

**Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent:  
Een uitkomstevaluatie**



WETENSCHAP EN MAATSCHAPPIJ

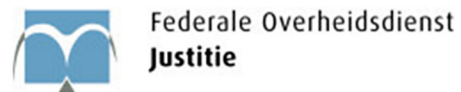
Het pilootproject drugbehandelingskamer  
te Gent:  
Een uitkomstenevaluatie

**Universiteit Gent**

Freya VANDER LAENEN  
Wouter VANDERPLASSCHEN  
Ciska WITTOUCK  
Anne DEKKERS  
Brice DE RUYVER

**Dienst voor het Strafrechtelijk beleid**

Saaske DE KEULENAER  
Stefan THOMAES



Deze publicatie is het resultaat van het project ‘Drugbehandelingskamer Gent, een uitkomstenevaluatie (QUALECT)’ uitgevoerd door de Universiteit Gent en een recidiveonderzoek uitgevoerd door de Dienst voor Strafrechtelijk Beleid. Het QUALECT-onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Federaal Onderzoeksprogramma Drugs en werd gefinancierd door het Federaal Wetenschapsbeleid (BELSPO) en de FOD Justitie. De studie gebeurde onder leiding van Prof. dr. Freya Vander Laenen (coördinator, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, IRCP), Prof. dr. Brice De Ruyver (promotor, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, IRCP) en prof. dr. Wouter Vanderplasschen (promotor, Vakgroep Orthopedagogiek) en werd uitgevoerd door Ciska Wittouck (onderzoeker, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, IRCP) en Anne Dekkers (onderzoeker, Vakgroep Orthopedagogiek). Het recidiveonderzoek werd uitgevoerd door Saaske De Keulenaer en Stefan Thomaes (Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid)

Programmaverantwoordelijke: Aziz Naji.

De inhoud van de teksten valt onder de verantwoordelijkheid van de auteurs.



Dit kwaliteitslabel wordt toegekend door Wetenschapsbeleid aan onderzoeksprojecten die bij de ex-post evaluatie door een panel van buitenlandse experts een score van minstens “sufficient” (voldoende) kregen. Het project dat het voorwerp uitmaakt van deze publicatie heeft dit label gekregen.

Ce label de qualité est octroyé par la Politique scientifique fédérale aux projets de recherche qui ont obtenu un score d’au moins “suffisant” (suffisant) lors de l’évaluation ex-post effectuée par un panel d’experts étrangers. Le projet qui fait l’objet de la présente publication a reçu ce label.

© Academia Press

Eekhout 2, 9000 Gent

Tel. 09/233 80 88

Info@academiapress.be

Fax 09/233 14 09

www.academiapress.be

J. Story-Scientia nv Wetenschappelijke Boekhandel

Sint-Kwintensberg 87, B-9000 Gent

Tel. 09/225 57 57

Info@story.be

Fax 09/233 14 09

www.story.be

Freya Vander Laenen, Wouter Vanderplasschen, Ciska Wittouck, Anne Dekkers & Brice De Ruyver (Universiteit Gent) – Saaske De Keulenaer & Stefan Thomaes (Dienst voor het Strafrechtelijk beleid)  
*Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: Een uitkomstenevaluatie*

Gent, Academia Press, 2013, xv + 265 pp.

Lay-out: proxessmaes.be

ISBN 978 90 382 2206 6

D/2013/4804/171

U 2070

*Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvuldigd en/of vermenigvuldigd door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.*

# INHOUD

<b>Woord vooraf</b> .....	<i>xi</i>
<b>Lijst van figuren, grafieken en tabellen</b> .....	<i>xiii</i>
<b>Lijst van gebruikte afkortingen</b> .....	<i>xv</i>
<b>Hoofdstuk 1. Algemene inleiding</b> .....	7
1.1. <i>Contextualisering van het onderzoek</i> .....	7
1.1.1. Een integrale aanpak van de complexiteit van middelengebruik .....	7
1.1.2. Drugbehandelingskamers op het straftoemeteringsniveau ..	8
1.2. <i>De Gentse drugbehandelingskamer</i> .....	9
1.2.1. Beschrijving van de werking van de Gentse drugbehandelingskamer .....	9
1.2.1.1. De toeleiding naar de Gentse DBK .....	10
1.2.1.2. De verschillende zittingen van de Gentse DBK .....	10
1.2.1.3. De actoren van de Gentse DBK .....	12
1.3. <i>De procesevaluatie van de Gentse DBK</i> .....	15
1.4. <i>Een uitkomstenevaluatie van de Gentse DBK</i> .....	17
1.4.1. Het Qualect-onderzoek .....	17
1.4.2. Het recidiveonderzoek .....	18
1.4.3. Aanbevelingen op basis van de resultaten van het Qualect- en het recidiveonderzoek .....	18
<b>Hoofdstuk 2. De uitkomsten van drugbehandelingskamers op herstel na middelengebruik: Een systematische literatuurstudie</b> .....	19
2.1. <i>Inleiding</i> .....	19
2.2. <i>Methode</i> .....	20
2.2.1. Inclusiecriteria .....	20
2.2.2. Zoekstrategie en studieselectie .....	21
2.2.3. Dataverzameling .....	22
2.3. <i>Resultaten</i> .....	22
2.3.1. Kenmerken van de studie .....	22
2.3.2. Studiekwaliteit .....	23

2.3.3.	Uitkomsten rond druggebruik, alcoholgebruik, en andere druggerelateerde levensdomeinen . . . . .	30
2.3.3.1.	Uitkomsten rond illegaal druggebruik . . . . .	31
2.3.3.2.	Uitkomsten rond alcoholgebruik . . . . .	33
2.3.3.3.	Uitkomsten rond familiale en sociale relaties . . . . .	33
2.3.3.4.	Uitkomsten rond tewerkstelling en inkomen . . . . .	34
2.3.3.5.	Uitkomsten rond geestelijke en lichamelijke gezondheid . . . . .	35
2.4.	<i>Bespreking van de resultaten</i> . . . . .	36
2.4.1.	Matig positieve resultaten voor drug- en alcoholgebruik . . . . .	36
2.4.2.	Beperkte aandacht voor druggerelateerde levensdomeinen . . . . .	36
2.4.3.	Specifieke interventies zijn noodzakelijk . . . . .	38
2.4.4.	Beperkingen . . . . .	38
2.4.5.	Algemeen besluit . . . . .	40
<b>Hoofdstuk 3.</b>	<b>De uitkomsten van de Gentse drugbehandelingskamer rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen . . . . .</b>	<b>43</b>
3.1.	<i>Inleiding</i> . . . . .	43
3.2.	<i>Methodologie</i> . . . . .	43
3.2.1.	Studiedesign . . . . .	43
3.2.2.	Meetinstrument . . . . .	45
3.2.3.	Meetmomenten en bronnen . . . . .	46
3.2.4.	Data-analyse . . . . .	47
3.2.4.1.	De matching-procedure . . . . .	47
3.2.4.2.	'Within-group' analyses . . . . .	49
3.2.4.3.	'Between-group' analyses . . . . .	49
3.3.	<i>Resultaten</i> . . . . .	50
3.3.1.	Kenmerken van de onderzoekspopulatie . . . . .	50
3.3.1.1.	Significante verschillen tussen de DBK- en de probatiegroep voor de toepassing van de matching-procedure . . . . .	50
3.3.1.2.	Kenmerken van de DBK- en de probatie-groep na de toepassing van de matching-procedure . . . . .	51
3.3.1.2.1.	Demografische kenmerken . . . . .	52
3.3.1.2.2.	Kenmerken wat betreft het middelengebruik en drughulpverlening . . . . .	52
3.3.1.2.3.	Kenmerken wat betreft druggerelateerde levensdomeinen . . . . .	53
3.3.1.3.	Besluit: Resultaat van de matching-methode . . . . .	54

3.3.2.	De uitkomsten van de Gentse DBK-groep . . . . .	55
3.3.2.1.	De uitkomsten wat betreft het middelengebruik en drughulpverlening . . . . .	56
3.3.2.2.	De uitkomsten wat betreft de druggerelateerde levensdomeinen . . . . .	56
3.3.2.3.	Besluit: De uitkomsten voor de Gentse DBK-groep . . . . .	57
3.3.3.	De uitkomsten van de Hasseltse probatie-groep . . . . .	58
3.3.3.1.	De uitkomsten wat betreft het middelengebruik en drughulpverlening . . . . .	58
3.3.3.2.	De uitkomsten wat betreft de druggerelateerde levensdomeinen . . . . .	59
3.3.3.3.	Besluit: De uitkomsten voor de Hasseltse probatie-groep . . . . .	59
3.3.4.	Een vergelijking van de uitkomsten van de Gentse DBK- groep met de uitkomsten van de Hasseltse probatie-groep. . . . .	60
3.3.4.1.	Een vergelijking van de uitkomsten rond het middelengebruik en drughulpverlening . . . . .	61
3.3.4.2.	Een vergelijking van de uitkomsten rond de druggerelateerde levensdomeinen . . . . .	61
3.3.4.3.	Een vergelijking van het tijdsverloop tussen de laatst gepleegde feiten en de start van het DBK-traject of de probatiebegeleiding . . . . .	62
3.3.4.4.	Besluit: Een vergelijking van de uitkomsten van de Gentse DBK-groep met de uitkomsten van de Hasseltse probatie-groep . . . . .	63
3.4.	<i>Bespreking van de resultaten</i> . . . . .	64
3.4.1.	Fragmentarische registratie hypothekeert een grondige uitkomstenevaluatie . . . . .	64
3.4.2.	DBK-cliënten hebben een complexere problematiek . . . . .	66
3.4.3.	De uitkomsten voor de Gentse DBK-groep . . . . .	67
3.4.4.	De uitkomsten voor de Hasseltse probatie-groep . . . . .	69
3.4.5.	De uitkomsten voor de Gentse DBK-groep en de Hasseltse probatie-groep vergeleken . . . . .	71
3.4.6.	Beperkingen . . . . .	73
3.4.7.	Algemeen besluit . . . . .	73
<b>Hoofdstuk 4. De geschatte overheidsuitgave verbonden aan de Gentse drugbehandelingskamer . . . . .</b>		<b>75</b>
4.1.	<i>Inleiding</i> . . . . .	75
4.2.	<i>Methoden</i> . . . . .	75

4.3. Resultaten .....	76
4.3.1. Bevoegde overheidsinstanties .....	76
4.3.2. Eindvonnissen van DBK-dossiers .....	77
4.3.3. Overheidsuitgaven verbonden aan het DBK-project voor het jaar 2008 .....	80
4.3.3.1. Het vervolgingsniveau .....	81
4.3.3.2. Het straftoemingsniveau .....	82
4.3.3.3. Het liaison-team .....	84
4.3.3.4. Totale personeelskosten en werkingskosten voor het DBK-project .....	86
4.4. Bespreking van de resultaten .....	87
4.4.1. Het eindvonnis van een DBK-traject .....	87
4.4.2. De geschatte overheidsuitgave verbonden aan de Gentse drugbehandelingskamer .....	89
<b>Hoofdstuk 5. De inhoud van de hulpverleningsplannen en het           verloop van de DBK-trajecten van Gentse           DBK-cliënten .....</b>	<b>91</b>
5.1. Inleiding .....	91
5.2. Methodologie .....	92
5.2.1. Onderzoeksopzet .....	92
5.2.2. Procedure .....	92
5.2.3. Meetinstrument .....	94
5.2.4. Data-analyse .....	95
5.3. Resultaten .....	96
5.3.1. Kenmerken van de steekproef .....	96
5.3.2. Vooropgestelde doelstellingen binnen de hulpverleningsplannen van (oud-)DBK-cliënten .....	96
5.3.2.1. Drugs .....	98
5.3.2.2. Psychisch welzijn .....	99
5.3.2.3. Werk .....	99
5.3.2.4. Justitie .....	99
5.3.2.5. Schulden .....	100
5.3.2.6. Inkomen .....	100
5.3.2.7. Lichamelijke gezondheid .....	100
5.3.2.8. Alcohol .....	101
5.3.2.9. Woonst .....	101
5.3.2.10. Familie .....	102
5.3.2.11. Administratie .....	102



5.3.2.12. Vrijtijdsbesteding .....	102
5.3.3. De DBK-trajecten van (oud-)DBK-cliënten .....	102
5.3.4. Kwaliteit van leven van DBK-cliënten .....	105
5.3.5. Het gerechtelijk traject van oud-DBK-cliënten .....	108
5.4. <i>Bespreking van de resultaten</i> .....	110
5.4.1. Doelstellingen binnen de hulpverleningsplannen van DBK- cliënten .....	110
5.4.2. Druggebruik, criminaliteit en psychische problematiek ...	112
5.4.3. Belang van woonst, werk en familie bij DBK-cliënten .....	113
5.4.4. Geen hulpverleningsplan, geen probleem? .....	114
5.4.5. Impact van de DBK op DBK-cliënten en het afgelegde traject .....	114
5.5. <i>Beperkingen van het onderzoek</i> .....	116
5.6. <i>Algemeen besluit</i> .....	117
<b>Hoofdstuk 6. Ervaringen en perspectieven van hulpverleners en DBK-cliënten op de Gentse drugbehandelingskamer .</b>	
6.1. <i>Inleiding</i> .....	119
6.2. <i>Methodologie</i> .....	120
6.2.1. Onderzoeksopzet .....	120
6.2.2. Procedure .....	121
6.2.3. Meetinstrument .....	122
6.2.4. Data-analyse .....	123
6.3. <i>Resultaten</i> .....	124
6.3.1. Ervaringen van hulp- en dienstverlenende actoren .....	124
6.3.1.1. Een algemeen positief geluid .....	124
6.3.1.1.1. De DBK speelt kort op de bal .....	124
6.3.1.1.2. De focus van de DBK ligt op verscheidene levensdomeinen .....	126
6.3.1.1.3. DBK biedt kansen .....	126
6.3.1.2. Vergelijking tussen DBK en alternatieve afhandelingen .	127
6.3.1.2.1. Vergelijking met Proefzorg .....	127
6.3.1.2.2. Vergelijking met probatie .....	128
6.3.1.3. Samenwerking tussen hulpverleningsactoren, DBK-actoren en DBK-cliënten .....	129
6.3.1.3.1. Samenwerking tussen verschillende hulpverleningsactoren .....	129

6.3.1.3.2.	Samenwerking met de liaisons vanuit het perspectief van de hulpverlening . . . . .	129
6.3.1.3.3.	Samenwerking met de hulpverlening vanuit het perspectief van de liaison . . . . .	130
6.3.1.3.4.	Samenwerking tussen hulpverlening en DBK-clënten . . . . .	131
6.3.1.4.	Informatie-uitwisseling . . . . .	132
6.3.1.4.1.	Informatie-uitwisseling tussen hulpverlening en de DBK. . . . .	133
6.3.1.4.2.	Informatie-uitwisseling met de liaisons vanuit het perspectief van de hulpverlening. . . . .	133
6.3.1.4.3.	Informatie-uitwisseling met de hulpverlening vanuit het perspectief van de liaisons . . . . .	134
6.3.1.5.	Ervaringen op het vlak van hulpverlening aan DBK-clënten . . . . .	134
6.3.1.5.1.	De problematiek van DBK-clënten . . . . .	134
6.3.1.5.2.	Drang vanuit de DBK. . . . .	135
6.3.1.5.3.	Geboden hulpverlening aan DBK-clënten . . . . .	135
6.3.1.5.4.	Werklast van hulpverleningsactoren met betrekking tot DBK-clënten . . . . .	136
6.3.1.6.	Uitdagingen voor de toekomst . . . . .	137
6.3.1.6.1.	Verschil in finaliteit en tempo tussen DBK, hulpverlening en DBK-clënten. . . . .	137
6.3.1.6.2.	Bepaalde continuïteit van zorg en ondersteuning na afronding van de DBK . . . . .	138
6.3.1.6.3.	Striktere opvolging en bestraffing . . . . .	138
6.3.1.6.4.	Het gebruik van urinecontroles . . . . .	139
6.3.1.6.5.	Uitbouw en ondersteuning van het DBK-project . . . . .	139
6.3.1.6.6.	De onduidelijke rol van de liaisons . . . . .	140
6.3.2.	Ervaringen van (oud-)DBK-clënten . . . . .	140
6.3.2.1.	Karakteristieken van de streekproef . . . . .	141
6.3.2.2.	Redenen voor deelname aan de DBK . . . . .	141
6.3.2.3.	Algemene ervaringen met de DBK . . . . .	142
6.3.2.4.	Het contact tussen DBK-clënten en verschillende DBK-actoren. . . . .	143
6.3.2.5.	De ervaringen van DBK-clënten betreffende ondersteuning . . . . .	144
6.3.2.6.	Door DBK-clënten ervaren obstakels binnen het DBK-traject. . . . .	145

6.4.	<i>Bespreking van de resultaten</i> .....	147
6.4.1.	Cliëntspecifieke opvolging binnen de DBK .....	147
6.4.2.	Het belang van samenwerking en informatie-uitwisseling tussen verschillende actoren .....	148
6.4.3.	DBK-cliënten en de invloed hiervan op wachtlijsten .....	149
6.4.4.	De geboden hulpverlening aan DBK-cliënten .....	150
6.4.5.	Uitdagingen voor voortzetting van de DBK en bij uitbreiding naar andere arrondissementen .....	150
6.4.6.	De DBK als een unieke kans .....	151
6.4.7.	Contacten binnen en werking van de DBK .....	151
6.4.8.	Ervaren knelpunten .....	153
6.5.	<i>Beperkingen van het onderzoek</i> .....	153
6.6.	<i>Algemeen besluit</i> .....	154
<b>Hoofdstuk 7. Percepties van DBK-cliënten op evoluties in hun middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen na de afronding van hun DBK-traject en op juridische maatregelen</b> .....		
7.1.	<i>Inleiding</i> .....	155
7.2.	<i>Methoden</i> .....	156
7.2.1.	Studiedesign .....	156
7.2.2.	Meetinstrument .....	157
7.2.3.	Selectie van respondenten .....	158
7.2.4.	Data-analyse en rapportage .....	159
7.3.	<i>Resultaten</i> .....	159
7.3.1.	Beschrijving van de situatie van de respondenten voor de start van de maatregel .....	159
7.3.2.	Perceptie op juridische maatregelen .....	161
7.3.2.1.	Perceptie van de DBK- en de probatie-cliënten op een juridische maatregel .....	161
7.3.2.2.	Specifieke perceptie op een traject voor de DBK .....	162
7.3.2.3.	Specifieke perceptie op een probatiemaatregel .....	164
7.3.3.	Gepercipieerde veranderingen en redenen daarvoor rond het middelengebruik, de druggerelateerde levensdomeinen en het plegen van druggerelateerde criminaliteit .....	165
7.3.3.1.	Het middelengebruik .....	166
7.3.3.2.	De levensdomeinen .....	167
7.3.3.2.1.	Familiale relaties .....	167

7.3.3.2.2.	Sociale relaties .....	168
7.3.3.2.3.	Vrijtijdsbesteding .....	169
7.3.3.2.4.	Tewerkstelling .....	170
7.3.3.2.5.	Financiële situatie .....	171
7.3.3.2.6.	Huisvesting .....	172
7.3.3.2.7.	Geestelijke en lichamelijke gezondheid .....	173
7.3.3.2.8.	Plegen van druggerelateerde criminaliteit .....	173
7.4.	<i>Bespreking</i> .....	174
7.4.1.	Druggebruik beïnvloedt de andere levensdomeinen .....	174
7.4.2.	De juridische maatregel als een kans .....	174
7.4.2.1.	Specifieke perceptie op een traject voor de drugbehandelingskamer .....	175
7.4.2.2.	Specifieke perceptie op een probatiemaatregel .....	176
7.4.3.	De juridische maatregel heeft een directe invloed op het middelengebruik, en hierdoor een indirecte invloed op de levensdomeinen .....	176
7.4.4.	Koppeling van de bevindingen aan theoretische perspectieven op stopprocessen van druggebruikers en delinquenten .....	180
7.4.5.	De beperkingen van het onderzoek .....	181
7.4.6.	Algemeen besluit .....	182
 <b>Hoofdstuk 8. De uitkomsten van de Gentse drugbehandelings- kamer rond recidive</b> .....		 185
8.1.	<i>Inleiding</i> .....	185
8.1.1.	Definitie van recidive .....	185
8.1.2.	Onderzoeksvragen .....	186
8.1.3.	Operationalisering van recidive .....	186
8.2.	<i>Methodologie</i> .....	187
8.2.1.	Studiedesign .....	187
8.2.1.1.	De DBK-groep .....	187
8.2.1.2.	Verstek/gDBK-groep .....	188
8.2.1.3.	Probatie-groep .....	188
8.2.2.	Samenstelling van de studiegroepen .....	189
8.2.3.	Dataverzameling .....	192
8.3.	<i>Resultaten</i> .....	193
8.3.1.	Kenmerken van de studiegroepen .....	193
8.3.1.1.	Profiel .....	194
8.3.1.2.	Aantal antecedenten .....	195

8.3.1.3.	Aard van de antecedenten .....	196
8.3.1.4.	Strafrechtelijke beslissingen .....	198
8.3.1.5.	Duur van de criminele carrière .....	198
8.3.1.6.	Detentie tijdens de criminele carrière .....	199
8.3.1.7.	Delictdichtheidsgraad .....	200
8.3.1.8.	Vierdelige typologie aan de hand van het onderscheid tussen veelplegers en vaakplegers.....	202
8.3.1.9.	Besluit over de kenmerken van de studiegroepen .....	203
8.3.2.	Recidive .....	205
8.3.2.1.	Prevalentie van recidive .....	205
8.3.2.2.	Profiel recidivisten en niet-recidivisten .....	208
8.3.2.2.1.	Profiel niet-recidivisten .....	208
8.3.2.2.2.	Profiel recidivisten .....	208
8.3.2.3.	Snelheid recidive .....	210
8.3.2.4.	Frequentie van recidive .....	210
8.3.2.5.	Aard van de recidivefeiten .....	212
8.3.2.6.	Strafrechtelijke beslissingen aan recidivefeiten gegeven .	212
8.3.2.7.	Recidivegraad .....	214
8.3.2.8.	Evolutie in pleeggedrag .....	216
8.3.2.8.1.	Groepsniveau .....	216
8.3.2.8.2.	Individueel niveau .....	217
8.3.2.9.	Recidive na opstart probatiebegeleiding .....	218
8.3.3.	Welke factoren beïnvloeden recidive?.....	220
8.3.3.1.	De invloed van demografische factoren op recidive.....	221
8.3.3.2.	De invloed van antecedenten op recidive.....	222
8.3.3.3.	De invloed van delicttype op recidive .....	222
8.4.	<i>Algemeen besluit</i> .....	225
8.5.	<i>Aanbevelingen</i> .....	227
<b>Hoofdstuk 9. Uitkomsten- en recidive-onderzoek van de Gentse drugbehandelingskamer: Conclusies en aanbevelingen.....</b>		
9.1.	<i>Achtergrond en doelstelling</i> .....	229
9.2.	<i>Methodologie</i> .....	230
9.3.	<i>Onderzoeksresultaten</i> .....	231
9.3.1.	Resultaten uitkomstenonderzoek.....	231
9.3.1.1.	De uitkomsten van DBKs in het buitenland.....	231
9.3.1.2.	De uitkomsten van het Gentse DBK-project rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen .	232

9.3.1.3.	De uitgaven en mogelijke baten van het Gentse DBK-project . . . . .	233
9.3.1.4.	De inhoud van de hulpverleningsplannen en het verloop van de behandeltrajecten van Gentse (oud-)DBK-cliënten . . . . .	233
9.3.1.5.	De ervaringen van hulpverleningsactoren in Gent . . . . .	234
9.3.1.6.	De ervaringen van Gentse (oud-)DBK-cliënten . . . . .	236
9.3.2.	Resultaten recidive-onderzoek . . . . .	237
9.4.	<i>Aanbevelingen</i> . . . . .	239
9.4.1.	Het voortzetten van de DBK in het gerechtelijk arrondissement Gent door een optimalisatie van de DBK-specifieke randvoorwaarden. . . . .	239
9.4.1.1.	Voortzetten van de DBK . . . . .	239
9.4.1.2.	Optimalisatie van de DBK-specifieke randvoorwaarden. . . . .	240
9.4.1.2.1.	Een afgebakende toeleiding op basis van juridische criteria. . . . .	240
9.4.1.2.2.	Een gerichte oriëntatie naar de hulpverlening op basis van concrete, haalbare en toetsbare doelstellingen voor als problematisch ervaren levensdomeinen. . . . .	241
9.4.1.2.3.	Een doelgerichte justitiële opvolging van de doelstellingen in het hulpverleningsplan . . . . .	243
9.4.1.2.4.	Het eindvonnis afstemmen op het verloop van het DBK-traject en zo continuïteit van vrijwillige hulpverlening mogelijk maken . . . . .	244
9.4.1.2.5.	Nood aan een systematische, gestructureerde en uniforme registratie van cliëntgegevens . . . . .	245
9.4.2.	Uitbreiding naar andere gerechtelijke arrondissementen, mits aan een aantal externe en DBK-specifieke randvoorwaarden is voldaan . . . . .	245
9.4.2.1.	Voorwaarden <i>voor</i> de start van DBK . . . . .	246
9.4.2.2.	Voorwaarden <i>bij de start</i> van DBK . . . . .	246
9.4.2.3.	Systematisch uitkomstenonderzoek. . . . .	247
<b>Referenties</b> . . . . .		<b>249</b>

## WOORD VOORAF

In mei 2008 werd het pilootproject drugbehandelingskamer (DBK) binnen het gerechtelijk arrondissement Gent opgestart. Naar aanleiding van dit initiatief werd een samenwerkingsprotocol afgesloten tussen de minister van Justitie, PopovGGZ vzw en de Procureur des Konings, de voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg en de Stafhouder van de balie van het gerechtelijk arrondissement Gent. Dit protocol voorzag onder meer in een procesevaluatie van het eerste werkingsjaar van het pilootproject DBK. Het kwalitatieve onderzoeksluik van deze procesevaluatie werd verricht door de Universiteit Gent (UGent; Vakgroep Strafrecht en Criminologie (IRCP) en de Vakgroep Orthopedagogiek). De Dienst voor het Strafrechtelijk beleid (DSB) stond in voor het kwantitatieve onderzoeksluik. Uit deze procesevaluatie bleek de meerwaarde van de DBK voor de strafrechtsbedeling. Er konden echter geen uitspraken worden gedaan over de uitkomsten van het DBK-project. In een navolgend samenwerkingsprotocol verbonden de partijen er zich dan ook toe het pilootproject te verlengen voor de duur van een uitkomstenstudie en de daarop volgende beleidsvoorbereiding.

In functie van deze uitkomstenstudie, werd aan de DSB gevraagd om een recidiveonderzoek te verrichten. Naast recidive is het echter ook belangrijk om de uitkomsten van de DBK op het middelengebruik en de druggerelateerde levensdomeinen (bijvoorbeeld tewerkstelling, huisvesting en familiale en sociale relaties) van de beklagden die werden doorverwezen naar de DBK te bestuderen. Teneinde sociaal wenselijke antwoorden te vermijden en een optimale medewerking aan het onderzoek te bekomen, werd besloten om de studie naar de uitkomsten van de DBK rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen aan een externe onderzoeksploeg uit te besteden. Het laatstgenoemd onderzoeksluik werd middels een cofinanciering tussen de POD Wetenschapsbeleid en de DSB opgenomen in het Federaal Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van een integraal en een geïntegreerd beleid inzake drugs. Het onderzoeksvoorstel "Qualect" van de UGent werd weerhouden.

De uitkomstenevaluatie rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen liep van 1 december 2011 tot en met 31 maart 2013 en werd uitgevoerd door de Vakgroep Strafrecht en Criminologie, meer

bepaald door de onderzoeksgroep IRCP (Prof. dr. Freya Vander Laenen, coördinator; Prof. dr. Brice De Ruyver, promotor; Ciska Wittouck, onderzoeker), en de Vakgroep Orthopedagogiek (Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen, promotor; Anne Dekkers, onderzoeker) van de UGent, met ondersteuning van een nationale en internationale expert terzake (respectievelijk dr. Eveline De Wree en dr. Paul Turnbull). Het recidive-onderzoek werd verricht door Saaske De Keulenaer en Stefan Thomaes van de DSB en ving enkele maanden vóór het Qualect-onderzoek aan. Aangezien voor de beoordeling van de uitkomsten van de DBK zowel de resultaten van het recidive-onderzoek als de resultaten van het Qualect-onderzoek noodzakelijk zijn en deze resultaten niet van elkaar kunnen worden losgekoppeld, werd besloten om een gezamenlijk onderzoeksrapport te publiceren.

Tot slot wenst de voltallige onderzoeksgroep een dankwoord te richten aan de leden van het begeleidingscomité die door hun constructieve en kritische commentaren een wezenlijke bijdrage hebben geleverd tot het onderzoek. Volgende personen maakten deel uit van het begeleidingscomité: de heer Karel Borrenbergen (Cel Drugs, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu), de heer Francis Clarysse (Parket-generaal Gent), de heer Jorn Dangreau (Rechtbank Eerste Aanleg Gent), mevrouw Saaske De Keulenaer (Dienst voor het Strafrechtelijk beleid, FOD Justitie), de heer Cis Dewaele (VLASTROV), de heer Kurt Doms (Cel Drugs, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu), de heer Alphonse Franssen (PopovGGZ vzw), prof. dr. Martine Herzog-Evans (Université de Reims), mevrouw Lieve Huijskens (SODA, OCMW Antwerpen), mevrouw Ann Kauwenberghs (Samen Leven, Stad Antwerpen), de heer Aziz Naji (Belspo), mevrouw Annemie Serlippens (Parket van de Procureur des Konings Gent), mevrouw Bieke Ramman (Rechtbank Eerste Aanleg Gent), de heer Jan Theuwen (Kompas vzw), de heer Stefan Thomaes (Dienst voor het Strafrechtelijk beleid), dr. Paul Turnbull (Birkbeck University of London), de heer Luc Van Der Straeten (SODA, OCMW Antwerpen) en de heer Dirk Vandevelde (De Kiem). Ook worden alle DBK-cliënten, liaisons, hulpverleners, magistraten, griffiers, parketmedewerkers en justitieassistenten hartelijk bedankt voor hun bereidwillige medewerking.



## LIJST VAN FIGUREN, GRAFIEKEN EN TABELLEN

<b>Figuur 1.1:</b>	Overzicht van DBK-zittingen . . . . .	11
<b>Figuur 3.1:</b>	Schematische voorstelling van de analyses na matching van beide groepen . . . . .	48
<b>Figuur 4.1:</b>	Verloop van DBK dossiers van mei 2008 tot en met december 2009 (De Keulenaer & Thomaes, 2011) . . . . .	78
<b>Figuur 4.2:</b>	Verloop van een DBK-zitting . . . . .	80
<b>Figuur 7.1:</b>	Schematische voorstelling van de resultaten . . . . .	179
<b>Figuur 9.1:</b>	Schematische voorstelling van het DBK-verloop. . . . .	241
<b>Grafiek 5.1:</b>	Uitkomsten MANSА DBK-clіentен categorie 1: frequent aanwezig en doelstellingen gerealiseerd (n= 3) . . . . .	106
<b>Grafiek 5.2:</b>	Uitkomsten MANSА DBK-clіentен categorie 2: aanwezig en een deel van de doelstellingen gerealiseerd (n= 4) . . . . .	106
<b>Grafiek 5.3:</b>	Uitkomsten MANSА DBK-clіent categorie 3: weinig aanwezig en nauwelіjks doelstellingen gerealiseerd (n= 1) . . . . .	107
<b>Grafiek 5.4:</b>	Gemiddelde uitkomsten MANSА DBK-clіentен categorie 1 en 2 (n= 7) . . . . .	108
<b>Tabel 2.1:</b>	Overzicht van de geіncludeerde studies volgens de onderzoeksopzet, de onderzoeksgroep(en), de kenmerken van de deelnemers en de follow-upperiode . . . . .	25
<b>Tabel 2.2:</b>	Ondervindingen van de individuele studie volgens studieopzet en maatstaf voor het resultaat. . . . .	31
<b>Tabel 3.1:</b>	Een vergelijking van de scores op de voormeting van beide studiegroepen . . . . .	55
<b>Tabel 3.2:</b>	De uitkomsten van zowel de Gentse DBK-groep als de Hasseltse probatie-groep . . . . .	60
<b>Tabel 3.3:</b>	Een vergelijking van de uitkomsten op de nameting van beide studiegroepen . . . . .	62
<b>Tabel 4.1:</b>	Vonnissen naar groep (De Keulenaer & Thomaes, 2011) . . . . .	79
<b>Tabel 4.2:</b>	Berekening overheidsuitgave voor personeel en werking op vervolgingsniveau . . . . .	82
<b>Tabel 4.3:</b>	Berekening overheidsuitgave voor personeel en werking op straftoematingsniveau . . . . .	84
<b>Tabel 4.4:</b>	Berekening overheidsuitgave voor personeel en werking voor de liaisons hulpverlening en DBK-coördinator . . . . .	86

<b>Tabel 5.1:</b>	Format voor opvolging van DBK-trajecten en gerechtelijke dossierstudie . . . . .	95
<b>Tabel 5.2:</b>	Doelstellingen m.b.t. verschillende levensdomeinen zoals weergegeven in de hulpverleningsplannen van (oud-)DBK-cliënten (n=15) . . . . .	98
<b>Tabel 5.3:</b>	Gerechtelijk traject oud-DBK-cliënten na afronding van hun DBK-traject (n=7) . . . . .	109
<b>Tabel 6.1:</b>	Bevraagde hulp- en dienstverleningsactoren (n=24) . . . . .	120
<b>Tabel 8.1:</b>	Aantal antecedenten . . . . .	196
<b>Tabel 8.2:</b>	Aard van de antecedenten . . . . .	197
<b>Tabel 8.3:</b>	Strafrechtelijke beslissing aan antecedenten gegeven . . . . .	198
<b>Tabel 8.4:</b>	Duur van de criminele carrière . . . . .	199
<b>Tabel 8.5:</b>	Duur detentie tijdens de antecedentenperiode . . . . .	200
<b>Tabel 8.6:</b>	Delictdichtheidsgraad op groepsniveau . . . . .	201
<b>Tabel 8.7:</b>	Delictdichtheidsgraad op individueel niveau . . . . .	202
<b>Tabel 8.8:</b>	Vierdelige typologie aan de hand van de concepten veelpleger en vaakpleger . . . . .	203
<b>Tabel 8.9:</b>	Significante verschillen tussen DBK-groep en probatiegroep . . . . .	204
<b>Tabel 8.10:</b>	Prevalentie van recidive . . . . .	206
<b>Tabel 8.11:</b>	Snelheid van recidive . . . . .	210
<b>Tabel 8.12:</b>	Frequentie van recidive . . . . .	211
<b>Tabel 8.13:</b>	Aard van de recidivefeiten . . . . .	213
<b>Tabel 8.14:</b>	Strafrechtelijke beslissingen aan recidivefeiten gegeven . . . . .	214
<b>Tabel 8.15:</b>	Recidivegraad op groepsniveau . . . . .	215
<b>Tabel 8.16:</b>	Evolutie in pleeggedrag – groepsniveau . . . . .	216
<b>Tabel 8.17:</b>	Evolutie in pleeggedrag – individueel niveau . . . . .	217
<b>Tabel 8.18:</b>	Recidive tijdens probatiebegeleiding en tijdens opstarttermijn . . . . .	219
<b>Tabel 8.19:</b>	Invloed van recidive tijdens opstarttermijn op recidive tijdens probatiebegeleiding . . . . .	219
<b>Tabel 8.20:</b>	Recidive na en tijdens DBK-traject . . . . .	220
<b>Tabel 8.21:</b>	Invloed van recidive tijdens DBK-traject op recidive na DBK-traject . . . . .	220
<b>Tabel 8.22:</b>	Invloed van demografische kenmerken op recidive . . . . .	221
<b>Tabel 8.23:</b>	Invloed van antecedenten op recidive . . . . .	222
<b>Tabel 8.24:</b>	Invloed van delicttype op recidive . . . . .	224
<b>Tabel 8.25:</b>	Invloed van schuldbegeleiding en arbeid op recidive . . . . .	225

## LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

APA	American Psychiatric Association
ASI	Addiction Severity Index
BIS	Bemiddeling in Strafzaken
DBK(s)	Drugbehandelingskamer(s)
DSB	Dienst voor Strafrechtelijk Beleid
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DDC	Dependency Drug Court
DG	Directoraat-generaal
DSB	Dienst voor Strafrechtelijk beleid
DUI	Driving Under Influence courts
DWI	Driving While Intoxicated courts
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
FOD	Federale Overheidsdienst
FTDC	Family Treatment Drug Court
GAIN-Quick	Global Appraisal of Individual Needs
GAO	Government Accountability Office (VS)
K.B.	Koninklijk Besluit
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life
MSMS	Maryland Scientific Methods Scale
MSOC	Medisch Sociaal Opvangcentrum
NADCP	National Association of Drug Court Professionals (VS)
OM	Openbaar Ministerie
PPD	Pre Post Design (niet-gecontroleerd pre-post onder- zoeksdesign)
POD	Programmatorische Overheidsdienst
QED	Quasi Experimental Design (quasi-experimenteel onder- zoeksdesign)
RCT	Randomised Controlled Trial (gerandomiseerde controlestudie)
SIPH	Scientific Institute of Public Health
TDI	Treatment Demand Indicator
UGent	Universiteit Gent
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroeps- opleiding
VS	Verenigde Staten



# Hoofdstuk 1 **ALGEMENE INLEIDING**

*Ciska Wittouck, Anne Dekkers,  
Wouter Vanderplasschen & Freya Vander Laenen*

## **1.1. Contextualisering van het onderzoek**

### **1.1.1. Een integrale aanpak van de complexiteit van middelengebruik**

Middelengebruik is een belangrijk volksgezondheidsprobleem in Westerse landen (Anthony & Chen, 2004; EMCDDA, 2011) en wordt beschouwd als een chronische stoornis waarbij de prevalentie van herval aanzienlijk is (Fiorentine & Hillhouse, 2000; Kelly, Stout, Zywiak & Schneider, 2006; Laudet & White, 2010; McLellan, Lewis, O'Brien & Kleber, 2000). Druggebruikers bewegen zich herhaaldelijk tussen abstinentie en herval in middelengebruik vooraleer abstinentie eventueel bereikt wordt (Dennis, Scott, Funk & Foss, 2005). Tot voor kort werd abstinentie als de enige indicator van herstel na middelengebruik aanzien. Recentelijk heeft men meer aandacht voor andere (druggerelateerde) levensdomeinen en kwaliteit van leven als indicatoren van herstel na middelengebruik, naast het middelengebruik op zich (Laudet & White, 2010; White, 2007). Middelengebruik is immers geassocieerd met ernstige beperkingen en moeilijkheden op verschillende (druggerelateerde) levensdomeinen zoals gezondheid, algemeen welbevinden, sociaal netwerk, tewerkstelling en de financiële situatie (Fiorentine & Hillhouse, 2000; Kelly et al., 2006; Laudet & White, 2010; McLellan et al., 2000). Ook na het bereiken van abstinentie blijven deze moeilijkheden vaak nog jaren bestaan, zeker wat betreft tewerkstelling (Laudet & White, 2010). Hieruit volgt dat herstel na middelengebruik een focus op alle ermee geassocieerde levensdomeinen vereist, en dus verder gaat dan het bereiken van abstinentie.

Druggebruikers hebben ook, omwille van hun middelengebruik of het plegen van druggerelateerde criminaliteit, een grotere kans om in aanraking te komen met het politieel en justitieel systeem (Best et al., 2001; De Ruyver et al., 2008b; Lo & Stephans, 2000; Plourde & Brochu, 2002). Een louter repressieve aanpak blijkt echter niet succesvol te zijn

voor het verminderen van middelengebruik en druggerelateerde criminaliteit (Bull, 2005; De Ruyver, Van Daele, & Vander Beken, 1997; De Ruyver et al., 2007; De Wree, De Ruyver & Pauwels, 2009a,b; De Wree, De Ruyver, Verpoest & Colman, 2008). Aangezien de effectiviteit op het vlak van middelengebruik en druggerelateerde criminaliteit van verschillende vormen van (drug)hulpverlening op vrijwillige basis en onder justitiële druk reeds werd aangetoond (Anglin & Hser, 1991; Gossop, Trakada, Stewart & Witton, 2005; Mears, Winterfield, Hunsaker, Moore & White, 2002; Stevens et al., 2003), wordt steeds meer geopteerd om problematische druggebruikers vanuit justitie naar de (drug)hulpverlening door te verwijzen (Vander Laenen & Vanderplaschen, 2011).

In België bestaan op elk echelon van de strafrechtsbedeling verschillende alternatieven om druggebruikende delinquenten door te verwijzen naar de niet-drugspecifieke en de drugspecifieke hulp- en dienstverlening. De effectiviteit van deze alternatieve afhandelingen werd aangetoond in een nationale evaluatiestudie (De Ruyver et al., 2007). Deze studie toonde aan dat middelengebruik en (druggerelateerde) criminaliteit daalden na de toepassing van een gerechtelijke alternatieve afhandeling en dat dit gepaard ging met een verbetering op alle onderzochte druggerelateerde levensdomeinen. Ook in de internationale literatuur wordt vooropgesteld dat het (duurzaam) stoppen met het plegen van (druggerelateerde) feiten (cf. 'desistance') gepaard dient te gaan met verbeteringen op verschillende levensdomeinen zoals het sociaal netwerk, tewerkstelling en huisvesting (Best, Ghufuran, Day, Ray & Loaring, 2008; Sampson & Laub, 1990; Schroeder, Giordano & Cernkovich, 2007).

### **1.1.2. *Drugbehandelingskamers op het straftoemetingniveau***

Op het niveau van de straftoemeting merken we een stijgende implementatie van drugbehandelingskamers (DBKs)<sup>1</sup>, vooral in Noord- en Zuid-Amerika, maar ook in Australië en Europa (Christie & Anderson, 2003; Colman et al., 2011; Huddleston & Marlowe, 2011). Hoewel DBKs onderling erg verschillen op het vlak van onder andere inclusiecriteria,

---

<sup>1</sup> De afkorting 'DBK' wordt doorheen dit document gebruikt om zowel het Gentse DBK-project als gelijkaardige initiatieven in het buitenland te benoemen.

procedures en hulpverleningsvoorzieningen, hebben ze de volgende essentiële kenmerken gemeen: 1) zowel niet-drugspecifieke als drugspecifieke hulp- en dienstverleningsvoorzieningen zijn aanwezig voor de DBK-cliënten, 2) de DBK-cliënten worden op een neutrale wijze benaderd en er is sprake van interactie tussen de DBK-cliënten en de magistraten, 3) op frequente basis worden alcohol- en drugtesten afgenomen, 4) de DBK-cliënten worden beloond of gestraft al naargelang ze het programma naleven, 5) de doelstellingen van het DBK-traject worden tijdens de verscheidene zittingen opgevolgd en geëvalueerd, en 6) een samenwerkingsverband tussen de DBK, overheidsinstanties en hulpverleningsorganisaties werd opgericht (National Association of Drug Court Professionals, 1997). Uit internationaal onderzoek blijkt dat DBKs effectief zijn in het doorverwijzen van druggebruikers naar de hulpverlening (Heale & Lang, 2001; Brown, 2010a) en in het reduceren van middelengebruik en recidive (Belenko, 1999, 2001; Brown, 2010a; GAO, 2005; Mitchell, Wilson, Eggers & Mackenzie, 2012; Shaffer, 2011; Wilson, Mitchel & MacKenzie, 2006).

## 1.2. De Gentse drugbehandelingskamer

### 1.2.1. *Beschrijving van de werking van de Gentse drugbehandelingskamer*

In mei 2008 werd binnen het gerechtelijk arrondissement Gent een eerste Belgische DBK opgericht, met als *doel* binnen de schoot van de Rechtbank van Eerste Aanleg een gespecialiseerde kamer te voorzien voor niet georganiseerde druggerelateerde criminaliteit waarbij in hoofde van de beklaagden een afhankelijkheidsproblematiek bestaat<sup>2</sup>. Het Gentse DBK-project werd opgestart binnen de ‘ultimum remedium’-filosofie (een gevangenisstraf dient een ‘ultimum remedium’ te zijn ten aanzien van druggebruikers) en wenst onder meer tegemoet te komen aan de problemen inherent aan het probatiesysteem (Colman et al., 2011), zoals het grote tijdsverloop tussen het gepleegde feit en concrete reactie (Maes, 2004). Uniek aan de Gentse DBK is dat de

---

<sup>2</sup> Pilotproject Drugbehandelingskamer: Samenwerkingsprotocol tussen de Minister van Justitie, POPOVGGZ vzw, Procureur des Konings te Gent, Voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg te Gent en Stafhouder van de balie te Gent.

beklaagde de kans krijgt om iets te doen aan zijn/haar afhankelijkheidsprobleem voordat een veroordeling uitsproken wordt.

### 1.2.1.1. De toeleiding naar de Gentse DBK

Parketmagistraten bepalen aan de hand van een combinatie van juridische en beleidscriteria welke zaken in aanmerking komen voor de DBK. Advocaten kunnen een doorverwijzing naar de DBK vragen indien zijn/haar cliënt(e) voor een gewone correctionele kamer is gedagvaard. De *doorverwijscriteria* voor de Gentse DBK zijn de volgende<sup>3</sup>:

- Mislukte Proefzorg-dossiers
- Mislukte druggerelateerde dossiers van bemiddeling in strafzaken (BIS)
- Detailhandel van verdovende middelen en psychotrope stoffen om persoonlijk gebruik te financieren
- Druggerelateerde feiten: wanneer sprake is van een onderliggende afhankelijkheidsproblematiek
- Feiten tegenover minderjarigen met onderliggende persoonlijke drugproblematiek
- Bij frequent of herhaald gebruik van andere dan cannabisproducten, bij problematisch gebruik van verdovende middelen of bij verstoring van de openbare orde in combinatie met gebruik van verdovende middelen. In deze 3 gevallen, doch waar de betrokkene een lopend gerechtelijk statuut heeft (probatie, VOV, VI, ...), maar waar de eventuele drugbegeleiding niet goed verloopt. Bovendien dient eerst een verslag opgevraagd te worden bij de probatiecommissie en/of justitieassistent.

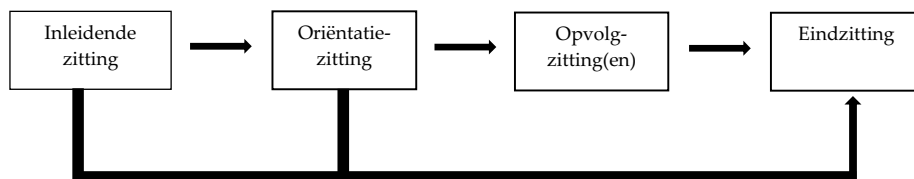
### 1.2.1.2. De verschillende zittingen van de Gentse DBK

In onderstaande figuur 1.1 worden de verschillende DBK-zittingen schematisch voorgesteld. Doorheen het gehele DBK-traject hebben cliënten het recht op bijstand van een advocaat en wordt rekening gehouden met de burgerlijke partij.

---

<sup>3</sup> Interne beleidsnota parket Gent inzake drugdelicten en druggerelateerde feiten.



**Figuur 1.1:** *Overzicht van DBK-zittingen*

Tijdens de **inleidende zitting** zal de parketmagistraat uiteenzetten waarom hij meent dat een beklaagde in aanmerking komt voor deelname aan de DBK. De rechter geeft een uitgebreide uiteenzetting over de werking van de DBK. Men besteedt eveneens aandacht aan de verwachtingen van de beklaagde. Indien een beklaagde ervoor kiest om deel te nemen aan het DBK-project, krijgt hij een afspraak met de hem/haar toebedeelde liaison. Wanneer blijkt dat iemand niet in aanmerking komt voor de DBK (geen erkenning van de feiten, geen erkenning van de middelenproblematiek en/of geen bereidheid tot (drug)hulpverlening), wordt de zaak behandeld volgens de klassieke rechtspleging. Tussen de inleidende zitting en oriëntatiezitting verlopen twee weken. Tijdens deze periode gaat de liaison de ernst van het middelengebruik en van de problemen op andere (druggerelateerde) levensdomeinen bij de DBK-cliënt na. Samen met de liaison stelt de DBK-cliënt een **hulpverleningsplan** op. Op de **oriëntatiezitting** stelt de DBK-cliënt het hulpverleningsplan voor aan de rechtbank. Indien de rechtbank met het hulpverleningsplan akkoord gaat, dient de DBK-cliënt gedurende tenminste een maand om de twee weken te verschijnen, later minstens eenmaal per maand. Op die manier wordt de DBK-cliënt gedurende enkele maanden nauw opgevolgd door dezelfde DBK-actoren. Tijdens de **opvolgzittingen** legt de DBK-cliënt bewijzen, die duiden op een actieve houding om de vooropgestelde doelstellingen in het hulpverleningsplan te bereiken, voor aan de rechtbank. De opvolgtermijn wordt afgestemd op het vooropgestelde hulpverleningsplan en het verloop van het DBK-traject. Tot slot wordt overgegaan tot **de eindzitting**. Tijdens de eindfase worden de voorbije maanden geëvalueerd en wordt toekomstgericht gekeken. De zaak wordt in beraad genomen, rekening houdend met de elementen die zich hebben voorgedaan. Ook de burgerlijke partij wordt hierbij uitgenodigd. Op de eindzitting heeft de rechter de keuze tussen een veroordeling, een (probatie)opschorting of een

(probatie)uitstel<sup>4</sup>. Ook bij de afronding van het DBK-traject worden de eventuele straf en de bijkomende voorwaarden individueel en op maat bepaald.

### 1.2.1.3. De actoren van de Gentse DBK

De voornaamste **actoren** betrokken bij de werking van de DBK zijn de volgende<sup>5</sup>:

- **Het parket:** De parketmagistraten maken dossiers aanhangig voor de DBK op basis van juridische en beleidscriteria, en beargumenteren deze verwijzing op de inleidende zitting. Tijdens het DBK-traject dienen de parketmagistraten telkens na te gaan of er nieuwe feiten zijn binnengekomen op het parket. Na afloop van het DBK-traject vorderen parketmagistraten de volgens hen best passende straf. Hun specifieke taak en doel is voorkomen dat er zich nieuwe feiten voordoen en ervoor zorgen dat druggebruikers hun middelengebruik stopzetten.
- **De rechter:** De rechter legt de werking van de DBK en de verwachtingen verbonden aan een DBK-deelname aan de beklaagde uit. De rechter volgt de uitvoering van het hulpverleningsplan op doorheen de verschillende zittingen en neemt de zaak in de eindfase in beraad, rekening houdend met de elementen die zich hebben voorgedaan gedurende het gehele DBK-traject.
- **De liaison:** De liaison is een schakelfiguur tussen justitie, hulpverlening en DBK-cliënt en is ingebed in de hulpverlening<sup>6</sup>. De liaison informeert de cliënt over de bestaande mogelijkheden binnen de (drug)hulpverlening en gaat samen met hem/haar op zoek naar

---

<sup>4</sup> Art. 9 van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en van de stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen (hierna Drugwet) bepaalt dat gerechtelijke antecedenten geen beletsel zijn om toch uitstel te genieten. Wanneer een beklaagde vervolgd wordt wegens meerdere misdrijven in staat van wettelijke herhaling en de rechtbank van oordeel is dat de feiten van bezit en gebruik van verdovende middelen geen eenheid vormen met de andere ten laste gelegde feiten, kan ze probatie-uitstel verlenen voor de misdrijven bepaald door de Drugwet. De wetwijziging van 2003 heeft de toepassing van art 9 van de Drugwet uitgebreid.

<sup>5</sup> Naast deze actoren zijn nog een aantal andere actoren betrokken bij de werking van de DBK, zoals de onderzoeksrechter en de justitieassistent. Voor een beschrijving van hun (mogelijke) rol binnen de DBK-werking wordt verwezen naar Colman en collega's (2011).

<sup>6</sup> De liaison vervult de rol van een case manager (Geenens, Vanderplasschen, Broekaert, De Ruyster & Alexandre, 2005).

een hulpverleningsplan afgestemd op zijn/haar individuele noden. Hiertoe wordt samengewerkt met verschillende organisaties en voorzieningen, zowel binnen de niet-drugspecifieke als de drugspecifieke hulp- en dienstverlening<sup>7</sup>.

Op elke zitting is een liaison aanwezig, waarbij het zijn/haar taak is de zaak van de DBK-cliënt te behartigen en toe te lichten wanneer nodig. Tijdens de inleidende zitting vindt het eerste gesprek tussen de liaison en de DBK-cliënt plaats waarin de liaison zijn/haar positie als *hulpverleningsactor* verduidelijkt, wat betekent dat hij/zij gebonden is aan het *beroepsgeheim* en nogmaals uitleg geeft aan de DBK-cliënt over de procedures, de werking en de verwachtingen van de DBK. Verder worden ook praktische zaken geregeld, zoals het ondertekenen van een geïnformeerde toestemming en het uitwisselen van contactgegevens, en wordt een afspraak voor een uitgebreider gesprek vastgelegd. Op basis van het uitgebreid gesprek wordt samen met de DBK-cliënt *een concreet en op zijn/haar individuele noden afgestemd hulpverleningsplan* opgesteld waarbij de *verschillende (druggerelateerde) levensdomeinen* aandacht krijgen. Nadien wordt het hulpverleningsplan mee opgevolgd en wordt nagegaan of de uitvoering van het hulpverleningsplan verloopt zoals vooropgesteld.

Naast deze cliëntgerichte opdracht, bestaat de taak van de liaisons erin hulpverleners te sensibiliseren en duidelijk te informeren over de DBK-werking en te “netwerken”. De liaison komt in contact met verschillende hulpverleningsvoorzieningen. Net zoals dat bij de DBK-cliënten het geval is, is het ook belangrijk om een vertrouwensrelatie op te bouwen met hulpverleners en met de voorzieningen waartoe ze behoren en informatie met hen uit te wisselen wanneer nodig.

- **De DBK-coördinator:** Deze persoon fungeert als aanspreekpunt voor alle betrokken actoren. Hij staat in voor de contacten met de niet-drugspecifieke en de drugspecifieke hulp- en dienstverlening in ruime zin. Hij dient eventuele problemen te signaleren – zowel bij justitie als bij de hulpverlening – en verdere samenwerkingsmogelijkheden te verkennen. Het is belangrijk voor ogen te houden dat ten tijde van het onderzoek geen officiële DBK-coördinator

---

<sup>7</sup> Voor een overzicht van organisaties en voorzieningen waarmee wordt samengewerkt wordt verwezen naar Colman en collega's (2011).

was aangesteld. Deze functie werd tot en met 31 december 2012 opgenomen door de provinciale coördinator case management, die vanuit de subsidiërende overheid (Provincie Oost-Vlaanderen) de toestemming en ruimte kreeg, om tijdelijk deze functie in te vullen<sup>8</sup>.

- *De balie*: De opdracht van een advocaat bestaat erin zijn/haar cliënt(e) raad te geven op juridisch vlak, hem/haar bij te staan in de loop van de procedures en hem/haar te vertegenwoordigen voor de rechtbank. Binnen de DBK verandert er in se niets aan dit takenpakket. Toch zijn er enkele verschillen in vergelijking met de klassieke rechtspleging. Zo dient een advocaat aan een cliënt het systeem van de DBK en de rol van alle actoren (vooral deze van de liaison) grondig uit te leggen. Verder moet de advocaat zelf vaker op de zitting aanwezig zijn wegens de frequente opvolgzittingen. Bovendien is op elke inleidende zitting een ‘advocaat van wacht’ aanwezig (de zogenaamde “pro deo”-advocaten), waarop onvermogende beklaagden een beroep kunnen doen. Tenslotte kan een advocaat steeds een doorverwijzing naar de DBK vragen indien zijn/haar cliënt(e) voor een gewone correctionele kamer is gedagvaard.

<sup>8</sup> De federale overheid, de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, heeft met het pilootproject ‘Implementatie van de functie zorgcoördinator binnen de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot de behandeling van personen met een middelengerelateerde stoornis’ een bijkomende impuls gegeven aan het overleg rond middelenmisbruik vermits dit overleg relatief weinig aan bod kwam. Echter, na méér dan tien jaar impulsfinanciering moet dit overleg integraal deel uitmaken van de basiswerking. Daarom werd er beslist om dit project, dat sinds 2002 gefinancierd wordt, op 31 december 2012 te beëindigen. Ten eerste, maakt het overleg rond middelenmisbruik reeds sinds het ontstaan van de overlegplatforms (zie K.B. van 10 juli 1990 houdende de vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten) deel uit van hun basisopdracht. Ten tweede werd deze beslissing genomen nadat het project eerst grondig werd geëvalueerd. Uit deze evaluatie is gebleken dat na 10 jaar werking de doelstellingen van het project (samenwerkingsakkoorden ondertekenen, zo veel mogelijk actoren betrekken, reflectiegroep(en) opzetten, lacunes bepalen, enz.) grotendeels bereikt werden. Aangezien het aantal betrokken relevante actoren bijna niet meer toeneemt met de tijd, is het aantal samenwerkingsakkoorden dat nog gesloten zou kunnen worden immers relatief beperkt. Reeds enkele jaren wordt door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu aan de overlegplatforms meegedeeld dat de functie ‘middelenmisbruik’ moet geïntegreerd worden in de basiswerking. Om het overleg rond middelenmisbruik binnen de overlegplatforms te vrijwaren, werd een ontwerp van koninklijk besluit opgesteld tot wijziging van het K.B. van 10 juli 1990 houdende de vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten. Door deze expliciete verduidelijking zullen de overlegplatforms er expliciet toe gehouden zijn ook overleg te plegen rond personen met een middelengerelateerde problematiek. De bevoegdheid over de overlegplatforms wordt, in toepassing van het institutioneel akkoord, overgedragen aan de deelstaten.

### 1.3. De procesevaluatie van de Gentse DBK

De implementatie en het eerste werkingsjaar van de Gentse DBK ging gepaard met een procesevaluatie, waarvan het kwalitatieve luik werd uitgevoerd door de Vakgroep Strafrecht en Criminologie (IRCP) en de Vakgroep Orthopedagogiek van de UGent en het kwantitatieve luik door de DSB van de FOD Justitie (Colman et al., 2011; Vander Laenen, Colman, De Keulenaer & Thomaes, 2012a; Vander Laenen, Colman, De Keulenaer & Thomaes, 2012b). Een belangrijke meerwaarde van een procesevaluatie is dat knelpunten en heikele thema's in een vroeg stadium geïdentificeerd kunnen worden, zodat hiervoor oplossingen kunnen geformuleerd worden voor het vervolg van het project. In het kwalitatieve luik van de procesevaluatie van de DBK stonden de percepties van de diverse betrokken DBK-actoren centraal.

De belangrijkste bevindingen uit het **kwalitatieve luik van de procesevaluatie** zijn de volgende:

- Alle betrokken actoren zijn globaal genomen tevreden over de DBK, maar zijn niet blind voor bepaalde knelpunten. Bij de analyse van de ervaringen van de actoren over hun kerntaken valt op dat alle betrokkenen over het algemeen tevreden zijn met hun opdracht binnen de DBK.
- Door de individuele aanpak van de DBK kan men DBK-cliënten beter inschatten en sneller bijsturen wanneer nodig. Er worden geen holle standaardvoorwaarden opgesteld, maar er wordt aan een duidelijk, concreet en transparant hulpverleningsplan gewerkt voor elke DBK-cliënt.
- De *liaisons* vormen zonder twijfel de hoeksteen van het DBK-project. Zij zorgen dat – naast de middelenproblematiek – voldoende aandacht gaat naar de verschillende levensdomeinen (zoals werk, woonst en schulden), waardoor een behandeling op maat kan uitgewerkt worden. De *liaisons* zijn gebonden aan het beroepsgeheim, wat het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de DBK-cliënten bevordert.
- Door de DBK leren justitie en hulpverlening elkaar beter kennen. Dit leidt tot wederzijds begrip, respect en inzicht in elkaars werkteerrein. Tegelijkertijd is deze samenwerking niet altijd evident. Ook de informatie-uitwisseling tussen de verschillende overlegstructuren verloopt soms minder vlot. Het gevaar bestaat dat men

vanuit een ander referentiekader vertrekt, waardoor eenzelfde begrip een andere invulling kan krijgen per actor.

- De *DBK-cliënten* staan globaal genomen positief tegenover het DBK-project en tegenover de liaisons, niet in het minst omwille van de vertrouwensrelatie die met de liaison kan uitgebouwd worden. Ze zien de DBK als een kans die ze krijgen om hun leven terug op orde te krijgen. Ook het menselijke gezicht van de rechter wordt door de DBK-cliënten geapprecieerd.

Op basis van het **kwantitatieve luik van de procesevaluatie** werd besloten dat het Gentse DBK-project zijn doel bereikt. Uit de cijfers blijkt immers dat in ongeveer 70% van de dossiers die voor de DBK worden gebracht – de verstekdossiers buiten beschouwing gelaten – een DBK-traject wordt opgestart en dat deze DBK-trajecten in ongeveer de helft van de gevallen een positieve afloop kennen in de zin dat de voorwaarden worden nageleefd. Wanneer de voorwaarden niet worden nageleefd, blijkt dat in 2/3 van de dossiers de beklaagden eerder pas naar het einde van hun DBK-traject afhaken.

Uit de procesevaluatie bleek de manifeste meerwaarde van het Gentse DBK-project. Enkele essentiële randvoorwaarden en aanbevelingen werden geïdentificeerd die aanwezig moeten zijn bij de verderzetting van het huidige Gentse DBK-project en die aanwezig moeten zijn vooraleer een uitbreiding naar andere gerechtelijke arrondissementen kan overwogen worden. Deze randvoorwaarden en aanbevelingen zijn de volgende<sup>9</sup>:

- Heb aandacht voor alle levensdomeinen
- Voorzie voldoende opvolging
- Schakel de DBK in in het regionale netwerk van hulpverleningsinitiatieven voor druggebruikers
- Vrijwaar de capaciteit van de hulpverlening
- Baken de taken van de liaisons duidelijk af
- Behoud de justitiële drang
- Stel een overkoepelende DBK-coördinator aan
- Maak het project duidelijk kenbaar aan alle betrokkenen
- Zorg dat een justitieassistent aanwezig is op de zitting

---

<sup>9</sup> Voor verdere uitleg en duiding bij deze onderzoeksbevindingen, randvoorwaarden en aanbevelingen wordt verwezen naar Colman et al. (2011).

- Bewijs de meerwaarde van de DBK aan de hand van concrete uitkomstindicatoren
- Efficiënte registratie van gegevens in een database

## **1.4. Een uitkomstevaluatie van de Gentse DBK**

Hierboven werden de resultaten van de procesevaluatie die gepaard ging met de implementatie en het eerste werkingsjaar van de Gentse DBK beschreven. Aangezien het geen uitkomstevaluatie betrof, konden geen uitspraken gedaan worden over de effectiviteit van het DBK-project. In de procesevaluatie stond namelijk de perceptie van de diverse betrokken actoren centraal. Zoals reeds aangegeven in het woord vooraf bestaat de uitkomstenstudie van de DBK enerzijds uit het Qualect-onderzoek dat werd gerealiseerd door de UGent en anderzijds uit het recidiveonderzoek dat werd verricht door de DSB.

### ***1.4.1. Het Qualect-onderzoek***

De huidige uitkomstevaluatie betreft een wetenschappelijk onderzoek naar de uitkomsten en de ervaringen bij DBK-cliënten, met specifieke aandacht voor verbeteringen op verschillende levensdomeinen, naar de geschatte overheidsuitgave verbonden met het Gentse DBK-project en naar de ervaringen van betrokken hulpverleners. Het onderzoeksdesign werd positief geëvalueerd door een panel van externe, internationale experts, en werd goedgekeurd door de Facultaire Ethische Commissie van de Faculteit Rechtsgeleerdheid op 28 maart 2012 en door de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer 11 april 2012.

De volgende onderzoeksvragen staan centraal in het Qualect-onderzoek (hoofdstuk 2 tot en met 7):

- Wat zijn de uitkomsten van drugbehandelingskamers?
  - Wat zijn de uitkomsten van drugbehandelingskamers in het buitenland betreffende middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen? (Hoofdstuk 2)
  - Wat zijn de uitkomsten van het Gentse DBK-project rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen? (Hoofdstuk 3)

- Wat is de geschatte overheidsuitgave verbonden met het Gentse DBK-project? (Hoofdstuk 4)
- Wat is de inhoud van de hulpverleningsplannen en het verloop van de DBK-trajecten van Gentse DBK-cliënten? (Hoofdstuk 5)
- Wat zijn de ervaringen van DBK-cliënten en betrokken hulpverleners met het Gentse DBK-project?
  - Wat zijn de ervaringen van (oud-)DBK-cliënten en hulpverleners met het Gentse DBK-project, en welke werklast ervaren hulpverleners daarbij? (Hoofdstuk 6)
  - Wat is de perceptie van Gentse DBK-cliënten op evoluties in hun middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen na de afronding van hun DBK-traject en wat is hun visie op juridische maatregelen? (Hoofdstuk 7)

#### 1.4.2. *Het recidiveonderzoek*

Het recidiveonderzoek DBK is er op gericht de uitkomst van een DBK-traject betreffende recidive op een wetenschappelijk wijze te bestuderen. In dit onderzoeksluik staan twee onderzoeksvragen centraal (Hoofdstuk 8):

- Welke evolutie is waarneembaar in het pleeggedrag van beklaagden die een DBK-traject hebben gevolgd?
- Zijn er verschillen in recidive tussen beklaagden die een DBK-traject hebben gevolgd en 1) beklaagden die probatievoorwaarden opgelegd kregen of 2) beklaagden die een klassieke rechtspleging ondergingen?

#### 1.4.3. *Aanbevelingen op basis van de resultaten van het Qualect- en het recidiveonderzoek*

Het **centrale beleidsgerichte doel** van het Qualect- en het recidiveonderzoek is het formuleren van gemeenschappelijke aanbevelingen betreffende de voortzetting van het DBK-project in het gerechtelijk arrondissement Gent en betreffende de uitbreiding van het DBK-project naar andere gerechtelijke arrondissementen. De conclusies en de aanbevelingen die in het laatste hoofdstuk worden geformuleerd, zijn gebaseerd op de **integratie van onderzoeksbevindingen** die doorheen de verschillende hoofdstukken werden teruggevonden.



## Hoofdstuk 2 DE UITKOMSTEN VAN DRUGBEHANDELINGSKAMERS OP HERSTEL NA MIDDELENGEBRUIK: EEN SYSTEMATISCHE LITERATUURSTUDIE

*Ciska Wittouck, Anne Dekkers, Brice De Ruyver,  
Wouter Vanderplasschen & Freya Vander Laenen*

### 2.1. Inleiding

In de afgelopen tien jaar werden verschillende literatuurstudies gepubliceerd over de uitkomsten en de effecten van DBKs op recidive en middelengebruik (Belenko, 1999, 2001; Brown, 2010a; GAO, 2005; Mitchell et al., 2012; Shaffer, 2011; Wilson et al., 2006). In het algemeen worden DBKs geassocieerd met matig positieve resultaten op het vlak van *recidive* en dit zowel zowel tijdens (Belenko, 1999, 2001; GAO, 2005; Mitchell et al., 2012; Shaffer, 2011; Wilson et al., 2006) als na (Belenko, 1999, 2001; GAO, 2005; Mitchell et al., 2012; Wilson et al., 2006) een DBK-traject. Deze matig positieve resultaten gelden zowel voor drugspecifieke recidive (GAO, 2005; Mitchell et al., 2012; Shaffer, 2011; Wilson et al., 2006) als voor algemene recidive (Brown, 2010a; GAO, 2005; Mitchell et al., 2012; Shaffer, 2011; Wilson et al., 2006). Wilson en collega's (2006) geven evenwel aan dat DBKs meer effect hebben op druggerelateerde feiten dan op niet-druggerelateerde feiten.

De resultaten van DBKs op het vlak van *druggebruik* zijn minder homogeen. Terwijl de meeste auteurs concluderen dat druggebruik, zoals gemeten door urinetesten, tot op zekere hoogte vermindert bij DBK-cliënten (tijdens het DBK-traject) (Belenko, 1999, 2001; Brown, 2010a; GAO, 2005), vonden Wilson en collega's (2006) een negatief effect van DBKs op druggebruik. In deze literatuurstudies was geen informatie beschikbaar over de resultaten van urinetesten na een DBK-traject, aangezien deze testen alleen verplicht zijn tijdens een DBK-traject. Volgens de literatuurstudie van het Government Accountability Office (GAO, 2005) zijn de beschikbare gegevens over zelfgerapporteerd druggebruik tijdens een DBK-traject tegenstrijdig en vermindert het zelfgerap-

porteed druggebruik na een DBK-traject niet aanzienlijk. Mitchell en medeauteurs (2012) kwamen eveneens tot de conclusie dat druggebruik niet significant afnam. Ze maakten hierbij echter geen onderscheid tussen de resultaten van urinetesten en zelfrapportagegegevens, noch tussen de resultaten omtrent druggebruik tijdens en na een DBK-traject.

Geen van de bovengenoemde systematische reviews rapporteerde gegevens over de uitkomsten van DBKs op druggerelateerde levensdomeinen. Hoewel de National Association of Drug Court Professionals (NADCP, 1997, p. 7) stelt dat *“hoewel ze in de eerste plaats gericht zijn op criminaliteit en alcohol- en ander middelengebruik, moeten drugbehandelingskamers ook rekening houden met daaraan gekoppelde problemen, zoals mentale problemen, ..., dakloosheid, opleiding, werkloosheid ..., huwelijksproblemen en familiale problemen.”*

In de algemene inleiding werd duidelijk dat verbeteringen op het vlak van druggerelateerde levensdomeinen een belangrijke rol spelen op de weg naar herstel na middelengebruik. Verbeteringen op het vlak van deze levensdomeinen moeten in rekening genomen worden bij de evaluatie van DBKs aangezien het hun doel is om middelengebruik en druggerelateerde criminaliteit te verminderen. Aangezien in eerdere literatuurstudies geen resultaten werden weergegeven omtrent de uitkomsten van DBKs op druggerelateerde levensdomeinen en tegenstrijdige resultaten werden gerapporteerd omtrent de uitkomsten van DBKs op druggebruik, heeft de huidige literatuurstudie tot doel de state-of-the-art omtrent de uitkomsten van DBKs op middelengebruik en andere druggerelateerde levensdomeinen na te gaan.

## **2.2. Methode**

### **2.2.1. Inclusiecriteria**

Engelstalige evaluatiestudies van DBKs voor volwassen DBK-cliënten werden in de literatuurstudie opgenomen. Het gaat hierbij om de volgende DBK-types: de klassieke DBKs, ‘Family Treatment Drug Courts’ (FTDC), ‘Dependency Drug Courts’ (DDC), ‘Driving Under Influence courts’ (DUI), en ‘Driving While Intoxicated courts’ (DWI). FTDCs (of DDCs) en DUIs (of DWIs) zijn gebaseerd op het klassieke DBK-model,

maar richten zich elk op een specifieke doelgroep. De eerstgenoemde richten zich op ouders die middelen gebruiken, de laatstgenoemde op middelengebruik (vooral alcohol) in het verkeer. Observatieve<sup>10</sup> of gecontroleerde<sup>11</sup> evaluatiestudies van DBKs werden in de literatuurstudie opgenomen als ten minste één indicator van middelengebruik en/of druggerelateerde levensdomeinen als uitkomstvariabele werd gebruikt. Tewerkstelling, financiële situatie, huisvesting, lichamelijke en geestelijke gezondheid, familiale en sociale relaties, en vrijetijdsbesteding werden als druggerelateerde levensdomeinen beschouwd, naar analogie met de subschalen van de Addiction Severity Index (ASI; McLellan et al., 1991). Er werden geen exclusiecriteria met betrekking tot de meetmethode of de meetinstrumenten gehanteerd.

### 2.2.2. *Zoekstrategie en studieselectie*

Web of Knowledge werd tweemaal geraadpleegd, en dit tot en met 31 december 2011. Eerst werd een algemene zoekopdracht uitgevoerd door gebruik te maken van de volgende zoektermen en Booleaanse operatoren: *drug treatment court* EN (*evaluation* OF *effect\** OF *outcome*). Daarna werd een specifieke zoekopdracht uitgevoerd door gebruik te maken van de volgende zoektermen en Booleaanse operatoren: *drug treatment court* EN (*employment* OF *work* OF *income* OF *financial* OF *housing* OF *health* OF *family* OF *social* OF *leisure*). De 'title-only'-optie werd aangevinkt en de zoekmogelijkheid werd beperkt tot 1989 aangezien de allereerste DBK dat jaar werd geïmplementeerd in de Verenigde Staten (VS) (Huddleston & Marlowe, 2011).

De algemene en specifieke zoekopdracht van het Web of Knowledge leverden samen 576 hits op. Na het verwijderen van de dubbele hits en het screenen van de titels en de korte inhoud, werden 61 mogelijk relevante publicaties opgevraagd voor een gedetailleerde screening van de volledige tekst op basis van de inclusiecriteria. Vervolgens werden 45 studies uit de selectie verwijderd vanwege een irrelevant onderwerp, de beschrijvende aard van de studie, een loutere focus op recidive of wanneer de publicatie bijkomende analyses van eerder gepubliceerde

---

<sup>10</sup> Hieronder worden studies verstaan die voor één studiegroep een voor- en een nameting uitvoeren, zonder deze te vergelijken met een controlegroep.

<sup>11</sup> Hieronder worden studies verstaan die voor tenminste twee studiegroepen een voor- en een nameting uitvoeren en de resultaten van de studiegroepen onderling vergelijken, met al dan niet een randomisatieprocedure tussen de studiegroepen.

gegevens betrof. Uiteindelijk voldeden 16 studies aan de inclusiecriteria, deze werden met een \* aangeduid in de referentielijst.

### **2.2.3. Dataverzameling**

De studieselectie en dataverzameling werden onafhankelijk van elkaar uitgevoerd door de twee onderzoekers (C. Wittouck en A. Dekkers) met behulp van een checklist. De volgende gegevens werden geëxtraheerd: 1) de auteur(s) en de publicatiedatum, 2) de locatie, de kenmerken en de procedures van de onderzochte DBK, 3) de onderzoeksopzet en de follow-upperiode, 4) een beschrijving van de interventie- en de controlegroep (indien van toepassing), 5) de grootte van de steekproef en het aantal drop-outs, 6) de demografische kenmerken en de kenmerken van het middelengebruik van de deelnemers en 7) de uitkomstvariabelen, de meetinstrumenten en de onderzoeksbevindingen. Een narratieve literatuurstudie werd als meest geschikt beschouwd gezien de heterogeniteit in de gehanteerde onderzoeksmethoden en de variatie in de rapportage van de gegevens in de 16 geïncludeerde studies. De onderzoeksbevindingen van de geïncludeerde studies werden gegroepeerd en weergegeven in een tabel per uitkomstvariabele om het vergelijken en het bediscussiëren van de resultaten te vergemakkelijken.

## **2.3. Resultaten**

### **2.3.1. Kenmerken van de studie**

In tabel 2.1. wordt een overzicht gegeven van de geïncludeerde studies, volgens de locatie van de DBK, het onderzoeksdesign, de kenmerken van de deelnemers en de uitkomstvariabele(n).

Slechts één studie (Freeman, 2003) werd niet uitgevoerd in de VS, maar in Australië. In de helft van de studies waren mannen oververtegenwoordigd (n=8) en in zeven studies waren meer vrouwelijke deelnemers aanwezig (Ashford, 2004; Boles, Young, Moore & DiPirro-Beard, 2007; Burrus, Mackin & Finigan, 2011; Dakof, Cohen & Duarte, 2009; Dakof et al., 2010; Johnson et al., 2011; Worcel, Furrer, Green, Burrus & Finigan, 2008). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 31,29 jaar, met een range van 24,37 (Marlowe, Festinger, Dugosh & Lee, 2005) tot 36,4 (Johnson et al., 2011). De deelnemers zijn voornamelijk Kauka-

sisch (range 23% tot 81%) (Dakof et al., 2010; Freeman, 2003), Afro-Amerikaans (range 20% tot 89%) (Deschenes, Turner & Greenwood, 1995; Gottfredson, Kearley, Najaka & Rocha, 2005) of Latijns-Amerikaans (range 16,1% tot 85,5%) (Eibner, Morral, Pacula & MacDonald, 2006; Marinelli-Casey et al., 2008).

### 2.3.2. *Studiekwaliteit*

De studiekwaliteit werd beoordeeld aan de hand van de 'Maryland Scientific Methods Scale' (MSMS) (Polkinghorne, 2005) en de criteria voor de beoordeling van de studiekwaliteit zoals beschreven in de handleiding voor het uitvoeren van systematische reviews van het Centre for Reviews and Dissemination (Khan, ter Riet, Glanville, Sowden & Kleijnen, 2001).

Ongeveer de helft van de geïncludeerde studies (n=7) waren gerandomiseerde controlestudies (RCTs) (Dakof et al., 2010; Deschenes et al., 1995; Eibner et al., 2006; Gottfredson et al., 2005; Leukefeld, Webster, Staton-Tindall & Duvall, 2007; Marlowe et al., 2005, 2009), drie studies waren gecontroleerde studies (quasi-experimenteel onderzoeksdesign; QED) (Asford, 2004, Burrus et al., 2011; Dakof et al., 2009), en twee studies waren observationele studies (niet-gecontroleerd pre-post onderzoeksdesign; PPD) (Freeman, 2003; Johnson et al., 2011). Vaak gebruikte onderzoeksinstrumenten waren justitiële documenten (of databanken) en interviews. De steekproefgrootte varieerde van 30 (Marlowe et al., 2009) tot 3672 (Boles et al., 2007) deelnemers. In tien studies werd het aantal drop-outs weergegeven (Dakof et al., 2010; Deschenes et al., 1995; Eibner et al., 2006; Freeman, 2003, Gottfredson et al., 2005; Leukefeld et al., 2007; Marinelli-Casey et al., 2008; Marlowe et al., 2005; Johnson et al., 2011; Worcel et al., 2008), het drop-outpercentage varieerde van 1,4% (Deschenes et al., 1995) over 28% (Gottfredson et al., 2005) tot 75% (Freeman, 2003).

De follow-upperiode in de 16 geïncludeerde studies kent grote verschillen. Sommige studies voerden een follow-upmeting uit op een bepaalde tijdstip na de aanvang van het DBK-traject (Dakof et al., 2009; Eibner et al., 2006; Johnson et al., 2011; Leukefeld et al., 2007), deze follow-up periode varieerde van vier maanden na aanvang van het DBK-traject (Johnson et al., 2011) tot drie jaar na randomisatie (Gottfredson et al., 2005). In andere studies werden de resultaten gemeten op ver-

schillende follow-upmomenten zowel tijdens als na het DBK-traject (Brewster, 2001; Dakof et al., 2010; Deschenes et al., 1995, Freeman, 2003, Marinelli-Casey et al., 2008; Marlowe et al., 2005, 2009) of werden de resultaten enkel nagegaan bij de afronding van het DBK-traject (Asford, 2004, Boles et al., 2007; Burrus et al., 2011; Gottfredson et al., 2005, Worcel et al., 2008).

**Tabel 2.1:** Overzicht van de geïncludeerde studies volgens de onderzoeksoepzet, de onderzoeksgroep(en), de kenmerken van de deelnemers en de follow-upperiode

Studie	Onderzoeksoepzet	Onderzoeksgroep(en)	Kenmerken van de deelnemers	Follow-upperiode
Deschenes, Turner, & Greenwood (1995)	RCT	DBK (n= 176) vs Probatie (n= 454)	Gemiddelde leeftijd bij huidige veroordeling: 30 jaar Mannelijk: 75% Alcohol- en druggebruik: na alcohol was marihuana gevolgd door cocaïne het middel van eerste keuze.	Voor, tijdens en na de behandeling tot 12 maanden na aanvang programma
Brewster (2001)	QED	DBK (n= 184) vs Probatie (n= 51)	Geen informatie over leeftijd Mannelijk (DBK: 84%, probatie: 78%) Druggebruik: 49% DBK vs. 43% probatie cocaïne of crack en 61% DBK vs. 39% probatie marihuana in de top 3 van meest gekozen drugs 47% DBK vs. 35% probatie marihuana als drug van eerste keuze 34% DBK vs. 26% probatie cocaïne als drug van eerste keuze	Baseline, afronding programma, 30 & 90 dagen na afronding programma en metingen bij 3, 6, 9, 12 maanden follow-up
Freeman (2003)	PPD	DBK (n= 51)	Gemiddelde leeftijd: 27 jaar Mannelijk (82%) Druggebruik: 82% heroïne, 75% gaf aan dagelijks heroïne te gebruiken	Baseline en 4, 8 & 12 maanden tijdens programma
Ashford (2004)	Gemengd quasi-experimentele op-zet met post-be-handeling vergelijking	FTDC (n= 33) vs Traditionele jeugdbescherming (n=45) <sup>1</sup>	Geen informatie over leeftijd Vrouwelijk (FTDC: 82%, traditionele jeugdbescherming: 73%) Geen informatie over alcohol- en druggebruik	Tot 2 jaar tijdens programma
Gottfredson, Kearley, Najaka, & Rocha (2005)	RCT	DBK (n= 139 → n= 93 geïnterviewd) vs Standaard berechting (n= 96 → n= 64 geïnterviewd)	Gemiddelde leeftijd: 34,8 jaar Mannelijk (74%) Geen informatie over alcohol- en druggebruik	36 maanden na toewijzing aan onderzoeksgroep

**Tabel 2.1:** Overzicht van de geïncludeerde studies volgens de onderzoeksofzet, de onderzoeksgroep(en), de kenmerken van de deelnemers en de follow-upperiode (vervolg)

Studie	Onderzoeksofzet	Onderzoeksgroep(en)	Kenmerken van de deelnemers	Follow-upperiode
Marlowe, Festinger, Dugosh, & Lee (2005)	RCT	DBK 'As needed' (n= 100) vs DBK 'Bi-weekly' (n= 100) <sup>2</sup>	Gemiddelde leeftijd: 24.37 jaar Mannelijk (77%) Alcohol- en druggebruik: misbruik van cannabis (74%), alcohol tot intoxicatie (56%), kalmerende middelen (9%), cocaïne/stimulerende middelen (8%), opiaten (7%), of hallucinogenen (7%)	Maandelijks tijdens programma en 6 & 12 maanden na aanvang programma
Eibner, Morral, Pascuala, & MacDonald, (2006)	RCT	DUI rechtbank (n baseline=139, n follow-up= 117) vs Klassieke rechtspleging (n baseline= 145, n follow-up= 119)	<i>DUI:</i> Gemiddelde leeftijd: 36.2 jaar Geen informatie over het geslacht Alcoholgebruik: gemiddeld 3.6 index voor alcoholproblemen, gemiddeld 3 eenheden drank per dag, gemiddeld 7.4 drinkdagen per maand, gemiddeld 2.9 dagen met >5 drankjes in de afgelopen maand  <i>Vergelijkingsgroep:</i> Gemiddelde leeftijd: 34 jaar Geen informatie over geslacht Alcoholgebruik: gemiddeld 3.8 index voor alcoholproblemen, gemiddeld 2.7 eenheden drank per dag, gemiddeld 8 drinkdagen per maand, gemiddeld 2.9 dagen met >5 drankjes in de afgelopen maand	Baseline en 2 jaar na baseline
Boles, Young, Moore, & DiPirro-Beard (2007)	QED	DBK (n= 1291 ouders en hun 2097 kinderen) vs Standaard verwijzingsprocedures (n= 111 ouders en hun 173 kinderen) (= historische controlegroep)	<i>DBK:</i> Gemiddelde leeftijd: 32 jaar Vrouwelijk (70.4%) Druggebruik: 51.3% methamfetamine, 17.1% alcohol, 17.1% marihuana, 10.1% cocaïne, 2.3% heroïne  <i>Vergelijkingsgroep:</i> Gemiddelde leeftijd: 33.4 jaar Vrouwelijk (64.9%) Druggebruik: 44.1% methamfetamine, 18.6% alcohol, 20.3% marihuana, 10.2% cocaïne, 6.8% heroïne	24 maanden na afronding programma



**Tabel 2.1:** Overzicht van de geïncludeerde studies volgens de onderzoeksoepzet, de onderzoeksgroep(en), de kenmerken van de deelnemers en de follow-upperiode (vervolg)

Studie	Onderzoeksoepzet	Onderzoeksgroep(en)	Kenmerken van de deelnemers	Follow-upperiode
Leukefeld, Webster, Statton-Tindall, & Duvall (2007)	RCT	DBK + 'Enhanced employment'-interventie ('low-upgrading-groep n= 118, 'high-upgrading-groep n= 120' <sup>3</sup> vs DBK (n= 239)	<i>high-upgrading-groep:</i> Gemiddelde leeftijd: 31.3 jaar Mannelijk (65%) Alcohol- en druggebruik: gemiddeld 6.1 jaren van alcoholgebruik doorheen het leven, gemiddeld 6.7 jaren van marihuana-gebruik doorheen het leven, gemiddeld 3.3 jaren van cocaïnegebruik doorheen het leven, gemiddeld 4.5 jaren van gebruik van meerdere drugs doorheen het leven  <i>low-upgrading-groep:</i> Gemiddelde leeftijd: 28.4 jaar Mannelijk (65%) Alcohol- en druggebruik: gemiddeld 6.5 jaren van alcoholgebruik doorheen het leven, gemiddeld 6.7 jaren van marihuana-gebruik doorheen het leven, gemiddeld 3.7 jaren van cocaïnegebruik doorheen het leven, gemiddeld 5 jaren van gebruik van meerdere drugs doorheen het leven  <i>Vergelijkingsgroep:</i> Gemiddelde leeftijd: 31.3 jaar Mannelijk (64%) Alcohol- en druggebruik: gemiddeld 7 jaren van alcoholgebruik doorheen het leven, gemiddeld 6.9 jaren van marihuana-gebruik doorheen het leven, gemiddeld 4 jaren van cocaïnegebruik doorheen het leven, gemiddeld 5.4 jaren van gebruik van meerder drugs doorheen het leven	Baseline en 12 maanden na baseline
Marinelli-Casey, Gonzales, Hillhouse, Ang, Zweben, Cohen, Hora, & Rawson (2008)	RCT	DBK (n= 57) vs Ambulante behandeling zonder DBK-voorwaarden (n= 230)	<i>DBK:</i> Gemiddelde leeftijd: 32 jaar Mannelijk (66.7%) Druggebruik: gemiddeld aantal dagen metamfetaminegebruik tijdens de vorige maand 8.7	Baseline, wekelijks tijdens programma en 6 & 12 maanden na afronding programma

**Tabel 2.1:** Overzicht van de geïncludeerde studies volgens de onderzoeksoptzet, de onderzoeksgroep(en), de kenmerken van de deelnemers en de follow-upperiode (vervolg)

Studie	Onderzoeksoptzet	Onderzoeksgroep(en)	Kenmerken van de deelnemers	Follow-upperiode
Worcel, Furrer, Green, Burrus, & Finigan (2008)	QED	FTDC (n= 301) vs Traditionele jeugdbescherming (n= 919)	<i>Vergelijkingsgroep:</i> Gemiddelde leeftijd: 33 jaar Mannelijk (58.7%) Druggebruik: gemiddeld 12.6 dagen metamfetaminegebruik tijdens de voorbije maand  Geen informatie over leeftijd Voornamelijk vrouwelijk  <i>FTDC:</i> Druggebruik: 38% methamfetamine, 18% cocaine, 11% marihuana, 26% alcohol  <i>Vergelijkingsgroep:</i> Druggebruik: 42% methamfetamine, 13% cocaine, 10% marihuana, 24% alcohol	2 jaar na aanvraag jeugdbescherming
Dakof, Cohen, & Duarte (2009)	QED	Engaging Moms Program <sup>4</sup> (n= 43) vs FTDC (n= 37)	Gemiddelde leeftijd: in de 30 Enkel vrouwen Druggebruik: drug van eerste keuze was vooral cocaine of crack	Baseline en 15 maanden na aanvang programma
Marlowe, Festinger, Arabia, Dugosh, Benasutti, & Croft (2009)	RCT	DBK + aangepaste interventies (n= 16) vs DBK (n= 14)	Gemiddelde leeftijd: 27.6 jaar Mannelijk (77%) Alcohol- en druggebruik voorbije 30 dagen: marihuana (47%), alcohol (43%), opiaten (13%) or cocaine/stimulerende middelen (6%) en meerdere middelen (37%)	Baseline, tijdens programma, 4 maanden na baseline
Dakof, Cohen, Henderson, Duarte, Boustani, Blackburn, Venzler & Hawes (2010)	RCT	Engaging Moms Program (n= 31) vs FTDC (n= 31)	Geen informatie over leeftijd Enkel vrouwen Druggebruik: voornamelijk polydruggebruik	Baseline en 3, 6, 12, 18 maanden na aanvang programma

**Table 2.1: Overzicht van de geïncludeerde studies volgens de onderzoeksoepzet, de kenmerken van de deelnemers en de follow-upperiode (vervolg)**

Studie	Onderzoeksoepzet	Onderzoeksgroep(en)	Kenmerken van de deelnemers	Follow-upperiode
Burrus, Mackin & Finigan (2011)	QED	FTDC (n= 200) vs Traditionele jeugdbescherming (n= 200)	Geen informatie over leeftijd Vrouwelijk (FTDC: 98%, traditionele kinderscherming: 100%) Geen informatie over alcohol en druggebruik	12 maanden na baselijn
Johnson, O'Leary, Striley, Ben Abdallah, Bradford, & Cottler (2011)	PPD	DBK (n= 261)	Gemiddelde leeftijd: 36.4 jaar Enkel vrouwen Druggebruik: cocaïneverslaving is meest voorkomende diagnose van middelmisbruik (45%)	Baseline en follow-up 4 maanden na baselijn

- <sup>1</sup> In deze studie bestonden twee vergelijkingsgroepen ('weigering van behandeling' en 'traditionele jeugdbescherming') naast de interventiegroep (FTDC). De vergelijkingsgroep 'weigering van behandeling' en de resultaten van deze groep waren echter onduidelijk, daarom is deze groep niet opgenomen in dit overzicht.
- <sup>2</sup> Deelnemers werden bij intake willekeurig toegewezen, hetzij om binnen hun DBK-traject tweewekelijks hoorzittingen bij te wonen ('bi-weekly') hetzij om te worden opgevolgd door hun casemanager die, indien nodig, bij de rechtbank hoorzittingen kon aanvragen naar aanleiding van ernstige of herhaalde overtredingen ('as needed').
- <sup>3</sup> De 'enhanced employment'-interventie is gericht op het verkrijgen, behouden, en verbeteren van de tewerkstelling en het bijwonen van 'upgrading'-sessies. Het aantal sessies bijgewoond door elke deelnemer werd gedeeld door het totaal aantal mogelijke sessies die een deelnemer zou kunnen hebben bijgewoond. De resulterende percentages werden vervolgens in tweeën gedeeld, zij die onder de mediaan zaten behoorden bij de 'low-upgrading-groep' en zij boven de mediaan behoorden in de 'high-upgrading-groep'.
- <sup>4</sup> Het 'Engaging Moms Program' (EMP) werd aangepast voor gebruik in de context van FTDCs. Het EMP werd ontworpen om moeders te helpen slagen binnen de DBK door hen te helpen om te voldoen aan alle gerechtelijke bevelen, met inbegrip van het bijwonen van middelmisbruik- en andere interventieprogramma's (bijvoorbeeld advies i.v.m. huiselijk geweld en ouderschapsklassen), het bijwonen van zittingen, drugsvrij blijven en het aantonen van opvoedkundige capaciteiten. Het enige verschil tussen de FTDC- en de EMP-groepen was de werkrelatie tussen de hulpverlener van de DBK en de moeders; alle andere aspecten van de programma's, inclusief de algemene eisen, fasen, en sancties en beloningen, waren precies hetzelfde.

### 2.3.3. *Uitkomsten rond druggebruik, alcoholgebruik, en andere druggerelateerde levensdomeinen*

In tabel 2.2. worden de onderzoeksbevindingen van de geïncludeerde studies weergegeven volgens het studiedesign en de uitkomstvariabele(n). De uitkomstvariabelen waren druggebruik, alcoholgebruik, familiale en sociale relaties, tewerkstelling en inkomen, en geestelijke en lichamelijke gezondheid. Geen van de opgenomen studies hanteerde de huisvestingssituatie of de vrijetijdsbesteding als uitkomstvariabele. Vijf RCTs (Dakof et al., 2010; Eibner et al., 2006; Leukefeld et al., 2007; Marlowe et al., 2005, 2009) en één studie met een QED (Dakof et al., 2009) werden behandeld als studies met een PPD omdat zowel de controlegroep als de interventiegroep een DBK omvatte (waartussen evenwel verschillen bestonden). Sommige studies (Ashford, 2004; Boles et al., 2007; Burrus et al., 2011; Gottfredson et al., 2005; Worcel et al., 2008) rapporteerden enkel de resultaten van de nameting met betrekking tot gezinshereniging of middelengebruik, maar werden toch geïncludeerd omdat kan worden aangenomen dat alle deelnemers bij aanvang middelengebruikers waren of dreigden hun ouderlijke rechten te verliezen.

In alle studies, behalve twee (Brewster, 2001; Marinelli-Casey et al., 2008), verbeterde het *middelengebruik* aanzienlijk, ongeacht het type onderzoeksdesign. Met betrekking tot de *druggerelateerde levensdomeinen* is het verschil tussen de resultaten van de observationele en de gecontroleerde studies opvallend. In alle observationele studies, met uitzondering van één (Marlowe et al., 2005), werd geconcludeerd dat DBK-cliënten vooruitgang boekten op de onderzochte druggerelateerde levensdomeinen. Deze gunstige resultaten werden niet teruggevonden in de gecontroleerde studies. De meeste van deze laatste studies vonden enkel gunstige resultaten voor DBKs op het vlak van drug- en alcoholgebruik. Alleen gecontroleerde studies betreffende FTDCs (Boles et al., 2007; Burrus et al., 2011; Worcel et al., 2008) genereerden gunstige resultaten op het gebied van familiale en sociale relaties.

**Tabel 2.2:** *Ondervindingen van de individuele studie volgens studieopzet en maatstaf voor het resultaat*

	Druggebruik	Alcoholgebruik	Familiale en sociale relaties	Tewerkstelling	Inkomen	Geestelijke gezondheid	Lichamelijke gezondheid
<b>PPD</b>							
Johnson et al. (2011)	+						
Dakof et al. (2010)	+	+	+	+		+	+
Dakof et al. (2009)			+				
Marlowe et al. (2009)	+						
Leukefeld et al. (2007)	+	+		+	+		
Eibner et al. (2006)		+					
Marlowe et al. (2005)	+ (-)	+	=	=		=	+
Freeman (2003)	+		+			+	+
<b>QED</b>							
Burrus et al. (2011)			+				
Worcel et al. (2008)			+				
Marinelli-Casey et al. (2008)	+	=	=	=		=	=
Boles et al. (2007)			+				
Ashford (2004)			=				
Brewster (2001)	=			=			
<b>RCT</b>							
Gottfredson et al. (2005)	+	+	=	=	+	=	=
Deschenes et al. (1995)	+			-			

Een '+' geeft een significant verschil in het voordeel van de DBK-groep aan, een '-' geeft een significant verschil in het voordeel van de controlegroep aan, een '=' geeft aan dat er geen significante verschillen tussen de DBK- en de controlegroep werden vastgesteld, en een grijze cel geeft aan dat de uitkomstvariabele niet werd gebruikt in de betreffende studie.

### 2.3.3.1. Uitkomsten rond illegaal druggebruik

In de meerderheid van de geïncludeerde studies (n=10, respondenten n=2390) was illegaal druggebruik een uitkomstvariabele. In de studie van Freeman en collega's (2003) werd illegaal druggebruik indirect gemeten aan de hand van de zelfgerapporteerde wekelijkse uitgaven. Deze uitgaven daalden significant terwijl de wekelijkse legale inkomsten niet significant veranderden, wat wijst op een vermindering van het druggebruik over de tijd heen. In de andere studies werd druggebruik direct gemeten aan de hand van de resultaten van urinetesten (Brewster, 2001; Deschenes et al., 1995; Marlowe et al., 2009), zelfgerapporteerd druggebruik (Gottfredson et al., 2005; Johnson et al., 2011;

Leukefeld et al., 2007) of beide (Dakof et al., 2010; Marinelli-Casey et al., 2008; Marlowe et al., 2005).

Zelfgerapporteerd druggebruik daalde significant bij de DBK-cliënten zowel tijdens het DBK-traject (Dakof et al., 2010; Johnson et al., 2011; Marlowe et al., 2005), bij de afronding van het DBK-traject (Marinelli-Casey et al., 2008) als na de afronding van het DBK-traject (Dakof et al., 2010; Gottfredson et al., 2005; Marinelli-Casey et al., 2008; Marlowe et al., 2005). Daarnaast rapporteerden de DBK-cliënten een significante daling van het druggebruik in vergelijking met druggebruikers wiens zaak via de klassieke rechtspleging werd behandeld (Gottfredson et al., 2005) en in vergelijking met de methamfetamineafhankelijke poliklinische patiënten zonder DBK-supervisie (Marinelli-Casey et al., 2008). Leukefeld en collega's (2007) vonden dat het druggebruik was gedaald in hun drie onderzoeksgroepen. De 'high upgrading'-groep deed het evenwel significant beter dan de DBK 'as-usual' en de 'low upgrading'-groep.

Ook de resultaten van de urinetesten waren gunstig voor de DBK-cliënten tijdens het DBK-traject (Dakof et al., 2010; Marinelli-Casey et al., 2008; Marlowe et al., 2009). Deschenes et al. (1995) vonden dat ongeveer de helft van zowel de DBK-cliënten als de probatie-cliënten een positieve urinetest afleverden tijdens het DBK-traject. Wanneer het type middel in rekening werd genomen, werden echter verschillen tussen deze twee groepen geobserveerd. De probatie-cliënten testten significant vaker positief voor cocaïne en heroïne, terwijl de DBK-cliënten significant vaker positief testten voor marihuana. Slechts één studie rapporteerde resultaten van urinetesten na afronding van het DBK-traject. Dakof en collega's (2010) vonden dat de moeders minder kans hadden op een positieve urinetest nadat het FTDC-traject afgelopen was.

Niet alle studies concludeerden eensluidend positief. Hoewel beide DBK-groepen in de studie van Marlowe et al. (2005) aanzienlijk verbeterden op het vlak van zelfgerapporteerd druggebruik, werden deze resultaten niet weerspiegeld door de resultaten van de urinetesten. De positieve urinetesten stegen, hoewel niet significant, bij de beide DBK-groepen over de tijd heen. De meeste van deze positieve urinetesten waren gerelateerd aan cannabisgebruik. De meerderheid van de respondenten in de studie waren echter bij aanvang van het DBK-traject cannabisgebruikers. In de studie van Brewster (2001) bleef een vergelijkbaar aantal deelnemers uit beide studiegroepen drugsvrij gedu-

rende de studieperiode, hoewel de rate<sup>12</sup> van het aantal positieve urine-testen significant lager lag bij de DBK-cliënten in vergelijking met probatie-cliënten. Deze bevinding kan mogelijks verklaard worden doordat probatie-cliënten voornamelijk worden getest wanneer een vermoeden van druggebruik bestaat, terwijl DBK-cliënten gewoonlijk op regelmatige tijdstippen worden getest.

### **2.3.3.2. Uitkomsten rond alcoholgebruik**

In slechts zes studies (respondenten n=1419) werd alcoholgebruik opgenomen als uitkomstvariabele. Eibner en collega's (2006) focusten zich uitsluitend op alcoholgebruik aangezien zij een DUI evalueerden. Uit alle zes studies bleek dat de DBK-cliënten significant minder alcoholgebruik rapporteerden. Zowel de DBK-cliënten als de poliklinische patiënten zonder DBK-toezicht, beide afhankelijk van methamfetamine, meldden significant minder alcoholgebruik over de tijd heen (Marinelli-Casey et al., 2008).

### **2.3.3.3. Uitkomsten rond familiale en sociale relaties**

In tien geïnccludeerde studies (respondenten n=6207) werden familiale en sociale relaties gebruikt als uitkomstvariabele. Terwijl sommige studies aantoonde dat het sociaal functioneren (Marinelli-Casey et al., 2008), het familiaal functioneren en de opvoedingsvaardigheden (Dakof et al., 2009; Gottfredson et al., 2005) van de DBK-cliënten significant verbeterden, werd in een andere studie geen vooruitgang op het vlak van familiale en sociale relaties geobserveerd (Marlowe et al., 2005). In vergelijking met de methamfetamineafhankelijke poliklinische patiënten zonder DBK-supervisie (Marinelli-Casey et al., 2008) en de druggebruikers wiens zaak via de klassieke rechtspleging werd behandeld (Gottfredson et al., 2005), waren de familiale en sociale relaties van de DBK-deelnemers significant verbeterd.

Iets meer dan de helft (n=6, respondenten n=5512) van deze tien studies evalueerden een FTDC (Ashford, 2004; Boles et al., 2007; Burrus et al., 2011; Dakof et al., 2009, 2010; Worcel et al., 2008). Dakof en collega's (2009, 2010) vonden dat een FTDC-interventie een positief effect kan hebben op de uitkomsten van maatregelen in het kader van jeugdbescherming. Bij de follow-up-meting lag daarbovenop het aantal gezins-

---

<sup>12</sup> Het aantal positieve drugtesten op het totaal aantal afgenomen drugtesten.

herenigingen significant hoger bij de FTDC-zaken dan bij de zaken die via de klassieke jeugdbescherming behandeld werden (Boles et al., 2007; Burrus et al., 2011; Worcel et al., 2008), behalve in de studie van Ashford (2004). De kinderen in de klassieke jeugdbescherming hadden significant meer kans om uit huis geplaatst te worden (Boles et al., 2007) en om sneller een definitieve uithuisplaatsing te bereiken (Burrus et al., 2011; Worcel et al., 2008) in vergelijking met de FTDC-kinderen. In de studie van Ashford (2004) bleek dat een besluit over een definitieve uithuisplaatsing sneller genomen werd bij de FTDC-kinderen dan bij kinderen in de klassieke jeugdbescherming. Bovendien duurde het significant langer bij de kinderen in de klassieke jeugdbescherming dan bij kinderen in de FTDC-groep vooraleer tot een gezinshereniging werd besloten (Worcel et al., 2008). Ook uit de studie van Burrus en collega's (2011) bleek dat FTDC-kinderen minder tijd doorbrachten in niet-familiale pleegzorg in vergelijking met de kinderen in de klassieke jeugdbescherming.

Daartegenover vonden Boles en collega's (2007) dat FTDC-kinderen vaker uit huis geplaatst werden nadat een gezinshereniging had plaats gevonden in vergelijking met kinderen in de klassieke jeugdbescherming. Wanneer deze resultaten echter verder werden onderzocht, bleek dat alle kinderen uit de klassieke jeugdbescherming na de eerdere gezinshereniging definitief uit huis werden geplaatst, terwijl bijna een derde van de FTDC-kinderen opnieuw werd herenigd met hun ouders.

#### **2.3.3.4. Uitkomsten rond tewerkstelling en inkomen**

In ongeveer de helft van de geïncludeerde studies ( $n=7$ , respondenten  $n=2048$ ) werd tewerkstelling als uitkomstvariabele gebruikt. Twee van deze studies rapporteerden ook informatie over inkomen. Slechts twee studies vonden een verbetering op het vlak van tewerkstelling bij de DBK-cliënten. Dakof en coauteurs (2010) vonden dat de tewerkstellingsproblemen bij de moeders in een FTDC significant daalden en Leukefeld en collega's (2007) vonden, in hun evaluatie van een 'enhanced employment'-interventie, dat de deelnemers uit de 'high-upgrading'-groep significant meer full-timetewerkstelling, minder werkloosheid en een hoger aantal werkdagen vermeldden in vergelijking met de 'low-upgrading'-groep of met de groep die de interventie niet kreeg. De deelnemers in de groep zonder interventie werkten significant meer in de afgelopen 30 dagen dan de 'low-upgrading'-groep. De deelnemers in de



'high-upgrading'-groep rapporteerden significant meer inkomsten uit een legitieme baan gedurende het afgelopen jaar in vergelijking met de deelnemers uit de 'low-upgrading'-groep. De groep zonder interventie verschilde niet van een van beide 'upgrading'-groepen.

Marlowe et al. (2005) rapporteerden dat de tewerkstellingsproblemen niet significant verminderden voor deelnemers uit de beide DBK-groepen. Bovendien verschilde de tewerkstellingssituatie van de DBK-cliënten niet significant van de methamfetamineafhankelijke poliklinische patiënten zonder DBK-supervisie (Marinelli-Casey et al., 2008), van de druggebruikers wiens zaak via de klassieke rechtspleging werd behandeld (Gottfredson et al., 2005), en van de probatie-cliënten (Brewster, 2001). Deschenes en collega's (1995) concludeerden zelfs dat probatie-cliënten significant vaker tewerkgesteld werden dan de DBK-cliënten, wat echter verklaard kan worden doordat de DBK-cliënten gedurende de onderzoeksperiode significant vaker een begeleiding of ambulante therapie volgden in vergelijking met de probatie-cliënten (Deschenes et al., 1995). Hoewel Gottfredson en coauteurs (2005) geen significant verschil observeerden op het vlak van tewerkstelling tussen de DBK-cliënten en de druggebruikers wiens zaak via de klassieke rechtspleging werd behandeld, vonden ze wel dat de eerste groep veel minder een beroep deed op het sociaal zekerheidssysteem in vergelijking met de laatste groep. Een mogelijke verklaring is dat de DBK-cliënten minder geld uitgaven aan drugs, aangezien hun druggebruik significant daalde.

### **2.3.3.5. Uitkomsten rond geestelijke en lichamelijke gezondheid**

In slechts vijf studies (respondenten n=757) werd de geestelijke en de lichamelijke gezondheid als uitkomstvariabele gebruikt. De geestelijke gezondheid (Dakof et al., 2010; Freeman, 2003), de algemene gezondheid en de vitaliteit (Freeman, 2003) van de DBK-cliënten verbeterden significant. Daarnaast werd een significante daling van de medische (Dakof et al., 2010; Marlowe et al., 2005) en de lichamelijke (Freeman, 2003) problemen van de DBK-clienten vastgesteld. Marlowe en collega's (2005) observeerden echter geen verbetering van de geestelijke gezondheid en Freeman (2003) vond geen verbetering op het vlak van het lichamenlijk functioneren.

Bovendien werd met betrekking tot de geestelijke en de lichamelijke gezondheid geen verschil vastgesteld tussen de DBK-cliënten en de methamfetamineafhankelijke poliklinische patiënten zonder DBK-

supervisie (Marinelli-Casey et al., 2008) en de druggebruikers wiens zaak via de klassieke rechtspleging werd behandeld (Gottfredson et al., 2005).

## **2.4. Bespreking van de resultaten**

### **2.4.1. *Matig positieve resultaten voor drug- en alcoholgebruik***

In het algemeen blijkt uit de resultaten van deze systematische literatuurstudie dat DBKs een gunstige invloed hebben op het druggebruik van DBK-cliënten tijdens hun DBK-traject. Deze conclusie is in overeenstemming met de resultaten van eerder gepubliceerde literatuurstudies over de uitkomsten van DBKs (Belenko, 1999, 2001; Brown, 2010a, GAO, 2005). DBK-cliënten die geen abstinentie bereiken, schakelen vaak over van de meer schadelijke middelen zoals heroïne naar de minder schadelijke middelen zoals marihuana (Deschenes et al., 1995). Over de langetermijneffecten van DBKs op druggebruik is echter weinig informatie beschikbaar. Alhoewel de gegevens verzameld via zelfrapportage-instrumenten op de lange termijn veelbelovend lijken, ontbreekt informatie van urinetesten om deze resultaten te bevestigen. Het alcoholgebruik van de DBK-deelnemers blijkt ook af te nemen. Verrassend genoeg was alcoholgebruik slechts in de helft van de studies opgenomen als uitkomstvariabele ondanks de herhaaldelijk vastgestelde samenhang tussen drug- en alcoholgebruik (Burns & Teesson, 2002, Byqvist, 2006, Degenhardt & Hall, 2006, Stinson et al., 2005).

### **2.4.2. *Beperkte aandacht voor druggerelateerde levensdomeinen***

Hoewel het belang van druggerelateerde levensdomeinen, zoals tewerkstelling en huisvesting, wordt benadrukt in de literatuur over herstel na middelengebruik (cf. 'recovery') en het stoppen met een criminele carrière (cf. 'desistance') (Best et al., 2008; De Wree et al., 2009a,b; Laudet, 2008; Laudet & White, 2008; Laudet, Becker & White, 2009; Sampson & Laub, 1990, Schroeder et al., 2007), werden slechts een klein aantal DBK-evaluatiestudies gevonden die deze levensdomeinen als uitkomstvariabelen hanteerden. In geen enkele studie was informa-

tie beschikbaar over de effecten van DBKs op huisvesting of vrijetijdsactiviteiten. Onderzoek heeft nochtans aangetoond dat verhuizen naar een plaats weg van druggebruikende vrienden en kennissen het volhouden van abstinentie ondersteunt (Best et al., 2008) en dat beschikken over een vaste woonplaats gelinkt is aan een recidivereductie (De Wree et al., 2009a,b). Daarbovenop verbetert de kwaliteit van leven door zich te engageren voor niet-druggerelateerde vrijetijdsactiviteiten (Hood, 2003).

Het gebrek aan empirische gegevens over de uitkomsten en effecten van DBKs op druggerelateerde levensdomeinen kan op tweeërlei wijzen verklaard worden. De focus van DBKs op middelengebruik en druggerelateerde criminaliteit kan mogelijks resulteren in een gebrek aan aandacht voor andere druggerelateerde levensdomeinen. Daarnaast is het mogelijk dat de aandacht voor deze druggerelateerde levensdomeinen nog niet is doorgedrongen tot het DBK-onderzoeksdomein. Wetenschappelijke studies naar de uitkomsten en de effecten van DBKs zouden hun focus moeten verbreden en systematisch informatie verzamelen over DBK-interventies die gericht zijn op deze druggerelateerde levensdomeinen. Daarnaast zou in deze studies systematisch informatie verzameld moeten worden over zowel de korte- als de langetermijneffecten van DBKs op alle druggerelateerde levensdomeinen (inclusief middelengebruik en criminaliteit) en op de kwaliteit van leven van DBK-cliënten. Op basis van dergelijke systematische gegevensverzameling kunnen beleids- en praktijkgerichte aanbevelingen ter optimalisatie van de werking van DBKs worden geformuleerd.

Wat betreft de enkele studies die de uitkomsten van DBKs op druggerelateerde levensdomeinen nagingen, vonden vooral observationele studies gunstige resultaten. Deze gunstige resultaten werden niet *steeds* aangetoond door (gerandomiseerde) gecontroleerde studies. In tegenstelling tot de klassieke DBKs voor volwassen druggebruikers, lijken FTDCs de uitkomsten rond familiale en sociale relaties wel positief te beïnvloeden (bijvoorbeeld gezinshereniging) (Boles et al., 2007, Burrus et al., 2011; Worcel et al., 2008). Vervolgens vonden Leukefeld en collega's (2007) dat DBK-cliënten die voldoende sessies van een 'enhanced employment'-interventie volgden een betere werksituatie hadden (bijvoorbeeld minder werkloosheid en meer voltijdse tewerkstelling). Deze interventie was immers gericht op het verkrijgen, het behouden en het verbeteren van een tewerkstelling.

### 2.4.3. *Specifieke interventies zijn noodzakelijk*

Op basis van de matig positieve resultaten van DBKs op middelengebruik, van FTDCs op familiale relaties en van de DBK met de 'enhanced employment'-interventie op de tewerkstellingssituatie, kan worden aangenomen dat het *aanbieden van specifieke interventies gericht op specifieke levensdomeinen een gunstige invloed zal hebben op deze levensdomeinen*. Gezien de chroniciteit van middelengebruik en de complexiteit van ermee gepaard gaande problemen op verschillende levensdomeinen (Dennis et al, 2005; Fiorentine & Hillhouse, 2000; Kelly et al., 2006; Laudet & White, 2010; McLellan et al., 2000) kan men niet verwachten dat een loutere focus op middelengebruik automatisch verbeteringen op andere levensdomeinen met zich zal meebrengen. Door het aanbieden van interventies specifiek gericht op het verbeteren van druggerelateerde levensdomeinen wordt bovendien aandacht besteed aan die domeinen die door druggebruikers zelf als belangrijk worden ervaren. Met andere woorden, dergelijke interventies starten bij de subjectieve ervaringen en verwachtingen van druggebruikers zelf (bijvoorbeeld hun kwaliteit van leven) (De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2009). Het herstelmodel is immers een vaak gebruikte en algemeen aanvaarde aanpak om personen met geestelijke gezondheidsproblemen en/of middelengerelateerde problemen te ondersteunen, en is uitiem gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven (Farkas, 2007, Gagne, White & Anthony, 2007; Laudet, 2008). Als druggebruikers een verbetering ervaren op de levensdomeinen die zijzelf belangrijk vinden, en vervolgens ook in hun kwaliteit van leven, kan ook hun middelengebruik en hun pleeggedrag positief beïnvloed worden.

### 2.4.4. *Beperkingen*

Hierna worden enkele beperkingen van deze systematische literatuurstudie besproken. Ten eerste, kunnen de resultaten van deze literatuurstudie niet zonder meer veralgemeend worden. De beperking van de zoekstrategie tot 'peer-reviewed' publicaties kan publicatiebias veroorzaken, aangezien vaak enkel positieve resultaten gerapporteerd worden. Een peer review garandeert echter ook een zekere vorm van kwaliteitscontrole. De resultaten van de gepubliceerde en de ongepubliceerde studies over de uitkomsten en de effecten van DBKs bleken in de meta-analyse van Mitchell en collega's (2012) evenwel gelijkaardig te

zijn. Daarnaast werden slechts een klein aantal individuele studies teruggevonden die rapporteerden over de uitkomsten of de effecten van DBKs op druggebruik, alcoholgebruik en/of andere druggerelateerde levensdomeinen. De geïncludeerde studies worden daarbij gekenmerkt door een heterogeniteit betreffende de gehanteerde methodologie, de omvang van de steekproef en de gebruikte meetinstrumenten. De vergelijkbaarheid van de resultaten van de individuele studies wordt ook bemoeilijkt doordat de werkingsprincipes en de procedures van DBKs een reflectie zijn van de lokale noden en behandelingsmogelijkheden en zodus verschillend zijn (Brown, 2010a). DBK-evaluatiestudies zijn bijgevolg erg plaatsgebonden, waardoor ze weinig inzicht verschaffen over de algemene effectiviteit van DBKs (Slinger & Roesch, 2010). Voorlopig ontbreken een algemene praktische omkadering en een algemene theoretische onderbouwing voor DBKs (Slinger & Roesch, 2010; Stinchcomb, 2010). De generaliseerbaarheid van de resultaten wordt verder beperkt doordat gunstige resultaten vaker teruggevonden worden bij DBK-cliënten die het DBK-traject afwerken dan bij drop-outs (GAO, 2005; Mitchell et al., 2012) en in het algemeen stopt ongeveer de helft van de DBK-cliënten voortijdig met hun DBK-traject (Belenko, 1999, 2001; Brown, 2010a, GAO, 2005). Het drop-outpercentage liep erg uiteen tussen de geïncludeerde studies en de intent-to-treat-analyses werden of konden niet worden uitgevoerd. Tenslotte werden de geïncludeerde studies vrijwel uitsluitend uitgevoerd in de VS. De fundamentele verschillen die bestaan tussen het Amerikaanse en het Europese rechtssysteem (cf. common law vs continental law) zorgen ervoor dat Amerikaanse DBK-principes en -procedures niet zomaar overgenomen kunnen worden in Europese landen.

Ten tweede zijn RCTs, het onderzoeksdesign met de hoogste score op de MSMS (Polkinghorne, 2005), zeldzaam bij het evalueren van de effectiviteit van DBKs. In voorliggende systematische literatuurstudie werd bij minder dan de helft van de 16 geïncludeerde studies gebruik gemaakt van een RCT. Slechts twee van deze RCTs wezen willekeurig deelnemers toe aan enerzijds een DBK en anderzijds een ander type van justitiële afhandeling (zoals een klassieke rechtspleging of een probatiemaatregel). Het onderzoeksdesign van observationele studies en gecontroleerde studies zonder randomisatie laat echter niet toe te concluderen dat de geobserveerde resultaten uitsluitend zijn toe te schrijven aan de onderzochte interventie (in dit geval DBKs), aangezien de

invloed van andere gerelateerde (niet-gemeten) factoren op de resultaten niet kan worden uitgesloten.

Tot slot, de langste follow-upperiode bij de geïncludeerde evaluatiestudies van DBKs was drie jaar (Gottfredson et al., 2005). Empirische gegevens over de langetermijneffecten van DBKs op middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen, alsook op recidive, ontbreekt aangezien studies met een langere follow-upperiode voorlopig (nog) niet uitgevoerd werden of gepubliceerd werden in een tijdschrift met peer review.

#### **2.4.5.    *Algemeen besluit***

Concluderend, hoewel rekening gehouden moet worden met de hierboven vermelde beperkingen bij het generaliseren van de resultaten van deze literatuurstudie, kunnen een aantal belangrijke besluiten benadrukt worden. Ten eerste, door een exclusieve aandacht voor middelengebruik en recidive worden DBKs en onderzoek naar DBKs mogelijk gekenmerkt door een gebrek aan aandacht en interesse voor druggerelateerde levensdomeinen en voor de kwaliteit van leven van druggebruikers. Ten tweede, de situatie op deze levensdomeinen kan verbeterd worden zolang daarvoor specifieke interventies worden aangeboden. Hieruit volgt dat DBK-principes en -procedures dienen aangepast te worden aan de recente bevindingen van onderzoek naar herstel na middelengebruik en het stoppen met een criminele carrière. Deze aanpassing behelst een focus op het verbeteren van druggerelateerde levensdomeinen door gebruik te maken van interventies die specifiek gericht zijn op de betreffende levensdomeinen. Zodoende kan de kwaliteit van leven van druggebruikers verbeteren. Daarnaast moet elk DBK-traject afgestemd worden op de unieke problemen die een DBK-cliënt ervaart, hierdoor wordt een meer individuele aanpak gegarandeerd. Onderzoek heeft immers aangetoond dat DBK-cliënten onderling sterk van elkaar verschillen en dat de doeltreffendheid van DBKs verschilt naargelang deze verschillen (DeMatteo, Marlowe, Festinger & Arabia, 2009; Garrity et al., 2008; Leukefeld et al., 2007). Tot slot kan verwacht worden dat een daling in middelengebruik en recidive volgt uit verbeterde levensomstandigheden van druggebruikers. Toekomstig onderzoek naar de effectiviteit van DBKs zou daarom gekenmerkt moeten worden door een bredere focus, en zowel de korte- als de langetermijneffecten van DBKs op andere druggerelateerde levens-

domeinen en de kwaliteit van leven van druggebruikers bestuderen naast de uitkomsten en de effecten van DBKs op middelengebruik en recidive, die uiteindelijk vooral maatschappelijk gewenste resultaten zijn (De Maeyer et al., 2009).





## Hoofdstuk 3 **DE UITKOMSTEN VAN DE GENTSE DRUGBEHANDELINGSKAMER ROND MIDDELENGEBRUIK EN DRUGGERELATEERDE LEVENSDOMEINEN**

*Ciska Wittouck, Eveline De Wree & Freya Vander Laenen*

### **3.1. Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt specifieke aandacht besteed aan de uitkomsten rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen van Gentse DBK-cliënten na een DBK-traject. Als zodanig, vormt dit hoofdstuk een aanvulling op het recidiveonderzoek rond de Gentse DBK dat werd uitgevoerd door de DSB (zie hoofdstuk acht). Druggebruikende delinquenten ervaren immers niet enkel problemen op het vlak van druggebruik en criminaliteit, maar ook op andere levensdomeinen zoals werk, financiën, sociale relaties en gezondheid (Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, 2004; Cacciola, Alterman, Habing & McLellan, 2011). De uitkomsten van Gentse DBK-cliënten worden vergeleken met de uitkomsten van Hasseltse probatie-cliënten, aangezien het DBK-project werd geïmplementeerd om tegemoet te komen aan de structurele tekortkomingen die verbonden zijn met het huidige probatiesysteem (zie hoofdstuk één).

### **3.2. Methodologie**

#### **3.2.1. Studiedesign**

Om de uitkomsten van het Gentse DBK-project rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen na te gaan werd een kwantitatieve retrospectieve dossierstudie uitgevoerd. Binnen het korte bestek van de onderzoeksperiode kon immers geen prospectief onderzoek worden opgezet. Daarnaast laat de Belgische strafrechtspraktijk het gebruik van een klassiek experimenteel design (RCT) niet toe (aangezien de magistraten beslissen of een alternatieve afhandeling wordt voorgesteld aan een druggebruikende beklaagde), daarom werd een

naturalistische evaluatiestudie zonder at random-toewijzing van de beklaagden aan een bepaald type afhandeling opgezet (De Wree et al., 2009a,b). In functie van de studiekwaliteit werd evenwel beslist de uitkomsten op het vlak van middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen van DBK-cliënten in het gerechtelijk arrondissement Gent te vergelijken met dezelfde uitkomsten voor probatie-cliënten in het gerechtelijk arrondissement Hasselt. Om tegemoet te komen aan het gebrek aan at random-toewijzing van de beklaagden aan de DBK- of de probatie-groep werd een matching-methode toegepast. Er werd voor een vergelijking met probatie-cliënten binnen het gerechtelijk arrondissement Hasselt gekozen om verschillende redenen. Ten eerste kent dit arrondissement geen DBK, er zijn evenwel vergelijkbare randvoorwaarden aanwezig in beide gerechtelijke arrondissementen. Ten eerste kennen beide gerechtelijke arrondissementen een lange traditie om problematische druggebruikers die in contact komen met justitie door te verwijzen naar de drughulpverlening, en daartoe bestaat er een goed georganiseerd en gestructureerd drughulpverleningsnetwerk. Ten tweede bestaat in beide gerechtelijke arrondissementen een bereidheid bij de diverse betrokken actoren (politie, justitie en hulpverlening) zich te engageren om een goede onderlinge samenwerking te verwezenlijken waarbij elke actor ageert vanuit zijn eigen specificiteit.

De *DBK-groep* bestaat uit druggebruikende delinquenten die aan de volgende vier voorwaarden voldoen: 1) de inleidende zitting voor de Gentse DBK vond plaats tussen 5 mei 2008 en 31 december 2009, 2) ze aanvaardden het DBK-traject, 3) hun DBK-traject duurde tenminste drie maanden, en 4) ze gebruikten tenminste één illegale drug. Uit het kwantitatieve luik van de procesevaluatie kon worden afgeleid dat maximaal 91 respondenten aan deze voorwaarden konden voldoen (De Keulenaer & Thomaes, 2011). Het tijdsinterval tussen 5 mei 2008 (datum eerste DBK-zitting) en 31 december 2009 (datum einde dataverzameling procesevaluatie) voor het plaatsvinden van de inleidende zitting werd gehanteerd om de uitkomsten omtrent druggebruik en druggerelateerde levensdomeinen te kunnen linken aan de resultaten van de recidivestudie van de DSB. Deze recidivestudie werd gebaseerd op de verzamelde gegevens in het kwantitatieve luik van de procesevaluatie die gepaard ging met de implementatie van de Gentse DBK. Het tijdsinterval van drie maand voor de duur van een DBK-traject werd gehanteerd aangezien deze tijdsperiode als het minimum wordt beschouwd om *minimale* effecten van een interventie te kunnen detecte-

ren (Simpson et al., 1997; Marlowe, 2003). Ook Freeman (2003) constateerde dat de grootste veranderingen in haar steekproef van DBK-cliënten optraden tijdens de eerste vier maanden van het DBK-traject, zij gebruikte weliswaar geen controlegroep. Hoewel ook kortdurende interventies effectief kunnen zijn (Verstuyf, 2007), wordt langer in behandeling blijven geassocieerd met gunstigere en meer duurzame resultaten (Hser et al., 2001; Marlowe, 2003; McLellan et al., 2000).

De *probatie-groep* bestaat uit druggebruikende delinquenten die aan de volgende drie voorwaarden voldoen: 1) ze werden door de rechtbank van eerste aanleg veroordeeld tot een probatiemaatregel, probatie-uitstel of probatie-opschorting, tussen 5 mei 2008 en 31 december 2009 wegens het plegen van druggerelateerde feiten, 2) ze werden voor tenminste drie maanden begeleid door een justitieassistent van het Hasseltse justitiehuis, en 3) ze gebruikten tenminste één illegale drug.

Om een, qua grootte, gelijkaardige probatie-groep te realiseren werden op toevallige wijze dossiers geselecteerd uit de Hasseltse SIPAR, het registratiesysteem van de justitiehuizen. Indien een dossier op basis van een korte screening aan de inclusiecriteria leek te voldoen, werd deze opgenomen in de voorlopige steekproef. Deze procedure werd herhaald tot 80 dossiers werden bekomen die naderhand in kaart werden gebracht aan de hand van de checklist (cf. 3.2.2.).

### 3.2.2. *Meetinstrument*

Net zoals in de studie van De Ruyver en collega's (2007) naar de effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers, werd gebruik gemaakt van een checklist<sup>13</sup> om de noodzakelijke data te verzamelen. De checklist werd gebaseerd op de duidelijk afgebakende en gestandaardiseerde levensdomeinen van de ASI (McLellan et al., 1992). De liaisons gebruiken deze ASI-levensdomeinen om de noden en de doelstellingen van de DBK-cliënt te exploreren en weer te geven in het hulpverleningsplan. De ASI (McLellan et al., 1992) wordt wereldwijd aanvaard en gebruikt in de verslavingszorg als een betrouwbaar en valide screeningsinstrument dat via een gestructureerd interview de ernst van het middelengebruik en de druggerelateerde problemen in kaart brengt om vervolgens hulpverleningsprioriteiten op te stellen. De

---

<sup>13</sup> De gebruikte checklist kan opgevraagd worden bij de onderzoekers.

zeven subschalen van de ASI zijn de volgende: lichamelijke gezondheid, opleiding of tewerkstelling, alcohol, drugs, politie of justitie, familiale en sociale relaties en mentale gezondheid. Daarnaast werd ook de vrijetijdsbesteding opgenomen in de interviewleidraad wegens haar belang in het proces van herstel na middelengebruik (Hood, 2003).

### 3.2.3. *Meetmomenten en bronnen*

Voor de *DBK-groep* werden de data voor de *voormeting* aan de hand van de checklist verzameld uit het DBK-dossier<sup>14</sup>, uit de persoonlijke notities van de parketmagistraten verbonden met de DBK die werden gemaakt tijdens de inleidende en de oriëntatiezitting en uit het hulpverleningsplan dat werd opgesteld door de liaison in samenspraak met de DBK-cliënt. De data voor de *nameting* werden, aan de hand van de checklist, verzameld uit de justitiële documenten behorende tot het DBK-dossier en de persoonlijke zittingsnotities van de parketmagistraten verbonden met de DBK die werden gemaakt tijdens de eindzitting<sup>15</sup>.

Voor de *probatie-groep* werden de data voor de *voormeting* aan de hand van de checklist verzameld uit het aanvangsverslag of het begeleidingsplan dat door de justitieassistent werd opgesteld. De data voor de *nameting* werden, aan de hand van de checklist, verzameld uit het eerste of het tweede evolutieverslag dat werd opgesteld door de justitieassistent. Aangezien er heel wat tijd verstrijkt tussen de uitspraak van een probatiemaatregel en de start van een probatiebegeleiding, werden de dossiers van het Openbaar Ministerie (OM) niet doorgenomen omdat deze enkel informatie bevatten over de situatie van de betrokkene ten tijde van de feiten en ten tijde van de uitspraak van de probatiemaatregel.

Bij de keuze voor de bron van de dataverzameling voor de beide meetmomenten voor de probatie-groep werd rekening gehouden met het tijdsverloop tussen de verslagen. Aangezien het kwantitatieve luik van de procesevaluatie heeft aangetoond dat een gemiddeld DBK-traject

---

<sup>14</sup> Dit betreffen de dossiers van het Openbaar Ministerie, die bestaan uit een samenvatting van de gerechtelijke dossiers.

<sup>15</sup> Voor de nameting kon geen beroep gedaan worden op het dossier van de liaisons aangezien deze enkel bestaan uit de persoonlijke notities van de liaisons. Aangezien de liaisons geen rapportageplicht hebben, worden geen verslagen opgesteld.

(van inleidende zitting tot eindzitting) zes tot acht maanden in beslag neemt (De Keulenaer & Thomaes, 2011), werd tijdens de dataverzameling voor de probatie-groep gepoogd om tot eenzelfde tijdsverloop tussen de verslagen voor de voor- en de nameting te komen.

### 3.2.4. *Data-analyse*

De verzamelde kwantitatieve gegevens werden geanalyseerd met behulp van software voor kwantitatieve data-analyse, namelijk SPSS. In figuur 3.1. worden de analyses die op de data werden uitgevoerd schematisch voorgesteld.

#### 3.2.4.1. **De matching-procedure**

Om tegemoet te komen aan het gebrek aan at random-toewijzing van de beklaagden aan de DBK- of de probatie-groep werd een **matching-methode** toegepast. Om een vergelijking tussen de studiegroepen te kunnen maken, mogen de scores voor druggebruik en druggerelateerde levensdomeinen op de voormeting van de beide groepen immers niet significant van elkaar verschillen. Matching refereert naar de selectie van respondenten in de controlegroep gebaseerd op bepaalde criteria zodat de experimentele en de controlegroep vergelijkbaar zijn met elkaar. Deze methode benadert een toevallige toewijzing van respondenten aan studiegroepen met het oog op vergelijkbare groepen (Loman, 2003; Loosveldt, 2001). Eén vorm van matching is **frequentie-matching**, naast paarsgewijs matchen en groepsgewijs matchen<sup>16</sup>, waardoor de gemiddelde waarden en spreiding op een aantal kenmerken vergelijkbaar zijn tussen de verschillende groepen (Loosveldt, 2001). In het huidige onderzoek werd noodzakelijkerwijs een beroep gedaan op deze vorm van matching aangezien het een retrospectieve naturalistische studie betreft. De onderzoekers waren met andere woorden niet in staat om hun respondenten te selecteren, de

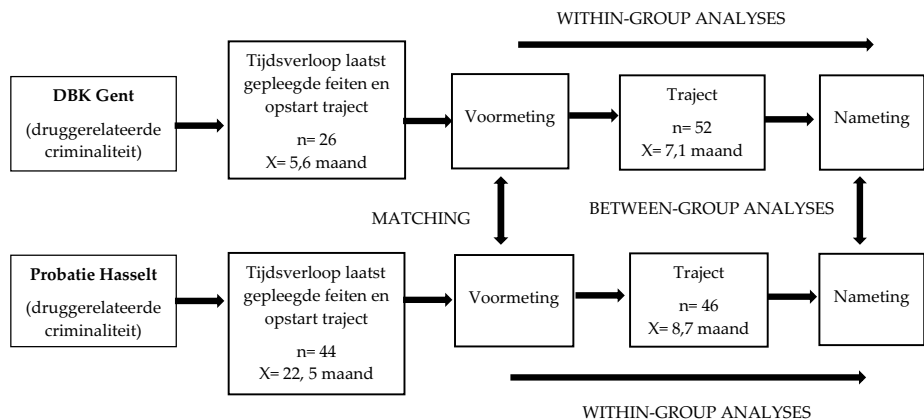
---

<sup>16</sup> Bij paarsgewijs matchen gaat men gelijktijdig op meerdere kenmerken matchen. Met gaat er dus voor zorgen dat er voor elk individu in de ene groep een op meerdere factoren tegelijkertijd vergelijkbaar individu bestaat in de andere groep (bv een bepaald percentage van 20-jarige heroïne-gebruikende vrouwen in elke groep). Hierdoor zijn de studiegroepen ook vergelijkbaar wat betreft de combinaties van kenmerken. Bij groepsgewijs matchen gaat men per kenmerk afzonderlijk matchen. De frequentieverdeling van de afzonderlijke kenmerken zijn op deze manier vergelijkbaar, maar de combinaties van kenmerken zijn op deze manier niet noodzakelijk vergelijkbaar (vb een percentage vrouw per groep, een percentage 20 jarigen per groep, een percentage heroïnegebruikers per groep).

groepen bestonden reeds. De respondenten uit de probatie-groep werden gematched met de respondenten uit de DBK-groep op basis van de gemiddelde waarde van geselecteerde criteria in de DBK-groep. Respondenten uit de probatie-groep werden uit het databestand verwijderd wanneer zij voor verschillende van deze criteria een andere waarde dan de gemiddelde waarde van de DBK-groep hadden. Dit proces werd herhaald tot de gemiddelde waarden van de geselecteerde criteria gelijk waren voor de beide groepen. De criteria waarop de matching werd gebaseerd werden geselecteerd op basis van de studie van De Ruyver en collega's (2007) waarin voorspellers van recidive bij druggebruikers, die een alternatieve juridische maatregel werden opgelegd, werden geïdentificeerd op basis van bivariate en multivariate analyses. De voorspellers wat betreft het gerechtelijk verleden werden niet in rekening genomen daar gefocust wordt op middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen als uitkomstvariabelen. De gehanteerde criteria zijn, de volgende:

1. Frequentie van het gebruik: 'meer dan maandelijks' ten opzichte van maandelijks of minder dan maandelijks
2. Heroïnegebruik: 'aanwezig' ten opzichte van 'niet aanwezig'
3. Huisvesting: 'vaste huisvesting' ten opzichte van 'onstabiele huisvesting'
4. Werksituatie: 'werk' ten opzichte van 'geen werk'
5. Geslacht: 'man' ten opzichte van 'vrouw'
6. Leeftijd: ' $\leq 25$ ' ten opzichte van '> 25'

**Figuur 3.1:** Schematische voorstelling van de analyses na matching van beide groepen



### 3.2.4.2. 'Within-group' analyses

Voor zowel de DBK-groep als de probatie-groep werd *afzonderlijk* bekeken of er een verschil tussen de voormeting en de nameting kon worden vastgesteld wat betreft het middelengebruik en de druggerelateerde levensdomeinen aan de hand van *non-parametrische one sample  $\chi^2$ -toetsen*. Om te bepalen of een uitkomst significant is, werd nagegaan of de *p-waarde kleiner is dan 0.5*.

De onderzoeksvragen met betrekking tot de studiegroepen afzonderlijk zijn de volgende:

- Voor de Gentse DBK:
  - Is er een significant verschil tussen de scores op de voor- en de nameting van de DBK-cliënten wat betreft het middelengebruik (frequentie, methode, middel) en drughulpverlening?
  - Is er een significant verschil tussen de scores op de voor- en de nameting van de DBK-cliënten wat betreft de druggerelateerde levensdomeinen?
- Voor de Hasseltse probatiemaatregel:
  - Is er een significant verschil tussen de scores op de voor- en de nameting van de probatie-cliënten wat betreft het middelengebruik (frequentie, methode, middel) en drughulpverlening?
  - Is er een significant verschil tussen de scores op de voor- en de nameting van de probatie-cliënten wat betreft de druggerelateerde levensdomeinen?

### 3.2.4.3. 'Between-group' analyses

Daarna worden de scores op de nameting voor het middelengebruik en de druggerelateerde levensdomeinen van de DBK-groep vergeleken met de scores op de nameting voor het middelengebruik en de druggerelateerde levensdomeinen van de probatie-groep aan de hand van  *$\chi^2$ -toetsen*. Om te bepalen of een uitkomst significant is, werd nagegaan of de *p-waarde kleiner is dan 0.5*.

De onderzoeksvragen met betrekking tot verschillen tussen de studiegroepen zijn de volgende<sup>17</sup>:

---

<sup>17</sup> Na de toepassing van de matching-procedure.

- Is er een significant verschil tussen de DBK- en de probatie-cliënten wat betreft de scores op de nameting voor het middelengebruik (frequentie, methode, middel) en drughulpverlening?
- Is er een significant verschil tussen de DBK- en de probatie-cliënten wat betreft de scores op de nameting voor de druggerelateerde levensdomeinen?
- Is er een significant verschil tussen de DBK- en de probatie-cliënten wat betreft het tijdsverloop tussen de laatst gepleegde feiten en de start van het traject (start DBK-traject of start probatiebegeleiding)?

### 3.3. Resultaten

#### 3.3.1. Kenmerken van de onderzoekspopulatie

Bij de rapportage dient opgemerkt te worden dat geen  $\chi^2$ -toetsen werden uitgevoerd wanneer slechts informatie aanwezig was voor minder dan 30 respondenten in een studiegroep. De kleine aantallen zouden de betrouwbaarheid van de toets hypothekeren.

##### 3.3.1.1. Significante verschillen tussen de DBK- en de probatiegroep voor de toepassing van de matching-procedure

In totaal voldeden 52 *DBK-cliënten* van de mogelijke 91 aan de voorwaarden om in de studie te worden geïncludeerd. Van de 80 toevallig geselecteerde *probatie-cliënten*, bleken er na het in kaart brengen van het dossier aan de hand van de checklist, 12 cliënten niet aan de inclusiecriteria te voldoen.

Op het moment van de voormeting werden *geen significante verschillen* tussen de beide groepen vastgesteld wat betreft geslacht, leeftijd, het amfetamine- en cannabisgebruik, het volgen van een drugbehandeling, het volgen van een substitutiebehandeling voor opiaatgebruikers (hierna substitutiebehandeling) zonder bijgebruik, de werksituatie en een beroep doen op de sociale zekerheid

Op het moment van de voormeting werden *significante verschillen* tussen de beide groepen vastgesteld wat betreft het heroïnegebruik ( $\chi^2=6,578$ ,  $df=1$ ,  $p=.01$ ), de gebruiksfrequentie ( $\chi^2=4,231$ ,  $df=1$ ,  $p=.04$ ), de samenlevingsvorm ( $\chi^2=13,89$ ,  $df=3$ ,  $p=.003$ ), het type huisvesting ( $\chi^2=$



7,567,  $df= 1$ ,  $p= .006$ ), het hebben van schulden ( $\chi^2= 4,479$ ,  $df= 1$ ,  $p= .034$ ), en een begeleiding volgen omtrent de financiële situatie ( $\chi^2= 8,586$ ,  $df= 1$ ,  $p= .003$ ). Significant meer respondenten in de DBK-groep gebruikten heroïne, gebruikten middelen op meer dan maandelijks basis, verbleven in de gevangenis, en hadden een onstabiele huisvesting in vergelijking met de respondenten in de probatie-groep bij de start van de maatregel. Daarnaast hadden de DBK-respondenten significant vaker schulden en zij die schulden hadden, volgden significant minder vaak een begeleiding daaromtrent, vergeleken met de probatie-respondenten.

Er was *onvoldoende informatie* om een betrouwbare  $\chi^2$ -toets uit te voeren voor de volgende kenmerken van de studiegroepen: de aanwezigheid van algemene (ambulante en/of residentiële) geestelijke gezondheidszorg voor de start van de huidige maatregel, de aanwezigheid van (ambulante en/of residentiële) drughulpverlening voor de start van de huidige maatregel, de gebruiksmethode, bijkomend alcoholgebruik, het hebben van een diploma secundair onderwijs, het hebben van een getuigschrift van een extra (beroeps)opleiding, het type sociale zekerheid waarop een beroep wordt gedaan, de vrijetijdsbesteding, het ervaren van problemen met de (geestelijke en/of lichamelijke) gezondheid en het krijgen van een behandeling voor (geestelijke en/of lichamelijke) gezondheidsproblemen.

### **3.3.1.2. Kenmerken van de DBK- en de probatie-groep na de toepassing van de matching-procedure**

De kenmerken van de studiegroepen en eventuele verschillen tussen de studiegroepen na de toepassing van de matching-procedure worden weergegeven in tabel 3.1.

De DBK-groep is dezelfde gebleven aangezien matching refereert naar de selectie van respondenten in de controlegroep (in de voorliggende studie dus de probatie-groep) gebaseerd op bepaalde criteria zodat de beide studiegroepen vergelijkbaar zijn met elkaar (Loman, 2003). Na de matching-procedure werd geen rekening meer gehouden met de scores van 22 van de 68 probatie-respondenten die aan de inclusiecriteria voor het huidig onderzoek voldeden. De verdere analyses werden daardoor uitgevoerd op 46 probatie-respondenten.

### 3.3.1.2.1. Demografische kenmerken

De DBK-groep telt 9 vrouwen (17,3%) en 43 mannen (82,7%). Hun gemiddelde leeftijd is 30,4 jaar ( $sd=7,242$ ,  $range=20-52$ ). Zeventien personen zijn jonger of gelijk aan 25 jaar (32,7%). De probatie-groep telt 9 vrouwen (19,6%) en 37 mannen (80,4%). Hun gemiddelde leeftijd is 31,7 jaar ( $sd=8,309$ ,  $range=21-51$ ). Veertien personen zijn jonger of gelijk aan 25 jaar (30,4%). Er werden geen significante verschillen vastgesteld tussen de beide groepen wat betreft geslacht en leeftijdsverdeling.

Bij de aanvang van hun DBK-traject woonden 10 DBK-respondenten (27%) alleen en 7 DBK-respondenten (18,9%) samen met de partner. Dertien DBK-respondenten (35,1%) hadden een andere samenlevingsvorm en 7 DBK-respondenten (18,9%) verbleven in de gevangenis<sup>18</sup>. Bij de aanvang van hun probatiebegeleiding woonden 13 probatie-respondenten (28,3%) alleen en 13 probatie-respondenten (28,3%) samen met de partner. Twintig probatie-respondenten (43,5%) hadden een andere samenlevingsvorm en geen enkele probatie-respondent verbleef in de gevangenis<sup>19</sup>. Bij de start van hun DBK-traject verbleven significant meer DBK-respondenten in de gevangenis, en significant minder DBK-respondenten woonden samen met hun partner of hadden een andere samenlevingsvorm, in vergelijking met de probatie-respondenten bij de start van hun probatiebegeleiding ( $\chi^2=9,816$ ;  $df=3$ ;  $p=.02$ ).

### 3.3.1.2.2. Kenmerken wat betreft het middelengebruik en drughulpverlening

Er werden *geen significante verschillen* vastgesteld tussen de beide studiegroepen wat betreft de huidige drughulpverlening, het volgen van een substitutiebehandeling zonder bijgebruik, de aard van het gebruikte product (heroïne, amfetamines of cannabis) en de gebruiksfrequentie (meer dan maandelijks tegenover maandelijks of minder dan maandelijks). Het dient te worden opgemerkt dat per respondent telkens enkel *het meest ernstige middel* dat ze op het moment van de meting gebruikten, werd gescoord (heroïne > amfetamines > cannabis). Deze classificatie werd gebaseerd op de De Ruyver et al. (2007). Op basis van de beschikbare data was het niet mogelijk om de gebruiksf-

---

<sup>18</sup> Informatie beschikbaar voor 37 respondenten (71,1%) uit de DBK-groep.

<sup>19</sup> Informatie beschikbaar voor alle respondenten (100%) uit de probatie-groep.

frequenties specifiek te differentiëren (bijvoorbeeld aantal dagen per week/maand), en aldus te operationaliseren naar al dan niet frequent of regelmatig gebruik. Bijvoorbeeld, in de EuropASI wordt frequent gebruik gedefinieerd als “drie of meer dagen per week” of “twee opeenvolgende dagen, waarbij normale activiteiten bemoeilijkt worden<sup>20</sup>” (Blanken et al., 1994).

Er kon niet worden nagegaan of er significante verschillen tussen de beide groepen bestaan wat betreft de aanwezigheid van algemene, ambulante en/of residentiële geestelijke gezondheidszorg in het verleden, aangezien *te weinig informatie* beschikbaar was, voor beide groepen, om een betrouwbare  $\chi^2$ -toets uit te voeren<sup>21</sup>.

Er kon niet worden nagegaan of er significante verschillen tussen de beide groepen bestaan wat betreft de aanwezigheid van ambulante en/of residentiële drughulpverlening in het verleden, aangezien te weinig informatie beschikbaar was, vooral voor de DBK-groep, om een betrouwbare  $\chi^2$ -toets uit te voeren<sup>22</sup>.

Er kon niet worden nagegaan of er significante verschillen tussen de beide groepen bestaan wat betreft bijkomend alcoholgebruik en de gebruiksmethode (injecteren, roken, snuiven of slikken), aangezien *te weinig informatie* beschikbaar was, vooral voor de probatie-groep, om een betrouwbare  $\chi^2$ -toets uit te voeren.

### 3.3.1.2.3. Kenmerken wat betreft druggerelateerde levensdomeinen

In tabel 3.1. kan worden opgemerkt dat de studiegroepen *significant van elkaar verschillen op het vlak van het type huisvesting en een begeleiding volgen omtrent de financiële situatie*. Significant meer DBK-respondenten hadden een onstabiele huisvesting bij de start van het DBK-traject in vergelijking met de probatie-respondenten bij de aanvang van de probatiebegeleiding. Daarnaast volgden de DBK-respondenten die

---

<sup>20</sup> Dergelijk gebruik (in ‘binges’) komt over het algemeen voor bij alcohol, cocaïne, en sommige andere drugs (bijvoorbeeld amfetamines).

<sup>21</sup> Voor de DBK-groep was informatie beschikbaar over zowel algemene ambulante als algemeen residentiële geestelijke gezondheidszorg in het verleden voor respectievelijk 1 (1,9%) respondent, voor de probatie-groep voor respectievelijk 6 (13%) respondenten van 46 respondenten.

<sup>22</sup> Voor de DBK-groep was informatie beschikbaar voor respectievelijk 8 (15,4%) en 15 (28,8%) respondenten op 52 respondenten, voor de probatie-groep voor respectievelijk 24 (52,2%) respondenten op 46 respondenten.

schulden hadden significant minder vaak een begeleiding daaromtrent, vergeleken met de probatie-respondenten.

Er werden *geen significante verschillen* tussen de beide groepen geobserveerd wat betreft de werksituatie en een beroep doen op de sociale zekerheid bij de aanvang van het DBK-traject of van de probatiebegeleiding.

Daarnaast kon niet worden nagegaan of er significante verschillen tussen de beide groepen bestaan wat betreft de vrijetijdsinvulling, het ervaren van problemen met de geestelijke en lichamelijke gezondheid en het krijgen van behandeling daarvoor, aangezien *te weinig informatie* beschikbaar was, voor beide groepen, om een betrouwbare  $\chi^2$ -toets uit te voeren.

### 3.3.1.3. Besluit: Resultaat van de matching-methode

Door de toepassing van de matching-procedure kon ervoor gezorgd worden dat de volgende variabelen een *gelijke frequentie* hadden in de beide studiegroepen: de aard van het gebruikte product, de gebruiksfrequentie, huidige drughulpverlening, het volgen van een substitutiebehandeling zonder bijgebruik, leeftijd, geslacht, de werksituatie, een beroep doen op sociale zekerheid en het hebben van schulden.

Echter, het type huisvesting en een begeleiding voor schulden bleven *verschillend* van elkaar. Met deze verschillen dient rekening gehouden te worden bij de analyses voor het vergelijken van beide groepen op de nameting.

Er was *onvoldoende informatie* voorhanden om na te gaan of de beide studiegroepen gelijkaardig zijn betreffende de gebruiksmethode, bijkomend alcoholgebruik, de vrijetijdsinvulling, problemen geestelijke en lichamelijke gezondheid en het krijgen van behandeling voor deze problemen.

Wanneer we de vooropgestelde criteria bekijken waarmee de matching werd uitgevoerd (zie supra 3.2.4.1), dan is de matching geslaagd voor vier van deze vijf criteria. Enkel op de variabele 'type huisvesting' bleven verschillen bestaan.

**Tabel 3.1:** Een vergelijking van de scores op de voormeting van beide studiegroepen

	Gentse DBK-groep (N= 52)		Hasseltse probatie- groep (N= 46)		$\chi^2$ (df)	p
	n (%)	N	n (%)	N		
<b>Aard product</b>						
Heroïne	26 (51%)	51	19 (41,3%)	46	,910 (1)	.340
Amfetamines	19 (37,3%)	51	22 (47,8%)	46	1,108 (1)	.293
Cannabis	3 (5,9%)	51	4 (8,7%)	46	,286 (1)	.593
Bijkomend alcoholgebruik	9 (30%)	30	10 (100%)	10	/	/
<b>Gebruiksfrequentie</b>						
meer dan maandelijks	22 (73,3%)	30	22 (71%)	31	,042 (1)	.837
<b>Gebruiksmethode</b>						
Injecteren	10 (31,3%)	32	5 (26,3%)	19	/	/
Roken	10 (31,3%)	32	5 (26,3%)	19	/	/
Snuiven	8 (25%)	32	7 (36,8%)	19	/	/
Slikken	4 (12,5%)	32	2 (10,5%)	19	/	/
<b>Hulpverlening</b>						
Ambulante drughulpverlening verleden	7 (87,5%)	8	24 (100%)	24	/	/
Residentiële drughulpverlening verleden	13 (86,7%)	15	18 (75%)	24	/	/
Substitutiebehandeling zonder bijgebruik	3 (5,9%)	51	1 (2,2%)	46	,841 (1)	.359
Drughulpverlening heden	18 (37,5%)	48	22 (47,8%)	46	1,025 (1)	.311
Financiële begeleiding	24 (57,1%)	42	27 (79,4%)	34	4,221	<b>.040</b>
<b>Levensdomeinen</b>						
Vaste huisvesting <sup>1</sup>	29 (78,4%)	37	43 (93,5%)	46	4,067 (1)	<b>.044</b>
Tewerkstelling	13 (27,1%)	48	12 (26,1%)	46	,012 (1)	.913
Sociale zekerheid	26 (83,9%)	31	27 (81,8%)	33	,047 (1)	.828
Schulden	42 (93,3%)	45	34 (82,9%)	41	2,261 (1)	,133
Vrijetijdsinvulling	16 (57,1%)	28	16 (61,5%)	26	/	/
Problemen met lichamelijke gezondheid	12 (41,4%)	29	13 (92,9%)	14	/	/
Lichamelijke gezondheidszorg	4 (40%)	10	6 (85,7%)	7	/	/
Problemen met geestelijke gezondheid	6 (66,7%)	9	11 (100%)	11	/	/
Geestelijke gezondheidszorg	2 (33,3%)	6	6 (75%)	8	/	/

<sup>1</sup> verblijven in de gevangenis is hier een exclusiecriteria

### 3.3.2. De uitkomsten van de Gentse DBK-groep

De uitkomsten van de Gentse DBK-groep wat betreft het middelengebruik en de druggerelateerde levensdomeinen en eventuele verschillen tussen de voor- en de nameting worden weergegeven in tabel 3.2.

### 3.3.2.1. De uitkomsten wat betreft het middelengebruik en drughulpverlening

Om verschillen na te gaan tussen de voor- en de nameting wat betreft *de aard van het gebruikte product*, waren voor beide metingen slechts scores beschikbaar voor 30 (57,7%) van de 52 respondenten uit de DBK-groep. Er werden geen significante verschillen vastgesteld tussen de voor- en nameting wat betreft het heroïne-, amfetamine- of cannabisgebruik.

Wat betreft de *gebruiksfrequentie*, de *gebruiksmethode* en *bijkomend alcoholgebruik*, waren scores voor beide metingen beschikbaar voor respectievelijk 18 (34,6%), 12 (23,1%) en 7 (13,5%) van de 52 respondenten uit de DBK-groep (13,5%), waardoor geen betrouwbare  $\chi^2$ -toets kon worden uitgevoerd.

Om verschillen na te gaan tussen de voor- en nameting wat betreft het aantal respondenten dat op het moment van de meting een *drughulpverlening* of een *substitutiebehandeling zonder bijgebruik* volgden, waren scores op de voor- en nameting beschikbaar voor respectievelijk 39 (75%) en 30 (57,7%) van de 52 respondenten uit de DBK-groep. Op het moment van de nameting volgen significant meer respondenten een drugbehandeling en/of een substitutiebehandeling zonder bijgebruik in vergelijking met de voormeting. DBK-cliënten die tussen de voor- en de nameting een drughulpverlening en/of een substitutiebehandeling hebben opgestart en deze ofwel voortijdig ofwel in overleg met de hulpverlener hebben afgerond werden niet in de meting opgenomen, waardoor deze meting waarschijnlijk een onderschatting van het aantal doorverwijzingen naar de drughulpverlening is.

### 3.3.2.2. De uitkomsten wat betreft de druggerelateerde levensdomeinen

Om verschillen na te gaan tussen de voor- en nameting wat betreft het *type huisvesting* op het moment van de meting, waren scores op de voor- en nameting beschikbaar voor 33 (73,3%) van de 45 respondenten<sup>23</sup> uit de DBK-groep (73,3%). Om verschillen na te gaan tussen de voor- en nameting wat betreft de *werksituatie* op het moment van de meting, waren scores op de voor- en nameting beschikbaar voor 41

---

<sup>23</sup> In plaats van 52 respondenten omdat verblijven in de gevangenis hier een exclusiecriteria is.

(78,8%) van de 52 respondenten uit de DBK-groep (78,8%). Om verschillen na te gaan tussen de voor- en nameting wat betreft de *financiële situatie* (het hebben van schulden), waren scores op de voor- en nameting beschikbaar voor 35 (67,3%) van de 52 respondenten uit de DBK-groep. Om verschillen na te gaan tussen de voor- en nameting wat betreft een *begeleiding volgen omtrent de financiële situatie*, waren scores op de voor- en nameting beschikbaar voor 32 (76,2%) van de 42 respondenten uit de DBK-groep die op het moment van de voormeting schulden hadden.

Wat betreft de *vrijtijdsbesteding en het ervaren van lichamelijke en/of geestelijke gezondheidsproblemen* waren slechts scores voor beide metingen beschikbaar voor respectievelijk 8 (15,4%), 3 (5,8%) en geen enkele (0%) van de 52 respondenten uit de DBK-groep, waardoor geen betrouwbare  $\chi^2$ -toets kon worden uitgevoerd. Om verschillen na te gaan tussen de voor- en de nameting wat betreft al dan niet *een beroep doen op de sociale zekerheid*, waren slechts scores op de voor- en nameting beschikbaar voor 14 (40%) van de 35 respondenten uit de DBK-groep die op het moment van de voormeting geen werk hadden, waardoor geen betrouwbare  $\chi^2$ -toets kon worden uitgevoerd.

Er werden *geen significante verschillen* vastgesteld tussen de voor- en nameting wat betreft het type huisvesting. Er werden wel *significante verschillen* vastgesteld met betrekking tot de werksituatie, het hebben van schulden en begeleiding volgen omtrent de financiële situatie. Op het moment van de nameting waren meer respondenten aan het werk, hadden er minder respondenten schulden en volgden meer respondenten een begeleiding omtrent hun financiële situatie, in vergelijking met de voormeting.

### 3.3.2.3. Besluit: De uitkomsten voor de Gentse DBK-groep

Samenvattend, bleek uit de resultaten dat na een DBK-traject van gemiddeld 7,1 maanden op een aantal domeinen **verbeteringen** konden worden vastgesteld: respondenten volgden vaker een substitutiebehandeling zonder bijgebruik, bijkomende doorverwijzingen naar de drughulpverlening en begeleiding voor de financiële situatie werden verwezenlijkt, meer DBK-cliënten waren aan het werk en minder DBK-cliënten hadden schulden.

Er werden **geen veranderingen**, dus ook geen verslechtingen, vastgesteld wat betreft de aard van het gebruikte middel en het type huisvesting.

Wat betreft de gebruiksfrequentie en -methode, het bijkomend alcoholgebruik, een beroep doen op de sociale zekerheid, de vrijetijdsbesteding, en het ervaren van lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen (alsook het krijgen van behandeling daarvoor), was **te weinig informatie** aanwezig om uitspraken te doen.

### 3.3.3. *De uitkomsten van de Hasseltse probatie-groep*

De uitkomsten van de Hasseltse probatie-groep wat betreft het middelengebruik en de druggerelateerde levensdomeinen en eventuele verschillen tussen de voor- en de nameting worden weergegeven in tabel 3.2.

#### 3.3.3.1. **De uitkomsten wat betreft het middelengebruik en drughulpverlening**

Om verschillen na te gaan tussen de voor- en nameting wat betreft *de aard van het gebruikte product*, waren voor beide metingen slechts scores beschikbaar voor 35 (76,1%) van de 46 respondenten uit de probatie-groep. Er werden geen significante verschillen vastgesteld tussen de voor- en nameting wat betreft het amfetamine- of cannabisgebruik, wel met betrekking tot het heroïnegebruik. Op het moment van de nameting gebruikten significant minder respondenten heroïne in vergelijking met de voormeting.

Wat betreft de *gebruiksfrequentie*, de *gebruiksmethode* en *bijkomend alcoholgebruik*, waren slechts scores voor beide metingen beschikbaar voor respectievelijk 24 (52,2%), 10 (21,7%) en 8 (17,4%) van de 46 respondenten uit de probatie-groep, waardoor er geen betrouwbare  $\chi^2$ -toets kon worden uitgevoerd.

Om verschillen na te gaan tussen de voor- en nameting wat betreft het aantal respondenten dat op het moment van de meting een *drughulpverlening* of een *substitutiebehandeling zonder bijgebruik* volgden, waren scores op de voor- en nameting beschikbaar voor respectievelijk 45 (97,8%) en 35 (76,1%) van de 46 respondenten uit de probatie-groep. Op het moment van de nameting volgden significant meer responden-



ten een drugbehandeling en/of een substitutiebehandeling zonder bijgebruik volgen in vergelijking met de voormeting. Probatie-cliënten die tussen de voor- en de nameting een drughulpverlening en/of een substitutiebehandeling hebben opgestart en deze ofwel voortijdig ofwel in overleg met de hulpverlener hebben afgerond werden niet in de meting opgenomen, waardoor deze meting waarschijnlijk een onderschatting van het aantal doorverwijzingen naar de drughulpverlening is.

### 3.3.3.2. De uitkomsten wat betreft de druggerelateerde levensdomeinen

Om verschillen na te gaan tussen de voor- en nameting wat betreft het *type huisvesting, de werksituatie en de financiële situatie* (het hebben van schulden) op het moment van de meting, waren scores op de voor- en nameting beschikbaar voor respectievelijk 46 (100%), 46 (100%) en 41 (89,1%) van de 46 respondenten uit de probatie-groep. Om verschillen na te gaan tussen de voor- en de nameting wat betreft al dan niet *een beroep doen op de sociale zekerheid*, waren scores op de voor- en nameting beschikbaar voor 30 (88,2%) van de 34 respondenten uit de probatie-groep die op het moment van de voormeting geen werk hadden. Om verschillen na te gaan tussen de voor- en nameting wat betreft een *begeleiding volgen omtrent de financiële situatie* (het hebben van schulden), waren scores op de voor- en nameting beschikbaar voor 34 (100%) van de 34 respondenten uit de probatie-groep die op het moment van de voormeting schulden hadden.

Wat betreft de *vrijtijdsbesteding en het ervaren van lichamelijke en/of geestelijke gezondheidsproblemen* waren slechts scores voor beide metingen beschikbaar voor respectievelijk 23 (50%), 12 (26,1%) en 11 (23,9%) van de 46 respondenten uit de probatie-groep (13,5%), waardoor geen betrouwbare  $\chi^2$ -toets kon worden uitgevoerd.

Er werden geen significante verschillen vastgesteld tussen de voor- en nameting wat betreft het type huisvesting, de werksituatie, de financiële situatie en een beroep doen op de sociale zekerheid.

### 3.3.3.3. Besluit: De uitkomsten voor de Hasseltse probatie-groep

Samenvattend, bleek uit de resultaten dat na een probatiebegeleiding van gemiddeld 8,7 maanden op een aantal domeinen **verbeteringen** konden worden vastgesteld: respondenten volgden vaker een substitu-

tiebehandeling zonder bijgebruik en gebruikten minder heroïne, en bijkomende doorverwijzingen naar de drughulpverlening werden verwezenlijkt.

Er werden **geen veranderingen**, dus ook geen verslechtingen, vastgesteld wat betreft het amfetaminegebruik, het cannabisgebruik, het type huisvesting, de werksituatie, een beroep doen op sociale zekerheid, het hebben van schulden, en een begeleiding volgen rond de financiële situatie.

Wat betreft de gebruiksfrequentie en -methode, bijkomend alcoholgebruik, de vrijetijdsinvulling, het ervaren van lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen (en het krijgen van behandeling daarvoor), was er **te weinig informatie** aanwezig om uitspraken te doen.

**Tabel 3.2:** De uitkomsten van zowel de Gentse DBK-groep als de Hasseltse probatie-groep

	Gentse DBK-groep				Hasseltse probatie-groep			
	Voormeting n (%)	Nameting n (%)	N	<i>p</i> <sup>1</sup>	Voormeting n (%)	Nameting n (%)	N	<i>p</i> <sup>1</sup>
<b>Aard product</b>								
Heroïne	19 (63,3%)	15 (50%)	30	.131	17 (48,6%)	10 (28,6%)	35	<b>.018</b>
Amfetamines	6 (20%)	5 (16,7%)	30	.648	14 (40%)	11 (31,4%)	35	.301
Cannabis	2 (6,7%)	3 (10%)	30	.470	3 (8,6%)	6 (17,1%)	35	.071
<b>Hulpverlening</b>								
Substitutiebehandeling zonder bijgebruik	3 (10%)	7 (23,3%)	30	<b>.015</b>	1 (2,9%)	8 (22,9%)	35	<b>.000</b>
Drughulpverlening	15 (38,5%)	24 (61,5%)	39	<b>.001</b>	22 (48,9%)	36 (80%)	45	<b>.000</b>
Financiële begeleiding	19 (59,4%)	27 (84,4%)	32	<b>.004</b>	27 (79,4%)	28 (82,4%)	34	.638
<b>Levensdomeinen</b>								
Vaste huisvesting	27 (81,8%)	28 (84,8%)	33	.384	43 (93,5%)	41 (89,1%)	46	.229
Tewerkstelling	13 (31,7%)	21 (51,2%)	41	<b>.007</b>	12 (26,1%)	13 (28,3%)	46	.739
Sociale zekerheid	12 (85,7%)	12 (85,7%)	14	/	24 (80%)	27 (90%)	30	.117
Schulden	34 (97,1%)	32 (91,4%)	35	<b>.046</b>	34 (82,9%)	35 (85,4%)	41	.542

<sup>1</sup> Voor de non-parametrische one sample  $\chi^2$ -toets wordt de waarde van  $\chi^2$  niet weergegeven.

### 3.3.4. Een vergelijking van de uitkomsten van de Gentse DBK-groep met de uitkomsten van de Hasseltse probatie-groep

De resultaten voor de vergelijking van de uitkomsten van de Gentse DBK-groep en de Hasseltse probatie-groep worden weergegeven in tabel 3.3.

### 3.3.4.1. Een vergelijking van de uitkomsten rond het middelengebruik en drughulpverlening

Er werden *geen significante verschillen* tussen de studiegroepen vastgesteld met betrekking tot de aard van het gebruikte product en het volgen van een substitutiebehandeling zonder daarbij bij te gebruiken op het moment van de nameting.

Hoewel er relatief gezien meer probatie-respondenten een behandeling volgden op het moment van de nameting in vergelijking met de DBK-respondenten, was dit verschil niet significant ( $p = .087$ ). Hierbij werd geen rekening gehouden met de respondenten die tijdens het DBK-traject of de probatiebegeleiding een behandeling opstartten en afronden.

Wat betreft de gebruiksfrequentie en -methode en bijkomend alcoholgebruik, waren slechts scores op de voor- en nameting beschikbaar voor respectievelijk 24 (46,2%), 14 (26,9%) en 7 (13,5%) van de 52 respondenten uit de DBK-groep en 31 (67,4), 12 (26,1%) en 9 (19,6%) van de 46 respondenten uit de probatie-groep, waardoor geen betrouwbare  $\chi^2$ -toets kon worden uitgevoerd.

### 3.3.4.2. Een vergelijking van de uitkomsten rond de druggerelateerde levensdomeinen

Er werden *geen significante verschillen* vastgesteld tussen de beide studiegroepen op het moment van de nameting wat betreft het type huisvesting, de financiële situatie (het hebben van schulden) en het volgen van een begeleiding omtrent de financiële situatie.

Er werd een **significant verschil** vastgesteld tussen de beide studiegroepen op het moment van de nameting wat betreft de **werksituatie**. Significant meer respondenten uit de DBK-groep waren aan het werk op het moment van de nameting in vergelijking met de probatie-groep. Ook na het uitvoeren van een logistische regressie, met de scores op de voormeting ingegeven als controlevariabele, blijft dit verschil significant (Wald= 5,085; df= 1; OR= 4,188, 95% CI= 1,206-14,544,  $p = .024$ ). De kans dat een **DBK-respondent** na een DBK-traject van ongeveer 7 maand aan het werk is, is ongeveer **4.2 maal groter** dan van een probatie-respondent na een probatiebegeleiding van ongeveer een gelijkaardige duur (8 maand).

Om verschillen na te gaan tussen de beide studiegroepen wat betreft de *vrijtijdsinvulling, en het ervaren van lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen (en het krijgen van behandeling daarvoor)*, waren slechts scores beschikbaar voor respectievelijk 9 (17,3%), 3 (5,8%) en geen enkele van de 52 respondenten uit de DBK-groep en 26 (56,5%) en tweemaal 13 (28,3%) van de 46 respondenten uit de probatie-groep die op het moment van de nameting schulden hadden. Om verschillen na te gaan tussen de beide studiegroepen wat betreft al dan niet *een beroep doen op de sociale zekerheid*, waren slechts scores beschikbaar voor 16 (80%) van de 20 respondenten uit de DBK-groep en 33 (100%) van de 33 respondenten uit de probatie-groep die op het moment van de nameting geen werk hadden. Voor deze variabelen kon dus geen betrouwbare  $\chi^2$ -toets worden uitgevoerd.

**Tabel 3.3:** Een vergelijking van de uitkomsten op de nameting van beide studiegroepen

	Gentse DBK-groep (N= 52)		Hasseltse probatie- groep (N= 46)		$\chi^2$ (df)	p
	Nameting n (%)	N	Nameting n (%)	N		
<b>Aard product</b>						
Heroïne	15 (50%)	30	10 (28,6%)	35	3,134 (1)	.077
Amfetamines	5 (16,7%)	30	11 (31,4%)	35	1,897 (1)	.168
Cannabis	3 (10%)	30	3 (17,1%)	35	,691 (1)	.406
<b>Hulpverlening</b>						
Substitutiebehandeling zonder bij- gebruik	7 (23,3%)	30	8 (22,9%)	35	,002 (1)	.964
Drughulpverlening	26 (63,4%)	41	36 (80%)	45	2,933 (1)	.087
Financiële begeleiding	27 (84,4%)	32	29 (76,3%)	38	,705 (1)	.401
<b>Levensdomeinen</b>						
Vaste huisvesting	34 (87,2%)	39	41 (89,1%)	46	,077 (1)	.781
Tewerkstelling	21 (51,2%)	41	13 (28,3%)	46	4,888 (1)	.028
Schulden	32 (91,4%)	35	38 (86,4%)	44	,495 (1)	.482

### 3.3.4.3. Een vergelijking van het tijdsverloop tussen de laatst gepleegde feiten en de start van het DBK-traject of de probatiebegeleiding

Om verschillen na te gaan tussen de beide studiegroepen wat betreft het tijdsverloop tussen de laatst gepleegde feiten en de start van het DBK-traject of de probatiebegeleiding, waren gegevens beschikbaar voor 26 (50%) van de 52 respondenten uit de DBK-groep en 44 (95,6%) van de 46 respondenten uit de probatie-groep. Gemiddeld verstreken

171,7 dagen (of 5,7 maanden<sup>24</sup>;  $sd= 167,4$ ;  $range= 6-554$ ) tussen de laatst gepleegde feiten en de start van het DBK-traject, en 674,2 dagen (of 22,5 maanden;  $sd= 299,8$ ;  $range= 164-1449$ ). Dit verschil is statistisch significant ( $t= 7,840$ ,  $df= 68$ ,  $p= .000$ ). Er verstrijkt significant **minder tijd** tussen de laatst gepleegde feiten en de start van het DBK-traject in vergelijking met de aanvang van de probatiebegeleiding.

#### 3.3.4.4. **Besluit: Een vergelijking van de uitkomsten van de Gentse DBK-groep met de uitkomsten van de Hasseltse probatie-groep**

Samenvattend kan gesteld worden dat tussen de beide studiegroepen enkel een significant **verschil** werd vastgesteld rond de **werksituatie**, in het voordeel van de DBK-groep. De kans dat een DBK-respondent na een DBK-traject van ongeveer 7 maand aan het werk is, is ongeveer 4.2 maal groter dan van een probatie-respondent na een probatie-begeleiding van ongeveer een gelijkaardige duur (8 maand). Er verstrijkt ook significant **minder tijd** tussen de laatst gepleegde feiten en de start van het DBK-traject in vergelijking met de aanvang van de probatiebegeleiding.

Er werden **geen verschillen** vastgesteld wat betreft de aard van het gebruikte product en de gebruiksfrequentie, de samenlevingsvorm, het type huisvesting, het hebben van schulden, en een begeleiding volgen omtrent de financiële situatie.

Wat betreft de gebruiksfrequentie en -methode, bijkomend alcoholgebruik, een beroep doen op sociale zekerheid, de vrijetijdsinvulling en het ervaren van lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen (en het krijgen van behandeling daarvoor), was er **te weinig informatie** aanwezig om uitspraken te doen.

---

<sup>24</sup> 1 maand= 30 dagen

### 3.4. Bespreking van de resultaten

#### 3.4.1. *Fragmentarische registratie hypothekeert een grondige uitkomstenevaluatie*

Vooraleer wordt overgegaan tot de bespreking van de bevindingen dienen enkele uitermate belangrijke *tekortkomingen van de gegevens* aangehaald te worden. In *eerste instantie* dient voor ogen gehouden te worden dat de dataverzameling plaatsvond door middel van een retrospectieve dossierstudie. Dit betekent dat er met secundaire data werd gewerkt. Hoewel deze methode kosten- en tijdbesparend is, en onderzoekers in een relatief korte periode een veelheid aan informatie kunnen doornemen, kent deze methode ook enkele nadelen. De kwaliteit van secundaire data is niet steeds optimaal omdat deze vertekeningen kunnen bevatten en onvolledig kunnen zijn. Men kan ook enkel die gegevens gebruiken die daadwerkelijk werden geregistreerd (Lievens, 2001). Tijdens de dataverzameling in functie van deze uitkomstenevaluatie van het DBK-project werd opgemerkt dat bepaalde informatie nauwelijks tot niet werd geregistreerd door de betrokken partijen. Dit betekent niet automatisch dat de informatie ongekend is, maar wel dat ze niet wordt geregistreerd. Deze gebrekkige registratie werd opgemerkt zowel rond het middelengebruik als rond de druggerelateerde levensdomeinen.

Met betrekking tot het **middelengebruik**, wordt het gebruikte middel nagenoeg steeds geregistreerd, hoe vaak en de manier waarop het middel wordt gebruikt kan echter slechts in ongeveer de helft van de dossiers worden teruggevonden. Naast het gebruikte middel, geven ook de methode en de frequentie van het gebruik een indicatie van de ernst van het middelengebruik. In de EuropASI bijvoorbeeld, wordt bij het bepalen van het niveau van probleemgehalte rekening gehouden met zowel de frequentie en de intensiteit van het middelengebruik, de aard van het product, als de gebruikswijze (Blanken et al., 1994). Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een hogere gebruiksfrequentie geassocieerd is met een hogere kans op problemen op allerlei levensdomeinen. Daarnaast blijkt dat problematisch druggebruik voornamelijk in verband wordt gebracht met injecterend gebruik (Decorte, Kaminski, Muys & Slingeneyer, 2005). Comorbide alcoholgebruik werd slechts in een minderheid van de dossiers teruggevonden, hoewel de link tussen alcohol- en druggebruik reeds herhaalde malen in de internationale

literatuur werd aangetoond (Burns & Teeson, 2002; Byqvist, 2006; Degenhart & Hall, 2006; Stinson et al., 2005).

De huisvestingssituatie, de werksituatie en de financiële situatie worden in de overgrote meerderheid van de dossiers wel geregistreerd. Hoewel deze levensdomeinen een belangrijke rol (kunnen) spelen in het proces van herstel na middelengebruik ('recovery') en/of van het stoppen met een criminele carrière ('desistance') (Best et al., 2008, De Maeyer et al., 2011; De Wree et al., 2009a,b), kenmerken deze levensdomeinen zich naast het individuele belang ook door het maatschappelijke belang. Wellicht verklaart dit de meer systematische registratie van deze domeinen.

Met betrekking tot de **levensdomeinen** kunnen echter ook heel wat **lacunes** in de registratie opgemerkt worden. De aanwezigheid van een *hulpverleningsgeschiedenis*, zowel in het algemeen als specifiek voor middelengebruik, de aanwezigheid van *geestelijke en lichamelijke problemen*, de *vrijtijdsinvulling*, en de kwantiteit en kwaliteit van *sociale contacten* (zowel met familie als met vrienden) worden niet systematisch geregistreerd. Uit de procesevaluatie van de Gentse DBK en uit buitenlands onderzoek bleek reeds de complexe problematiek van DBK- en probatie-cliënten, waarbij druggebruik en psychische problemen vaak samen voorkomen (comorbiditeit) (Brooker et al., 2012; Freeman, 2003; Hagedorn & Willenbring, 2003; Vander Laenen et al., 2012a,b). Gebruikers geven daarenboven aan dat ondersteunende sociale relaties (De Maeyer et al., 2011; De Maeyer et al., 2009) en drugsvrije vrijetijdsactiviteiten bijdragen tot hun kwaliteit van leven (Hood, 2003). Herstel na middelengebruik en de kwaliteit van leven zijn immers sterk met elkaar geassocieerd (Laudet, 2008; Laudet & White, 2008; Laudet et al., 2009).

Naast lacunes in de **systematiek en volledigheid** van de registratie werd een tekort in de **continuïteit** van de registratie opgemerkt, m.a.w. in de registratie over de tijd heen. Over de verschillende DBK-zittingen heen, en in iets mindere mate over de verschillende evolutieverslagen in het kader van de probatiemaatregel heen, ontbreken vaak gegevens over de *evolutie* op het gebied van het middelengebruik en de levensdomeinen. Door het gebrek aan gegevens in de dossiers, konden bepaalde 'within-group'- en 'between-group'-analyses niet uitgevoerd of niet geïnterpreteerd worden zoals blijkt uit de hierboven beschreven onderzoeksresultaten. Belenko (2001) gaf in zijn literatuurstudie reeds aan

dat er vaak problemen zijn met dataverzameling in onderzoek omtrent DBKs. Dit heeft tot gevolg, ook voor dit onderzoek, dat slechts voor een aantal levensdomeinen kon worden onderzocht of zich al dan niet significante verbeteringen voordeden.

### 3.4.2. *DBK-cliënten hebben een complexere problematiek*

In *tweede instantie* bleek het profiel van de beklagden die voor de Gentse DBK verschijnen op enkele belangrijke vlakken te verschillen van het profiel van de probanten die wegens druggerelateerde feiten opgevolgd worden in het gerechtelijk arrondissement Hasselt. Bij de DBK-cliënten kwam heroïnegebruik vaker voor, en werden op frequentere basis middelen gebruikt. Zij hadden ook vaker een onstabiele of onzekere huisvesting, hadden vaker schulden, en volgden minder vaak een begeleiding omtrent de financiële situatie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat beklagden die voor de Gentse DBK verschijnen een complexere problematiek kennen dan probanten die wegens druggerelateerde feiten opgevolgd worden in het gerechtelijk arrondissement Hasselt. Het verschil in profiel kan te maken hebben met geografische factoren (namelijk het verschil in het profiel van druggebruikers tussen de regio's Gent en Hasselt), maar ook met het verschillende niveau van de strafrechtsketen waarop beide afhandelingen zich bevinden. De DBK-cliënten bleken soms vanuit de gevangenis met een DBK-traject te starten, wat mogelijks een gevolg kan zijn van het verschillende echelon van de strafrechtsketen waartoe de DBK en de *opvolging* in het kader van een probatiemaatregel behoren, respectievelijk het niveau van de straftoemeting en de strafuitvoering. Bij het vergelijken van de provincieprofielen van druggebruikers op basis van de 'Treatment Demand Indicator' (TDI) blijkt dat druggebruikers in Oost-Vlaanderen meer te kampen hebben met huisvestingsproblemen (13,81% in Oost-Vlaanderen en 8,28% in Limburg) en vaker lager opgeleid zijn (4,36% in Oost-Vlaanderen en 2,7% in Limburg) in vergelijking met druggebruikers in Limburg (SIPH, 2011).

Er moet ook voor ogen gehouden worden dat het *verschil in profiel* mogelijks een invloed kan hebben op de geobserveerde uitkomsten van een DBK-traject. Zo merken Belenko en collega's (2011) terecht op dat "*the types of persons admitted may influence the performance of drug courts more than drug courts influence the people selected*" (p. 1224)". Werkloosheid



en een lager opleidingsniveau bij aanvang van een DBK-programma zijn geassocieerd met het niet succesvol afronden van een DBK-traject, zo blijkt uit internationaal onderzoek (Brown, 2010b). Hogere stress-niveaus bij de start van een DBK-traject blijken een negatieve invloed te hebben op de uitkomsten van een DBK-traject, zowel op het vlak van druggebruik, recidive, tewerkstelling als gezondheid (Garrity et al., 2008). De Matteo en collega's (2009) toonden aan dat ongeveer 30% van DBK-deelnemers minimale problemen heeft met druggebruik bij de start van hun DBK-traject. Deze groep werd gedefinieerd als zij die zeer snel na de aanvang van hun DBK-traject abtinent werden en dat bleven gedurende de daaropvolgende 14 weken. Deze groep rondde het DBK-programma significant vaker succesvol af dan de andere deelnemers.

### 3.4.3. *De uitkomsten voor de Gentse DBK-groep*

Wat betreft de *uitkomsten van de Gentse DBK-cliënten*, werden lichte, doch niet significante, dalingen vastgesteld wat betreft het heroïne- en amfetaminegebruik, en werd een lichte, eveneens niet significante, stijging vastgesteld wat betreft het cannabisgebruik. Aangezien de scoring voor het gebruikte middel plaatsvond op basis van het meest ernstige middel dat op het moment van de meting werd gebruikt, kan dit een indicatie zijn voor minder gebruik van illegale middelen waar de meeste gezondheidsrisico's mee gepaard gaan, bijvoorbeeld heroïne of amfetamines, maar (nog) niet van andere illegale middelen, bijvoorbeeld cannabis. De prevalentie van polydruggebruik bij druggebruikers is immers erg hoog (Byqvist, 2006; Ives & Ghelani, 2006). Belangrijk is dat er in de omgekeerde richting geen vaststellingen werden gedaan, namelijk een stijging van het heroïne- en/of amfetaminegebruik.

De weinige uitkomsten die werden vastgesteld rond het druggebruik kunnen gelinkt worden aan de lengte van het DBK-traject. Gemiddeld genomen duurde een DBK-traject ongeveer zeven maanden. Hoewel onderzoek aantoonde dat de grootste verbeteringen voorkomen tijdens de eerste vier maanden van een DBK-traject (Freeman, 2003), wordt in de DSM-IV-TR pas van een langdurige volledige remissie gesproken indien "*gedurende een periode van twaalf maanden of langer aan geen enkel criterium voor afhankelijkheid of misbruik is voldaan*" (APA, 2001) en is een langere retentieperiode geassocieerd met gunstigere en meer duurzame resultaten (Hser et al., 2001; Marlowe, 2003; McLellan et al., 2000).

Daarnaast wordt middelenafhankelijkheid gezien als een chronische problematiek waarbij een persoon vaak herhaaldelijk heen en weer beweegt tussen abstinentie en hervat. Volledige abstinentie wordt soms nooit bereikt (Dennis et al., 2005).

Positief is dat significant meer DBK-cliënten een drughulpverlening of een substitutiebehandeling zonder bijgebruik volgden op het einde van hun DBK-traject. Een doorverwijzing vanuit de DBK (justitie) naar de hulpverlening is dus haalbaar en realiseerbaar. Op zich is dit een succes te noemen, aangezien de effectiviteit van diverse verslavingsprogramma's reeds werd aangetoond, en dit zowel voor vrijwillige cliënten (Hser, Anglin & Fletcher, 1998; Gossop et al., 2003; Gossop et al., 2005) als voor cliënten 'onder drang' (Belenko, 2001; Snyder & Anderson, 2009; Stevens et al., 2005).

Op het vlak van de *levensdomeinen* werd ook vooruitgang geobserveerd. Wat betreft hulpverlening omtrent de financiële situatie werden doorverwijzingen gerealiseerd en begeleidingen opgestart. Daarnaast werd ook vaak de stap naar de arbeidsmarkt gezet. Deze resultaten tonen aan dat er tijdens een DBK-traject niet enkel wordt gefocust op het middelengebruik, maar ook op de andere levensdomeinen. Middelengebruik is immers geassocieerd met moeilijkheden op verschillende levensdomeinen, waaronder ook tewerkstelling en de financiële situatie (Kelly et al., 2006; Laudet & White, 2010; Fiorentine & Hillhouse, 2000; McLellan et al., 2000). Hoewel dit maatschappelijk relevante levensdomeinen zijn, benoemen druggebruikers zelf tewerkstelling en financiële onafhankelijkheid als belangrijke factoren die bepalend zijn voor hun kwaliteit van leven (De Maeyer et al., 2011). En zoals hoger reeds aangehaald, een hogere kwaliteit van leven is geassocieerd met herstel na middelengebruik (Laudet, 2008; Laudet & White, 2008; Laudet et al., 2009). Verschillende internationale onderzoeken toonden reeds aan dat tewerkstelling het risico op recidive vermindert (Skardhamar & Telle, 2012). Sampson en Laub (1990) verklaren deze vaststelling door middel van informele sociale controle. Het risico op criminaliteit daalt wanneer banden worden aangegaan met sociale instituties die informele sociale controle met zich meebrengen (zoals werk en familie). Bijvoorbeeld, prosociale contacten met collega's kunnen ervoor zorgen dat delinquent gedrag daalt doordat banden met delinquente 'peers' (antisociale contacten) verbroken worden (Wright, Caspi, Moffit, & Silva, 2001a; Wright & Cullen, 2004). Echter, niet enkel de aanwezigheid van een

prosociale band, zoals tewerkstelling, is belangrijk. Ook de subjectieve perceptie, de individuele wil en de beslissingsprocessen van de betrokkene met betrekking tot deze sociale band zijn belangrijk (Colman & Vander Laenen, 2012; Sampson & Laub, 2005). Dit laatste kan gelinkt worden aan de stadia van gedragsverandering die werden beschreven door Prochaska and DiClemente (1982). Motivationale processen, en dus het stadium van verandering waarin iemand zich bevindt, spelen een belangrijk rol bij herstel na middelengebruik (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

Er werden geen veranderingen vastgesteld wat betreft de samenlevingsvorm, het type huisvesting, een beroep doen op sociale zekerheid, en het type sociale zekerheid waarop beroep werd gedaan. Geen verandering betekent dus ook dat er geen verslechtering werd geobserveerd.

Wat betreft de gebruiksmethode en -frequentie, het alcoholgebruik en de vrijetijdsinvulling, het ervaren van problemen met de geestelijke en lichamelijke gezondheid en het krijgen van behandeling daarvoor, was er te weinig informatie aanwezig om uitspraken te kunnen doen.

#### **3.4.4. De uitkomsten voor de Hasseltse probatie-groep**

Wat betreft de *uitkomsten voor de probatie-cliënten van het gerechtelijk arrondissement Hasselt*, werd een significante daling voor het heroïnegebruik vastgesteld, een lichte, maar niet significante daling voor het amfetaminegebruik, en een lichte, niet significante stijging van het cannabisgebruik. Uit eerder Belgisch onderzoek is gebleken dat recidive vaker voorkomt bij heroïnegebruikers dan bij niet-heroïnegebruikers (De Ruyver et al., 2007).

Net zoals bij de resultaten van de Gentse DBK, kunnen we vaststellen dat significant meer probatie-cliënten een drughulpverlening of een substitutiebehandeling zonder bijgebruik volgden na een probatiebegeleiding van ongeveer acht maanden. Net zoals een doorverwijzing vanuit de DBK naar de hulpverlening haalbaar en realiseerbaar is, is een doorverwijzing vanuit een probatiemaatregel naar de hulpverlening dat eveneens.

Op het vlak van de *levensdomeinen* werden geen vooruitgangen geobserveerd. Dezelfde opmerking als bij de uitkomsten voor de DBK kan hier worden gemaakt, namelijk geen verandering betekent dus ook dat

er geen verslechtering werd geobserveerd. Een nuancering is hier evenwel op zijn plaats. Dat er in het kader van dit onderzoek geen verbeteringen werden geobserveerd wat betreft de levensdomeinen, betekent niet dat een probatiemaatregel voor druggebruikers geen invloed heeft op de levensdomeinen. Een voorgaande Belgische studie toonde immers wel degelijk aan dat criminaliteit en druggebruik daalden na de toepassing van een alternatieve afhandeling en dat er een verbetering optrad voor druggerelateerde levensdomeinen (De Wree et al., 2009a,b). De werking van een probatiemaatregel en van de DBK is fundamenteel verschillend van elkaar. Zo wordt een probatiemaatregel voor één tot vijf jaar uitgesproken, en wordt de begeleiding over deze periode heen gespreid. Daarbij heeft een justitieassistent enkel mandaat om te werken met de voorwaarden die tijdens de straftoemeting werden bepaald. Een voorwaarde omtrent drugbehandeling is meestal opgenomen in de voorwaarden die worden opgelegd bij druggerelateerde feiten. Aangezien deze voorwaarde primair is gezien zij gelinkt is met de feiten, vindt een doorverwijzing vanuit het justitiehuis meteen plaats. Het is plausibel dat aan de andere levensdomeinen pas wordt gewerkt nadat er een vertrouwensrelatie tussen de justitieassistent en de probant werd opgebouwd. In het huidige onderzoek werden de uitkomsten van de probatiemaatregel niet nagegaan op het einde van de probatiemaatregel maar ongeveer 8 maanden na de start van de probatiebegeleiding terwijl een probatiemaatregel kan uitgesproken worden voor een proefperiode van één tot vijf jaar. Voor de cliënten die werden opgenomen in de probatie-steekproef in voorliggende studie werd een probatiemaatregel van tenminste drie jaar uitgesproken. Uitspraken over de evolutie op de verschillende levensdomeinen voor probanten op het einde van hun probatiemaatregel kunnen dus niet worden gedaan; daarvoor is verder onderzoek noodzakelijk (en dit valt buiten het bestek van de onderzoeksdoelstellingen). Door deze werkwijze werd tussen de voor- en de nameting voor de DBK- en de probatiegroep hetzelfde tijdsinterval gerealiseerd.

Wat betreft de gebruiksmethode en -frequentie, het alcoholgebruik, het type sociale zekerheid waarop een beroep wordt gedaan, de vrijetijdsbesteding, het hebben van een diploma secundair onderwijs of een getuigschrift van een extra (beroeps)opleiding, het ervaren van problemen met de geestelijke en lichamelijke gezondheid en het krijgen van behandeling daarvoor, was er te weinig informatie aanwezig om uitspraken te kunnen doen.

### 3.4.5. *De uitkomsten voor de Gentse DBK-groep en de Hasseltse probatie-groep vergeleken*

Wanneer we tenslotte de resultaten van de *Gentse DBK-cliënten vergeleken* met de resultaten van de *Hasseltse probatie-cliënten*, dan stellen we wat betreft het heroïne-, amfetamine-, en cannabisgebruik en het volgen van een substitutiebehandeling zonder bijgebruik en/of een drughulpverlening *geen* verschillen vast. De resultaten wijzen in de richting van minder heroïnegebruik bij de probanten, maar dit verschil is niet significant.

Op het vlak van de *levensdomeinen* stellen we vast dat er bij de Gentse DBK meer respondenten aan het **werk** zijn op het einde van hun DBK-traject in vergelijking met de probatie-groep. De kans dat een DBK-respondent aan het werk was, was ongeveer 4 maal groter dan van een probatie-respondent na een probatiebegeleiding van ongeveer dezelfde duur als een gemiddeld DBK-traject. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in het niveau van de strafrechtsketen. De DBK bevindt zich op het niveau van de straftoemeting. Aangezien er nog geen uitspraak heeft plaatsgevonden, hebben de justitiële actoren een troef in handen om erg resultaatgericht te kunnen werken. Daarnaast zijn de DBK-actoren niet gebonden aan een mandaat zoals de justitieassistenten. Bij de start van een DBK-traject kunnen alle levensdomeinen zoals beschreven in de EuropASI in het hulpverleningsplan worden opgenomen, terwijl een justitieassistent enkel een mandaat heeft om de probatie-cliënten te begeleiden in het kader van de opgelegde voorwaarden. Een andere mogelijk verklaring voor deze bevinding kan gevonden worden in de provinciale werkgelegenheid. Wanneer we in Arvastat<sup>25</sup> de statistieken rond de werkloosheidsgraden en het werkaanbod opvragen voor de provincies Oost-Vlaanderen (cf. Gent) en Limburg (cf. Hasselt), dan merken we enkele verschillen op. Hoewel de provinciale gemiddelde werkloosheidsgraden in 2008 en 2009 voor deze provincies betrekkelijk gelijkaardig zijn (respectievelijk 5,37% vs 4,94% en 6,75% en 7,07%), verschillen de cijfers rond het werkaanbod. In de provincie Oost-Vlaanderen ontving de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) in 2008 54.676 nieuwe vacatures en eind december 2008 werden er 8.590 openstaande vacatures geteld, in 2009 ontving de VDAB 43.378 nieuwe vacatures en

---

<sup>25</sup> een toepassing van de VDAB waarmee men statistieken over de werkloosheid en het werkaanbod in Vlaanderen kan opvragen, <http://arvastat.vdab.be/arvastat/index.html>

eind december 2009 werden er 7.584 openstaande vacatures geteld. In de provincie Limburg ontving de VDAB in 2008 26.147 nieuwe vacatures en eind december 2008 werden er 3.259 openstaande vacatures geteld, in 2009 ontving de VDAB 22.547 nieuwe vacatures en eind december 2009 werden er 2.750 openstaande vacatures geteld (Arvastat, 2011a,b,c,d). Bij het vergelijken van de provincieprofielen van druggebruikers op basis van de TDI in Oost-Vlaanderen en Limburg kan worden opgemerkt dat druggebruikers in Limburg opvallend meer werkproblemen ervaren in vergelijking met druggebruikers in Oost-Vlaanderen (20,89% in Limburg versus 8,27% in Limburg) (Scientific Institute of Public Health, 2011).

Er verstrikt ook significant **minder tijd** tussen de laatst gepleegde feiten en de start van een DBK-traject in vergelijking met de aanvang van een probatiebegeleiding. Dit betekent dat de DBK slaagt in haar opzet om 'kort op de bal te spelen' en op deze manier tegemoet komt aan een tekortkoming van het probatiesysteem (Colman et al., 2011).

Er werden geen verschillen vastgesteld tussen de beide groepen wat betreft de samenlevingsvorm, het type huisvesting, de werksituatie, het hebben van schulden, en een begeleiding volgen rond de financiële situatie. Toch verdient dit resultaat een belangrijke nuancering. Het vaststellen van weinig of geen verschillen tussen de beide groepen kan immers mede verklaard worden door het verschil in profiel tussen de beide groepen bij de start van het DBK-traject of de aanvang van de probatiebegeleiding (Belenko et al., 2011). Bij de start van het DBK-traject en de aanvang van de probatiebegeleiding, werden significante verschillen vastgesteld tussen het DBK- en het probatieprofiel. De DBK-respondenten startten op sommige levensdomeinen, namelijk de **samenlevingsvorm**, het **type huisvesting** en een **begeleiding volgen omtrent de financiële situatie**, met een nadeel ten opzichte van de probatie-respondenten. Op het moment van de nameting was er van deze verschillen niet langer sprake. De DBK-cliënten evolueerden positief op het vlak deze drie levensdomeinen en maakten zo een inhaalbeweging om de probatie-cliënten bij te benen.

Wat betreft de gebruiksmethode en -frequentie, bijkomend alcoholgebruik, een beroep doen op sociale zekerheid, de vrijetijdsbesteding, het ervaren van problemen met de geestelijke en lichamelijke gezondheid en het krijgen van behandeling daarvoor, was er, zoals reeds aangegeven, te weinig informatie aanwezig om uitspraken te kunnen doen.

### 3.4.6. *Beperkingen*

Bij de interpretatie van de resultaten dient rekening gehouden te worden met de beperkingen van het onderzoek. Deze beperkingen werden reeds in het begin van de bespreking van de resultaten aangehaald. Kort samengevat, betreft deze uitkomstenevaluatie een retrospectieve dossierstudie op basis van secundaire data. Hieraan zijn beperkingen verbonden, zoals eerder werd beschreven. Daarnaast betreft het geen experimenteel design, waardoor een causale interpretatie van de bevindingen niet hard kan gemaakt worden (Loosveldt, 2001), en werden enkel de uitkomsten op het einde van het DBK-traject nagegaan. Verder onderzoek is noodzakelijk om uitspraken te formuleren over de uitkomsten van een DBK-traject op de lange termijn. Tenslotte betreft het een erg kleine steekproef, waardoor de resultaten niet zonder meer veralgemeend kunnen worden naar de volledige populatie van DBK-cliënten.

### 3.4.7. *Algemeen besluit*

Ondanks de fragmentarische registratie en de beperkingen die verbonden zijn met deze uitkomstenevaluatie, kunnen enkele belangrijke besluiten geformuleerd worden. In de eerste plaats bleken de DBK-cliënten een complexere problematiek te kennen in vergelijking met de probatie-cliënten. Daarnaast bleek een DBK-traject geassocieerd te zijn met een hogere tewerkstelling en meer begeleidingen omtrent de financiële situatie. Een probatiemaatregel van ongeveer dezelfde duur als een gemiddeld DBK-traject bleek geassocieerd te zijn met minder heroïnegebruik. Zowel een DBK-traject als een probatiemaatregel van ongeveer dezelfde duur als een gemiddeld DBK-traject bleken geassocieerd te zijn met bijkomende doorverwijzingen naar de drughulpverlening en met meer substitutiebehandelingen zonder bijgebruik. De kans dat DBK-cliënten aan het werk waren op het einde van hun traject was 4 maal groter in vergelijking met probatie-cliënten na een probatiebegeleiding van ongeveer dezelfde duur als een gemiddeld DBK-traject. Daarnaast verstreek er minder tijd tussen de laatst gepleegde feiten en de start van het DBK-traject in vergelijking met de aanvang van de probatiebegeleiding.





## Hoofdstuk 4 **DE GESCHATTE OVERHEIDSUITGAVE VERBONDEN AAN DE GENTSE DRUGBEHANDELINGSKAMER**

*Ciska Wittouck & Freya Vander Laenen*

### **4.1. Inleiding**

Kosten-effectiviteitsstudies worden uitgevoerd via complexe economisch-hypothetische modellen (Eibner et al., 2006; Sheidow, Jayawardhana, Bradford, Henggeler & Shapiro, 2012), en zijn gezien het korte tijdsbestek van de huidige studie, onmogelijk uit te voeren. Daarom wordt in dit hoofdstuk een schatting gemaakt van de overheidsuitgave verbonden aan de DBK aan de hand van de tijdsinvestering van de betrokken actoren in het DBK-project. Daarnaast worden de bevoegde overheidsinstanties in kaart gebracht, en wordt een schematisch overzicht gegeven van het verloop van DBK-dossiers met daaraan de eindvonnissen gekoppeld.

### **4.2. Methode**

Om de bevoegde overheidsinstanties in kaart te brengen werd een beroep gedaan op de procesevaluatie van de DBK (Colman et al., 2011) en op de portaalsites van de Federale Overheid<sup>26</sup>.

Om een schematisch overzicht op te stellen van het verloop van DBK-dossiers met daaraan de eindvonnissen gekoppeld, werd een beroep gedaan op het kwantitatieve luik van de procesevaluatie van de DBK (De Keulenaer & Thomaes, 2011). Deze kwantitatieve evaluatie is gebaseerd op een studie van de DBK-dossiers tussen mei 2008 en december 2009.

Om de overheidsuitgave verbonden aan het DBK-project in kaart te brengen, werd een beroep gedaan op de resultaten uit het onderzoeksrapport “Drugs in Cijfers III” waarin de overheidsuitgaven voor het Belgisch drugbeleid, waaronder de uitgaven voor de strafuitvoering

---

<sup>26</sup> [www.justitie.belgium.be](http://www.justitie.belgium.be) en [www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)

(inclusief de uitgaven voor de DBK, de parketten, de rechtbanken en de justitiehuisen) berekend werden voor het jaar 2008 (Vander Laenen, De Ruyver, Christiaens & Lievens, 2011). Daarnaast werden negen interviews afgenomen van de betrokken actoren tussen november 2012 en januari 2013 om de maandelijkse minimale en maximale tijdsinvestering in DBK-specifieke taken in kaart te brengen. In het bijzonder werden semigestructureerde interviews afgenomen van de beide voorzitters van de DBK, van twee griffiers, van de beide parketmagistraten verbonden aan het DBK-project, van twee parketassistenten, en van de DBK-coördinator. Elk interview duurde ongeveer een halfuur. De interviews werden gestructureerd aan de hand van het verloop van een DBK-traject (zie figuur 4.2.).

### **4.3. Resultaten**

#### **4.3.1. *Bevoegde overheidsinstanties***

Het Parket van de Procureur des Konings te Gent en de DBK, die zich situeert op het niveau van de Rechtbank van Eerste Aanleg, behoren tot het Directoraat-generaal van de Rechterlijke Organisatie van de FOD Justitie (FOD Justitie, 2011a).

De functie van DBK-coördinator werd tot december 2012 opgenomen door de provinciale coördinator case management, die vanuit de subsidiërende overheid, namelijk de Provincie Oost-Vlaanderen, de toestemming en ruimte kreeg om tijdelijk deze functie in te vullen (Colman et al., 2011). De provinciale coördinator case management werd van 1 december 2002 tot 31 december 2012 gesubsidieerd via het pilootproject “zorgcoördinator” van de Cel Drugs van de FOD Volksgezondheid, veiligheid van voedselketen en Leefmilieu. In het kader van dit pilootproject werd per deelnemende provincie, via de provinciale overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg, een zorgcoördinator aangesteld die het overleg tussen de voorzieningen die zich richten op personen met druggerelateerde problemen, diende te vergemakkelijken (FOD Volksgezondheid, veiligheid van voedselketen en Leefmilieu, 2013). Hoewel de overlegplatforms Geestelijk Gezondheidszorg enkele wettelijk vastgelegde opdrachten hebben, kunnen deze platforms betrekkelijk autonoom beslissen hoe ze hun doelstellingen realiseren

(Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg van Vlaanderen en Brussel, 2013)<sup>27</sup>.

#### 4.3.2. *Eindvonnissen van DBK-dossiers*

In figuur 4.1. kunnen drie groepen onderscheiden worden:

- zij die verstek laten gaan of geen DBK-traject willen opstarten (47% van de potentiële DBK-dossiers)
- zij die een DBK-traject opstarten (53% van het totaal aantal potentiële DBK-dossiers) en daarbij de voorwaarden naleven (53% van het aantal DBK-dossiers waarin een DBK-traject wordt opgestart en waarvan de informatie betreffende het verloop van het DBK-traject gekend is of 20% van het totaal aantal potentiële dossiers<sup>28</sup>); en
- zij die een DBK-traject opstarten en daarbij de voorwaarden niet naleven (47% van het aantal DBK-dossiers waarin een DBK-traject wordt opgestart en waarvan de informatie betreffende het verloop van het DBK-traject gekend is of 17% van het totaal aantal potentiële dossiers<sup>29</sup>).

In tabel 4.1. kunnen we de eindvonnissen na een DBK-traject terugvinden. In de tabel wordt opnieuw een onderscheid gemaakt tussen de drie groepen zoals vastgesteld in figuur 4.1, en wordt ook een globaal overzicht gegeven van de uitgesproken vonnissen in de dossiers die naar de DBK werden doorverwezen.

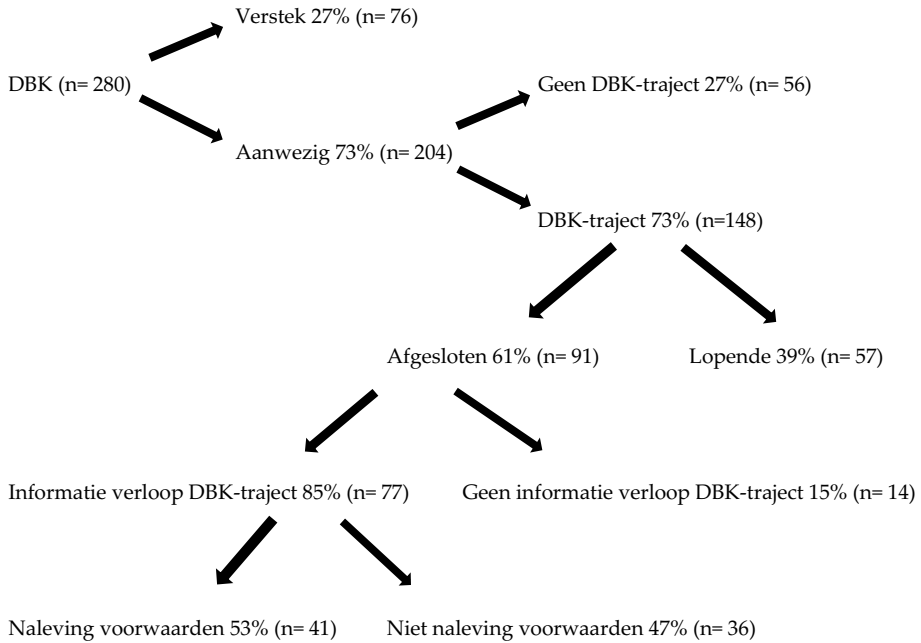
- Voor zij die *verstek* lieten gaan of *geen DBK-traject* wilden opstarten, werd in 74,4% van de gevallen een geldboete uitgesproken, in 73,3% van de gevallen een gevangenisstraf, in 11,6% een autonome werkstraf, in 3,5% een opschorting, en in 13,9% van de gevallen ging de uitgesproken straf gepaard met een probatiemaatregel.
- Voor zij die een *DBK-traject* opstartten en daarbij de *voorwaarden naleefden*, werd in 41,5% van de gevallen een gevangenisstraf uitgesproken, in 43,9% een geldboete, in 31,7% een opschorting, in 14,6% een autonome werkstraf, en in 34,1% van de gevallen ging de uitgesproken straf gepaard met een probatiemaatregel.

<sup>27</sup> Zie supra 1.2.1.3 (voetnoot 8, p. 14) voor verduidelijking omtrent de beëindiging van het piloot-project “zorgcoördinator”.

<sup>28</sup> De noemer wordt hier 209: van het totaal aantal dossiers (n= 280) worden het aantal lopende dossiers (n= 57) en het aantal dossiers waarvan het verloop van het traject onbekend is (n= 14) afgetrokken.

<sup>29</sup> Idem vorige voetnoot

**Figuur 4.1:** Verloop van DBK dossiers van mei 2008 tot en met december 2009 (De Keulenaer & Thomaes, 2011)



- Voor zij die een *DBK-traject* opstartten en daarbij de *voorwaarden niet naleefden*, werd in 61,1% van de gevallen een geldboete uitgesproken, in 50% een gevangenisstraf, in 5,6% een opschorting, in 30,6% een autonome werkstraf, en in 8,3% van de gevallen ging de uitgesproken straf gepaard met een probatiemaatregel.

Wanneer we kijken naar de uitgesproken vonnissen in tabel 4.1. voor de drie groepen die in figuur 4.1. onderscheiden worden, vallen enkele verschillen op.

- In de groep die *verstek* laat gaan of *geen DBK-traject* wil opstarten worden meer **gevangenisstraffen** (73,3%) en/of **geldboetes** (74,4%) uitgesproken in vergelijking met de groepen die een DBK-traject opstarten en daarbij de voorwaarden al dan niet naleven. Gevangenisstraffen (41,5%) en geldboetes (43,9%) worden het minst uitgesproken voor de groep die een DBK-traject opstart en de voorwaarden naleeft. De groep die de voorwaarden niet naleeft krijgt iets vaker een gevangenisstraf (50%) en een geldboete (61,1%) opgelegd in vergelijking met de groep die de voorwaarden naleeft.

**Tabel 4.1:** *Vonnissen naar groep (De Keulenaer & Thomaes, 2011)*

	Totaal (n= 177) <sup>1</sup>		Geen DBK- traject (n= 86)		DBK-traject + naleven voorwaarden (n= 41)		DBK--traject + niet naleven voorwaarden (n= 36)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Strafvordering onontvankelijk	1	0,6	1	1,2	0	/	0	/
Vrijspraak	1	0,6	1	1,2	0	/	0	/
Herroeping	18	10,2	9	10,5	4	9,8	5	13,9
<b>Opschorting</b>	<b>19</b>	<b>10,7</b>	<b>3</b>	<b>3,5</b>	<b>13</b>	<b>31,7</b>	<b>2</b>	<b>5,6</b>
Zonder probatie	14	73,7	1	33,3	10	76,9	2	100%
<b>Met probatie</b>	<b>5</b>	<b>26,3</b>	<b>2</b>	<b>66,7</b>	<b>3</b>	<b>23,1</b>	<b>0</b>	<b>/</b>
<b>Autonome werkstraf</b>	<b>31</b>	<b>17,5</b>	<b>10</b>	<b>11,6</b>	<b>6</b>	<b>14,6</b>	<b>11</b>	<b>30,6</b>
Zonder uitstel	27	87,1	9	90	4	66,7	10	90,9
Met gedeeltelijk uitstel	4	12,9	1	10	2	33,3	1	9,1
Gewoon uitstel	2	50	1	100	1	50	0	/
<b>Probatie-uitstel</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>0</b>	<b>/</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
<b>Gevangenisstraf</b>	<b>103</b>	<b>58,3</b>	<b>63</b>	<b>73,3</b>	<b>17</b>	<b>41,5</b>	<b>18</b>	<b>50</b>
Zonder uitstel	56	54,4	37	58,7	6	35,3	11	61,1
Met (gedeeltelijk) uitstel	47	45,6	26	41,3	11	64,7	7	38,9
Gewoon uitstel	33	70,2	20	76,9	4	36,4	6	85,7
<b>Probatie-uitstel</b>	<b>14</b>	<b>29,8</b>	<b>6</b>	<b>23,1</b>	<b>7</b>	<b>63,6</b>	<b>1</b>	<b>14,3</b>
<b>Geldboete</b>	<b>112</b>	<b>63,3</b>	<b>64</b>	<b>74,4</b>	<b>18</b>	<b>43,9</b>	<b>22</b>	<b>61,1</b>
Zonder uitstel	48	42,9	28	43,75	3	16,7	12	54,5
Met (gedeeltelijk) uitstel	64	57,1	36	56,25	15	83,3	10	45,5
Gewoon uitstel	54	84,4	30	83,3	12	80	9	90
<b>Probatie-uitstel</b>	<b>8</b>	<b>12,5</b>	<b>4</b>	<b>11,1</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
Onbekend	2	3,1	2	5,6	0	/	0	/
Verbeurdverklaring	28	15,8	8	9,3	10	24,4	9	25
Zonder uitstel	19	67,9	3	37,5	8	80	7	77,8
Met (gedeeltelijk) uitstel	9	32,1	5	62,5	2	20	2	22,2
Ontbrekende data	8	4,5	1	1,2	2	5,7	1	2,8

<sup>1</sup> De vonnissen zijn gebaseerd op 234 dossiers. Het betreft alle dossiers waarin een DBK-traject is opgestart (n= 148) en de dossiers zonder DBK-traject van 2009 (n= 86). De dossiers zonder DBK-traject die dateren van 2008 (n= 46) werden hierbij niet in beschouwing genomen aangezien geen datacontrole kon plaatsvinden (De Keulenaer & Thomaes, 2011)

- In de groep die een *DBK-traject* opstart en daarbij de *voorwaarden naleeft* worden meer **probiemaatregelen** opgelegd (34,1% (n= 14)) en **opschortingen** verleend (31,7%) in vergelijking met de groep die verstek laat gaan dan wel geen DBK-traject wil opstarten (respectievelijk 13,9% (n= 12) en 3,5%) en de groep die een DBK-traject opstarten en daarbij de voorwaarden niet naleeft (respectievelijk 8,3% (n= 3) en 5,6%).

- In de groep die een *DBK-traject* opstart en daarbij de *voorwaarden niet naleeft* worden meer **autonome werkstraffen** uitgesproken (30,6%) in vergelijking met de groep die verstek laat gaan of geen DBK-traject wil opstarten (11,6%) en de groep die de voorwaarden van een DBK-traject naleeft (14,6%).

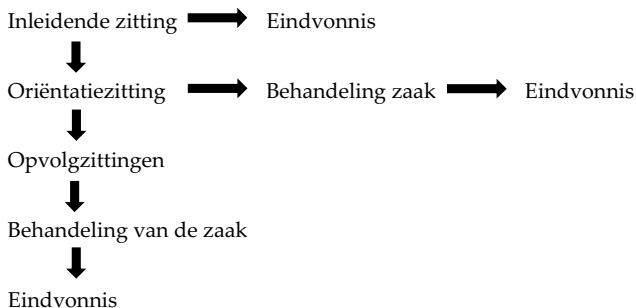
#### 4.3.3. *Overheidsuitgaven verbonden aan het DBK-project voor het jaar 2008*

Zoals aangegeven in de inleiding wordt voor de berekening van de overheidsuitgaven gebruik gemaakt van de resultaten van het onderzoek “*Drugs in Cijfers III*” (Vander Laenen et al., 2011). De Gentse DBK trad in werking op 5 mei 2008. De berekening van de overheidsuitgaven verbonden aan het DBK-project werden evenwel zodanig uitgevoerd als zou de DBK een volledig werkingsjaar hebben beslaan in 2008.

Op een zitting van de Gentse DBK zijn drie types actoren betrokken van wie de loonkosten op de loonlijst van de FOD Justitie komen, namelijk het parket (twee parketmagistraten en een parketassistent) op het vervolgniveau, de rechtbank (twee voorzitters en twee griffiers) op het straftoemetsniveau en de liaisons (twee liaisons).

Hoewel in het oorspronkelijke DBK-protocol werd voorzien in de aanstelling van een DBK-coördinator, werd deze functie tot 31 december 2012 opgenomen door de provinciale coördinator case management (Colman et al., 2011). De loon- en werkingskosten van de DBK-coördinator werden dus feitelijk gedragen door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu tijdens het werkingsjaar 2008.

**Figuur 4.2:** *Verloop van een DBK-zitting*



#### 4.3.3.1. Het vervolgingsniveau

*Parketmagistraten.* Uit de interviews en figuur 4.2. werd afgeleid dat, om de DBK-specifieke **personeelsuitgave** voor de parketmagistraten verbonden met het DBK-project te bepalen, enkel de voorbereidingstijd voor de oriëntatie- en opvolgzittingen en de oriëntatie- en opvolgzittingen zelf in rekening genomen moeten worden (aangezien alle zaken die bij het parket aankomen moeten verwerkt worden, of het nu DBK-dossiers betreffen of niet). Op basis van de interviews met de twee parketmagistraten werd berekend dat een parketmagistraat per maand gemiddeld genomen 220u werkt, en daarvan minimaal 8u en maximaal 12u besteedt aan DBK-specifieke taken. Procentueel genomen komt dit neer op een maandelijkse tijdsinvestering van minimaal 3,6% en maximaal 5,4%. Het gemiddeld jaarloon van een parketmagistraat in 2008 bedroeg €104.871,8 (Vander Laenen et al., 2011). De personeelsuitgave voor een parketmagistraat in het kader van de DBK-werking voor het jaar 2008 zou dus minimaal €3.775,4 en maximaal €5.663,1 en voor twee parketmagistraten minimaal €7.550,8 en maximaal €11.326,2 bedragen hebben.

Dezelfde verdeelsleutel (minimaal 3,6% en maximaal 5,4%) wordt ook toegepast op de **werkingskosten** voor parketmagistraten. De overheidsuitgave voor de werkingskosten van de gewone rechtsmachten bedroeg in 2008 bedroeg €73.407,00 (Vander Laenen et al., 2011), voor 10.172 personeelsleden (FOD Justitie, 2010). Aan elk personeelslid kan dus €7.216,57 werkingskosten worden toegekend. De werkingskosten verbonden met een parketmagistraat in het kader van de DBK-werking voor het jaar 2008 zou dus minimaal €259,8 en maximaal €389,7 en voor twee parketmagistraten minimaal €519,6 en maximaal €779,4 bedragen hebben.

*Parketassistenten.* Uit de interviews en figuur 4.2. werd afgeleid dat, om de DBK-specifieke **personeelsuitgave** voor de parketassistenten te bepalen, enkel de voorbereidingstijd voor de opvolgzittingen en het afwerken van de dossiers na de uitspraak in rekening genomen moeten worden. De parketassistenten geven tijdens de interviews aan geen gegevens over DBK-dossiers te registeren wegens tijdsgebrek. Op basis van de interviews met de twee parketassistenten werd berekend dat een parketassistent per maand gemiddeld genomen 152u werkt, en daarvan minimaal 5u en maximaal 18u besteedt aan DBK-specifieke taken. Procentueel genomen komt dit neer op een maandelijkse tijdsinveste-

ring van minimaal 3,3% en maximaal 11,8% voor DBK-specifieke taken. Het gemiddeld jaarloon van een parketassistent in 2008 bedroeg €42.503,4 (Vander Laenen et al., 2011). De personeelsuitgave voor een parketassistent in het kader van de DBK-werking voor het jaar 2008 zou dus minimaal €1.402,6 en maximaal €5.015,4 bedragen hebben.

Dezelfde verdeelsleutel (minimaal 3,3% en maximaal 11,8%) wordt ook toegepast op de **werkingskosten** voor de parketassistenten. De overheidsuitgave voor de werkingskosten van de gewone rechtsmachten bedroeg in 2008 bedroeg €73.407,00 (Vander Laenen et al., 2011), voor 10.172 personeelsleden (FOD Justitie, 2010). Aan elk personeelslid kan dus €7.216,57 werkingskosten worden toegekend. De werkingskosten verbonden met een parketassistent in het kader van de DBK-werking in 2008 zou dus minimaal €238,1 en maximaal 851,5 bedragen hebben.

**Tabel 4.2:** Berekening overheidsuitgave voor personeel en werking op vervolgingsniveau

		DBK specifieke uren		% DBK-specifieke uren ten opzichte van totaal uren		Uitgave per personeelslid		Uitgave voor werkelijk aantal personeelsleden	
		min	max	min	max	min	max	min	Max
Parketmagistraat (2)	Personeel	8u	12u	3,6%	5,4%	€3.775,4	€5.663,1	€7.550,8	€11.326,2
	Werking	/	/	3,6%	5,4%	€259,8	€389,7	€519,5	€779,4
Parketassistent (1)	Personeel	5u	18u	3,3%	11,8%	€1.402,6	€5.015,4	€1.402,6	€5.015,4
	Werking	/	/	3,3%	11,8%	€238,1	€851,5	€238,1	€851,5
<b>Totaal personeel</b>								€8.953,4	€16.341,6
<b>Totaal werking</b>								€757,7	€1.630,9
<b>Totale overheidsuitgave</b>								<b>€9.711,1</b>	<b>€17.972,5</b>

*Totaal vervolgingsniveau.* De globale overheidsuitgave voor **personeelskosten** voor DBK-specifieke taken op het vervolgingsniveau zou in het werkingsjaar 2008 minimaal €8.953,4 en maximaal €16.341,6 bedragen hebben, de globale overheidsuitgave voor **werkingskosten** minimaal €757,7 en maximaal €1.630,9. **De globale overheidsuitgave voor personeels- en werkingskosten** op het vervolgingsniveau samen zouden dus minimaal €9.711,1 en maximaal €17.972,5 bedragen hebben voor het jaar 2008.

#### 4.3.3.2. Het straftoematingsniveau

*Voorzitters.* Uit de interviews en figuur 4.2. werd afgeleid dat, om de DBK-specifieke **personeelsuitgave** voor de voorzitters verbonden met het DBK-project te bepalen, enkel de voorbereidingstijd voor de oriën-



tatie- en opvolgzittingen en de oriëntatie- en opvolgzittingen zelf in rekening genomen moeten worden (aangezien voor alle zaken die bij de rechtbank aanhangig worden gemaakt een uitspraak moet worden gedaan). Op basis van de interviews met de twee voorzitters werd berekend dat een voorzitter per maand gemiddeld genomen 208u werkt, en daarvan minimaal 7,5u en maximaal 10,5u besteedt aan DBK-specifieke taken. Procentueel genomen komt dit neer op een maandelijkse tijdsinvestering van minimaal 3,6% en maximaal 5% voor de DBK-werking. Het gemiddeld jaarloon van een magistraat van de hoven en rechtbanken in 2008 bedroeg €104.851 (Vander Laenen et al., 2011). De personeelsuitgave voor een voorzitter in het kader van de DBK-werking voor 2008 zou dus minimaal €3.774,6 en maximaal €5242,5 en voor twee voorzitters minimaal €7.549,3 en maximaal €10.485,1 bedragen hebben.

Dezelfde verdeelsleutel (minimaal 3,6% en maximaal 5%) wordt ook toegepast op de **werkingskosten** voor voorzitters. De overheidsuitgave voor de werkingskosten van de gewone rechtsmachten bedroeg in 2008 bedroeg €73.407.00 (Vander Laenen et al., 2011), voor 10.172 personeelsleden (FOD Justitie, 2010). Aan elk personeelslid kan dus €7.216,57 werkingskosten worden toegekend. De werkingskosten verbonden met een voorzitter in het kader van de DBK-werking in 2008 zou dus minimaal €259,8 en maximaal €360,8 en voor twee voorzitters minimaal €519,6 en maximaal €721,7 bedragen hebben.

*Griffiers.* Uit de interviews en figuur 4.2. werd afgeleid dat, om de DBK-specifieke **personeelsuitgave** voor de griffiers te bepalen, enkel de voorbereidingstijd voor de oriëntatie- en opvolgzittingen en de oriëntatie- en opvolgzittingen zelf in rekening genomen moeten worden. Op basis van de interviews met de twee griffiers werd berekend dat een griffier per maand gemiddeld genomen 180u werkt, en daarvan minimaal 9u en maximaal 18u besteedt aan DBK-specifieke taken. Procentueel genomen komt dit neer op een maandelijkse tijdsinvestering van minimaal 5% en maximaal 10%. Het gemiddeld jaarloon van een griffier in 2008 bedraagt €42.503,4 (Vander Laenen et al., 2011). De personeelsuitgave voor een griffier in het kader van de DBK-werking voor het jaar 2008 zou dus minimaal €2.125,2 en maximaal €4.250,3 en voor twee griffiers minimaal €4.250,3 en maximaal €8.500,7 bedragen hebben.

Dezelfde verdeelsleutel (minimaal 5% en maximaal 10%) wordt ook toegepast op de **werkingskosten** voor griffiers. De overheidsuitgave

voor de werkingskosten van de gewone rechtsmachten bedroeg in 2008 bedroeg €73.407,00 (Vander Laenen et al., 2011), voor 10.172 personeelsleden (FOD Justitie, 2010). Aan elk personeelslid kan dus €7.216,57 werkingskosten worden toegekend. De jaarlijkse werkingskosten verbonden met een griffier in het kader van de DBK-werking voor het jaar 2008 zou dus minimaal €360,8 en maximaal €721,7 en voor twee griffiers minimaal €721,7 en maximaal €1443,3 bedragen hebben.

*Totaal straftoemingsniveau.* De globale overheidsuitgave voor **personeelskosten** voor DBK-specifieke taken op het straftoemingsniveau zou in het werkingsjaar 2008 minimaal €11.899,6 en maximaal €18.985,8 bedragen hebben, en de globale jaarlijkse overheidsuitgave voor **werkingskosten** minimaal €1.241,3 en maximaal €2.165. **De globale overheidsuitgave voor personeels- en werkingskosten** op het straftoemingsniveau samen zouden dus minimaal €13.140,9 en maximaal €21.130,8 bedragen hebben voor het jaar 2008.

**Tabel 4.3:** Berekening overheidsuitgave voor personeel en werking op straftoemingsniveau

		DBK-specifieke uren		% DBK-specifieke uren ten opzichte van totaal uren		Uitgave per personeelslid		Uitgave voor werkelijk aantal personeelsleden	
		min	max	min	max	min	max	min	Max
Voorzitter (2)	Personeel	7,5u	10,5u	3,6%	5%	3.774,6	€5.242,5	€7.649,3	€10.485,1
	Werking	/	/	3,6%	5%	€259,8	€360,8	€519,6	€721,7
Griffier (2)	Personeel	9u	18u	5%	10%	€2.125,2	€4.250,3	€4250,3	€8.500,7
	Werking	/	/	5%	10%	€360,8	€721,7	€721,7	€1.443,3
<b>Totaal personeel</b>								€11.899,6	€18.985,8
<b>Totaal werking</b>								€1.241,3	€2.165
<b>Totale overheidsuitgave</b>								<b>€13.140,9</b>	<b>€21.150,8</b>

### 4.3.3.3. Het liaison-team

*De liaisons.* In 2008 werd het samenwerkingsprotocol ‘Proefproject Drugbehandelingskamer’ afgesloten tussen de Minister van Justitie, PopovGGZ vzw, de Procureur des Konings te Gent, de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg te Gent en de Stafhouder van de balie te Gent (Colman et al., 2011). De Minister van Justitie voorziet hierin financiële middelen voor de loon- en werkingskosten van de *liaisons*. De werkingsmiddelen van het jaar 2008 bedroegen €4.758,03 en de personeelsuitgave voor twee halftijds criminologen bedroeg €20.292,13 (Vander Laenen et al., 2011). Aangezien de liaisons in het eerste werkingsjaar van de DBK slechts werden tewerkgesteld vanaf 1 juli 2008

moeten deze kosten verdubbeld worden. De totale overheidsuitgave voor **personeelskosten** voor de liaisons in 2008 zou dus €40.584,26 bedragen hebben. De totale overheidsuitgave voor **werkingskosten** voor de liaisons in 2008 zou dus €9.516,06 bedragen hebben. De overheidsuitgave voor de **loon- en werkingskosten** samen voor twee half-tijdse liaisons voor 2008 zou dus €50.100,3 bedragen hebben.

*DBK-coördinator.* De functie van DBK-coördinator werd tot 31 december 2012 opgenomen door de provinciale coördinator case management. De **personeelskosten** verbonden aan de DBK-coördinator werden dus gedragen door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu tijdens het werkingsjaar 2008. Op basis van het interview met de coördinator werd berekend dat een optimale tijdsinvestering in functie van zijn taken voor het DBK-project overeenkomen met een ½ FTE aanstelling (19u). Volgens het barema 1.80 van het paritair comité 331, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, bedroeg het jaarlijks brutoloon voor een FTE licentiaat met 20 jaar ervaring in 2008 €47.637,1, voor een ½ FTE €23.818,5. Als we hier dezelfde **werkingskosten** als voor een liaison bij optellen (€4758,03), dan zou de totale overheidsuitgave voor de **loon- en werkingskosten** voor een DBK-coördinator in 2008 €28.576,6 bedragen hebben.

*Logistiek.* Elke maand betaalt de Dienst voor Strafrechtelijk Beleid €250 aan de voorziening die de liaisons tewerkstelt voor het gebruik van de infrastructuur door de liaisons. Voor het werkingsjaar 2008 zou dit een overheidsuitgave van €3000 betekend hebben.

*Totaal liaison-team.* De globale overheidsuitgave voor **personeelskosten** voor het voltallige liaison-team zou in het werkingsjaar 2008 €64.399,8 bedragen hebben, en de globale overheidsuitgave voor **werkingskosten** en kosten verbonden aan logistiek €17.274. De globale overheidsuitgave voor **personeels- en werkingskosten** voor het voltallige liaison-team samen zou dus €81.673,8 bedragen hebben voor het jaar 2008.

**Tabel 4.4:** Berekening overheidsuitgave voor personeel en werking voor de liaisons hulpverlening en DBK-coördinator

		DBK-specifieke uren	% DBK-specifieke uren ten opzichte van totaal uren	uitgave per personeelslid	Uitgave voor werkelijk aantal personeelsleden
DBK-coördinator (1)	Personeel	19u	100%	€23.815,5	€23.815,5
	Werkingskosten	/	/	€4.758	€4.758
Liaisons (2)	Personeel	19u	100%	€20.292,1	€40.584,3
	Werkingskosten	/	/	€4.758	€9.516
Logistiek (€250 per maand)		/	/	/	€3.000
<b>Totaal personeel</b>					<b>€64.399,8</b>
<b>Totaal werking + logistiek</b>					<b>€17.274</b>
<b>Totale overheidsuitgave</b>					<b>€81.673,8</b>

#### 4.3.3.4. Totale personeelskosten en werkingskosten voor het DBK-project

*Loonkosten.* Wanneer we alle loonkosten optellen, dan zou de totale kost van het DBK-project op het justitieel systeem voor een volledig werkingsjaar in 2008 minimaal €85.252,8 en maximaal €99.727,2 bedragen hebben. Op **federaal niveau** bedroeg de totale personeelsuitgave voor magistraten en niet-magistraten in 2008 €585.675.000 (Vander Laenen et al., 2011). Procentueel gezien betekent dit dat het DBK-project hier **minimaal 0,015%** en **maximaal 0,017%** van zou innemen. Wanneer we de totale federale personeelsuitgave voor magistraten en niet-magistraten in 2008 delen door 27 (het aantal gerechtelijke arrondissementen) dan bedroeg de totale personeelsuitgave voor magistraten en niet-magistraten van het gerechtelijk arrondissement Gent in 2008 bij benadering €21.691.666. Procentueel gezien betekent dit dat het DBK-project binnen het **gerechtelijk arrondissement Gent** hier **minimaal 0,4%** en **maximaal 0,5%** van zou innemen.

*Werkingskosten (waaronder logistiek voor de liaisons).* Wanneer we alle werkingskosten optellen, dan zou de totale kost van het DBK-project op het justitieel systeem voor een volledig werkingsjaar in 2008 minimaal €19.273 en maximaal €21.069,9 bedragen hebben. Op **federaal niveau** bedroeg de totale uitgave voor werkingskosten voor magistraten en niet-magistraten in 2008 €73.407.000 (Vander Laenen et al., 2011). Procentueel gezien betekent dit dat het DBK-project hier minimaal **0,026%** en **maximaal 0,029%** van zou innemen. Wanneer we de totale federale uitgave voor werkingskosten voor magistraten en niet-magistraten in 2008 delen door 27 (het aantal gerechtelijke arrondissementen) dan bedroeg de totale uitgave voor werkingskosten voor magistraten

en niet-magistraten van het gerechtelijk arrondissement Gent in 2008 bij benadering €2.718.777,8. Procentueel gezien betekent dit dat het DBK-project binnen het **gerechtelijk arrondissement Gent** hier **minimaal 0,71%** en **maximaal 0,77%** van zou innemen.

*Totaal.* De totale personeels- en werkingskosten voor het DBK-project in 2008 bedroeg bij benadering **minimaal €104.525,8** en **maximaal €120.797,1**.

Op **federaal niveau** bedroeg de totale uitgave voor personeel en werking voor magistraten en niet-magistraten in 2008 €659.082.000 (Vander Laenen, 2011). Procentueel gezien betekent dit dat het DBK-project **minimaal 0,016%** en **maximaal 0,018%** van de totale federale overheidsuitgave voor magistraten en niet-magistraten zou innemen.

Op het niveau van het **gerechtelijk arrondissement Gent** bedroeg de totale uitgave voor personeel en werking voor magistraten en niet-magistraten in 2008 bij benadering €24.410.444. Procentueel gezien betekent dit dat het DBK-project **minimaal 0,43%** en **maximaal 0,49%** van de overheidsuitgave binnen het gerechtelijk arrondissement Gent zou innemen.

## 4.4. Bespreking van de resultaten

### 4.4.1. *Het eindvonnissen van een DBK-traject*

De Gentse DBK ressorteert onder het Directoraat-generaal Rechterlijke Organisatie van de Federale overheidsdienst Justitie. De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu was tot 31 december 2012 betrokken bij de werking van de Gentse DBK aangezien zij de coördinator case management van de provincie Oost-Vlaanderen subsidieerden via het pilootproject “zorgcoördinator” en deze coördinator de taken van de DBK-coördinator tijdelijk opnam.

Er werden verschillen opgemerkt in de uitgesproken vonnissen op tussen beklagden die verstek lieten gaan of geen DBK-traject wensten op te starten, beklagden die de voorwaarden van hun opgestart DBK-traject naleefden, en beklagden die de voorwaarden niet naleefden. In de procesevaluatie werd reeds vastgesteld dat het opstarten van een DBK-traject geassocieerd was met een gunstigere straf zoals opschorting,

werkstraf en verbeurdverklaring; en dat beklaagden die verstek lieten gaan of geen DBK-traject wilden opstarten vaker tot een gevangenisstraf werden veroordeeld (De Keulenaer & Thomaes, 2011).

Deze verschillen kunnen op verschillende wijzen verklaard worden. In eerste instantie worden vaker minder gunstige straffen uitgesproken, zoals een gevangenisstraf, wanneer een beklagde verstek laat gaan. Het uitspreken van minder gunstige straffen wanneer een beklagde verstek laat gaan wordt ook in de algemene rechtspraak vastgesteld. Op deze manier pogen de rechters de verdachte aan te sporen in verzet te gaan zodat hij of zij alsnog voor de rechter verschijnt (Beyens, 2000). Daarnaast kan de beklagde niet akkoord gaan met een alternatieve maatregel, zoals probatie, daar hij of zij niet aanwezig is. In tweede instantie beschouwt de magistratuur de DBK als een kans (Colman et al., 2011). Het is mogelijk dat, als een beklagde deze kans weigert, andere alternatieve afhandelingen minder voorgesteld worden aan de beklagde. In derde instantie zorgt de DBK voor professionele zorgnetwerkontwikkeling rond een cliënt (zie hoofdstuk drie). Om dit netwerk te bestendigen, kan een verdere, eventueel minder intense, opvolging door justitie genoodzaakt zijn, bijvoorbeeld onder de vorm van een probatiemaatregel of een autonome werkstraf (Colman et al., 2011). Tenslotte is het vonnis ook gerelateerd aan de zwaarte van de feiten en de rol van het slachtoffer (Colman et al., 2011). Deze laatste reden verklaart wellicht waarom effectieve straffen worden uitgesproken, ook bij een deel van de DBK-cliënten die een succesvol DBK-traject hebben doorlopen (gevangenisstraf zonder uitstel 14,6%; geldboete zonder uitstel 7,3%; autonome werkstraf zonder uitstel 9,8%).

Op basis van het voorliggende onderzoek kan echter geen sluitende verklaring gegeven worden waarom een bepaald type eindvonnis uitgesproken wordt of waarom een bepaald type cliënt een bepaald type eindvonnis wordt opgelegd. Verder onderzoek is noodzakelijk om de motieven van rechters bij het uitspreken van straffen en maatregelen in kaart te brengen (e.g. Albonetti, 1991; Beyens, 2000; Hagan, 1974; Naples, Morris & Steadman, 2007; Steadman, Redlich, Griffin, Petrila & Monahan, 2005; Thompson, 2010)

#### 4.4.2. *De geschatte overheidsuitgave verbonden aan de Gentse drugbehandelingskamer*

Wanneer we de overheidsuitgaven die verbonden zijn aan het DBK-project afzetten tegen de overheidsuitgaven voor het volledige justitieel systeem, dan blijven de uitgaven van het DBK-project **beperkt**. Het DBK-project neemt minimaal 0,43% en maximaal 0,49% van de overheidsuitgave binnen het gerechtelijk arrondissement Gent in. Hierbij past evenwel de bemerking dat bij de berekening van de overheidsuitgaven geen rekening werd gehouden met de personeels- en werkingskosten verbonden aan medewerkers van de balie en de zittingsmedewerkers, indirecte activiteiten van magistraten en niet-magistraten (zoals opleiding), gerechtelijke kosten en gerechtelijke bijstand waardoor de reële overheidsuitgave voor het DBK-project wellicht een onderschatting inhoudt. Daarenboven worden ook overheidsuitgaven gerealiseerd door de (drug)hulpverlening, nadat DBK-cliënten door de DBK zijn doorverwezen naar de hulpverlening. Het zou te ver leiden de overheidsuitgaven voor de (drug)hulpverlening te berekenen. Alvast is duidelijk dat een niet onbelangrijk deel van de uitgaven voor de uitvoering van het DBK-project gedragen wordt door onder meer de FOD Volksgezondheid en het RIZIV (Vander Laenen et al., 2011).

Deze kostprijs is een **schatting**, en niet de werkelijke kostprijs van het DBK-project. Zo werd gewerkt met de bedragen en verdeelsleutels die weergegeven werden in het onderzoeksrapport “Drugs in Cijfers III” dat de overheidsuitgaven voor het Belgisch drugbeleid, waaronder de uitgaven voor de strafuitvoering (inclusief de uitgaven voor de drugbehandelingskamer, de parketten, de rechtbanken en de justitiehuisen) berekende voor het jaar 2008 (Vander Laenen et al., 2011). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van *verdeelsleutels* aangezien drugspecifieke budgetbedragen niet voor handen zijn (met uitzondering van de uitgaven voor de liaisons hulpverlening). Het gebruik van een verdeelsleutel biedt de garantie dat alle ingezette middelen – personeelskosten, overheadkosten en kapitaal – worden toegewezen aan de activiteiten. Het belangrijkste nadeel van een verdeelsleutel is echter dat het kan leiden tot een onder- of overschatting aangezien ervan uitgegaan wordt dat evenveel tijd wordt besteed aan druggerelateerde en niet-druggerelateerde activiteiten en evenveel tijd wordt besteed aan elk dossier, wat niet strookt met de realiteit van de handhaving, zo blijkt uit onderzoek (Aos, 2006; Moolenaar, Diephuis, Kalidien, Leertouwer

& van Tulder, 2009). Voor de berekening van de overheidsuitgaven voor het DBK-project kon deze beperking deels worden ondervangen door in interviews met de justitiële actoren binnen het project de tijd die aan het DBK-project wordt besteed in kaart te brengen. Het gebruiken van een verdeelsleutel maakt hoe dan ook duidelijk dat de resultaten van dit onderzoek (en van elk onderzoek naar overheidsuitgaven) schattingen zijn en dat de kwaliteit van de beschikbare data mee de kwaliteit van het onderzoek bepaalt (Vander Laenen e.a., 2011).



## Hoofdstuk 5 **DE INHOUD VAN DE HULPVERLENINGSPLANNEN EN HET VERLOOP VAN DE DBK-TRAJECTEN VAN GENTSE DBK-CLIËNTEN**

*Anne Dekkers & Wouter Vanderplasschen*

### **5.1. Inleiding**

De dossierstudie in hoofdstuk 3 geeft een kwantitatief beeld van de uitkomsten rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen van Gentse DBK-cliënten na een DBK-traject. Dit betreft echter een momentopname waarbij de cliënt achter de cijfers ongekend blijft. Door een analyse van de hulpverleningsplannen en trajecten van DBK-cliënten uit te voeren, wordt tegemoetgekomen aan de grenzen van de dossierstudie. Door de hulpverleningsplannen van de cliënten te analyseren en door deze cliënten op te volgen tijdens hun DBK-traject wordt een zicht gekregen op het afgelegde traject, wat een verdieping kan zijn op de dossierstudie. In dit hoofdstuk worden de hulpverleningsplannen en doelstellingen van 15 DBK-cliënten geanalyseerd en wordt nagegaan op welke manier DBK-cliënten deze doelstellingen al dan niet realiseren. Het betreft zowel oud-DBK-cliënten die in 2010-2011 zijn opgevolgd in het kader van een masterproef (Dekkers, 2011) en “nieuwe” DBK-cliënten die in 2012 een DBK-traject hebben opgestart. Om inzicht te krijgen in het justitieel traject dat oud-DBK-cliënten hebben doorlopen na hun DBK-traject, wordt hun gerechtelijk traject bestudeerd. Ten laatste wordt gekeken naar de zelfgerapporteerde kwaliteit van leven van acht (oud-)DBK-cliënten.

Voorliggend hoofdstuk heeft als doelstelling inzicht te verwerven in de DBK-trajecten van druggebruikende beklagden die voor de DBK verschijnen. Meer specifiek komen volgende onderzoeksvragen aan bod:

- Welke doelstellingen geven (oud-)DBK-cliënten weer binnen hun hulpverleningsplannen?
- Welk traject is door (oud-)DBK-cliënten doorlopen?
- Hoe ervaren (oud-)DBK-cliënten hun kwaliteit van leven?

## 5.2. Methodologie

### 5.2.1. *Onderzoeksopzet*

De steekproef binnen dit onderzoeksonderdeel betreft steeds respondenten (die hierna DBK-cliënten genoemd zullen worden) die een DBK-traject starten. Het gaat hierbij om twee groepen cliënten. Het betreft enerzijds oud-DBK-cliënten ( $n=7$ ), die opgevolgd zijn als “gevalsstudies” tussen oktober 2010 en april 2011 in het kader van een masterproef (Dekkers, 2011). Deze opvolging van de onderzoeker bestond uit aanwezigheid en opvolging bij iedere zitting van de DBK waarop de betreffende cliënt diende te verschijnen. Daarnaast heeft de onderzoeker de hulpverleningsplannen die deze DBK-cliënten hebben voorgelegd aan de rechter bestudeerd. Deze hulpverleningsplannen geven de persoonlijke doelstellingen van DBK-cliënten overheen verschillende levensdomeinen weer. Anderzijds zijn acht nieuwe DBK-cliënten opgevolgd, die in 2012 een traject doorlopen hebben binnen de DBK en bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek.

### 5.2.2. *Procedure*

Zowel de oud-DBK-cliënten (2010-2011) als de nieuwe DBK-cliënten (2012) zijn at random benaderd tijdens de eerste DBK-zitting waarop ze moesten verschijnen. De cliënten zijn door de liaison voorgesteld aan de onderzoeker. De onderzoeker legt aan de cliënt de doelstellingen en manier van werken binnen het onderzoek uit en voorziet de cliënt van een informatiebrief. De onderzoeker benadrukt de vertrouwelijkheid die behouden blijft en dat opvolging binnen dit onderzoek geen gevolgen heeft voor het traject en de rechtsgang binnen de DBK. Wanneer de cliënt aangeeft mee te willen werken aan het onderzoek, is de informed consent overlopen en door de cliënt ondertekend. Hierna ontmoet de onderzoeker hem/haar bij iedere sessie van de DBK waarbij hij/zij aanwezig dient te zijn. Daarnaast wordt het hulpverleningsplan van de DBK-cliënten door de liaison overgemaakt aan de onderzoeker. Op die manier wordt getracht de voornaamste aandachtsgebieden binnen het hulpverleningsplan en het hulpverleningstraject van de DBK-cliënt in kaart te brengen.

Het betreft de hulpverleningsplannen en DBK-trajecten van slechts 15 cliënten, welke een beeld kunnen geven van de doelstellingen en hulp-

verleningstrajecten zoals ze kunnen ingevuld worden binnen de DBK. Op basis van de gegevens van dit klein aantal cliënten, is echter geen generalisatie mogelijk naar het gehele DBK-cliënteel. Bij de opvolging van de DBK-cliënten is getracht om zicht te verkrijgen op het hulpverleningstraject van de DBK-cliënten zoals zij dit binnen de onderzoeksperiode doorlopen hebben. Hierbij ligt de focus niet op de afronding, maar op het verloop van het DBK-traject. Dit traject kan na de onderzoeksperiode mogelijk een andere wending hebben genomen.

Aan de interviews die zijn afgenomen bij DBK-cliënten (zie hoofdstuk 6), is een evaluatie omtrent de kwaliteit van leven gekoppeld. Gezien de groep van oud-DBK-cliënten, tijdens de huidige onderzoeksopzet geen DBK-traject meer doorloopt, zijn zij op verschillende manieren opnieuw gecontacteerd, via telefonisch contact, via begeleidende hulpverleners, enz. Wanneer oud-DBK-cliënten in contact komen met de onderzoeker worden de doelstellingen en manier van werken binnen het onderzoek uiteengezet. De oud-DBK-cliënt wordt gewezen op de betrouwbaarheid die behouden wordt binnen het onderzoek. Wanneer de oud-DBK-cliënt aangeeft mee te willen werken aan het onderzoek wordt een afspraak gemaakt voor een interview. Het moment en de plaats van het interview worden in onderling overleg vastgelegd. Bij aanvang van het interview wordt een informed consent getekend, deze wordt uitvoerig overlopen. Bij deze groep heeft eenmalig een bevraging plaatsgevonden. Bij de nieuwe DBK-cliënten (2012), die wel een DBK-traject doorlopen tijdens de huidige onderzoeksopzet, is er tweemaal een bevraging vooropgesteld (respectievelijk 1 en 3 maanden nadat de DBK-cliënt de informed consent heeft getekend). Het moment en de plaats van afname worden in onderling overleg vastgelegd. Uiteindelijk is bij twee oud-DBK-cliënten en zes nieuwe DBK-cliënten een interview een- of tweemaal afgenomen.

Omdat de follow-up van oud-DBK-cliënten moeizaam verliep (lage respons), is gezocht naar een andere manier om zicht te krijgen op het (gerechtelijke) traject van de zeven oud-DBK-cliënten (2010-2011) na afronding van hun DBK-traject (tot eind november 2012). Dit gebeurde via inzage in het gerechtelijk dossier voor de periode vanaf de afronding van het DBK-traject tot eind november 2012. Om inzage te verkrijgen in deze dossiers, is contact opgenomen met de Procureur des Konings. Nadat hiervoor toestemming werd verkregen, is bij de Coördinatrice van het Gentse Parket een aanvraag gedaan tot inzage van de

betreffende dossiers, zowel op het niveau van het gerechtelijk arrondissement Gent als op nationaal niveau. De studie van deze dossiers door de onderzoeker vond plaats in het gerechtshuis te Gent. Aan de hand van de gerechtelijke dossiers van de betrokkenen kan achterhaald worden in hoeverre zij opnieuw in aanraking zijn gekomen met justitie. Daarnaast bevatten de dossiers soms informatie over de situatie op andere levensdomeinen na de beëindiging van het DBK-traject.

### 5.2.3. *Meetinstrument*

Allereerst wordt gekeken naar de hulpverleningsplannen zoals de (oud-)DBK-cliënten deze voorleggen aan de DBK-rechter. Vervolgens wordt het DBK-traject dat DBK-cliënten afleggen, ofwel de manier waarop DBK-cliënten er al dan niet in slagen om de doelstellingen binnen de hulpverleningsplannen na te streven en te behalen, geanalyseerd. Hierbij wordt de informatie die de DBK-cliënt weergeeft aan de rechter – wat hij/zij heeft ondernomen om de doelstellingen van zijn hulpverleningsplan na te streven en op welke manier dit gerealiseerd is – verzameld door middel van een vast format. Dit format werd opgesteld naar analogie met het hulpverleningsplan dat DBK-cliënten dienen voor te leggen aan de DBK-rechter (cf. tabel 5.1.). Dit format is eveneens gebruikt om de gerechtelijke dossiers van oud-DBK-cliënten te analyseren.

Om de kwaliteit van leven te meten, wordt gebruik gemaakt van een deel van de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999). De MANSA wordt reeds gebruikt in internationaal onderzoek binnen onder andere de geestelijke gezondheidszorg (Slade, Leese, Cahill, Thornicroft & Kuipers, 2005; Depla, de Graaf, van Weeghel & Heeren, 2005). De MANSA is een kort gestructureerd interview, waarbij gepeild wordt naar de beleving van *kwaliteit van leven* als geheel en op verschillende deeldomeinen, zoals lichamelijke gezondheid, woonst, financiële situatie, enz. Tevredenheid wordt gescoord op een 7 puntenschaal (gaande van 1 ‘kan niet slechter’ tot 7 ‘kan niet beter’). De gegevens van de MANSA worden binnen dit onderzoek louter als aanvullende illustratie gebruikt, gezien het aantal afgenomen MANSAs zeer beperkt is.

**Tabel 5.1:** *Format voor opvolging van DBK-trajecten en gerechtelijke dossierstudie*

Identificatiecode:	
Datum:	
Type zitting: Inleidende zitting – opvolgzitting – eindzitting	
Cliënt aanwezig:	
Ondersteuning cliënt aanwezig:	
<b>Levensdomeinen</b>	<b>Stand van zaken binnen levensdomein</b>
Lichamelijk	
Drugs	
Alcohol	
Psychisch	
Woonst	
Inkomen	
Werk	
Schulden	
Administratie	
Tijdsbesteding	
Justitie	
Familie	

#### 5.2.4. *Data-analyse*

De hulpverleningsplannen en de verzamelde gegevens m.b.t. het DBK-traject van DBK-cliënten worden geanalyseerd aan de hand van het hiervoor beschreven format (tabel 5.1.). De hulpverleningsplannen zijn vergeleken voor de 15 geselecteerde DBK-cliënten uit 2010-2011 en 2012. Op die manier wordt nagegaan op welke levensdomeinen al dan niet frequent doelstellingen zijn geformuleerd en of deze doelstellingen al dan niet gelijklopend zijn tussen DBK-cliënten. Wat de overige DBK-cliëntgegevens betreft, is gekeken op welke manier iemand het DBK-traject heeft doorlopen. Het betreft onder meer patronen in de manier waarop DBK-cliënten het DBK-traject doorlopen en hoe ze werken in functie van de vooropgestelde doelstellingen. Hierbij is gelet op de frequentie van aanwezigheid binnen DBK-zittingen en de mate waarin DBK-cliënten erin slagen hun doelstellingen te realiseren. De gerechtelijke dossiers van de oud-DBK-cliënten zijn gescreend op relevante informatie aan de hand van het format in tabel 5.1. De resultaten op de deeldomeinen van de MANSAs zijn bekeken voor de individuele cliënten om deze vervolgens te koppelen aan de manier waarop cliënten hun DBK-traject hebben doorlopen.

## 5.3. Resultaten

Om zicht te krijgen op de hulpverleningsplannen en DBK-trajecten van de 15 deelnemende DBK-cliënten, gaan we eerst in op de concrete invulling van de hulpverleningsplannen, die zijn opgemaakt door de DBK-cliënten, in overleg met de liaison en vervolgens ter goedkeuring zijn voorgelegd aan de DBK-rechter. Daarna komt de uitvoering en realisatie van deze hulpverleningsplannen aan bod.

### 5.3.1. *Kenmerken van de steekproef*

Van de 15 geselecteerde DBK-cliënten zijn er 10 mannen en 5 vrouwen. Allen zijn tussen 22 en 40 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 31,5 jaar. Zeven DBK-cliënten hebben één of meer kinderen. Het middel dat DBK-cliënten gebruiken op het moment dat zij voor het eerst verschijnen voor de DBK, is voornamelijk heroïne (n=6). Verder gaat het om heroïne in combinatie met onder andere cocaïne of cannabis (n=2), alcohol of alcohol in combinatie met speed of cannabis (n=3), speed (n=3) en methadon (n=1). Cliënten dienden voor de DBK te verschijnen omwille van uiteenlopende, middelengerelateerde feiten, zoals het bezit van middelen, diefstal onder invloed van middelen en rijden onder invloed en gewelddelicten.

### 5.3.2. *Vooropgestelde doelstellingen binnen de hulpverleningsplannen van (oud-)DBK-cliënten*

(Oud-)DBK-cliënten krijgen tijdens de inleidingszitting van zowel de DBK-rechter als de liaison uitleg over het opstellen van een hulpverleningsplan. Binnen dit hulpverleningsplan kunnen DBK-cliënten doelstellingen opmaken. Men is echter niet verplicht voor ieder levensdomein een doelstelling weer te geven. Het al dan niet vooropstellen van een doelstelling op een bepaald levensdomein hangt af van de noden van de DBK-cliënt. Bij de opmaak van het hulpverleningsplan kan de DBK-cliënt een beroep doen op de liaison die hem/haar is toegewezen. De liaison is op de hoogte van de beschikbare hulp- en dienstverlening die aansluit bij de vragen en noden van de DBK-cliënt. De liaison helpt de DBK-cliënt om problemen helder te formuleren, doelstellingen te verwoorden en deze binnen het hulpverleningsplan weer te geven. Aan de hand van informatie die naar voren komt uit gesprekken met de DBK-cliënt, wordt het hulpverleningsplan door de DBK-cliënt, in over-

leg met de liaison, opgemaakt en door de DBK-cliënt aan de rechter voorgelegd. Voor 12 van de 15 geselecteerde DBK-cliënten werd een hulpverleningsplan opgemaakt. Voor drie DBK-cliënten werd geen hulpverleningsplan gemaakt. Het ging om twee DBK-cliënten die enkel enige oriëntatiegesprekken hadden binnen de hulpverlening met de bedoeling na te gaan of ze al dan niet nood hadden aan (drug)hulpverlening. Gezien beide personen nagenoeg geen problemen rapporteerden op andere levensdomeinen werd besloten geen hulpverleningsplan op te stellen en het advies dat uit de oriëntatiegesprekken voortvloeide af te wachten. In beide gevallen is door de hulpverlening aangegeven dat men voor deze DBK-cliënten geen verdere hulpverlening nodig achtte. De rechter heeft dit advies gevolgd en er is geen hulpverleningsplan opgesteld. De derde DBK-cliënt waarvoor geen hulpverleningsplan is opgemaakt, haakte af tijdens de beginfase van het DBK-traject zodat er geen hulpverleningsplan is opgesteld.

Om zicht te krijgen op de doelstellingen die zijn opgemaakt binnen de hulpverleningsplannen, worden deze hierna besproken. Hierbij wordt de structuur van de hulpverleningsplannen, de verschillende levensdomeinen waarop zich problemen kunnen voordoen, aangehouden. De hulpverleningsplannen van de opgevolgde (oud-)DBK-cliënten worden weergegeven in tabel 5.2. (p. 98) voor de oud-DBK-cliënten (cliënt 1 t/m 7) en de nieuwe DBK-cliënten (cliënt 8 t/m 15). In deze tabel is met 'X' aangegeven wanneer er binnen het hulpverleningsplan van een DBK-cliënt een na te streven doelstelling is weergegeven op een bepaald levensdomein. Hierbij zijn eveneens de levensdomeinen vermeld, waarbij men binnen een bepaald levensdomein doorverwijst naar doelstellingen op een ander levensdomein of waarbij aangegeven wordt dat er in de toekomst aan dit levensdomein gewerkt zal worden.

Uit de gegevens van tabel 5.2 blijkt dat bij de DBK-cliënten die in 2010-2011 opgevolgd zijn, steeds een hulpverleningsplan is opgemaakt. Het aantal levensdomeinen waarbinnen doelstellingen zijn opgesteld, fluctueert van 5 tot 10. Wanneer de hulpverleningsplannen van de DBK-cliënten uit 2012 worden bekeken, valt op dat drie DBK-cliënten geen hulpverleningsplan hadden (i.c. cliënten 10, 11 en 13). De overige DBK-cliënten hebben doelstellingen binnen 4 tot 11 levensdomeinen.

Hierna wordt inzicht gegeven in de inhoud van de doelstellingen op de verschillende levensdomeinen bij de verscheidene DBK-cliënten. Er wordt gestart met de levensdomeinen waarvoor de meeste doelstellin-

**Tabel 5.2:** Doelstellingen m.b.t. verschillende levensdomeinen zoals weergegeven in de hulpverleningsplannen van (oud-)DBK-cliënten (n=15)

	Cliënten														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Levensdomein</b>															
Lichamelijke gezondheid		X	X	X		X	X							X	X
Drugs	X	X	X	X	X	X	X	X				X		X	X
Alcohol							X		X			X		X	
Psychisch welzijn	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X			X
Woonst		X	X			X	X								X
Inkomen	X	X	X	X		X		X				X			X
Werk	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X			X
Schulden	X	X	X			X	X	X	X			X		X	X
Administratie		X	X	X		X									X
Tijdsbesteding				X	X		X	X							X
Justitie		X	X	X	X	X	X	X	X			X			X
Familie		X	X	X	X	X									X

gen geformuleerd werden, namelijk ‘drugs’, ‘psychisch welzijn’ en ‘werk’.

### 5.3.2.1. Drugs

Voor het levensdomein ‘drugs’ is in vele plannen nood aan opvolging terug te vinden. Hierbij gaat men veelal op zoek naar een vorm van ambulante drughulpverlening. In het plan van één enkele DBK-cliënt wordt aangegeven dat een bepaalde termijn wordt vooropgesteld waarbinnen de ambulante begeleiding effect dient te hebben. Als het binnen die termijn niet lukt om via ambulante begeleiding vooruitgang te boeken, zal overgestapt worden op een residentieel pad.

Ambulante begeleiding vond bij de opgevolgde oud-DBK-cliënten meestal plaats in het Medisch-Sociaal Opvangcentrum Gent (MSOC Gent), waar methadonverstrekking en psychosociale begeleiding worden voorzien. Gezien minder DBK-cliënten die in 2012 opgevolgd werden opiaatafhankelijk waren, wordt drughulpverlening bij deze groep onder meer voorzien in het Dagcentrum De Sleutel of het Ambulant Centrum De Kiem. Bovenop het participeren aan hulpverlening eist de DBK frequente urinecontroles, zodat bewezen worden kan dat het druggebruik verminderd of gestopt is. Deze doelstelling is bij acht DBK-cliënten neergeschreven in hun hulpverleningsplan.



### 5.3.2.2. Psychisch welzijn

Bij vier van de elf DBK-cliënten bij wie op dit levensdomein een doelstelling is weergegeven, houdt deze een verwijzing in naar een doelstelling op een ander levensdomein. Bij de overige zeven DBK-cliënten wordt een doelstelling weergegeven die betrekking heeft op het volgen van individuele, ambulante begeleiding. Veelal wordt aangegeven dat de psychische hulpverlening deel zal uitmaken van de drughulpverlening. Deze ondersteuning kan bijvoorbeeld geboden worden vanuit een MSOC.

### 5.3.2.3. Werk

Binnen de hulpverleningsplannen van oude en nieuwe DBK-cliënten zijn verscheidene doelstellingen terug te vinden op het vlak van 'werk'. Wanneer de hulpverleningsplannen worden opgesteld, heeft geen van de oud-DBK-cliënten werk. Drie van de nieuwe DBK-cliënten hebben een job doorheen hun gehele DBK-traject. Twee anderen hebben kortdurende jobs tijdens hun DBK-traject. Personen die geen (vaste) job hebben doorheen het gehele traject, formuleren hieromtrent een doelstelling binnen hun hulpverleningsplan. Op hun zoektocht naar werk worden hulpverleningsinstanties ingeschakeld die DBK-cliënten hierbij kunnen ondersteunen. Het kan gaan om trajectbegeleiding vanuit het Opleidings- en Tewerkstellingscentrum (OTC), begeleiding vanuit Tempo-team, opvolging vanuit Perspectief OCMW en de VDAB. Een enkele keer wordt verwezen naar het helder krijgen van de werkambities en het zoeken naar een geschikte opleiding om die ambities om te kunnen zetten in tewerkstelling. Het is echter niet voor alle DBK-cliënten mogelijk om werk prioritair aan te pakken. Zo wordt bij één DBK-cliënt aangegeven dat het zoeken naar werk voorlopig niet aan de orde is, aangezien deze DBK-cliënt zich in de gevangenis bevindt. Voor een andere DBK-cliënt wordt aangegeven dat eerst de lichamelijke gezondheid dient te verbeteren, voordat er gezocht kan worden naar werk.

### 5.3.2.4. Justitie

Binnen het levensdomein 'justitie' is frequent dezelfde doelstelling terug te vinden. Deze doelstelling heeft betrekking op één van de basisprincipes van de DBK, namelijk het contact houden met en de ondersteuning door de liaison. Bij één nieuwe DBK-cliënt uit 2012 wordt in het hulpverleningsplan vermeld: "ingaan op alle uitnodigingen van de

justitieassistent". Binnen het plan van één oud-DBK-cliënt en één nieuwe DBK-cliënt zijn op dit levensdomein geen doelstellingen te vinden.

#### **5.3.2.5. Schulden**

Voor het levensdomein 'schulden' worden voor de oud-DBK-cliënten verscheidene doelstellingen geformuleerd. Ook voor nieuwe DBK-cliënten blijkt het werken aan schulden een belangrijk thema. Eén DBK-cliënt geeft de doelstelling weer om zijn/haar schuld in kleine bedragen af te lossen, een andere DBK-cliënt wenst in budgetbegeleiding te gaan om te voorkomen dat schulden ontstaan. DBK-cliënten waarbij reeds een aanzienlijke schuldenproblematiek aanwezig is, doen veelal beroep op het OCMW. De doelstellingen binnen hun plannen hebben voornamelijk betrekking op het starten met of voortzetten van een Geïndividualiseerd Project voor Maatschappelijke Integratie<sup>30</sup>, Collectieve Schuldenregeling of specifieke trajecten die binnen de dienstverlening van het OCMW doorlopen kunnen worden.

#### **5.3.2.6. Inkomen**

Doelstellingen die op het levensdomein 'inkomen' zijn weergegeven, betreffen het aanvragen of behouden van een uitkering, maar ook het aanvragen of volgen van schuldbemiddeling of budgetbegeleiding. Verder dient een enkele DBK-cliënt zich bij het ontvangen van een leefloon te houden aan verschillende voorwaarden.

#### **5.3.2.7. Lichamelijke gezondheid**

Bij twee nieuwe DBK-cliënten en bij vijf oud-DBK-cliënten is voor dit levensdomein een doelstelling weergegeven. De noden van DBK-cliënten op dit levensdomein zijn divers en er worden verschillende diensten en organisaties weergegeven die hen hierbij kunnen helpen. Hepatitis, nierproblemen en slechte tandhygiëne zijn problemen waaraan gewerkt moet worden volgens de hulpverleningsplannen van enkele DBK-cliënten. Een enkele keer worden de vragen en noden met betrekking tot dit levensdomein gebundeld in één doelstelling. Om deze doel-

---

<sup>30</sup> GPMI-contract: hierbij worden doelstellingen vastgelegd omtrent maatschappelijke en/of professionele integratie van een begunstigde van het leefloon, voor wie tewerkstelling (nog) niet onmiddellijk mogelijk of wenselijk is.

stellingen te realiseren, worden verschillende diensten ingezet. Zowel het MSOC Gent, Wijkgezondheidscentra als ziekenhuizen worden genoemd in de hulpverleningsplannen. Voor enkele DBK-cliënten bleek het nodig om stappen te ondernemen om een SIS-kaart te bekommen.

#### **5.3.2.8. Alcohol**

In het hulpverleningsplan van slechts één oud-DBK-cliënt is een doelstelling weergegeven op het levensdomein 'alcohol'. Deze doelstelling betreft het inwinnen van een hulpverleningsadvies. Bij nieuwe DBK-cliënten komt een alcoholproblematiek meer expliciet naar voren (n=3), door de weergave van concrete doelstellingen op dit levensdomein of wordt ernaar verwezen binnen het levensdomein 'drugs'. Deze doelstellingen hebben betrekking op het volgen van ambulante hulpverlening, waarbij antabuse als aanvullend hulpmiddel kan ingezet worden. Er blijkt echter niet steeds voldoende aanbod van direct toegankelijke, specifieke ambulante alcoholhulpverlening die aansluit bij de noden van DBK-cliënten. Om die reden kiest één DBK-cliënt ervoor om te starten met informele hulpverlening, zoals deze geboden kan worden door de AA of andere vormen van zelfhulp.

#### **5.3.2.9. Woonst**

Wat 'woonst' betreft, is slechts bij enkele oud-DBK-cliënten een na te streven doelstelling terug te vinden in hun hulpverleningsplan. De achterliggende reden kan zijn dat men reeds een eigen woonruimte heeft of inwoont bij vrienden of familie. Bij oud-DBK-cliënten waarbij op dit levensdomein wel doelstellingen zijn weergegeven, komen er twee specifieke noden naar voren. De eerste nood is het bekomen van een eigen woonst, waarbij men vanuit een opvangcentrum of vanuit een tijdelijk adres zoekt naar een eigen woonst. De tweede nood betreft het ontvangen van ondersteuning bij het behouden en onderhouden van de eigen woning. Dit kan ondersteuning vanuit het OCMW zijn, met als doel regelmaat in het huishouden te brengen. Binnen de hulpverleningsplannen van nieuwe DBK-cliënten zijn nauwelijks doelstellingen op het vlak van huisvesting terug te vinden. Wanneer er wel een doelstelling in het hulpverleningsplan terug te vinden is, blijft deze eerder vaag.

### 5.3.2.10. Familie

Bij iets meer dan de helft van de oud-DBK-clienten is een doelstelling geformuleerd met betrekking tot het levensdomein 'familie'. Deze doelstelling heeft veelal betrekking op het behoud van contacten met de familie. Verder zijn er doelstellingen terug te vinden omtrent het opbouwen van contacten met de eigen kinderen. Bij nieuwe DBK-cliënten worden minder doelstellingen geformuleerd op dit levensdomein. Slechts één DBK-cliënt formuleert een zeer concrete doelstelling op dit vlak, namelijk het naleven van afspraken rond co-ouderschap.

### 5.3.2.11. Administratie

Voor de opgevolgde oud-DBK-cliënten waarbij een doelstelling is weergegeven m.b.t. dit levensdomein, wordt verwezen naar andere levensdomeinen. Zo wordt verwezen naar de ondersteuning die, op het vlak van inkomen en schulden, reeds verkregen wordt vanuit het OCMW of de thuislozenopvang. Van één DBK-cliënt is de verblijfsvergunning nog niet in orde en hierover is een doelstelling geformuleerd in het hulpverleningsplan. Dit probleem dient opgelost te worden voordat er gewerkt kan worden aan andere levensdomeinen zoals werk en inkomen. Bij nieuwe DBK-cliënten zijn nauwelijks zaken vermeld op dit levensdomein. Bij één DBK-cliënt wordt aangegeven dat de identiteitskaart in orde gebracht dient te worden.

### 5.3.2.12. Vrijtijdsbesteding

Bij twee van de opgevolgde oud-DBK-cliënten is een doelstelling weergegeven op dit levensdomein. Verder wordt bij één oud-DBK-cliënt aangegeven dat dit levensdomein voorlopig niet prioritair aan de orde is. Bij nieuwe DBK-cliënten waar een doelstelling op dit levensdomein in het hulpverleningsplan is vermeld, betreft het onder meer het behoud en de uitbreiding van de huidige vrijetijdsbesteding.

## 5.3.3. *De DBK-trajecten van (oud-)DBK-cliënten*

Naast de doelstellingen zoals deze zijn weergegeven in de hulpverleningsplannen, is gekeken naar de manier waarop DBK-cliënten de vooropgestelde doelstellingen al dan niet hebben nagestreefd en gerealiseerd. De focus ligt hierbij op het DBK-traject dat cliënten doorlopen en op de doelrealisatie binnen dit DBK-traject. Drie nieuwe DBK-cliënten hadden

geen hulpverleningsplan. Twee van hen zijn echter gedurende een bepaalde tijd opgevolgd door de DBK. Tijdens deze opvolging was tijd voorzien om, onder andere, aan de hand van oriëntatiegesprekken met de hulpverlening te achterhalen of de DBK-cliënt nood had aan een DBK-traject. Tijdens deze verkennende periode kwam de zaak van deze twee DBK-cliënten frequent voor de DBK en werd het verloop van de oriëntatiegesprekken opgevolgd. Bij deze twee DBK-cliënten bleek na verloop van tijd echter dat er geen problemen te situeren waren op de verschillende levensdomeinen. Hierdoor achtte men het niet nodig om een hulpverleningsplan op te stellen, aangezien er geen doelstellingen geformuleerd moesten worden op één of meerdere levensdomeinen. De derde DBK-cliënt zonder hulpverleningsplan was minder frequent aanwezig tijdens de zittingen en kon weinig duiding of bewijs geven omtrent de stappen die hij/zij had ondernomen, waardoor het DBK-traject werd afgerond nog voordat er een hulpverleningsplan was opgemaakt.

Wanneer de DBK-trajectgegevens van deze 15 DBK-cliënten worden geanalyseerd op basis van de aanwezigheid op zittingen en het nastreven van de vooropgestelde doelstellingen, kunnen deze ingedeeld worden in drie categorieën die hierna toegelicht worden.

De DBK-cliënten binnen de *eerste categorie* zijn frequent aanwezig bij zittingen en werken actief aan het realiseren van de vooropgestelde doelstellingen of werken actief mee aan het vooronderzoek dat nagaat of de opmaak van een hulpverleningsplan zinvol en noodzakelijk is. Bovendien is de situatie op de verschillende levensdomeinen veelal in orde van bij het begin van hun deelname aan de DBK en/of is er een duidelijke verbetering zichtbaar m.b.t. de situatie op de verschillende levensdomeinen doorheen het DBK-traject. Deze DBK-cliënten zijn nagenoeg altijd aanwezig tijdens de DBK-zittingen en leggen bewijs voor van hetgeen zij ondernemen.

Wanneer naar de DBK-trajecten gekeken wordt, wordt duidelijk dat twee van de zeven oud-DBK-cliënten frequent aanwezig waren bij zittingen en de doelstellingen binnen hun hulpverleningsplan actief hebben nagestreefd en ook veelal gerealiseerd hebben. Zij kunnen hiervan steeds bewijs voorleggen aan de rechter, zodat zichtbaar wordt welke stappen de DBK-cliënten hebben gezet. Het is opvallend dat deze DBK-cliënten gedurende lange tijd werden opgevolgd door de DBK, ondanks het gunstige verloop van hun vooropgestelde hulpverleningstraject. Bij de opvolging van nieuwe DBK-cliënten blijkt dat twee

van deze acht DBK-cliënten in staat zijn geweest om hun doelstellingen te realiseren. Deze DBK-cliënten zijn frequent aanwezig geweest tijdens de DBK-zittingen, maar hebben geen hulpverleningsplan opgemaakt. Na oriëntatiegesprekken bij de hulpverlening bleek het immers niet aangewezen om een hulpverleningsplan op te stellen, gezien in beide gevallen de gebruiksproblematiek waarvoor ze voor de DBK dienden te verschijnen onder controle leek. Deze DBK-cliënten ondervonden geen problemen op andere levensdomeinen en hadden gedurende de gehele DBK-periode huisvesting en werk. Eén cliënt koos er uiteindelijk voor om na deze oriëntatiegesprekken op vrijwillige basis drughulpverlening te blijven volgen.

De *tweede categorie* betreft DBK-cliënten die regelmatig aanwezig zijn geweest tijdens zittingen, regelmatig bewijs hebben voorgelegd van wat ze ondernemen en een deel van de vooropgestelde doelstellingen hebben nagestreefd en/of gerealiseerd. Zij streven enkele doelstellingen actief na en behalen hierbij het einddoel, terwijl andere doelstellingen in mindere mate zijn nagestreefd of het lukte hen niet deze te bereiken ondanks de nodige inzet. Deze doelstellingen blijven werkpunten doorheen het volledige DBK-traject of blijken na verloop van tijd niet haalbaar te zijn. Deze DBK-cliënten doorlopen het DBK-traject, maar stuiten daarbij op obstakels die hen belemmeren om alle doelstellingen volledig na te streven en hiermee hun levenssituatie op alle levensdomeinen te verbeteren. Twee oud-DBK-cliënten en drie nieuwe DBK-cliënten zijn er in geslaagd om een deel van de vooropgestelde doelstellingen na te streven. Toch zijn zij tijdens hun DBK-traject niet in staat gebleken om alle doelstellingen die binnen hun hulpverleningsplan waren vooropgesteld te realiseren. Uiteenlopende redenen worden hiervoor aangehaald. Zo worden soms doelstellingen nagestreefd tot op het punt waarop een DBK-cliënt vastloopt binnen de drughulpverlening, blijkt een hulpverleningsplan erg omvattend en uitgebreid waardoor gekozen wordt om bepaalde levensdomeinen eerst aan te pakken terwijl andere 'on hold' worden gezet, kent men een herval in gebruik of lijkt specifieke geschikte hulpverlening niet direct beschikbaar.

De *derde categorie* omvat DBK-cliënten waarbij, zelfs na verloop van tijd, nauwelijks verbetering merkbaar is in de veelal problematische situatie op diverse levensdomeinen. Het betreft DBK-cliënten die veelal niet aanwezig zijn bij zittingen, nauwelijks bewijs kunnen voorleggen van hun activiteiten en er niet in slagen de vooropgestelde doelstellingen na

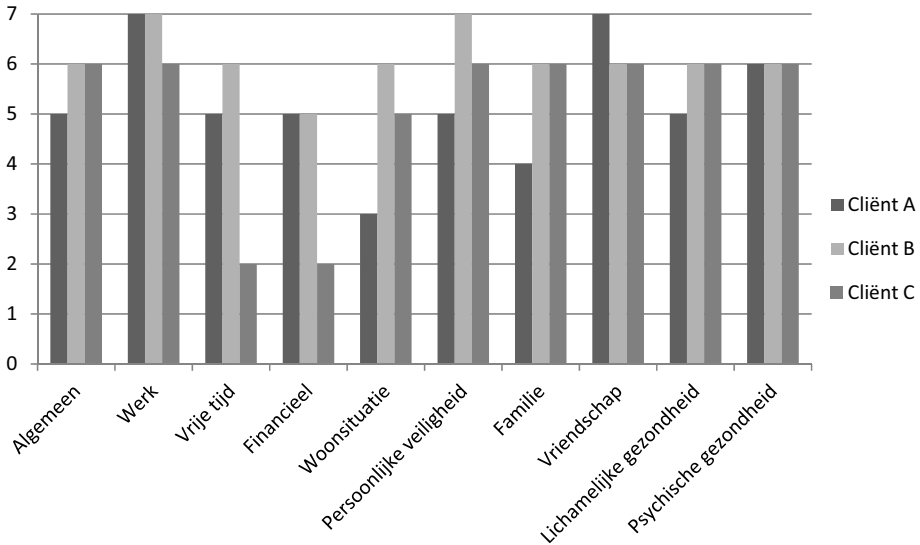
te streven of te realiseren. Drie oud en drie nieuwe DBK-cliënten behoren tot deze categorie. Eén cliënt was niet in staat de vooropgestelde doelstellingen te realiseren doordat hij/zij in de gevangenis verbleef (in verband met een ander lopend onderzoek). Andere DBK-cliënten waren wel in de mogelijkheid om de doelstellingen na te streven, maar toch is dit hen niet gelukt. Met betrekking tot bepaalde doelstellingen geven DBK-cliënten zelf aan dat zij problemen ondervinden om deze na te streven, anderzijds geeft men bij bepaalde doelstellingen aan dat men hier actief aan wil werken, maar bewijs hiervoor blijft keer op keer uit. Dit bewijs is voor de rechter echter van groot belang om de geloofwaardigheid en motivatie van de DBK-cliënt na te gaan. Waar bij de oud-DBK-cliënten die weinig doelen leken na te streven of konden realiseren het DBK-traject nog gedurende enkele maanden is opgevolgd, werden de DBK-trajecten van nieuwe DBK-cliënten sneller beëindigd. Ofwel omdat de DBK-cliënt zelf aangaf niet verder te willen gaan in het DBK-traject, ofwel omdat de rechter besliste het DBK-traject af te ronden.

#### 5.3.4. *Kwaliteit van leven van DBK-cliënten*

Voor een subgroep van acht geïnterviewde (oud-)DBK-cliënten is getracht inzicht te verkrijgen in de subjectieve kwaliteit van leven door middel van afname van de MANSA. Twee oud-DBK-cliënten zijn bevraagd na afloop van het DBK-traject, terwijl zes nieuwe DBK-cliënten zijn bevraagd in het DBK-traject. De verzamelde data zijn weergegeven in de grafieken 5.1 tot 5.4. In de grafieken 5.1 t.e.m. 5.3 betreffen de data slechts één meting van de MANSA. Grafiek 5.4 betreft alle metingen van de MANSA, daar sommige nieuwe cliënten tweemaal bevraagd werden. Bij de bespreking van de resultaten m.b.t. kwaliteit van leven, zijn de respondenten ingedeeld volgens de eerder genoemde categorieën m.b.t. het verloop van het DBK-traject.

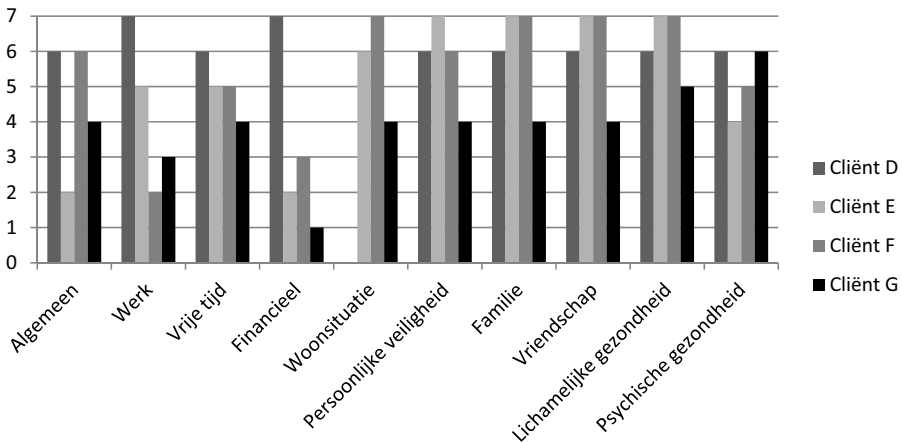
Over het algemeen scoren de DBK-cliënten uit de eerste categorie vrij hoog op de verschillende levensdomeinen (cf. grafiek 5.1). Wanneer ontevredenheid (<4) blijkt, houdt dit vooral verband met de wens om de situatie op een bepaald levensdomein (verder) te optimaliseren. Deze ontevredenheid heeft bij één DBK-cliënt betrekking op de woon-situatie, welke deze DBK-cliënt zou wensen te verbeteren. Een andere DBK-cliënt uit ontevredenheid met betrekking tot zijn vrijetijdsbesteding en financiële situatie. Hierbij geeft de DBK-cliënt aan dat met zijn/

**Grafiek 5.1:** Uitkomsten MANSА DBK-clіentен categorie 1: frequent aanwezig en doelstellingen gerealiseerd (n= 3)



haar nakende tewerkstelling, wellicht verbetering zal optreden op deze levensdomeinen.

**Grafiek 5.2:** Uitkomsten MANSА DBK-clіentен categorie 2: aanwezig en een deel van de doelstellingen gerealiseerd (n= 4)

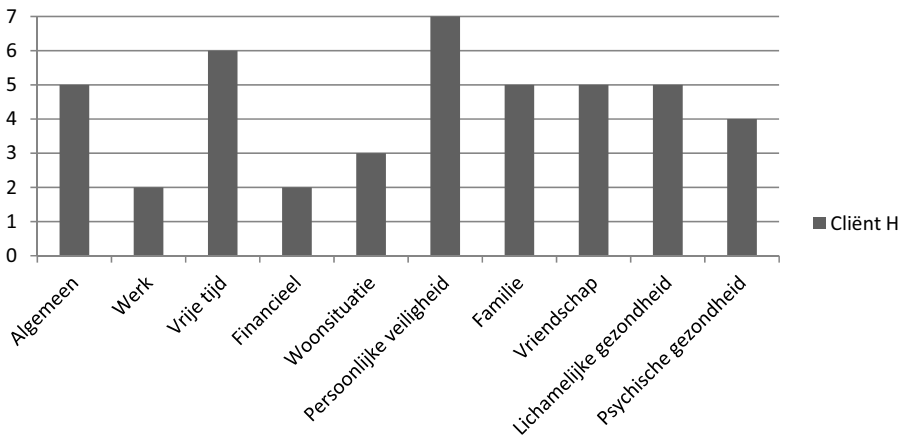


Grafiek 5.2. laat een gevarieerd beeld zien van de ervaren tevredenheid van DBK-clіentен uit de tweede categorie m.b.t. verschillende levensdomeinen. Clіent D geeft op de verschillende levensdomeinen tevre-



denheid weer. Binnen het levensdomein ‘woonsituatie’ geeft deze DBK-cliënt bij de eerste meting geen score weer. De DBK-cliënt geeft aan zich op het moment van de eerste meting in een wisselende woon-situatie te bevinden en wenst daarom geen uitspraak te doen over de tevredenheid binnen dit levensdomein. Bij andere DBK-cliënten is een gemengd beeld te vinden waarbij ontevredenheid op enkele levensdo- meinen valt waar te nemen. Voornamelijk binnen de levensdomeinen ‘financieel’ en ‘werk’ komt minder tevredenheid naar voren. Maar ook binnen andere levensdomeinen komt een gevarieerd beeld naar voren hoewel de tendens veelal eerder positief lijkt te zijn.

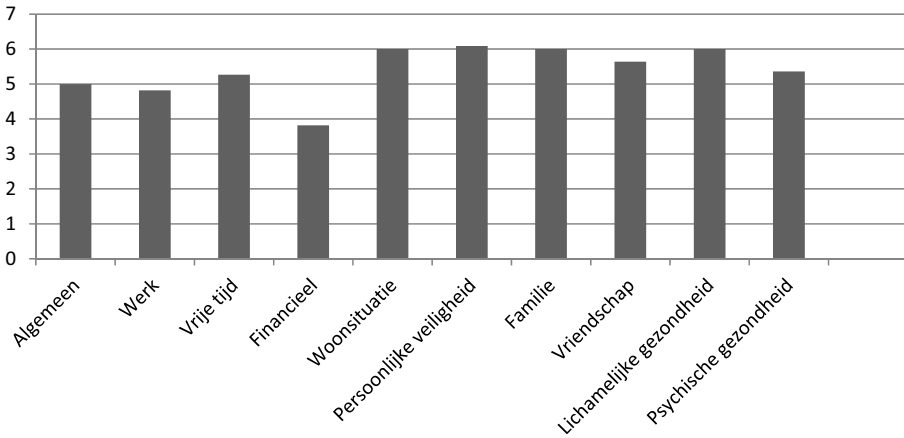
**Grafiek 5.3:** *Uitkomsten MANSA DBK-cliënt categorie 3: weinig aanwezig en nauwelijks doelstellingen gerealiseerd (n= 1)*



Gezien slechts één DBK-cliënt uit de derde categorie is bevraagd omtrent zijn/haar kwaliteit van leven, geeft dit slechts een fragmentair beeld. Deze DBK-cliënt is over het algemeen eerder tevreden met zijn/ haar leven. Op de levensdomeinen ‘werk’, ‘financiële situatie’ en ‘woonsituatie’ is eerder ontevredenheid weergegeven. Voor andere DBK-cliënten binnen deze categorie was het niet mogelijk een zicht te krijgen op hun perspectief op hun kwaliteit van leven.

Om de zelfgerapporteerde kwaliteit van leven tussen DBK-cliënten te vergelijken, is ervoor gekozen enkel de DBK-cliënten uit de eerste en de tweede categorie te betrekken, waarbij zowel meetmoment 1 als meet- moment 2 zijn meegenomen.

**Grafiek 5.4:** Gemiddelde uitkomsten MANSA DBK-cliënten categorie 1 en 2 (n= 7)



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat de laagste gemiddelde scores terug te vinden zijn voor de levensdomeinen ‘financiële situatie’ en ‘werk’. Met betrekking tot de andere levensdomeinen geven de gemiddelde scores aan dat DBK-cliënten over het algemeen eerder tevreden zijn over hun kwaliteit van leven en deze op bepaalde deeldomeinen.

### 5.3.5. *Het gerechtelijk traject van oud-DBK-cliënten*

Om zicht te krijgen op het gerechtelijk traject dat DBK-cliënten na hun DBK-traject hebben doorlopen, is ervoor gekozen om de gerechtelijke dossiers van de zeven geselecteerde oud-DBK-cliënten te analyseren. Tevens is gekeken naar informatie met betrekking tot andere levensdomeinen om een inschatting te kunnen maken van de globale leefsituatie van DBK-cliënten vanaf het beëindigen van het DBK-traject tot het moment van dossierinzage in november 2012. Wanneer we deze zeven DBK-cliënten indelen volgens de hierboven vermelde categorieën, blijken volgende resultaten. Opnieuw dient er op gewezen te worden dat het om zeer beperkte aantallen gaat, waardoor generalisatie op basis van deze data niet mogelijk is.

Voor de twee opgevolgde oud-DBK-cliënten die frequent aanwezig waren op zitting en de vooropgestelde doelstellingen tijdens het DBK-traject hebben gerealiseerd, werden geen nieuwe strafrechtelijke feiten vastgesteld op basis van het gerechtelijk dossier tijdens de periode na de afronding van het DBK-traject (2011) tot eind november 2012. Twee

**Tabel 5.3:** *Gerechtigd traject oud-DBK-cliënten na afronding van hun DBK-traject (n=7)*

<b>Categorie DBK-cliënten 2010-2011</b>	<b>Gerechtigd dossier vanaf afronding DBK</b>
DBK-cliënten die frequent aanwezig geweest zijn bij zittingen en doelstellingen nagestreefd en/of behaald hebben: twee DBK-cliënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beide DBK-cliënten hebben geen nieuwe feiten gepleegd na DBK-afronding</li> </ul>
DBK-cliënten die frequent aanwezig geweest zijn bij zittingen en een deel van alle vooropgestelde doelstellingen nagestreefd en/of gerealiseerd hebben: twee DBK-cliënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eén DBK-cliënt: zaak zonder gevolg na DBK-afronding</li> <li>• Eén DBK-cliënt: meerdere zaken met bestraffing tot gevolg na DBK-afronding</li> </ul>
DBK-cliënten die veelal niet aanwezig geweest zijn bij zittingen en er niet in geslaagd zijn om vooropgestelde doelstellingen na te streven en/of te realiseren: drie DBK-cliënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eén DBK-cliënt: zaak zonder gevolg na DBK-afronding</li> <li>• Twee DBK-cliënten: meerdere zaken met bestraffing tot gevolg na DBK-afronding</li> </ul>

van de zeven oud-DBK-cliënten waren frequent aanwezig bij zittingen, maar realiseerden slechts een deel van de vooropgestelde doelstellingen. Bij beide DBK-cliënten werden nieuwe strafrechtelijke feiten gerapporteerd in het gerechtelijk dossier na afronding van het DBK-traject. Opvallend hierbij is dat één DBK-cliënt, die voor deelname aan de DBK een lang strafverleden kende, na het DBK-traject enkel nog met justitie in aanraking is gekomen met betrekking tot een zaak die uiteindelijk is geklasseerd. Vergeleken met de periode voor de DBK-deelname is er dan ook een grote verandering merkbaar op het vlak van gepleegde feiten. De andere DBK-cliënt, die eveneens voor de DBK-deelname reeds verscheidene feiten had gepleegd, pleegde na de DBK-eindzitting nieuwe feiten (voornamelijk diefstallen) en werd hiervoor bestraft met een geldboete en een werkstraf.

Bij de drie oud-DBK-cliënten die weinig aanwezig waren bij de zittingen en die hun doelstellingen niet realiseerden, werden nieuwe feiten teruggevonden in het gerechtelijk dossier van de betrokkenen sinds de afronding van het DBK-traject. Voor één van de DBK-cliënten betrof het een eenmalig feit, dat zonder verder gevolg is gebleven en een nog lopende zaak. De overige twee DBK-cliënten hebben sinds hun DBK-traject nieuwe feiten gepleegd, waarvoor zij voor de rechtbank dienden te verschijnen. Bij één van hen werd een gevangenisstraf uitgesproken, vooral omwille van diefstallen. Bij de andere DBK-cliënt betreft het voornamelijk druggerelateerde feiten, met een werkstraf en een boete als gevolg.

## 5.4. Bespreking van de resultaten

Op basis van de hulpverleningsplannen en trajecten van 15 DBK-cliënten is nagegaan welke doelstellingen vooropgesteld worden binnen hulpverleningsplannen en op welke manier DBK-cliënten hun DBK-traject doorlopen en hierbij hun doelstellingen al dan niet realiseren.

### 5.4.1. *Doelstellingen binnen de hulpverleningsplannen van DBK-cliënten*

Hulpverleningsplannen van de opgevolgde DBK-cliënten – welke door DBK-cliënten samen met de liaison opgemaakt worden bij start van hun DBK-traject waarbij een beroep gedaan wordt op hulpverleningsactoren, gericht op de aanpak van problemen op verschillende levensdomeinen – omvatten uiteenlopende doelstellingen. Het format van het hulpverleningsplan, met daarin verschillende levensdomeinen, is vooraf vastgelegd. Echter, dit vaststaand format vormt slechts het uitgangspunt van waaruit de DBK-cliënt zelf zijn hulpverleningsplan gaat vormgeven. Geen enkel hulpverleningsplan is dan ook identiek aangezien de invulling afhangt van de noden en behoeften die DBK-cliënten hebben, het hulpverleningsplan is geïndividualiseerd en op maat.

Gezien het voorgestructureerde hulpverleningsplan aangeeft welke levensdomeinen de DBK belangrijk acht, is het onduidelijk of de geformuleerde doelstellingen steeds weergeven wat DBK-cliënten zelf willen bereiken of dat zij eerder weergeven wat de DBK-actoren wenselijk achten dat zij bereiken. De liaisons gaan tijdens gesprekken met de DBK-cliënt na op welke levensdomeinen de DBK-cliënt problemen ervaart en welke ondersteuning hierbij wenselijk is. Het is dan ook zaak dat de DBK-cliënten zelf, in samenspraak met hun liaison, aangeven welke doelstellingen zij op welke levensdomeinen willen nastreven. De liaisons zijn hierbij de vormgevers van het hulpverleningsplan, wat naar voren komt uit het jargon dat gehanteerd wordt in de hulpverleningsplannen. Door het opstellen van cliëntspecifieke, individuele doelstellingen wordt tegemoet gekomen aan de persoonlijke noden en behoeften van DBK-cliënten (Logan et al., 2004). Bij de invulling van de hulpverleningsplannen worden ook een aantal verschillen duidelijk. Het gaat hierbij zowel om het weergeven van na te streven doelstellingen als om het weergeven van de stand van zaken m.b.t. verschillende levensdomeinen. Bij dit laatste wordt geen probleemaanpak omschre-

ven, maar betreft het de weergave van hoe de situatie op dat moment is. Door de stand van zaken weer te geven op een bepaalde levensdomein, wordt er achtergrondinformatie verschaft. Het gaat hierbij dus niet om na te streven doelstellingen die opgevolgd dienen te worden.

De geformuleerde doelstellingen zijn niet steeds transparant. In sommige hulpverleningsplannen zijn (tussen)stappen terug te vinden die gezet moeten worden om een bepaalde doelstelling te realiseren, terwijl in andere hulpverleningsplannen enkel einddoelen vooropgesteld worden zodat niet steeds duidelijk te achterhalen is op welke manier DBK-cliënten aan deze doelstellingen dienen te werken. Bepaalde doelstellingen zijn bovendien niet van die aard dat ze direct leiden tot het aanpakken van bepaalde problemen. Zo is binnen het levensdomein '*justitie*' frequent de doelstelling "contact onderhouden met de liaison" terug te vinden. Dit is niet zozeer een doelstelling die gericht is op de aanpak van problemen binnen het levensdomein '*justitie*', maar eerder een voorwaarde en een middel om een werkrelatie tussen de DBK-cliënt en de liaison tot stand te laten komen en te onderhouden. Het betreft dan ook veeleer een manier om retentie te realiseren dan een op zichzelf staande doelstelling waarmee aan problematiek gewerkt kan worden.

Binnen de hulpverleningsplannen van DBK-cliënten blijven verscheidene levensdomeinen oningevuld. Uit onderzoek van De Keulenaer en Thomaes (2011) is eerder gebleken dat het levensdomein '*vrijtijdbesteding*' het minst naar voren komt binnen de DBK-plannen. Om na verloop van tijd een meer kwaliteitsvol leven te kunnen leiden, zijn alle levensdomeinen binnen het plan – ook die waarbij minder frequent doelstellingen worden weergegeven – voor DBK-cliënten van belang (Laudet, 2008; Laudet & White, 2008; Laudet et al., 2009). Wellicht spelen al deze levensdomeinen in het leven van de DBK-cliënt een belangrijke rol, maar zijn ze binnen de setting van de DBK niet van prioritair belang. Een DBK-traject betreft immers een relatief korte periode waarin men gaat werken aan de grootste probleemgebieden. Het lijkt dan ook niet nodig om op alle levensdomeinen doelstellingen weer te geven, maar het is wel belangrijk dat nauwgezet wordt nagegaan op welke levensdomeinen de (grootste) problemen te situeren zijn, zodat hieraan gewerkt kan worden tijdens het DBK-traject. Tevens kan verwacht worden dat de situatie op andere levensdomeinen positief zal evolueren, wanneer de situatie op zogenaamde 'hoofdlevensdomeinen'

verbetert, waardoor geen afzonderlijke doelstellingen geformuleerd moeten worden op alle levensdomeinen.

#### 5.4.2. *Druggebruik, criminaliteit en psychische problematiek*

Het verband tussen middelengebruik en criminaliteit is reeds veelvuldig aangetoond (Maden, Swinton & Gunn, 1992; Hall, Bell & Charless, 1993; Best et al., 2001; Gossop et al., 2005). Gezien de DBK gericht is op druggebruikende delinquenten, is binnen de hulpverleningsplannen steeds aandacht voor het levensdomein 'drug' en/of 'alcohol'. Binnen deze levensdomeinen gaan DBK-cliënten voornamelijk op zoek naar ambulante begeleiding. Het blijkt echter niet steeds mogelijk om geschikte hulpverlening te vinden, die aansluit bij iemands specifieke problematiek. Bijgevolg kan het zijn dat een DBK-cliënt een periode moet overbruggen, waarin op zoek gegaan wordt naar en er een wachttijd is voor de meest geschikte hulpverlening. Wellicht wordt het DBK-traject van de DBK-cliënt hierdoor vertraagd, omdat er niet specifiek tegemoet gekomen kan worden aan de specifieke problematiek van de DBK-cliënt.

Urinecontroles worden in een aantal hulpverleningsplannen vermeld als een middel om het druggebruik te controleren. Er zijn echter weinig plaatsen waar DBK-cliënten onder supervisie een urinecontrole kunnen laten uitvoeren. Verder vormen urinecontroles een financiële last voor DBK-cliënten. Ondanks de vraag van de DBK naar urinecontroles, streeft de DBK niet direct abstinentie na (McLellan, 2002). De doelstellingen binnen hulpverleningsplannen geven hier enerzijds aan dat urinecontroles nodig zijn om te achterhalen of DBK-cliënten nog drugs gebruiken. Anderzijds, als blijkt dat DBK-cliënten nog gebruiken, zal dit niet meteen leiden tot stopzetting van het DBK-traject. DBK-cliënten krijgen meer dan één kans en herval wordt als een deel van het herstelproces gezien. Er dient echter wel progressie merkbaar te zijn met betrekking tot het verminderen van gebruik.

Indien drugs- en psychische problemen samengaan, worden deze best samen aangepakt (Freeman, 2003; Ridgely, Goldman & Willenbring, 1990; Woody 1996; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998). Bij een aantal DBK-cliënten is gebleken dat middelenmisbruik en psychische problemen samen voorkomen. De doelstellin-

gen van deze DBK-cliënten maken duidelijk dat meestal getracht wordt om de problemen op beide levensdomeinen gelijktijdig aan te pakken. Doelstellingen verwijzen naar de gelijktijdige behandeling van zowel middelenmisbruik als psychische gezondheid in één behandelsetting.

#### 5.4.3. *Belang van woonst, werk en familie bij DBK-cliënten*

Wat betreft woonst zijn er verscheidene noden terug te vinden, waaronder het bekomen van een eigen woonst en het krijgen van ondersteuning bij het houden en onderhouden van deze eigen woonst. Uit onderzoek is het belang van stabiele huisvesting gebleken, gezien dit een beschermende factor is op het vlak van recidive na het beëindigen van een DBK-programma (Gossop et al., 2005).

Binnen het levensdomein '*werk*' is vast te stellen dat enkele DBK-cliënten werk hebben op bepaalde momenten tijdens het DBK-traject, sommigen gedurende de gehele DBK-periode. Voor DBK-cliënten zonder werk betreft het op zoek gaan naar werk vaak een doelstelling. Dit is van groot belang voor DBK-cliënten, aangezien werkloosheid een voorspeller is van recidive na afronding van een DBK-traject (Brown, 2010). Naast doelstellingen op het vlak van werk, worden zowel rond inkomen als schulden verschillende doelstellingen geformuleerd in de hulpverleningsplannen van DBK-cliënten. Veel DBK-cliënten hebben nood aan een vorm van gestructureerde dagbesteding, bijvoorbeeld onder de vorm van werk, maar ook een stabiele(re) financiële situatie is van belang.

Wat betreft '*familie*' zijn de doelstellingen vooral gericht op het onderhouden en opbouwen van contacten met familie en meer specifiek met de kinderen. Volgens Evans, Li en Hser (2009) vormt het samenleven met kinderen een beschermende factor, gezien het drop-out uit behandelprogramma's zoals de DBK kan verminderen. Het kan voor DBK-cliënten dan ook van groot belang zijn dat ze opnieuw contact kunnen opbouwen met hun kinderen. Echter, vanuit de DBK wordt er soms van DBK-cliënten verwacht dat zij eerst zelf stabiliteit bekomen in hun leven, voordat zij opnieuw in contact treden met hun kinderen. Het belang van het kind staat hierbij voorop. De schadelijke effecten en risico's verbonden aan ouderlijk middelenmisbruik voor opgroeiende kinderen zijn reeds gerapporteerd in de literatuur (Vanderplasschen,

Autrique & De Wilde, 2010; Walsh, MacMillan & Jamieson, 2003; Das Eiden, Leonard & Morrissey, 2001). Daarom is het belangrijk dat ouders vooreerst zelf stabiliteit vinden in hun leven, zowel op vlak van middelengebruik als op het vlak van ermee samenhangende problemen. Daarna kan gekeken worden hoe, met oog voor het belang van het kind en de ouder, contact opgebouwd of verder onderhouden kan worden.

#### **5.4.4. *Geen hulpverleningsplan, geen probleem?***

Voor drie nieuwe DBK-cliënten is er geen hulpverleningsplan opge maakt. Dit omdat na enkele oriëntatiegesprekken gebleken is dat het voor twee van hen niet nodig was hulpverlening in te schakelen en een derde DBK-cliënt haakte af nog voor een hulpverleningsplan werd opgesteld. Er wordt bij aanvang van een DBK-traject steeds van uitgegaan dat deelnemers een drugprobleem hebben. Om deze reden dienen alle DBK-cliënten doelstellingen vorm te geven betreffende alcohol- of druggebruik. Uit onderzoek van DeMatteo en collega's (2009) is gebleken dat bij een aanzienlijk percentage (30%) van de DBK-deelnemers geen sprake is van klinische 'afhankelijkheid'. Indien vanuit een DBK-programma een te intensieve behandeling wordt aangeboden aan DBK-cliënten die geen afhankelijkheidsprobleem hebben, verhoogt de kans op drop-out en is dit geen efficiënte besteding van hulpverleningsmiddelen (DeMatteo et al., 2009). Omgekeerd kan gesteld worden dat het verwijzen van DBK-cliënten voor een oriënterend hulpverleningsgesprek een goede praktijk is om in te schatten of en welke vorm van hulpverlening iemand nodig heeft.

#### **5.4.5. *Impact van de DBK op DBK-cliënten en het afgelegde traject***

Binnen dit onderzoek konden drie categorieën van DBK-cliënten onderscheiden worden. De eerste groep betreft DBK-cliënten die frequent aanwezig zijn en hun doelstelling actief nastreven en/of behalen. De tweede categorie omvat DBK-cliënten die veelal aanwezig zijn bij DBK-zittingen en een deel van hun doelstellingen actief nastreven en/of behalen, terwijl ze met betrekking tot andere doelstellingen moeilijkheden ervaren om deze na te streven. Deze doelen blijven dan ook werkpunten doorheen het gehele DBK-traject of ze blijken na verloop van tijd zelfs helemaal niet haalbaar te zijn voor de DBK-cliënt. De derde



groep betreft DBK-cliënten die niet frequent aanwezig zijn bij DBK-zittingen en die niet succesvol zijn in het nastreven en behalen van de vooropgestelde doelstellingen. De DBK is in staat om DBK-cliënten te betrekken bij en vervolgens te houden in behandelprogramma's en -diensten (Belenko, 1998), hoewel dit slechts een deel van de DBK-cliënten betreft. Met betrekking tot positieve afronding binnen DBKs spreekt het ene onderzoek van 65% van de participanten die het programma succesvol afrondt (Fielding, Tye, Ogawa, Imam & Long, 2002), terwijl het in ander onderzoek gaat om 15,6% (Newton-Taylor, Patra & Glikman, 2009). Binnen de huidige DBK-steekproef (n=15), kennen vier DBK-cliënten een DBK-traject binnen de eerste categorie en vijf DBK-cliënten een DBK-traject binnen de tweede categorie.

Uit de analyse van de DBK-trajecten komt naar voor dat vier van de 15 respondenten in de eerste categorie ingedeeld kunnen worden. Zij kunnen steeds bewijs van hun vorderingen voorleggen aan de rechter, zodat zichtbaar wordt welke stappen ze hebben gezet. Deze DBK-cliënten hebben gedurende het DBK-traject een dak boven hun hoofd, wat een positieve invloed heeft op het aantal veroordelingen na DBK-deelname (Gossop et al., 2005). Opmerkelijk is dat bij oud-DBK-cliënten die een DBK-traject binnen deze eerste categorie doorlopen hebben, geen nieuwe feiten werden vastgesteld in het gerechtelijk dossier. Mogelijk hadden deze DBK-cliënten een minder zware problematiek bij aanvang van het DBK-traject (Hough, 2002; DeMatteo et al., 2009).

Vijf DBK-cliënten, die een traject binnen de tweede categorie hebben doorlopen, zijn er in geslaagd om doelstellingen op enkele levensdomeinen te realiseren, maar toch zijn zij niet in staat gebleken om alle doelstellingen te behalen. Redenen hiervoor zijn uiteenlopend, maar niet steeds duidelijk te achterhalen. Bij sommige DBK-cliënten speelt hervat hierin een belangrijke rol, bij andere blijkt het hulpverleningsplan te omvattend en uitgebreid. Men kan er dan beter voor kiezen zich te focussen op specifieke levensdomeinen om, eens deze op de rails zijn, aan de slag te gaan met andere levensdomeinen.

De overige DBK-cliënten slagen er niet in om naar de doelstellingen binnen hun hulpverleningsplan toe te werken en kunnen hiervan ook nauwelijks bewijzen voorleggen. Deze groep vormt de derde categorie. Hun hulpverleningsplannen zijn veelal omvangrijk, wat kan duiden op een aanzienlijke problematiek en ongunstige leefomstandigheden. Deze veelal omvangrijke hulpverleningsplannen sluiten echter niet

steeds aan bij de motivatie, de noden en de capaciteiten van de DBK-cliënten. Naast het misbruikte middel, zijn werkloosheid, lage scholingsgraad en een verleden van misdrijven de belangrijkste risicofactoren voor het niet slagen van een DBK-traject (Brown, 2010). Personen die afhaken in DBKs zouden een lagere motivatie voor behandeling hebben, zouden minder behoefte hebben aan hulp en zouden zich ook minder vaak klaar voelen voor behandeling (Evans et al., 2009). Op de motivatie van DBK-cliënten heeft men binnen de DBK niet steeds volledig zicht, zeker niet bij het begin van een traject. Bijgevolg is het niet evident in te spelen op deze risicofactoren. De opgevolgde oud-DBK-cliënten die in de derde categorie ingedeeld werden, zijn allen in aanraking gekomen met justitie na hun DBK-deelname, al dan niet met bestraffing tot gevolg. Doordat zij niet vaak opdaagden en niet in staat leken de vooropgestelde doelstellingen te realiseren, heeft de DBK wellicht slechts beperkte invloed gehad op hen en op hun middelengebruik, delinquentie en ander levensdomeinen.

Naast het verminderen van druggebruik, zijn de hulpverleningsplannen gericht op verbetering van de kwaliteit van leven door te werken aan problemen op verschillende levensdomeinen zoals woonst, werk, financiën, familie en gezondheid (May, 2008). Door DBK-cliënten de mogelijkheid te geven om te werken aan problemen die zij op verschillende levensdomeinen ervaren, is het mogelijk om de kwaliteit van leven m.b.t. specifieke levensdomeinen maar ook de algemene kwaliteit van leven te verhogen. Vooral DBK-cliënten die ingedeeld werden in de eerste categorie (frequent aanwezig op zittingen en hoge doelrealisatie) rapporteren een hoge mate van tevredenheid met hun kwaliteit van leven. Een lagere tevredenheid op bepaalde levensdomeinen, houdt meestal verband met het feit dat men de situatie op deze levensdomeinen wenst te optimaliseren. Bij DBK-cliënten die in de tweede en derde categorie ingedeeld werden, vallen met name de lagere tevredenheidsscores op het vlak van de levensdomeinen 'werk' en 'financiële situatie' op.

## **5.5. Beperkingen van het onderzoek**

De gebruikte onderzoeksopzet heeft een aantal beperkingen die hieronder vermeld worden. Met betrekking tot de hulpverleningsplannen en DBK-trajecten van Gentse DBK-cliënten valt op dat door te focussen op

de hulpverleningsplannen zoals deze worden opgesteld door DBK-cliënten en liaisons en op informatie verzameld tijdens de DBK-zittingen, enkel de basisproblematiek van DBK-cliënten wordt weergegeven. Dit biedt slechts een fragmentair beeld van de DBK-cliënt en diens problemen en mogelijkheden, en hoe hij/zij met deze problemen omgaat. Een tweede beperking betreft de grote drop-out van oud-DBK-cliënten uit het onderzoek, waardoor slechts een klein aantal respondenten is bevraagd aan de hand van de MANSA. Bovendien is het niet bij alle nieuwe DBK-cliënten gelukt om tweemaal dit instrument af te nemen. Dit maakt dat de MANSA slechts bij een klein aantal respondenten is ingevuld, waardoor de bekomen resultaten een weergave zijn van de ervaringen van een selecte groep DBK-cliënten die niet gegeneraliseerd mogen worden. Een derde beperking betreft het gegeven dat de meeste nieuwe DBK-cliënten het DBK-traject doorlopen hebben bij één specifieke rechter en parketmagistraat. Dit in tegenstelling tot oud-DBK-cliënten, waarbij de geselecteerde DBK-cliënten met beide DBK-rechters en -parketmagistraten in contact kwamen. De wijze van opvolging en bejegening zou van invloed kunnen zijn op de manier waarop DBK-cliënten hun DBK-traject vormgeven en doorlopen. Ten slotte dient er aandacht te zijn voor de lopende juridische procedures die teruggevonden zijn in gerechtelijke dossiers van verscheidene oud-DBK-cliënten. Hierover was meestal geen informatie aanwezig in de dossiers, wat een onvolledig beeld geeft. Lopende zaken kunnen immers zonder gevolg worden gelaten, of ze kunnen – op basis van verder onderzoek en voldoende bewijsmateriaal – leiden tot een nieuwe veroordeling.

## **5.6. Algemeen besluit**

Concluderend kan gesteld worden dat er grote verschillen zijn tussen de doelstellingen die vermeld worden in de hulpverleningsplannen van DBK-cliënten. Ieder plan is uniek, aangepast aan de specifieke en individuele noden van de DBK-cliënt. Anderzijds zijn er verschillende levensdomeinen waarover bij nagenoeg alle DBK-cliënten een doelstelling geformuleerd is in het hulpverleningsplan, bijvoorbeeld met betrekking tot middelenmisbruik, werk en inkomen. De manier waarop DBK-cliënten deze doelstellingen wensen te realiseren (de strategie) varieert sterk, evenals de realisatie van deze doelstellingen. Sommige DBK-cliënten slagen erin om nagenoeg alle doelstellingen te realiseren,

terwijl dit bij andere DBK-cliënten slechts ten dele of helemaal niet lukt. Uiteenlopende factoren spelen een rol bij het al dan niet realiseren van de vooropgestelde doelstellingen, niet in het minst een aantal individuele kenmerken. Toch spelen ook de rechter, de liaisons, de hulpverlening en de directe leefomgeving van DBK-cliënten een belangrijke rol bij het al dan niet realiseren van de vooropgestelde doelstellingen. Het DBK-traject dat DBK-cliënten afleggen vanaf het indienen van hun hulpverleningsplan tot het al dan niet behalen van doelstellingen is even divers. Dit onderzoek biedt een eerste inzicht in de doelstellingen van DBK-cliënten en de weg die ze afleggen om deze doelstellingen te bereiken, maar laat geen veralgemeenbare conclusies toe naar de ruimere populatie van DBK-cliënten (Tromp & Rietmeijer, 1989), gezien de beperkte steekproef. Door beter zicht te krijgen op de doelstellingen van DBK-cliënten en hoe ze er in slagen om hun doelstellingen te behalen, kan naar de toekomst toe beter ingespeeld worden op individuele situaties van DBK-cliënten.

## Hoofdstuk 6 ERVARINGEN EN PERSPECTIEVEN VAN HULPVERLENERS EN DBK-CLIËNTEN OP DE GENTSE DRUGBEHANDELINGSKAMER

*Anne Dekkers & Wouter Vanderplasschen*

### 6.1. Inleiding

Het is belangrijk om zicht te krijgen op de ervaringen die hulpverlenende actoren hebben met betrekking tot de DBK en DBK-cliënten, gezien de DBK enkel kan bestaan mits de medewerking van uiteenlopende hulpverlenende actoren. Wanneer DBK-cliënten ervoor kiezen om in het DBK-traject te stappen, stellen zij in samenspraak met de liaison een hulpverleningsplan op waarin ze aangeven aan welke doelstellingen in de verschillende levensdomeinen zij zullen gaan werken. Naast een bevraging van hulpverlenende actoren, is het aangewezen DBK-cliënten te bevragen. DBK-cliënten ondervinden de werking van de DBK en kunnen zicht geven op ervaren sterktes en obstakels. Aan de hand van de bekomen inzichten vanuit de hulpverlening en de DBK-cliënten kan de werking van de DBK verder geoptimaliseerd worden door het uitbouwen van de sterktes en het aanpassen van de uitdagingen. In dit hoofdstuk wordt door middel van semigestructureerde diepte-interviews inzicht verworven in ervaringen van hulpverleners en (oud-)DBK-cliënten.

De doelstelling van dit hoofdstuk is inzicht verwerven in de ervaringen van druggebruikende beklagden die doorverwezen werden naar de hulpverlening, met specifieke aandacht voor de ervaringen vanuit de hulpverleningssector. Volgende onderzoeksvragen staan hierbij voorop:

- Wat is de perceptie van betrokken hulpverleners met betrekking tot deze vorm van justitiële drang, het aantal DBK-cliënten binnen hun organisatie sinds de start van de DBK, de geboden hulpverlening aan DBK-cliënten en het mogelijke effect van de DBK op wachtlijsten en de ervaren werklast?

- Wat is de perceptie van (oud-)DBK-cliënten wat betreft de gang van zaken binnen de DBK, de contacten met de liaison en de hulpverlening?

## 6.2. Methodologie

### 6.2.1. Onderzoeksopzet

Voor dit hoofdstuk is een steekproef genomen van in totaal 22 hulpverleningsactoren die frequent in contact komen met DBK-cliënten. Het betreft 11 hulp- en dienstverleningsactoren die drugspecifieke hulpverlening bieden en 11 hulp- en dienstverleningsactoren die niet-drugspecifieke hulp verlenen. Daarnaast zijn ook de twee liaisons van de DBK geselecteerd voor bevraging. De selectie van deze hulpverleningsactoren heeft plaatsgevonden op basis van de gegevens uit de procesevaluatie (Colman et al., 2011). Aanvullend hierop zijn de liaisons van de DBK gecontacteerd om de geïdentificeerde hulpverleningsactoren aan te vullen met hulpverleningsactoren die recent regelmatig in contact zijn gekomen met DBK-cliënten. Geselecteerde actoren zijn terug te vinden in tabel 6.1.

**Tabel 6.1:** *Bevraagde hulp- en dienstverleningsactoren (n=24)*

Drughulpverlening (n= 11)	Hulpverlening (niet-drugspecifiek) (n= 11)
Ambulant Centrum De Kiem	Justitieel Welzijnswerk
CAP Gent	OCMW Budgetbeheer
CIC De Sleutel	OCMW Dienst woonbegeleiding
Dagcentrum De Sleutel	OCMW Opleidings- en Tewerkstellingscentrum
MSOC Gent	OCMW Perspectief
PC Sleidinge, afdeling crisistoxicomanie	OCMW Perspectief en begeleiding
PC Sleidinge, afdeling dubbeldiagnose	OCMW Thuislozenzorg
Sint Camillus, afdeling crisisunit	Randstad Diversity afdelingshoofd
Sint Jan Baptist, afdeling Vita	Randstad Diversity consulente
Sint Jan Eeklo, afdeling dubbeldiagnose	Sociale Werkplaats De Sleutel
Zorgcoördinator middelenmisbruik Oost-Vlaanderen	VDAB Detentieconsulente
Liaisons (n= 2)	

Naast hulpverleningsactoren zijn ook (oud-)DBK-cliënten bevragd. Het betreft steeds zorggebruikers (DBK-cliënten) die binnen hulpverlening terecht komen doordat zij in een DBK-traject stappen. De DBK biedt beklagden de kans om door middel van hulpverlening te werken

aan hun afhankelijkheidsprobleem, voordat er uitspraak wordt gedaan in hun zaak (Colman et al., 2011). De volgende twee groepen DBK-cliënten zijn geselecteerd voor deelname aan voorliggend onderzoek. De eerste groep betreft zeven oud-DBK-cliënten die tijdens hun DBK-traject opgevolgd zijn als “gevalsstudies” vanaf oktober 2010 tot april 2011 in het kader van een masterproef (Dekkers, 2011). Zij zijn opnieuw gecontacteerd in 2012 met de bedoeling hen te bevragen. De tweede groep betreft acht nieuwe DBK-cliënten van wie het DBK-traject startte in 2012.

### 6.2.2. *Procedure*

De geselecteerde hulp- en dienstverleningsactoren worden op de hoogte gebracht van het onderzoek door middel van een informatiebrief, één tot twee weken na het versturen van de informatiebrief is telefonisch contact opgenomen met de aangeschreven actoren. Wanneer actoren aangeven bereid te zijn om deel te nemen, contacteert de onderzoeker de medewerk(st)er die bereid is gevonden deel te nemen aan het onderzoek. Het moment en de plaats van het interview zijn in onderling overleg bepaald.

Gezien de groep van oud-DBK-cliënten, tijdens de huidige onderzoeksopzet geen DBK-traject meer doorloopt, zijn zij op verschillende manieren opnieuw gecontacteerd, via telefonisch contact, via begeleidende hulpverleners, enz. De nieuwe DBK-cliënten worden door de liaison voorgesteld aan de onderzoeker, tijdens de inleidingszitting. Voor beide groepen DBK-cliënten geldt dat, eens zij in contact komen met de onderzoeker, de doelstellingen en manier van werken binnen het onderzoek uiteengezet worden. De DBK-cliënt wordt gewezen op de vertrouwelijkheid die behouden wordt binnen het onderzoek en er wordt benadrukt dat onderzoeksopvolging geen gevolgen heeft voor het DBK-traject en de rechtsgang binnen de DBK. Wanneer de DBK-cliënt aangeeft mee te willen werken aan het onderzoek wordt een informed consent getekend, deze wordt uitvoerig met de DBK-cliënt overlopen alvorens deze getekend wordt. Er is vervolgens een afspraak gemaakt voor een interview. Het moment en de plaats van het interview worden in onderling overleg vastgelegd. Het interview wordt opgenomen, wanneer de DBK-cliënt hiervoor toestemming geeft. Deelname aan het onderzoek houdt voor de groep oud-DBK-cliënten in dat de onderzoeker eenmalig een semigestructureerd interview af zal

nemen. Zij zijn reeds in 2010-2011 opgevolgd en doorlopen heden geen DBK-traject. Daarom is ervoor gekozen hen slechts eenmalig te bevragen. Er zijn uiteindelijk twee van de zeven oud-DBK-cliënten bevraagd. De overige oud-DBK-cliënten waren niet bereikbaar voor een interview. Bij nieuwe DBK-cliënten wordt er getracht tweemaal een semigestructureerd interview af te nemen. De interviews worden gepland na 1 en 3 maanden nadat de DBK-cliënt de informed consent heeft getekend. Er zijn zes van de acht nieuwe DBK-cliënten geïnterviewd; bij vier van deze cliënten werd tweemaal een interview afgenomen, bij twee cliënten slechts eenmaal daar het niet mogelijk bleek tweemaal een interview te plannen. De overige nieuwe DBK-cliënten waren niet bereikbaar voor een interview. Het betrof DBK-cliënten die relatief kort na aanvang van hun DBK-traject reeds afhaakten of afgerond werden. Ten einde de participatie aan het onderzoek te bevorderen wordt een financiële incentive voorzien van €20 per interview voor oud-DBK-cliënten, daar zij voor een eenmalig gesprek opnieuw worden gecontacteerd geruime tijd na deelname aan de DBK. Voor nieuwe DBK-cliënten wordt een incentive van €10 per interview voorzien. Op basis van eerder onderzoek is gebleken dat er geen invloed zou zijn van het verschaffen van een financiële incentive op de sociale wenselijkheid van de antwoorden van participanten (Fry & Dwyer, 2001).

### 6.2.3. *Meetinstrument*

Voor de bevraging van de hulp- en dienstverleningsactoren is een semi-structureerd interview opgesteld waarbij gepeild wordt naar verscheidene onderwerpen. Dit interview is tot stand gekomen door bewerking van de interviewformats die in de procesevaluatie (Colman et al., 2011) zijn gebruikt. Daarnaast zijn een aantal van de knelpunten – die in de studie van Colman et al. (2011) worden genoemd – als mogelijks te bespreken topics opgenomen in dit interview. Topics waarnaar gepeild wordt zijn onder andere:

- De werklust die hulpverleners ervaren binnen het contact met DBK-cliënten
- Subjectieve ervaringen met deze vorm van hulpverlening
- Behandeling van en dienstverlening aan deze specifieke DBK-cliënten
- Communicatie met andere actoren die betrokken zijn bij DBK-cliënten



- De afronding van hulp- en dienstverlening aan cliënten van de DBK
- Knelpunten

Naast deze topics is er ruimte voor opmerkingen, bedenkingen en kritische kanttekeningen.

Om oud-DBK-clieñten te bevragen werd een eenmalig interview gebruikt. Voor de nieuwe DBK-clieñten betreft het een tweetal interviews tijdens hun DBK-traject. Hiervoor zijn semigestructureerde interviews opgesteld waarbij gepeild wordt naar verscheidene onderwerpen:

- Hun huidige levenssituatie
- De subjectieve ervaringen met betrekking tot hun DBK-traject
- De ervaringen die ze hebben met hulp- en dienstverlening tijdens hun DBK-traject
- De ervaringen die zij hebben met de liaisons en de DBK-rechter

Naast deze topics is er ruimte voor opmerkingen, bedenkingen en kritische kanttekeningen.

Een semigestructureerd interview biedt de mogelijkheid om gedetailleerde en ervaringsgerichte informatie te verzamelen (Powell & Single, 1996). De subjectiviteit die vaak wordt gezien als een beperking van kwalitatieve onderzoeksmethoden biedt het voordeel dat de focus van het onderzoek gericht wordt op het perspectief en de ervaringen van individuen (Dale, 1996; Ager & Hatton, 1999). Bovendien kunnen kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt worden om populaties die normaal moeilijk te bereiken zijn, bijvoorbeeld druggebruikers, te betrekken in onderzoek (Power, Jones, Kearns & Ward, 1996).

#### **6.2.4. *Data-analyse***

Om de betrouwbaarheid van de gegevensverzameling te bevorderen worden de kwalitatieve interviews, mits goedkeuring van de respondent, op band opgenomen (Janssens, 1985). Vervolgens zijn de interviews woordelijk uitgeschreven. Hierna zijn deze data geanalyseerd door middel van thematische analyse. Deze thematische analyse is gedaan aan de hand van het programma NVivo (Bazeley & Richards, 2000). Thematische analyse, door lezen en herlezen, is een vorm van patroonherkenning binnen de gegeven data waarbij naar voren

komende thema's verworden tot categorieën van analyse (Fereday & Muir-Cochrane, 2006). Aan de hand van deze thematische analyse worden categorieën en subcategorieën van informatie verkregen. De interviews worden afzonderlijk geanalyseerd om vervolgens de bevindingen uit de verschillende interviews samen te brengen.

## **6.3. Resultaten**

### **6.3.1. *Ervaringen van hulp- en dienstverlenende actoren***

Binnen de interviews met de hulpverlenende actoren zijn uiteenlopende thema's zijn aan bod gekomen. Door de verscheidenheid aan actoren, die verschillende ervaringen hebben met de DBK en DBK-cliënten vanuit de specifieke hulpverleningssetting waarbinnen ze actief zijn, worden verschillende ervaringen aangegeven omtrent aan bod gekomen onderwerpen. Anderzijds zijn er algemene ervaringen terug te vinden die de specifieke hulpverlenende settings overstijgen en kaderen binnen de ruimere ervaringen met DBK-cliënten. Hieronder zullen de belangrijkste resultaten naar voren worden gebracht.

#### **6.3.1.1. Een algemeen positief geluid**

De algemene perceptie die uit de interviews van bevroegde hulpverleningsactoren kan worden waargenomen met betrekking tot de DBK en de werking van de DBK is positief. De bevroegde actoren halen aan dat zij de DBK ervaren als een positief gegeven, hoewel ook enkele kritische bedenkingen geplaatst worden. Toch overschaduwden deze kritische bedenkingen evenals de ervaren uitdagingen voor de toekomst het positieve gevoel dat actoren hebben bij de DBK niet. De verscheidene elementen die als positief worden ervaren aan de DBK, zullen hieronder besproken worden.

##### **6.3.1.1.1. *De DBK speelt kort op de bal***

De omkadering die de DBK biedt, resulteert in opvolging waarbij kort op de bal wordt gespeeld, zo halen 17 actoren aan. Er is sprake van intensieve opvolging door de rechtbank zelf, maar ook door de liaison en de betrokken hulpverleners. Doordat DBK-cliënten zeer regelmatig dienen te verschijnen voor de DBK, kan van nabij worden opgevolgd in

hoeverre zij aan hun doelstellingen werken. Door deze opvolging worden herval en moeilijke momenten zichtbaar. Hierop kan vervolgens ingespeeld worden binnen opvolging en hulpverlening. De DBK biedt hiermee een stok achter de deur, nauwe opvolging en voldoende ondersteuning wanneer zaken minder goed lopen.

*'Het feit dat er heel intensief en kort op de bal wordt gespeeld. Dan voelen ze misschien wel aan van "de mensen zijn echt wel bezig met mij en ik moet echt wel vooruitgaan", maar dan moeten ze wel al zover zijn om dat bewustzijn te hebben, denk ik.'* (respondent ambulante hulpverlening, niet-drugspecifiek)

Nauwe opvolging vanuit de DBK kan zorgen voor verbetering op verschillende levensdomeinen doordat DBK-cliënten hier actief aan werken. Deze externe druk zou dan ook een goede manier zijn om met deze specifieke groep van cliënten aan de slag te gaan. Een hulpverlener nuanceert echter dat, los van DBK, bij nagenoeg alle cliënten die in behandeling gaan een vorm van externe druk aanwezig is. Hierbij kan gedacht worden aan druk vanuit familie om in behandeling te gaan. De externe druk vanuit de DBK heeft echter een ander karakter: er is sprake van een duidelijke structuur, controle en opvolging. Het is hiermee voor DBK-cliënten duidelijk welke verwachtingen er zijn en op welke manier zij gecontroleerd en opgevolgd worden. Daarentegen geven enkele hulpverleners aan dat deze druk niet voor alle DBK-cliënten werkt. Voor bepaalde DBK-cliënten zal deze druk een activerende invloed hebben, maar andere DBK-cliënten kunnen hier minder goed mee omgaan en zullen juist omwille van deze druk uitvallen en geen (volledig) DBK-traject doorlopen. Afhankelijk van DBK-cliënt tot DBK-cliënt zal deze controlerende externe druk al dan niet een positief effect hebben.

Daarnaast ervaart een deel van de actoren dat justitie binnen de setting van de DBK letterlijk zichtbaar en nabij is. DBK-cliënten dienen zeer frequent te verschijnen voor de rechter en de parketmagistraat. Deze herhaaldelijke verschijning maakt dat DBK-cliënten in nauw contact staan met de DBK-rechter en deze zelf te woord dienen te staan. Deze zichtbaarheid en nabijheid van justitie zou een positieve invloed hebben op het hulpverleningstraject dat DBK-cliënten doorlopen. DBK-cliënten voelen dat ze opgevolgd en gecontroleerd worden door de rechter.

### 6.3.1.1.2. *De focus van de DBK ligt op verscheidene levensdomeinen*

Volgens 11 actoren is een belangrijke sterkte van de DBK de mogelijkheid en de noodzaak om te focussen op verschillende levensdomeinen waarop zich problemen situeren. Er wordt gekeken naar de best mogelijke uitkomst op verscheidene levensdomeinen, in plaats van uitsluitend te focussen op de drugsproblematiek en criminaliteit. Binnen het hulpverleningsplan van iedere DBK-cliënt wordt, individueel en op maat voor deze DBK-cliënt, uitgewerkt hoe de leefsituatie binnen verschillende levensdomeinen verbeterd zouden kunnen worden. Door deze individuele aanpak die gericht is op een waaier van problemen kan er gewerkt worden in de richting van re-integratie.

*'Dat er niet enkel wordt gefocust op behandelresultaten maar op totale sociaal maatschappelijke re-integratie. Bij behandeling ben je therapeutisch klaar, maar je staat nergens. Terwijl wij nu hebben gezegd: "het streven is: je gaat er in als iemand met een drugprobleem en je komt er uit als iemand die werkt, belastingen betaald et cetera".'* (respondent ambulante hulpverlening, drugspecifiek)

### 6.3.1.1.3. *DBK biedt kansen*

Door de deelname aan de DBK krijgen DBK-cliënten de kans om daadwerkelijk aan hun problemen te werken in plaats van een bestraffing te ondergaan die niet direct inspeelt op de problematiek die zij ervaren, zo geven 10 actoren aan. De focus binnen de DBK ligt niet op het bieden van een repressieve reactie op delinquent gedrag, maar op het zeer expliciet oog hebben voor cliëntspecifieke problemen en het geven van kansen aan DBK-cliënten – door middel van justitiële externe druk – om te werken aan deze problemen. Hulpverleners zien dit als één van de meest positieve kanten van de DBK: DBK-cliënten met ernstige problemen krijgen de kans om hier iets aan te doen in plaats van dat zij worden gestraft.

Herval maakt hierbij een onderdeel uit van het proces richting herstel en een kwaliteitsvoller leven. DBK-cliënten kunnen binnen de DBK dan ook meerdere kansen krijgen waarover men eerlijk dient te communiceren met de rechtbank.

Voor DBK-cliënten die bereid en gemotiveerd zijn om hun problemen aan te pakken, kan de DBK een kans zijn om te werken aan problemen op verschillende levensdomeinen met de DBK als controlemechanisme.

*'Ik werk het liefst vanuit de DBK. Het is een enorme meerwaarde om met de DBK te kunnen werken. Het is ook leuk dat je op die manier kunt samenwerken want uiteindelijk, los van het feit dat dat justitie is, uiteindelijk wil je hetzelfde verwezenlijken. En dan is [justitie] een extra partner binnen dat traject'. (respondent ambulante hulpverlening, niet-drugspecifiek)*

Naast de veelal positieve geluiden, zijn er ook enkele kritische bedenkingen aangebracht. Zo wordt soms de vraag gesteld naar de effectiviteit van het pilootproject DBK op langere termijn. Daarnaast is het voor enkele hulpverleners niet steeds duidelijk welke de toelatingscriteria zijn van de DBK. Verder staat een deel van de hulpverleners kritisch ten opzichte van de afronding van de DBK en het daarmee gepaard gaande wegvallen van omkadering en opvolging. Aanvullende bedenkingen worden geformuleerd onder 'uitdagingen voor de toekomst'.

### **6.3.1.2. Vergelijking tussen DBK en alternatieve afhandelingen**

Wanneer een deel van de hulpverleners de vergelijking maakt met andere alternatieve vormen van gerechtelijke afhandeling zoals een probatiemaatregel of Proefzorg, duiden zij enkele belangrijke sterktes van de DBK.

#### **6.3.1.2.1. Vergelijking met Proefzorg**

Proefzorg wordt door een aantal bevraagde hulpverleners aangehaald. Zij ervaren de DBK als een uitgebreide versie van Proefzorg. Enkele kenmerken van de DBK worden als specifiek positief ervaren ten opzichte van Proefzorg. Voornamelijk de DBK-opvolging die veelvuldig en van nabij gebeurt en de omkadering die de DBK biedt, spreken de hulpverleners erg aan. Een verschil in aanpak wordt eveneens geduïd; waar bij de DBK een hulpverleningsplan wordt uitgewerkt met betrekking tot alle levensdomeinen waarop de DBK-cliënt problemen ondervindt, is dit binnen Proefzorg veel minder het geval aangezien daar voornamelijk doorverwezen wordt naar drughulpverlening, zonder een omvattend hulpverleningsplan op te maken en hierbij frequente en nauwe opvolging te voorzien. Deze uitgebreide DBK-opvolging kan een meerwaarde zijn voor DBK-cliënten. Anderzijds geeft een hulpverlener aan dat DBK door de langdurige opvolging niet steeds voldoende duidelijkheid biedt omtrent de termijn van afronding, waar

dit binnen Proefzorg duidelijk is afgebakend tot 3 of 6 maanden. Voor een groep DBK-cliënten zou deze duidelijk tijdsafbakening van Proefzorg te verkiezen zijn boven de langdurig opvolging vanuit DBK waarbij er niet onmiddellijk zekerheid is over de einddatum.

#### 6.3.1.2.2. *Vergelijking met probatie*

Naast Proefzorg wordt door een aantal bevroegde hulpverleners het systeem van probatie aangehaald. Zij geven aan dat zij ervaren dat de typerende werking van de DBK kan voorzien in de specifieke behoeften van DBK-cliënten. De DBK volgt DBK-cliënten kort op door hen tweewekelijks of maandelijks voor de rechtbank te laten verschijnen, waar cliënten met probatievoorwaarden minder frequent bij hun justitieassistent langs moeten komen. Daarnaast dient de DBK-cliënt zich binnen de DBK voor de rechter te verantwoorden. Justitie wordt hierbij letterlijk zichtbaar. Er wordt aangehaald dat het ontzag dat DBK-cliënten voor de rechter kunnen hebben, er veelal toe kan leiden dat DBK-cliënten de problemen die zij ervaren of misstappen die ze zetten bespreekbaar maken. Er wordt aangehaald dat cliënten wellicht minder "onder de indruk" zijn van het contact met een justitieassistent, dan wanneer zij de DBK-rechter te woord staan. Zowel de frequente opvolging binnen de DBK als de zichtbaarheid van justitie vallen te kaderen binnen de reeds genoemde 'druk' die de DBK biedt. Het is juist deze duidelijke omkadering en strikte opvolging die als positief ervaren wordt.

*'Bij de DBK is het zo dat men iedere maand op appèl moet komen. Men moet effectief naar het justitiepaleis. Justitie is zichtbaar aanwezig en niet louter een maatschappelijk werker die je al dan niet van alles op de mouw kan spelden. Men staat daar en de zichtbaarheid van justitie blijft.'* (respondent residentiële hulpverlening, niet-drugspecifiek)

Er wordt aangehaald dat binnen de DBK een omvattend hulpverleningsplan opgemaakt wordt, waarin expliciet ruimte is voor problemen op verschillende levensdomeinen. Een hulpverlener geeft aan dat probatievoorwaarden daarentegen veelal zeer algemeen en weinig cliëntspecifiek zijn. Probatievoorwaarden worden aan cliënten opgelegd, zonder dat zij betrokken worden bij de opmaak ervan of inspraak hebben in deze voorwaarden. Binnen de DBK vertrekt men bij de opmaak

van een hulpverleningsplan echter juist vanuit de noden en vragen van de DBK-cliënt.

### **6.3.1.3. Samenwerking tussen hulpverleningsactoren, DBK-actoren en DBK-cliënten**

Samenwerking met en tussen verschillende betrokken actoren binnen de DBK wordt door de bevroagde hulpverleners benoemd. Het gaat om samenwerking tussen verschillende hulpverlenende actoren onderling, maar ook met de liaisons en de DBK-cliënten. Er is opvallend weinig samenwerking tussen hulpverlening en advocaten. Wanneer hiertussen wel samenwerking of contact is, betreft dit voornamelijk attestering van DBK-cliënten.

#### ***6.3.1.3.1. Samenwerking tussen verschillende hulpverleningsactoren***

Uit de interviews blijkt dat er regelmatig samenwerking en contact is tussen verschillende hulpverleningsactoren. Een aantal hulpverleners duiden dit expliciet als noodzakelijk omwille van het aanzienlijk belang dat zij toekennen aan netwerkvorming en netwerkoverleg rond DBK-cliënten. Aangezien de DBK werkt rond verschillende levensdomeinen, wordt samenwerking tussen diensten die inwerken op deze levensdomeinen als essentieel ervaren. De drugspecifieke settings kennen een specifieke vorm van overleg welke verscheidene voorzieningen overstijgt. Binnen dit overleg kunnen gedeelde cliënten, ook zij die een DBK-traject volgen, besproken worden en vindt samenwerking plaats die aangepast is aan de noden van de cliënt. Dergelijk formeel, overkoepelend overleg wordt niet genoemd met en tussen hulpverleningsactoren uit niet-drugspecifieke hulpverlening. Anderzijds halen sommige hulpverleners aan dat het regelmatig voorvalt dat hulpverleners die betrokken zijn bij één DBK-cliënt samen worden geroepen door de liaison voor een cliëntspecifiek overleg, waarin zij met elkaar en de DBK-cliënt in gesprek kunnen gaan omtrent het hulpverleningsplan en het DBK-traject.

#### ***6.3.1.3.2. Samenwerking met de liaisons vanuit het perspectief van de hulpverlening***

Samenwerking met de liaisons is veelal van grote waarde. Zij zijn immers de schakelfiguur tussen justitie en hulpverlening. De liaison legt het eerste contact met de DBK-cliënt, ondersteunt de DBK-cliënt bij

het opstellen van een hulpverleningsplan en moet daarbij een beroep kunnen doen op hulpverlening die bereid is om met de DBK-cliënt te werken. Om dit te bekomen is contact, communicatie en samenwerking noodzakelijk.

Enkele hulpverleners specificeren dat zij het van belang achten dat zij betrokken worden bij het opmaken van een hulpverleningsplan, maar ook bij het uitwerken en het verloop van een DBK-traject van hun DBK-cliënt. De meerwaarde van de liaisons ligt in de ruime kennis die zij hebben van het (drug)hulpverleningslandschap en het feit dat ze bijkomende mogelijkheden hebben, zoals het mandaat om een netwerkoverleg samen te roepen.

*'Ik ken de drughulpverlening niet zoals zij [de liaisons] die kennen.'*  
(respondent ambulante hulpverlening, niet-drugspecifiek)

Een enkele hulpverlener geeft aan dat er niet of nauwelijks contact is met de liaison(s). Hierbij wordt aangehaald dat dit voornamelijk betrekking heeft op DBK-cliënten waarvan ervaren wordt dat zij geen bijkomende ondersteuning van de liaison (meer) nodig hebben.

#### **6.3.1.3.3. Samenwerking met de hulpverlening vanuit het perspectief van de liaison**

De liaisons geven aan dat er veelal positieve en constructieve samenwerking is met betrokken hulpverlenende actoren. Bijkomend wordt ervaren dat enkele hulpverleners het heft in handen wensen te hebben en in mindere mate bereid zijn om te werken vanuit het hulpverleningsplan, zoals dit door de DBK-cliënt in samenspraak met de liaison is opgesteld. Deze hulpverleners wensen zelf met de DBK-cliënt na te gaan welke noden en behoeften er zijn en van daaruit hulpverlening te bieden in plaats van te werken vanuit een – voor de DBK – reeds uitgewerkt hulpverleningsplan.

*'Daar [moet je] zeer voorzichtig in zijn. Je mag de contouren bepalen van: "Kijk dat is nodig om aandacht aan te schenken, bijvoorbeeld begeleiding in de drughulpverlening". Maar niet te zeer in detail gaan van: "Ik denk dat en dat levensdomein toch aangepakt moet worden". Dan wordt het al snel te veel. Dus dat laat ik dan aan de hulpverlening op zich. En ik vraag dan wel feedback of dat het loopt zonder te diep [in] te gaan op de inhoud.'* (respondent liaison)



#### 6.3.1.3.4. *Samenwerking tussen hulpverlening en DBK-cliënten*

Er is sprake van actieve en frequente samenwerking tussen hulpverleners en hun DBK-cliënten, zo brengt een deel van de hulpverleners naar voren. Hulpverleners dienen immers regelmatig stappen te zetten of zaken te ondernemen in functie van de DBK. Er kan hierbij gedacht worden aan het bijstaan van DBK-cliënten tijdens DBK-zittingen, evenals het voorbereiden en nabespreken van DBK-zittingen. De bevroegde hulpverleners die samenwerking met DBK-cliënten naar voren brachten, vallen op te splitsen in twee groepen; zij die meegaan naar de DBK-zittingen en zij die aangeven niet mee te gaan naar DBK-zittingen. Hulpverleners die behoren tot de eerste groep gaan om uiteenlopende redenen mee naar DBK-zittingen van hun DBK-cliënten, onder meer een beperkt aantal geeft aan af en toe mee te zijn geweest om zichzelf een beeld te kunnen vormen van de DBK. Hierbij speelt ondersteuning van DBK-cliënten geen prioritaire rol.

Niettemin zijn er een aantal hulpverleners die aangeven frequenter en vertrekend vanuit cliëntondersteuning mee te gaan naar DBK-zittingen. Dit belang kan van praktische aard zijn, bijvoorbeeld het voorzien in vervoer van en naar de DBK-zitting, of eerder van hulpverlenende en ondersteunende aard. Er wordt aangegeven dat DBK-cliënten ondersteuning nodig kunnen hebben voor, tijdens of na de DBK-zitting, aangezien dit een stressvolle situatie kan zijn.

*'Gewoon ook omdat ik denk van, ondersteunend voor hen dan, het is een stressmoment, hé. Als ze daar met hun plannetje staan. Ik mag in principe niks zeggen, maar het gevoel dat ze hebben van "ze zit daar". En we bereiden dat dan wat voor. Als het wat lang duurt, dan ga ik in de gang met de cliënt een beetje stress wegnemen.'* (respondent, ambulante hulpverlening, niet-drugspecifiek)

Naast het bieden van directe ondersteuning aan DBK-cliënten, ervaren enkele hulpverleners dat hun frequente aanwezigheid een signaal kan geven naar de rechtbank. Hun aanwezigheid zou aangeven dat zij de DBK-cliënt opvolgen, ondersteunen en dat zij op de hoogte zijn van diens DBK-traject. Voor hulpverleners zelf blijkt het evengoed zeer praktisch te zijn om aanwezig te zijn bij zittingen; men verneemt direct de reacties, voorwaarden en verwachtingen van de DBK-rechter.

*'Gewoon om er te zijn en om uit eerste hand te horen wat dat er moet veranderen of wat dat er beslist wordt of... want tegen dat het hier is anders.'* (respondent ambulante hulpverlening, niet-drugspecifiek)

De tweede groep hulpverleners betreft zij die niet meegaan naar DBK-zittingen. Een reden hiervoor kan zijn dat er hiervoor geen tijd is.

Enkele hulpverleners geven aan dat zij niet meegaan omdat zij er bewust voor kiezen om zich niet te mengen in het DBK-traject en de bijbehorende zittingen. Een reden hiervoor betreft het behouden van een goede verstandhouding met de DBK-cliënt die gebaseerd is op het bieden van hulp zonder een verplichtend karakter. Deze hulpverleners geven aan dat zij met het wegblijven bij DBK-zittingen de DBK-cliënten trachten te steunen, door los van de DBK hulpverlening te voorzien. Deze hulpverleners geven aan dat zij het belangrijk vinden dat justitie en hulpverlening twee duidelijk onderscheiden luiken zijn.

*'Ik heb het nog nooit gedaan, maar ik probeer dat ook niet. Je hebt maatschappelijk werkers die meegaan naar de DBK, maar ik heb dat nog nooit niet gedaan en ik heb ook niet die intentie. Omdat wij vrij veel informatie hebben en af en toe wordt er dan gevraagd om een toelichting te geven en dat kan mijn vertrouwensband met cliënten in het gedrang brengen.'* (respondent ambulante hulpverlening, niet-drugspecifiek)

Een laatste reden om niet mee naar DBK-zittingen te gaan komt voort uit het feit dat ervaren wordt dat een DBK-cliënt binnen de DBK reeds voldoende ondersteuning krijgt. Naast opvolging door de DBK-rechter, door betrokken hulpverleners krijgt de DBK-cliënt ondersteuning van de liaison die fungeert als brugfiguur tussen justitie en hulpverlening. Eén hulpverlener ervaart dan ook dat de liaison, die steeds aanwezig is bij DBK-zittingen, voldoende ondersteuning kan bieden aan DBK-cliënten.

#### **6.3.1.4. Informatie-uitwisseling**

Samenwerking tussen verschillende actoren houdt ook in dat informatie uitgewisseld wordt door de verschillende actoren op verschillende niveaus.

#### **6.3.1.4.1. Informatie-uitwisseling tussen hulpverlening en de DBK**

De DBK-rechter vraagt frequent om attesten waarmee de DBK-cliënt kan aantonen dat hij een hulpverleningstraject volgt. Attesten worden hoofdzakelijk verschaft aan DBK-cliënten zelf, die er vervolgens voor kunnen kiezen om de attesten al dan niet voor te leggen aan de DBK-rechter. Hulpverleners geven aan dat de attesten enkel betrekking hebben op aan- of afwezigheden. Inhoudelijk informatie wordt niet in de vorm van attesten verschaft aan de DBK.

*'Wij maken altijd wel voor de zitting een attest op, hé. Zij hebben zo een papier dat we moeten invullen. Als ze dat niet bijhebben dan maken we zelf een attest. (...) Maar dat beperkt zich ook tot of ze op afspraak komen of niet.'* (respondent ambulante hulpverlening, drugspecifiek)

Andere schriftelijke informatie-uitwisseling tussen hulpverlening en de rechtbank wordt niet genoemd. Anderzijds gebeurt het dat sommige hulpverleners die aanwezig zijn bij DBK-zittingen wel informatie verschaffen omtrent de DBK-cliënt. Ofwel op vraag van de rechter ofwel door tijdens de zitting non-verbaal een standpunt duidelijk te maken. Deze verbale en non-verbale informatie-uitwisseling tijdens DBK-zittingen is voor enkele hulpverleners de reden om er expliciet voor te kiezen niet mee te gaan naar zittingen.

#### **6.3.1.4.2. Informatie-uitwisseling met de liaisons vanuit het perspectief van de hulpverlening**

Het merendeel van de hulpverleners geeft aan dat zij vanuit het gedeeld beroepsgeheim informatie uitwisselen met de liaison. Dit biedt hen de mogelijkheid om relevante informatie te delen met betrokken actoren binnen de hulpverlening inclusief de liaisons. Enkele hulpverleners geven aan dat het vervolgens de taak is van de liaison om de afweging te maken in hoeverre deze informatie binnen de DBK-zittingen bekend gemaakt wordt.

Toch blijft het voor een deel van de bevraagde hulpverleners niet geheel duidelijk of en in hoeverre zij informatie mogen uitwisselen met de liaison. Bijgevolg geven zij aan voorzichtig te zijn met het uitwisselen van informatie en beperken zij zich voornamelijk tot het uitwisselen van informatie omtrent de aan- of afwezigheden van DBK-cliënten zonder verdere inhoudelijke toelichting.

*'Het is mij ook nog niet zo lang duidelijk geworden dat de liaison eigenlijk beroepsgeheim heeft. Maar dat is dus zo, hé, dacht ik. (...). Ik weet ook niet goed hoe dat gehanteerd wordt dat beroepsgeheim van de liaison, hoe dat hij daar dan op die rechtbank aanwezig is.'* (respondent ambulante hulpverlening, drugspecifiek)

Een enkeling binnen de hulpverlening geeft aan geen informatie uit te wisselen met liaison(s), onder andere omwille van de interpretatie die zij geven aan het beroepsgeheim; namelijk medisch beroepsgeheim waarbij uitwisseling van informatie enkel plaats kan grijpen tussen medische disciplines.

#### **6.3.1.4.3. Informatie-uitwisseling met de hulpverlening vanuit het perspectief van de liaisons**

Informatie-uitwisseling tussen hulpverleners en de liaison(s) verloopt veelal vlot, maar is niet altijd een evidentie. Hoewel DBK-cliënten bij aanvang van hun DBK-traject een geïnformeerde toestemming tekenen waaruit duidelijk blijkt dat de liaison contact kan hebben en informatie kan uitwisselen met betrokken hulpverleners, geven de liaisons aan dat informatie-uitwisseling niet door alle hulpverleners als vanzelfsprekend wordt ervaren. De liaisons ervaren bij sommige actoren enige terughoudendheid, waardoor informatie-uitwisseling bemoeilijkt kan worden. Dit terwijl de liaisons uitgaan van en werken met het gedeeld beroepsgeheim in het belang van de DBK-cliënt.

#### **6.3.1.5. Ervaringen op het vlak van hulpverlening aan DBK-cliënten**

##### **6.3.1.5.1. De problematiek van DBK-cliënten**

Een eenduidig profiel van DBK-cliënten komt niet naar voren uit de interviews. Wel geeft een aantal hulpverleners aan dat de problematiek van DBK-cliënten complex, intens en meervoudig is. De problematiek beperkt zich veelal niet tot één of enkele levensdomeinen, maar heeft betrekking op een veelvoud van levensdomeinen. Deze problemen bestaan reeds geruime tijd en zijn daarmee fundamenteel en intens aanwezig binnen het leven van de DBK-cliënt. Dit profiel is echter niet typerend voor DBK-cliënten, ook andere cliënten die zonder DBK-verwijzing binnen hulpverlening terechtkomen voldoen frequent aan bovengenoemd profiel.

### 6.3.1.5.2. *Drang vanuit de DBK*

Een groot deel van de hulpverleners beaamt dat de DBK een vorm van hulpverlening met justitiële drang betreft, waarbij beklagden er voor kunnen kiezen om al dan niet een DBK-traject te starten. Eens zij in een DBK-traject stappen, worden zij geacht dit te volgen en wordt hun hulpverleningstraject gecontroleerd en opgevolgd vanuit de rechtbank. Hulpverleners ervaren de DBK dan ook voornamelijk als een duidelijke stok achter de deur. Het is een vorm van controle die voortdurend aanwezig is en op gezette tijden ook zaken in beweging kan zetten.

*'Ja de druk van justitie is er natuurlijk hé. Ik denk dat dat een grote rol speelt daarin. Als mensen die druk niet hebben, zouden mensen hier misschien sneller afhaken of zo.'* (respondent ambulante hulpverlening, drugspecifiek)

### 6.3.1.5.3. *Geboden hulpverlening aan DBK-cliënten*

De geboden hulpverlening aan DBK-cliënten zou gelijklopend zijn aan hulpverlening die geboden wordt aan niet-DBK-cliënten. Hulpverleners passen hun programma of hulpverlening niet aan in functie van de DBK. Er wordt veelal op maat en het ritme van iedere afzonderlijke DBK-cliënt gewerkt, wat maakt dat elke geboden hulpverlening uniek is. Een aantal hulpverleners merkt wel op dat sommige DBK-cliënten concreter op zoek zijn naar gepaste hulp en duidelijkere doelen vooropstellen waaraan zij binnen hulpverlening wensen te werken. Het hebben van een hulpverleningsplan met duidelijke, individuele doelstellingen zou maken dat DBK-cliënten als gemotiveerder worden ervaren. Door middel van dit hulpverleningsplan wordt hun hulpvraag vanaf het begin duidelijk en hebben DBK-cliënten concreet voor ogen waar ze aan wensen te werken binnen hun hulpverleningstraject, terwijl dit bij niet-DBK-cliënten veeleer een groeiproces is dat binnen de hulpverlening zelf plaatsgrijpt en bijgevolg meer tijd vergt.

*'Vooraleer ze naar hier komen, heeft de liaison eigenlijk al heel wat uitgestippeld en die weet ook heel veel. Maar er staat al veel op poten voordat ze bij ons terecht komen. Terwijl bij de anderen moet je dan eigenlijk alles zelf [doen]. En ja dat neemt tijd in beslag, hé, eer dat je alles weet en een goed beeld hebt op. (...) Die cliënt heeft op dat moment ook al zelf overlegd en als hij met zijn plan komt, weet hij al perfect van daar en daar heb ik hulp bij nodig. Daar en daar niet, dat bestaat al, dat bestaat*

*niet. En je kunt op pad, hé!* (respondent ambulante hulpverlening, niet-drugspecifiek)

Met betrekking tot de afronding van de hulpverlening wordt vooral duidelijk dat deze weinig verschillend is voor DBK-cliënten en niet-DBK-cliënten. Afronding hangt af van individuele kenmerken en verschillen. Toch kan de DBK volgens een aantal hulpverleners het verloop van hulpverlening beïnvloeden, omdat DBK-cliënten meer (externe) motivatie zouden hebben doordat zij vanuit de DBK worden opgevolgd, een plan opstellen en ondersteuning krijgen van de liaison. Anderzijds wordt door enkele bevroegde hulpverleners aangehaald dat bepaalde DBK-cliënten die deze druk als weinig ondersteunend ervaren, dreigen af te haken en het risico lopen om contact met hulpverlening te verliezen – die vaak al lang voor de start van het DBK-traject is begonnen. Een deel van de actoren ervaart dat DBK-cliënten, voornamelijk zij die onder drang van de DBK ingestroomd zijn in hulpverlening, na de afronding van het DBK-traject uitvallen binnen de hulpverlening. Afronding van de DBK, ongeacht het verloop van dit DBK-traject, houdt dan in dat DBK-cliënten de hulpverlening stopzetten, terwijl hulpverleners dit doorgaans nog niet het moment vinden om de hulpverlening af te ronden. Positief is echter wel dat DBK-cliënten door middel van hun deelname aan de DBK kennismaken met de hulpverlening en (positieve) ervaringen kunnen opdoen.

#### **6.3.1.5.4. *Werklast van hulpverleningsactoren met betrekking tot DBK-cliënten***

De bevroegde actoren ervaren niet dat de DBK een invloed heeft op het ontstaan of het vergroten van wachtlijsten. Men geeft aan dat wachtlijsten eigen zijn aan – voornamelijk residentiële – hulpverlening onafhankelijk van de implementatie van de DBK. Onder invloed van de DBK stroomt immers slechts een beperkt aantal DBK-cliënten in de hulpverlening in. Naar alle waarschijnlijkheid zouden zij zonder de tussenkomst van de DBK eveneens op een gegeven moment binnen de hulpverlening terecht gekomen zijn. Verder wordt er geen toename van DBK-cliënten ervaren doorheen de tijd, wanneer een vergelijking wordt gemaakt met het eerste werkingsjaar van de DBK tot aan het moment van deze bevraging. Voornamelijk binnen ambulante niet-drugspecifieke settings zijn DBK-cliënten regelmatig reeds aanwezig voor deelname aan de DBK of kunnen ze zonder wachtlijst instromen. Binnen

ambulante drugspecifieke settings stromen wel DBK-cliënten in omwille van hun DBK-traject, toch is dit aantal beperkt en er bestaan binnen deze voorzieningen nauwelijks of geen wachtlijsten. Binnen residentiële settings, zowel de drugspecifieke als de niet-drugspecifieke, bestaan wachtlijsten. Echter, de DBK lijkt hier nauwelijks invloed op te hebben, daar slechts een gering aantal DBK-cliënten residentiële hulpverlening zoekt.

### **6.3.1.6. Uitdagingen voor de toekomst**

Binnen de gesprekken met hulp- en dienstverlenende actoren zijn verscheidene uitdagingen voor de toekomst naar voren gekomen. Deze uitdagingen doen geen afbreuk aan de huidige werking van de DBK maar bieden perspectieven op hoe de werking naar de toekomst toe verbeterd kan worden.

#### **6.3.1.6.1. *Vershil in finaliteit en tempo tussen DBK, hulpverlening en DBK-cliënten***

Het merendeel van de hulpverleners benoemt de verschillen in werking van de DBK ten opzichte van de werking van hulpverlening. De DBK heeft een andere finaliteit dan de hulpverlening en hanteert zijn eigen tempo. Een voorbeeld dat door een hulpverlener gegeven wordt is dat de DBK op korte termijn duidelijke resultaten wenst te bekomen, waar hulpverlening gericht is op het opbouwen van een relatie, het verkrijgen van vertrouwen om vervolgens te gaan werken aan bepaalde problemen op basis van het oordeel van de cliënt. Eveneens wordt hier een verschil in tempo genoemd, gezien de hulpverleningsplannen – zoals deze opgesteld dienen te worden binnen de DBK – reeds 14 dagen na de eerste verschijning dienen voorgelegd te worden. Waar hulpverlening veelal in lange trajecten met cliënten op zoek gaat naar problemen en doelen, vindt dit proces versneld plaats binnen de DBK.

De DBK werkt op de problematische levensdomeinen van de DBK-cliënt, met in de eerste plaats oog voor het maatschappelijk belang en ideaal. Dit is verschillend van de finaliteit van hulpverlening, zo ervaren zeven actoren. De DBK-cliënt krijgt binnen zijn hulpverleningsplan de kans om doelstellingen weer te geven, de DBK geeft echter duidelijk aan welke levensdomeinen zij van primordiaal belang achten. Hiermee wordt duidelijk dat er vanuit de DBK specifieke verwachtingen zijn waaraan DBK-cliënten, na verloop van tijd, dienen te voldoen. Het is

voor zes actoren niet steeds duidelijk in hoeverre deze verwachtingen steeds haalbaar en van primordiaal belang zijn voor de DBK-cliënt. Regelmatig zouden de capaciteiten van DBK-cliënten bij het opstellen van de hulpverleningsplannen worden overschat, waardoor de hulpverleningsplannen van DBK-cliënten te omvangrijk en te ambitieus zijn. Het lijkt voor bepaalde DBK-cliënten niet haalbaar om alle doelstellingen met succes na te streven, waardoor sommige DBK-cliënten vroegtijdig afhaken.

*'Ik denk dat ze de lat bij sommige cliënten niet te hoog mogen leggen. Dat er niet te veel druk mag... Dat er eigenlijk goed rekening moet gehouden worden met de persoon zelf en wat dat die kan en niet kan, en wat zijn traject al geweest is. (...) Dus niet een heel plan maken dat eigenlijk niet realistisch is maar echt met de mensen die de persoon best kennen overleggen en iets realistisch opstellen. Ik denk dat dat soms een beetje het gevaar is dat er wel eens teveel wordt verwacht. En dat dat dan niet lukt, hé.'* (respondent ambulante hulpverlening, drugspecifiek)

#### **6.3.1.6.2. Beperkte continuïteit van zorg en ondersteuning na afronding van de DBK**

Gedurende het DBK-traject worden DBK-cliënten strikt opgevolgd door de rechtbank en krijgen zij omkadering van de liaison en betrokken hulpverleningsactoren. Wanneer dit DBK-traject beëindigd wordt, vallen de bijbehorende controle, druk en omkadering weg. Een deel van de hulpverleners ervaart de overstap van de DBK, met al zijn omkadering en controle, naar een situatie zonder DBK als niet optimaal voor DBK-cliënten. Voor DBK-cliënten die probatiemaatregelen krijgen opgelegd na de DBK-afronding, sluit de opvolging vanuit de DBK en de opvolging vanuit het justitiehuis niet voldoende op elkaar aan. Doorgaans bestaat er een aanzienlijke periode voordat DBK-cliënten na hun DBK-vonnis terecht kunnen bij een justitieassistent. Tijdens deze periode, waarin DBK-cliënten geen controle, druk en opvolging vanuit de DBK meer krijgen, is snelle opvolging door het justitiehuis van belang.

#### **6.3.1.6.3. Striktere opvolging en bestraffing**

Een deel van de actoren (n=9) geeft aan dat er strenger zou mogen worden opgetreden, zowel tijdens de opvolging van het DBK-traject als naar bestraffing en uitvoering van de straffen toe. Hoewel hulpverle-



ners aangeven niet vóór bestraffing op zich te zijn, geven zij wel aan dat strikte opvolging en gepaste bestraffing dienen gehanteerd te worden om op die manier duidelijkheid te creëren voor DBK-cliënten en uitholling van de DBK te voorkomen.

*‘Dat was een beetje de kritiek op DBK, dat het soms te zacht is. Voor bepaalde kalibers weten we dat die de rechter ook maar rond de vinger draaien. En als die dan zeggen van “ja ja, ik heb goed meegewerkt”. En de liaison zegt van: “ik ben niet op de hoogte gesteld”. En wij mogen ook niks zeggen, en de rechter gaat er dan in mee, dat er dan soms teveel kansen worden gegeven aan bepaalde mensen.’ (respondent ambulante hulpverlening, niet-drugspecifiek)*

#### **6.3.1.6.4. *Het gebruik van urinecontroles***

Bij een groot aantal DBK-cliënten stelt de rechter de eis dat urinecontroles moeten worden voorgelegd. Enkele actoren (n=4) geven echter aan dat zij van mening zijn dat wanneer een DBK-cliënt in een residentieel programma zit, dit programma verantwoordelijk is voor de controle op gebruik en dat hierdoor – zolang de DBK-cliënt omkadering krijgt binnen een residentiële opname – urinetesten overbodig zijn. Wanneer DBK-cliënten ambulante begeleiding krijgen, zou gesteld kunnen worden dat urinecontroles een meerwaarde kunnen zijn. Er wordt echter aangehaald dat urinecontroles binnen een ambulante setting veelal niet gesuperviseerd worden. Dit maakt dat deze urinecontroles niet betrouwbaar zijn en geen sluitend bewijs kunnen zijn voor de rechtbank. Bijgevolg menen deze hulpverleners dan ook dat de eis om urinecontroles voor te leggen weinig zinvol is.

#### **6.3.1.6.5. *Uitbouw en ondersteuning van het DBK-project***

De liaisons ervaren de beperkte ondersteuning binnen de DBK als een aandachtspunt. Beide liaisons volgen DBK-cliënten op binnen een deeltijdse functie. Hierbij kunnen zij bij ziekte of afwezigheid niet terugvallen op een team. Daarnaast is er formeel gezien geen ondersteuning voorzien voor de DBK-actoren, waar oorspronkelijk wel werd aangestuurd op het aanstellen van een DBK-coördinator. De liaisons geven aan dat zij nood hebben aan een DBK-coördinator én aan een vangnet waar zij op terug kunnen vallen, indien hun werklast te hoog wordt. Een DBK-coördinator zou een duidelijke meerwaarde vormen doordat deze structurele netwerkvorming en -uitbouw kan voorzien.

*'Als er samenwerkingsproblemen zijn dat hij [de coördinator] dan bemiddelt. Als er hiaten zijn in bepaalde hulpverleningsinstanties of mogelijkheden om cliënten toe te leiden. Of als je problemen hebt met wachtlijsten, dat dat ergens wordt aangekaart. Dat er nieuwe samenwerkingsverbanden worden gezocht, waarbij we dan uitgenodigd worden om elkaar te leren kennen.'* (respondent liaison)

#### **6.3.1.6.6. De onduidelijke rol van de liaisons**

De rol van de liaisons zou niet steeds geheel duidelijk zijn voor de verschillende actoren die bij de DBK betrokken zijn. Een liaison geeft aan dat er pas een duidelijke taakomschrijving omtrent de functie van liaison is weergegeven, nadat het project reeds geruime tijd van start is gegaan. De andere liaison geeft aan dat er soms verwachtingen of vragen zijn vanuit de DBK. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om het voeren van een gesprek met een DBK-cliënt die nog in de gevangenis verblijft en niet direct blijk geeft bereid te zijn om een DBK-traject aan te vangen, waar de liaison niet altijd aan kan voldoen omwille van de beperkte tijd en de hoge werklast. Daarnaast geven enkele hulpverleners aan dat het voor DBK-cliënten niet steeds duidelijk is wat de rol van de liaison is en wat het verschil is tussen een liaison en een justitie-assistent.

#### **6.3.2. Ervaringen van (oud-)DBK-cliënten**

Naast de ervaringen van hulpverleners wordt in dit hoofdstuk ook aandacht geschonken aan de percepties en ervaringen van (oud-)DBK-cliënten. Het betreft hun ervaringen met betrekking tot de gang van zaken binnen de DBK, de contacten met de liaison en de hulpverlening. Het zijn immers de DBK-cliënten die aan den lijve ondervinden hoe de DBK werkt. Het is dan ook van groot belang hun ervaringen hieromtrent mee te nemen.

Hieronder worden de belangrijkste resultaten met betrekking tot de percepties en ervaringen van de bevroegde (oud-)DBK-cliënten besproken. Hierbij dient echter in acht genomen te worden dat het gaat om de beleving van de bevroegde DBK-cliënten. Verder is er aandacht nodig voor het feit dat niet alle 15 DBK-cliënten, die initieel hebben toegezegd deel te nemen aan het onderzoek, zijn bevroegd door middel van het semi-structureerd interview. Van de acht nieuwe DBK-cliënten zijn er zes

bevraagd. Van de zeven oud-DBK-cliënten zijn er slechts twee bevraagd. Deze data bieden dan ook enkel zicht op de ervaringen van dit klein aantal DBK-cliënten en zijn eerder illustratief. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op deze en andere beperkingen.

### 6.3.2.1. Karakteristieken van de streekproef

Om zicht te krijgen op de achtergrond van de DBK-cliënten die deelnemen aan dit deel van het onderzoek, schetsen we eerst de karakteristieken van de twee oud-DBK-cliënten en de zes nieuwe DBK-cliënten van wie een interview is afgenomen. Het betreft vijf mannen en drie vrouwen. Hun leeftijd varieert van begin 20 tot midden 30. Twee respondenten hebben één of meer kinderen. Het middel dat de respondenten gebruiken op het moment dat zij binnen de DBK starten, betreft heroïne (n=1), heroïne in combinatie met cannabis (n=1), methadon (n=1), alcohol of alcohol in combinatie met speed of cannabis (n=3) en speed (n=2). De respondenten dienden voor de DBK te verschijnen omwille van uiteenlopende feiten, die steeds middelengerelateerd zijn. Hierbij gaat het om bezit van middelen, diefstal onder invloed van middelen, rijden onder invloed en geweld.

### 6.3.2.2. Redenen voor deelname aan de DBK

Wanneer DBK-cliënten ter sprake brengen waarom ze ervoor gekozen hebben in het DBK-traject te stappen – iedere DBK-cliënt krijgt immers de keuze om al dan niet een DBK-traject aan te vangen – komen verschillende redenen ter sprake. Enerzijds starten drie DBK-cliënten met een DBK-traject omdat dit hen de mogelijkheid biedt om hun probleem – of vaker problemen – aan te pakken. De DBK biedt hen de kans om te onderzoeken op welke levensdomeinen zich problemen situeren om vervolgens op zoek te gaan naar gepaste vormen van hulpverlening met betrekking tot deze problemen.

*‘Nu heb ik de kans gehad van DBK van een traject af te leggen (...), met een liaison. Ook met de ambulante [hulpverlening]. En dat ik wekelijks bij de dokter toxico laat doen, dus urinetest laat doen. Mijn therapie en af en toe een afspraak met mijn liaison. Dus zo ben ik eigenlijk op goede stap en vrij goed bezig.’ (DBKf)*

Voor vier andere DBK-cliënten betreft de reden om in het DBK-traject te stappen eerder vermijding of uitstel van een correctionele veroordeling.

Men kiest ervoor om in de DBK te stappen omdat men een correctie-nale veroordeling wil vermijden, waardoor de grootste drijfveer niet (langer) de aanpak van de vaak omvangrijke problematiek lijkt te zijn.

*'Omdat ze hadden mij eigenlijk bang gemaakt, het gaat maar over 5 gram speed bij mij voor eigen gebruik, geen verkoop. En ze hadden mij eigenlijk bang gemaakt dat ik in de gevangenis ging vliegen en dit en dat. Daarom was ik besloten van dat te doen.'* (DBKh)

Vier DBK-cliënten geven aan, ongeacht vanuit welke onderliggende reden zij ervoor gekozen hebben in de DBK te stappen, dat zij in de toekomst wederom de kans zouden aannemen om een DBK traject te starten.

### 6.3.2.3. Algemene ervaringen met de DBK

Wat betreft positieve ervaringen met de DBK geven zes DBK-cliënten aan dat zij het erg positief vinden dat ze binnen de DBK de kans krijgen om aan hun probleem te werken. Zij ervaren dat er ruimte is voor de persoon achter de DBK-cliënt, die werkt aan de problematiek zoals die in het plan wordt weergegeven. DBK-cliënten waarderen het feit dat ze de kans krijgen de kern van hun probleem aan te pakken in plaats van correctie-nel veroordeeld te worden, waarbij de initiële problematiek nagenoeg onaangesproken blijft.

*'Ik moet zeggen, ik vind dat heel tof dat ze mensen die met een problematiek zitten, een drugsproblematiek, de kans geven om er toch nog iets aan te doen. Want stel [je] voor dat DBK er niet is. Dan ga je naar de correctie-nale en krijg je een taakstraf. Maar dat doet dus echt niks aan die problematiek. Dat is de mensen eigenlijk nog verder straffen.'* (DBKf)

Twee DBK-cliënten, waarbij uiteindelijk na oriëntatiegesprekken geen hulpverleningsplan is opgesteld, geven aan dat een positieve ervaring die zij met de DBK hebben te situeren valt in de verminderde strafmaat. Ook bij twee andere DBK-cliënten wordt dit aspect als één van de positieve kanten van de DBK geduid. Naast het krijgen van een kans om aan hun problemen te werken, is het vermijden van straf dan ook een reden om in het DBK-traject te stappen. Een enkele DBK-cliënt geeft aan dat de straf, die werd opgelegd en uitgevoerd naar aanleiding van de DBK-uitspraak in zijn/haar zaak, het meest positieve is aan de DBK. De DBK-cliënt geeft aan dat de straf hem/haar heeft doen

nadenken over zijn/haar leven. Hij/zij komt hierbij tot het besluit het leven na zijn/haar straf anders te willen vormgeven.

Eén DBK-cliënt, die urinecontroles voor moet leggen, geeft aan dat urinecontroles kunnen helpen om niet of minder te gebruiken. Het feit dat er urinecontrole(s) voorgelegd dienen te worden, iedere keer dat hij/zij voor de DBK verschijnt, zorgt ervoor dat er een aanpassing van het middelengebruik optreedt.

*'Dat zijn urinecontroles, mijn attesten van hier [de hulpverlening] dat ik wekelijks aanwezig ben. Maar voor mij is dat vree goed, vooral die urinecontroles. Dat voel ik nog wel, dat ik dat nodig heb. Want de craving...'* (DBKf)

Anderzijds geven twee DBK-cliënten aan dat er enkele knelpunten zijn met betrekking tot urinecontroles. Hierbij wordt aangehaald dat naar de huisarts gaan voor urinecontroles, die door de DBK-cliënt zelf betaald dienen te worden, een knelpunt kan vormen. Een andere DBK-cliënt geeft de ervaring weer dat de rechtbank niet steeds voldoende op de hoogte zou zijn van de verschillende manieren waarop de resultaten van urinecontroles worden weergegeven. Hierdoor kan verwarring ontstaan bij de interpretatie van de resultaten.

#### **6.3.2.4. Het contact tussen DBK-cliënten en verschillende DBK-actoren**

Binnen de setting van de DBK hebben DBK-cliënten contact met verscheidene actoren. Vooreerst is er het contact met de DBK-rechter en de parketmagistraat. Verder treedt de DBK-cliënt in contact met de liaison en met hulpverlening die betrokken is bij het hulpverleningsplan van de specifieke DBK-cliënt. Naast het contact met de liaison speelt ook het contact met de DBK-rechter een belangrijke rol, daar DBK-cliënten deze frequent te woord dienen te staan en daarbij bewijs dienen voor te leggen omtrent de wijze waarop ze zij werken aan hun doelstellingen. Het contact met de DBK-rechter(s) wordt door zeven van de acht DBK-cliënten als positief ervaren. DBK-cliënten hebben het gevoel dat de er naar hen geluisterd wordt, dat zij ondersteuning en kansen krijgen.

*'Die rechter was heel beleefd en zo. Veel rechters hebben zo meteen een beetje een vooroordeel aan de hand van het strafblad van "het gaat zo iemand zijn en we gaan hem streng aanpakken". Maar deze rechter niet.*

*Die heeft gewoon geluisterd naar mijn verhaal en wat ik gezegd heb. En die [is] nooit echt streng geweest.'* (DBKa)

De contacten met de liaison worden door de DBK-cliënten als positief ervaren. Zij ervaren de liaison als een persoon bij wie ze terecht kunnen met hun vragen. DBK-cliënten weten bij wie ze terecht kunnen en dat ze opgevolgd worden.

*'Die heeft mij wel echt geholpen. Ik had iemand nodig die mij kon helpen met van die toestanden. Die heeft dat gedaan, dat vond ik wel de max. Alles dat die liaison gedaan heeft was wel belangrijk. Er is niets dat die beter had moeten doen.'* (DBKc)

Naarmate het DBK-traject vordert, hebben drie DBK-cliënten echter minder nood aan opvolging van de liaison. Eens DBK-cliënten hun hulpverleningsplan hebben uitgewerkt en de eerste stappen richting hulpverlening hebben gezet, geven zij aan minder nood te hebben aan ondersteuning door de liaison. Twee bevraagde DBK-cliënten bij wie uiteindelijk geen hulpverleningsplan is opgemaakt, geven aan dat zij ondersteuning van de liaison niet nodig achten. Hoewel zij het contact dat ze hebben met de liaison als positief ervaren, is het voor hen geen noodzaak om dit contact actief te onderhouden daar zij geen hulpverleningsplan hebben om aan te werken. Twee DBK-cliënten geven aan dat het contact met de liaison niet steeds probleemloos verloopt. Dit betreft DBK-cliënten die al enige tijd in het DBK-traject actief zijn. Zo duidt één DBK-cliënt reeds de van in het begin goede samenwerking met de liaisons, maar eveneens de soms beperkte beschikbaarheid en bereikbaarheid. Daarnaast geeft de andere DBK-cliënt aan het gevoel te hebben niet langer op dezelfde golflengte te zitten met de liaison: de doelstellingen die zij beiden na zouden willen streven zouden niet meer steeds overeenkomen.

#### **6.3.2.5. De ervaringen van DBK-cliënten betreffende ondersteuning**

De ondersteuning die DBK-cliënten krijgen binnen de DBK komt zowel van de DBK-actoren zelf – die DBK-cliënten frequent te woord staat tijdens zittingen – als van de liaison en de betrokken hulpverlening. Deze ondersteuning kan soms ervaren worden als druk. Drie DBK-cliënten geven aan dat zij deze ondersteunende druk als positief ervaren, als een stok achter de deur die ervoor zorgt dat zij hun hulpverleningstraject

opvolgen en uitvoeren. Deze druk houdt in dat DBK-cliënten voelen dat ze opgevolgd en gecontroleerd worden.

*'Ik vind dat wel niet slecht. In mijn geval, ik ben iemand, zeker op het moment, nu ik had ook geen werk en al, beetje controle was niet slecht.'*  
(DBKe)

Naast de DBK-cliënten die deze ondersteuning en druk als positief en helpend ervaren, zijn er DBK-cliënten die aangeven minder goed om te kunnen gaan met deze druk en bij wie deze druk mogelijk contradicto-  
risch werkt. Hoewel ook deze twee DBK-cliënten aangeven dat zij de  
meerwaarde van de controle die de DBK biedt inzien en ervaren, betreft  
het juist deze controle die maakt dat zij (vroegtijdig) uitvallen binnen  
de DBK of hun DBK-traject als moeilijker ervaren. Voor één van deze  
DBK-cliënten was deze druk de reden om vroegtijdig uit het DBK-tra-  
ject te stappen.

*'Er ligt een enorme druk op uw schouders. Ik word niet graag gecom-  
mandeerd en ik ga eigenlijk altijd het tegendeel doen. Wat dat ik niet  
mag, ga ik doen. En omgekeerd. Dus....'* (DBKh)

Eén van de DBK-cliënten uit 2010-2011 gaf aan dat hij/zij het gevoel  
heeft dat de DBK ervoor gezorgd heeft dat hij/zij in hulpverlening  
terecht is gekomen en via die weg zijn/haar problemen heeft kunnen  
aanpakken. De ervaringen van de DBK-cliënten met betrekking tot de  
hulpverlening zijn veelal positief. Vijf DBK-cliënten ervaren hulpverle-  
ners als vertrouwenspersonen waarmee zij kunnen spreken over hun  
problematiek. Vaak is dit contact diepgaander, waarbij DBK-cliënten de  
ruimte voelen om ook andere zaken vanuit uiteenlopende levensdom-  
einen bespreekbaar te maken binnen de hulpverleningssetting.

### **6.3.2.6. Door DBK-cliënten ervaren obstakels binnen het DBK-traject**

DBK-cliënten ervaren reeds vanaf het begin van hun deelname aan de  
DBK enige zaken als moeilijk of onprettig. Het frequent verschijnen  
voor de rechtbank wordt door twee bevraagde DBK-cliënten als onple-  
zierig ervaren. Deze DBK-cliënten geven aan dat het veel tijd kost en  
dat zij het niet als noodzakelijk zien om zo vaak te verschijnen, daar zij  
het idee hebben dat hun hulpverleningstraject naar wens verloopt. Ver-  
der wordt het openbaar karakter van de DBK genoemd. Dit wordt door

drie DBK-cliënten als onprettig ervaren. Deze DBK-cliënten ervaren hierbij schaamte, zij voelen zich onzeker bij de verschijningen. Zowel het publiek dat in aanzienlijke aantallen aanwezig kan zijn als de confrontatie met andere DBK-cliënten worden als onaangenaam ervaren, waarbij DBK-cliënten het gevoel hebben bekeken te worden. Voor twee DBK-cliënten die werk hebben, is het frequent verschijnen voor de DBK moeilijk te combineren met hun job.

*‘Het is soms nogal, ja, je moet toch een aantal keer komen. (...) Ja, het is toch een serieuze inspanning elke keer. Je moet al die afspraken maken, dan nog eens een keer naar hier. Voor het werk is dat, alé op papier ben ik wel in orde, maar op het werk hebben ze ook zoiets van: wat heb jij uitgestoken?’ (DBKb)*

Wanneer DBK-cliënten geen open kaart spelen met hun werkgever omtrent hun DBK-traject kan het regelmatig verschijnen voor de rechtbank een penibele kwestie zijn. Eén DBK-cliënt werkt overuren om het moment van de DBK-zitting vrij te kunnen houden, een andere DBK-cliënt gebruikt verlofdagen om aanwezig te kunnen zijn bij zittingen. Bij beide DBK-cliënten is de werkgever niet op de hoogte van het DBK-traject. Bij één DBK-cliënt bestaat de angst dat de werkgever erachter zal komen dat hij/zij een DBK-traject volgt.

Naast het openbaar karakter en het frequent verschijnen wordt de lange wachttijd tijdens DBK-zittingen door één DBK-cliënt expliciet als vervelend benoemd. Ondanks de agenda die gemaakt wordt, waarbij iedere DBK-cliënt een uur krijgt waarop hij/zij verwacht wordt, wordt deze tijdsregeling niet strikt gehandhaafd. Hierdoor moeten de DBK-cliënten vaak gedurende lange tijd wachten tijdens een zittingsdag voordat hun zaak aan bod komt. Daarnaast geven twee DBK-cliënten bij wie geen hulpverleningsplan is opgemaakt aan dat zij de DBK als weinig zinvol ervaren hebben. Zij stellen zich vragen bij hun doorverwijzing naar de DBK en het frequent verschijnen voor de DBK, zonder dat er een hulpverleningsplan voor hen wordt opgesteld. Bij instap in de DBK leefde de verwachting dat een hulpverleningsplan opgemaakt zou worden waarmee zij zouden werken aan hun problemen. Echter, door de beperkte problematiek van deze specifieke DBK-cliënten was het volgens de hulpverlening – waar zij oriëntatiegesprekken hebben gehad – niet noodzakelijk dat zij behandeld moest worden voor hun gebruiksproblematiek. De DBK-rechter volgde dit advies aangezien er ook binnen de andere levensdomeinen geen doelstellingen geformu-



leerd werden, waardoor het opmaken van een hulpverleningsplan niet noodzakelijk was. Deze DBK-cliënten dienden echter tijdens de fase van de oriëntatiegesprekken met de hulpverlening, en soms zelfs daarna, frequent te verschijnen voor de DBK. Het was voor deze DBK-cliënten onduidelijk waarom zij, zonder hulpverleningsplan dat nagestreefd diende te worden, opgevolgd werden binnen de DBK.

## **6.4. Bespreking van de resultaten**

Uit de interviews met hulpverleningsactoren en liaisons komen veelal gelijklopende thema's en ervaringen naar voren. Algemeen valt hier de positieve connotatie op met betrekking tot de DBK. Hoewel verschillende uitdagingen ervaren worden, wegen deze niet op tegen de positieve ervaring die men heeft met de DBK. De aandacht voor de onderliggende (afhankelijkheids)problematiek in plaats van een enkele focus op delinquent gedrag wordt door hulpverleners als positief ervaren. De hieruit voortvloeiende verbeteringen op andere levensdomeinen van DBK-cliënten, worden gezien als een algemeen positief effect van de DBK op de DBK-cliënten.

### **6.4.1. *Cliëntspecifieke opvolging binnen de DBK***

Bij de bespreking van alternatieve afhandelingen komt de meerwaarde van de DBK naar voren ten opzichte van probatie en Proefzorg. Zo vormt de concrete en veelvuldige opvolging die de DBK biedt en waarbij justitie zichtbaar wordt door de aanwezigheid van de DBK-rechter, een duidelijk surplus. Dit is in overeenstemming met de internationale literatuur, waaruit blijkt dat juridische betrokkenheid herstel zou kunnen promoten door de weerstand van DBK-cliënten te verminderen, wat op zijn beurt zou kunnen leiden tot minder criminaliteit. DBK-cliënten zouden zelfvertrouwen putten uit het feit dat de rechter luistert naar hun verhaal. Dit vergroot dan weer de intrinsieke motivatie om zich af te wenden van crimineel gedrag (McIvor, 2009). Daarnaast geeft de DBK de mogelijkheid om cliëntspecifieke doelstellingen op te stellen. Door in te zetten op individuele doelstellingen en hierbij een beroep te doen op uiteenlopende diensten en hulpverleningsactoren, wordt de mogelijkheid geboden aan DBK-cliënten om ondersteuning te krijgen die tegemoet komt aan hun individuele noden (Logan et al., 2004).

De DBK is voor DBK-cliënten een stok achter de deur en volgt hun hulpverleningstraject op, wat als effectief is bevonden door McIvor (2009). Vervolging en straf kunnen een stok achter de deur zijn voor druggebruikers die moeten verschijnen voor de rechtbank. De DBK-cliënt volgt een bepaald DBK-traject en wordt hierbij aangezet tot deelname aan en het volhouden van hulpverlening (Van Ooyen-Houben, 2004). De DBK wordt gezien als een positieve manier om te kunnen omgaan met beklagden die druggerelateerde feiten hebben gepleegd. DBK-cliënten trachten door middel van hulpverlening hun situatie te verbeteren, hun gebruik te verminderen en recidive te vermijden. Door middel van drugbehandeling zou criminaliteit immers gereduceerd worden (Best et al., 2001).

#### **6.4.2. *Het belang van samenwerking en informatie-uitwisseling tussen verschillende actoren***

De DBK kent vele actoren. Samenwerking tussen de verscheidene actoren is van belang, maar niet steeds vanzelfsprekend. Er bestaat actieve samenwerking tussen hulpverleners en DBK-cliënten, maar ook tussen verschillende hulpverleningsactoren die betrokken zijn bij een DBK-cliënt. De samenwerking tussen hulpverleningsactoren en de liaisons is een effectieve en noodzakelijk samenwerking. Sommige actoren zouden echter in mindere mate bereid zijn te werken vanuit het hulpverleningsplan dat is opgesteld binnen de DBK. Dit gegeven kan de samenwerking tussen de betrokken actoren en de liaisons bemoeilijken. Ook uit literatuur blijkt dat de samenwerking soms minder vanzelfsprekend verloopt door de eigen doelen die iedere actor kent, die echter niet steeds na te streven zijn binnen de samenwerking in het kader van DBKs. Om dit te ondervangen is vertrouwen en verbondenheid tussen de verschillende actoren noodzakelijk. Dit is echter vaak een fragiel gegeven, waardoor samenwerking onder spanning kan blijven staan (Hough, 2002).

Gekoppeld aan samenwerking is informatie-uitwisseling van belang. Binnen de setting van de DBK wordt, nadat de cliënt de informed consent heeft ondertekend, het gedeeld beroepsgeheim gehanteerd door liaisons en hulpverleningsactoren. Dit gedeeld beroepsgeheim heeft evenwel geen wettelijke basis. Men baseert zich dan ook op een concept van het gedeeld beroepsgeheim waaruit bepaalde voorwaarden naar voren komen. Het gaat bijvoorbeeld om de voorwaarde dat de DBK-

cliënt toestemming moet geven, de voorwaarde dat alleen gegevens die relevant zijn mogen worden uitgewisseld, enz. (Schellaert, 2010). Het merendeel van de hulpverleners wisselt informatie uit met de liaisons vanuit het uitgangspunt dat de liaisons vallen onder het gedeeld beroepsgeheim. Het is echter niet voor alle hulpverleners steeds duidelijk of en hoe het gedeeld beroepsgeheim gehanteerd kan worden in het kader van de DBK.

#### **6.4.3. DBK-cliënten en de invloed hiervan op wachtlijsten**

Het aantal DBK-cliënten binnen de meeste hulpverleningssettings is gemiddeld genomen relatief laag. De DBK lijkt hiermee niet direct effect te hebben op de wachtlijsten. Uit de procesevaluatie (Colman et al., 2011) kwam naar voren dat mogelijks onvoldoende hulpverleningscapaciteit aanwezig zou zijn binnen het Gentse arrondissement om bijkomende DBK-cliënten op te nemen. Tijdens de bevraging in de periode van mei tot september 2012 werd dat door de betrokken hulpverleners, welke een netwerk van residentiële en ambulante (drugspecifieke) hulpverlening beslaan, niet op deze manier ervaren. Binnen de ambulante niet-drugspecifieke hulpverlening behoren DBK-cliënten regelmatig reeds voor hun DBK-deelname tot het cliëntenbestand en deze settings kennen nauwelijks tot geen wachtlijsten. Ook de ambulante drugspecifieke hulpverlening kent nauwelijks tot geen wachtlijsten, waardoor de kleine toestroom van DBK-cliënten geen probleem lijkt te vormen. De residentiële (niet-)drugspecifieke hulpverlening kent wel wachtlijsten maar deze staan los van de implementatie en de werking van de DBK. Slechts een beperkt aantal DBK-cliënten stroomt door naar deze voorzieningen, waardoor hun invloed op de wachtlijsten gering is. Het feit dat binnen de Gentse setting een ruim netwerk van uiteenlopende hulpverleningsvoorzieningen aanwezig is, zorgt wellicht voor een spreiding van de DBK-cliënten over deze voorzieningen heen, waardoor overbevraging van specifieke voorzieningen relatief beperkt blijft. Wanneer in een bepaalde regio slechts een beperkt aantal hulpverleningsvoorzieningen aanwezig zijn, zal de toestroom van DBK-cliënten vooral plaatsvinden in bepaalde voorzieningen. De toestroom van DBK-cliënten in een dergelijke regio, waar geen uitgebreid hulpverleningsnetwerk aanwezig is, kan leiden tot wachtlijsten en onvoldoende capaciteit om de instroom van DBK-cliënten op te vangen.

#### **6.4.4. *De geboden hulpverlening aan DBK-cliënten***

DBK-cliënten kunnen een intense en meervoudige problematiek hebben die zich situeert op verschillende levensdomeinen. Dit profiel geldt echter niet exclusief voor DBK-cliënten. De geboden hulpverlening aan DBK-cliënten verschilt ook niet van hulpverlening aan niet-DBK-cliënten. Het ritme van iedere individuele cliënt wordt gevolgd, wat bij DBK-cliënten anders kan verlopen daar zij reeds zicht hebben op duidelijke doelstellingen die zij wensen na te streven, waarbij oog is voor de noden van de DBK-cliënt. De afronding van de hulpverlening aan DBK-cliënten hangt sterk af van hun individueel traject en nauwelijks van het justitieel statuut dat zij hebben. Opvallend is dat DBK-cliënten na afronding van hun DBK-traject regelmatig uitvallen binnen de hulpverlening die zij onder invloed van de DBK zijn gestart. Het zou de drang van de DBK zijn, die ervoor zorgt dat DBK-cliënten in hulpverlening blijven en dat ze ambivalentie ten opzichte van druggebruik opbouwen. Het kan dan ook helpend zijn voor de DBK-cliënt dat er vanuit de DBK motiverend wordt gewerkt. Hierdoor kan verandering ontstaan die vanuit de DBK-cliënt zelf komt (Rollnick & Miller, 1995), waarbij men ondersteund wordt door de DBK. Door motiverend te werken kan de DBK DBK-cliënten ondersteunen om inzicht te krijgen in de eigen problematiek om vervolgens aan de slag te gaan met deze problematiek (Bien, Miller & Borough, 1993; DeMatteo, Marlowe & Fettinger, 2006). Drang kan retentie bevorderen, waarbij het nodig is dat DBK-cliënten hun eigen hulpverleningstraject en doelstellingen bepalen in samenspraak met de liaison, hulpverlening en de DBK (DiClemente & Prochaska, 1991; Hough, 2002).

#### **6.4.5. *Uitdagingen voor voortzetting van de DBK en bij uitbreiding naar andere arrondissementen***

De verschillende finaliteit en het tempo van de DBK versus DBK-cliënten en hulpverlening en de beperkte continuïteit van zorg en ondersteuning – waarbij DBK-cliënten na de DBK-opvolging veelal geen structurele opvolging meer kennen – komen naar voren als uitdagingen van de DBK. Justitie en hulpverleningsactoren streven veelal andere doelen na, waardoor spanning tussen deze actoren kan ontstaan welke samenwerking kan bemoeilijken (Hough, 2002; Meese, Van Impe & De Ruyver, 2000). Het door de liaisons ervaren gebrek aan een team en een DBK-coördinator om op terug te vallen, komt zowel binnen het huidige

onderzoek als binnen de procesevaluatie naar voren (Colman et al., 2011).

Bij uitbreiding van de DBK naar andere gerechtelijke arrondissementen dient niet enkel rekening gehouden te worden met de genoemde uitdagingen, eveneens dienen de kenmerkende en als positief ervaren elementen van de DBK in acht genomen te worden. Het betreft onder andere het frequent verschijnen voor steeds dezelfde rechter, waarbij uitgegaan wordt van een hulpverleningsplan dat op basis van de noden van DBK-cliënten is opgesteld. Er kan gesteld worden dat dit frequent verschijnen, net als het hulpverleningsplan, aangepast dient te worden aan individuele kenmerken van de DBK-cliënt, gezien dit de effectiviteit van de DBK-werking ten goede zou komen (Marlowe, Festinger, Lee, Dugosh & Benasutti, 2006). Verder dient er intensieve samenwerking te zijn tussen de verschillende actoren, de DBK en DBK-cliënten, waarbij er kennis van de doelgroep is en de toelatingscriteria duidelijk gecommuniceerd zijn. Het belang van eenduidige toelatingscriteria werd reeds door Colman et al. (2011) aangehaald. Uit de ervaringen van hulpverleners valt echter af te leiden dat hieromtrent niet steeds duidelijkheid bestaat.

#### **6.4.6. *De DBK als een unieke kans***

Binnen de interviews met DBK-cliënten, komen verschillende zaken naar voren. DBK-cliënten ervaren het als zeer positief dat zij binnen de DBK een kans krijgen. Deze kans valt uiteen in het krijgen van een kans om problemen aan te pakken en de kans om strafvermindering te krijgen. Zowel aanpak van problemen als het vermijden van straf zijn een belangrijke reden om te kiezen voor een DBK-traject (Colman et al., 2011). Landau (2004) bevestigt dat sommige beklagden kiezen voor alternatieve afhandeling omdat dit hen de mogelijkheid biedt om aan traditionele afhandeling te ontsnappen, in plaats van dat zij deze alternatieve afhandeling aangrijpen als een constructieve kans om aan problemen te werken.

#### **6.4.7. *Contacten binnen en werking van de DBK***

De contacten met de liaisons worden door alle partijen positief ervaren, wat reeds bleek uit de resultaten van de procesevaluatie (Colman et al., 2011). Voor sommige DBK-cliënten lijkt het contact met en ondersteu-

ning van de liaison minder noodzakelijk te worden naarmate het traject vordert, doordat zaken reeds in gang zijn gezet. De contacten met de rechter worden positief ervaren. DBK-cliënten ervaren dat de rechter door zijn luisterende houding oog heeft voor hun noden. Uit onderzoek is gebleken dat dit hun motivatie ten goede kan komen (McIvor, 2009).

DBK-cliënten benoemen de druk die zij binnen de DBK ervaren als dubbel; deze wordt zowel positief als negatief ervaren. Wanneer de druk positief wordt ervaren, is deze een stok achter de deur en een motivator om actief met het DBK-traject bezig te zijn. Drang kan de retentie bevorderen. Hierbij is het echter nodig dat DBK-cliënten hun eigen hulpverleningstraject en doelstellingen kunnen bepalen in samenspraak met de liaison, hulpverlening en de DBK (Hough, 2002). Voor DBK-cliënten die aangeven minder goed om te kunnen gaan met deze druk, bestaat de kans dat zij afhaken binnen het DBK-traject, waar dit bij één bevraagde DBK-cliënt daadwerkelijk het geval bleek. De perceptie van drang en de manier waarop cliënten hiermee omgaan, kan samenhangen met verscheidene factoren zoals persoonlijke attitude ten aanzien van gebruik (Wild, Newton-Taylor & Alletto, 1998), maar ook verstandelijke vermogens spelen een rol (Vandevelde, Broekaert, Schuyten & Van Hove, 2005). Behandeling zal voornamelijk als 'dwingend' ervaren worden bij cliënten met een beperkt inzicht in gebruiksproblematiek (Vandevelde et al., 2005). Op deze cliëntkenmerken is echter binnen de DBK, voornamelijk bij aanvang van een traject, weinig zicht. Het is dan ook van belang om binnen de DBK motiverend te werken met DBK-cliënten, om op die manier DBK-cliënten inzicht te laten verwerven in de eigen problematiek. Vanuit dit inzicht kan de DBK-cliënt bereid gevonden worden om aan de slag te gaan met zijn problematiek. Door DBK-cliënten zicht te laten krijgen op de negatieve effecten van druggebruik op hun leven, kan het besef groeien dat druggebruik gezorgd heeft voor uiteenlopende problemen in hun leven. Vanuit dit besef kunnen cliënten vervolgens intern gemotiveerd aan de slag gaan met hun problematiek (Bien et al., 1993; DeMatteo et al., 2006).

Urinecontroles kunnen een stok achter de deur zijn om DBK-cliënten te 'beschermen' tegen gebruik, anderzijds zijn deze controles een financiële last. Aangezien binnen de DBK niet direct abstinentie nagestreefd wordt maar veeleer vermindering van gebruik en verbetering van de situatie op verschillende levensdomeinen, kan de meerwaarde van een

(te) sterke nadruk op urinecontroles in vraag gesteld worden, zeker wanneer deze niet gesuperviseerd worden afgenomen. Daarenboven is hervat in gebruik een deel van het proces richting herstel en dient hiervoor ruimte te zijn binnen de DBK-opvolging (McLellan, 2002).

#### **6.4.8. *Ervaren knelpunten***

Het openbaar karakter, het regelmatig verschijnen en de wachttijden tijdens verschijningen voor de DBK kunnen als hindernissen ervaren worden. Het frequent voor de DBK verschijnen in combinatie met het hebben van werk, lijkt voor sommige DBK-cliënten moeilijk verenigbaar (Colman et al., 2011). Tewerkstelling wordt juist geassocieerd met minder (kans op) recidive (Young, Fluellen & Belenko, 2004; Brown, 2010b). Bijgevolg dient er oog te zijn voor de moeilijkheden die werkende DBK-cliënten ervaren om hun traject en hun aanwezigheid binnen DBK-zittingen te realiseren. Het openbaar karakter maakt daarenboven dat DBK-cliënten zich bekeken voelen en de zitting, waarbij verschillende DBK-cliënten op hetzelfde uur dienen te verschijnen, neemt veel van de DBK-cliënt zijn/haar tijd in beslag.

### **6.5. *Beperkingen van het onderzoek***

Voorliggend onderzoek kent verschillende beperkingen. Allereerst is een gemengde groep van drugspecifieke hulpverleners bevestigd. Het betreft zowel ambulante als residentiële hulpverleningsactoren. Deze variatie is in mindere mate terug te vinden binnen de niet-drugspecifieke hulpverlening die bevestigd is. Deze bevestigde groep bestaat voornamelijk uit hulpverleners die – weliswaar binnen verschillende diensten – werkzaam zijn binnen het OCMW. Dit komt overeen met zowel de hulpverleningsplannen van DBK-cliënten als de ervaringen van de liaisons. Hierdoor is er minder diversiteit binnen de bevestigde niet-drugspecifieke hulpverlenende actoren. Een tweede beperking betreft het individueel bevestigd van hulpverleningsactoren. Hierdoor is er minder zicht op daadwerkelijke communicatie en samenwerking en kan geen uitwisseling van standpunten en ideeën met betrekking tot de DBK plaatsvinden. Aanvullend op de interviews zou het mogelijk interessant geweest zijn om hulpverleners samen te brengen in een focusgroep om de uitkomsten van de individuele interviews te bespreken. Een derde beperking betreft de grote drop-out uit het onderzoek

bij DBK-cliënten waardoor slechts een klein aantal respondenten is bevroegd. Slechts zes van de acht nieuwe DBK-cliënten en twee van de zeven oud-DBK-cliënten zijn bevroegd. Dit maakt dat de bekomen resultaten slechts een weergave zijn van de ervaringen van deze kleine groep DBK-cliënten. Hierdoor kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden (Tromp & Rietmeijer, 1989). Een vierde beperking betreft de moeilijkheid om interviews te plannen met DBK-cliënten. Wanneer een interview daadwerkelijk plaats kon vinden, bestond de moeilijkheid erin om voldoende tijd te krijgen van de DBK-cliënt om het volledige interview af te nemen. Wanneer het interview werd afgenomen bij de rechtbank – omdat dit voor een aantal DBK-cliënten de enige haalbare optie bleek te zijn – verliep dit interview meermaals gehaast doordat DBK-cliënten nog voor de rechter dienden te verschijnen of zo snel mogelijk na hun gesprek met de rechter het justitiepaleis wilden verlaten. Eveneens is het bij twee DBK-cliënten uit 2012 niet gelukt om twee interviews af te nemen. Er is bij hen eenmalig een interview afgenomen.

## 6.6. Algemeen besluit

Concluderend kan gesteld worden dat de DBK door zowel de hulpverlening, die noodzakelijk is om de DBK mogelijk te maken, als door DBK-cliënten, die de werking van de DBK aan den lijve ondervinden, hoofdzakelijk als positief wordt ervaren. Waar uit recent onderzoek bij cliënten in de drughulpverlening (Vander Laenen et al., 2013) naar voren is gekomen dat aandacht voor de persoon met problemen in plaats van een focus op de ‘delinquent’ van groot belang is, werd dit door de bevroegde hulpverleners eveneens als een belangrijke meerwaarde van de DBK gezien. Mits enkele uitdagingen die de optimalisatie van de DBK zouden kunnen bewerkstelligen, biedt de DBK een kans aan DBK-cliënten om hun problematiek ten gronde aan te pakken door middel van ondersteuning door de liaison, welke de belangrijke schakelfiguur is binnen dit project.



## Hoofdstuk 7 **PERCEPTIES VAN DBK-CLIËNTEN OP EVOLUTIES IN HUN MIDDELENGEBRUIK EN DRUGGERELATEERDE LEVENS- DOMEINEN NA DE AFRONDING VAN HUN DBK-TRAJECT EN OP JURIDISCHE MAATREGELEN**

*Ciska Wittouck, Eveline De Wree,  
Charlotte Colman & Freya Vander Laenen*

### **7.1. Inleiding**

Om de effectiviteit van een programma ten volle te kunnen begrijpen zijn ook de percepties van de deelnemers van belang (Turner, Greenwood, Fain & Deschenes, 1999). De vragen “waarom en hoe iets werkt” zijn belangrijke vragen bovenop de vraag “of het werkt” met het oog op het uitbouwen van een theorie-gestuurde evaluatie en een evidence-based beleid (Sidani & Sechrest, 1999; Greenhalgh, 2009). Tussen de eerste en de laatste zitting van een DBK-traject kunnen immers verschillende factoren de resultaten beïnvloeden. Via perceptie-onderzoek kan nagegaan worden of een DBK-programma aansluit bij de noden en de verwachtingen van de deelnemers. Zo hebben de ontwikkelaars van een programma niet steeds dezelfde perceptie op het programma als de deelnemers aan het programma. Perceptie-onderzoek kan aldus een waardevolle bijdrage leveren tot het ontwikkelen van een DBK-beleid (Turner et al., 1999). Niettegenstaande is onderzoek over de perceptie van de betrokkenen op drughulpverlening onder drang in het algemeen en op DBKs in het bijzonder schaars (Cresswell & Deschenes, 2001; Wild et al., 2001). Hierom werden, ter aanvulling van de kwantitatieve dossierstudie en de recidivestudie (beschreven in respectievelijk hoofdstuk drie en acht), DBK-cliënten bevraagd naar hun ervaring met de DBK nadat hun traject werd afgerond. Hun ervaringen werden vergeleken met de ervaringen van Hasseltse probatie-cliënten.

## 7.2. Methode

### 7.2.1. Studiedesign

Aangezien dit kwalitatief luik van het onderzoek een aanvulling en verdieping vormt van de kwantitatieve dossierstudie en de recidivestudie, werden DBK-cliënten uit Gent en probatie-cliënten uit Hasselt bevroegd. Een beschrijving van de selectiecriteria om te worden opgenomen in de steekproef van de Gentse DBK- of de Hasseltse probatie-cliënten kan in hoofdstuk drie teruggevonden worden.

Er werd vooropgesteld in totaal 20 respondenten te bevragen, opgedeeld naar vier subgroepen. Binnen de Gentse DBK-groep werd beoogd om tien DBK-cliënten te bevragen: 1) *vijf DBK-completers*; dit zijn DBK-cliënten waarbij tot eindzitting werd overgegaan nadat de stappen in het hulpverleningsplan werden nageleefd zoals afgesproken tijdens de (her)oriëntatiezitting, ongeacht of deze hulpverlening een verandering heeft teweeggebracht, en 2) *vijf DBK-drop-outs*; dit zijn DBK-cliënten waarbij tot eindzitting werd overgegaan nadat zij niet kwamen opdagen op twee achtereenvolgende zittingen zonder geldige reden of het hulpverleningsplan niet naleefden of niet langer bereid waren na te leven zoals afgesproken tijdens de (her)oriëntatiezitting. Binnen de Hasseltse probatie-groep werd beoogd om tien probatie-cliënten te bevragen: 1) *vijf probatie-completers*; dit zijn probatie-cliënten waarvoor de justitieassistent tijdens het huidige verloop van de maatregel geen voorstel tot herroeping indiende bij de probatiecommissie en 2) *vijf probatie-drop-outs*; dit zijn probatie-cliënten waarvoor de justitieassistent tijdens het huidige verloop van de maatregel wel een voorstel tot herroeping indiende bij de probatiecommissie.

In dit hoofdstuk wordt beoogd een antwoord te formuleren op de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe beoordelen de respondenten de juridische procedure en de maatregel? Zijn er verschillen in perceptie tussen de DBK- en de probatie-cliënten?
- Percipiëren de respondenten een verandering op de verschillende levensdomeinen? En waarom (niet)? Zijn er verschillen in perceptie tussen de DBK- en de probatie-cliënten?

### 7.2.2. *Meetinstrument*

De respondenten werden bevraagd via een semigestructureerd interview<sup>31</sup>. De interviewleidraad werd gebaseerd op de subschalen van de ASI (McLellan et al., 1992): middelengebruik, familiale en sociale relaties, opleiding of tewerkstelling, lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, politie of justitie. Daarnaast werd een vraag rond de vrijetijdsbesteding opgenomen in de interviewleidraad wegens haar belang in het proces van herstel na middelengebruik (Hood, 2003). Deze levensdomeinen kwamen ook aan bod in de kwantitatieve dossierstudie beschreven in hoofdstuk drie.

Voor elk *levensdomein* werd de situatie voor en na het DBK-traject of voor de probatiemaatregel en op het moment van het interview in kaart gebracht om veranderingen in positieve en negatieve zin te kunnen objectiveren. Nadien werden per levensdomein de volgende vragen gesteld afhankelijk van de verandering(en) die zich al dan niet had(den) voorgedaan (gebaseerd op Chui, 2003; Chui, Tupman & Farlow, 2003).

Indien een verandering werd ervaren door de respondenten, werden de volgende vragen gesteld:

- Wat is volgens jou de specifieke invloed van de DBK/probatie-maatregel op de veranderingen in het '*levensdomein*'?
- Zijn er andere redenen waarom het '*levensdomein*' is veranderd?

Indien geen verandering werd ervaren door de respondenten, werd de volgende vraag gesteld:

- Wat zijn volgens jou de redenen waarom het '*levensdomein*' niet is veranderd?

Daarnaast werden alle respondenten bevraagd over hun *visie op de juridische procedure en de maatregel*. In het bijzonder werd gevraagd hoe ze het contact met de rechter en de parketmagistraat tijdens de (verschillende) hoorzitting(en) beoordeelden en waarom. Aan de probatie-cliënten werd gevraagd het contact met hun justitieassistent te beoordelen en te beargumenteren; aan de DBK-cliënten werd hetzelfde gevraagd over het contact met hun liaison.

---

<sup>31</sup> De interviewleidraad kan op gevraagd worden bij de auteurs.

### 7.2.3. *Selectie van respondenten*

Om de DBK-groep te rekruteren werd een beroep gedaan op de liaisons. De onderzoeker was regelmatig aanwezig op DBK-zittingen. De liaisons stelden de onderzoeker voor aan de DBK-cliënten, die aan de voorwaarden tot deelname voldeden, nadat in hun DBK-traject tot eindzitting was overgegaan. De onderzoeker lichtte het onderzoeksdesign toe en elke respondent ondertekende een informed consent<sup>32</sup>. De onderzoeker contacteerde de respondent naderhand telefonisch om een afspraak te maken.

Om de probatie-groep te rekruteren werd een beroep gedaan op de justitieassistenten. Justitieassistenten vroegen aan probatie-cliënten, die aan de inclusiecriteria voldeden, of zij geïnteresseerd waren in participatie aan het onderzoek en brachten hen desgevallend in contact met de onderzoeker. De onderzoeker lichtte telefonisch het onderzoeksdesign toe, waarna een afspraak werd vastgelegd. De informed consent werd ondertekend door de respondent bij de start van de afspraak.

De beoogde doelstelling om vier groepen respondenten te bevragen kon niet behaald worden wegens de moeilijke bereikbaarheid van de DBK-drop-outs en de probatie-drop-outs. Van de vijf DBK-drop-outs die hadden aangegeven bereid te zijn tot participatie aan het onderzoek, kon slechts met één respondent een afspraak gemaakt worden. Twee van deze respondenten konden niet bereikt worden. Met de overige twee respondenten werd afspraken gemaakt, maar deze werden telkens geannuleerd door de respondent of de respondent kwam niet opdagen. Ondanks herhaalde contacten met hulpverleningsinstaties<sup>33</sup>, werden geen probatie-drop-outs gevonden die bereid waren tot deelname aan het onderzoek.

Uiteindelijk werden 11 respondenten bevraagd, waarvan tien respondenten in de analyse werden opgenomen, namelijk vijf DBK-completers en vijf probatie-completers. Een interview duurde ongeveer twee uur à tweeënehalf uur.

---

<sup>32</sup> De informed consent kan opgevraagd worden bij de auteurs.

<sup>33</sup> De volgende hulpverleningsorganisaties verleenden hiertoe hun medewerking aan het onderzoek: de Dienst Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen (Katarsis vzw); de afdeling Justitieel Welzijnswerk (CAW Sonar); de afdeling Algemene Opvang (CAW Sonar); OCMW Hasselt en het CAD Limburg (MSOC en straathoekwerk).

#### 7.2.4. *Data-analyse en rapportage*

Alle interviews werden opgenomen met de toestemming van de respondent, waarna de interviews woordelijk werden getranscribeerd. De interviews werden geanalyseerd via software voor kwalitatieve analyses, namelijk NVivo, op basis van een codeboek<sup>34</sup>. De levensdomeinen zoals beschreven in de ASI (McLellan et al., 1992) vormden de basis van het codeboek en de verdere analyse. Doorheen dit hoofdstuk worden, ter illustratie, citaten gebruikt.

Wanneer in de onderstaande tekst gesproken wordt over 'een juridische afhandeling' of over 'de respondenten', wordt zowel de DBK-groep als de probatie-groep bedoeld. Wanneer een bevinding enkel geldig is voor één van beide groepen, wordt dit expliciet aangegeven.

### 7.3. Resultaten

#### 7.3.1. *Beschrijving van de situatie van de respondenten voor de start van de maatregel*

Aangezien weinig tot geen verschillen werden vastgesteld tussen de situatie van de bevraagde DBK- en probatie-cliënten voor de start van de maatregel, worden de resultaten voor de beide groepen samen weergegeven.

Vier vrouwen en zes mannen werden bevraagd. De leeftijd van de respondenten varieerde tussen 22 en 44 jaar. Het levensdomein 'drugs' was prominent aanwezig in hun leven voor de huidige maatregel. Voor de start van de juridische afhandeling gebruikten alle respondenten dagelijks. Bij alle respondenten was sprake van langdurig gebruik (range= 6 jaar – 30 jaar). De beginleeftijd van het gebruik was bij ongeveer de helft van de respondenten gesitueerd in de minderjarigheid. Gewoonte-, sociaal en recreatief gebruik werden door de meerderheid van de respondenten opgegeven als motief voor het gebruik. Door enkelen werd ook vluchtgedrag opgegeven als een reden voor het gebruik. De respondenten waren allen polydruggebruikers van combinaties van heroïne, amfetamines, cannabis en/of alcohol. Bovendien gebruikten ze de middelen vaak in combinatie met elkaar, zodat de effecten van de verschil-

---

<sup>34</sup> Het codeboek kan opgevraagd worden bij de auteurs.

lende drugs met elkaar zouden interageren. Slechts eenmaal was sprake van problematisch alcoholgebruik. De helft van de respondenten gebruikte ten tijde van het interview psychotrope medicatie.

Voor de start van de huidige maatregel waren twee respondenten reeds gestopt met de meest schadelijke middelen. De acht overige respondenten kenden allemaal periodes van stoppen met gebruik (bv. omwille van een zwangerschap of door problemen omwille van het gebruik), maar er was steeds hervat. De redenen voor hervat werden benoemd als de drang om terug te gebruiken, opnieuw uitgaan of geconfronteerd worden met een kleine (bv. een ruzie) of een grote tegenslag (bv. dakloos worden). De meerderheid van de respondenten had al contact gehad met hulpverleningsvoorzieningen, vier respondenten waren reeds residentieel opgenomen.

Het levensdomein 'drugs' had grote gevolgen op andere levensdomeinen, waardoor een neerwaartse spiraal ontstond. Het druggebruik nam het leven van de respondenten over. Men kwam terecht in een sociaal netwerk van gebruikers en de vrije tijd werd voornamelijk ingevuld met druggebruik. Het sociaal netwerk van de respondenten onderhield het druggebruik, men ervoer een grote onderlinge verbondenheid met andere gebruikers. De houding naar niet-gebruikers werd eerder oppositioneel; men had het gevoel in een subcultuur te leven die verschillend was van de niet-gebruikers. Bij acht respondenten leidden de drugs tot problemen in hun gezinssituatie, er ontstonden (relatie)moeilijkheden en ruzies. Vijf respondenten hebben kinderen, waarvan drie respondenten weinig tot geen contact hadden met hun kinderen. Het druggebruik van vier respondenten leidde er ook toe dat de kinderen (al dan niet op initiatief van de respondent) uit huis werden geplaatst. Het druggebruik leidde tot moeilijkheden met het vinden en het behouden van werk. Negen respondenten werkten niet of onregelmatig en ontvingen een leefloon, een werkloosheids- of een invaliditeitsuitkering, één respondent studeerde nog. Niet of onregelmatig werken stimuleerde ook het druggebruik. Men kende geen stabiliteit, structuur of regelmaat in het leven. Men had bijgevolg veel vrije tijd die ingevuld werd met druggebruik. Als gevolg van het druggebruik en het beperkte inkomen werden schulden opgebouwd omdat hun geld vooral opging aan drugs, betalingen niet meer werden uitgevoerd of boetes niet werden betaald. Drie respondenten uit de probatie-groep werden uit hun huis gezet. Op het vlak van geestelijke en lichamelijke

gezondheid worden vooral druggerelateerde klachten vermeld. Druggebruik leidde bovendien tot het plegen van druggerelateerde criminaliteit. Bij alle respondenten was er sprake van inbreuken op de drugwetgeving. Vijf respondenten hadden daarnaast vermogensdelicten gepleegd, en drie respondenten hadden ook geweldsdelicten gepleegd.

### 7.3.2. *Perceptie op juridische maatregelen*

Hieronder wordt vooreerst ingegaan op de algemene perceptie van de respondenten op een juridische maatregel, daarna komen de specifieke ervaringen met de DBK en de probatiemaatregel aan bod.

#### 7.3.2.1. **Perceptie van de DBK- en de probatie-cliënten op een juridische maatregel**

De respondenten ervaren drie elementen als belangrijk in het contact met justitie. In de eerste plaats wordt het belang van de *eigen motivatie* beklemtoond. De juridische maatregel wordt gezien als een kans, maar men moet deze kans *zelf* grijpen. Daarnaast geven de respondenten aan dat positieve bekrachtiging voor de stappen die men zet noodzakelijk is om door te zetten.

*“Je krijgt de kans om, na wat je hebt uitgestoken, een iets lichtere straf te krijgen. ... Je kan aan je problemen werken en je wordt daarbij door hen begeleid. ... En het is altijd wel plezant om van de rechter en de procureur nog een duwtje te krijgen, met al hun enthousiasme. Tenminste, als je het goed doet hé.”* (DBK5)

In de tweede plaats wordt justitiële opvolging gewaardeerd indien de betrokkene het *contact met de justitiële actoren* als ‘menselijk’ ervaart. De respondenten geven de nood aan hun persoonlijk verhaal te kunnen vertellen, en praktische en bruikbare adviezen te krijgen.

*“Ze zijn echt gewoon een steun geweest voor mij. Ze hebben mij eigenlijk gewoon raad gegeven. DBK heeft mij getoond wat ik allemaal kon doen. DBK heeft mij alle richtingen getoond. Ze bespreken zaken waar je naartoe kunt voor hulp. Voor zowel psychisch, zowel voor werk, zowel voor sociaal contact, zowel hulpverlening voor kinderen...”* (DBK3)

Ten derde verwacht men dat de regels of de voorwaarden die in het kader van een justitiële opvolging dienen nageleefd te worden duidelijk worden uitgezet, zodat men *duidelijke ‘voorschriften’* heeft om na te

leven. Schrik voor de gevolgen, en dan vooral voor de gevangenis, bij het niet naleven van de 'voorschriften' is sterk aanwezig. Er wordt ook verwacht dat de justitiële actoren druggebruik zouden opmerken, hoewel vier respondenten aangaven dat dit zeker niet altijd het geval is.

*"Soms had ik twee nachten niet geslapen en toen moest ik naar daar gaan en die zagen dat daar niet. Ik ging eigenlijk gewoon zo. Ze hebben dat daar toen eigenlijk ook nooit gemerkt aan mij. ik heb dat eigenlijk altijd heel raar gevonden. Ik vind dat zo'n mensen daar toch een beetje op moeten letten, ja." (Probatie2)*

### 7.3.2.2. Specifieke perceptie op een traject voor de DBK

De werking van de DBK gaf de respondenten het gevoel dat ze hun verhaal konden doen, dat ze een mens waren en geen zaak. Ze hadden het gevoel dat ze niet veroordeeld werden omwille van hun druggebruik, maar dat er ruimte was om het verhaal achter het gebruik en de moeilijkheden die men ervoer om te stoppen te vertellen. Men had het gevoel een 'patiënt' te zijn eerder dan een 'crimineel', die advies op maat kon krijgen om een manier te vinden om het eigen gebruik onder controle te krijgen.

*"Je praat met elkaar en zo vinden we een oplossing hé. Als rechter en procureur vriendelijk tegen je blijven, dan heb je geen angst van hen, dan vertel je de waarheid en zo weten ze wat je probleem is. Dan kunnen ze pas een oplossing voor je probleem zoeken. Ze zien mensen niet als criminelen, ze zien mensen als patiënten, zo zou je kunnen zeggen." (DBK1)*

De respondenten geven aan dat de justitiële actoren in de DBK hen op hun fouten wijzen, maar zonder dat hieraan onmiddellijk een sanctie wordt verbonden. Ze ervoeren dat ze herhaaldelijk kansen konden krijgen, dat de justitiële actoren samen met hen een weg aflegden om te zoeken naar een manier om zo weinig mogelijk te gebruiken.

*"Ze steunen je en ze laten je niet vallen en ze geven je toch nog een kans en ook al verdien je ze soms niet. Je wordt erop gewezen zo van "dat doe je fout en dat doe je fout". Maar niet dat je erop gestraft wordt. Ja, ze laten je niet direct vallen. Ze geven je toch nog de kans om jezelf te bewijzen. Ook al gaat het niet, ze steunen je. Twee, drie kansen heb ik gekregen, en na drie kansen vond ik het toch wel genoeg geweest. Ik zeg niet dat ze kansen moeten blijven krijgen, maar het helpt wel ja. Als je zo*



*direct je best moet doen, en direct volgens de wetten moet leven, dat loopt sowieso nog eens verkeerd.” (DBK3)*

Het ‘weten waarover ze spreken’ van de DBK-actoren wordt geprezen door de respondenten, alsook het gevoel dat echt naar hen geluisterd werd en dat *samen met hen* naar mogelijke oplossingen voor het drugprobleem werd gezocht. Vaak werden verschillende mogelijkheden aan de respondenten aangeboden. Dat de liaison aanwezig is op de zitting vindt men een groot pluspunt. De liaison is goed op de hoogte en kan tijdens een zitting bijkomende uitleg geven aan de magistraten indien dit noodzakelijk blijkt. Algemeen gezien ervaart men de liaison als een persoon die steeds bereikbaar is en waar men altijd een beroep op kan doen bij problemen. De respondenten hechten veel waarde aan de drugspecifieke kennis van de liaison, zowel op het vlak van het gebruik zelf als op het vlak van de hulpverlening. DBK hielp veel respondenten de weg naar hulpverlening te vinden, een weg die men vaak niet kende.

*“Ik zal je eerlijk zeggen dat als ik niet voor DBK zou verschenen zijn, ik me nooit zou laten opnemen hebben. Ik wist zelfs niet dat er zo’n klinieken bestonden. Die ontwenningklinieken, die therapieën en zo, ik wist er niets van, wat voor therapieën er waren en zo, niets niets niets.” (DBK1)*

Het openbaar karakter van de zittingen (‘iedereen ziet u’) en de confrontatie met andere gebruikers tijdens de zittingen wordt als een minpunt ervaren door de respondenten. Men heeft het gevoel dat men daar alle mensen tegen het lijf loopt met wie men eigenlijk wil breken. De andere aanwezigen kunnen de zaak van de respondenten zien en dat vindt men vervelend. Bovendien kan men ook de zittingen van anderen zien. Sommige reacties in andere zaken (bv. iemand die nog gebruikt wordt positief bekrachtigd) leiden tot een gevoel van onrechtvaardigheid.

*“Je kan zien of er iemand nog mee bezig is of niet. En ze zeggen allemaal “ja, ik ben gestopt”, en je weet dan dat het niet waar is... Ik ga ze niets misdoen, maar ik heb graag dat ze uit mijn buurt blijven. En ik had dat daar dus terug. Ik kwam zo eens buiten uit het zaaltje, en een hele bank vol... Ik dacht “oh nee hé”, en ik rap naar buiten... Maar dat is het irritante aan de DBK.” (DBK2)*

Twee zaken leiden tot tegenstrijdige percepties bij de respondenten. De veelvuldige contacten met de DBK geeft aan drie respondenten een goed gevoel. De afspraken vangen de leegte op die ontstaat bij het stoppen met gebruik en bieden positieve bekrachtiging. Voor de twee overige respondenten blijkt de frequentie van de contacten een grote inspanning te zijn, en soms te veel te zijn (bv. met betrekking tot de gezondheid). Daarnaast roept de doorverwijzing naar de hulpverlening bij twee respondenten dubbele gevoelens op. In deze gevallen werden zij tegen hun wil in verplicht om op deze behandeling in te gaan.

*“Ik heb die leegte... Ik heb daar de eerste weken last mee gehad, maar ik ben ook direct in alle afspraken gevallen. Ik heb veel dingen moeten opnemen die de DBK mij voorlegde. Man, ik had zeker twintig afspraken elke maand, maar zo heb ik eigenlijk nooit die leegte gehad” (DBK3).*

### 7.3.2.3. Specifieke perceptie op een probatiemaatregel

In de interviews met de probatie-cliënten vallen de vaak tegenstrijdige percepties op, en dit zowel op het vlak van de juridische procedure als op het vlak van de opvolging door de justitieassistent. In de juridische procedure ervoeren twee respondenten dat geluisterd werd voor geoordeeld werd. Echter, drie respondenten ervoeren dat alle druggebruikers over dezelfde kam werden geschoren. Ook kregen deze respondenten de indruk dat de rechter en de parketmagistraat er echt op uit waren om hen te ‘pakken’ en hen graag in de gevangenis wilden zien belanden.

*“Ook die kilte zo, die afstandelijkheid. Dat ze elke drugsgebruiker over dezelfde kam scheren. Dat haat ik als de pest. Er zitten er tussen die het goed voor hebben met hun kinderen, met hun omgeving. Maar het gerecht scheert gewoon alle drugsgebruikers over een en dezelfde kam.” (Probatie1)*

Dezelfde dubbele houding zien we in de relatie met de justitieassistent. Drie respondenten, die reeds eerder tot een probatiemaatregel werden veroordeeld, beoordeelden de relatie met hun eerdere justitieassistent(en) als negatief, terwijl zij de relatie met de huidige justitieassistent als positief beoordeelden. Positieve relaties met een justitieassistent worden gekenmerkt door een echte vertrouwensrelatie waarbij sprake is van wederzijds respect, en waarbij de justitieassistent de betrokkene steunt bij zijn/haar veranderingsproces en hem/haar hierbij motiveert.

Een negatieve relatie houdt in dat de justitieassistent veroordelend of belerend is. Wanneer de band met de justitieassistent als negatief werd ervaren kon dit leiden tot tegenreacties bij de betrokkenen door bijvoorbeeld te blijven gebruiken of zelfs meer te gebruiken.

*“En je zag dat onze huidige justitieassistent schrik had dat we terug zouden hervallen omdat we die tegenslag gehad hadden. Dat zij die ongerustheid uitstraalde, dat wij terug zouden hervallen... De menselijkheid ervan. Wat zij overbrengt. Dat doet enorm veel voor ons. Door te laten zien dat er toch nog een persoon was die iets om ons gaf, en het echt goed voor had met ons. Nu hebben we de bedoeling van probatie begrepen. Dat het dient om ons te helpen. Wij dachten dat dat was om ons te pesten en ons te terroriseren. Doordat die commissie en die eerdere justitieassistenten allemaal zo koel deden. Al die eerdere probaties, dat heeft juist niks uitgemaakt. Die hebben eigenlijk nooit iets voor ons gedaan, behalve ons de les spellen. Dat heeft het juist nog erger gemaakt. Ja, dat heeft ons eigenlijk nog meer aangezet tot gebruik. Ik dacht “ik doe wat ik wil, het is mijn leven.”” (Probatie1)*

Bij de justitieassistent kan men terecht met praktische problemen. Doorgaans kan de justitieassistent ter plekke helpen met een concrete oplossing, zodat men niet het gevoel heeft dat men met de problemen blijft zitten. Daarnaast bleek dat de justitieassistent in het kader van de opvolging ook contact had met de context van de cliënt, wat van belang blijkt als het fout begint te lopen. De justitieassistent volgt de cliënt langdurig op en in deze periode kan ook veel worden bereikt. Mede daardoor heeft men het gevoel dat de justitieassistent het verhaal van de cliënt kent en daarmee meeleeft.

*“In 3 jaar ga je heel veel bereiken. Als dat nu een korte periode was. Zoals die gevangenen, die krijgen soms een korte periode. Twee, drie maanden. Daar help je ze niet mee.” (Probatie5)*

### **7.3.3. *Gepercipieerde veranderingen en redenen daarvoor rond het middelengebruik, de druggerelateerde levensdomeinen en het plegen van druggerelateerde criminaliteit***

Aangezien weinig tot geen verschillen werden vastgesteld tussen de ervaringen van de bevroegde DBK- en probatiecliënten rond veranderingen omtrent het middelengebruik, de druggerelateerde levens-

domeinen en het plegen van druggerelateerde criminaliteit worden deze resultaten voor de beide groepen samen weergegeven. Wanneer een bevinding enkele geldig is voor de bevraagde DBK- of probatiecliënten wordt dit expliciet aangegeven.

### 7.3.3.1. Het middelengebruik

Alle respondenten gebruiken minder tot niet meer. Stoppen met druggebruik lukt niet onmiddellijk en vraagt tijd. De respondenten ervaren wel dat ‘drugs’ veel minder aanwezig is in hun leven. Het druggebruik verdwijnt niet uit hun leven, maar krijgt een lagere rangschikking in hun prioriteiten. Voorheen stond alles in het teken van drugs, terwijl nu terug ruimte bestaat voor andere prioriteiten. Eén DBK-respondent geeft aan dat dit niet het geval is, zoals blijkt uit volgend citaat:

*“Wat houdt er mij tegen? Ik weet dat niet. Het is moeilijk. Gewoon die duivel in mijn hoofd. Ik zit naar de televisie te kijken, en dat stemmetje is daar “ga iets halen”. De DBK heeft mij niet geholpen. Ze hebben zelfs niet gekeken voor een opname voor mij. Ze waren altijd bezig over een opname, maar ik moest dat allemaal zelf doen. En waarom? Om altijd dezelfde zever te horen?” (DBK4).*

Vooraf het sociaal en het recreatief gebruik vallen weg. Het gewoontegebruik blijft veelal wel nog aanwezig waardoor abstinentie niet (meteen) wordt bereikt. Zes respondenten geven aan abtinent te zijn op het moment van het interview.

*“Het hangt ook van de situatie af, hoe ik me voel...Soms lukt het echt niet, nee echt niet. Het is moeilijk. Ik schaam me daar ook voor.” (Probatie3)*

Tijdens het proces van stoppen met het druggebruik grijpt men soms (tijdelijk) naar vervangmiddelen zoals alcohol (n= 1) of psychotrope medicatie (n= 7). De veranderingen in het druggebruik treden vooral op omwille van de partner en/of de kinderen (bv. de wens dat de kinderen terug thuis zouden kunnen komen wonen, zwanger zijn). Een goede ouder zijn, waardoor men in sommige gevallen de kinderen terug kan krijgen, wordt een belangrijk doel. De respondenten zijn ook de talrijke problemen, die vaak al lang aanslepen, als gevolg van het druggebruik beu. Het ouder worden en de wens om toch nog iets van het leven te willen maken spelen hierbij een belangrijke rol.

*“Voor mijn gezin, ik wil mijn gezin bij mekaar houden. Ik wil niet dat ze mij in de gevangenis bezoeken.” (DBK3)*

De rol van de maatregel is vooral die van een schakel in het geheel. Negen respondenten geven aan dat de maatregel ervoor zorgt dat men bewuster bezig is met het druggebruik en men verwerft meer inzicht in de eigen problemen.

*“Voor de DBK smoorde ik teveel. Door de DBK heb ik gemerkt dat ik minder cannabis voor medicinaal gebruik nodig heb.” (DBK2)*

Het opstarten van een behandeling wordt ook naar voren gebracht als een belangrijk element in het proces van stoppen met gebruiken. Bij vijf respondenten verloopt het traject in de hulpverlening met vallen en opstaan, zij ervaren hulpverlening niet steeds als evident.

*“Ik ben opgenomen geweest in een ontwenningencentrum, die opname brengt stabiliteit in je leven en zo krijg je vertrouwen in jezelf. En ik zal je eens iets zeggen, ontwenningklinieken, dat is moeilijker dan de gevangenis, geloof me. Super moeilijk, je moet op tijd wakker worden, je moet de tafel dekken, je moet verschillende therapieën volgen, huiswerk maken,... Allemaal opeenvolgend, echt moeilijk. Maar goed voor jezelf, je toekomst, je gedrag. Goed om verandering in je leven te brengen. En je krijgt er niet meteen de vruchten van. Ik zie nu pas dat ik iets goed gedaan heb, want ik denk nu helemaal anders. Ja, het is goed geweest.” (DBK1)*

### **7.3.3.2. De levensdomeinen**

#### **7.3.3.2.1. Familiale relaties**

Na de maatregel nemen het gezin en de familie, en niet langer het druggebruik, de eerste plaats in op het vlak van prioriteiten voor zeven respondenten. Bij één respondent was dit voor de maatregel reeds het geval; een andere respondent had reeds geruime tijd geen contact meer met gezins- of familieleden. Het gezin en de omgeving zorgen voor positieve bekrachtiging. Deze bekrachtiging speelt een belangrijke rol in de positieve spiraal van de veranderingsprocessen. Men blijft gemotiveerd om vol te houden. Bewijzen dat men het kan volhouden speelt een belangrijke rol. Als deze bekrachtiging ontbreekt, wordt dit als een enorm gemis ervaren.

*“Ik zag mijn vrouw terug. Mijn vrouw die was er altijd voor mij. Ook tijdens mijn drugsperiode. Maar ik zag haar niet meer, begrijp je? Ik wist niet hoe het ware leven was. Je moet je vrouw gelukkig maken. Je moet gaan werken. Je moet de betalingen uitvoeren.” (Probatie5)*

Het levensdomein ‘gezin en familie’ vult bij zeven respondenten de levensdomeinen sociale relaties en vrije tijd in. Bij negen respondenten worden het gezin en de familie de belangrijkste steunpilaren in hun leven, waarvan bij zes respondenten vooral de steun van de partner belangrijk is. Dit is zeker het geval wanneer de partner zelf geen drugs gebruikt, maar ook wanneer de partner een – stoppende – gebruiker is.

*“Als ik mijn huidige vriend niet had leren kennen, dan denk ik dat het nu nog altijd hetzelfde gangetje gegaan was. Hij is vroeger ook verslaafd geweest aan cocaïne roken. En soms deden wij dat in het weekend samen. Tot op een bepaald moment dat hij zei “dat moet gedaan zijn, het moet stoppen, volledig stoppen” en toen is het eigenlijk ook helemaal gestopt.” (Probatie2)*

Bij zes respondenten verbetert het contact met andere familieleden als gevolg van het clean worden. In drie gevallen kon de hulpverlener of de justitieassistent ook tools aanreiken aan de respondenten om beter te kunnen praten of om te gaan met hun familie. Bij de anderen was vaak onherstelbare schade berokkend in de familiale relaties, los van het druggebruik van de betrokkene.

*“Mijn zus met wie ik vroeger het beste contact heeft een berichtje gestuurd van “eindelijk heb ik mijn broer terug.” (DBK5)*

### 7.3.3.2.2. *Sociale relaties*

Negen respondenten verbreken of vermijden het contact met andere gebruikers uit angst voor de gevolgen. Als men het contact zou onderhouden is men bang dat men snel terug in de verleiding zou komen om opnieuw te gebruiken. De partner helpt hier vaak bij door bijvoorbeeld de telefoon op te nemen als druggebruikers bellen of door bepaalde telefoonnummers te wissen.

*“Als ik hen zie en ze zijn onder invloed van drugs, dan kan ik zin krijgen om te gebruiken. Dan wil ik weg zijn van die mensen. Ik heb toch zo zes, zeven maanden tijd gestoken in mijn programma en al die moeite*

*mag niet weg zijn. Anders verlies ik tijd van mijn leven, zeven maanden voor niks.” (DBK1)*

Door het opnieuw opzoeken van vroegere (niet-gebruikende) vrienden voelt men zich terug aanvaard. Men voelt zich een deel van de maatschappij. Doordat het gebruik is weggevallen, betekent sociaal contact voor hen geen gevaar meer om ontmaskerd te worden als druggebruiker. Het is dus ‘veilig’ om deze contacten terug op te zoeken. Naar een groot sociaal netwerk gaat men echter niet op zoek. Opvallend is dat vaak weinig nieuwe contacten worden gelegd. Toch betekent de sociale investering die men doet in deze relaties veel voor de respondenten: het vormt een ‘kapitaal’ dat men niet opnieuw verloren wenst te laten gaan.

*“De voorwaarden hebben mij geholpen om toch terug contact te zoeken want ik was er eerst bang voor wat ze gingen denken of zeggen als ze alles wisten. Dat ik hen terug zie en dat zij mij nog hebben aanvaard nadat ik drie jaar of zo niks heb laten weten. Daar heb ik ook wel veel aan.” (Probatie4)*

In één geval was er aanvaarding door de vroegere vriendengroep terwijl de respondent in kwestie nog gebruikte. Deze respondent heeft het moeilijk met het liegen over het druggebruik.

*“Ze aanvaarden mij weer, ik zie al mijn maten weer, maar toch doe ik het nog. Ze weten dat niet. Ze zeggen ‘je ziet er beter uit’, maar ik weet in mijn binnenste dat ik vuil ben, maar ik wil dat niet zeggen. Dat doet mij ook pijn, dat ik zit te liegen.” (DBK4)*

### **7.3.3.2.3. Vrijetijdsbesteding**

Zeven respondenten geven aan dat zij door het stoppen of verminderen met gebruik opnieuw hebben leren te genieten van dingen die niets met druggebruik te maken hebben. Pas na verloop van tijd begint men ook opnieuw plannen te maken voor de toekomst en verder te kijken dan het leven van vandaag.

*“Vrije tijd is sowieso een heel moeilijk punt bij iedereen. Omdat, als je drugs gebruikt heb je in feite geen vrije tijd. Je bent altijd bezig. En het is niet zo simpel om die vrije tijd nu in te vullen. Met de medebewoners doen we wel eens iets, een film, naar de stad, kaarten, ... Maar het is echt moeilijk om iets met een doel te vinden. ... En uiteindelijk speelt tijd een belangrijke rol in uw*

*opname. Ik had niets van structuur in mijn leven, niets, niets, niets. Ik heb alles weer moeten leren, eten, slapen, gewoon leven. En dat vergt tijd.”* (DBK5)

Het vermijden van risicovolle situaties, zoals op café gaan, zorgt ervoor dat men veel meer thuis is. De vrije tijd wordt door vijf respondenten thuis ingevuld, voornamelijk met tijd doorbrengen met partner, kinderen en familie.

*“We gaan nergens meer. We zijn meestal thuis. Want we zorgen ook voor mijn ouders. En we brengen meer tijd door met de familie. En uitgaan, daar hebben we eigenlijk geen tijd voor hé.”* (Probatie5)

#### **7.3.3.2.4. Tewerkstelling**

Drie probatie-respondenten ervaren een verbetering op het vlak van werk, omdat het problematisch gebruik vermindert en omdat ze een voorwaarde rond tewerkstelling hebben. Eén probatie-respondent studeert op het moment van het interview. Terug aan het werk gaan of studeren motiveert hen en zorgt voor zelfvertrouwen. Werken of studeren geeft aan deze respondenten bovendien het gevoel meer bij de maatschappij te horen; daarnaast hebben ze een meer ingevulde en zinvolle dagbesteding, gebruiken ze minder, en laat het hen toe om hun schulden verder af te betalen.

*“In mijn probatievoorwaarden stond dat ik moest werken. Na enkele interims heb ik zelfs ook vast werk gehad. En dat deed ik eigenlijk heel graag. Toen was ik echt wel fier omdat ik dat toen wel lang heb gedaan. Dat was de eerste keer dat ik zolang ergens had gewerkt. Het was daar fijn. Echt waar, dat had ik nooit gedacht van mezelf. Het was fijn en dat heeft er toch wel veel aan gedaan. Ik dacht “dat kan toch wel tof zijn om naar uw werk te gaan”, en ook omdat je altijd je geld had.”* (Probatie2)

Verandering brengen in de werksituatie is echter vaak een moeilijk proces, dit wordt vooral door de DBK-respondenten aangegeven. Eén DBK-respondent geeft expliciet aan over onvoldoende sociale vaardigheden te beschikken om goed te functioneren op de werkvloer. Bij één probatie en twee DBK-respondenten is werken in de reguliere arbeidsmarkt niet meer aan de orde, omdat men hier omwille van een ziekte of handicap niet toe in staat is. Drie DBK-respondenten ontvangen een voorlopige invaliditeitsuitkering omdat zij momenteel nog een (residentieel) hulpverleningstraject volgen.



*“Ik zal sowieso naar een beschutte werkplaats moeten gaan. Een sociale werkplaats. Anders word ik heel moeilijk aangenomen. Ik heb geen diploma, geen getuigschrift. Ik heb een strafblad. Ik wil werken, echt. Maar ik kan nu niet zo 5 volle dagen aan de band gaan staan. Zet mij daar en ik breek die band af. Ik wil echt werken, maar in 1 keer gaat dat niet. Dat is normaal. Mijn hersenen zijn zodanig aangetast. Ik denk, mocht ik daar 5 dagen, bij die gewone mensen die gewoon converseren, een gesprek of zo, dat je dat direct zou zien bij mij. Ik zou misschien direct een verkeerd antwoord geven. Dat is niet met bedoeling, maar... Ik ben maar gewoon van met mijn vrienden om te gaan. Dat maakt het voor mij moeilijk om op een gewoon werk te beginnen.” (DBK3)*

Vast werk vinden is moeilijk omwille van diverse redenen, zoals het hebben van een strafblad of geen opleiding hebben genoten. Vier respondenten vinden, of pogen, eerder tewerkstelling via interim-contracten of in specifieke sectoren, zoals sociale tewerkstelling, of via specifieke contracten, zoals een ‘WEP-plus-contract’<sup>35</sup> of een tewerkstelling door het OCMW<sup>36</sup>. onder art. 60.

### 7.3.3.2.5. Financiële situatie

De financiële situatie van alle respondenten blijft slecht gezien de schulden die men voorheen had opgebouwd, maar verergert niet verder. De respondenten hebben minder geld nodig omdat ze geen drugs meer gebruiken. Dus hoewel vaak weinig verandert aan de inkomsten van de betrokkenen, daalt hun uitgavenpatroon.

<sup>35</sup> Zoals weergegeven in het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende werkervaring van 10 juli 2008, hebben de werkervaringsprojecten (WEP-plus) tot doel voor langdurig werkzoekenden een brug te slaan tussen een periode van werkloosheid en de stap naar het reguliere bedrijfsleven door opleiding en begeleiding op de werkvloer aan te bieden en door de versterking van de generieke competenties van de werkzoekende met het oog op uitstroom. De maatregel is bij voorrang gericht naar laaggeschoolde werkzoekenden. De werkervaringsprojecten zijn een schakel in de trajectwerking naar werk en hebben als finale doelstelling aan werkzoekenden met een relatief grote afstand tot de arbeidsmarkt een leerwerkervaring aan te bieden met het oog op uitstroom naar de reguliere arbeidsmarkt.

<sup>36</sup> Artikel 60, § 7 van de Organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de Openbare Centra voor maatschappelijk Welzijn (hierna OCMW-wet) geeft het OCMW de opdracht al het nodige te doen om een betrekking te vinden voor een begunstigde wanneer deze persoon het bewijs moet leveren van een periode van tewerkstelling om het volledige voordeel van bepaalde sociale uitkeringen te verkrijgen (doorgaans gaat het om werkloosheidsuitkeringen) of teneinde de werkervaring van de betrokkene te bevorderen.

*“Geld, vroeger interesseerde mij dat niet, ik zag geen briefje van 50, ik zag een grammetje cocaïne. Nu zie ik een briefje van 50, je kan daar iets mee doen, maar vroeger zag ik dat niet.” (DBK4)*

Zeven respondenten nemen meer verantwoordelijkheid op om de financiële moeilijkheden eindelijk achter zich te laten, één respondent was hier voor de start van de maatregel reeds in geslaagd, één respondent was hier reeds voor de huidige maatregel mee bezig en één respondent had geen financiële moeilijkheden. Er is meer interesse voor de eigen financiële situatie, waardoor ook meer stappen worden ondernomen om schulden af te betalen via familie of via professionele kanalen. De maatregel is ook hier een onderdeel van het kettingproces. Zes respondenten geven aan meer controle te ervaren over de financiële situatie sinds de maatregel waarvan één respondent aangeeft dat de maatregel ervoor gezorgd heeft dat een meer gepaste vorm van financiële controle en budgettering werd opgestart.

*“Toen ik aan de drugs zat interesseerde mij dat niet. Maar toen ik was afgekickt, ben ik beginnen beseffen van “oh, als ik te lang blijf doordoen blijven die schulden zich opstapelen en ik wil dan toch de stap zetten”. Anders had ik nooit de stap gezet om collectieve te doen. Ik wist wel dat dat bestond maar ik dacht dat dat hetzelfde was als budgetbeheer en dat blijkt toch wel iets anders te zijn<sup>37</sup>.” (DBK3)*

#### **7.3.3.2.6. Huisvesting**

Op het vlak van woonst deden zich vooral veranderingen voor buiten de maatregel om, tenzij het een voorwaarde was. Men verhuisde bijvoorbeeld omdat men meer plaats wenste, omdat de mogelijkheid zich voordeed om bij ouders in te wonen, of omdat ze het drugmilieu wilden vermijden. Voor één respondent bleek het moeilijk om een *degelijke* woonst te vinden omwille van zijn/haar strafblad.

*“Op mijn probatievoorwaarden stond dat ik een vast adres moest hebben en daar moest ik dan ook altijd zijn. Dat als ze mij nodig hadden, dat ze mij konden oproepen of ze kwamen tot daar, en dat ik daar moest zijn. Dus door mijn probatie is dat ook wel verbeterd.” (Probatie2)*

---

<sup>37</sup> Financiële hulp kan verschillende vormen aannemen, namelijk schuldbemiddeling, budgetbegeleiding, budgetbeheer en collectieve schuldenregeling.

### 7.3.3.2.7. *Geestelijke en lichamelijke gezondheid*

Vijf respondenten geven aan dat de geestelijke gezondheidsproblemen die ze ervoeren voor de start van de maatregel druggerelateerd waren. Door het stoppen of verminderen met druggebruik vallen deze problemen weg. Daarnaast zorgt hun nieuwe toekomstvisie voor een positievere gemoedstoestand. Drie andere respondenten ervoeren ook niet druggerelateerde geestelijke gezondheidsproblemen en geven een positieve verandering aan op dit vlak. Zij werden via de huidige maatregel doorverwezen naar de geestelijke gezondheidszorg. De bevraagde respondenten kunnen hun verhaal ergens kwijt, bij de justitieassistent of bij een hulpverlener. Twee respondenten ervoeren ten tijde van het interview geestelijke gezondheidsproblemen waarvoor zij niet begeleid werden. Op het vlak van lichamelijke gezondheid ervoeren twee respondenten geen lichamelijke klachten en de overige respondenten ervoeren voor de start van de maatregel vooral druggerelateerde klachten. Deze druggerelateerde klachten verdwijnen zachtjesaan naar de achtergrond. Vier respondenten ervoeren meer energie hebben als gevolg van het stoppen met druggebruik.

### 7.3.3.2.8. *Plegen van druggerelateerde criminaliteit*

Het verminderen van het druggebruik zorgt ervoor dat de meeste respondenten geen misdrijven meer plegen, aangezien deze vooral druggerelateerd waren. Zeven respondenten plegen geen enkele vorm van druggerelateerde criminaliteit meer. Geen enkele respondenten pleegt nog vermogens- en/of geweldsdelicten.

*“As je clean wordt, dan hoef je zoiets niet te doen, je hoeft geen criminele feiten te plegen. Als je in het drugsgebruik zit, doe je dat onbewust. Voor gebruik mag alles hé, zo denk je als je in het gebruik zit.” (DBK1)*

Daarenboven is de schrik voor de gevolgen en de problemen met politie en justitie die dit met zich meebrengt aanwezig bij alle respondenten. Ze voelen zich bijzonder ‘zichtbaar’ voor politie en justitie tijdens de maatregel, ze ervaren een grote pakkans. Het plegen van feiten is voor hen het risico niet waard

*“Ik kan het mij niet meer permitteren. Ze moeten mij maar eens tegenhouden met een pennenmesje of zo. Dan zit ik daar 3 jaar in de gevangenis voor dat stom pennenmesje. Dat is het mij niet meer waard.” (Probatie1)*

## 7.4. Bespreking

### 7.4.1. *Druggebruik beïnvloedt de andere levensdomeinen*

Middelenafhankelijkheid is geassocieerd met ernstige beperkingen en moeilijkheden op verschillende (druggerelateerde) levensdomeinen zoals gezondheid, algemeen welbevinden, sociaal netwerk, tewerkstelling en de financiële situatie (Fiorentine & Hillhouse, 2000; Kelly et al., 2006; Laudet & White, 2010; McLellan et al., 2000), ook bij de bevraagde respondenten wordt dit geobserveerd. Het problematisch druggebruik brengt een neerwaartse spiraal op gang, waarin men steeds meer sociale bindingen verliest. De respondenten geven bovendien aan dat hun druggebruik geleid heeft tot het plegen van druggerelateerde criminaliteit.

### 7.4.2. *De juridische maatregel als een kans*

Contact met het justitiële apparaat wordt beschouwd als een opportuniteit om druggebruikende delinquenten door te verwijzen naar de (drug)hulpverlening (De Wree et al., 2009a,b; Uchtenhagen et al., 2008). Ook de respondenten, met uitzondering van één respondent, in het huidig onderzoek geven aan dat ze de juridische maatregel zien als een kans. In het contact met justitie ervaren de respondenten drie elementen als belangrijk. In de eerste plaats wijzen ze op de eigen motivatie. Die moet aanwezig zijn vooraleer de juridische maatregel een invloed kan hebben. Intrinsieke motivatie is immers belangrijk bij het stoppen van een criminele carrière of bij herstel na middelengebruik (Colman & Vander Laenen, 2012; Maruna, 2001; Prochaska et al., 1992; DiClemente et al., 2004), zoals blijkt uit de stadia van gedragsverandering die werden beschreven door Prochaska and DiClemente (1982). In de tweede plaats vinden de respondenten het belangrijk dat de justitiële actoren aandacht hebben voor hun persoonlijk verhaal dat onderliggend is aan de drugproblematiek en de druggerelateerde feiten, en dat ze bijgevolg advies op maat krijgen. Ten derde verwachten ze duidelijke richtlijnen waaraan ze zich moeten houden tijdens de juridische maatregel, en een uitvoering van de gevolgen bij niet-naleving van deze richtlijnen. De justitiële supervisie heeft op deze manier een remmende invloed op het gedrag van de betrokkene. Ze voelen het 'zwaard van Damocles' boven

hun hoofd hangen en geven aan hier in zekere zin ook nood aan te hebben. Ook in eerder onderzoek benoemden respondenten duidelijke richtlijnen (Turner et al., 1999) en het ‘zwaard van Damocles’ (De Ruyver et al., 2007; De Wree et al., 2008) als belangrijk bij een juridische maatregel.

#### **7.4.2.1. Specifieke perceptie op een traject voor de drugbehandelingskamer**

Vooraf de bevroegde DBK-respondenten hadden het gevoel dat er ruimte was om hun persoonlijk verhaal aan bod te laten komen. Ze hadden eerder het gevoel een “patiënt” te zijn in plaats van een “crimineel”. Daarnaast uitten ze een appreciatie voor de specifieke kennis die in de DBK aanwezig is. Er wordt rekening gehouden met de chroniciteit van middelenmisbruik en met de daaraan gerelateerde realiteit van hervelperiodes (Dennis et al., 2005; Fiorentine & Hillhouse, 2000; Kelly et al., 2006; Laudet & White, 2010; McLellan et al., 2000). Hierdoor ervaren de cliënten dat ze meerdere kansen krijgen op hun weg naar herstel na middelengebruik. De frequente opvolgzittingen werden reeds eerder als een sterkte van DBKs genoemd (Turner et al., 1999). De liaison wordt gezien als een belangrijke tussenfiguur, zowel in de doorverwijzing naar de geschikte hulpverlening, als in het contact met de magistraten. De magistraten zelf worden als menselijk ervaren gedurende het DBK-traject, en hun bekrachtiging motiveert de DBK-clieuten.

Twee nadelen werden ervaren rond de DBK. De respondenten ervoeren moeilijkheden met het openbaar karakter van de zittingen omdat ze zo (opnieuw) in contact kwamen met andere druggebruikers, terwijl ze net pogingen doen om het contact met het drugmilieu te verbreken of te vermijden. Daarnaast ervoeren ze over het algemeen wel dat rekening gehouden werd met hun visie op het DBK-traject, maar sommige respondenten ervoeren dwang van de rechter en de parketmagistraat om bepaalde stappen te zetten die ze zelf niet wilden. Uit onderzoek bij de toepassing van alternatieve afhandelingsmodaliteiten blijkt dat rechters wel vaker geneigd zijn geen rekening te houden met de keuze van de cliënt in een behandeltraject, terwijl druggebruikers onder juridische supervisie en drughulpverleners de keuze van de cliënt als erg belangrijk ervaren. Wanneer dit spanningsveld niet bewaakt wordt, kunnen conflicten ontstaan tussen magistraten en DBK-clieuten (Wild et al.,

2001), met bijvoorbeeld een vroegtijdige beëindiging van het DBK-programma als gevolg.

#### **7.4.2.2. Specifieke perceptie op een probatiemaatregel**

De bevroegde probatie-responsdenten stonden niet unaniem positief ten opzichte van de juridische procedure. Sommigen hadden het gevoel dat de parketmagistraat en de rechter de tijd namen hun persoonlijk verhaal aan bod te laten komen, anderen hadden dan weer het gevoel dat zij gericht waren op hen (hard) te bestraffen. Tegenover hun huidige justitieassistent stonden de bevroegde respondenten wel positief. Ze ervoeren dat sprake was van wederzijds respect en dat de justitieassistent met hen begaan was en hen steunde op een emotionele maar vooral ook praktische manier. In het verleden hadden drie respondenten reeds probatiemaatregelen opgelegd gekregen, maar deze drie ervoeren de relatie met hun toenmalige justitieassistent als negatief doordat deze naar hun mening belerend of veroordelend was. Als specifieke voordelen van een probatiemaatregel werden de langdurige opvolgtermijn en het contextueel werken genoemd. Doorheen de opvolgtermijn kan een vertrouwensband met de justitieassistent worden opgebouwd. Daarnaast heeft ook de directe omgeving van de betrokkene een contactpersoon waar men terecht kan als het fout begint te lopen.

#### **7.4.3. *De juridische maatregel heeft een directe invloed op het middelengebruik, en hierdoor een indirecte invloed op de levensdomeinen***

De bevroegde respondenten geven allen aan dat het contact met justitie een verandering heeft teweeggebracht in hun gebruikspatroon. Terwijl zes respondenten aangaven abtinent te zijn, bleef het gewoontegebruik bij de anderen nog (tijdelijk) bestaan. Het gewoontegebruik was echter sterk verminderd in vergelijking met het gebruik voor de huidige juridische maatregel. De respondenten ervoeren dat zij niet van de ene dag op de andere konden ophouden met gebruiken, stoppen met druggebruik blijkt een proces van vallen en opstaan te zijn. Het contact met justitie zou dus kunnen opgevat worden als een "keerpunt" in de gebruikscarrière van een persoon (Sampson & Laub, 1993).

In de recente literatuur rond herstel na middelengebruik wordt abtinentie niet langer als de enige indicator van herstel na middelenge-

bruik aanzien. De andere (druggerelateerde) levensdomeinen en de kwaliteit van leven worden tegenwoordig benadrukt als indicatoren van herstel na middelengebruik (Laudet & White, 2010; White, 2007). Ook de respondenten in het huidige onderzoek geven aan dat de positieve verandering op het levensdomein drugs zorgt voor positieve veranderingen op de andere levensdomeinen. Het minder gebruiken heeft de meest uitgesproken directe invloed op familiale en sociale relaties, op de financiële situatie en het plegen van (druggerelateerde) criminaliteit. Terwijl het contact met familie en oude vrienden terug aangehaald wordt, worden contacten met druggebruikers verbroken of vermeden. Hierdoor wordt familiaal sociaal kapitaal opgebouwd, waar de betrokkene steun en motivatie kan vinden om vol te houden. Ook op internationaal vlak werd reeds aangehaald dat herstel na middelengebruik en het stoppen met een criminele carrière kunnen beïnvloed worden door de sociale steun die iemand krijgt van zijn of haar familiaal en sociaal netwerk (Cid & Martí, 2012; Colman & Vander Laenen, 2012; Wright, Cullen & Miller, 2001), en ook Amerikaanse DBK-cliënten gaven tijdens hun traject reeds aan dat ze de DBK als helpend ervaren om positieve relaties te ontwikkelen met significante anderen (Cresswell & Deschenes, 2001). Doordat het druggebruik en de daarbij horende kosten wegvallen, hebben de respondenten meer financiële ruimte om in hun levensonderhoud te voorzien. Hun schulden blijven evenwel bestaan, door de maatregel vinden ze echter de meest geschikte financiële begeleiding. Wanneer het druggebruik wegvalt, verdwijnt ook de druggerelateerde criminaliteit. Net zoals Colman & Vander Laenen (2012) reeds eerder aangaven, is het stoppen met een criminele carrière ondergeschikt aan herstel na middelengebruik. Het stoppen met een criminele carrière is geen bewuste keuze van de respondenten, het is een gevolg van hun nieuwe drugsvrije levensstijl (Colman & Vander Laenen, 2012). Hetzelfde mechanisme is hier werkzaam als voor de huidige maatregel. Het plegen van druggerelateerde criminaliteit was ook toen geen bewuste keuze, maar een gevolg van de problemen die druggebruik met zich kan meebrengen, bijvoorbeeld tewerkstellings- en financiële problemen.

Op het vlak van huisvesting werd bij de DBK-cliënten vooral een indirecte invloed van de juridische maatregel ervaren door de respondenten. Door de veranderingen op de andere levensdomeinen, bijvoorbeeld het willen vermijden van druggebruikers of de kinderen die opnieuw thuis komen wonen, gaat men op zoek naar een andere

woning. Bij de probatie-cliënten kon ook een directe invloed ervaren worden indien een vaste verblijfplaats in de voorwaarden was opgenomen. Ook (geestelijke en lichamelijke) gezondheidsklachten gerelateerd aan het druggebruik vallen weg. Bij de respondenten was zelden sprake van niet-druggerelateerde gezondheidsklachten.

Hoewel enkele respondenten aan het werk gaan, verloopt het veranderen van de werksituatie bij anderen moeilijker. De respondenten geven hiervoor verschillende redenen aan. Iets meer dan de helft van de respondenten geniet een invaliditeitsuitkering, waardoor zij (voorlopig) niet (langer) nood hebben aan een inkomen via reguliere arbeid. Andere respondenten geven aan dat werken in het reguliere arbeidscircuit nog niet aan de orde is doordat zij voorlopig nog onvoldoende over sociale en cognitieve vaardigheden beschikken om adequaat te functioneren in een arbeidscontext. Turner en collega's (1999) vonden gelijkaardige resultaten bij DBK-cliënten die hun DBK-traject ongeveer twee jaar voordien hadden afgerond en Cresswell en Deschenes (2001) vonden gelijkaardige resultaten bij DBK-cliënten tijdens hun DBK-traject. Terwijl de bevraagde cliënten de DBK vooral als helpend ervoeren wat betreft het stoppen met het plegen van feiten en het stoppen met druggebruik, ervoeren de respondenten de DBK als minder helpend om een job te vinden of te behouden. Een verklaring hiervoor kan zijn dat specifieke interventies nodig zijn om een verbetering op specifieke levensdomeinen teweeg te brengen (Turner et al., 1999; Wittouck, Dekkers, De Ruyver, Vanderplasschen & Vander Laenen, 2013), zoals bleek uit de literatuurstudie in hoofdstuk één. Contact met het justitieel apparaat kan een opportuniteit inhouden om druggebruikende delinquenten niet enkel naar de drughulpverlening door te verwijzen maar ook naar diensten waar zij werkgerelateerde en sociale vaardigheden kunnen aanleren of werkervaring kunnen opdoen (Andrews & Bonta, 2003).

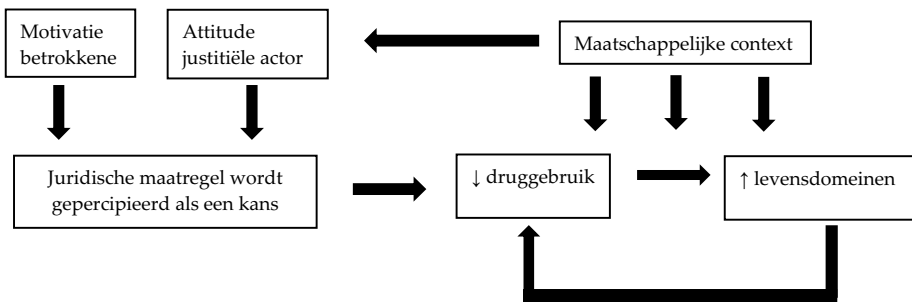
De juridische maatregel speelt een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde in het veranderingsproces van de bevraagde respondenten. Door de confrontatie met justitie zien de betrokkenen in dat er iets moet veranderen, ze ervaren de justitiële procedure of maatregel als een kans. Deze perceptie wordt beïnvloed door de *intrinsieke motivatie* van de betrokkene, ze moeten zelf de kans grijpen en hun moeilijkheden aanpakken, maar ook door de attitude van de justitiële actoren, zij moeten vooral menselijk zijn en oog hebben voor de persoon achter de



gebruiker. Deze resultaten bevestigen eerdere nationale onderzoeksbevindingen over de attitude van druggebruikende delinquenten ten opzichte van alternatieve afhandelingen (De Wree et al., 2008). In zekere zin is het contact met justitie bij aanvang van de procedure of de maatregel het tikje tegen de eerste steen van een dominobaan waardoor een cascade van veranderingen op gang komt. Doorheen het veranderingsproces spelen de justitiële actoren een belangrijke superviserende rol; de betrokkene verwachten dat ze ingrijpen als het fout dreigt te lopen (of fout loopt) en dat ze hen bekrachtigen als het goed loopt.

Naast de intrinsieke motivatie van de betrokkene om te veranderen, heeft de *maatschappelijke context* een niet te onderschatten invloed op dit veranderingsproces. Structureel maatschappelijk hindernissen voor herstel na middelengebruik zijn bijvoorbeeld het ervaren van het stigma van een ex-druggebruiker te zijn of het gebrek aan tewerkstellingsmogelijkheden voor ex-gedetineerden. Het is dus niet omdat iemand wil veranderen, dat hij/zij daar zonder meer in zal slagen (Colman & Vander Laenen, 2012; Sung & Richter, 2006; Sumnall & Brotherhood, 2012). Daarom zal de focus op individueel herstel na middelengebruik niet volstaan bij een juridische maatregel, maar dient een beleid naar druggebruikers evenzeer gericht te zijn op sociale inclusie en re-integratie, met aandacht voor de positie van het individu in de samenleving en met aandacht voor alle levensdomeinen zodat zij een leven kunnen leiden dat vrij is van stigmatisering en discriminatie (Sumnall & Brotherhood, 2012).

**Figuur 7.1:** Schematische voorstelling van de resultaten



#### 7.4.4. *Koppeling van de bevindingen aan theoretische perspectieven op stopprocessen van druggebruikers en delinquenten*

In de literatuur rond stopprocessen van druggebruikers en delinquenten kunnen drie dominante theoretische perspectieven teruggevonden worden (Maruna, 2001), waarvoor bevestiging wordt gevonden in de resultaten van het huidig onderzoek.

Wanneer de respondenten reflecteren over hun persoon tijdens het druggebruik ervaren zij zichzelf toen als een andere persoon. Het druggebruik kwam toen op de eerste plaats. Nu komen gezin, familie pro-sociale bindingen op de eerste plaats en de respondenten proberen hier (terug) aansluiting bij te vinden. Het aangaan van een stabiele en kwaliteitsvolle partnerrelatie, het krijgen van kinderen of een goede ouder willen zijn, of het hebben van sterke familiale banden heeft een belangrijke invloed gehad op (hun motivatie tot) het stoppen met het gebruiken van drugs. Deze bevindingen sluiten aan bij het *'sociale bindingen-perspectief'* (Maruna, 2001). Verschillende respondenten geven aan dat zij het stoppen met druggebruik eerder beschouwen als een langdurig proces, en niet zozeer als een gebeurtenis. Druggebruikers maken vaak een aantal fasen van hervaal door, vooraleer sprake is van abstinentie (Dennis et al., 2005; Fiorentine & Hillhouse, 2000; Kelly et al., 2006; Laudet & White, 2010; McLellan et al., 2000). Daarom is het ook belangrijk dat zij beschikken over zogenaamde "environments that care" (Cid & Martí, 2012; Colman & Vander Laenen, 2012; Wright et al., 2001b). Familie en andere pro-sociale bindingen zijn belangrijke steunbronnen tijdens het traject en het stopproces (en eventuele hervaalperiodes). Het aangaan van (her)nieuw(d)e pro-sociale bindingen gaat vaak gepaard met het vermijden of verbreken van oude bindingen. De respondenten geven aan dat zij vrienden en kennissen uit het drugsmilieu vermijden of het contact verbreken uit angst voor hervaal.

Niettegenstaande de respondenten het belang van sociale bindingen aangeven, hebben deze vooral een ondersteunende rol. De verantwoordelijkheid voor de verandering wordt bij zichzelf gelegd, en de respondenten geven aan dat het echte keerpunt er pas gekomen is wanneer ze zelf gemotiveerd waren om te veranderen. Hieraan kan het *'agency' perspectief* gekoppeld worden (Maruna, 2001). De aanwezigheid van sociale bindingen is immers niet allesbepalend, net zoals hierboven aangegeven werd, is de eigen intrinsieke motivatie, de subjectieve com-

ponent, cruciaal in een veranderingsproces (Colman & Vander Laenen, 2012; Maruna, 2001; Prochaska et al., 1992; DiClemente et al., 2004). De positieve spiraal van veranderingen motiveert de respondenten en geeft hen het gevoel (terug) tot de maatschappij te behoren, en niet langer tot de subgroep van druggebruikers te behoren. Deze identiteitsverandering wordt door Maruna (2001) benoemd als een cognitieve transformatie die een noodzakelijke fase is in het stoppen met een criminele carrière. Om een criminele carrière stop te zetten is het immers van belang dat de betrokkene een prosociale identiteit ontwikkelt (Maruna, 2001).

Hieraan kan ook het “ouder” worden gelinkt worden, het ‘*maturational perspectief*’ (Maruna, 2001). Aan “recovery” of “desistance” gaat vaak een reflectieperiode vooraf. De druggebruiker gaat op een bepaald moment, vaak na een moeilijke periode, zijn leven gaan evalueren waarna hij of zij besluit dat verandering noodzakelijk is (Colman & Vander Laenen, 2012). De respondenten geven aan dat zij hun levensstijl beu waren en verlangen naar een toekomst waarin hij of zij een actief lid van de maatschappij is en niet langer aan de rand van de maatschappij (over)leeft.

#### 7.4.5. *De beperkingen van het onderzoek*

Aangezien dit onderdeel van het onderzoek studie enkele beperkingen kent, dient men voorzichtig te zijn met het generaliseren van de resultaten naar de volledige populatie van druggebruikers die een traject voor de DBK hebben afgelegd of een probatiemaatregel werden opgelegd. Ten eerste betreft het een kleine steekproef, slechts een beperkt aantal DBK- en probatie-respondenten, met name vijf in elke groep, werden bevraagd. Ten tweede werden enkel respondenten bevraagd die hun DBK-traject positief hebben afgerond of tijdens hun huidige probatiemaatregel (nog) niet voor de probatiecommissie dienden te verschijnen. Doordat enkel deze respondenten werden bevraagd, is een selectiebias waarschijnlijk<sup>38</sup>. Het is dus mogelijk dat een bevraging van betrokkenen die hun DBK-traject vroegtijdig hadden afgerond of van wie de probatiemaatregel werd herroepen minder gunstige resultaten had

---

<sup>38</sup> Dit kan onder meer voorkomen doordat bepaalde mensen weigeren om deel te nemen aan onderzoek, doordat bepaalde mensen zich vrijwillig opgeven om deel te nemen aan onderzoek of doordat een bepaalde groep respondenten vroegtijdig uitvalt uit het onderzoek (Hernán, Hernández-Díaz & Robins, 2004).

opgeleverd. Echter, Turner en collega's (1999) hebben zowel DBK-cliënten bevestigd die het programma vervolledigden als DBK-cliënten die het programma vroegtijdig beëindigden over hun tevredenheid over het DBK-programma. Zij vonden geen verschillen tussen deze twee groepen DBK-cliënten wat betreft hun tevredenheid over het DBK-programma. Ongeveer 40% van de bevestigde respondenten gaf aan tevreden te zijn over het programma, ongeveer 30% gaf aan ontevreden te zijn, en de overige stonden neutraal ten opzichte van het programma (Turner et al., 1999). Ten derde heeft selectiebias waarschijnlijk ook een invloed op de kenmerken van de deelnemers. Uit eerder onderzoek (Brooker et al., 2012; Freeman, 2003; Hagedorn & Willenbring, 2003; Vander Laenen et al., 2012a,b) bleek dat geestelijke gezondheidsproblemen een hoge prevalentie kennen onder DBK-cliënten, wat bij de bevestigde respondenten in dit onderzoek niet werd teruggevonden. Daarnaast had geen enkele DBK-responsant in dit onderzoek de stap naar de arbeidsmarkt gezet op het moment van het interview, terwijl uit de dossierstudie zoals beschreven in hoofdstuk vijf bleek dat een significante proportie van de DBK-responsanten aan het werk was op het einde van hun traject. Het is mogelijk dat werkende DBK-cliënten weigeren om deel te nemen aan onderzoek omdat het hun ontbreekt aan tijd. Het hebben van een job of vrijetijdsactiviteiten (Cooney, Small & O'Connor, 2007) of geestelijke gezondheidsproblemen (Patel, Doku & Tennakoon, 2003) kunnen een hindernis vormen om deel te nemen aan onderzoek. Tenslotte dient opgemerkt te worden dat de respondenten werden bevestigd net na het afronden van hun DBK-programma of terwijl ze het grootste deel van hun probatietermijn met succes hadden doorlopen. De langetermijnperceptie van DBK- en probatie-cliënten op veranderingen in de levensdomeinen naar aanleiding van hun juridische afhandeling en de onderliggende mechanismen daarvan ontbreekt in deze studie. Tot zover hebben, naar onze kennis, enkel Turner en collega's (1999) dergelijk onderzoek uitgevoerd bij DBK-cliënten die hun DBK-traject ongeveer twee jaar voordien hadden afgerond (Turner et al., 1999).

#### **7.4.6.     *Algemeen besluit***

Het levensdomein 'drugs' was prominent aanwezig in het leven van de bevestigde respondenten en had een negatieve invloed op de andere levensdomeinen. De respondenten bevonden zich in een neerwaartse

spiraal. De juridische maatregel, zowel een DBK-traject als een probatiemaatregel, had een directe en positieve invloed op het levensdomein 'drugs'. Tenminste op voorwaarde dat de juridische maatregel als een kans werd gepercipieerd en het contact met de betrokken justitiële actoren als menselijk werd ervaren. De verbetering die zich voordeed op het levensdomein drugs zorgde voor positieve veranderingen op de andere levensdomeinen. De respondenten kwamen, in tegenstelling tot hun situatie voor de start van de maatregel, in een opwaartse spiraal terecht. Naast individuele factoren heeft de maatschappelijke context een niet te onderschatten invloed op dit veranderingsproces. Herstel na middelengebruik vereist ook een beleid naar re-integratie van (ex-)druggebruikers in de samenleving waarbij zij een leven kunnen leiden zonder discriminatie en stigmatisering.



## Hoofdstuk 8 DE UITKOMSTEN VAN DE GENTSE DRUGBEHANDELINGSKAMER ROND RECIDIVE

*Saaske De Keulenaer & Stefan Thomaes*

### 8.1. Inleiding

Dit recidiveonderzoek is erop gericht de uitkomst van een DBK-traject op het vlak van recidive te bestuderen. In hoofdstuk 3 zijn reeds de uitkomsten van het Gentse DBK-project op middelengebruik en druggereleerde levensdomeinen van DBK-cliënten besproken.

#### 8.1.1. *Definitie van recidive*

Recidive is een begrip dat niet eenvoudig in een goede definitie te geven is en dat in de criminologische literatuur heel wat verschillende definiëringen en afbakeningen kent. Echter, in al deze definities komen steeds een aantal constitutieve elementen terug. Zo is er steeds een overtreder die opnieuw een bij regelgeving omschreven verboden handeling stelt. Definities verschillen vooral aangaande het *tijdstip* van herhaalde criminaliteit (strafrechtelijke veroordeling door een rechtscollege of aanhouding door een politiedienst), de *aard* van de inbreuk (overtreding, wanbedrijf of misdaad) en de *band met de eerste* in de regelgeving omschreven *verboden handeling* (betreft het opnieuw hetzelfde type delict of gaat het om een nieuw type delict). In de verschillende definities is er minder aandacht voor het type van slachtofferchap en de verhouding tot slachtoffers (Noppe, Hemmerechts, Pauwels, Verhage & Easton, 2011).

In het recidiveonderzoek aangaande de DBK wordt onderzocht of beklagden die een DBK-traject hebben doorlopen, nieuwe feiten hebben gepleegd en of dit pleeggedrag verschilt van het pleeggedrag van beklagden die dit specifieke traject niet hebben gevolgd. Hierbij is het belangrijk om recidive duidelijk te conceptualiseren en af te bakenen. De centrale doelstelling uit het DBK-recidiveonderzoek sluit het best aan bij de definiëring van 'algemene recidive' zoals omschreven door Wartna (2005). Hij definieert (algemene) recidive als *alle nieuwe justitie-*

*contacten, ongeacht de aard en de ernst van de gepleegde delicten, behalve de strafzaken die zijn geëindigd in vrijspraak, een technisch sepot of een andere technische uitspraak.*

Wanneer de vertaalslag wordt gemaakt naar het concept van de DBK, dan kan recidive in dit kader worden gedefinieerd als *'een nieuwe gerechtelijke beslissing die niet is geëindigd in een vrijspraak, een technisch sepot of andere technische uitspraak en die plaatsvindt n.a.v. elk type van strafrechtelijke inbreuk die werd gepleegd na het beëindigen van een traject voor de DBK'*. Concreet gaat het dus om elk type van strafrechtelijke inbreuk die werd gepleegd na het beëindigen van een DBK-traject en aanleiding gaf tot een beleidssepot, minnelijke schikking, bemiddeling in strafzaken of een vonnis.

### **8.1.2.     *Onderzoeksvragen***

In dit recidiveonderzoek staan twee onderzoeksvragen centraal:

- Welke evolutie is waarneembaar in het pleeggedrag van beklaagden die een DBK-traject hebben gevolgd?
- Recidiveren beklaagden die een DBK-traject hebben gevolgd meer of minder dan 1) beklaagden die veroordeeld werden tot een probatiemaatregel en 2) beklaagden die verstek lieten gaan voor de DBK of niet bereid waren een DBK-traject te volgen en bijgevolg voor de DBK een klassieke rechtspleging ondergingen waarbij geen probatievoorwaarden werden uitgesproken? Of zijn geen verschillen waarneembaar?

### **8.1.3.     *Operationalisering van recidive***

Hoger werd aangetoond dat recidive een moeilijk definieerbaar begrip is. Om die reden is het belangrijk recidive duidelijk inzichtelijk te maken aan de hand van diverse statistische parameters. In dit onderzoek worden de *prevalentie, frequentie en snelheid van recidive* berekend en gaat aandacht uit naar de aard van de gepleegde feiten. Ook worden de delictdichtheidsgraden en recidivegraden op individueel en groepsniveau berekend en wordt op basis hiervan de evolutie in het pleeggedrag bestudeerd. Tot slot wordt ook nagegaan welke factoren recidive beïnvloeden. Verderop, in het luik *resultaten* worden deze statistische parameters kort toegelicht en toegepast op de data van de te analyseren onderzoekspopulaties.



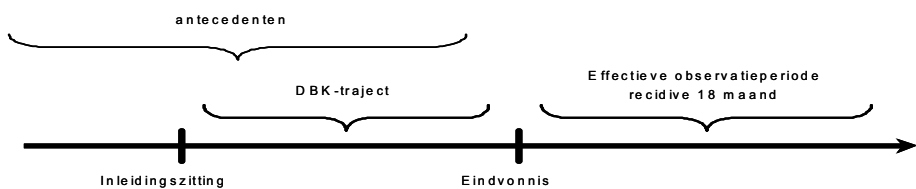
Voor alle bestudeerde parameters worden significantie-toetsen uitgevoerd. Deze hebben tot doel na te gaan of een waargenomen effect al dan niet door toeval is ontstaan. Er is sprake van een significante uitkomst als deze uitkomst in sterke mate de veronderstelling ondersteunt dat de waargenomen uitkomst niet door toeval is ontstaan, maar door iets anders. Indien dit het geval is, kunnen de bevindingen worden veralgemeend naar de populatie en gelden zij dus niet enkel voor de steekproef. *Gezien de kleine omvang van de steekproeven wordt bij de significantietoetsen een kans van 10% op een fout van de eerste soort aanvaard. Om te bepalen of een uitkomst significant is, wordt dus gekeken of de p-waarde kleiner is dan 0.1.*

## 8.2. Methodologie

### 8.2.1. Studiedesign

Het pleeggedrag van de DBK-respondenten wordt zowel voor als na het DBK-traject gemeten en de resultaten worden vergeleken met deze van twee vergelijkbare controlegroepen. De eerste controlegroep bestaat uit beklagden die verstek lieten gaan voor de DBK of niet bereid waren een DBK-traject te volgen en bijgevolg voor de DBK een klassieke rechtspleging ondergingen. De tweede controlegroep bestaat uit beklagden die veroordeeld werden tot een probatiemaatregel. Het pilotproject DBK werd immers geïmplementeerd om tegemoet te komen aan de structurele tekortkomingen die verbonden zijn met het huidige probatiesysteem.

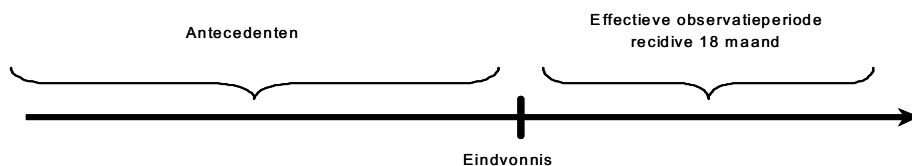
#### 8.2.1.1. De DBK-groep



De DBK-groep wordt in het kader van dit recidiveonderzoek nader bestudeerd. Voor deze respondenten wordt nagegaan of en in welke mate de DBK een invloed heeft op recidive. Hiervoor wordt een effectieve observatieperiode van 18 maanden bepaald. Indien een respon-

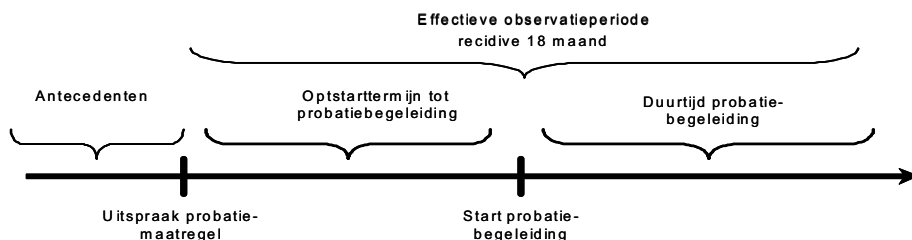
dent in hechtenis heeft gezeten, wordt de duur van de detentie niet in rekening genomen om de duur van de observatieperiode te bepalen. De observatieperiode wordt als het ware stopgezet tijdens de detentieperiodes en vangt opnieuw aan na vrijlating. De observatieperiode voor de recidive vangt aan vanaf het eindvonnis van het DBK-traject. Alle strafrechtelijke beslissingen waarvan de processen-verbaal (pv) na het eindvonnis op het parket toekomen, worden als recidive beschouwd en alle strafrechtelijke beslissingen waarvan de pv's voor het eindvonnis op het parket toekomen, worden als antecedent beschouwd. Gerechtelijke beslissingen waarvan de pv's instromen tijdens een DBK-traject worden bijgevolg als antecedent beschouwd.

### 8.2.1.2. Verstek/gDBK-groep



Voor de eerste controlegroep, de verstek/gDBK-groep, geldt hetzelfde principe zoals hierboven beschreven voor de DBK-groep. De recidiveperiode vangt aan vanaf het eindvonnis voor de DBK en alle strafrechtelijke beslissingen waarvan de pv's na het eindvonnis op het parket toekomen, worden als recidive beschouwd. Alles wat ervoor op het parket binnenstroomt, wordt als antecedent beschouwd. De observatieperiode wordt ook hier stopgezet tijdens de detentieperiodes en vangt opnieuw aan na de vrijlating.

### 8.2.1.3. Probatie-groep



Voor de tweede controlegroep, de probatie-groep, start de observatieperiode recidive eveneens vanaf het vonnis waarbij de probatiemaatre-

gel wordt uitgesproken. Dit betekent dat niet de recidive na afloop van de probatiebegeleiding wordt bestudeerd, maar wel de recidive tijdens de eerste 18 maanden na de veroordeling tot een probatiemaatregel. De probatiebegeleiding vangt echter niet onmiddellijk aan na het vonnis. De gemiddelde opstarttermijn tot de probatiebegeleiding bedraagt in de bestudeerde probatie-groep immers 337 dagen<sup>39</sup>. Dit betekent dat in deze tweede controlegroep de uitkomst op het vlak van recidive wordt bestudeerd op basis van de wijze waarop een probatiemaatregel in de praktijk vorm krijgt, met name de uitspraak tot de maatregel met daaropvolgend een opstarttermijn en een periode van effectieve probatiebegeleiding. De observatieduur van de probatiebegeleiding zelf hangt bijgevolg af van de duur van de opstarttermijn. Gezien de lange gemiddelde opstarttermijn vertoont de probatie-groep dan ook enige gelijkenis met de verstek/gDBK-groep waar de beklaagden een klassieke rechtspleging ondergingen zonder dat een probatiemaatregel werd uitgesproken<sup>40</sup>. Om echter ook iets meer te kunnen vertellen over het effect van de probatiebegeleiding op zich, wordt voor de probatie-groep eveneens de recidive bestudeerd voor een periode van 18 maanden beginnend vanaf de opstart van de probatiebegeleiding (cf. 8.3.2.9). Net als bij de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep wordt ook hier de observatieperiode stopgezet tijdens de detentieperiodes en vangt opnieuw aan na vrijlating.

De bepaling van antecedenten en recidive wijkt voor de probatie-groep noodgedwongen af van de twee andere groepen aangezien de datum van binnenkomst op het parket niet werd aangeleverd. Een strafrechtelijke beslissing wordt in de probatie-groep als antecedent beschouwd wanneer de beslissingsdatum plaatsvindt voor de datum van de uitspraak van de probatiemaatregel of wanneer de beslissingsdatum erna plaatsvindt maar wel lager gerangschikt staat op de outprint van de antecedenten (cf. infra).

### 8.2.2. *Samenstelling van de studiegroepen*

De *DBK-groep*, bestaat uit druggebruikende delinquenten die voldoen aan de volgende voorwaarden: 1) ze aanvaardden het DBK-traject, 2) hun traject werd tot een goed einde gebracht ongeacht de duur of

<sup>39</sup> sd= 160, range= 62-752

<sup>40</sup> Het is wel mogelijk dat nog een vroegere probatiemaatregel lopende is.

duurde ten minste vier maanden alvorens vroegtijdig stopgezet te worden, 3) ze gebruikten tenminste één illegale drug en 4) de eindzitting vond plaats voor 31 december 2009.

Voor de samenstelling van deze experimentele groep werd gebruik gemaakt van de database die naar aanleiding van de procesevaluatie van de DBK werd ontwikkeld. Deze database omvat 280 dossiers waarvan de inleidende zitting plaatsvond tussen 5 mei 2008 en 31 december 2009. In 148 van de 280 dossiers werd een DBK-traject opgestart. In 91 dossiers, afkomstig van 77 verschillende personen, vond de eindzitting plaats voor 31 december 2009. Van deze 77 personen brachten **60 DBK-beklaagden** hun DBK-traject tot een goed einde of doorliepen een DBK-traject van minstens vier maanden voordat het traject vroegtijdig werd stopgezet. Het is deze groep die in het kader van dit recidiveonderzoek nader bestudeerd werd. In het uitkomstenonderzoek werd een tijdsinterval van drie maanden voor de duur van het DBK-traject gehanteerd aangezien deze tijdsperiode als het minimum wordt beschouwd om minimale effecten van behandeling te kunnen detecteren. Freeman (2003) bijvoorbeeld constateerde dat de grootste veranderingen bij DBK-cliënten optraden tijdens de eerste vier maanden van het DBK-traject.

De **eerste controlegroep**, de **verstek/gDBK-groep** bestaat uit druggebruikende delinquenten die aan de volgende voorwaarden voldoen: 1) ze aanvaardden het DBK-traject niet of lieten verstek gaan op de inleidingszitting, 2) ze gebruikten tenminste één illegale drug, 3) hun eindzitting vond plaats voor 31 december 2009 en 4) de rechter sprak geen probatievoorwaarden uit.

Ook hier werd gebruik gemaakt van de database van de procesevaluatie om de respondenten te selecteren. Concreet gaat het om **60 respondenten** die aan de voorwaarden voldoen om voor de DBK te verschijnen en door het openbaar ministerie werden gedagvaard voor de DBK, maar die ofwel verstek lieten gaan ofwel niet bereid waren een DBK-traject te volgen. Deze respondenten werden dan ook op de gewone manier berecht door de DBK. De respondenten ten aanzien van wie de DBK probatievoorwaarden uitsprak, worden geweerd in deze controlegroep om overlap met de tweede controlegroep (de probatie-groep) te vermijden.

De **tweede controlegroep**, de **probatie-groep** bestaat uit druggebruikende delinquenten die voldoen aan de volgende voorwaarden: 1) ze

werden tussen 5 mei 2008 en 31 december 2009 door de rechtbank van eerste aanleg van Hasselt veroordeeld tot een probatiemaatregel, probatie-uitstel of probatie-opschorting, wegens het plegen van druggerelateerde feiten, 2) ze werden voor tenminste drie maanden begeleid door een justitieassistent van het Hasseltse justitiehuis, en 3) gebruikten tenminste één illegale drug.

De respondenten voor de probatie-groep werden geselecteerd tijdens het Qualect-onderzoek. Er werden op toevallige wijze 80 dossiers geselecteerd uit de Hasseltse SIPAR, het registratiesysteem van de justitiehuisen. Na een grondige screening bleven 68 respondenten over<sup>41</sup>.

Om het effect van de DBK op het pleeggedrag te kunnen bestuderen, is een voldoende lange **observatieperiode** vereist. In dit onderzoek werd uitgegaan van een observatieperiode van **minstens 18 maanden**, wat voor een recidiveonderzoek relatief kort is, maar noodzakelijk was op basis van de aanvankelijk voorziene einddatum van het recidiveonderzoek op 31 december 2011. Indien een respondent in hechtenis heeft gezeten, wordt de duur van de detentie niet in rekening genomen om de duur van de observatieperiode te bepalen. De vereiste van een effectieve observatieperiode van 18 maanden brengt het aantal respondenten in de DBK-groep op 47. Na aftrek van de respondenten met een te korte observatieperiode telt de verstek/gDBK-groep 42 respondenten en de probatie-groep 61 respondenten.

Aangezien is gebleken dat de probatie-groep significant langer wordt geobserveerd dan de twee andere groepen en dit vooral is toe te schrijven aan het feit dat deze groep minder vaak en minder lang in hechtenis zat, is uiteindelijk beslist om de observatieperiode vast te leggen op **exact 18 maanden**. Elke respondent in dit onderzoek wordt bijgevolg even lang geobserveerd. Dit betekent concreet dat voor respondenten die een observatieperiode kennen van langer dan 18 maanden enkel de inbreuken in rekening worden genomen die werden gepleegd binnen de 18 maanden (eventueel verlengd met de detentieduur) na de eindzitting van de DBK of het vonnis door de rechter.

Tot slot dienden enkele outliers, extreme waarden die de analyses kunnen vertekenen, uit de onderzoeksgroepen te worden verwijderd. De outliers worden bepaald op basis van de delictdichtheidsgraad (het

---

<sup>41</sup> Voor meer informatie over de selectie van de respondenten zie hoofdstuk drie.

gemiddeld aantal antecedenten op jaarbasis) en de recidivegraad (het gemiddeld aantal nieuwe feiten op jaarbasis). Op basis van de delictdichtheidsgraad kent de DBK-groep 3 outliers en de verstek/gDBK-groep en de probatie-groep elk één. Op basis van de recidivegraad werd enkel in de probatie-groep een outlier gedetecteerd. Een korte bespreking van deze outliers leert dat zij allen recidiverende mannen zijn die op één uitzondering na allen heroïne gebruikten en ouder dan 25 jaar waren.

Na aftrek van de outliers telt de **DBK-groep** uiteindelijk nog **44 respondenten**, de **verstek/gDBK-groep** **41 respondenten** en de **probatie-groep** **59 respondenten**. Niettegenstaande reeds heel veel beklagden voor de DBK zijn verschenen, wordt hier dus een relatief kleine groep bestudeerd.

### 8.2.3. *Dataverzameling*

De gegevens voor dit recidiveonderzoek dienden manueel verzameld en ingevoerd te worden, wat een enorme werklast inhoudt. Om een oplijsting te maken van de antecedenten en de recidivefeiten die werden gepleegd door de beklagden in de drie onderzoekspopulaties, is gebruik gemaakt van de gegevensbank ADBA. Dit is de nationale antecedentendatabank die een overzicht geeft van alle strafrechtelijke feiten die een persoon heeft gepleegd in de diverse gerechtelijke arrondissementen.

Voor elke respondent is een antecedentenlijst uitgeprint en gescreend op basis van onze definitie van recidive. Concreet zijn alle strafrechtelijke dossiers geregistreerd die aanleiding hebben gegeven tot een vonnis of arrest, een minnelijke schikking, een strafbemiddeling, een beleidssepot of een voeging bij één van voorgaande strafrechtelijke beslissingen. De strafrechtelijke dossiers die aanleiding hebben gegeven tot een vrijspraak, een technisch sepot, een terbeschikkingstelling of een voeging bij één van voorgaande beslissingen en de strafrechtelijke dossiers zonder eindbeslissing zijn niet geregistreerd. Ook de referentiedossiers, de voegingen bij de referentiedossiers en de DBK-dossiers waarvan de datum van het eindvonnis hetzelfde is als de datum van het eindvonnis van het referentie-DBK-dossier, zijn niet geregistreerd. Het referentiedossier is het dossier dat betrekking heeft op de strafrechtelijke feiten waarvoor men voor de DBK of de Hasseltse recht-

bank is verschenen en op basis waarvan men geselecteerd is in één van de drie onderzoeksgroepen. Het referentiedossier vormt met andere woorden de aanleiding voor het plaatsvinden van de strafrechtelijke interventie.

Voor elke geselecteerde strafrechtelijke beslissing zijn volgende gegevens genoteerd en gecodeerd:

- detailpreventiecode van de hoofdtenlastelegging (= aard van de feiten);
- datum binnenkomst PV op het parket (voor de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep) of datum beslissing (voor de probatiegroep);
- gerechtelijke beslissing;
- reden voor beleidssepot;
- gerechtelijk arrondissement.

Tevens is voor elke respondent een detentiefiche opgevraagd en geanalyseerd om de detentieperiodes tijdens de observatieperiode van de antecedenten en de recidive te detecteren en de duur ervan te berekenen. Deze informatie werd vervolgens ook in de database ingevoerd.

## **8.3. Resultaten**

### **8.3.1. Kenmerken van de studiegroepen**

Alvorens over te gaan tot de bespreking van de recidiveparameters wordt eerst een omschrijving gegeven van de steekproeven. Dit is noodzakelijk om na te gaan of er significante verschillen aanwezig zijn tussen de DBK-groep en de controlegroepen waarmee rekening dient te worden gehouden bij de vergelijking van de recidivecijfers.

Hieronder wordt achtereenvolgens ingegaan op het profiel van de respondenten (geslacht, leeftijd, druggebruik en Proefzorg-behandeling), het aantal antecedenten, de aard ervan en het strafrechtelijk gevolg dat aan deze antecedenten is gegeven, de duur van de criminele carrière en de detentieduur tijdens deze criminele carrière. Aangezien de criminele carrière voor elk van de respondenten verschilt, wordt ook de delictdichtheidsgraad berekend. Deze graad geeft het gemiddeld aantal antecedenten op jaarbasis weer en maakt vergelijkingen binnen en tussen de groepen mogelijk. De delictdichtheidsgraad kan op individueel en

groepsniveau worden berekend. Tot slot wordt een onderscheid gemaakt tussen veel- en vaakplegers en worden de respondenten in een vierdelige typologie onderverdeeld.

### 8.3.1.1. Profiel

De **DBK-groep** bestaat uit 44 respondenten. Het betreft 36 mannen (81,8%) en acht vrouwen (18,2%). De gemiddelde leeftijd is 32,3 jaar ( $sd= 6,955$ ;  $range= 22-55$ ) en acht respondenten (18,2%) zijn 25 jaar of jonger. Bij aanvang van het DBK-traject gebruikten 20 respondenten (45,5%) heroïne, 16 respondenten (36,4%) gebruikten amfetamines en respectievelijk vijf en drie respondenten gebruikten cannabis en methadon. In de registratie van het druggebruik werd enkel het meest ernstige middel gescoord. Tot slot hebben 23 respondenten uit de DBK-groep (52,3%) voorheen reeds een Proefzorg-behandeling ondergaan. Het betrof steeds een mislukte Proefzorg-behandeling.

De **verstek/gDBK-groep** telt 41 respondenten, waarvan 33 mannen (80,5%) en acht vrouwen (19,5%). De gemiddelde leeftijd bedraagt 32 jaar ( $sd= 7,568$ ;  $range= 21-65$ ) en acht respondenten (19,5%) zijn 25 jaar of jonger. Bij de behandeling van het referentiedossier voor de DBK gebruikten ongeveer evenveel respondenten heroïne ( $n= 18$ ; 43,9%) als amfetamines ( $n= 17$ ; 36,4%). Vijf respondenten gebruikten als meest ernstige middel cannabis en één respondent gebruikte methadon. Vijfentwintig van de 41 respondenten uit deze groep (61%) ondergingen reeds een Proefzorg-behandeling. Het betrof steeds een mislukte Proefzorg-behandeling.

De **probatie-groep** omvat 59 respondenten. Het betreft 50 mannen (84,7%) en negen vrouwen (15,3%). De gemiddelde leeftijd bedraagt 33,4 jaar ( $sd= 8,618$ ;  $range= 21-52$ ) en 12 respondenten (20,3%) zijn 25 jaar of jonger. Bij 53 respondenten (55,9%) werden amfetamines als meest ernstige middel gescoord, terwijl heroïne voorkwam bij 14 respondenten (25,4%). Cannabis en methadon werden als meest ernstige middel gescoord bij respectievelijk zeven (11,9%) en vier (6,8%) respondenten<sup>42</sup>.

Tussen de groepen zijn geen significante verschillen vastgesteld naar geslacht, gemiddelde leeftijd en Proefzorg-behandeling (voor DBK-

---

<sup>42</sup> De informatie over het druggebruik werd verzameld bij het eerste contact met de justitieassistent gemiddeld ongeveer één jaar na het vonnis.



groep en verstek/gDBK-groep). Inzake heroïne- en amfetaminegebruik is tussen de DBK-groep en de probatie-groep een significant verschil waarneembaar ( $p=0,03$  voor beide). In de DBK-groep gebruiken significant meer respondenten dan in de probatie-groep heroïne als meest ernstige middel. Amfetamines worden significant meer als meest ernstige middel gebruikt door respondenten in de probatie-groep dan door respondenten in de DBK-groep.

### 8.3.1.2. Aantal antecedenten

De meerderheid van de respondenten in de drie steekgroepen heeft reeds eerder een strafrechtelijk feit gepleegd dat aanleiding gaf tot een beleidssepot, strafbemiddeling, minnelijke schikking of vonnis. Slechts drie respondenten in de DBK- en verstek/gDBK-groep en vier respondenten in de probatie-groep hebben nog nooit een strafrechtelijk feit gepleegd dat een dergelijke gerechtelijke beslissing kreeg.

De respondenten van de DBK-groep pleegden samen 623 antecedenten, de verstek/gDBK-groep 448 antecedenten en de probatie-groep 525 antecedenten. Dit komt respectievelijk neer op gemiddeld 14, 11 en negen antecedenten per respondent. Het gemiddeld aantal antecedenten in de DBK-groep verschilt enkel significant van het gemiddeld aantal antecedenten in de probatie-groep ( $p=0,05$ ). Naast het gemiddelde is het ook belangrijk om naar de spreiding van de antecedenten over de respondenten te kijken. Zo blijkt uit de kwartielen dat in elke groep minstens 25% niet meer dan drie antecedenten heeft gepleegd en dat minstens de helft van de respondenten in de DBK-groep en de probatie-groep niet meer dan zeven antecedenten heeft gepleegd tegenover acht antecedenten in de verstek/gDBK-groep. Verder is uit de tabel af te lezen dat het aandeel respondenten dat meer dan 20 antecedenten heeft gepleegd bijna drie keer zo groot is in de DBK-groep als in de controlegroepen. In de DBK-groep gaat het om 12 van de 44 respondenten (27,6%), terwijl het in de verstek/gDBK-groep en de probatie-groep om respectievelijk vier (9,8%) en vijf (8,5%) respondenten gaat. Het aandeel respondenten dat 11 tot 20 antecedenten pleegde is daarentegen groter in de verstek/gDBK-groep en de probatie-groep dan in de DBK-groep, met name respectievelijk 12 (29,3%) en 13 (22,0%) respondenten tegenover vier (9,1%) respondenten in de DBK-groep. De DBK-groep bestaat dus uit veel meer respondenten die heel veel feiten hebben gepleegd.

**Tabel 8.1:** *Aantal antecedenten*

<i>Aantal antecedenten</i>	<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen DBK-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
0	3 (6,8%)	4 (9,8%)	4 (6,8%)
1	2 (4,5%)	3 (7,3%)	8 (13,6%)
2-5	12 (27,3%)	10 (24,4%)	15 (25,4%)
6-10	11 (25%)	9 (22%)	14 (23,7%)
11-20	4 (9,1%)	12 (29,3%)	13 (22%)
>20	12 (27,3%)	4 (9,8%)	5 (8,5%)
<b>Totaal antecedenten</b>	<b>623</b>	<b>448</b>	<b>525</b>
gemiddelde	14	11	9
range	0-61	0-46	0-40
Kwartiel 25	3	3	3
Kwartiel 50	7	8	7
Kwartiel 75	24	17	13

Statistiek: T-test DBK-Probatie Hasselt: T=1,995; df=63, p=0,050

Statistiek: T-test DBK-Verstek/gHV: n.s.

Een T-test met onafhankelijke steekproeven vereist een gelijke variantie. Aan deze voorwaarde is echter niet voldaan waardoor voorzichtig dient te worden omgesprongen met de resultaten.

### 8.3.1.3. Aard van de antecedenten

De meest voorkomende delicttypes zijn inbreuken tegen de drugwetgeving, gewone diefstallen, slagen en verwondingen, inbreuken tegen de openbare veiligheid en de openbare orde, en zware diefstallen. Samen zijn zij in elk van de bestudeerde groepen goed voor ongeveer 75% van alle gepleegde antecedenten. De probatie-respondenten werden in verhouding tot de andere groepen meer veroordeeld voor inbreuken tegen de drugwetgeving. De percentages voor de overige vier inbreuken liggen dan weer iets lager in de probatie-groep dan in de DBK- en verstek/gDBK-groep. De frequentie van voorkomen is enkel significant hoger in de DBK-groep dan in de probatie-groep en dit voor de delicttypes gewone diefstallen ( $p=0,06$ ), slagen en verwondingen ( $p=0,08$ ), vernielingen, beschadigingen en brandstichting ( $p=0,04$ ) en bedrogmisdrijven ( $p=0,06$ ).

Onderstaande tabel geeft, naast de frequentie van voorkomen van de verschillende delicttypes ook weer door hoeveel respondenten de delicttypes werden gepleegd. Significant meer respondenten uit de DBK-groep dan uit de probatie-groep pleegden gewone diefstallen ( $p=0,007$ ) en bedrogmisdrijven ( $p=0,013$ ). Ten opzichte van de respondenten uit de verstek/gDBK-groep pleegden significant meer respondenten uit de DBK-groep vernielingen, beschadigingen en brandstich-

ting ( $p=0,017$ ) en bedrogmisdrijven ( $p=0,003$ ). Kijken we vervolgens naar het aantal respondenten bij wie de vijf meest voorkomende antecedenten in combinatie voorkomen, dan blijkt dat dit het geval is bij 1/5<sup>de</sup> van de respondenten van de DBK-groep en bij ongeveer 12% van de respondenten in de controlegroepen.

**Tabel 8.2:** *Aard van de antecedenten*

<b>Aard van de antecedenten (A)</b>		<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen DBK-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
Drugs en doping	Aantal A	146 (23,4%)	102 (22,8%)	185 (35,2%)
	Aantal respondenten*	30 (68%)	27 (65,9%)	45 (76,3%)
Gewone diefstal	Aantal A	109 (17,5%)	70 (15,6%)	62 (11,8%)
	Aantal respondenten*	24 (54,5%)	19 (46,3%)	17 (28,8%)
Slagen en verwondingen	Aantal A	91 (14,6%)	71 (15,8%)	68 (13%)
	Aantal respondenten*	25 (56,8%)	24 (58,5%)	29 (49,2%)
Openbare veiligheid en openbare orde <sup>1</sup>	Aantal A	74 (11,9%)	54 (12,1%)	62 (11,8%)
	Aantal respondenten*	21 (47,7%)	20 (48,8%)	26 (44,1%)
Zware diefstal	Aantal A	50 (8%)	38 (8,5%)	33 (6,3%)
	Aantal respondenten*	17 (38,6%)	15 (36,6%)	15 (25,4%)
Vernielingen, beschadigingen en brandstichting	Aantal A	40 (6,4%)	5 (1,1%)	18 (3,4%)
	Aantal respondenten*	15 (34,1%)	5 (12,2%)	10 (16,9%)
Bedrog	Aantal A	28 (4,5%)	11 (2,5%)	17 (3,2%)
	Aantal respondenten*	18 (40,9%)	5 (12,2%)	11 (18,6%)
Familiale sfeer <sup>2</sup>	Aantal A	19 (3%)	8 (1,8%)	10 (1,9%)
	Aantal respondenten*	7 (15,9%)	7 (17,1%)	8 (13,6%)
Diefstal met geweld	Aantal A	16 (2,6%)	13 (2,9%)	19 (3,6%)
	Aantal respondenten*	9 (20,5%)	6 (14,6%)	12 (20,3%)
Persoonlijke vrijheid <sup>3</sup>	Aantal A	10 (1,6%)	15 (3,3%)	13 (2,5%)
	Aantal respondenten*	6 (13,6%)	6 (14,6%)	9 (15,3%)
Andere	Aantal A	40 (6,4%)	61 (13,6%)	38 (7,2%)
	Aantal respondenten*	20 (45,5%)	23 (56,1%)	22 (37,3%)
<b>Totaal aantal antecedenten</b>		<b>623</b>	<b>448</b>	<b>525</b>
Aantal respondenten bij wie combinatie van 5 belangrijkste delicttypes voorkomen		9 (20,5%)	5 (12,2%)	7 (11,8%)

\* Hierbij gaat het telkens om de respondenten die de respectievelijke antecedenten pleegde.

- 1 Onder inbreuken tegen de openbare veiligheid en openbare orde wordt onder meer verstaan: wederrechtelijk dragen en onwettig bezit van wapens, smaad, slagen aan een persoon die een openbare hoedanigheid bekleed, weerspanning tegenover de overheid of tegenover personen die een openbare hoedanigheid bekleeden, landloperij en bedelarij onder verzwarende omstandigheden.
- 2 Onder inbreuken tegen de familiale sfeer verstaan we onder andere: verwaarlozing van kinderen, niet-naleven van bezoekrecht, echtelijk geschil, familiaal geschil en familieverlating.
- 3 Onder inbreuken tegen de persoonlijke vrijheid wordt onder meer verstaan: beledigingen, laster, woonstschennis, aanslag op de persoonlijke levenssfeer en belaging/stalking.

### 8.3.1.4. Strafrechtelijke beslissingen

Met betrekking tot de strafrechtelijke beslissingen die werden genomen naar aanleiding van de gepleegde antecedenten, zijn geen significante verschillen tussen de DBK-groep en de controlegroepen vastgesteld, noch naar frequentie van voorkomen van de strafrechtelijke modaliteiten, noch naar het aantal respondenten dat de strafrechtelijke modaliteiten heeft gekregen. Zo wordt ten aanzien van ongeveer de helft van de antecedenten een vonnis of een beleidssepot uitgesproken terwijl een minnelijke schikking en bemiddeling in strafzaken slechts in beperkte mate voorkomen.

**Tabel 8.3:** *Strafrechtelijke beslissing aan antecedenten gegeven*

<i>Strafrechtelijke beslissing aan antecedenten gegeven</i>		<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen DBK-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
Vonnis (VS)	Aantal VS	303 (48,6%)	249 (55,6%)	255 (48,6%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	33 (75%)	31 (75,6%)	38 (64,4%)
Zonder gevolg – beleidssepot (ZG)	Aantal ZG	294 (47,2%)	188 (42%)	246 (46,9%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	39 (88,6%)	36 (87,8%)	49 (83,1%)
Minnelijke schikking (MS)	Aantal MS	15 (2,4%)	11 (2,5%)	17 (3,2%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	10 (22,7%)	8 (19,5%)	10 (16,9%)
Bemiddeling in strafzaken (BS)	Aantal BS	11 (1,8%)	0 (0%)	7 (1,3%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	3 (6,8%)	0 (0%)	6 (10,2%)
<b>Totaal</b>		<b>623</b>	<b>448</b>	<b>525</b>

\* Hierbij gaat het telkens om de respondenten die de respectievelijke strafrechtelijke beslissing kregen.

### 8.3.1.5. Duur van de criminele carrière

De duur van de criminele carrière wordt berekend op basis van de datum van het eerste feit en de datum van het vonnis voor de DBK of de Hasseltse rechtbank. De criminele carrière van een DBK-respondent duurt gemiddeld 9,5 jaar. In de probatie-groep is dit ongeveer zeven jaar en in de verstek/gDBK-groep duurt de criminele carrière gemiddeld acht jaar. De gemiddelde duur van de criminele carrière in de DBK-groep verschilt enkel significant van de gemiddelde duur van de criminele carrière van de probatie-groep ( $p= 0,029$ ). Wederom is het belangrijk ook aandacht te besteden aan de spreiding. De DBK-groep kent de grootste spreiding, gaande van geen criminele carrière tot een criminele carrière van 23,4 jaar. De maximale duur van de criminele carrière van de probatie-groep is 14,2 jaar en ligt dus beduidend lager

dan de maximale duur bij de DBK-groep. Meer nog, 25% van de DBK-respondenten kent zelfs een criminele duur van minstens 14,8 jaar. Verder is uit de tabel af te leiden dat de controlegroepen procentueel gezien meer dan dubbel zoveel respondenten omvatten met een criminele carrière van niet meer dan twee jaar.

**Tabel 8.4:** *Duur van de criminele carrière*

<i>Duur criminele carrière</i>	<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen HVs-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
≤ 1 jaar	3 (6,8%)	5 (12,2%)	5 (8,5%)
1 jaar < ≤ 2 jaar	1 (2,3%)	3 (7,3%)	8 (13,6%)
2 jaar < ≤ 5 jaar	11 (25%)	8 (19,5%)	13 (22%)
5 jaar < ≤ 10 jaar	11 (25%)	10 (24,4%)	15 (25,4%)
> 10 jaar	18 (40,9%)	15 (36,6%)	18 (30,5%)
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>59</b>
Gemiddelde	9,5	8,1	6,9
Range	0-23,4	0-21,7	0-14,2
Kwartiel 25	4,1	3,9	2,7
Kwartiel 50	8,4	6,4	7,3
Kwartiel 75	14,8	12,7	11,8

Statistiek: T-test DBK-Probatie Hasselt  $T = 2,222$ ;  $df = 73$ ,  $p = 0,029$

Statistiek: T-test DBK-verstek/gHV: n.s.

Een T-test met onafhankelijke steekproeven vereist een gelijke variantie. Aan deze voorwaarde is echter niet voldaan waardoor voorzichtig dient te worden omgesprongen met de resultaten.

### 8.3.1.6. Detentie tijdens de criminele carrière

Ongeveer 2/5<sup>de</sup> van de respondenten in de DBK- en de verstek/gDBK-groep heeft nooit in hechtenis gezeten gedurende hun criminele carrière. In de probatie-groep is dit het geval voor bijna 60% van de respondenten. Minstens 75% van de DBK-respondenten kent een detentieduur van maximum 6,1 maand. Bij de verstek/gHV-groep is dit twee maand langer (8,1 maand). Vijfenzeventig % van de probatie-respondenten heeft maximum 1,6 maand in de gevangenis gezeten. Niettegenstaande 3/4<sup>de</sup> van de respondenten van de DBK-groep maximum 6,1 maand in hechtenis heeft gezeten, ligt de gemiddelde detentieduur voor deze groep op 7,9 maand. De langdurig gehechten binnen de DBK-groep zijn verantwoordelijk voor dit hoge gemiddelde. Er zijn in de DBK-groep immers zeven respondenten (15%) die meer dan twee jaar in hechtenis hebben gezeten<sup>43</sup>. De gemiddelde detentieduur in de

<sup>43</sup> Bij het berekenen van dit gemiddelde werd in de DBK-groep één detentieduur (84,7 maand) niet in rekening genomen om een nog grotere vertekening te vermijden

verstek/gDBK-groep bedraagt 4,7 maand en twee respondenten in deze groep hebben langer dan twee jaar in hechtenis gezeten<sup>44</sup>. De probatie-groep kent geen enkele respondent met een detentieduur van meer dan twee jaar en heeft een gemiddelde detentieduur van 1,5 maand. De gemiddelde detentieduur van de DBK-groep ligt dan ook significant hoger dan deze van de probatie-groep ( $p=0,007$ ).

**Tabel 8.5:** Duur detentie tijdens de antecedentenperiode

Duur detentie antecedentenperiode	DBK	Verstek/geen DBK-traject	Probatie Hasselt
0	19 (43,2%)	17 (41,5%)	34 (57,6%)
≤ 1md	5 (11,4%)	2 (4,9%)	8 (13,6%)
1md < ≤ 3md	4 (9,1%)	7 (17,1%)	7 (11,9%)
3md < ≤ 6md	4 (9,1%)	1 (2,4%)	4 (6,8%)
6md < ≤ 1j	3 (6,8%)	7 (17,1%)	5 (8,5%)
1j < ≤ 2j	2 (4,5%)	5 (12,2%)	1 (1,7%)
> 2j	7 (15,9%)	2 (4,9%)	0 (0%)
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>59</b>
gemiddelde (zonder outliers)	7,9	4,7	1,5
range	0-46,9	0-29,2	0-15,9
Kwartiel 25	0,0	0,0	0,0
Kwartiel 50	0,5	1,6	0,0
Kwartiel 75	6,1	8,1	1,6

Statistiek: T-test DBK-Probatie Hasselt  $T=2,829$ ;  $df=45$ ,  $p=0,007$

Statistiek: T-test DBK/gHV-traject: n.s.

Een T-test met onafhankelijke steekproeven vereist een gelijke variantie. Aan deze voorwaarde is echter niet voldaan waardoor voorzichtig dient te worden omgesprongen met de resultaten.

### 8.3.1.7. Delictdichtheidsgraad

Het aantal antecedenten vertelt ons iets over hoeveel keer iemand vroeger reeds een strafrechtelijk feit heeft gepleegd dat aanleiding gaf tot een beleidssepot, minnelijke schikking, strafbemiddeling of vonnis, maar vertelt ons niets over de intensiteit waarmee de feiten werden gepleegd, aangezien geen rekening wordt gehouden met de tijdspanne waarbinnen de feiten plaatsvonden. Twee respondenten kunnen elk vijf antecedenten hebben gepleegd, maar de ene in een tijdspanne van tien jaar en de andere in een tijdspanne van twee jaar. De intensiteit waarmee de tweede respondent zijn feiten heeft gepleegd, is veel hoger dan bij de eerste.

<sup>44</sup> De detentieduur (170 maand) van één van de twee respondenten werd niet in rekening genomen bij het berekenen van de gemiddelde detentieduur voor deze groep.

De delictdichtheidsgraad is een samenvattende maat voor de criminele voorgeschiedenis die rekening houdt met de duur van de periode waarin de feiten werden gepleegd. Een delictdichtheidsgraad wordt berekend door het aantal antecedenten te delen door de tijdsduur waarbinnen de feiten werden gepleegd en vervolgens te vermenigvuldigen met 365. De vermenigvuldiging met 365 is noodzakelijk om een gemiddeld cijfer op jaarbasis te bekomen. Een delictdichtheidsgraad geeft dus het gemiddeld aantal gepleegde antecedenten op jaarbasis weer en vertelt ons dus iets over de intensiteit waarmee de feiten worden gepleegd. Een delictdichtheidsgraad kan zowel op individueel als op groepsniveau worden berekend. Voor het bepalen van de tijdsduur waarbinnen de antecedenten werden gepleegd, wordt de duur van de detenties afgetrokken van de duur van de criminele carrière. Wanneer men in hechtenis zit is de mogelijkheid tot het plegen van strafbare feiten immers minimaal.

Op groepsniveau is de delictdichtheidgraad van de DBK-groep vergelijkbaar met deze van de controlegroepen. De delictdichtheidgraad in de DBK-groep is 1,6 (gemiddeld 1,6 antecedenten op jaarbasis) tegenover 1,4 in de verstek/gDBK-groep en 1,3 in de probatie-groep.

**Tabel 8.6:** *Delictdichtheidsgraad op groepsniveau*

	<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen HVs-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
Totaal antecedenten	623	448	525
duur criminele carrière*	140.122	110.224	146.931
<b>Delictdichtheidsgraad</b>	<b>1,6</b>	<b>1,4</b>	<b>1,3</b>

\* zonder de detentieduur, weergegeven in dagen

Onderstaande tabel geeft de delictdichtheidsgraad op individueel niveau weer. Hieruit kan worden afgeleid dat het aandeel respondenten met een delictdichtheidsgraad van meer dan 2,5 veel groter is in de DBK-groep (25%) en de verstek/gDBK-groep (29,3%) dan in de probatie-groep (6,8%). Deze laatste groep kent dan weer een groter aandeel respondenten dat een delictdichtheidsgraad heeft tussen twee en 2,5. Verder leert kwartiel 50 (mediaan) ons dat in elk van de groepen minstens de helft van de respondenten gemiddeld niet meer dan 1,1 antecedenten (1,2 voor de verstek/gDBK-groep) pleegt op jaarbasis.

**Tabel 8.7:** *Delictdichtheidsgraad op individueel niveau*

<b>Delictdichtheidsgraad*:</b>	<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen DBK-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
< 0,5 feit/jaar	11 (25%)	10 (24,4%)	13 (22%)
0,5 ≤ x < 1	10 (22,7%)	7 (17,1%)	14 (23,7%)
1 ≤ x < 1,5	4 (9,1%)	8 (19,5%)	13 (22%)
1,5 ≤ x < 2	6 (13,6%)	2 (4,9%)	7 (11,9%)
2 ≤ x < 2,5	2 (4,5%)	2 (4,9%)	8 (13,6%)
2,5 ≤ x < 5	10 (22,7%)	10 (24,4%)	4 (6,8%)
≥ 5	1 (2,3%)	2 (4,9%)	0 (0%)
Gemiddelde	1,5	1,9	1,2
Range	0-5,39	0-6,74	0-3,81
Kwartiel 25	0,5	0,5	0,6
Kwartiel 50	1,1	1,2	1,1
Kwartiel 75	2,5	3,0	1,8

\* Gemiddeld aantal feiten op jaarbasis.

Statistiek: T-test, DBK- en probatie-groep: n.s.

Statistiek: T-test, DBK- en verstek/gDBK-groep: n.s.

Wanneer het gemiddelde wordt genomen van alle individuele delictgraden, dan is deze het hoogst voor de verstek/gDBK-groep (1,9) en het laagst voor de probatie-groep (1,2). Er is echter geen significant verschil waarneembaar in de gemiddelde delictdichtheidsgraad van de DBK-groep en de twee controlegroepen.

### 8.3.1.8. Vierdelige typologie aan de hand van het onderscheid tussen veelplegers en vaakplegers

Tot slot kan een vierdelige typologie worden opgemaakt op basis van het onderscheid naar veelplegers en vaakplegers. Een vaakpleger is iemand die in een korte tijd veel antecedenten heeft gepleegd en dus een hoge delictdichtheidsgraad heeft. Een veelpleger wordt bepaald aan de hand van de hoge frequentie van gepleegde antecedenten. Een veelpleger is dus iemand die veel antecedenten heeft gepleegd. Het element tijd is onbelangrijk om te weten of iemand een veelpleger is (Noppe et al., 2011).

In dit onderzoek wordt een veelpleger gedefinieerd als iemand die meer dan 10 antecedenten heeft gepleegd die aanleiding gaven tot een vonnis, minnelijke schikking, strafbemiddeling of beleidssepot. Iemand wordt als vaakpleger beschouwd wanneer sprake is van een delictdichtheidsgraad van meer dan 1,5 of wanneer men op jaarbasis gemiddeld meer dan 1,5 antecedenten pleegde. Deze grenzen werden



bepaald rekening houdend met de totaalmedianen waaruit blijkt dat minstens de helft van alle respondenten niet meer dan zeven antecedenten heeft gepleegd en op jaarbasis gemiddeld niet meer dan 1,1 antecedenten pleegde. In de DBK-groep zijn 36,3% van de respondenten (n= 16) veelplegers en zijn 39% van de respondenten in de verstek/gDBK-groep (n= 16) veelplegers tegenover 30,5% in de probatie-groep (n= 18). Het percentage vaakplegers ligt in de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep dicht bij elkaar, met name 43,2% en 41,5%. In de probatie-groep bedraagt het percentage vaakplegers 32,2%. Deze verschillen zijn niet significant.

Aan de hand van de concepten van vaakpleger en veelpleger kunnen we de respondenten in de steekproeven in een vierdelige typologie opdelen: 1) iemand die noch vaakpleger, noch veelpleger is, 2) iemand die een veelpleger maar geen vaakpleger is, 3) iemand die een vaakpleger en geen veelpleger is, en 4) iemand die een veel- en een vaakpleger is.

**Tabel 8.8:** Vierdelige typologie aan de hand van de concepten veelpleger en vaakpleger

<i>Vierdelige typologie</i>	<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen DBK-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
noch veelpleger, noch vaakpleger	23 (52,3%)	20 (48,8%)	33(55,9%)
veelpleger maar geen vaakpleger	2 (4,5%)	4 (9,7%)	7 (11,9%)
vaakpleger maar geen veelpleger	5 (11,4%)	5 (12,2%)	8 (13,6%)
veelpleger en vaakpleger	14 (31,8%)	12 (29,3%)	11 (18,6%)

Veelpleger= meer dan 10 antecedenten gepleegd

Vaakpleger= gemiddeld meer dan 1,5 antecedenten gepleegd op jaarbasis

Uit bovenstaande tabel kunnen we aflezen dat de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep procentueel gezien meer veel- en vaakplegers omvatten dan de probatie-groep en dat het percentage respondenten dat noch een veelpleger, noch een vaakpleger is in de DBK-groep iets hoger is dan in de verstek/gDBK-groep en iets lager is dan in de probatie-groep. Het percentage respondenten dat een veelpleger maar geen vaakpleger is, ligt dan weer iets hoger in de controlegroepen dan in de DBK-groep. Deze verschillen in de verdeling zijn echter niet significant.

### 8.3.1.9. Besluit over de kenmerken van de studiegroepen

De DBK-groep en de verstek/gDBK-groep zijn goed vergelijkbaar. Er werden quasi geen significante verschillen tussen beide groepen vastgesteld. Er is enkel sprake van een significant verschil in het aantal res-

pondenten dat bedrogmisdrijven ( $p= 0,003$ ) pleegde en het aantal respondenten dat vernielingen, beschadigingen en brandstichtingen ( $p= 0,017$ ) heeft gepleegd. Significant meer respondenten in de DBK-groep pleegden deze delicten.

De DBK-groep en de probatie-groep zijn echter minder goed vergelijkbaar aangezien zij significant van elkaar verschillen voor heel wat variabelen. Deze variabelen worden opgelijst in onderstaande tabel, met bijhorende  $p$ -waarde.

**Tabel 8.9:** *Significante verschillen tussen DBK-groep en probatie-groep*

<b>Significante verschillen tussen DBK-groep en probatie-groep</b>	<b><math>p</math></b>
Heroïnegebruik	0,03
Amfetaminegebruik	0,03
Aantal antecedenten	0,05
Aantal gewone diefstallen	0,06
Aandeel respondenten dat gewone diefstallen pleegde	0,007
Aantal vernielingen, beschadigingen en brandstichtingen	0,04
Aantal slagen en verwondingen	0,08
Aantal bedrogmisdrijven	0,06
Aandeel respondenten dat bedrogmisdrijven pleegde	0,013
Duur criminele carrière	0,03
Duur detentie tijdens criminele carrière	0,007

De DBK-groep kent significant meer heroïnegebruik dan de probatie-groep en de probatie-groep wordt gekenmerkt door significant meer amfetaminegebruik. Het gemiddeld aantal antecedenten en gemiddeld aantal gepleegde feiten voor elk van de opgenomen delicttypes in de tabel, ligt significant hoger in de DBK-groep dan in de probatie-groep. Ook pleegden significant meer respondenten in de DBK-groep gewone diefstallen en bedrogmisdrijven en duurde de criminele carrière en de detentieduur gemiddeld langer in de DBK-groep dan in de probatie-groep.

Op basis van deze vaststellingen kunnen we stellen dat het profiel van de DBK-groep zwaarder is dan het profiel van de probatie-groep. Het profiel van de verstek/gDBK-groep is daarentegen ongeveer even zwaar als het profiel van de DBK-groep.

### 8.3.2. *Recidive*

Voor een follow-up periode van 18 maanden werd nagegaan in welke mate de DBK-respondenten en de respondenten in de twee controle-groepen hebben gerecidiveerd.

Achtereenvolgens wordt ingegaan op de prevalentie van recidive, de snelheid van recidive, de frequentie van recidive, de aard van de recidivefeiten, de genomen strafrechtelijke beslissingen en de delictgraden. Vervolgens wordt de evolutie in het pleeggedrag bestudeerd om daarna een ophijsting te geven van de factoren die recidive beïnvloeden.

Alvorens de resultaten van de recidivestudie weer te geven, benadrukken we hier nogmaals dat we de recidive na een DBK-traject vergelijken met enerzijds de recidive tijdens de eerste 18 maanden na de veroordeling tot een probatiemaatregel en anderzijds de recidive na een klassieke rechtspleging voor de DBK (verstek/gDBK-groep). Om echter ook iets meer te kunnen vertellen over het effect van de probatiebegeleiding op zich, wordt voor de probatie-groep eveneens de recidive bestudeerd voor een periode van 18 maanden beginnend vanaf de opstart van de probatiebegeleiding (cf.8.3.2.9.).

#### 8.3.2.1. **Prevalentie van recidive**

De prevalentie van recidive geeft aan welk deel van de bestudeerde populatie gerecidiveerd heeft. Prevalentie van recidive in dit onderzoek is dus het percentage respondenten dat een nieuw strafrechtelijk feit heeft gepleegd dat niet eindigde in een vrijspraak, een technisch sepot of een andere technische uitspraak.

Uit onderstaande tabel blijkt dat 51,4% van alle bestudeerde respondenten binnen de 18 maanden recidiveerde. Bekijken we de groepen afzonderlijk, dan zien we dat van de respondenten die een DBK-traject volgden (DBK-groep) slechts 38,6% recidiveerde. Van de respondenten in de probatie-groep recidiveerde 57,6% binnen de 18 maanden na de uitspraak tot de probatiemaatregel. In de verstek/gDBK-groep recidiveerde 56,1% van de respondenten die verstek lieten gaan voor de DBK of niet bereid waren een traject voor de DBK te starten en bijgevolg een klassieke rechtspleging ondergingen voor de DBK.

**Tabel 8.10:** *Prevalentie van recidive*

Recidive	Totaal	DBK	Verstek/geen HVs-traject	Probatie Hasselt				
Nee	70 (48,6%)	27 (61,4%)	18 (43,9%)	25 (42,4%)				
Ja	74 (51,4%)	17 (38,6%)	23 (56,1%)	34 (57,6%)				
Totaal	144	44	41	59	90% C.I. for EXP(B)			
Logistische regressie	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
<b>DBK vs Probatie (ref. groep)*</b>	-1,238	,511	5,875	1	,015	,290	,128	,672
<b>DBK vs verstek/gDBK (ref. groep)†</b>	-1,057	,507	4,350	1	,037	,348	,151	,800

\* Er werd gecontroleerd voor duur criminele carrière, detentieduur, heroïnegebruik, aantal antecedenten, aantal gewone diefstallen, aantal vernielingen, aantal slagen en verwondingen en aantal bedrogmisdrijven.

† Er werd gecontroleerd voor aantal respondenten dat bedrogmisdrijven en vernielingen, beschadigingen en brandstichtingen heeft gepleegd.

Wanneer we de recidive in de DBK-groep vergelijken met deze van de controlegroepen dan is het belangrijk ook rekening te houden met de significante verschillen die tussen de DBK-groep en de controlegroepen bestaan. Om het effect van het type rechtspleging (DBK/probatie/klassieke rechtspleging zonder probatie) op recidive te kunnen nagaan, moeten de groepen immers vergelijkbaar zijn. Om die reden wordt het profiel van de DBK-groep gematched aan dat van de controlegroepen. Dit is mogelijk door middel van een logistische regressie waarbij de kans op recidive versus geen recidive (breuk: recidive/niet-recidive) na een DBK-traject wordt bepaald ten opzichte van enerzijds een probatiemaatregel en anderzijds een klassieke rechtspleging voor de DBK zonder probatiemaatregel en waarbij de variabelen waarvoor significante verschillen tussen de groepen bestaan onder controle worden gehouden.

De eerste logistische regressie bestudeert het effect van een DBK-traject op het al dan niet recidiveren ten opzichte van een probatiemaatregel en controleert voor de variabelen duur criminele carrière, detentieduur, heroïnegebruik, aantal antecedenten, aantal gewone diefstallen, aantal vernielingen, aantal slagen en verwondingen en aantal bedrogmisdrij-

ven<sup>45</sup>. Deze eerste logistische regressie (DBK-probatie) leert ons, door middel van de WALD-statistiek, dat het type rechtspleging een significant effect heeft op het al dan niet recidiveren ( $p=0,015$ ) en dat, bij controle van de variabelen waarvoor de twee groepen significant van elkaar verschillen, de kans op recidive versus geen recidive 3,4 keer lager ligt bij een respondent die een DBK-traject volgt ( $1:0,290 (=exp.B)$ ) dan bij een respondent die veroordeeld werd tot een probatiemaatregel. Of anders gezegd, na matching van het profiel van de DBK-groep aan het minder zware profiel van de probatie-groep, blijkt de kans op recidive binnen de 18 maanden 3,4 keer lager te liggen na het volgen van een DBK-traject dan na de veroordeling tot een probatiemaatregel. Wordt deze kans op recidive versus geen recidive omgezet naar percentages, dan blijkt dat, na matching van het DBK-profiel aan het minder zware probatie-profiel, 28% van de DBK-respondenten zou gerecidiveerd hebben (i.p.v. 38,6%) tegenover 57,6% van de respondenten die tot een probatiemaatregel werden veroordeeld. Willen we deze resultaten uit de steekproef veralgemenen naar de populatie DBK dan weten we bij een betrouwbaarheidsinterval van 90% (kans van 1 fout op 10) dat de werkelijke kans dat een beklagde met een zelfde profiel binnen 18 maanden recidiveert versus niet recidiveert 1,5 tot 8 keer lager zal liggen na een DBK-traject dan na een veroordeling tot een probatiemaatregel.

De tweede logistische regressie bestudeert het effect van een DBK-traject op het al dan niet recidiveren ten opzichte van de verstek/gDBK-groep en controleert enkel voor het al dan niet gepleegd hebben van bedrogmisdrijven en het delicttype vernielingen, beschadigingen en brandstichtingen. Het profiel van beide groepen is dus min of meer even zwaar. Deze tweede logistische regressie (DBK-verstek/gDBK) leert ons, door middel van de WALD-statistiek dat het type rechtspleging een significant effect heeft op het al dan niet recidiveren ( $p=0,037$ ) en dat, bij controle van de variabelen waarvoor de twee groepen significant van elkaar verschillen, de kans op recidive versus geen recidive 2,9 keer lager ligt ( $1:0,348 (=exp.B)$ ) bij een respondent die een DBK-traject heeft gevolgd dan bij een respondent die een klassieke rechtspleging onderging voor de DBK zonder probatie. Omgerekend naar percenta-

<sup>45</sup> Enkel het gebruik van amfetamine werd niet in het model opgenomen aangezien de variabelen heroïne en amfetamine bijna elkaars tegengestelde zijn. De meerderheid van diegenen die geen heroïne gebruiken zijn amfetaminegebruikers en omgekeerd.

ges betekent dit dat na matching van het DBK-profiel aan het min of meer even zware verstek/gDBK-profiel, 30,7% (i.p.v. 28,6%) van de DBK-respondenten zou gerecidiveerd hebben, tegenover 56,1% van de respondenten in de verstek/gDBK-groep. Veralgemeenen we naar de populatie DBK dan weten we bij een betrouwbaarheidsinterval van 90%, dat de werkelijke kans dat een beklagde met een zelfde profiel binnen 18 maanden recidiveert versus niet recidiveert 1,3 tot 6,6 keer lager zal liggen na een DBK-traject dan na een klassieke rechtspleging voor de DBK zonder probatie.

Op basis van de voorgaande analyses kunnen we voorzichtig besluiten dat het volgen van een DBK-traject gepaard gaat met **minder recidive** de eerste 18 maanden na het traject in vergelijking met een veroordeling tot een probatiemaatregel of het ondergaan van een klassieke rechtspleging voor de DBK.

### 8.3.2.2. Profiel recidivisten en niet-recidivisten

#### 8.3.2.2.1. Profiel niet-recidivisten

Zoomen we eerst even in op de groepen niet-recidivisten, alvorens dieper in te gaan op de groep recidivisten, dan zien we dat zes van de 27 niet-recidivisten (22,2%) in de DBK-groep zowel veel- als vaakplegers zijn. Vijf van hen tellen zelfs meer dan 20 antecedenten en vier van hen gebruikten heroïne bij de aanvang van het DBK-traject. Ook in de verstek/gDBK-groep is 22% van de niet-recidivisten een veel- en vaakpleger ( $n=4$  (op 18)). Het aandeel respondenten dat heroïne gebruikt en meer dan 20 antecedenten heeft, is echter kleiner ( $n=2$  (op 4)). Van de Hasseltse probatie-respondenten die niet recidiveerden, zijn drie van de 25 niet-recidivisten (12%) zowel veel- als vaakpleger, waarvan één meer dan 20 antecedenten heeft en heroïne gebruikte op het ogenblik van het eerste contact met de probatie-assistent.

#### 8.3.2.2.2. Profiel recidivisten

Om de snelheid van recidive en de frequentie van recidive tussen de DBK-groep en de controlegroepen te kunnen vergelijken, moet eerst worden nagegaan in welke mate de recidivisten in de DBK-groep significant verschillen van de recidivisten in de controlegroepen.

Een vergelijkende studie leert ons dat het gemiddeld aantal antecedenten ( $p=0,038$ ) en de gemiddelde delictdichtheidsgraad ( $p=0,043$ ) van de

recidivisten in de DBK-groep significant hoger liggen dan deze van de recidivisten in de probatie-groep. Verder blijkt dat procentueel gezien minstens dubbel zoveel recidivisten in de DBK-groep als in de probatie-groep voorheen reeds gewone diefstallen ( $p=0,003$ ), zware diefstallen ( $p=0,062$ ), bedrogmisdrijven ( $p=0,019$ ) en vernielingen, beschadigingen en brandstichting ( $p=0,024$ ) hebben gepleegd. 15 van de 17 recidivisten uit de DBK-groep pleegden vroeger reeds slagen en verwondingen ( $p=0,008$ ) tegenover 50% van de recidivisten in de probatie-groep. Deze verschillen zijn allen significant. Ook het aandeel veel- en vaakplegers ligt significant hoger ( $p=0,08$ ) bij de recidivisten in de DBK-groep (47,1%) dan in de probatie-groep (23,5%). Verder is een significant verschil waarneembaar tussen de recidivisten in de DBK-groep en de recidivisten in de probatie-groep voor de frequentie van voorkomen van gewone diefstallen ( $p=0,073$ ), bedrogmisdrijven ( $p=0,050$ ), slagen en verwondingen ( $p=0,089$ ), inbreuken tegen de openbare veiligheid en orde ( $p=0,053$ ) en vernielingen, beschadigingen en brandstichting ( $p=0,075$ ). Het aandeel respondenten waar de vijf meest voorkomende antecedenten (met name drugsdelicten, gewone en zware diefstallen, slagen en verwondingen en inbreuken tegen de openbare veiligheid en openbare orde) gecombineerd voorkomen, ligt eveneens significant hoger in de DBK-groep ( $p=0,036$ ) dan in de probatie-groep. Tot slot zijn de gemiddelde duur van de criminele carrière ( $p=0,043$ ) en de gemiddelde detentieduur ( $p=0,006$ ) significant hoger bij de recidivisten in de DBK-groep dan bij de recidivisten in de probatie-groep.

Tussen de recidivisten in de DBK-groep en de recidivisten in de verstek/gDBK-groep zijn minder significante verschillen aanwezig. Zo ligt het gemiddeld aantal antecedenten van de recidivisten in de DBK-groep ( $p=0,063$ ) significant hoger dan dat van de recidivisten in de verstek/gDBK-groep en zijn significante verschillen waarneembaar voor het percentage recidivisten dat vroeger al gewone diefstallen ( $p=0,037$ ), bedrogmisdrijven ( $p=0,002$ ) en vernielingen, beschadigingen en brandstichtingen ( $p=0,002$ ) heeft gepleegd en voor de frequentie van voorkomen van deze delicttypes.

We kunnen dus besluiten dat de recidivisten in de DBK-groep een zwaarder profiel hebben dan de recidivisten in de probatie-groep. Het profiel van de recidivisten in de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep verschilt minder sterk van elkaar.

### 8.3.2.3. Snelheid recidive

Om de snelheid van recidive na te gaan, meten we de tijd die verstrekken is tussen de vonnisdatum en de datum van binnenkomst van het PV van het eerste nieuwe strafrechtelijke feit waarvoor een vonnis, minnelijke schikking, strafbemiddeling of beleidssepot werd uitgesproken. Aangezien we niet over de datum van binnenkomst van het PV beschikken voor de probatie-groep – de outprints uit de nationale antecedentenbank bevatten enkel de datum van de beslissing – kan de snelheid van recidive niet worden bepaald voor deze groep. De snelheid van recidive berekenen op basis van de datum van de gerechtelijke beslissing is niet aangewezen omdat dit ons eerder iets zou vertellen over de snelheid waarmee de gerechtelijke beslissing werd genomen dan over de snelheid van recidive.

Tabel 8.11: *Snelheid van recidive*

Snelheid recidive	DBK	Verstek/geen DBK-traject
≤ 6 maand	12	13
6 maand < x ≤ 1 jaar	2	8
1 jaar < x ≤ 1,5 jaar	3	2
<b>Totaal recidivisten</b>	<b>17</b>	<b>23</b>

Twaalf van de 17 recidivisten (70,6%) in de DBK-groep plegen een nieuw strafrechtelijk feit binnen de zes maanden na afronding van hun DBK-traject. Indien DBK-respondenten recidiveren, doen zij dit dus eerder snel. Bij de verstek/gDBK-groep recidiveerden 13 van de 23 recidivisten (56,5%) binnen de zes maanden en recidiveert ongeveer een derde van de recidivisten tussen zes maand en een jaar na vonnisdatum. Een lineaire regressie-analyse met als afhankelijke variabele snelheid van recidive en als onafhankelijke variabelen enerzijds type rechtspleging (DBK versus verstek/gHV) en anderzijds de controlevariabelen waarvoor significante verschillen bestaan tussen de recidivisten in de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep (zie profiel recidivisten), toont geen significant effect van type rechtspleging op de snelheid van recidive. De recidivisten in beide groepen recidiveren even snel.

### 8.3.2.4. Frequentie van recidive

De recidivisten in de DBK-groep pleegden tijdens de observatieperiode van 18 maanden samen 59 recidivefeiten, de recidivisten in de verstek/



gDBK-groep en de recidivisten in de probatie-groep pleegden samen elk 72 recidivefeiten. Dit komt neer op een gemiddelde van 3,5 feiten per recidivist in de DBK-groep, 3,1 feiten per recidivist in de verstek/gHV-groep en 2,1 feiten per recidivist in de probatie-groep.

**Tabel 8.12:** *Frequentie van recidive*

<i>Frequentie van recidive</i>	<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen DBK-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
1	6 (35,3%)	11 (47,8%)	15 (44,1%)
2-5	6 (35,3%)	8 (34,8%)	19 (32,2%)
6-10	5 (29,4%)	4 (17,4%)	0 (0%)
<b>Totaal recidive</b>	<b>59</b>	<b>72</b>	<b>72</b>
Gemiddelde	3,5	3,1	2,1
Range	0-8	0-7	4
Kwartiel 25	1	1	1
Kwartiel 50	3	3	2
Kwartiel 75	6,5	5	3

Naast het gemiddelde is het ook interessant om naar de spreiding van de recidivefeiten over de recidivisten te kijken. Zo valt op dat in de probatie-groep niemand van de recidivisten meer dan vijf recidivedelicten heeft gepleegd, dit in vergelijking tot de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep waar respectievelijk vijf en vier respondenten, of procentueel gezien respectievelijk 29,4% en 17,4% meer dan vijf nieuwe feiten pleegden. Kwartiel 50 (mediaan) geeft aan dat minstens 50% van de recidivisten in de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep niet meer dan drie nieuwe feiten hebben gepleegd. In de probatie-groep pleegde 50% van de recidivisten niet meer dan twee recidivefeiten. Aangezien de recidivisten in de DBK-groep significante verschillen vertonen met de recidivisten van de controlegroepen, moet hiermee rekening worden gehouden bij de vergelijking van de frequentie van de recidive tussen de groepen. Dit is mogelijk door middel van een lineaire regressie met als afhankelijke variabele de frequentie van recidive en als onafhankelijke variabelen enerzijds het type rechtspleging (DBK versus verstek/DBK en DBK versus probatie) en anderzijds de controlevariabelen waarvoor significante verschillen bestaan tussen de recidivisten in de DBK-groep en deze van de controlegroepen (zie profiel recidivisten). Hieruit blijkt dat na matching van de profielen geen significant verschil aanwezig is tussen de frequentie van recidive van de recidivisten in de DBK-groep en de recidivisten in de verstek/gDBK-groep, maar dat de frequentie van recidive wel significant verschilt van deze van de recidi-

visten in de probatie-groep ( $p= 0,049$ ). Indien een respondent in de DBK-groep recidiveert, doet hij/zij dit dus frequenter dan een respondent die recidiveert in de probatie-groep.

### 8.3.2.5. Aard van de recidivefeiten

De meest voorkomende delicttypes voor de drie populaties zijn inbreuken op de drugwetgeving, gewone diefstallen, inbreuken tegen de openbare veiligheid en de openbare orde, en slagen en verwondingen. In de DBK-groep zijn deze vier delicttypes goed voor 76,3% van alle gepleegde recidivefeiten, in de verstek/gDBK-groep maken zij 79,2% uit van alle recidivefeiten en in de probatie-groep 89%. De probatie-groep pleegt procentueel gezien het meeste inbreuken op de drugwetgeving, met name 41,7% tegenover 25% in de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep. De DBK-groep scoort op haar beurt het hoogst voor gewone diefstallen. In laatstgenoemde groep zijn 28,8% van de recidivefeiten gewone diefstallen terwijl in de verstek/gDBK-groep en de probatie-groep respectievelijk 15,3% en 13,9% van de recidivefeiten gewone diefstallen betreffen. Deze verschillen in de frequenties van voorkomen zijn echter niet significant. Wat het aandeel recidivisten betreft dat deze delicttypes pleegde, blijkt dat het aandeel recidivisten dat drugdelicten pleegde significant hoger is in de probatie-groep dan in de DBK-groep ( $p= 0.065$ ) (zie tabel 8.13).

### 8.3.2.6. Strafrechtelijke beslissingen aan recidivefeiten gegeven

Het aandeel gevonniste recidivefeiten is in de drie onderzoeksgroepen nagenoeg hetzelfde. In elk van de groepen werd in ongeveer 50% van de zaken een vonnis uitgesproken. Het aandeel zonder gevolg geklasseerde recidivefeiten ligt lager (33,3%) in de probatie-groep dan in de DBK-groep (49,2%) en de verstek/gDBK-groep (51,4%). In de probatie-groep werd echter ook gebruik gemaakt van de alternatieve afhandlingsmodaliteiten minnelijke schikking en bemiddeling in strafzaken om de recidivefeiten te beteugelen, wat een mogelijke verklaring kan zijn voor het lagere percentage beleidssepots (zie tabel 8.14, p. 214).

Vergelijken we deze percentages met de percentages van de strafrechtelijke beslissingen voor de antecedenten, dan blijkt dat het percentage vonnissen licht is gestegen voor de DBK-groep en de probatie-groep en dat dit percentage met ongeveer 7% is gedaald voor de verstek/gDBK-groep. Het percentage zonder gevolg geklasseerde feiten steeg licht in

**Tabel 8.13:** *Aard van de recidivefeiten*

<i>Aard van recidive (R)</i>		<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen DBK-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
Drugdelicten	Aantal R	15 (25,4%)	18 (25%)	30 (41,7%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	9 (20,5%)	14 (34,1%)	22 (37,3%)
Gewone diefstal	Aantal R	17 (28,8%)	11 (15,3%)	10 (13,9%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	7 (15,9%)	8 (19,5%)	9 (15,3%)
Diefstal met geweld	Aantal R	4 (6,8%)	3 (4,2%)	1 (1,4%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	4 (9,1%)	2 (4,9%)	1 (1,7%)
Zware diefstal	Aantal R	3(5,1%)	3 (4,2%)	1 (1,4%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	2 (4,5%)	2 (4,9%)	1 (1,7%)
Vernielingen, beschadigin- gen en brandstichting	Aantal R	0 (0,0%)	2 (2,8%)	0 (0,0%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	0 (0,0%)	2 (4,9%)	0 (0,0%)
Slagen en verwondingen	Aantal R	6 (10,2%)	12 (16,7%)	12 (16,7%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	4 (9,1%)	5 (12,2%)	9 (15,3%)
Openbare veiligheid en openbare orde <sup>1</sup>	Aantal R	7 (11,9%)	16 (22,2%)	12 (16,7%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	4 (9,1%)	7 (17,1%)	9 (15,3%)
Familiale sfeer <sup>2</sup>	Aantal R	3 (5,1%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	3 (6,8%)	1 (2,4%)	1 (1,7%)
Persoonlijke vrijheid <sup>3</sup>	Aantal R	1 (1,7%)	2 (2,8%)	3 (4,2%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	1 (2,3%)	1 (2,4%)	1 (1,7%)
Bedrog	Aantal R	1(1,7%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	1 (2,3%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)
Andere	Aantal R	2 (3,4%)	4 (5,6%)	1 (1,4%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	2 (4,5%)	4 (9,8%)	1 (1,7%)
<b>Totaal</b>		<b>59</b>	<b>72</b>	<b>72</b>

\* Hierbij gaat het telkens om de respondenten die de respectievelijke recidivefeiten pleegden.

<sup>1</sup> Onder inbreuken tegen de openbare veiligheid en openbare orde wordt onder meer verstaan: wederrechtelijk dragen en onwettig bezit van wapens, smaad, slagen aan een persoon die een openbare hoedanigheid bekleed, weerspanning tegenover de overheid of tegenover personen die een openbare hoedanigheid bekleeden, landloperij en bedelarij onder verzwarende omstandigheden.

<sup>2</sup> Onder inbreuken tegen de familiale sfeer verstaan we onder andere: verwaarlozing van kinderen, niet-naleven van bezoekrecht, echtelijk geschil, familiaal geschil en familieverlating.

<sup>3</sup> Onder inbreuken tegen de persoonlijke vrijheid wordt onder meer verstaan: beledigingen, laster, woonstschennis, aanslag op de persoonlijke levenssfeer en belaging/stalking.

de DBK-groep en steeg met bijna 10% in de verstek/gDBK-groep. In de probatie-groep daalde het percentage sepot met ongeveer 13%. Minnelijke schikkingen werden niet meer uitgesproken in de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep en namen procentueel toe in de probatie-groep. Bemiddeling in strafzaken kwam zowel bij de antecedenten als bij de recidive niet of nagenoeg bijna niet voor.

**Tabel 8.14:** *Strafrechtelijke beslissingen aan recidivefeiten gegeven*

<i>Strafrechtelijke beslissing R</i>		<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen HVs-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
Vonnis (VS)	Aantal VS	30 (50,8%)	35 (48,6%)	37 (51,4%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	13	13	27
Zonder gevolg – beleidsspot (ZG)	Aantal ZG	29 (49,2%)	37 (51,4%)	24 (33,3%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	12	20	16
Minnelijke schikking (MS)	Aantal MS	0	0	10 (13,9%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	0	0	7
Bemiddeling in strafzaken (BS)	Aantal SB	0	0	1 (1,4%)
	<i>Aantal respondenten*</i>	0	0	1
<b>Totaal</b>		<b>59</b>	<b>72</b>	<b>72</b>

\* Hierbij gaat het telkens om de respondenten die de respectievelijke strafrechtelijke beslissing kregen.

### 8.3.2.7. Recidivegraad

Voor de antecedenten werd een delictdichtheidsgraad berekend. Inzake recidive kan een soortgelijke statistische parameter worden berekend, namelijk de recidivegraad. De recidivegraad wordt berekend door het aantal recidivefeiten te delen door de tijdsduur waarbinnen de feiten werden gepleegd en vervolgens te vermenigvuldigen met 365. De vermenigvuldiging met 365 is noodzakelijk om een gemiddeld cijfer op jaarbasis te bekomen. Een recidivegraad geeft dus het gemiddeld aantal gepleegde recidivedelicten op jaarbasis en vertelt ons bijgevolg iets over de intensiteit waarmee de feiten worden gepleegd. Voor het bepalen van de tijdsduur waarbinnen de antecedenten werden gepleegd, wordt de duur van de detenties afgetrokken van de observatietermijn. Wanneer men in hechtenis zit, is de mogelijkheid tot het plegen van strafbare feiten immers minimaal. Een recidivegraad kan zowel op individueel als op groepsniveau worden berekend. Aangezien alle respondenten in de drie onderzoeksgroepen eenzelfde observatieperiode hebben, met name 18 maanden, biedt de recidivegraad op individueel niveau geen meerwaarde en volstaat de bespreking van de frequentie van recidive. De recidivegraad wordt hier dan ook enkel op groepsniveau besproken. De recidivegraden op individueel niveau worden wel gebruikt om de evolutie in het pleeggedrag te bestuderen (zie 7.3.2.8.).

Op groepsniveau kan een onderscheid worden gemaakt naar bruto-recidivegraad en recidivegraad van de recidivisten. De bruto-recidivegraad berekent de recidivegraad voor de ganse groep en houdt dus niet alleen rekening met de observatieduur van de recidivisten, maar

ook met deze van de niet-recidivisten. Het totaal aantal recidivefeiten wordt namelijk gedeeld door de observatieduur van alle respondenten en dus niet alleen door deze van de recidivisten.

**Tabel 8.15:** *Recidivegraad op groepsniveau*

	DBK	Verstek/geen DBK-traject	Probatie Hasselt
Totaal Recidive (R)	59	72	72
totale observatieduur R	24.112	22.468	32.332
observatieduur R van recidivisten	9.316	12.604	18.632
<b>Bruto-recidivegraad</b>	<b>0,89</b>	<b>1,17</b>	<b>0,81</b>
<b>Recidivegraad recidivisten</b>	<b>2,31</b>	<b>2,09</b>	<b>1,41</b>

Een vergelijking tussen de bruto-recidivegraad voor de verschillende groepen leert dat de probatie-groep het best scoort (0,81), op de voet gevolgd door de DBK-groep (0,89) en de verstek/gDBK-groep (1,17). Dit betekent dus dat een respondent in de probatie-groep op jaarbasis gemiddeld 0,81 nieuwe delicten pleegt, een respondent in de DBK-groep 0,89 en een respondent in de verstek/gDBK-groep 1,17. Ondanks dat het percentage respondenten dat niet recidiveert veel kleiner is in de probatie-groep dan in de DBK-groep, is de bruto-recidivegraad er toch het laagst. De verklaring hiervoor is te vinden in de recidivegraad van de recidivisten. Hieruit blijkt immers dat de DBK-groep het minst goed scoort (2,31), gevolgd door de verstek/gDBK-groep (2,09) en de probatie-groep (1,41). De intensiteit waarmee de recidivisten feiten plegen is dus het grootst in de DBK-groep. Zij plegen gemiddeld 2,3 feiten op jaarbasis terwijl dit bij de recidivisten uit de verstek/gDBK-groep 2,09 is en in de probatie-groep slechts 1,41. Wordt echter het profiel van de recidivisten in de DBK-groep gematched aan dat van de controle-groepen, dan blijkt geen significant verschil te bestaan tussen de recidivegraad van de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep. Een significant verschil<sup>46</sup> ( $p = 0,062$ ) bestaat wel tussen de DBK-groep en de probatie-groep. De recidivisten in de DBK-groep recidiveren dus met een hogere intensiteit dan de recidivisten in de probatie-groep, zoals ook bleek uit de analyse van de frequentie van recidive. Dit werd nagegaan op basis van een lineaire regressie-analyse met recidivegraad als afhankelijke variabele en type rechtspleging en de controlevariabelen (variabelen waarvoor significante verschillen bestaan tussen de groepen (zie profiel recidivisten)) als onafhankelijke variabelen.

<sup>46</sup> Omwille van de kleine aantallen wordt een significantieniveau gehanteerd van  $p = 0,1$ .

### 8.3.2.8. Evolutie in pleeggedrag

De evolutie in het pleeggedrag van de respondenten kan worden bestudeerd door middel van de delictdichtheidsgraden en de recidivegraden. Het verschil tussen beide (recidivegraad min delictdichtheidsgraad) geeft de evolutie in het pleeggedrag weer. Is de uitkomst negatief, dan is er een daling/verbetering waarneembaar in het pleeggedrag van de respondent, in die zin dat de respondent na de rechtspleging gemiddeld minder feiten heeft gepleegd op jaarbasis dan ervoor. Is de uitkomst positief, dan is er een stijging/verslechtering waarneembaar in het pleeggedrag van de respondent en pleegt hij/zij gemiddeld meer feiten op jaarbasis dan ervoor. De evolutie in het pleeggedrag kan zowel op individueel als op groepsniveau worden bestudeerd.

#### 8.3.2.8.1. Groepsniveau

Op groepsniveau wordt enerzijds gekeken naar de evolutie in het pleeggedrag van de ganse groepen (op basis van de bruto-recidivegraad en de delictdichtheidsgraad) en anderzijds naar de evolutie in het pleeggedrag van de groepen recidivisten. Het verschil tussen de bruto-recidivegraad en de delictdichtheidsgraad kent voor elk van de groepen een negatieve uitkomst. Elke groep kent een significante verbetering/daling van het pleeggedrag (DBK-groep:  $p= 0,017$ ; probatie-groep:  $p= 0,008$ , verstek/gDBK-groep:  $p= 0,037$ ). De geboekte vooruitgang is het grootste voor de DBK-groep. Er is een daling van gemiddeld 0,73 feiten op jaarbasis vastgesteld. De respondenten in de DBK-groep pleegden voor de behandeling voor de DBK gemiddeld 1,62 feiten op jaarbasis en pleegden in de 18 maanden na afronding van het DBK-traject gemiddeld 0,89 feiten op jaarbasis. De verstek/gDBK-groep kent een daling van gemiddeld 0,31 feiten op jaarbasis en de probatie-groep kent een daling van gemiddeld 0,49 feiten op jaarbasis. Niettegenstaande de DBK-groep de grootste delictdichtheidsgraad kent, boekt zij dus de grootste vooruitgang.

**Tabel 8.16:** *Evolutie in pleeggedrag – groepsniveau*

<i>Evolutie in pleeggedrag groepsniveau</i>	<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen DBK-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
Delictdichtheidsgraad	1,62	1,48	1,30
Bruto-recidivegraad	0,89	1,17	0,81
<b>Vershil</b>	<b>-0,73</b>	<b>-0,31</b>	<b>-0,49</b>
Delictdichtheidsgraad recidivisten	2,11	1,43	1,67
Recidivegraad recidivisten	2,31	2,09	1,41
<b>Vershil</b>	<b>0,20</b>	<b>0,66</b>	<b>-0,26</b>

Kijken we naar de groepen recidivisten dan zien we een gans ander plaatje. De groep recidivisten in de probatie-groep kent een lichte daling (-0,26) in het pleeggedrag. Bij de groep recidivisten in de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep is sprake van een stijging/verslechtering in het pleeggedrag. Deze stijging en dalingen zijn echter niet significant. We kunnen dan ook niet stellen dat er bij de groepen recidivisten een verschil in pleeggedrag is voor en na de gerechtelijke interventie.

### 8.3.2.8.2. *Individueel niveau*

Wordt de evolutie in het pleeggedrag op individueel niveau bekeken, dan blijkt dat het aandeel respondenten waarvan het pleeggedrag verbetert, het grootst is in de DBK-groep, terwijl deze groep gekenmerkt wordt door het zwaarste profiel. Vijfendertig van de 44 respondenten (79,5%) in de DBK-groep kennen een daling/verbetering in het pleeggedrag tegenover 29 van de 41 respondenten in de verstek/gDBK-groep (70,7%) en 41 van de 59 respondenten in de probatiegroep (69,5%)<sup>47</sup>. Deze respondenten pleegden geen recidive of pleegden gemiddeld minder feiten op jaarbasis na dan voor de gerechtelijke interventie. Het aandeel niet-recidivisten is het grootst in de DBK-groep. In de DBK-groep recidiveerde 77,1% van de DBK-respondenten wiens pleeggedrag verbeterde niet tegenover 62,1% in de verstek/gDBK-groep en 60,1% in de probatie-groep. Een verslechtering in het pleeggedrag is vastgesteld bij negen van de 44 respondenten (20,5%) in de DBK-groep. Bij de verstek/gDBK-groep is dit het geval bij 12 van de 41 respondenten (29,3%) en in de probatie-groep kennen 19 van de 59 respondenten (30,5%) een verslechtering/stijging in hun pleeggedrag.

**Tabel 8.17:** *Evolutie in pleeggedrag – individueel niveau*

<i>Evolutie in pleeggedrag individueel niveau</i>	<b>DBK</b>	<b>Verstek/geen DBK-traject</b>	<b>Probatie Hasselt</b>
Daling in pleeggedrag	35 (79,5%)	29 (70,7%)	41 (69,5%)
Stijging in pleeggedrag	9 (20,5%)	12 (29,3%)	18 (30,5%)
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>59</b>

Wordt enkel gekeken naar de respondenten met een uitgebreide criminale voorgeschiedenis, met name die respondenten met meer dan 20

<sup>47</sup> Ook de respondenten die noch voor noch na de gerechtelijke interventie een strafrechtelijke beslissing hadden opgelopen zijn bij deze groep gerekend.

antecedenten die aanleiding gaven tot een vonnis, minnelijke schikking, strafbemiddeling of beleidssepot, dan blijkt dat in de DBK-groep het pleeggedrag verbetert bij tien van de 12 respondenten met een dergelijke criminele voorgeschiedenis. Vijf respondenten recidiveren niet en vijf respondenten kennen een daling in hun pleeggedrag, terwijl slechts twee respondenten een toename in hun pleeggedrag vertonen. De verstek/gDBK-groep telt vier van dergelijke respondenten. Bij drie ervan is sprake van een verbetering in het pleeggedrag (twee recidiveren niet, één kent een lager pleeggedrag dan ervoor). In de probatiegroep hebben vijf respondenten meer dan 20 antecedenten. Zij kennen allen een daling in hun pleeggedrag maar slechts één ervan recidiveerde niet.

### 8.3.2.9. Recidive na opstart probatiebegeleiding

Tot nog toe werd bij de probatiegroep de recidive bestudeerd in de eerste 18 maanden na de veroordeling tot de probatiemaatregel en werd dus het effect op recidive nagegaan van hoe een probatiemaatregel in de praktijk vorm krijgt, met name de uitspraak van de probatiemaatregel met daaropvolgend een opstarttermijn en een periode van probatiebegeleiding. Zoals aangegeven in het studiedesign is het ook interessant om een zicht te krijgen op het effect dat de probatiebegeleiding heeft op het al dan niet recidiveren. Aangezien een probatiemaatregel doorgaans voor drie of vijf jaar wordt uitgesproken en het bijgevolg technisch niet mogelijk was de observatie te starten na afronding van de probatiebegeleiding/maatregel, werd ervoor geopteerd om de recidive te bestuderen tijdens de eerste 18 maanden van de probatiebegeleiding. Indien een respondent in deze periode in hechtenis zat, werd de duur van de observatie verlengd met de duur van de detentie zodat een effectieve observatieperiode van 18 maanden werd gewaarborgd.

Uit onderstaande tabel kan worden afgelezen dat 62,1% van de probatierespondenten (36 van 58<sup>48</sup>) recidiveerde binnen de 18 maanden na de effectieve opstart van de probatiebegeleiding en dat 37,9% tijdens dezelfde periode niet recidiveerde (22 van 58). Het percentage recidivisten ligt bijgevolg in dezelfde lijn (en zelfs nog iets hoger) dan wanneer de recidive werd bestudeerd in de eerste 18 maanden na de uit-

---

<sup>48</sup> Het aantal respondenten in de probatiegroep is hier 58 aangezien bij 1 respondent de datum van de opstart van de probatiebegeleiding niet was gekend.



spraak van de probatiemaatregel (57,6%). Samen pleegden de recidivisten 68 recidivefeiten, wat neerkomt op een gemiddelde van 1,9 feiten. Eenentwintig van de 36 recidivisten pleegden slechts één feit. Vier recidivisten pleegden twee feiten en zes recidivisten pleegden drie feiten. Verder pleegde telkens één recidivist respectievelijk vier en vijf feiten en pleegden twee recidivisten elk zes feiten.

Kijken we naar de opstarttermijn, de periode tussen de uitspraak en de opstart van de probatiebegeleiding, dan zien we dat reeds 24 probatie-respondenten (41,4%) één of meerdere recidivefeiten hebben gepleegd voordat de probatiebegeleiding daadwerkelijk wordt opgestart. Samen pleegden zij 48 feiten in afwachting van hun probatiebegeleiding, wat neerkomt op een gemiddelde van twee feiten per respondent.

**Tabel 8.18:** *Recidive tijdens probatiebegeleiding en tijdens opstarttermijn*

<i>Recidive</i>	<i>Probatie begeleiding Hasselt</i>	<i>Tijdens opstarttermijn probatie</i>
Nee	22 (37,9%)	34 (58,6%)
Ja	36 (62,1%)	24 (41,4%)
Totaal	58	58

Negentien van de 24 probatie-respondenten (79,2%) die tijdens de opstarttermijn feiten pleegden, deden dit ook tijdens de probatiebegeleiding. De overige vijf respondenten die tijdens de opstarttermijn feiten pleegden, recidiveerden niet meer tijdens de probatiebegeleiding. Van de respondenten die geen feiten pleegden tijdens de opstarttermijn, recidiveerde de helft tijdens de eerste 18 maanden van hun probatiebegeleiding. Het plegen van feiten in de periode voorafgaand aan de probatiebegeleiding blijkt dus een goede indicator te zijn voor het plegen van recidive tijdens de probatiebegeleiding.

**Tabel 8.19:** *Involoed van recidive tijdens opstarttermijn op recidive tijdens probatiebegeleiding*

<i>Recidive tijdens opstarttermijn probatiebegeleiding (p=0,024)</i>	<i>Recidive</i>	<i>Geen recidive</i>	<i>Totaal</i>
Nee	17 (50%)	17 (50%)	34
Ja	19 (79,2%)	5 (20,8%)	24

Aangezien bij de probatie-groep wordt gekeken naar de recidive tijdens de probatiebegeleiding en niet naar de recidive na afronding van de begeleiding, wordt in wat volgt ook voor de DBK-groep even stil

gestaan bij de recidive tijdens het DBK-traject. Dertien van de 44 DBK-respondenten (29,5%) hebben nieuwe strafrechtelijke feiten gepleegd tijdens hun DBK-traject. Samen pleegden ze 33 feiten tijdens hun traject, wat neerkomt op een gemiddelde van 2,6 feiten per respondent. Zes respondenten pleegden één feit, telkens twee respondenten pleegden respectievelijk twee en vier feiten en telkens één respondent pleegde respectievelijk drie, vijf en zeven feiten tijdens het DBK-traject.

**Tabel 8.20:** *Recidive na en tijdens DBK-traject*

<i>Recidive</i>	<b>Na DBK-traject</b>	<b>Tijdens DBK-traject</b>
Nee	27 (61,4%)	31 (70,5%)
Ja	17 (38,6%)	13 (29,5%)
Totaal	44	44

Vijf van de 13 respondenten (38,7%) die tijdens het traject nieuwe strafrechtelijke feiten hebben gepleegd, deden dit ook in de 18 maanden volgend op het DBK-traject. De overige acht respondenten recidiveerden niet meer na afloop van het DBK-traject. Het plegen van feiten tijdens het DBK-traject blijkt dus geen goede indicator te zijn voor het plegen van recidive na het DBK-traject.

**Tabel 8.21:** *Involed van recidive tijdens DBK-traject op recidive na DBK-traject*

<i>Recidive tijdens DBK-traject (n.s.)</i>	<b>Recidive</b>	<b>Geen recidive</b>	<b>Totaal</b>
Nee	12 (38,7%)	19 (61,3%)	31
Ja	5 (38,5%)	8 (61,5%)	13

### 8.3.3. Welke factoren beïnvloeden recidive?

Tot nog toe gingen we na wat het aandeel is van diegenen die recidiveren ten opzichte van het totaal aantal respondenten in de te onderzoeken groepen. We bespraken de prevalentie, de snelheid en frequentie van recidive en bestudeerden de evolutie in het pleeggedrag op individueel en groepsniveau.

In wat volgt wordt een overzicht gegeven van de factoren die recidive beïnvloeden. Door middel van bivariate analyses op het totaal aantal respondenten wordt nagegaan welke de verschillen zijn tussen degenen die recidiveren en diegenen die niet recidiveren. Een verschil wordt als significant beschouwd bij een *p*-waarde kleiner dan 0,1. Ook wordt nagegaan of deze verschillen afwijken van deze die worden

gevonden in de DBK-groep want dit kan wijzen op een interactie-effect. Hierbij mag niet vergeten worden dat de recidivisten in de DBK-groep het zwaarste profiel hebben.

### 8.3.3.1. De invloed van demografische factoren op recidive

Van het totaal aantal respondenten recidiveerde 51,4% binnen de 18 maanden terwijl 48,6% niet recidiveerde. Wordt een onderscheid gemaakt naar geslacht dan blijkt dat vrouwen significant minder recidiveren dan mannen. In de DBK-groep is dit niet het geval; het aandeel mannen dat recidiveert is even groot als het aandeel vrouwen dat recidiveert, met name ongeveer 40%. Ook een onderscheid naar leeftijd levert een significant verschil op. Zeventig procent van de respondenten die 25 jaar of jonger zijn recidiveren tegenover de helft van de respondenten die ouder zijn dan 25 jaar. Ook de metrische variabele heeft een significant effect op recidive. Uit deze analyses blijkt dus dat mannen en jongeren meer kans hebben om te recidiveren. Volgt men echter een DBK-traject dan lijkt het erop dat dit effect wordt geneutraliseerd. In de DBK-groep is het aandeel respondenten dat recidiveert ongeveer even groot voor de beide leeftijdscategorieën en recidiveert procentueel gezien ongeveer evenveel mannen als vrouwen.

**Tabel 8.22:** *Invloed van demografische kenmerken op recidive*

		Recidive	Geen recidive	Totaal
Totaal		74 (51,4%)	70 (48,6%)	144
<b>Demografische kenmerken</b>				
<b>Geslacht</b>				
Totaal ( $p=0,033$ )	Man	66 (55,5%)	57 (47,9%)	119
	Vrouw	8 (32,0%)	17 (68,0%)	25
DBK-groep (n.s.)	Man	14 (38,9%)	22 (61,1%)	36
	Vrouw	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8
<b>Leeftijd<sup>1</sup></b>				
Totaal ( $p=0,029$ )	≤ 25	19 (70,4%)	8 (29,6%)	27
	> 25	55 (47,0%)	62 (53,0%)	117
DBK-groep*	≤ 25	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7
	> 25	14 (37,8%)	23 (62,2%)	37

\* Geen betrouwbare  $\chi^2$ -toets mogelijk aangezien niet alle cellen 5 waarden bevatten

<sup>1</sup> Metrische variabele leeftijd ook significant ( $p=0,025$ )

### 8.3.3.2. De invloed van antecedenten op recidive

Maken we een onderscheid naar veelplegers (meer dan tien antecedenten gepleegd) dan is er wel een significant verschil waarneembaar tussen recidivisten en niet-recidivisten. Op basis van het totaal aantal respondenten blijkt dat bijna 70% van de veelplegers recidiveert tegenover ongeveer 2/5<sup>de</sup> van de niet-veelplegers. In de DBK-groep recidiveert 56,2% van de veelplegers en slechts 28,6% van de niet-veelplegers. Vergelijkbare resultaten worden vastgesteld als een onderscheid wordt gemaakt naar vaakplegers (delictdichtheidsgraad van >1,5). Veel- en vaakplegers hebben dus meer kans op recidive en deze kans lijkt enigszins te verkleinen indien men een DBK-traject volgt. Voor beide factoren is ook een significant effect waarneembaar voor de metrische variabelen wat inhoudt dat de kans op recidive stijgt wanneer het aantal antecedenten of de delictdichtheidsgraad toeneemt.

Tabel 8.23: Invloed van antecedenten op recidive

		Recidive 74 (51,4%)	Geen recidive 70 (48,6%)	Totaal 144
<b>Antecedenten</b>				
<b>Veelpleger (&gt;10 feiten)</b>				
Totaal ( $p=0,002$ ) <sup>1</sup>	Geen veelpleger	39 (41,9%)	54 (58,1%)	93
	Veelpleger	35 (68,6%)	16 (31,4%)	51
DBK-groep ( $p=0,029$ ) <sup>2</sup>	Geen veelpleger	8 (28,6%)	20 (71,4%)	28
	Veelpleger	9 (56,2%)	7 (43,8%)	16
<b>Vaakpleger (delictdichtheidsgraad &gt; 1,5)</b>				
Totaal ( $p=0,014$ ) <sup>3</sup>	Geen vaakpleger	38 (43,2%)	50 (56,8%)	88
	Vaakpleger	36 (64,3%)	20 (35,7%)	56
DBK-groep ( $p=0,007$ ) <sup>4</sup>	Geen vaakpleger	6 (24,0%)	19 (76,0%)	25
	Vaakpleger	11 (57,9%)	8 (42,1%)	19

<sup>1</sup> Metrische variabele aantal A ook significant ( $p=0,072$ )

<sup>2</sup> Metrische variabele aantal A ook significant ( $p=0,058$ )

<sup>3</sup> Metrische variabele delictdichtheidsgraad ook significant ( $p=0,017$ )

<sup>4</sup> Metrische variabele delictdichtheidsgraad ook significant ( $p=0,008$ )

### 8.3.3.3. De invloed van delicttype op recidive

Gaan we vervolgens in op de aard van de delicten. Het al dan niet gepleegd hebben van diefstallen met geweld, het delicttype vernielingen, beschadigingen en brandstichting, slagen en verwondingen, inbreuken op de persoonlijke vrijheid, inbreuken op de familiale sfeer en inbreuken tegen de openbare veiligheid en de openbare orde, heeft een invloed op recidive. Van de respondenten die voorheen reeds een

hierboven opgesomd misdrijf pleegden, recidiveerde ongeveer 2/3<sup>de</sup> binnen de 18 maanden, terwijl maar ongeveer iets minder dan de helft van de respondenten die deze feiten niet pleegde, recidiveerde. Voor de delicttypes slagen en verwondingen en inbreuken op de openbare veiligheid en de openbare orde is dit zelfs maar ongeveer 40%. Kijken we vervolgens naar de resultaten in de DBK-groep dan blijkt dat de resultaten gelijkaardig zijn voor de respondenten die voorheen reeds de verschillende delicttypes pleegden. We mogen echter niet vergeten dat de recidivisten in de DBK-groep het zwaarste profiel hebben. De respondenten in de DBK-groep die deze delicten nog niet pleegden, recidiveerden minder. Ook is de invloed op recidive van het in combinatie voorkomen van de delicttypes drugdelicten, gewone en zware diefstallen, slagen en verwondingen en inbreuken tegen de openbare veiligheid en openbare orde onderzocht. Significant meer respondenten (81%) recidiveren indien deze delicttypes in combinatie voorkomen dan wanneer dit niet het geval is (46,3%). In de DBK-groep gaat het om respectievelijk 77,8% en 28,6%. Een combinatie van deze delicttypes in de criminele carrière is bijgevolg een indicatie voor een verhoogde kans op recidive (zie tabel 8.24, p. 224).

Tot slot bekijken we de invloed van begeleiding omtrent de financiële situatie en het hebben van werk op het plegen van recidive voor een beperkter aantal respondenten die voor de DBK zijn verschenen. Het betreft de respondenten die werden opgenomen in het Qualect-onderzoek en waarvoor de informatie inzake begeleiding omtrent de financiële situatie en arbeid beschikbaar was. Voor deze twee levensdomeinen is immers een significante verbetering waargenomen na het volgen van een DBK-traject. Het is dan ook interessant om na te gaan of dit ook een positief effect heeft op recidive. Uit de cijfergegevens blijkt dat van de respondenten die een begeleiding omtrent de financiële situatie volgden, slechts één derde recidiveert binnen de 18 maanden tegenover 66,7% van de respondenten die geen schuldenbegeleiding volgden en dat van de respondenten die werk hadden gevonden slechts een vijfde recidiveert, tegenover de helft van de werklozen. Niettegenstaande geen significantie-toets kon worden verricht, kunnen we op basis van de cijfers toch besluiten dat schuldbegeleiding en het hebben van werk een invloed lijken te hebben op recidive (zie tabel 8.25, p. 225).

Tabel 8.24: Invloed van delicttype op recidive

		Recidive 74 (51,4%)	Geen recidive 70 (48,6%)	Totaal 144
<b>Aard van de delicten</b>				
<b>Pleegde diefstallen met geweld</b>				
Totaal ( $p= 0,078$ ) <sup>1</sup>	Nee	56 (47,9%)	61 (52,1%)	117
	Ja	18 (66,7%)	9 (33,3%)	27
DBK-groep* †	Nee	12 (34,3%)	23 (65,7%)	35
	Ja	5 (55,6%)	4 (44,4%)	9
<b>Pleegde vernielingen, beschadigingen en brandstichting</b>				
Totaal ( $p= 0,045$ ) †	Nee	52 (46,8%)	59 (53,2%)	111
	Ja	22 (66,7%)	11 (33,3%)	33
DBK-groep ( $p= 0,006$ ) †	Nee	7 (24,1%)	22 (75,9%)	29
	Ja	10 (66,7%)	5 (33,3%)	15
<b>Pleegde slagen en verwondingen</b>				
Totaal ( $p=0,004$ ) <sup>2</sup>	Nee	25 (38,5%)	40 (61,5%)	65
	Ja	49 (62,8%)	29 (37,2%)	78
DBK-groep ( $p= 0,001$ ) †	Nee	2 (10,5%)	17 (89,5%)	19
	Ja	15 (60,0%)	10 (40,0%)	25
<b>Pleegde inbreuken op de persoonlijke vrijheid</b>				
Totaal ( $p= 0,047$ ) <sup>3</sup>	Nee	59 (48,0%)	64 (52,0%)	123
	Ja	15 (71,4%)	6 (28,6%)	21
DBK-groep* †	Nee	13 (34,2%)	25 (65,8%)	38
	Ja	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6
<b>Pleegde inbreuken op de familiale sfeer</b>				
Totaal ( $p= 0,030$ )	Nee	58 (47,5%)	64 (52,5%)	122
	Ja	16 (72,7%)	6 (27,3%)	22
DBK-groep* †	Nee	12 (32,4%)	25 (67,6%)	37
	Ja	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7
<b>Pleegde inbreuken tegen de openbare veiligheid en openbare orde</b>				
Totaal ( $p= 0,004$ ) †	Nee	31 (40,3%)	46 (59,7%)	77
	Ja	43 (64,2%)	24 (35,8%)	67
DBK-groep ( $p= 0,016$ ) †	Nee	5 (21,7%)	18 (78,3%)	23
	Ja	12 (57,1%)	9 (42,9%)	21
<b>Pleegde combinatie van drugdelicten, gewone en zware diefstallen, slagen en verwondingen en inbreuken tegen de openbare veiligheid en openbare orde</b>				
Totaal ( $p= 0,003$ )	Nee	57 (46,3%)	66 (53,7%)	123
	Ja	17 (81%)	4 (19%)	21
DBK-groep*	Nee	10 (28,6%)	25 (71,4%)	35
	Ja	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9

† Metrische variabele niet significant

\* Geen betrouwbare  $\chi^2$ -toets mogelijk aangezien niet alle cellen 5 waarden bevatten

<sup>1</sup> Metrische variabele aantal diefstallen met geweld ( $p=0,055$ )

<sup>2</sup> Metrische variabele aantal slagen en verwondingen ( $p=0,055$ )

<sup>3</sup> Metrische variabele aantal inbreuken op de persoonlijke vrijheid ( $p=0,061$ )

**Tabel 8.25:** *Involed van schuldbegeleiding en arbeid op recidive*

		Recidive	Geen recidive	Totaal
<b>Schuldbegeleiding</b>				
DBK*	Nee	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3
	Ja	6 (33,3%)	12 (66,7%)	18
<b>Arbeid</b>				
DBK*	Nee	6 (50,0%)	6 (50,0%)	12
	Ja	4 (21,1%)	15 (78,9%)	19

\* Geen betrouwbare  $\chi^2$ -toets mogelijk aangezien niet alle cellen 5 waarden bevatten

Een significant effect op recidive is niet aanwezig voor het al dan niet ondergaan van een Proefzorg-behandeling, het aantal zittingen voor de DBK, en het vroeger al dan niet gepleegd hebben van inbreuken op de drugwetgeving, gewone diefstallen, zware diefstallen en bedrogmisdrijven.

## 8.4. Algemeen besluit

Als besluit wordt een antwoord geformuleerd op de twee onderzoeksvragen die in dit recidiveonderzoek zijn gesteld, met name 1) welke evolutie is waarneembaar in het pleeggedrag van beklaagden die een DBK-traject hebben gevolgd; en 2) recidiveren respondenten die een DBK-traject hebben gevolgd meer of minder dan beklaagden die werden veroordeeld tot een probatiemaatregel of beklaagden die verstek lieten gaan voor de DBK of niet bereid waren een DBK-traject te volgen en bijgevolg een klassieke rechtspleging ondergingen voor de DBK.

Een analyse van de DBK-steekproef, bestaande uit 44 respondenten die een DBK-traject tot een goed einde brachten of minstens voor vier maanden een DBK-traject volgden, toont aan dat een verbetering in het pleeggedrag werd vastgesteld bij 80% van de beklaagden die een DBK-traject volgden. Slechts bij 20% van de DBK-respondenten was sprake van een verslechtering van het pleeggedrag na hun DBK-traject. Van de beklaagden wiens pleeggedrag verbeterde, recidiveerde 3/4<sup>de</sup> niet binnen de 18 maanden na het beëindigen van het DBK-traject en pleegde 1/4<sup>de</sup> van de beklaagden gemiddeld minder feiten op jaarbasis na dan voor het DBK-traject. Deze vaststelling geldt ook voor de respondenten in de DBK-groep met een uitgebreide criminele voorgeschiedenis.

Om een antwoord te kunnen formuleren op de tweede onderzoeksvraag werd de recidive in de DBK-groep vergeleken met de recidive van een groep respondenten die door de rechtbank van eerste aanleg van Hasselt werd veroordeeld tot een probatiemaatregel (n= 59) en van een groep respondenten die verstek liet gaan voor de DBK of niet bereid was een DBK-traject te volgen (n= 41). Op basis van de steekproeven blijkt dat 38,6% van de respondenten in de DBK-groep recidiveerde tegenover 56,1% van de respondenten in de verstek/gDBK-groep en 57,6% van de respondenten in de probatie-groep.

Aangezien het profiel van de DBK-respondenten verschilt van het profiel van de respondenten uit de controlegroepen, werd voor de vergelijking van de recidive het profiel van de DBK-groep gematched met het profiel van elk van de controlegroepen. De probatie-groep kende namelijk een minder zwaar profiel dan de DBK-groep terwijl het profiel van de verstek/gDBK-groep min of meer even zwaar was als dat van de DBK-groep.

Na matching van het DBK-profiel met het minder zware profiel van de probatie-groep, blijkt dat de kans op recidive binnen 18 maanden 3,4 keer lager ligt na een DBK-traject dan na een veroordeling tot een probatiemaatregel. Na matching van het DBK-profiel aan het min of meer even zware verstek/gDBK-profiel, blijkt dat de kans op recidive binnen 18 maanden 2,9 keer lager ligt na een DBK-traject dan na een klassieke rechtspleging voor de DBK. Willen we deze resultaten uit de steekproef veralgemenen naar de populatie DBK dan weten we bij een betrouwbaarheidsinterval van 90% (kans op fout van 1 op 10) dat de werkelijke kans dat iemand binnen de 18 maanden recidiveert versus niet recidiveert 1,5 tot 8 keer lager zal liggen wanneer een DBK-traject wordt gevolgd dan wanneer een probatiemaatregel wordt opgelegd en dat deze kans 1,3 tot 6,6 keer lager zal liggen bij een DBK-traject in vergelijking tot een klassieke rechtspleging voor de DBK zonder probatievoorwaarden. Om een nauwkeurigere voorspelling te kunnen maken van de kans op recidive is echter een veel grotere steekproefomvang vereist.

Wanneer toch wordt gerecidiveerd, dan blijkt dat een recidivist in de DBK-groep significant meer feiten pleegt dan een recidivist in de probatie-groep maar dat zijn/haar frequentie van recidive niet verschilt van deze van een recidivist in de verstek/gDBK-groep. Ook de snelheid van



recidive is hetzelfde in de DBK-groep en de verstek/gDBK-groep<sup>49</sup>. Zij recidiveren beiden even snel.

Op basis van de voorgaande analyses kunnen we voorzichtig besluiten dat het volgen van een DBK-traject gepaard gaat met minder recidive de eerste 18 maanden na het traject in vergelijking met het veroordeeld worden tot een probatiemaatregel of het ondergaan van een klassieke rechtspleging voor de DBK. Deze vaststelling gaat ook op voor respondenten uit de DBK-groep met een uitgebreide strafrechtelijke voorgeschiedenis. Zij die toch recidiveren na een DBK-traject doen dit echter even frequent of zelfs frequenter dan de recidivisten in de controlegroepen.

## 8.5. Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van dit recidiveonderzoek blijkt zeker de meerwaarde van de DBK. De kans om te recidiveren is immers kleiner indien men een DBK-traject volgt dan wanneer een probatiemaatregel wordt opgelegd of een klassieke rechtspleging zonder enige begeleiding plaatsvindt. Daarnaast blijkt de DBK ook een impact te hebben op respondenten met een uitgebreide criminele voorgeschiedenis. Het verderzetten van de DBK in het gerechtelijk arrondissement Gent is dan ook zeker wenselijk. Net als uit de procesevaluatie DBK, blijkt dus ook uit het recidiveonderzoek de meerwaarde van de DBK voor de strafrechtsbedeling.

We zijn eerder voorzichtig om bevestigend te antwoorden op de vraag of de DBK veralgemeend dient te worden ingevoerd en bijgevolg te verkiezen is boven een probatiemaatregel als reactie op druggerelateerde criminaliteit. Enerzijds wordt deze voorzichtigheid ingegeven vanuit de beperking van dit onderzoek dat niet de uitkomst van een afgeronde probatiemaatregel op recidive werd bestudeerd, maar wel de uitkomst van de wijze waarop de probatiemaatregel in de praktijk vorm krijgt in de eerste 18 maanden volgend op de uitspraak. De uitkomst van een probatiebegeleiding op zich is dus niet gekend terwijl bij de DBK de recidive pas wordt bestudeerd na afronding van het DBK-traject. Anderzijds wordt deze voorzichtigheid ingegeven vanuit het

---

<sup>49</sup> Voor de tweede controlegroep kon de snelheid van recidive niet worden berekend doordat de noodzakelijke gegevens hiertoe ontbraken.

feit dat ten gevolge van de kleine steekproeven geen nauwkeurige voorspelling kon worden gemaakt van de werkelijke kans dat iemand recidiveert versus niet recidiveert na het volgen van een DBK-traject ten opzichte van een probatiemaatregel. De handmatige telling en vrij complexe interpretatie van de recidive- en detentiegegevens belemmert immers grootschalig recidive-onderzoek. Het zou dan ook wenselijk zijn dat geëvolueerd wordt naar een antecedentendatabank die een vlotte consultatie en verwerking van de gegevens mogelijk maakt.

## Hoofdstuk 9 **UITKOMSTEN- EN RECIDIVE- ONDERZOEK VAN DE GENTSE DRUGBEHANDELINGSKAMER: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN**

*Ciska Wittouck, Anne Dekkers, Brice De Ruyver,  
Wouter Vanderplasschen & Freya Vander Laenen*

*Saaske De Keulenaer & Stefan Thomaes*

### **9.1. Achtergrond en doelstelling**

In mei 2008 werd binnen het gerechtelijk arrondissement Gent een eerste Belgische DBK opgericht, met als doel binnen de Rechtbank van Eerste Aanleg een gespecialiseerde kamer te voorzien voor beklaagden met een afhankelijkheidsproblematiek, zonder dat sprake is van georganiseerde drug- en druggerelateerde criminaliteit<sup>50</sup>.

De implementatie en het eerste werkingsjaar van de Gentse DBK ging gepaard met een *procesevaluatie* (Colman et al., 2011; Vander Laenen et al., 2012a,b). Uit deze procesevaluatie bleek de manifeste meerwaarde van het DBK-project.

Het uitkomsten- en het recidiveonderzoek is een verderzetting, verdieping en aanvulling van deze procesevaluatie. De *uitkomstenevaluatie* betreft een wetenschappelijk onderzoek naar de uitkomsten bij en de ervaringen van DBK-cliënten (met specifieke aandacht voor verbeteringen op verschillende levensdomeinen), naar de geschatte overheidsuitgaven verbonden met het Gentse DBK-project en naar de ervaringen van betrokken hulpverleners. Het *recidiveonderzoek* DBK is erop gericht het effect van een traject voor de DBK op recidive te bestuderen.

---

<sup>50</sup> Pilootproject Drugbehandelingskamer: Samenwerkingsprotocol tussen de Minister van Justitie, PopovGGZ vzw, Procureur des Konings te Gent, Voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg te Gent en Stafhouder van de balie te Gent.

## 9.2. Methodologie

In dit onderzoek werd een multi-methodisch onderzoeksdesign toegepast, met een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden (Dale, 1995).

Om de uitkomsten van DBKs in het buitenland betreffende middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen in kaart te brengen, werd een *systematische literatuurstudie* uitgevoerd. Om de uitkomsten van het Gentse DBK-project rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen na te gaan werd een kwantitatieve (retrospectieve) *dossierstudie* uitgevoerd. De uitkomsten omtrent verbeteringen rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen van DBK-cliënten in het gerechtelijk arrondissement Gent (n= 52) werden vergeleken met dezelfde uitkomsten voor probatie-cliënten in het gerechtelijk arrondissement Hasselt (n= 48). Om de overheidsuitgave verbonden aan het Gentse DBK-project te schatten, werden de bevindingen uit negen semigestructureerde *interviews* met DBK-actoren gekoppeld aan de resultaten uit het onderzoek "Drugs in Cijfers III", dat de *overheidsuitgaven* voor het Belgisch drugbeleid berekende (Vander Laenen, et al., 2011).

De *hulpverleningsplannen en DBK-trajecten* van Gentse (oud)DBK-cliënten (n= 15) werden bestudeerd. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen met (oud-)DBK-cliënten (n= 8) en hulp- en dienstverleningsactoren die in contact komen met het DBK-cliënteel (n= 22) om hun ervaringen met en hun percepties omtrent het DBK-project in kaart te brengen. Ook werden semigestructureerde interviews afgenomen om de percepties van Gentse DBK-cliënten (n= 5) en Hasseltse probatiecliënten (n= 5) op evoluties in hun middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen en hun visie op justitie na te gaan.

Voor het *recidiveonderzoek* werd recidive gedefinieerd als "een nieuwe gerechtelijke beslissing die niet is geëindigd in een vrijspraak, een technisch sepot of een andere technische uitspraak en die plaatsvindt n.a.v. elk type van strafrechtelijke inbreuk dat werd gepleegd na het beëindigen van een traject voor de DBK". Concreet gaat het om elk type van strafrechtelijke inbreuk dat werd gepleegd na het DBK-traject en aanleiding gaf tot een beleidssepot, de minnelijke schikking, een bemiddeling in strafzaken of een vonnis. In het recidiveonderzoek wordt het pleeggedrag van DBK-respondenten (n= 44) voor en na het DBK-traject

gemeten en worden de resultaten vergeleken met deze van twee controlegroepen. De eerste controlegroep (n= 41) bestaat uit beklaagden die verstek lieten gaan voor de DBK of niet bereid waren een DBK-traject te volgen en bijgevolg voor de DBK een klassieke rechtspleging ondergingen. De tweede controlegroep (n= 59) bestaat uit beklaagden die door de rechtbank van eerste aanleg te Hasselt werden veroordeeld tot een probatiemaatregel. Elke respondent werd bestudeerd over een periode van 18 maanden<sup>51</sup> te rekenen vanaf de datum van het eindvonnis voor de DBK of de Hasseltse rechtbank. Voor de DBK-groep betekent dit dat alle feiten die tijdens het DBK-traject werden gepleegd, als antecedent worden beschouwd. Voor de probatie-groep (tweede controlegroep) betekent dit dat niet de recidive wordt bestudeerd na afronding van de probatiebegeleiding, maar wel de recidive in de eerste 18 maanden na de uitspraak tot een probatiemaatregel. De dataverzameling voor dit recidiveonderzoek gebeurde op basis van de nationale antecedentendatabank.

De belangrijkste beperking van de verschillende onderdelen van zowel het uitkomsten- als het recidiveonderzoek betreft de beperkte omvang van de steekproeven; dit noodzaakt tot voorzichtigheid bij het veralgemenen van de resultaten.

## **9.3.      Onderzoeksresultaten**

### **9.3.1.    *Resultaten uitkomstenonderzoek***

#### **9.3.1.1.    De uitkomsten van DBKs in het buitenland**

In eerdere literatuurstudies ging de meeste aandacht naar het effect van DBKs op recidive en slechts in tweede instantie werd gefocust op middelengebruik, en nog minder op druggerelateerde levensdomeinen. De effecten op recidive en meer specifiek druggerelateerde recidive zijn overwegend positief, zowel tijdens als na een DBK-traject (Belenko, 1999, 2001; Brown, 2010a; GAO, 2005; Mitchell et al., 2012; Shaffer, 2011, Wilson et al., 2006). De effecten van DBKs op druggebruik zijn minder consistent. Urinetests toonden een reductie in druggebruik tijdens een DBK-traject aan (Belenko, 1999, 2001; Brown, 2010a; GAO, 2005), maar

---

<sup>51</sup> Voor het bepalen van de observatietermijn werd geen rekening gehouden met de periodes waarin de respondenten in hechtenis zaten.

informatie over de stabiliteit van deze positieve resultaten *na* een DBK-traject ontbreekt echter. De resultaten over zelfgerapporteerd druggebruik tijdens en na een DBK-traject spreken elkaar tegen (GAO, 2005).

Er werden slechts weinig evaluatiestudies van DBKs teruggevonden die een ander druggerelateerd levensdomein als uitkomstmaat hanteerden, waardoor voor de meeste levensdomeinen te weinig of geen informatie voorhanden is om betrouwbare besluiten te trekken. Daarenboven werden de meest positieve resultaten rond deze druggerelateerde levensdomeinen teruggevonden in studies met een lage studiekwaliteit. In studies met een hogere methodologische kwaliteit werd vaak geen significant effect op de verschillende levensdomeinen vastgesteld. Familiale relaties en de werksituatie verbeterden echter wel wanneer voor deze levensdomeinen **specifieke interventies** werden aangeboden. Gegevens over de langetermijneffecten van DBKs op druggerelateerde levensdomeinen ontbreken (Wittouck et al., 2013).

### 9.3.1.2. De uitkomsten van het Gentse DBK-project rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen

Tijdens de dataverzameling voor de dossierstudie bleek dat bepaalde informatie niet systematisch werd geregistreerd door de betrokken actoren bij het DBK-project en de probatiemaatregelen. Daardoor kon slechts voor een aantal levensdomeinen (met name het middel dat werd gebruikt, drughulpverlening, type huisvesting, tewerkstelling, schuldenlast en verkregen financiële steun) worden onderzocht of zich al dan niet significante verbeteringen voordeden.

Een opvallende vaststelling is dat de DBK-cliënten, in vergelijking met de Hasseltse probatie-cliënten, bij de aanvang van hun traject vaker in de gevangenis verbleven, vaker een onstabiele huisvesting kenden, en minder vaak een begeleiding kregen voor hun financiële situatie. Deze vaststelling kan wijzen op een complexere problematiek van de DBK-cliënten in Gent.

Voor de *Gentse DBK-steekproef* werd aangetoond dat bijkomende doorverwijzingen naar de drughulpverlening en naar financiële begeleiding werden gerealiseerd, dat meer respondenten een substitutiebehandeling volgden zonder bijgebruik en dat meer respondenten aan het werk waren op het einde van hun DBK-traject.

Voor de *Hasseltse probatie-steekproef* werden significante verbeteringen vastgesteld op het vlak van heroïnegebruik. Net zoals bij de DBK-groep werden bijkomende doorverwijzingen naar de drughulpverlening gerealiseerd en volgden meer respondenten een substitutiebehandeling zonder bijgebruik op het moment van de nameting.

Wanneer de *beide steekproeven met elkaar vergeleken* werden, bleek dat de DBK-cliënten **vaker aan het werk** waren op het moment van de nameting in vergelijking met de probatie-cliënten. Een belangrijk verschil tussen beide steekproeven betreft het **tijdsverloop** tussen de laatst gepleegde feiten en de start van het traject. Bij de DBK-cliënten bedroeg dit tijdsverloop een kleine 6 maanden en bij de probatie-cliënten iets meer dan 22 maanden.

### 9.3.1.3. De uitgaven en mogelijke baten van het Gentse DBK-project

De overheidsuitgave voor personeels- en werkingskosten (inclusief parket, rechtbank en liaisons) verbonden aan het DBK-project blijven beperkt; voor een volledig werkingsjaar in 2008 bedroeg de uitgave bij benadering minimaal €104.525,8 en maximaal €120.797,1 (Vander Laenen et al., 2011). Een DBK-project betekent echter niet enkel een extra overheidsuitgave, maar kan – zo leren buitenlandse kosten-batenanalyses – ook winst opleveren door minder uitgaven op elk echelon van de strafrechtsbedeling, dit omwille van een recidivedaling. Het kan ook zorgen voor meer belastinginkomsten, aangezien kan verwacht worden dat (ex-)druggebruikers (meer) zullen worden tewerkgesteld (GOA, 2005; Logan et al., 2004).

### 9.3.1.4. De inhoud van de hulpverleningsplannen en het verloop van de behandeltrajecten van Gentse (oud-)DBK-cliënten

DBK-cliënten stellen, in overleg met de liaison, een plan op waarin doelstellingen geformuleerd worden rond specifieke problematieken zoals zij die ervaren binnen verschillende levensdomeinen. Wanneer gekeken wordt naar de hulpverleningsplannen van de (oud-)DBK-cliënten kan gesteld worden dat elk hulpverleningsplan uniek en **aangepast is aan de specifieke en individuele noden** van de DBK-cliënt. Daarnaast zijn er verschillende levensdomeinen waarrond de DBK-cliënten (nagenoeg) allemaal een doelstelling formuleren binnen hun hulpverleningsplan, met name middelengebruik, huisvesting, werk en inkomen. De wijze

waarop de DBK-cliënten aan de slag gaan met de doelstellingen binnen hun hulpverleningsplan zijn eveneens divers, evenals de mate waarin ze erin slagen hun doelstellingen al dan niet (deels) te behalen.

De analyse van de **doelstellingen** in de hulpverleningsplannen leert dat het niet steeds transparant is of de weergegeven doelstellingen de noden van de DBK-cliënt weergeven of eerder gericht zijn op wat de DBK van hen verwacht. Verder zijn de doelstellingen binnen de hulpverleningsplannen niet steeds concreet of gericht op het direct aanpakken van problemen; aangezien soms duidelijke tussen- en einddoelstellingen ontbreken. Deze onduidelijkheid kan de opvolging van deze doelstellingen door de DBK-rechter bemoeilijken.

### 9.3.1.5. De ervaringen van hulpverleningsactoren in Gent

Uit de interviews met de (drug)hulpverleners en met de liaisons bleek hun globale tevredenheid, net als bij de procesevaluatie (Colman et al., 2011). Algemeen viel de positieve connotatie rond de DBK op, niet in het minst omwille van de **kans** die DBK-cliënten krijgen om de onderliggende (afhankelijkheids-) problematiek aan te pakken. De individuele aanpak die gericht is op een **waaijer van levensdomeinen** maakt het werken aan re-integratie mogelijk, waarbij naar de individuele noden van de DBK-cliënt wordt gekeken waarna de gepaste specifieke hulpverlening kan worden geboden (Logan et al., 2004). Aandacht voor de persoon met een problematiek in plaats van een focus op de 'delinquent' wordt als een belangrijke meerwaarde van de DBK gezien, zoals ook uit onderzoek bij cliënten in substitutiebehandeling naar voren kwam (Vander Laenen et al., 2013). Hulpverleners merken na de start van het DBK-traject frequent verbeteringen op op verschillende levensdomeinen. De **gepersonaliseerde opvolging** vertaalt zich ook in het feit dat een DBK-cliënt steeds wordt opgevolgd door dezelfde rechter en parketmagistraat. Verder ervoeren de hulpverleners de ondersteuning die de DBK-cliënten van de liaison krijgen doorheen hun DBK-traject als een grote meerwaarde. De **liaisons** vormen immers de **schakelfiguur** tussen justitie, hulpverlening en de DBK-cliënt.

Evenals uit de procesevaluatie (Colman et al., 2011), bleek dat het werken 'onder **justitiële druk**' niet als problematisch ervaren wordt, daar de strikte opvolging de DBK-cliënten activeert en motiveert om hun problemen zelf nauwer op te volgen en zelf sneller stappen te ondernemen. De frequente opvolgingen maken justitie zichtbaar en nabij, en



zorgen ervoor dat kort op de bal kan gespeeld worden bij herval of problemen. Deze positieve invloed van externe druk geldt evenwel niet voor alle DBK-cliënten. Sommigen vielen uit net omwille van deze druk.

Het aantal DBK-cliënten binnen de hulpverlening is gemiddeld genomen relatief laag. In tegenstelling tot wat bleek uit de procesevaluatie, lijkt de DBK hiermee **niet direct effect** te hebben op de **wachlijsten** (Colman et al., 2011). De verklaring hiervoor kan zijn dat DBK-cliënten regelmatig reeds voorafgaand aan het DBK-traject een beroep doen op de ambulante niet-drugspecifieke hulpverlening en dat deze settings nauwelijks tot geen wachlijsten hebben. Ook de ambulante drugspecifieke hulpverlening kent vrij weinig wachlijsten, waardoor de kleine toestroom van DBK-cliënten geen probleem lijkt te vormen. De residentiële (niet-) drugspecifieke hulpverlening kent wel wachlijsten maar deze staan los van de implementatie van de DBK. Het feit dat binnen de Gentse regio een ruim netwerk van uiteenlopende hulpverleningsvoorzieningen aanwezig is, zorgt wellicht voor een goede spreiding van de DBK-cliënten over deze voorzieningen heen, waardoor overbevraging van specifieke voorzieningen relatief beperkt blijft. De toestroom van DBK-cliënten binnen een regio waar *geen* uitgebreid hulpverleningsnetwerk aanwezig is, kan echter wel leiden tot onvoldoende hulpverleningscapaciteit om de instroom van DBK-cliënten op te vangen.

Uit de interviews met hulpverleners kwam naar voren dat het profiel van DBK-cliënten niet eenduidig te omschrijven is. Wel werd de **ernstige en meervoudige problematiek** aangehaald op verschillende levensdomeinen. Dit profiel geldt echter niet exclusief voor DBK-cliënten. De geboden hulpverlening aan DBK-cliënten en het afronden van de hulpverlening verschilt volgens de bevroegde hulpverleners niet van hulpverlening aan niet-DBK-cliënten. Het ritme van iedere individuele cliënt wordt gevolgd, wat bij sommige DBK-cliënten wel anders is, daar zij reeds zicht hebben op duidelijke doelstellingen die zij wensen na te streven. Na afronding van hun DBK-traject valt evenwel een deel van de DBK-cliënten uit binnen de hulpverlening die zij onder invloed van de DBK hebben opgestart; drang zorgt in deze situaties voor de nodige retentie.

Enkele **uitdagingen** die naar voren kwamen uit de interviews met hulpverleners zijn de verschillende finaliteit en het eigen tempo van justitie enerzijds en dat van de DBK-cliënten en de hulpverlening

anderzijds. Een ander knelpunt betreft de beperkte continuïteit van zorg en ondersteuning – waarbij DBK-cliënten na afloop van het DBK-traject veelal nog weinig structurele **opvolging** kennen. Justitie en hulpverlening streven veelal andere doelen na, waardoor spanning tussen deze actoren kan ontstaan die de samenwerking kan bemoeilijken (Hough, 2002; De Ruyver et al, 2009). Voor hulpverleners bleek het niet steeds duidelijk te zijn of er sprake kan zijn van gedeeld **beroepsgeheim** in de contacten met de liaisons. Verder kwam voor de liaisons het belang naar voor van een team om op terug te vallen. Het ontbreken van een **DBK-coördinator** die ondersteuning biedt en de samenwerking tussen de drugspecifieke en niet-drugspecifieke hulpverlening kan stimuleren, werd net zoals in de procesevaluatie door verscheidene respondenten aangehaald (Colman et al., 2011).

### 9.3.1.6. De ervaringen van Gentse (oud-)DBK-cliënten

De *bevraagde DBK-cliënten* ervoeren het als erg **positief** dat zij binnen de DBK een kans kregen krijgen om hun leven terug op orde te krijgen. De contacten met de liaison en met de rechter werden als positief ervaren. De DBK had aandacht voor hun persoonlijk verhaal. Daarnaast benoemden ze het begrip voor de drugproblematiek, het krijgen van meerdere kansen, de frequente opvolgzittingen, het contact met de liaison, de menselijkheid van de magistraten en de bekrachtiging die ze van de magistraten krijgen als meest positieve elementen in een DBK-traject.

De **druk** die de DBK-cliënten binnen de DBK ervaren, kan zowel positief als negatief beschouwd worden. Wanneer deze druk positief werd ervaren, was deze een stok achter de deur en een motivatie om actief met het DBK-traject bezig te zijn. Voor de DBK-cliënten die aangaven minder goed om te kunnen gaan met deze druk, vergrootte dit de kans om af te haken binnen het DBK-traject.

Het openbaar karakter en het ongewild (opnieuw) in contact komen met andere druggebruikers, het regelmatig verschijnen, in combinatie met het hebben van werk, en de wachttijden tijdens de verschijningen voor de DBK werden als voornaamste **hindernissen** aangewezen door enkele DBK-cliënten.

Niet alle *bevraagde respondenten* uit de *probatiegroep* hadden het gevoel dat de magistraten aandacht hadden voor hun onderliggende problematiek. Sommige respondenten hadden het gevoel dat de magistraten

gericht waren op louter (harde) bestraffing. Hoewel dit bij eerdere probatiemaatregelen niet steeds het geval was, stonden de bevroegde respondenten wel positief tegenover hun huidige justitieassistent, doordat sprake was van wederzijds respect, hij/zij hen zowel praktisch als emotioneel ondersteunde en hij/zij hem/haar niet als veroordelend of belerend ervoeren. Als specifieke voordelen van een probatiemaatregel werden de lange opvolgtermijn, in functie van het opbouwen van een vertrouwensband, en de contextuele benadering, waardoor de omgeving een contactpersoon heeft in geval het fout loopt, genoemd.

Voor zowel de DBK- als de probatie-cliënten had de **juridische maatregel** een **directe invloed** op het druggebruik en daardoor **ook indirect** op andere druggerelateerde levensdomeinen. Het contact met justitie zou dus kunnen opgevat worden als een “keerpunt” in de gebruikscarrière van een persoon (Sampson & Laub, 1993). De juridische maatregel is een noodzakelijke, doch onvoldoende voorwaarde in het veranderingsproces van de bevroegde respondenten. Doorheen het veranderingsproces spelen de justitiële actoren een belangrijke superviserende en ondersteunende rol. De betrokkenen verwachten namelijk dat deze actoren ingrijpen als het fout dreigt te lopen (of fout loopt) en dat ze hen bekrachtigen als het goed loopt. Verandering wordt beïnvloed door de *persoonlijke motivatie* van de betrokkene, ze moeten zelf de kans grijpen en hun moeilijkheden aanpakken.

Naast de persoonlijke motivatie van de betrokkene, heeft de *maatschappelijke context* een niet te onderschatten invloed op dit veranderingsproces. Daarom zal de focus op individueel herstel van problematische druggebruikers niet volstaan bij een juridische maatregel, maar dient een beleid naar druggebruikers evenzeer gericht te zijn op **sociale inclusie en re-integratie**, met aandacht voor de positie van het individu in de samenleving en voor alle levensdomeinen (onder andere gezondheid, werk en dagbesteding) zodat zij een leven kunnen leiden dat vrij is van stigmatisering en discriminatie (Colman & Vander Laenen, 2012; Sumnall & Brotherhood, 2012).

### 9.3.2. *Resultaten recidive-onderzoek*

Bij 80% van de respondenten in de *DBK-groep* ( $n=44$ ) werd een verbetering in het pleeggedrag vastgesteld;  $3/4^{\text{de}}$  **van deze respondenten recidiveerde namelijk niet** in de eerste 18 maanden volgend op hun DBK-

traject en 1/4<sup>de</sup> pleegde in deze periode gemiddeld minder feiten op jaarbasis dan ervoor. Slechts bij 20% van de DBK-respondenten verslechterde het pleeggedrag gedurende de eerste 18 maanden na hun DBK-traject. Hun pleeggedrag lag met name hoger na het DBK-traject dan ervoor. Wanneer enkel de respondenten uit de DBK-groep met een uitgebreide criminele voorgeschiedenis (= meer dan 20 antecedenten met een vonnis, een minnelijke schikking, een bemiddeling in strafzaken of een beleidssepot tot gevolg) (n= 12) in beschouwing worden genomen, dan blijkt dat ook bij de meerderheid van deze respondenten een verbetering in hun pleeggedrag werd vastgesteld. Vijf respondenten recidiveerden niet, vijf respondenten kenden een daling in hun pleeggedrag en twee respondenten vertoonden een toename in hun pleeggedrag. Deze vaststelling spreekt in het voordeel van de DBK aangezien de impact van justitie op deze groep van mensen klein is, wat uit hun criminele voorgeschiedenis blijkt.

De *vergelijking* van de recidive in de DBK-groep en de twee controlegroepen, met name de groep respondenten die verstek liet gaan voor de DBK of niet bereid was een DBK-traject te volgen en bijgevolg een klassieke rechtspleging onderging voor de DBK (controlegroep 1, n= 41) en de groep respondenten die door de correctionele rechtbank te Hasselt veroordeeld werd tot een probatiemaatregel<sup>52</sup> (controlegroep 2, n= 59), toont aan dat respondenten uit de DBK-groep significant minder recidiveerden dan de respondenten uit de twee controlegroepen. In de DBK-groep recidiveerde namelijk 38,6% van de respondenten tegenover 56,1% van de respondenten in de eerste controlegroep en 57,6% van de respondenten in de tweede controlegroep, terwijl de DBK-groep gekenmerkt wordt door het zwaarste profiel. Zo ligt het aantal heroïnegebruikers, het gemiddeld aantal antecedenten, de gemiddelde duur van de criminele carrière, de gemiddelde detentieduur en het voorkomen van verschillende delicttypes significant hoger in de DBK-groep dan in de tweede controlegroep (probatie maatregel). Significante verschillen tussen de DBK-groep en de eerste controlegroep (klassieke rechtspleging) zijn enkel aanwezig met betrekking tot 2 delicttypes. Het profiel van de eerste controlegroep is dan ook min of meer even zwaar als dat van de DBK-groep. Om de *kans op recidive* na een DBK-traject te berekenen ten opzichte van het type rechtspleging in de controlegroe-

<sup>52</sup> Dit betekent niet automatisch dat de probatiebegeleiding reeds is opgestart gedurende de follow-up periode. Het duurde immers bij de bestudeerde respondenten gemiddeld iets minder dan een jaar alvorens de probatiebegeleiding effectief werd opgestart.

pen werd het profiel van de DBK-groep gematched (gelijk gesteld) aan het profiel van elke controlegroep. Hieruit blijkt dat de kans om binnen 18 maanden te recidiveren **lager** is na het volgen van een **DBK-traject** dan wanneer een probatiemaatregel wordt uitgesproken of een klassieke rechtspleging wordt ondergaan voor de DBK (respectievelijk 3,4 keer lager dan bij een probatiemaatregel en 2,9 keer lager dan bij een klassieke rechtspleging voor de DBK).

Wanneer toch wordt gerecidiveerd, dan blijkt dat een recidivist in de DBK-groep significant meer feiten pleegt dan een recidivist in de tweede controlegroep (probiatiemaatregel) maar dat zijn/haar frequentie van recidive niet verschilt van deze van een recidivist in de eerste controlegroep (klassieke rechtspleging voor DBK). Ook de snelheid van recidive is hetzelfde in de DBK-groep en de eerste controlegroep<sup>53</sup>. De recidivisten in beide groepen recidiveren snel. Zo recidiveerde 70% van de recidivisten in de DBK-groep binnen de 6 maanden.

Op basis van de voorgaande analyses kunnen we voorzichtig besluiten dat het volgen van een DBK-traject gepaard gaat met **minder recidive** de eerste 18 maanden na het traject in vergelijking met het veroordeeld worden tot een probatiemaatregel of het ondergaan van een klassieke rechtspleging voor de DBK. Deze vaststelling gaat ook op voor respondenten uit de DBK-groep met een uitgebreide strafrechtelijke voorgeschiedenis. Zij die toch **recidiveren** na een DBK-traject doen dit echter **even frequent of zelfs frequenter dan de recidivisten in de controlegroepen**.

## 9.4. Aanbevelingen

### 9.4.1. *Het voortzetten van de DBK in het gerechtelijk arrondissement Gent door een optimalisatie van de DBK-specifieke randvoorwaarden*

#### 9.4.1.1. Voortzetten van de DBK

Uit dit onderzoek blijkt de ontegensprekelijke meerwaarde van de Gentse DBK. Op *formeel juridisch vlak* wordt kort op de bal gespeeld

---

<sup>53</sup> Voor de tweede controlegroep kon de snelheid van recidive niet worden berekend doordat de noodzakelijke gegevens hiertoe ontbraken.

zowel in de aanloop naar een DBK-traject als tijdens een DBK-traject. Het volgen van een DBK-traject heeft bovendien een gunstig effect op recidive. De kans op recidive is lager bij het volgen van een DBK-traject dan bij een veroordeling tot een probatiemaatregel of na een klassieke rechtspleging voor de DBK zonder enige vorm van begeleiding. Op *inhoudelijk vlak* voorziet de DBK in de mogelijkheid te werken aan het problematisch middelengebruik en de druggerelateerde levensdomeinen waar de DBK-cliënten zelf moeilijkheden mee ondervinden. Deze gunstige uitkomsten en ervaringen gaan bovendien gepaard met een beperkte overheidsuitgave voor de werking van de DBK. Hierbij kan zelfs verwacht worden dat deze overheidsuitgave voordelen met zich meebrengt, zoals een daling in criminaliteit en druggebruik, en bijgevolg minder uitgaven voor de strafrechtsbedeling en de gezondheidszorg.

De zinvolheid van het DBK-project, zoals die blijkt uit zowel het uitkomsten- als het recidiveonderzoek, verantwoordt de voortzetting van het DBK-project in het gerechtelijk arrondissement Gent.

De hierna volgende aanbevelingen moeten evenwel in acht genomen worden bij de voortzetting van het project in het gerechtelijk arrondissement Gent ter optimalisatie en verdere professionalisering van het DBK-project in zijn huidige vorm. De aanbevelingen worden gestructureerd volgens het verloop van de zittingen die met een DBK-traject gepaard gaan, namelijk de inleidende zitting, de oriëntatiezitting, de opvolgzitting(en) en de eindzitting (zie figuur 9.1).

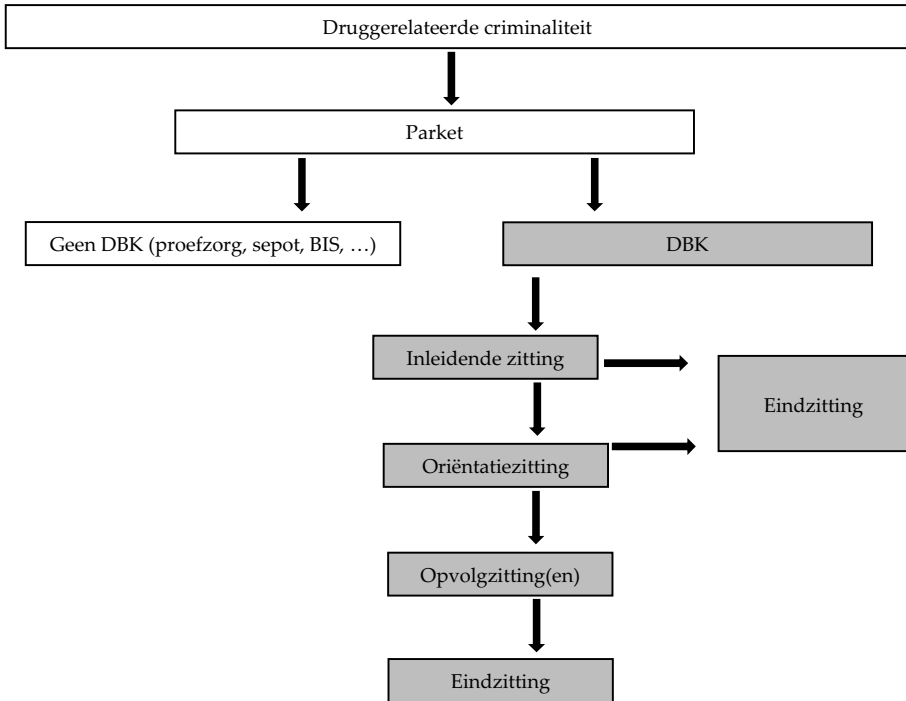
#### **9.4.1.2. Optimalisatie van de DBK-specifieke randvoorwaarden**

##### ***9.4.1.2.1. Een afgebakende toeleiding op basis van juridische criteria***

In de huidige doorverwijscriteria van de DBK<sup>54</sup> worden juridische en diagnostische criteria door elkaar gebruikt. Bepalen of iemand al dan niet voldoet aan diagnostische criteria, zoals 'problematisch gebruik' en 'afhankelijkheid' is echter een opdracht waarvoor justitiële actoren niet zijn opgeleid. De doorverwijzing naar de DBK zou op basis van louter juridische criteria moeten plaatsvinden. Een vermenging van justitiële met diagnostische criteria moet vermeden worden.

---

<sup>54</sup> Interne beleidsnota parket Gent inzake drugdelicten en druggerelateerde feiten

**Figuur 9.1:** Schematische voorstelling van het DBK-verloop

Uit het onderzoek blijkt dat voor enkele DBK-cliënten een DBK-traject niet aangewezen was. Marlowe en collega's (2006) geven aan dat een intensieve justitiële supervisie, zoals bij DBKs, voor beklaagden met een 'laag risico' (met name geen uitgebreide drughulpverlenings- en strafrechtelijke geschiedenis) weinig additionele voordelen oplevert in vergelijking met een klassieke afhandeling. Of een beklaagde al dan niet geschikt is voor de DBK, kan op dit moment moeilijk exact worden ingeschat vooraleer deze beklaagde voor de DBK verschijnt. Hiervoor is een gericht oriëntatiegesprek aangewezen.

#### 9.4.1.2.2. *Een gerichte oriëntatie naar de hulpverlening op basis van concrete, haalbare en toetsbare doelstellingen voor als problematisch ervaren levensdomeinen*

Het oriënterend gesprek met de liaison brengt inzicht in de individuele levenssituatie van de DBK-cliënt en stelt deze in staat om – samen met een liaison – een **op zijn/haar individuele noden afgestemd** hulpverleningsplan op te stellen. Dit hulpverleningsplan wordt door de DBK-

cliënt voorgesteld aan de magistraten op de oriëntatiezitting. Wanneer zij akkoord gaan met het vooropgestelde hulpverleningsplan, kan het DBK-traject starten. Wanneer zij niet akkoord gaan met het hulpverleningsplan, vindt een heroriëntatie plaats door middel van een nieuw gesprek tussen de DBK-cliënt en de liaison.

De identificatie van problematische levensdomeinen zou moeten gebeuren op basis van objectieve indicatoren en op basis van de noden en de doelstellingen die de DBK-cliënt vooropstelt. Zodoende kan de DBK-cliënt, in samenspraak met de liaison, concrete en haalbare tussen- en einddoelstellingen formuleren. De screening van deze concrete indicatoren kan gebeuren via screeningsinstrumenten, zoals de GAIN-Quick (Global Appraisal of Individual Needs; Gotham et al., 2008) of de ASI-Lite, een verkorte variant van de ASI (Addiction Severity Index; McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980).

Het is geen probleem dat bepaalde levensdomeinen oningevuld blijven als deze niet als problematisch worden geïdentificeerd door de DBK-cliënt. Indien *geen* problematische levensdomeinen en dus ook geen doelstellingen vooropgesteld worden die een justitiële opvolging voor de DBK verantwoorden, dient te worden overgegaan tot de *eindzitting*.

Vraaggericht werken en zorg op maat zijn belangrijke sleutelbegrippen die bijdragen tot een persoonlijk hulpverleningsplan, gebaseerd op de individuele noden, capaciteiten en verwachtingen van de DBK-cliënt. Bovendien moet op alle levensdomeinen ingezet worden, al dan niet tegelijkertijd, zodat het ene probleem het andere niet creëert of versterkt ("**holistic care**") (Cleary, Hunt, Matheson & Walter, 2009; De Wree et al., 2009a; De Maeyer, Vanderplasschen & Broeckeaert, 2010). Door te werken met **door de cliënt zelf geformuleerde** doelstellingen krijgen niet enkel de maatschappelijk relevante levensdomeinen, maar ook de voor het individu belangrijke levensdomeinen aandacht (De Maeyer et al., 2011). Daarnaast kan deze werkwijze (systematische opvolging en zelf doelstellingen formuleren) de DBK-cliënt verder motiveren en responsabiliseren om een actieve rol op te nemen om zijn DBK-traject af te werken.

Het is van belang de doelstellingen op te delen in concrete **tussendoelstellingen** (bijvoorbeeld wanneer, welke ondersteuning/hulpverlening, hoe kom ik daar terecht) en meer globale **einddoelstellingen**, zodat helder wordt op welke manier en binnen welke termijn DBK-cliënten de



vooropgestelde doelstellingen zullen realiseren. Op basis van concrete en toetsbare tussen- en einddoelstellingen kunnen de liaisons gericht doorverwijzen naar de drugspecifieke en de niet-drugspecifieke hulp- en dienstverlening. Het hulpverleningsplan maakt het eveneens mogelijk dat de DBK-rechter het realiseren van de (tussen- en eind)doelstellingen systematisch kan toetsen.

#### *9.4.1.2.3. Een doelgerichte justitiële opvolging van de doelstellingen in het hulpverleningsplan*

Het hulpverleningsplan kan dienst doen als een soort checklist voor de DBK-rechter om de vooruitgang van DBK-cliënten over de verschillende zittingen heen op te volgen. Wanneer een tussen- en/of einddoelstelling is behaald, kan dit op de checklist worden aangevinkt. Dergelijke systematische en geregistreerde justitiële opvolging van de door de DBK-cliënt geformuleerde doelstellingen heeft een aantal voordelen. Ten eerste kan deze justitiële opvolging consistent en uniform gebeuren indien verschillende rechters bij de DBK betrokken zijn. Bovendien garandeert dit het vroegtijdig identificeren van moeilijkheden bij de uitvoering van een hulpverleningsplan en een eventuele heroriëntatie. Een heroriëntatie betekent dat de liaison en de DBK-cliënt opnieuw een uitgebreid gesprek hebben, op basis waarvan de DBK-cliënt in samenspraak met de liaison haalbare tussen- en/of einddoelstellingen formuleert. Deze worden opnieuw voor akkoord voorgelegd aan de magistraten. Men dient te vermijden dat de magistraten de rol van liaison opnemen door in samenspraak met de DBK-cliënt de tussen- en einddoelstelling(en) te herformuleren wanneer blijkt dat deze niet haalbaar is (zijn). Magistraten moeten wel ingrijpen bij het niet naleven van de afspraken.

Deze **geïndividualiseerde benadering** is niet enkel aangewezen tijdens de oriëntatiefase, maar is ook nodig in de opvolgfase (en later de eindfase) van een DBK-traject. De frequentie van de opvolgzittingen en duur van de opvolgperiode van een DBK-traject moet worden afgestemd op de individuele noden van de DBK-cliënt (Wenzel, Longshore, Turner & Ridgely, 2001; Marlowe et al., 2006; Sheidow et al., 2012; Taxman, 1999). Zoals hierboven beschreven, dient de intensiteit van een intensieve justitiële supervisie afgestemd te zijn op de drughulpverlenings- en strafrechtelijke voorgeschiedenis van een DBK-cliënt indien men hun gedragspatroon wil veranderen (Marlowe et al., 2006). Net de

complexiteit van de problematiek van DBK-cliënten maakt het onmogelijk om op basis van enkele karakteristieken van DBK-cliënten, het aantal noodzakelijke opvolgzittingen op voorhand vast te leggen. Men zou hierbij met een **uitdovende frequentie** van opvolgzittingen kunnen werken, afhankelijk van de individuele noden van de DBK-cliënt en het verloop van het traject.

#### *9.4.1.2.4. Het eindvonnis afstemmen op het verloop van het DBK-traject en zo continuïteit van vrijwillige hulpverlening mogelijk maken*

Nadat de vooropgestelde doelstellingen bereikt werden, dient het afronden van een DBK-traject geïndividualiseerd en met de nodige zorg te gebeuren.

Indien uit het verloop van het DBK-traject blijkt dat bepaalde doelstellingen niet haalbaar zijn binnen de timing van een DBK-traject, kan worden overwogen via een probatiemaatregel aan deze specifieke doelstelling(en) verder te werken.

Een DBK-traject afsluiten na een te korte periode, ook al zijn de doelstellingen bereikt, kan ervoor zorgen dat de bekrachtiging vanuit de DBK te plots wegvalt, waardoor het risico op hervat groter kan worden. Een **uitdovende frequentie** van opvolgzittingen kan dus ook aangewend worden om continuïteit in positieve bekrachtiging te voorzien door de mogelijkheid tot enkele opvolgzittingen aan te bieden nadat de doelstellingen in het hulpverleningsplan werden bereikt. Zeker voor cliënten die geen (in)formeel netwerk hebben om op terug te vallen, kan het aangewezen zijn deze justitiële drang iets langer aan te houden (Koeter, 2000, 2006; De Ruyver et al, 2008a). Zodoende kan extrinsieke motivatie geleidelijk aan veranderen in meer persoonlijke **motivatie**. Waar de redenen voor gedragsverandering aanvankelijk binnen een justitieel kader gezocht moeten worden, worden deze na verloop van tijd in de eigen omgeving gevonden.

Om tenslotte het in contact komen met (ex-)gebruikers en lange wachttijden zoveel mogelijk te vermijden, is het aangewezen elke DBK-zitting op te splitsen in vier afzonderlijke delen: inleidende, oriëntatie-, opvolg-, en eindzitting(en).

#### **9.4.1.2.5. *Nood aan een systematische, gestructureerde en uniforme registratie van cliëntgegevens***

De in het onderzoek geconsulteerde databanken, met name de nationale antecedentendatabank en SIPAR, blijken weinig gebruiksvriendelijk voor onderzoeksdoeleinden. Het is dan ook wenselijk dat geëvolueerd wordt naar justitiële databanken die een vlotte consultatie en verwerking van gegevens mogelijk maken.

Uit de dossierstudie is gebleken dat de diverse actoren van de Gentse DBK weinig cliëntgegevens registreren, waardoor voor verschillende levensdomeinen geen uitspraken gedaan konden worden. Dit is voornamelijk het geval voor de methode en de frequentie van het druggebruik, het bijkomend alcoholgebruik, de lichamelijke en psychische gezondheid, de familiale en sociale relaties, de opleiding, het inkomen, de vrijetijdsbesteding en de samenlevingsvorm. Het uitwerken van een systematische, gestructureerde en uniforme registratie bij de DBK-actoren dringt zich op. Wanneer deze registratie wordt ingebed in en aangepast aan de werking van de DBK is hier slechts een minimale werklast aan verbonden. De registratie van gegevens over het strafrechtelijk verleden van de DBK-cliënt kan gebeuren door de parketassistent wanneer de dossiers van de inleidende zitting worden voorbereid. De registratie van gegevens over het verloop van het DBK-traject kan gebeuren door de DBK-rechter op basis van de checklist waarmee hij/zij het DBK-traject opvolgt. De liaisons zouden de gegevens rond het druggebruik en de druggerelateerde levensdomeinen kunnen registreren tijdens de oriëntatie van de DBK-cliënt op basis van het hulpverleningsplan. Deze registratie zal toelaten de evolutie omtrent druggebruik en druggerelateerde levensdomeinen op *cliëntniveau* justitieel op te volgen over de zittingen heen. Daarnaast kan deze registratie ten dienste staan van een *uitkomstenevaluatie* van de DBK.

#### **9.4.2. *Uitbreiding naar andere gerechtelijke arrondissementen, mits aan een aantal externe en DBK-specifieke randvoorwaarden is voldaan***

De resultaten van het huidig onderzoek bieden onvoldoende kwantitatieve argumenten om een uitbreiding van het Gentse DBK-project naar andere gerechtelijke arrondissementen te verantwoorden: de resultaten van internationale studies over de effectiviteit van DBKs rond drugge-

bruik en druggerelateerde levensdomeinen zijn niet eensluidend en de tekortkomingen in de registratie van de Gentse DBK beperken het aantal dossiers (en de levensdomeinen) waarover uitspraken rond uitkomsten kunnen worden gedaan.

#### 9.4.2.1. Voorwaarden voor de start van DBK

Wanneer beslist wordt tot een uitbreiding van het DBK-project naar andere gerechtelijke arrondissementen dient men ervoor te zorgen dat vooreerst, vóór de aanvang van de implementatie van een DBK, aan de vereiste externe randvoorwaarden voldaan is om een optimale samenwerking tussen justitie en hulpverlening te verzekeren. Het wetenschappelijk rapport “Onderzoek naar essentiële en bijkomende randvoorwaarden voor interactie justitie en drughulpverlening” bevat een draaiboek voor de oppuntstelling van deze externe randvoorwaarden (De Ruyver et al., 2009). Hierbij zijn een duidelijke rol- en taakafbakening (ook wat betreft de impact op het beroepsgeheim), het maken van heldere, schriftelijke afspraken en de aanwezigheid van een voldoende uitgebreid, gediversifieerd en gespreid (drug)hulpverleningsaanbod enkele van de meest essentiële randvoorwaarden. Pas wanneer aan deze *externe* randvoorwaarden is voldaan, kan de implementatie van een DBK-project overwogen worden.

#### 9.4.2.2. Voorwaarden bij de start van DBK

Indien tot de implementatiefase kan worden overgegaan, dienen een aantal *DBK-specifieke* randvoorwaarden van bij de aanvang van de implementatie gewaarborgd te worden. Onder deze DBK-specifieke randvoorwaarden worden zowel de inhoudelijke (vb. aanwezigheid liaison) als de juridisch-technische (vb. opvolgzittingen) kenmerken verstaan die de kern van de werking van een DBK vormen (Colman et al., 2011). Zodoende kunnen de kinderziektes en de registratiemoeilijkheden en -tekortkomingen die gepaard gingen met de implementatie van het Gentse DBK-project zoveel als mogelijk vermeden worden.

Zoals in de procesevaluatie werd aangegeven (Colman et al., 2011), wordt nogmaals de noodzaak van de financiering van een **DBK-coördinator** benadrukt, zeker omwille van het belang voor de structurele ondersteuning en een uniforme uitbouw van het project in diverse gerechtelijke arrondissementen (Bull, 2005; Edmunds, Hough, Turnbull

& May, 2005; De Ruyver et al., 2008a; Colman, Vander Laenen & De Ruyver, 2010).

Daarnaast zou het niet invullen van de **liaison** functie de meerwaarde van het project onherroepelijk ondermijnen. Uit de procesevaluatie (Colman et al., 2011) en voorliggend onderzoek is immers gebleken dat de liaisonfunctie zonder twijfel de hoeksteen vormt van het DBK-project.

Om de uitbreiding van het pilootproject optimaal en gestructureerd te laten verlopen, dienen de hierboven geformuleerde aanbevelingen en de aanbevelingen uit de procesevaluatie (Colman et al., 2011) in acht genomen te worden.

#### 9.4.2.3. Systematisch uitkomstenonderzoek

Nu in het voorjaar van 2013 voorbereidingen getroffen worden voor een uitbreiding van het Gentse DBK-project naar andere gerechtelijke arrondissementen, dient zich een opportuniteit aan voor meer systematisch wetenschappelijk onderzoek naar de uitkomsten van DBKs. Wanneer deze projecten geïmplementeerd worden, kunnen ze gepaard gaan met een longitudinale gecontroleerde uitkomstenevaluatie in functie van een op wetenschappelijke evidentie gebaseerd drugbeleid en in functie van een kosteneffectiviteits- en kostenefficiëntie-studie. Het belang van een systematische, gestructureerde en continue **registratie** van gegevens van DBK-cliënten kan in deze context alleen maar benadrukt worden.

In de recent herwerkte en gepubliceerde 'EU Drugs Strategy 2013-2020' wordt trouwens expliciet verwezen naar de nood aan wetenschappelijke evaluatiestudies van interventies waarmee het drugbeleid en de daarop gebaseerde acties kunnen onderbouwd worden: "*Actions must be evidence-based, scientifically sound and cost-effective, and aim for realistic and measurable results that can be evaluated*" (Commission of the European Union, 2012, p. 9).



## REFERENTIES

- Ager, A., & Hatton, C. (1999). Discerning the appropriate role and status of 'quality of life' assessment for persons with intellectual disability: A reply to Cummins. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12, 335-339.
- Albonetti, C.A. (1991). An integration of theories to explain judicial discretion. *Social Problems*, 38, 247-266.
- American Psychiatric Association (APA) (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Nederlandse vertaling. Swets & Zeitlinger B.V.: Lisse.
- Andrews, D., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct*. 3<sup>rd</sup> edition. Cincinnati: Anderson.
- Anglin, M.D., & Hser, Y.I. (1991). Criminal justice and the drug-abusing offender. Policy issues of coerced treatment. *Behavioral Science and the Law*, 9, 243-267.
- Anthony, J.C., & Chen, C.Y. (2004). Epidemiology of drug dependence. In: M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (pp. 55-72). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aos, S. (2006). Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs and crime rates. Washington State Institute for Public Policy: Olympia.
- Arvastat (2011a). Werkloosheidsgraden Vlaanderen gemiddeld 2008. Geraadpleegd op 28 januari 2013 op <http://arvastat.vdab.be/arvastat/werkloosheid.jsp>.
- Arvastat (2011b). Werkloosheidsgraden Vlaanderen gemiddeld 2009. Geraadpleegd op 28 januari 2013 op <http://arvastat.vdab.be/arvastat/werkloosheid.jsp>.
- Arvastat (2011c). Vacatures NEC (zonder uitzendopdrachten) – Indeling naar regio – Vlaanderen dec./totaal 2008. Geraadpleegd op 28 januari 2013 op <http://arvastat.vdab.be/arvastat/werkaanbod.jsp>.
- Arvastat (2011d). Vacatures NEC (zonder uitzendopdrachten) – Indeling naar regio – Vlaanderen dec./totaal 2009. Geraadpleegd op 28 januari 2013 op <http://arvastat.vdab.be/arvastat/werkaanbod.jsp>.
- \* Ashford, B. (2004) Treating Substance-Abusing Parents: A Study of the Pima County Family Drug Court Approach. *Juvenile and Family Court Journal*, 55, 27-37.

- Bazeley, P., & Richards, L. (2000). *The Nvivo qualitative project book*. Sage: London.
- Belenko, S. (1998). Research on drug courts: A critical review. *National Drug Court Institute Review*, 1, 1-27.
- Belenko, S. (1999). *Research on drug courts: A critical review 1999 update*. The National Center on Addiction and Substance Abuse: Columbia, New York.
- Belenko, S. (2001). *Research on drug courts: A critical review 2001 update*. The National Center on Addiction and Substance Abuse: Columbia, New York.
- Belenko, S., Fabrikant, N., & Wolff, N. (2011). The long road to treatment: Models of screening and admission into drug courts. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 1222-1243.
- Besluit van de Vlaamse Regering van 10 juli 2008 betreffende werkervaring, B.S., 31 oktober 2008.
- Best, D.W., Ghufuran, S., Day, E., Ray, R., & Loaring, J. (2008). Breaking the habit: A retrospective analysis of desistance factors among formerly problematic heroin users. *Drug and Alcohol Review*, 27, 619-624.
- Best, D., Man, L., Gossop, M., Harris, J., Sidwell, C., & Strang, J. (2001). Understanding the developmental relationship between drug use and crime: Are drug users the best people to ask? *Addiction Research and Theory*, 9, 151-164.
- Beyens, K. (2000). Straffen in Theorie in Praktijk. In: K. Beyens (ed.). *Straffen als sociale praktijk, Een penologisch onderzoek naar straftoemeting* (pp. 199-244). VUBPress: Brussel.
- Bien, T., Miller, W., & Borough, J. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioral Psychotherapy*, 21, 347-356.
- Blanken, P., Hendriks, V., Pozzi, G., Tempesta, E., Hartgers, C., Koeter, M., Fahrner, E., Gsellhofer, B., Kufner, H., Kokkevi, A. & Uchtenhagen, A. (1994): European Addiction Severity Index, EuropASI, Cost A6. A Guide to Training and Administering EuropASI Interviews: European Addiction Severity Index Working Group.
- \* Boles, S.M., Young, N.K., Moore, T., & DiPirro-Beard, S. (2007). The Sacramento Dependency Drug Court: Development and outcomes. *Child Maltreatment*, 12, 161-171.
- \* Brewster, M.P. (2001). An evaluation of the Chester County (PA) Drug Court Program. *Journal of Drug Issues*, 31, 178-206.
- Brooker, C., Sirdfield, C., Blizard, R., Maxwell-Harrison, D., Tetley, D., Moran, P., Pluck, G., Chafer, A., Denney, D., & Turner, M. (2012). *An investigation into the prevalence of mental health disorder and patterns of health service access in a probation population*. National Institute for Health Research: London.



- Brown, R. (2010a). Systematic review of the impact of adult drug treatment courts. *Translational Research*, 155, 263-274.
- Brown, R. (2010b). Associations with substance abuse treatment completion among drug court participants. *Substance Use & Misuse*, 45, 1874-1891.
- Bull, M. (2005). A comparative review of best practices guidelines for the diversion of drug related offences. *International Journal of Drug Policy*, 16, 223-234.
- Burns, L., & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders – Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 299-307.
- \* Burrus, S. W. M., Mackin, J. R., & Finigan, M. (2011). Show Me the Money: Child Welfare Cost Savings of a Family Drug Court. *Juvenile and Family Court Journal*, 62, 1-14.
- Byqvist, S. (2006). Patterns of drug use among drug misusers in Sweden. Gender differences. *Substance Use & Misuse*, 41, 1817-1835.
- Cacciola, J.S., Alterman, A.I., Habing, B., & McLellan, A.T. (2011). Recent status scores for version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). *Addiction*, 106, 1588-1602.
- Christie, T., & Anderson, J.F. (2003). Drug treatment courts are popular but do they work and are they ethical and appropriate for Canada? *Health Law in Canada*, 23, 70-79.
- Chui, W.H. (2003). Experiences of probation supervision in Hong Kong: Listening to the young adult probationers. *Journal of Criminal Justice*, 31, 567-577.
- Chui, W.H., Tupman, B., & Farlow, C. (2003). Listening to young adult offenders: Views on the effect of a police-probation initiative on reducing crime. *The Howard Journal*, 42, 263-281.
- Cid, J., & Martí, J. (2012). Turning points and returning points: Understanding the role of family ties in the process of desistance. *European Journal of Criminology*, 9, 603-620.
- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 238-258.
- 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?: Update in de criminologie V* (pp. 313-342). Maklu: Antwerpen.

- Colman, C., De Ruyver, B., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2011). *De drugbehandelingskamer: Een andere manier van afhandelen: Het proefproject geëvalueerd*. Antwerpen: Maklu.
- Colman, C., & Vander Laenen, F. (2012). "Recovery came first": Desistance versus recovery in the criminal careers of drug-using offenders. *The Scientific World Journal*, 2012, Article ID 657671, 9 pages.
- Commission of the European Union (CEU) (2012). EU Drugs Strategy 2013-2020. C402/01, 29 december 2012.
- Cooney, S.M., Small, S.A., & O'Connor, C. (2007). Strategies for recruiting and retaining participants in prevention programs. *What Works, Wisconsin – Research to Practice series, issue 2*, X.
- Cresswell, L.S., & Deschenes, E.P. (2001). Minority and non-minority perceptions of drug court program severity and effectiveness. *Journal of Drug Issues*, 31, 259-292.
- \* Dakof, G.A., Cohen, J.B., & Duarte, E. (2009). Increasing Family Reunification for Substance-Abusing Mothers and Their Children: Comparing Two Drug Court Interventions in Miami. *Juvenile and Family Court Journal*, 60, 11-23.
- \* Dakof, G.A., Cohen, J.B., Henderson, C.E., Duarte, E., Boustani, M., Blackburn, A., Venzler, E., & Hawes, S. (2010). A randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 263-274.
- Dale, A.E. (1995). A research study exploring the patient's view of quality of life using the case study method. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1128-1134.
- Das Eiden, R., Leonard, K., & Morrisey, S. (2001). Paternal alcoholism and toddler noncompliance. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25, 1621-1633.
- Decorte, T., Kaminski, D., Muys, M. & Slingeneyer, T. (2005). Problematisch gebruik van (illegale) drugs: Onderzoek naar de operationalisering van het concept in een wettelijke context. Academia Press: Gent.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2003). Patterns of co-morbidity between alcohol use and other substance use in the Australian population. *Drug and Alcohol Review*, 22, 7-13.
- De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2011). Kwantitatieve evaluatie – het proefproject drugbehandelingskamer in cijfers. In: C. Colman, B. De Ruyver, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen, E. Broekaert, S. De Keulenaer & S. Thomaes, S. (eds.), *De drugbehandelingskamer: Een andere manier van afhandelen* (pp. 85-125). Maklu: Antwerpen.

- Dekkers, A. (2011). *Effectiviteit van drug courts en evaluatie van de drugbehandelingskamer te Gent* (ongepubliceerde masterproef). Universiteit Gent: Gent.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2009). Exploratory study on drug users' perspectives on Quality of Life: More than health-related Quality of Life? *Social Indicators Research*, *90*, 107-126.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, *21*, 364-380.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, *48*, 1244-1257.
- DeMatteo, D.S., Marlowe, D.B., & Festinger, D.S. (2006). Secondary prevention services for clients who are low risk in drug courts: a conceptual model. *Crime & Delinquency*, *52*, 114-134.
- DeMatteo, D., Marlowe, D., Festinger, D., & Arabia, P. (2009). Outcome trajectories in drug court: Do all participants have serious drug problems? *Criminal Justice and Behavior*, *36*, 354-368.
- Dennis, M., Scott, C., Funk, R., & Foss, M. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *28*, 51-62.
- Depla, M., de Graaf, R., van Weeghel, J., & Heeren, T. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 146-153.
- De Ruyver, B., Colman, C., De Wree, E., Vander Laenen, F., Reynders, D., van Liempt, A., & De Pauw, W. (2008a). *Een brug tussen justitie en drughulpverlening. Een evaluatie van het proefzorgproject*. Antwerpen: Maklu.
- De Ruyver, B., Lemaître, A., Born, M., Colman, C., Pirenne, C., & Vandam, L. (2008b). *Definiëring en meting van druggerelateerde criminaliteit*. Academia Press: Gent.
- De Ruyver, B., Lemaître, A., Schoenaers, F., Vander Laenen, F., Ponsaers, P., Pauwels, L., Legrand, S.-A., De Scheemaeker, C., Cammaert, F., Colman, C., Moës, A., Delvaux, D., & Fincoeur, B. (2009). *Wetenschap en Maatschappij: Onderzoek naar essentiële en bijkomende randvoorwaarden voor interactie justitie en drughulpverlening*. Academia Press: Gent.
- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F., & Sohier, C. (2007). *Wetenschap en Maatschappij*.

- Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*. Academia Press: Gent.
- De Ruyver, B., Van Daele, L., & Vander Beken, T. (1997). *Toepassing van de alternatieve afhandeling: Een oriënterende studie*. Koning Boudewijnstichting: Brussel.
- \* Deschenes, E.P., Turner, S., & Greenwood, P.W. (1995). Drug court or probation?: An experimental evaluation of Maricopa County's Drug Court. *The Justice System Journal*, 18, 55-73.
- De Wree, E., De Ruyver, B., Verpoest, K., & Colman, C. (2008). All in favour? Attitudes of stakeholders and drug users towards judicial alternatives. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 14, 431-440.
- De Wree, E., De Ruyver, B., & Pauwels, L. (2009a). Criminal justice responses to drug offences: Recidivism following the application of alternative sanctions in Belgium. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 16, 1-11.
- De Wree, E., Pauwels, L., Colman, C., & De Ruyver, B. (2009b). Alternative sanctions for drug users: fruitless efforts or miracle solution?. *Crime, Law and Social Change*, 52, 513-525.
- DiClemente, C., & Prochaska, J. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- DiClemente, C.C., Schlundt, D., Gemmell, B.S.L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13, 103-119.
- Directoraat-generaal (DG) Justitiehuisen (2005). Werkinstructies. Intern document.
- Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, O., & Bond, Q. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608.
- Edmunds, M., Hough, M., Turnbull, P., & May, T. (2005). *Doing justice to treatment: Referring offenders to drug services*. Paper presented at the EMCDDA: Alternatives to imprisonment – targeting offending problem drug users in the EU. EMCDDA: Lisbon.
- \* Eibner, C., Morral, A.R., Pacula, R.L., & MacDonald, J. (2006). Is the drug court model exportable? The cost-effectiveness of a driving-under-the-influence court. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 75-85.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011). *2011 Annual report on the state of the drugs problem in Europe*. Office for Official Publications of the European Communities: Luxembourg.

- Evans, E., Li, L., & Hser, Y. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and Program Planning*, 32, 204-212.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6, 68-74.
- Federale Overheidsdienst (FOD) Justitie (2011a). Rechterlijke orde. Geraadpleegd op 23 januari 2013 via [http://justitie.belgium.be/nl/rechterlijke\\_orde/](http://justitie.belgium.be/nl/rechterlijke_orde/).
- Federale Overheidsdienst (FOD) Justitie (2011b). Justitiehuisen. Geraadpleegd op 23 januari 2013 via [http://justitie.belgium.be/nl/overheidsdienst\\_justitie/organisatie/directoraten-generaal/justitiehuisen/](http://justitie.belgium.be/nl/overheidsdienst_justitie/organisatie/directoraten-generaal/justitiehuisen/).
- Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, veiligheid van voedselketen en Leefmilieu (2013). Lijst pilootprojecten drugs. Geraadpleegd op 23 januari 2013 via <http://www.sante.belgique.be/eportal/Myhealth/Healthy-life/drugs/Pilotproject/900174?ie2Term=soins&ie2section=9124&fodn-lang=nl>.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5, 80-92.
- Fielding, J., Tye, G., Ogawa, P, Imam, I., & Long, A. (2002). Los Angeles County drug court programs: Initial results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 217-224.
- Fiorentine, R., & Hillhouse, M. (2000). Drug treatment and 12-step program participation: The additive effects of integrated recovery activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 65-74.
- \* Freeman, K. (2003). Health and well-being outcomes for drug-dependent offenders on the NSW Drug Court programme. *Drug and Alcohol Review*, 22, 409-416.
- Fry, C. & Dwyer, R. (2001). For love or money? An exploratory study of why injecting drug users participate in research. *Addiction*, 96, 1319-1325.
- Gagne, C., White, W. & Anthony, W.A. (2007). Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 32-37.
- Garrity, T.F., Prewitt, S.H., Joosen, M., Staton Lindall, M.S., Webster, J.M., & Leukefeld, C.G. (2008). Baseline subjective stress predicts 1-year outcomes among drug court clients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 346-357.

- Geenens, K., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Ruyver, B. & Alexandre, S. (2005). *Tussen droom en daad: implementatie van case management voor druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie*. Academia Press: Gent.
- 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.
- Gotham, H.J., White, M.K., Bergethon, H.S., Feeney, T., Cho, D.W., & Keehn, B. (2008). An implementation story: Moving the GAIN from pilot project to statewide use. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40, 97-107.
- \* Gottfredson, D.C., Kearley, B.W., Najaka, S.S., & Rocha, C.M. (2005). The Baltimore City Drug Treatment Court: 3-year self-report outcome study. *Evaluation Review*, 29, 42-64.
- Government Accountability Office (GAO) (2005). Adult drug courts: Evidence indicates recidivism reductions and mixed results for other outcomes. United States Government Accountability Office: Washington, DC.
- Hagan, J. (1974). Extra-legal attributes and criminal sentencing: an assessment of a sociological viewpoint. *Law and Society*, 8, 357-383.
- Hagedorn, H., & Willenbring, M. (2003). Psychiatric illness among drug court probationers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 775-788.
- Hall, W., Bell, J., & Carless, J. (1993). Crime and drug use among applicants for methadone maintenance. *Drug & Alcohol Dependence*, 31, 123-129.
- Heale, P., & Lang, E. (2001). A process evaluation of the CREDIT (court referral and evaluation for drug intervention and treatment) pilot programme. *Drug and Alcohol Review*, 20, 223-230.
- Hernán, M. A., Hernández-Díaz, S., & Robins, J.M. (2004). A structural approach to selection bias. *Epidemiology*, 15, 615-625.
- Hood, D.C. (2003). Women in recovery from alcoholism: The place of leisure. *Leisure Sciences*, 25, 51-79.
- Hough, M. (2002). Drug user treatment within a criminal justice context. *Substance Use and Misuse*, 37, 985-996.
- Hser, Y.I., Anglin, M.D., & Fletcher, B. (1998). Comparative treatment effectiveness: Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Treatment*, 15, 513-523.
- Hser, Y.I., Grella, C.E., Hubbard, R.L., Hsieh, S.C., Fletcher, B.W., Brown, B.S., & Anglin, D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58, 689-695.

- Huddleston, W., & Marlowe, D. B. (2011). *Painting the current picture: A national report on drug courts and other problem-solving court programs in the United States*. National Drug Court Institute: Washington, D. C.
- Ives, R., & Ghelani, P. (2006). Polydrug use (the use of drugs in combination): A brief review. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 13, 225-232.
- Janssens, F. (1985). Betrouwbaarheid en validiteit in interpretatief onderzoek. *Pedagogisch tijdschrift*, 10, 149-161.
- \* Johnson, J.E., O'Leary, C., Striley, C.W., Ben Abdallah, A., Bradford, S., & Cottle, L.B. (2011). Effects of major depression on crack use and arrests among women in drug court. *Addiction*, 106, 1279-1286.
- Khan, K.S., ter Riet, G., Glanville, J., Sowden, A.J., & Kleijnen, J. (2001). *Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD's guidance for those carrying out or commissioning reviews, 2nd edition*. University of York, NHS Centre for Reviews and Dissemination: York.
- Kelly, J., Stout, R., Zywiak, W., & Schneider, E. (2006). A 3-year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 1381-1392.
- Koeter, M.W. (2000). *Verslaving. De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. ZonMw: Den Haag.
- Koeter, M.W. (2006). *Verslaving. De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. ZonMw: Den Haag.
- Koninklijk Besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten, *B.S.*, 26 juli 1990.
- Landau, T. (2004.) How to Put the Community in Community-Based Justice: Some Views of Participants in Criminal Court Diversion. *Howard Journal of Criminal Justice*, 43, 131-148.
- Laudet, A. (2008). The road to recovery: Where are we going and how do we get there? Empirically-driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance Use & Misuse*, 43, 2001-2020.
- Laudet, A., Becker, J., & White, W. (2009). Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use & Misuse*, 44, 227-252.
- Laudet, A., & White, W. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse*, 43, 27-54.

- Laudet, A., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*, 51-59.
- \* Leukefeld, C., Webster, J.M., Staton-Tindall, M., & Duvall, J. (2007). Employment and work among drug court clients: 12-month outcomes. *Substance Use & Misuse, 42*, 1109-1126.
- Lievens, J. (2001). Werken met secundaire data. In: J. Billiet & H. Waeghe (Eds.). Een samenleving onderzocht: Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek (pp. 343-363). Standaard Uitgeverij: Antwerpen.
- Lo, C.C., & Stephans, R.C. (2000). Drugs and prisoners: Treatment needs on entering prison. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26*, 229-245.
- Logan, T.K., Hoyt, W.H., McCollister, K.E., French, M.T., Leukefeld, C., & Minton, L. (2004). Economic evaluation of drug court: Methodology, results, and policy implications. *Evaluation and Program Planning, 27*, 381-396.
- Loman, T. (2003). Matching procedures in field experiments. Institute of Applied Research: St. Louis, Missouri.
- Loosveldt, G. (2001). Experimentele designs. In: J. Billiet & H. Waeghe (Eds.). Een samenleving onderzocht: Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek (pp. 157-179). Uitgeverij De Boeck nv: Antwerpen.
- \* Marinelli-Casey, P., Gonzales, R., Hillhouse, M., Ang, A., Zweben, J., Cohen, J., Fulton-Hora, P., & Rawson, R.A. (2008). Drug court treatment for methamphetamine dependence: Treatment response and posttreatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 242-248.
- Marlowe, D. (2003). Integrating substance abuse treatment and criminal justice supervision. *Science & Practice Perspectives, 2*, 4-14.
- \* Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Arabia, P.L., Dugosh, K.L., Benasutti, K.M., & Croft, J.R. (2009). Adaptive interventions may optimize outcomes in drug courts: A pilot study. *Current Psychiatry Reports, 11*, 370-376.
- \* Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Dugosh, K.L., & Lee, P.A. (2005). Are judicial status hearings a "key component" of drug court? Six and twelve months outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 79*, 145-155.
- Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Lee, P.A., Dugosh, K.L. & Benasutti, K.M. (2006). Matching judicial supervision to clients' risk status in drug court. *Crime & Delinquency, 52*, 52-76.
- Maruna, S. (2001). *Making Good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. American Psychological Association: Washington D.C.



- Maden, A., Swinton, M., & Gunn, J. (1992). A survey of pre-arrest drug use in sentenced prisoners. *British Journal of Addiction*, 87, 27-33.
- Maes, E. (2004). Vijf jaar Justitiehuisen: Enkele cijfers over de werking van de justitiehuisen tijdens de periode 1999-2002. *Panopticon*, 25, 73-109.
- May, C. (2008). Drug courts: A social capital perspective. *Sociological Inquiry*, 78, 513-535.
- McIvor, G. (2009). Therapeutic jurisprudence and procedural justice in Scottish drug courts. *Criminology and Criminal Justice*, 9, 29-49.
- McLellan, A. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly?: Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97, 249-252.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., & Kleber, H.D. (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The addiction severity index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- Mears, D.P., Winterfield, L., Hunsaker, J., Moore, G.E., & White, R.M. (2002). Drug treatment in the criminal justice system: The current state of knowledge. Urban Institute Justice Policy Center: Washington, D. C.
- Meese, J., Van Impe, K., & De Ruyver, B. (2000). De relatie tussen strafrechtsbedeling en drughulpverlening: op dreuf of op drift?, *Panopticon*, 3, 304-345.
- Mitchell, O., Wilson, D.B., Eggers, A., & MacKenzie, D.L. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: A meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, 40, 60-71.
- Moolenaar, D.E.G., Diephuis, B.J., Kalidien, S.N., Leertouwer, E.C., & van Tulder, F.P. (2009). Cahier 2009-8. Capaciteitsbehoefte Justitiële Ketens t/m 2014. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Ministerie van Justitie: Den Haag.
- Naples, M., Morris, L.S. & Steadman, H.J. (2007). Factors in disproportionate representation among persons recommended by programs and accepted by courts for jail diversion. *Psychiatric Services*, 58, 1095-1101.

- Nash, B. (2005). *Developing drug service policies. Briefing no. 8: Working in partnership*. Drugscope: London.
- National Association of Drug Court Professionals (NADCP) (1997). *Defining drug courts: The key components*. Office of Justice Programs, Drug Courts Program Office: Washington, D.C.
- Newton-Taylor, B., Patra, J., & Gliksman, L. (2009). Toronto drug treatment court: Participant intake characteristics as predictors of successful program completion. *Journal of Drug Issues, 39*, 965-987.
- Noppe, J., Hemmerechts, K., Pauwels, L., Verhage, A., & Easton, M. (2011). *De oude fout in beeld? Naar een lokale recidivemonitor voor de stad Antwerpen*. Maklu, Antwerpen.
- Organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de Openbare Centra voor maatschappelijk Welzijn, B.S., 5 augustus 1976.
- Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg van Vlaanderen en Brussel (2013). Opdrachten. Geraadpleegd op 23 januari 2013 via <http://www.overlegplatformsggz.be/Opdrachten/5712/ggz>.
- Patel, M.X., Doku, V., & Tennakoon, L. (2003). Challenges in recruitment of research participants. *Advances in Psychiatric Treatment, 9*, 229-238.
- Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drugs in prison: A break in the pathway. *Substance Use & Misuse, 37*, 47-63.
- Polkinghorne, D.E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 137-145.
- Powell, R., & Single, H. (1996). Focus groups. *International Journal for Quality in Health Care, 8*, 499-504
- Power, R., Jones, S., Kearns, G., & Ward, J. (1996). An ethnography of risk management amongst illicit drug injectors and its implications for the development of community-based interventions. *Sociology of Health & Illness, 18*, 86-106.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry, 45*, 7-12.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19*, 276-288.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.

- Ridgely, M., Goldman, H., & Willenbring, M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*, *16*, 123-132.
- Rollnick, S., & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*, 325-334.
- Sampson, R.J., & Laub, J.H. (1990). Crime and deviance over the life course: The salience of adult social bonds. *American Sociological Review*, *55*, 609-627.
- Sampson, R., & Laub, J. (1993). *Crime in the making: pathways and turning points through life*. Cambridge: Harvard university press.
- Sampson, R.J., & Laub, J.H. (2005). A life-course view of the development of crime. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *602*, 12-45.
- Schellaert, R. (2010). *Wat ervan te zeggen: Informatie en beroepsgeheim binnen het ortho- en sociaalagologisch werkveld*. Intersentia: Antwerpen.
- Schroeder, R.D., Giordano, P.C., & Cernkovich, S.A. (2007). Drug use and desistance processes. *Criminology*, *45*, 191-222.
- Scientific Institute of Public Health (WIV-ISP) (2011). Belgian Treatment Demand Indicator Register. WIV-ISP: Brussel.
- Shaffer, D.K. (2011). Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review. *Justice Quarterly*, *28*, 493-521.
- Sheidow, A.J., Jayawardhana, J., Bradford, W.D., Henggeler, S.W., & Shapiro, S.B. (2012). Money Matters: Cost-Effectiveness of Juvenile Drug Court with and without Evidence-Based Treatments. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *21*, 69-90.
- Sherman, L.W., Gottfredson, D.C., MacKenzie, D.L., Eck, J., Reuter, P., & Bushway, S.D. (1998). Research in Brief. Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising., National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice: Washington, D.C.
- Simpson, D. D., Joe G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K., & Rowan-Szal, G. A (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, *11*, 279-293.
- Skardhamar, T., & Telle, K. (2012). Post-release Employment and Recidivism in Norway. *Journal of Quantitative Criminology*, *28*, 629-649.
- Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G., & Kuipers, E. (2005). Patient-rated mental health needs and quality of live improvement. *The British Journal of Psychiatry*, *187*, 256-261.

- Slinger, E., & Roesch, R. (2010). Problem-solving courts in Canada: A review and call for empirically-based evaluation methods. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 258-264.
- Snyder, C.M.J. & Anderson, S.A. (2009). An Examination of Mandated Versus Voluntary Referral as a Determinant of Clinical Outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 278-292.
- Steadman, H.J., Redlich, A.D., Griffin, P., Petrila, J. & Monahan, J. (2005). From referral to disposition: case processing in seven mental health courts. *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 215-226.
- Stevens, A., Berto, D., Kerschl, V., Oeuvray, K., Van Ooyen, M., Steffan, E., Heckmann, W., & Uchtenhagen, A. (2003). Summary literature review: The international literature on drugs, crime and treatment. QCT Europe: Canterbury.
- Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kerschl, V., Oeuvray, K., Van Ooyen, M., Steffan, E., & Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review. *Substance Use & Misuse*, 40, 269-283.
- Stinson, F.S., Grant, B.F., Dawson, D.A., Ruan, W.J., Huang, B., & Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 105-116.
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *EMCDDA Insights. Social reintegration and employment: Evidence and interventions for drug users in treatment*. Publications Office of the European Union: Luxembourg.
- Sung, H.E., & Richter, L. (2006). Contextual barriers to successful reentry of recovering drug offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 365-374.
- Stinchcomb, J.B. (2010). Drug courts: Conceptual foundation, empirical findings, and policy implications. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 17, 148-167.
- Taxman, F.S. (1999). Unraveling what works for offenders in substance abuse treatment services. *National drug court institute review*, 2, 93-134.
- Thompson, M. (2010). Race, gender and the social construction of mental illness in the criminal justice system. *Sociological Perspectives*, 53, 99-125.
- Tromp, J., & Rietmeijer, E. (1989). *De aanpak van onderzoek: handleiding bij het opzetten van eenvoudig empirisch onderzoek voor scripties in het HBO*. Bohn, Scheltema & Holkema: Utrecht.
- Turner, S., Greenwood, P., Fain, T., & Deschenes, E. (1999). Perceptions of drug court: How offenders view ease of program completion, strengths and

- weaknesses, and the impact on their lives. *National Drug Court Institute Review*, 2, 58-82.
- Uchtenhagen, A., Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., Puppo, I., Santamaria, A., Schaaf, S., Steffan, E., Gegenhuber, B., Turnbull, P., & Werdenich, W. (2008). Evaluation of therapeutic alternatives to imprisonment for drug-dependent offenders. Findings of a comparative European multi-country study. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 10, 5-10.
- Vander Laenen, F. (2011). The end of the affair? Het beroepsgeheim in de samenwerking tussen justitie en de hulpverlening. *Panopticon*, 32, 1-11.
- Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J., & Lievens, D. (2011). *Drugs in cijfers III: Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België*. Academia Press: Gent.
- Vander Laenen, F., Colman, C., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2012a). De drugbehandelingskamer van Gent, procesevaluatie. In: Pauwels, L., & Vermeulen, G. (eds.). *Update in de Criminologie VI. Actuele ontwikkelingen inzake EU-strafrecht, veiligheid, politie, strafprocedure, prostitutie en mensenhandel, drugsbeleid en penologie* (pp. 277-297). Maklu: Antwerpen.
- Vander Laenen, F., Colman, C., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2012b). Drugbehandelingskamer, de Gentse ervaringen, *Panopticon*, 33, 1, 80-84.
- Vander Laenen, F., & Vanderplasschen, W. (2011). De opschorting, uitstel en probatie. In: L. Deben, K. De Greve, L. Delbrouck, H. De Waele, M. 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, W. (eds), *Wet en Duiding. Drugwetgeving 2011* (losbl.). Larcier: Gent.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M., Van Audenhove, S., Ansseau, M., & De Ruyver, B. (2013). *Analysis and optimization of substitution treatment in Belgium*. Academia Press: Gent.
- Vanderplasschen, W., Autrique, M. & De Wilde, J. (2010). Drugverslaafde ouders. In: G.A. Bakker, D.M. van Zeben-van der Aa, J. Dewispelaere, R. Vecht-van den Bergh, M. van der Meulen-van Dijk & Soyey, V.H. (eds.), *Kinderen & adolescenten: problemen en risicosituaties: Gezin* (pp. 208-227). Bohn Stafleu Van Loghum: Houten.
- 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, 913-922.

- Vandevelde, S., Broekaert, E., Schuyten, G., & Van Hove, G. (2005). Intellectual Abilities and Motivation Toward Substance Abuse Treatment in Drug-Involved Offenders: A Pilot Study in the Belgian Criminal Justice System. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 277-297.
- Van Ooyen-Houben, M. (2004). Quasi-compulsory treatment with offenders using hard drug. A study assessing the use of quasi-compulsory treatment in The Netherlands. [Drang bij criminele harddruggebruikers. Een onderzoek naar de toepassing van drang in Nederland.] *Tijdschrift voor criminologie*, 46, 233-248.
- Walsh, C., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1409-1425.
- Wartna, B.S.J. (2005). *Evaluatie van daderprogramma's. Een wegwijzer voor onderzoek naar de effecten van strafrechtelijke interventies speciaal gericht op het terugdringen van recidive*. WODC: Den Haag.
- Wartna, B. (2009). *In de oude fout. Over het meten van recidive en het vaststellen van het succes van strafrechtelijke interventies*. WODC: Den Haag.
- Wenzel, S.L., Longshore, D., Turner, S., & Ridgely, M.S. (2001). Drug courts – A bridge between criminal justice and health services. *Journal of Criminal Justice*, 29, 241-253.
- White, W. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 229-241.
- Wild, C., Newton-Taylor, B., & Alletto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addictive Behaviors*, 23, 81-95.
- Wild, T.C., Newton-Taylor, B., Ogborne, A.C., Mann, R., Erickson, P., & MacDonald, S. (2001). Attitudes toward compulsory substance abuse treatment: A comparison of the public, counselors, probationers and judges' views. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 8, 33-45.
- Wilson, D.B., Mitchell, O., & MacKenzie, D.L. (2006). A systematic review of drug court effects on recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 2, 459-487.
- Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., Vanderplasschen, W., & Vander Laenen, F. (2013). The impact of drug treatment courts on recovery: A systematic review. *The scientific World Journal*, 2013, Article ID 493679, 12 pages.
- Woody, G. (1996). The challenge of dual diagnosis. *Alcohol Health and Research World*, 20, 76-80.

- Wright, B.R.E., Caspi, A., Moffit, T.E., & Silva, P.A. (2001). The effects of social ties on crime vary by criminal propensity: A life-course model of interdependence. *Criminology*, 39, 321-351.
- Wright, J.P., & Cullen, F.T. (2004). Employment, peers, and life-course transitions. *Justice Quarterly*, 21, 183-205.
- Wright, J.P., Cullen, F.T., & Miller, J.T. (2001). Family social capital and delinquent involvement. *Journal of Criminal Justice*, 29, 1-9.
- \* Worcel, S.D., Furrer, C.J., Green, B.L., Burrus, S.W.M., & Finigan, M.W. (2008). Effects of Family Treatment Drug Courts on substance abuse and child welfare outcomes. *Child Abuse Review*, 17, 427-443.
- Young, D., Fluellen, R., & Belenko, S. (2004). Criminal recidivism in three models of mandatory drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 313-323.

