel statuut te begeleiden of behandelen. Een moeizame doorverwijzing werd eveneens opgemerkt bij druggebruikers met bijkomende psychiatrische problemen, wat overeenstemt met eerder onderzoek bij personen met een dubbele diagnose (zie bv. Vandeveldt et al., 2015).

Het gemeenschappelijk intakeformulier, ontwikkeld voor de drie aanmeldingspunten (WP4), werd door de medewerkers van de aanmeldingspunten globaal als bruikbaar, duidelijk, logisch

opgebouwd en gebruiksvriendelijk ervaren. Op basis van de feedback van de medewerkers van de aanmeldingspunten en hulpverleners werd het formulier verder verfijnd door optionele open vragen en meer ruimte voor additionele informatie te voorzien. Het formulier werd bovendien afgestemd op de TDI-indicatoren door nieuwe vragen toe te voegen (zie bijlage 1 ‘Aangepast Intakeregistratieformulier Nederlandstalig’ en bijlage 2 ‘Aangepast Intakeregistratieformulier Franstalig’).

De standaardisatie zorgde er tevens voor dat er enkele prominente verschillen in het cliëntprofiel werden aangetroffen in vergelijking met de cijfers van de bestaande registratiesystemen uit het eerste werkpakket. Dit benadrukt het belang van een gestandaardiseerde registratie. Cliënten bleken, naast moeilijkheden op het vlak van middelenmisbruik, moeilijkheden te ervaren op andere levensdomeinen: lichamelijke en psychische gezondheid, arbeid, familiale en sociale relaties, schulden en justitie. Deze complexe problematiek beklemtoont het belang van zorg en ondersteuning die zich richt naar meerdere levensdomeinen, ook na detentie. Een belangrijke vaststelling was dat één derde van de cliënten in het verleden nog geen begeleiding of behandeling had gevolgd in functie van een middelenprobleem. Deze vaststelling geeft aan dat de aanmeldingspunten erin slaagden om een belangrijke groep cliënten te bereiken die nog niet eerder door de (drug)hulpverlening bereikt werd.

Naast de ontwikkeling van een gelijkvormig intakeregistratieformulier, werd een follow-up registratie uitgevoerd in kader van dit onderzoek. Cliënten werden hierbij opgevolgd in functie van het opvolgen van het doorverwijzingsadvies, deelname aan behandeling en andere relevante indicatoren (bv. betrokkenheid bij behandeling en variabelen aangaande gezondheid en psychosociaal functioneren) (WP4). Deze registratie werd slechts voor een beperkt aantal cliënten ingevuld¹. Uit de telefonische bevraging, zes maanden na een eerste contact met een medewerker van een aanmeldingspunt, bleek eveneens de moeilijkheid om systematisch te registreren en op te volgen. Met de nodige voorzichtigheid kan gesteld worden dat de telefonische bevraging aangaf dat cliënten een hoge tevredenheid rapporteerden over de werking van de aanmeldingspunten. Deze hoge tevredenheid hing samen met: het vlotte verloop van de doorverwijzing; het snel en duidelijk beantwoorden van vragen; de ervaring dat er rekening werd gehouden met hun keuze; en de motiverende en ondersteunende werkwijze van medewerkers.

Het belang van de signaleringsfunctie van de aanmeldingspunten kwam eveneens tot uiting in WP 2. De in dit werkpakket geanalyseerde recidive-cijfers stemmen overeen met (inter)nationaal onderzoek (Robert, Mine & Maes, 2015; Mine, Robert & Maes, 2015; Belenko, 2006; De Wree, De Ruyver & Pauwels, 2009; De Wree, Pauwels, Colman & De Ruyver, 2009; Gossop, Trakada, Stewart & Witton, 2005). Voor de (ex-)gedetineerde druggebruikers (n=2.758) werden volgende recidiveprevalentie-cijfers geobserveerd: voor 75,7% werd binnen een periode van maximaal 4 jaar en 9 maanden na ontslag uit de gevangenis op zijn minst één nieuwe strafzaak aangemeld op parketniveau (ongeacht de gepleegde feiten en oriëntatie die uiteindelijk aan de zaak werd gegeven); 39,7% maakte binnen eenzelfde opvolgstermijn het voorwerp uit van een nieuw veroordelingsbulletin (ongeacht de gepleegde feiten en nadien uitgesproken straf of maatregel); en, 40,4% werd binnen een periode van maximaal 3 jaar en 9 maanden na ontslag uit de gevangenis (via elektronisch toezicht dan wel onder één van de diverse specifieke vormen van ‘invrijheidstelling’) opnieuw opgesloten (ongeacht de reden van wederopsluiting: niet-naleving van voorwaarden, plegen van nieuwe feiten). De eerste (drie) maanden na ontslag uit de gevangenis kenmerkten zich door een bijzonder hoge intensiteit van recidive (in termen

¹ Hiervoor waren er verschillende verklaringen: het beperkte tijdsinterval waarin de formulieren dienden ingevuld te worden; het mandaat van de medewerkers van de aanmeldingspunten dat eindigt op het moment van de doorverwijzing; en de moeilijke werkomstandigheden gezien de dreigende sluiting van de aanmeldingspunten. Daarnaast verwezen enkele hulpverleners naar het beroepsgeheim als reden om behandelingsgerelateerde informatie niet te delen.

van een nieuwe, bij het parket aangemelde zaak en wederopsluiting in de gevangenis). Zo werd bijvoorbeeld ongeveer 30% van de recidivisten opnieuw in de gevangenis opgesloten binnen een periode van 3 maanden.

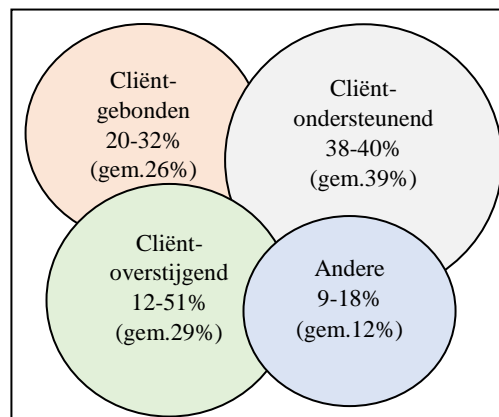
Daarnaast wezen de (bivariate) analyses uit dat er op het vlak van de recidive-indicator ‘wederopsluiting in de gevangenis’ een statistisch significant verschil bestond tussen gedetineerden die werden gezien door het aanmeldingspunt en gedetineerden die weliswaar waren aangemeld maar met wie geen gesprek plaatvond. De proportie recidivisten en intensiteit van recidive lag hoger bij de groep die door het aanmeldingspunt werd gezien dan bij de groep die niet werd gezien. Dergelijk verschil werd niet vastgesteld voor de twee andere indicatoren (nieuwe strafzaak en nieuw veroordelingsbulletin). Het groter aantal personen dat terug werd opgesloten in de gevangenis en de hogere intensiteit van recidive kan wellicht mee verklaard worden door de aanwezigheid van penitentiaire antecedenten. Wanneer enkel deze variabele mee in het statistisch model werd opgenomen, verdween het eerder geobserveerde verschil tussen de ‘geziene’ en ‘niet-geziene’ groep. Verdere analyses leken deze hypothese te bevestigen; zowel penitentiaire antecedenten als leeftijd hadden een significante impact op recidive, ongeacht de indicator die werd gehanteerd. Dit ligt in lijn met de resultaten van het onderzoek over de DBK (De Keulenaer, Thomaes, Wittouck & Vander Laenen, 2015). DBK-cliënten werden gekenmerkt door meer antecedenten, een langere criminele carrière, langere detentieduur en meer heroïnegebruik dan de probatiegroep. Deze kenmerken stemmen overeen met een profiel waarbij de kans op recidive hoger ligt (Noppe et al., 2011; De Ruyver et al., 2007). Het onderzoek van De Ruyver et al. (2007) geeft aan dat man zijn, een leeftijd jonger dan 25, heroïnegebruik, meer dan maandelijks gebruiken en een strafrechtelijk verleden belangrijke voorspellers zijn van recidive bij de bestudeerde druggebruikers.

De bevindingen van WP 2 toonden verder aan dat het type van ontslag uit de gevangenis en de wettelijke toestand op het ogenblik van het dossier eveneens een significante invloed uitoefenden op recidive (in termen van wederopsluiting in de gevangenis). Wie de gevangenis verliet met elektronisch toezicht of mits na te leven voorwaarden had een grotere kans op wederopsluiting dan wie zonder voorwaarden werd vrijgesteld. En wie qua wettelijke toestand behoorde tot de categorie ‘andere’ (waaronder een groot aantal geïnterneerden, zie hoofdstuk 3, figuur 3), liep in vergelijking met definitief veroordeelden eveneens een hoger risico om opnieuw in de gevangenis te belanden.

Omgekeerd bleek voor de twee andere indicatoren (een nieuwe strafzaak aangemeld op parketniveau en een nieuw veroordelingsbulletin) dat zij die de gevangenis verlieten met na te leven voorwaarden, minder kans hadden op een nieuwe strafzaak of een nieuw veroordelingsbulletin in vergelijking met wie zonder voorwaarden uit de gevangenis werd ontslagen. Deze bevinding lijkt de hypothese te bevestigen dat wie de gevangenis verlaat met na te leven voorwaarden meer risico loopt om opnieuw achter de tralies te belanden omwille van conditiebreuk eerder dan wegens het plegen van nieuwe feiten². In tegenstelling tot wat geobserveerd werd voor de eerste indicator, wijzen de resultaten ook uit dat wie op het ogenblik van ontslag uit de gevangenis definitief veroordeeld werd, een grotere kans had op een nieuwe strafzaak of nieuw veroordelingsbulletin dan wie onder een ander statuut de gevangenis verliet. Een beperking van deze analyses bestaat er echter in dat geen informatie beschikbaar was over wie na detentie ook effectief in een hulpverlenings- of behandelingstraject terecht kwam. Hierdoor kan geen vergelijking worden gemaakt tussen de groep die werd doorverwezen en met een behandeling startte (‘succesvolle doorverwijzing’) en de groep bij wie dit niet het geval was.

² Het percentage van heropsluiting dat verklaard kan worden door nieuwe feiten en hoeveel door het overtreden van de voorwaarden werd niet geregistreerd.

Een belangrijke kanttekening hierbij is dat recidivevermindering geen doelstelling was van de opdracht van de medewerkers van de aanmeldingspunten. Hun interventies konden in het beste geval indirect bijdragen aan het terugdringen van recidive, maar recidive-cijfers kunnen geen maatstaf zijn om de effectiviteit van de interventies van de aanmeldingspunten te beoordelen. Bovendien beïnvloedden verscheidene factoren buiten de controle van de medewerkers de kans op recidive, zoals het hebben van werk, de ontvangen steun van het sociale netwerk, de woonsituatie en de geestelijke gezondheidstoestand van de cliënt (De Ruyver et al., 2007; Somers et al., 2014). Deze factoren konden echter niet worden meegenomen bij de registratie in WP2, gezien deze gegevens niet beschikbaar waren. Het is dan ook belangrijk om zeer omzichtig met de gerapporteerde recidivecijfers om te gaan.



Figuur 1: Overzicht van het takenpakket van de medewerkers van de aanmeldingspunten³

Verder werd de tijd die medewerkers investeren in het voorbereiden en afhandelen van cliëntdossiers en cliënt-overstijgende activiteiten geobjectiveerd aan de hand van een cliëntgebonden en cliënt-overstijgend registratieformulier (WP4). Uit deze registratie kwam naar voor dat het takenpakket veel meer behelst dan enkel cliëntgebonden activiteiten, zoals gesprekken met cliënten (20-32% van de werktijd) en cliënt-ondersteunende activiteiten, zoals cliëntoverleg, administratie, voorbereiden en opvolgen van cliëntdossiers (38-40% van de werktijd) (Figuur 1). Een aanzienlijk deel van de werktijd ging immers uit naar cliënt-overstijgende activiteiten, zoals vormingen en studiedagen, teamvergaderingen, het voorbereiden en opstellen van jaar- en trimesterverslagen (12-51%) en andere activiteiten die te maken hebben met het werken in een detentiecontext en die niet rechtstreeks aan individuele cliënten werden gelinkt. Zo werd 9-18% van de werktijd besteed aan verplaatsingen naar de gevangenis, het in- en uitchecken bij de gevangenis, het wachten op cliënten vooraleer het gesprek kon plaatsvinden,...

3.5. De meerwaarde van een gespecialiseerd aanmeldingspunt in de gevangenis wordt door alle stakeholders erkend (WP1-WP5)

Uit de verschillende werkpakketten (WP1-WP5) komt de meerwaarde van de centrale aanmeldingspunten duidelijk naar voor. Alle bevraagde actoren, waaronder justitie, welzijnswerk, (drug)hulpverlening én de cliënten (WP3) beklemtoonden de meerwaarde van de aanmeldingspunten m.b.t. het informeren, motiveren en doorverwijzen van gedetineerden met een drugproblematiek. Zo rapporteerden de cliënten een algemene hoge tevredenheid over de werking van de aanmeldingspunten en hadden ze het gevoel dat er naar hen geluisterd werd, dat ze ondersteuning en kansen kregen. Cliënten

³ De gemiddeldes (gem.) dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden wegens missing values (cf. rapport 2.3.3.) en aangezien de berekening van de gemiddeldes niet proportioneel afgewogen werd ten opzichte van het aantal bevraagde medewerkers per aanmeldingspunt.

gaven verder aan dat het aanmeldingspunt in de eerste plaats hun motivatie om de stap naar de (drug)hulpverlening te zetten, aangewakkerd had. Daarnaast legden hulpverleners de nadruk op de goede samenwerking met de medewerkers van de aanmeldingspunten in functie van een vlotte doorverwijzing. De professionele actoren van justitie en het welzijnswerk beklemtoonden de meerwaarde van de houding van de medewerkers van de aanmeldingspunten, waarbij de positieve kenmerken en sterktes van een cliënt werden belicht en het vertrouwen in de mogelijkheid van een doorverwijzing voorop werd gesteld (WP3). De volgende elementen werden hierbij door de verschillende actoren vermeld:

- De deskundigheid en expertise van de medewerkers, zowel wat betreft de drugproblematiek als wat betreft het (drug)hulpverleningsaanbod voor druggebruikers
- Het beroepsgeheim en de onafhankelijke positionering van de medewerkers
- De cliëntgerichte, motiverende en onbevooroordeelde houding van de medewerkers
- De laagdrempelige en niet-intrusieve benadering door de medewerkers
- De nauwe, eerlijke en vertrouwelijke samenwerking met (drug)hulpverleningsdiensten
- Een gedeelde visie en openheid tot overleg met (drug)hulpverleningsdiensten.

De lange wachttijd tot het eerste gesprek met een medewerker werd door enkele cliënten als werkpunt van de aanmeldingspunten geformuleerd (WP3). Hierdoor hadden niet alle cliënten die zich aanmeldden een eerste gesprek met de medewerkers van de aanmeldingspunten. Wat de drie aanmeldingspunten betreft was de belangrijkste reden van het niet kunnen plaatsvinden van een eerste gesprek met de cliënt het feit dat de cliënt reeds vrijgekomen was. Het lage bereik van personen met een niet-Belgische nationaliteit kon eveneens als een werkpunt gezien worden. Om anderstalige gedetineerden beter te bereiken blijkt immers dat zij moeten kunnen beschikken over informatie rond het beschikbare aanbod in een taal die ze begrijpen (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

3.6. Essentiële randvoorwaarden voor een optimale werking van de aanmeldingspunten in de gevangenis (WP2-WP5)

Uit de verschillende werkpakketten kwamen een aantal randvoorwaarden naar voor die essentieel waren om de motivatie van cliënten voor begeleiding of behandeling te bevorderen en een vlotte oriëntatie en doorstroom naar de (drug)hulpverlening te bewerkstelligen. Essentiële randvoorwaarden om een kwaliteitsvolle werking te garanderen en verder te consolideren omvatten, volgens de bevroegde actoren:

- Voldoende personeel en werkingsmiddelen
- Eensgezindheid over de functie, de taakhoud en het mandaat van de aanmeldingspunten
- Het systematisch kenbaar maken van het bestaan en de werking van de aanmeldingspunten aan alle nieuwe gedetineerden en betrokken actoren binnen en buiten de gevangenis
- Een vlotte toegang van medewerkers tot gedetineerden in de gevangenis
- Het ter beschikking stellen van een telefoon en/of computer tijdens wachtmomenten en/of in gesprekslokalen in de gevangenis
- Een verhoogde bereidwilligheid en beschikbaarheid van externe (drug)hulpverleningsdiensten om personen uit detentie te begeleiden of behandelen
- De verdere uitbouw van begeleiding- en behandelingsmogelijkheden voor specifieke doelgroepen (vrouwen, cliënten onder elektronisch toezicht, anderstalige personen, personen

met een niet-Belgische nationaliteit) en personen met bijkomende moeilijkheden (verstandelijke beperking, psychiatrische ziektebeelden).

3.7. Onderzoek naar de werking en verderzetting van de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in de gevangenis

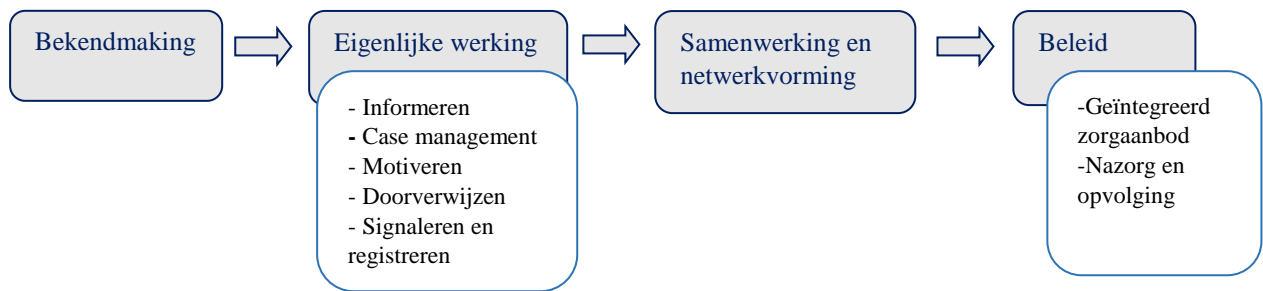
Uit een bevraging door de beleidscoördinatoren van de Vlaamse Overheid (2016) bij de diensten JWW van de Centra Algemeen Welzijnswerk, de PSD, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en voorzieningen van de drughulpverlening over de impact van de stopzetting van de CAP-werking in de praktijk blijkt dat er heel wat onduidelijkheden zijn. Deze bevraging werd enkel in Vlaanderen uitgevoerd, waardoor er geen uitspraken mogelijk zijn over de impact van de stopzetting van de aanmeldingspunten in Wallonië en Brussel.

De bevroegde actoren geven aan dat er niet langer duidelijke richtlijnen of afspraken zijn rond de aanmeldings- en doorverwijzingsprocedures en de verantwoordelijkheden hierbij. Enkele voormalige taken van het CAP worden momenteel overgenomen door de PSD, CGG of de (drug)hulpverlening, waardoor deze diensten een grotere werklast ervaren. Echter, deze taken worden enkel voor veroordeelden opgenomen. Voor beklaagden worden geen taken overgenomen, met een groot hiaat voor deze groep als gevolg. Hulpverleners en gedetineerden kunnen zich niet langer beroepen op de uitgebreide expertise en voeling met het (drug)hulpverleningslandschap van de medewerkers van de aanmeldingspunten. Dit vertraagt, volgens de bevroegde actoren, een gerichte doorverwijzing op maat en heeft meer weigeringen door de (drug)hulpverlening als gevolg. Ook het gebrek aan een onafhankelijke en externe positionering, wat als grote sterkte van de aanmeldingspunten naar voor kwam, wordt als gemis in de huidige praktijk benoemd.

4. Aanbevelingen naar praktijk en beleid

Bovenstaande vaststellingen wijzen op de waarde en het belang van de aanmeldingspunten rond de drie eerder aangegeven doelstellingen ((1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening) waarvoor ze werden opgericht. De verderzetting en bij voorkeur uitbreiding van de aanmeldingspunten wordt dan ook aanbevolen. Op basis van het onderzoek blijken twee zaken van primordiaal belang in de succesvolle werking van de aanmeldingspunten: het beroepsgeheim en de specifieke expertise op het vlak van drughulpverlening. Gezien de complexiteit van de situatie van druggebruikers in de gevangenis is een onafhankelijk gepositioneerde en categoriale hulpverlening met drug specifieke expertise essentieel.

In dit deel worden concrete aanbevelingen op basis van de onderzoeksbevindingen en de (inter)nationale literatuur geformuleerd. Deze aanbevelingen worden eerst gesitueerd binnen de wetgeving en huidige beleidscontext. Vervolgens worden concrete aanbevelingen geformuleerd op verschillende niveaus: bekendmaking; eigenlijke werking; samenwerking en netwerkvorming; beleid. Op het niveau van de eigenlijke werking van de aanmeldingspunten wordt een bijkomende indeling gemaakt in overeenstemming met de hoofddoelstellingen van de aanmeldingspunten. In functie van het ondervonden belang aan continuïteit van zorg wordt een bijkomende hoofddoelstelling beschreven: case management. Tot slot worden specifieke beleidsaanbevelingen geformuleerd in functie van een geïntegreerd zorgaanbod, nazorg en opvolging (Figuur 2).



Figuur 2: Overzicht aanbevelingen naar praktijk en beleid

4.1. Wetgeving en huidige beleidscontext

Basiswet

Op dit ogenblik ontbreekt een omvattend en kwalitatief (drug)hulpverleningsaanbod voor gedetineerde druggebruikers in de Belgische gevangenissen, zoals reeds herhaalde malen werd aangehaald en bekritiseerd in de literatuur (Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). De nood aan een betere organisatie van de (drug)hulpverlening in de gevangenis wordt ook erkend in de beleidsnota sociale zaken en gezondheidszorg van de federale minister van Volksgezondheid (Belgische Kamer Van Volksvertegenwoordigers, 2015).⁴

De Basiswet bepaalt expliciet het recht op gezondheidszorg in detentie en het principe van gelijkwaardigheid tussen de gezondheidszorg in de maatschappij en gezondheidszorg in een gevangeniscontext. Deze zorg dient aangepast te zijn aan de noden van de gedetineerde (Art. 88 Basiswet). Tot op heden zijn interventies in gevangenissen binnen de EU-lidstaten niet overeenkomstig met het gelijkwaardigheidsprincipe beschreven in internationale aanbevelingen door de United Nations General Assembly, UNAIDS/WHO en UNODC (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014; Stöver, 2006). Het individueel detentieplan (Art. 35-40 Basiswet) kan hierbij een betekenisvolle rol spelen bij de zinvolle invulling van het detentietraject. Met de recente stopzetting van de aanmeldingspunten in gevangenissen neemt de ongelijkwaardigheid van de zorg aan gedetineerden met een drugproblematiek in de feiten echter alleen maar toe. De tenuitvoerlegging van deze artikels wordt dan ook, voor gedetineerden met een drugproblematiek, ten sterkste bepleit (Snacken, 2015).⁵

Communautarisering

In navolging van de zesde staatshervorming van 11 oktober 2011 werden een aantal bevoegdheden rond de (drug)hulpverlening overgeheveld van het federaal niveau naar de gemeenschappen. Het institutioneel akkoord bepaalt dat revalidatieovereenkomsten voor verslaafden en delen van de GGZ⁶ onder de bevoegdheid van de gemeenschappen vallen (Federale Regering, 2011).

⁴ Deze nota vermeldt dat de resultaten van een onderzoek voor het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg naar de (financiering van de) penitentiaire gezondheidszorg worden afgewacht (voorzien tegen eind 2016), en dat zolang vanuit volksgezondheid 'nog geen stappen genomen zullen worden' (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2015: 56).

⁵ De enige uitzondering is art. 98 Koninklijk Besluit van 12 december 2005 tot bepaling van de datum van inwerkingtreding van artikel 98 van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden en tot regeling van de samenstelling, de bevoegdheden en de werking van de Penitentiaire Gezondheidsraad, B.S. 29 December 2005.

⁶ Met name de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen.

Sinds 2011 financierde de FOD Justitie de werking van de aanmeldingspunten. Bij de communautarisering van de (drug)hulpverlening werden de centrale aanmeldingspunten voor de druggebruikers echter niet overgedragen naar de gemeenschappen. De FOD Justitie gaf hierbij te kennen de financiering niet langer te kunnen dragen en een negatief advies van de financiële inspectie rond de verdere financiering van de aanmeldingspunten leidde tot een stopzetting van deze aanmeldingspunten. Op 1 mei 2016 werd de werking van het CAP en in september 2016 de werking van Step by Step en Le Prisme dan ook ontbonden omwille van het beëindigen van de financiering.

In functie van een doorstart van de aanmeldingspunten zal heel wat overleg noodzakelijk blijven tussen Justitie, Volksgezondheid en de gemeenschappen. Er dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt omtrent verantwoordelijkheden, en de daarmee gepaard gaande financiering.

Pilootprojecten waarvan de meerwaarde na grondige wetenschappelijke evaluatie wordt aangetoond, dienen structureel te worden gefinancierd terwijl projecten die niet waardevol blijken, geschrapt kunnen worden (Vander Laenen, 2016). Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, gaf alvast te kennen dat de financiering van het CAP vanaf 2017 zal ingepast worden binnen de Vlaamse bevoegdheid voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden (Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2016). Omtrent de verdere financiering van Le Prisme en Step By Step was er eind november 2016 nog geen duidelijkheid.

Continuïteit

In de drugsstrategie van de Europese Unie (2013-2020), de UNGASS resolutie (2016) en de aanbevelingen van de WHO (2014) wordt uitdrukkelijk vermeld dat aandacht moet uitgaan naar het versterken en uitbreiden van kwaliteitsvolle en continue zorg voor druggebruikers in gevangenissen, teneinde een zorgniveau te bereiken dat gelijkwaardig is aan wat in de gemeenschap wordt aangeboden. De tewerkstelling van een vaste medewerker van het aanmeldingspunt per gevangenis kan hiertoe bijdragen. Daarenboven komt continuïteit van zorg de vertrouwensrelatie tussen zowel de medewerker en de cliënt als tussen de medewerker en de (drug)hulpverlening ten goede. Daarnaast zou een ruimere beschikbaarheid van medewerkers eveneens de continuïteit van zorg bevorderen. De belangrijkste reden waarom cliënten niet werden gezien door de aanmeldingspunten, is immers dat de cliënt, voor het eerste gesprek kon doorgaan, reeds was vrijgekomen. Dit betekent dat in de toekomst nog korter op de bal dient gespeeld te worden om cliënten toe te leiden naar de (drug)hulpverlening. Door de aanwezigheid van meer personeel zouden niet alleen meer cliënten gezien kunnen worden, ook zouden cliënten met complexe noden intensiever kunnen worden opgevolgd. Dit zou hun motivatie voor begeleiding of behandeling ten goede komen (Vander Laenen et al., 2013). Aanvullend dient er voldoende tijd en ruimte te zijn voor overleg met verschillende partners van justitie, welzijnswerk en (drug)hulpverlening. De uitbreiding van het mandaat van de medewerkers van de aanmeldingspunten, tot een vorm van case management, zou er bovendien voor zorgen dat trajecten na detentie gemonitord en geëvalueerd kunnen worden.

4.2. Aanbevelingen op het niveau van bekendmaking

Een duidelijk afgebakende en transparante taakomschrijving en systematisch georganiseerde informatie- of introductiemomenten voor alle betrokken actoren kunnen zorgen voor een grotere bekendheid van de aanmeldingspunten. Dit dient met bijzondere aandacht voor de relatie tot de detentiecontext te gebeuren. Folders, videomateriaal en dienstnota's over de werkingsprocedures en samenwerking met andere diensten kunnen hierbij als communicatiemiddel ingezet worden. Het is aangewezen dat deze kort, duidelijk en met aandacht voor anderstalige gedetineerden opgesteld worden (MacDonald et al., 2012).

Deze bekendmaking dient zowel binnen de gevangenis (bv. medische dienst, penitentiaire bewakingsassistenten,...) als buiten de gevangensmuren (bv. advocaten, rechters) te gebeuren. Zo is het aangewezen dat ook reguliere diensten buiten de (drug)hulpverlening, zoals de VDAB en het OCMW, vertrouwd zijn met de werking van de aanmeldingspunten in de gevangenissen.

4.3. Aanbevelingen op het niveau van de eigenlijke werking

Informereren

Om een constructieve informatieverstrekking- en overdracht te kunnen bewerkstelligen is er nood aan goede samenwerkingsverbanden tussen verschillende diensten, zowel tussen diensten binnen de gevangensmuren als tussen diensten binnen en buiten de gevangenis. Het efficiënt uitwisselen van gegevens hangt daar nauw mee samen. Er dient voldoende tijd uit te gaan naar de communicatie tussen de diensten en daarbij aansluitend ook naar duidelijkheid over de rolverdeling, verwachtingen en verantwoordelijkheden (MacDonald et al., 2012).

De medewerkers van de aanmeldingspunten en externe hulpverleners kunnen in het kader van het gedeeld beroepsgeheim informatie uitwisselen, indien die informatie noodzakelijk is voor de kwaliteit of de continuïteit van de hulpverlening en de cliënt goed geïnformeerd is over het doel en de inhoud van de uitwisseling én zijn/haar toestemming tot de uitwisseling heeft gegeven (Vander Laenen & Stas, 2015). Justitiële actoren zijn echter niet op dezelfde manier door het beroepsgeheim gebonden, waardoor er geen sprake is van gedeeld beroepsgeheim met hulpverleners (Van der Straete & Put, 2005). Deze verschillen tussen justitiële en niet-justitiële actoren staan een goede samenwerking niet in de weg, zolang duidelijke afspraken worden gemaakt over de informatiedoorstroming, met respect voor het beroepsgeheim van hulpverleners (Vander Laenen & Vanderplasschen, 2012; Colman, Vander Laenen & De Ruyver, 2010)⁷. Het is dan ook belangrijk dat de justitiële actor zijn/haar rol duidelijk profileert naar de cliënt en dat er zowel op cliëntniveau als cliënt-overstijgend niveau duidelijke afspraken zijn (Vander Laenen, 2013). Verder biedt de creatie van een gemeenschappelijke database of horizontale communicatieprocedure tussen de medewerkers van de aanmeldingspunten en (drug)hulpverleners de mogelijkheid tot een verhoging van de kwaliteit en efficiëntie van de samenwerking. De toegang tot deze databank dient uiteraard afgestemd te zijn op de regelgeving inzake privacy en beroepsgeheim. Dubbel werk door zowel de medewerkers van de aanmeldingspunten als door (drug)hulpverleners in het kader van registratie en identificatie van cliëntgebonden en cliënt-overstijgende gegevens dient zoveel mogelijk vermeden te worden.

Screening, assessment en case management

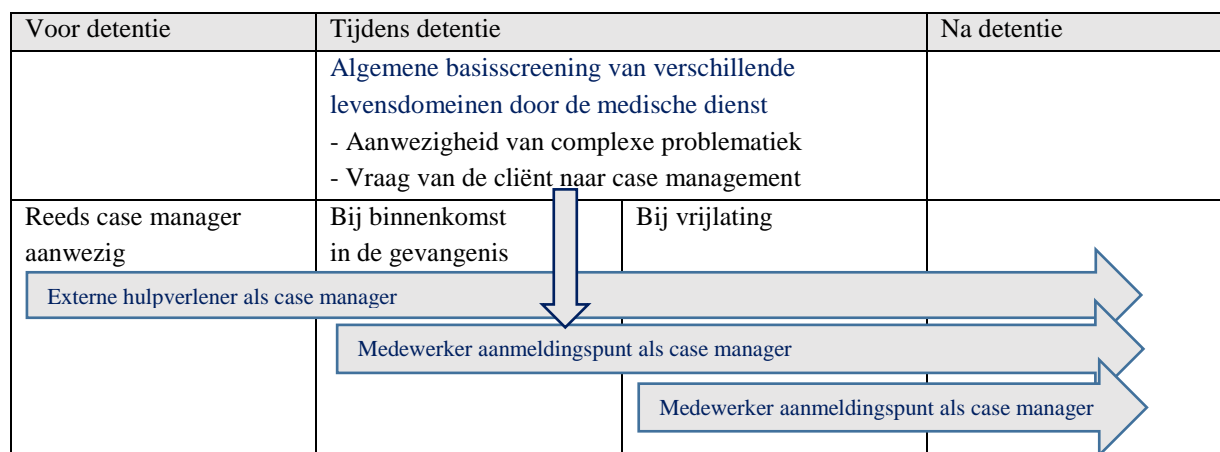
Een algemene basisscreening bij binnenkomst in de gevangenis door de medische dienst is aangewezen om problemen op het vlak van middelenmisbruik vroegtijdig te detecteren. Deze basisscreening dient zich te richten naar verschillende levensdomeinen: lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen, middelengebruik, justitie/politie, familiale en sociale relaties en psychisch-en emotionele gezondheid. De 'Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA)' (Winters & Zenilman, 1994) en de 'Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)' (Steadman & Veysey, 1997) zijn twee valide en korte

⁷ Dit geldt zowel voor overleg met de PSD, tijdens de detentieperiode, als voor overleg met de justitieassistent van de cliënt, die na vrijlating uit de gevangenis instaat voor de opvolging van de cliënt en de brugfunctie vormt tussen de hulpverlening en justitie.

screeningsinstrumenten, met respectievelijk vier en acht vragen, die hierbij kunnen ingezet worden⁸. Indien uit deze screening aanwijzingen naar voor komen omtrent psychische en/of middelengerelateerde problemen, kan worden overgegaan tot een meer diepgaande assessment (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007).

Case management wordt onder meer ingezet om continuïteit in het zorgtraject te garanderen (Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, 2004; Vanderplasschen et al., 2011). De case manager treedt hierbij op vanuit een motiverende, coördinerende en hulpverlenende rol en biedt op een systematische en gecoördineerde manier een breed gamma van diensten aan op maat van de cliënt (Hall, Carswell, Walsh, Huber, & Jampoler, 2002). De functie van case manager geraakt meer en meer ingeburgerd binnen de drughulpverlening en wordt in ons land vooral ingezet bij druggebruikers met een multiple en complexe problematiek en bij transities in de hulpverlening (Vanderplasschen et al., 2011).

Indien een gedetineerde voor detentie reeds een case manager had, kan deze externe case manager de cliënt blijven opvolgen mits toestemming van de cliënt. Indien de gedetineerde nog geen eerder contact had met de (drug)hulpverlening of geen case manager heeft, kan case management ingeschakeld worden omwille van de complexiteit van de problematiek én de hulpvraag van de cliënt. De functie van case manager wordt vervolgens ingevuld door een medewerker van het aanmeldingspunt mits toestemming van de gedetineerde. Bij het verlaten van de gevangenis blijft de ondersteuning doorlopen indien de gedetineerde hiermee akkoord gaat. Dit breidt de rol van de aanmeldingspunten aanzienlijk uit, wat met een uitbreiding van personeelsmiddelen gepaard moet gaan. Wanneer de vraag naar case management zich bij vrijlating stelt én de complexiteit van de problematiek dit vereist, kan een medewerker van het aanmeldingspunt eventueel als case manager optreden (Figuur 3). Anders dan bij een begeleiding en opvolging door een justitie-assistent, garandeert het beroepsgeheim van de case manager dat de vertrouwensrelatie met de cliënt ten volle kan spelen.



Figuur 3: Schematisch overzicht van hoe screening, assessment en case management in de toekomst door de aanmeldingspunten zou kunnen worden georganiseerd

De inschakeling van de functie van case manager, die gedetineerden ook opvolgt en begeleidt na detentie is zeer ambitieus qua arbeidsintensiteit en benodigde middelen, maar lijkt anderzijds het meest aangewezen om tegemoet te komen aan de complexiteit aan factoren die een kwaliteitsvolle hulpverlening aan gedetineerden tijdens en na detentie bemoeilijken. Gezien de kans op herval en

⁸ Deze instrumenten zijn onderdeel van een bredere screening en assessmentprocedure die werd ontwikkeld in een eerdere BELSPO-studie “Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: Een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling” (<https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR%2F26>) (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007).

recidive het hoogst is binnen de eerste drie maanden na detentie, is er voornamelijk binnen deze periode een belangrijke rol weggelegd voor case management. In de literatuur worden verschillende effectieve vormen van case management beschreven die variëren in intensiteit en tijd (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2004; Rapp, Van Den Noortgate, Broekaert & Vanderplasschen, 2014).

Motiveren

Het bijstellen en/of herorganiseren van tijdsinvesteringen die gelinkt kunnen worden aan het werken in een detentiecontext kan een eerste stap zijn in de richting van een efficiëntere werking. Op deze manier kan tegemoet gekomen worden aan de wachtlijsten tussen de aanmelding en het eerste gesprek met een medewerker van het aanmeldingspunt. Deze wachttijd werd immers als een motivatie-belemmerende factor ervaren. Daarnaast dient er in het takenpakket van de medewerkers voldoende tijd en ruimte voorzien te worden voor het verlenen van emotionele steun om de motivatie van cliënten te behouden en versterken.

Bijscholing van nieuwe medewerkers op het vlak van motivationele gespreksvoering, kennis van comorbiditeit en van het zorgaanbod en de werking van (drug)hulpverleningsdiensten is essentieel om de motivatie van cliënten te verhogen. Zo dienen de medewerkers op de hoogte te zijn van mogelijke drempels die gedetineerden ervaren bij re-integratie (MacDonald et al., 2012). Bijzondere aandacht dient hierbij uit te gaan naar specifieke doelgroepen, zoals vrouwen, personen met een verstandelijke beperking, dubbele diagnose, cliënten onder elektronisch toezicht en anderstalige cliënten. Er is nood aan integratieve ondersteuning die verder kijkt dan drugproblemen en oog heeft voor sterktes en barrières op diverse levensdomeinen (Durcan, 2008; Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). De verwezenlijking van een geïntegreerd aanbod veronderstelt dan ook dat de werking van de aanmeldingspunten ingebed is in een ruimer geheel van samenwerkingsverbanden met, bijvoorbeeld voor de Vlaamse context, onder andere JWW en GZZ (cf. infra).

Daarnaast biedt het betrekken van de familie of het ruimer netwerk van de cliënt eveneens potentieel tot motivatiebevordering. Zo blijkt uit internationaal onderzoek dat ondersteuning van familieleden een vitale rol speelt bij succesvolle re-integratie (MacDonald et al., 2012). Familie bleek eveneens een belangrijke motivatie te zijn om deel te nemen aan ‘DRUGS de baas?!’ (WP5). Volgens de deelnemers van het programma was het ook aangewezen om ervaringsdeskundigen te betrekken bij de sessies. Zij konden als voorbeeld fungeren en de motivatie van participanten voor begeleiding of behandeling bevorderen (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013).

Ook beperkte interferentie met activiteiten eigen aan de gevangeniscontext, zoals de wandeling, werk en bezoeken, kan de bereidheid tot deelname aan het programma verhogen. Dezelfde barrières werden aangegeven in een recente studie over de participatie van Vlaamse gedetineerden aan een beroepsvoorbereidend programma tijdens detentie (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

Een motivatie bevorderend groepsprogramma: ‘DRUGS de baas?!’ (WP5)

Verscheidene vaststellingen benadrukken het belang van een verdere implementatie en uitbreiding van een kortdurend motivatieprogramma voor gedetineerden met een drugproblematiek. Zo blijkt uit WP 5 dat de deelnemers tevreden waren over het ‘DRUGS de baas?!’ programma met een gemiddelde score van 7,7/10. De expertise, de onbevooroordeelde houding, het beroepsgeheim en de vertrouwdheid met de gevangeniscontext van de begeleiders werd als grote sterkte van het programma ervaren door de deelnemers, begeleiders en PSD. Verschillende participanten gaven aan dat het goed was dat er eindelijk een vorm van hulpverlening aanwezig was in de gevangenis specifiek gericht op personen met een verslavingsproblematiek. Ze vonden het programma belangrijk omdat het een eerste contact kon zijn

met de hulpverlening en ze ervoeren het programma als een vorm van pre-therapie. Dit programma dient dan ook complementair aan de werking van de aanmeldingspunten te worden verdergezet en bij voorkeur te worden uitgebreid naar verschillende Belgische gevangenissen.

Teneinde het draagvlak en de bekendheid van het programma te vergroten is het aangewezen dat gedetineerden vroegtijdig gescreend worden en dat de inhoud van het programma op regelmatige basis voorgesteld wordt aan de gedetineerden. Het is tevens aanbevolen dat begeleiders van het programma vertrouwd zijn met de gevangeniscontext en dat het gevangenispersoneel ook kennis neemt van het programma. Aanvullend kan de bekendheid van de aanmeldingspunten verhoogd worden door één sessie aan de werking van de aanmeldingspunten te wijden. De deelname aan het kortdurend motivatieprogramma dient bovendien complementair te zijn aan de werking van het aanmeldingspunt. Vanuit het aanmeldingspunt kunnen cliënten instromen in het programma, maar dit is geen vereiste. Gezien de hoeveelheid gedetineerden met een alcoholproblematiek (cf. supra) en de in onderzoek aangegeven relatie tussen alcohol, agressie en herval is voldoende aandacht voor alcoholmisbruik sterk aanbevolen (Coccaro et al., 2016; Beck, Heinz & Heinz, 2014; McCloskey, Berman, Echevarria & Coccaro, 2009).

Indien het programma ook in Franstalige gevangenissen wordt geïmplementeerd, dient de nodige tijd te worden voorzien voor het vertalen en aanpassen van het materiaal. Bovendien is super- en intervisie en een meerdaagse opleiding, afgestemd op de noden van de gevangeniscontext, voor de begeleiders aangewezen. Indien het programma systematisch ingebed wordt in het ruimere aanbod van hulp- en dienstverlening binnen de gevangeniscontext, kan een aanzienlijke besparing in de financiering van het programma bekomen worden. Deze implementatie vergt het nodige overleg, langetermijn-perspectief en voldoende aanwezigen en betrokken penitentiaire bewakingsassistenten.

Verder wordt een zekere vorm van ondersteuning na het programma tijdens de detentieperiode door alle betrokken actoren als noodzakelijk geacht om de verworven kennis, het bereikte veranderings-niveau en motivatie te behouden. Dergelijke vorm van zorg dient zich te richten op: het verder expliciteren van de mogelijkheden van begeleiding en behandeling; het concretiseren en begeleiden van de overstap naar de (drug)hulpverlening; het vermijden van risicosituaties en schadebeperking; en het behouden en bevorderen van de motivatie. De begeleiders van het programma zijn goed geplaatst om deze nazorg te verstrekken, aangezien zij de deelnemers en hun motieven kennen en verder kunnen werken op inhoud en uit het programma.

Doorverwijzen

Een eenduidige en gedragen omschrijving van het takenpakket van de medewerkers van de aanmeldingspunten is een belangrijke voorwaarde voor een efficiënte samenwerking en een vlotte doorstroom. Daarnaast toont de diversiteit in het cliëntprofiel (WP1, WP4) het belang aan van een cliëntgerichte benadering. Een individuele en omvattende assessment van de noden, waarbij een participerende benadering voorop staat, is essentieel om deze cliëntgerichte benadering vorm te geven. Daarnaast is het van belang dat deze assessmentinstrumenten gestandaardiseerd en afgestemd zijn op de specifieke detentiepopulatie- en context. Zodoende kan de realisatie van de doelstellingen van de aanmeldingspunten gemonitord en geëvalueerd worden.

Bepaalde exclusiecriteria door (drug)hulpverleningsdiensten inzake het cliëntprofiel bemoeilijken de doorverwijzing van cliënten die zich aanmelden bij de aanmeldingspunten. De bewustwording dat de moeizame doorverwijzingen van complexe casussen een gedeelde verantwoordelijkheid is van alle betrokken actoren dringt zich op. Meer expertise bij hulpverleners en medewerkers van de aanmeldingspunten over bijkomende problematieken, zoals een verstandelijke beperking of

psychiatrische ziektebeelden, kan tegemoet komen aan een gerichtere doorverwijzing. Naast een vlotte samenwerking met de (drug)hulpverlening is een goede connectie met het reguliere aanbod aangewezen. Via een integraal aanbod aan hulp- en dienstverlening dient er meer ingezet te worden op het uitbouwen van de brug tussen de gevangenis en de samenleving. Dit integraal aanbod dient zich te richten naar alle belangrijke levensdomeinen, met aandacht voor algemeen welbevinden, het sociaal netwerk, vrije tijd en werk. Een actieve samenwerking met onder andere sociale huisvesting, sociale verhuurkantoren en het OCMW (bijvoorbeeld om al een leefloon of een begeleiding rond schuldbemiddeling op te starten tijdens de detentie) is sterk aangewezen (Vander Laenen, 2015b).

Signaleren en registreren

De signaleringsfunctie dient expliciet opgenomen te worden als bijkomende opdracht van de medewerkers van de aanmeldingspunten indien deze in de toekomst gecontinueerd worden. Het bijstellen en/of herorganiseren van tijdsinvesteringen die gelinkt kunnen worden aan het werken in een detentiecontext kan bijdragen aan meer tijd en ruimte voor de invulling van deze vierde hoofddoelstelling. Een administratieve vereenvoudiging of het ter beschikking stellen van een computer met netwerkverbinding in de gevangenis kan een efficiëntere registratieprocedure bewerkstelligen.

België heeft zich ertoe verbonden de sleutelindicatoren van het Europese Treatment Demand Indicator (TDI)-protocol op nationaal niveau te registreren, waardoor prioriteiten voor behandeling en preventie kunnen worden vastgelegd. De registratie van TDI-indicatoren binnen de aanmeldingspunten vormt dan ook een belangrijke aanvullende bron van informatie om het aantal en het profiel van nieuwe cliënten in de (drug)hulpverlening in kaart te brengen in functie van zorg op maat. TDI-indicatoren, die nog niet in het voorgestelde intakeregistratieformulier waren opgenomen, werden toegevoegd (Wetenschappelijk instituut volksgezondheid, 2016; Antoine, De Ridder, Plettinckx, Blanckaert & Gremeaux, 2016). Het aangepaste registratieformulier werd als bijlage in het rapport opgenomen (zie bijlage 1 ‘Aangepast Intakeregistratieformulier Nederlandstalig’ en bijlage 2 ‘Aangepast Intake-registratieformulier Franstalig’). De nieuw ontwikkelde registratieformulieren kunnen, na afronding van het onderzoek, verder gebruikt worden zodat standaardisatie van het registratiebeheer en vergelijking tussen de aanmeldingspunten in Vlaanderen, Wallonië en Brussel in de toekomst mogelijk wordt.

Een follow-up registratie is aangewezen om het effect van de trajecten van cliënten te monitoren en te evalueren. Bij de uitbouw van dit follow-up registratieformulier dient voldoende aandacht besteed te worden aan de moeilijkheden eigen aan het registreren in een detentiecontext, de werklust van medewerkers en het (gedeeld) beroepsgeheim. Het is van belang dat de medewerkers van de aanmeldingspunten de geïnformeerde toestemming vragen van de cliënt voor een contactname met de (drug)hulpverleningsdienst in functie van het bevragen van het traject na doorverwijzing.

Zodoende kan met instemming van de cliënt het verloop van de doorverwijzing gemonitord en geëvalueerd worden in functie van de continuïteit van zorg en herstel. Onderzoek toont immers aan dat met eenvoudige telefonische opvolging reeds helpt om herval te voorkomen en herstel te bevorderen (Dennis, Scott & Laudet, 2014). Indien deze follow-up bevraging systematisch wordt toegepast, biedt deze bovendien de mogelijkheid om barrières en hiaten in de (drug)hulpverlening bloot te leggen. Aldus kan de continuïteit van zorgtrajecten bevorderd worden door, zowel op cliëntniveau als op meer structureel niveau, barrières en hiaten aan te pakken (cf. signaleringsfunctie).

4.4. Aanbevelingen op het niveau van samenwerking en netwerkvorming

Effectieve samenwerking en netwerking tussen diensten binnen de gevangenis en externe diensten is essentieel in de ontwikkeling van succesvolle trajecten (MacDonald et al., 2012). Binnen de gevangenis blijven teamvergaderingen met medewerkers van de aanmeldingspunten onderling aangewezen om elkaar te ondersteunen. Voor de Vlaamse situatie geldt dat herhaaldelijk overleg met medewerkers van het JWW en van de CGG, werkend in de gevangenis, aanbevolen is in functie van de uitbouw van een ‘hulp- en dienstverleningsplan’ (Polfliet, Vander Laenen & Roose, 2012). Aanvullend op het ‘hulp- en dienstverleningsplan’ is overleg met leden van de PSD eveneens noodzakelijk voor de uitbouw van het detentieplan.

In functie van een efficiënte samenwerking en doorverwijzing is het eveneens belangrijk dat medewerkers van de aanmeldingspunten betrokken worden bij overlegvergaderingen van netwerken buiten de gevangenis, zowel binnen de drug specifieke hulpverlening als binnen de GGZ. Zodoende kunnen de doelstellingen en werking van de aanmeldingspunten consistent worden meegegeven en eventuele knelpunten in de samenwerking aangekaart. Een jaarlijks evaluatiemoment met de medewerkers van de aanmeldingspunten en externe hulpverleners, waarbij het verloop van de doorverwijzingen en cliënttrajecten geëvalueerd worden, is aangewezen. Dergelijk evaluatiemoment zou ook bijdragen tot de professionalisering van de aanmeldingspunten, aangezien aldus de elementen die bijdragen aan een vlotte doorverwijzing verder ontwikkeld kunnen worden. Gedeeld beroepsgeheim geldt hierbij als voorwaarde, indien het overleg niet-geanonimiseerd verloopt (cf. supra).

4.5. Aanbevelingen op het niveau van beleid

Geïntegreerd zorgaanbod

Een combinatie van het maximaal binnenbrengen in de gevangenis van (drug)hulpverlening uit de samenleving en het organiseren van een gevangenis-specifiek aanbod is wenselijk, teneinde volwaardige zorg voor gedetineerden te realiseren (Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014). Hierbij dient maximaal ingezet te worden op de uitbouw van een (drug)hulpverleningsaanbod in elke gevangenis én van een geïntegreerd drugbeleid. Dit kan mede ontwikkeld worden door de verderzetting of heropstart van de lokale stuurgroepen drugs. Binnen deze lokale stuurgroepen drugs dient een actieve rol te worden voorzien voor de medewerkers van de aanmeldingspunten, zowel in functie van de uitbouw van een geïntegreerd lokaal drugbeleid tijdens detentie als wat betreft het opnemen van de signaleringsfunctie. Het hulp- en dienstverleningsaanbod aan gedetineerden dient hierbij optimaal gelinkt te worden aan dat van andere actoren die een verwant aanbod organiseren, zoals de diensten JWW en CGG (Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014).

De communautarisering van de gespecialiseerde drughulpverlening biedt bovendien een mogelijkheid om de huidige, op prestatie gerichte financiering, te vervangen door een enveloppefinanciering dan wel een meer persoonsgerichte financiering (Vlaamse Overheid, 2013; Vander Laenen, 2016), zodat zij wel zorg en ondersteuning kunnen aanbieden in de gevangenis (Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014). Een continuüm van interventies is aangewezen teneinde zorg op maat voor elke gedetineerde te kunnen uitbouwen. Dit omvattend en geïntegreerd aanbod dient gebaseerd te zijn op evidence-based praktijken, waaronder harm reduction-initiatieven (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Een onderhoudsbehandeling dient minimaal in alle gevangenissen te kunnen worden opgestart of verdergezet, wat momenteel niet het geval is (Schiltz, Van Malderen & Vanderplassen, 2015). Het verderzetten van een methadononderhoudsbehandeling tijdens detentie draagt immers bij tot de behandelingsbereidheid na vrijlating, wat ook de kans vermindert op een overdosis en risicogedrag

(Rich et al., 2015). Een consequent zorgbeleid rond substitutie dringt zich dan ook op, los van individuele voor-of afkeuren van artsen. Deze weerstand tegenover substitutiebehandeling bij sommige gevangenisartsen kan ondervangen worden door het aanbieden van bijkomende vorming (Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014).

Nazorg en opvolging

Een drugsprobleem verhoogt de kans op een overdosis en mortaliteit na vrijlating uit de gevangenis aanzienlijk, onafhankelijk van socio-demografische, criminologische of familiale factoren (Chang, Lichtenstein, Larsson & Fazel, 2015). Nazorg kan dit risico beperken, omdat dit een positieve invloed uitoefent op de kans op recidive en op druggebruik na detentie (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Galassi, Mpofu, & Athanasou, 2015; Wexler & Prendergast, 2010). Nazorg is vooral belangrijk tijdens de eerste drie maanden na detentie, aangezien de kans op herval en recidive dan het hoogst is (zie WP 2). Het bieden van een schakel tussen de gevangenis en de (drug)hulpverlening buiten de gevangensmuren is van groot belang om de continuïteit van zorg en lange termijn effecten te garanderen (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Momenteel is deze schakel in de Belgische detentiecontext onvoldoende uitgebouwd en komt deze verder onder druk te staan als gevolg van de stopzetting van de aanmeldingspunten in de gevangenissen. Buitenlandse voorbeelden, waarbij sterk ingezet wordt op 'peer support' of ervaringsdeskundigheid, kunnen heel wat inspiratie bieden voor de implementatie van nazorg om gedetineerden te ondersteunen bij hun re-integratie en rehabilitatie in de maatschappij.

Referenties

- Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P., & Gremeaux, L. (2016). Treatment for substance use disorders: the Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Archives of Public Health*, 74(1), 27.
- Bagnall, A. M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G., ... & Wright, N. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC public health*, 15(1), 1.
- Beck, A., Heinz, A.J., Heinz, A. (2014). Translational clinical neuroscience perspectives on the cognitive and neurobiological mechanisms underlying alcohol-related aggression. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 17, 443-474.
- Belenko, S. (2006). Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime & Delinquency*, 52(1), 94-113. doi:10.1177/0011128705281755
- Belenko, S., Hiller, M. & Hamilton, L. (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*, 15(11). doi:10.1007/s11920-013-0414-z
- Brosens, D., De Donder, L., Dury, S., & Verté, D. (2015). Barriers to participation in vocational orientation programmes among prisoners. *Journal of Prison Education and Reentry*, 2(2), 4-18.
- Cartier, J., Farabee, D. & Prendergast, M. L. (2006). Methamphetamine use, self-reported violent crime, and recidivism among offenders in California who abuse substances. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 435-445. doi:10.1177/0886260505285724
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Fazel, S. (2015). Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2(5), 422-430.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 81, 127-132.
- Colman, C., Vander Laenen, F., & De Ruyver, B. (2010). De samenwerking tussen justitie en de (drug)hulpverlening, Randvoorwaarden voor een optimale interactie. In L. Pauwels & G. Vermeulen (eds.), *Actualia Strafrecht en Criminologie 2010* (Reeks Gandaius), Update in de Criminologie (pp. 313-342). Antwerpen: Maklu.
- Cox, K. (2013). *The effectiveness of alcohol and drug treatment among the incarcerated population* (Doctoral dissertation, uni-wien).
- Dekkers, A., & Vanderplassen, W. (2013). De inhoud van de hulpverleningsplannen en het verloop van de DBK-trajecten van Gentse DBK-cliënten. *Het pilotproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstevaluatie*, 91-118.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., & Laudet, A. (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), 1-7.
- De Pauw, M., De Valck, S. & Vander Laenen, F. (2009). Drugs in de gevangenis. Kwalitatief onderzoek bij gedetineerden in de gevangenis van Gent. *Fatik*, 27(124), 21-27.

- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F. & Sohier, C. (2007). *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*. Gent: Academia Press.
- De Wilde, J., Soyez, V., Vandeveld, S., Broekaert, E., Vander Beken, T., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). *Usage de drogue et psychopathologie dans les prisons: une etude exploratoire pour le developpement d'une methodologie*. Academia Press
- De Wree, E., De Ruyver, B. & Pauwels, L. (2009). Criminal justice responses to drug offences: Recidivism following the application of alternative sanctions in Belgium. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 550-560.
- De Wree, E., Pauwels, L., Colman, C. & De Ruyver, B. (2009). Alternative sanctions for drug users: fruitless efforts or miracle solution? *Crime, Law and Social Change*, 52, 513-525.
- Durcan, G. (2008). From the inside. Experiences of prison mental health care. *London: Centre for Mental Health*. 1-78.
- EMCDDA. (2001). *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons. EMCDDA Scientific Report, 2001*, 1-32.
- EMCDDA. (2012). *Prison and drugs in Europe: The problem and responses*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Erp, N., Boertien, D., Scholtens, G. & Rooijen, S. (2011). *Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kenniscentrum Phrenos.
- Evans, E., Li, L., & Hser, Y. I. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and program planning*, 32(3), 204-212.
- Favril, L. & Vander Laenen, F. (2013). Een geïntegreerd drugsbeleid in de gevangenis: zorgen voor morgen. *Fatik*, 31(140), 15-20.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.
- Federale Overheidsdienst Justitie (2015). Jaarverslag 2014. Directoraat-generaal penitentiaire inrichtingen. Verkregen op 30 augustus, 2016, via <http://justitie.belgium.be/sites/default/files/downloads/BAT%20NL%202014.pdf>
- Federale Overheidsdienst Justitie (2016). Justitie in cijfers. Verkregen op 30 september, 2016, via http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie_in_cijfers
- Galassi, A., Mpofo, E. & Athanasou, J. (2015). Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6), 7059-7072.
- Galea, G., Enggist, S., Udesen, C., & Møller, L. (2014). *Prisons and Health. World Health Organization. Regional Office for Europe*. 1-207.
- Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D. & Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 295-302.

- Hall, J.A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D.L., & Jampoler, J.S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132-141.
- Humphreys, K., & Lembke, A. (2014). Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and alcohol review*, 33(1), 13-18.
- Jaffe, M. (2012). *Peer support and seeking help in prison: a study of the Listener scheme in four prisons in England* (Doctoral dissertation, Keele University).
- Kazadi Tshikala, T. & Vander Laenen, F. (2015). Het Belgisch penitentiair drugsbeleid : sleutelfiguren uit de top van de administratie kijken aan het woord. *Fatik* (146), 16-20.
- Lloyd, C., Russell, C., & Liebling, A. (2014). Evaluation of the Drug Recovery Wing Pilots: Scoping and Feasibility Report.
- MacDonald, M., Weilandt, C., Popov, I., Joost, K., Alijev, L., Berto, D. & Parausanu, E. (2012). *Throughcare for prisoners with problematic drug use: a toolkit*. Birmingham: Birmingham City University.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012). Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 8(2), 68-84.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2013). Throughcare for prisoners with problematic drug use: a European perspective. *EuroVista*, 2.3, 144-153.
- McCloskey, M.S., Berman, M.E., Echevarria, D.J., Coccaro, E.F. (2009). Effects of acute alcohol intoxication and paroxetine on aggression in men. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 33, 581-590.
- Memorandum Zorg en Detentie (2014). Naar een volwaardig gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België memorandum. Reflectiegroep «zorg en detentie» 25 juli 2014. Verkregen op 23 september, 2016, via <http://docplayer.nl/11509693-Naar-een-volwaardige-gezondheidszorg-voor-gedetineerden-en-geïnterneerden-in-belgie-memorandum-reflectiegroep-zorg-en-detentie-25-juli-2014.html>
- Mine, B., Robert, L. & Maes, E. (2015). Soulever un coin du voile sur la récidive en Belgique. La prévalence de la récidive à partir des données du Casier judiciaire central. *Revue de droit pénal et de criminologie*, 6, 620-650.
- Noppe, J., Hemmerechts, K., Pauwels, L., Verhage, A. & Easton, M. (2011). De oude fout in beeld? Naar een lokale recidivemonitor voor de stad Antwerpen. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid (2010). Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België. *Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs*. IMCDRUGS 2010, V.A.1, 1-89.
- Polfliet, K., Vander Laenen, F., & Roose, R. (2012). Het beleid van de Vlaamse Gemeenschap inzake forensisch welzijnswerk. In R. Roose, F. Vander Laenen, I. Aertsen, & L. Van Garsse (Eds.), *Handboek forensisch welzijnswerk. Ontwikkeling, beleid, organisatie & praktijk* (pp. 105-119). Gent: Academia Press.
- Powis, B., Walton, C., & Randhawa, K. (2014). Drug Recovery Wings Set Up, Delivery and Lessons Learned: Process Study of First Tranche DRW Pilot Sites. *London: Ministry of Justice*.

- Rapp, R. C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2014). The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(4), 605.
- Rich, J. D., McKenzie, M., Larney, S., Wong, J. B., Tran, L., Clarke, J., ... & Zaller, N. (2015). Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *The Lancet*, 386(9991), 350-359.
- Robert, L., Mine, B., Maes, E. (2015). Recidive na een rechterlijke beslissing. De eerste nationale cijfers over recidiveprevalentie op basis van het Centraal Strafregister. *Panopticon*, 36(3), 173-189.
- Rutherford, M. & Duggan, S. (2009). Meeting complex health needs in prisons. *Public Health*, 123(6), 415-418. doi:10.1016/j.puhe.2009.04.006
- Schiltz, J., Van Malderen, S. & Vanderplasschen, W. (2015). Access to health care and harm reduction in Belgian prisons (PRIDE Europe – Belgium) (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Snacken, S. (2015). Punishment, legitimate policies and values: Penal moderation, dignity and human rights. *Punishment & Society*, 17(3), 397-423.
- Soyez, V., De Wilde, J., Vander Beken, T., Broekaert, E., Vandeveldde, S., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). *Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling*. Academia Press.
- Statistics Belgium (2015). Gevangenisbevolking. Verkregen op 28 september, 2016, via <http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/bevolking/andere/gevangenen/>
- Steadman, H. J., & Veysey, B. M. (1997). *Providing services for jail inmates with mental disorders*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Stöver, H. (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response.
- Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C. & Thane, K. (2008). Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners. *Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. ev. V.(WIAD)*.
- Torrens, M., & Ruiz, V. J. C. (2015). 3.1 Historical Steps and Recent Developments of Drug Laws in Spain. *Treatment versus Punishment for Drug Addiction: Lessons from Austria, Poland, and Spain*, 25.
- United Nations General Assembly (2016). Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem (UNGASS outcome document). *General Assembly*, 13, 1-24.
- UNODC. (2008). *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prison*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vandeveldde, S., De Maeyer, J., De Ruysscher, C., Bryssinck, D., Meesen, D., Vanderstraeten, J. & Broekaert, E. (2015). Villa Voortman: Carte blanche or not ? *Therapeutic Communities*, 36 (2): 62-73

- Van der Straete, I. & Put, J. (2005). Beroepsgeheim en hulpverlening in Welzijn - Welzijnsrecht. Brugge: die Keure.
- Vander Laenen, F. (2013). Beroepsgeheim van hulpverleners in de relatie met justitie: een geïnformeerde hulpverlener is er twee waard. *Omgaan met beroepsgeheim*, 39-62.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M., Van Audenhove, S., ... & De Ruyver, B. (2013). *Analysis and optimization of substitution treatment in Belgium (SUBANOP)*. Academia Press.
- Vander Laenen, F. (2015a). Memorandum: naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. *FATIK*, 31(145), 28-30.
- Vander Laenen, F. (2015b). Forensisch welzijnswerk voor geïnterneerden. *Internering: nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*, 211-225.
- Vander Laenen, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal. *Panopticon*, 37(4), 275.
- Vander Laenen, F., & Stas, K. (2015). Het beroepsgeheim van hulpverleners in de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Handboek forensische gedragswetenschappen*, 125-152.
- Vander Laenen, F., & Vanderplasschen, W. (2012). Samenwerking justitie en hulpverlening. In J. Dangreau, L. Deben, K. De Greve, L. Delbrouck, H. De Waele, M.-C. Lambrechts, J. Meese, I. Plets, I. Rogiers, A. Serlippens, L. Van Besien, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen, F. Van Hende, E. Van Lishout, S. Van Malderen & W. Van Steenbrugge (eds.), *Wet en duiding: drugswetgeving 2012* (pp. 15-27). Brussel: Larcier.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstevaluatie*. Academia Press.
- Vanderplasschen, W., Cogels, S., Baudoncq, B., Stevens, L., De Maeyer, J., Rapp, R., Bruffaerts, R., Van Hal, G., & Demyttenaere, K. (2011). Crisisopvang voor middelengebruikers in België: een formele evaluatie en aanbevelingen voor een duurzaam beleid = La prise en charge de crise des assuétudes en Belgique: une évaluation formelle et recommandations pour une politique durable. In *Wetenschap en Maatschappij*. 127-190.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers. W. Buisman ea (eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*, 1-34.
- Vanhex, M., Vandevelde, D., Stas, L. & Vander Laenen, F. (2014). Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie, aanbevelingen voor beleidsmakers. *Fatik*, 31(143), 19-22.
- Van Luchene, J. (2013). *Jaarverslag Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden penitentiair landbouwcentrum Ruiselede, 2012*, 1-36.

- Van Malderen, S. (Producer). (2012). *Drugs in de gevangenissen: Een blik op het penitentiair drugbeleid [Powerpoint Slides]*. Verkregen op 26 augustus, 2016, via <http://www.dekiem.be/documents/tekst/PL4Vanmalderen.pdf>
- Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw. (2016). *Jaarverslag 2015*. Verkregen op 1 september, 2016, via http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag_2015.pdf
- Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2016). *Reactie Jo Vandeurzen op berichtgeving over CAP*. Verkregen op 4 oktober, 2016, via <http://www.jovandeurzen.be/nl/reactie-jo-vandeurzen-op-berichtgeving-over-cap>
- Vlaamse overheid (2013). Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2: gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen. Brussel. Gedownload op 10 januari 2016, van <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/groenboek-zesde-staatshervorming>.
- Weerman, A. (2013). Inzet en waardering van ex-verslaafde medewerkers in de verslavingszorg. *Verslaving*, 9(3), 52-66.
- Wetenschappelijk instituut volksgezondheid (2016). Belgian Treatment Demand Indicator Register (BTDIR). Belgisch register van behandelingsaanvragen betreffende drugs en alcohol. Verkregen op 3 oktober, 2016, via <https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>
- Wexler, H. K. & Prendergast, M. L. (2010). Therapeutic communities in United States' prisons: effectiveness and challenges *Therapeutic Communities*, 31(2), 157-175.
- Winters, K. & Zenilman, J. (1994). Simple screening instrument for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases (Vol. 11 Publication number SMA 02-3683). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment: US Department of Health and Human Services (SAMHSA).