

## Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie aanbevelingen voor beleidsmakers

*Deze nota is opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep. De leden van de werkgroep worden, elk vanuit hun functie, geconfronteerd met de prangende en complexe problematiek van druggebruikers in de gevangenis. Deze problematiek vraagt het ontwikkelen van een Vlaams penitentiair zorgbeleid voor druggebruikers. Daartoe worden in deze nota aanbevelingen geformuleerd die een aanzet geven tot concrete oplossingen en die de discussie willen stimuleren.*

### Het principe: recht op zorg

De wetgever is stellig: mensen in detentie hebben dezelfde rechten t.o.v. het aanbod dat wordt georganiseerd voor mensen in de vrije samenleving. Dit houdt een garantie in op kwalitatieve hulp- en dienstverlening en gezondheidszorg binnen de penitentiaire context (Basiswet, 2005; art. 23 Grondwet; art. 40 Europese gevangenisregels; Decreet hulp- en dienstverlening gedetineerden, 2013).

De Basiswet van 2005 formuleert het fundamentele principe van gelijkwaardigheid tussen de gezondheidszorg in de vrije samenleving en de gezondheidszorg in een gevangenisomgeving, en voegt er ter ondersteuning van deze gelijkwaardigheid aan toe dat rekening dient gehouden met de specifieke noden van gedetineerden (art. 88). Bovendien formuleert art. 89 expliciet dat een gedetineerde recht heeft op continuïteit van gezondheidszorg, zoals dat ook het geval is in de vrije samenleving. Voorlopig zijn deze artikels uit de Basiswet nog niet in werking getreden.

### 1. Probleemstelling

Heel wat problematische druggebruikers komen in aanraking met politie en justitie omwille van inbreuken op de drugwetgeving of vaker nog omwille van druggerelateerde feiten zoals diefstal.

Binnen justitie is in de loop van de jaren het besef gegroeid dat de reactie vanuit politie, het parket en de rechtbanken tegenover druggebruikers het ultimatum remedium (laatste redmiddel) zou moeten zijn (Federale Regering, 2001). Het opsluiten van druggebruikers in de gevangenis dient zoveel als mogelijk te worden vermeden (Algemene Cel Drugsbeleid, 2010).

Justitie is immers niet de meest aangewezen actor om een antwoord te formuleren op een maatschappelijk fenomeen zoals drugmisbruik en is daar niet langer toe in staat gezien de groeiende overbelasting van het strafrechtssysteem in het algemeen en van de gevangnissen in het bijzonder. Bijzonder duidelijk komt deze vaststelling tot uiting in de gevangnissen, waar druggebruik wijdverspreid is en soms zelfs geïnduceerd wordt tijdens het verblijf in de gevangenis (Todts, 2007). Uit onderzoek in België blijkt dat 60% van de Belgische gedetineerden ooit in hun leven een illegale drug gebruikt hebben. Daarnaast vermeldt een derde van de gedetineerden een verboden middel te hebben gebruikt tijdens de huidige detentie. Opmerkelijk is dat 11% van de ooit-druggebruikers voor het eerst heroïne begint te gebruiken in de gevangenis (Van Malderen, 2011).

Een louter repressieve aanpak blijkt niet succesvol om middelengebruik en druggerelateerde criminaliteit te verminderen (Bull, 2005; De Ruyver et al., 2007). Detentie leidt zelfs tot heel wat negatieve effecten en beperkt in belangrijke mate de mogelijkheid tot een succesvolle re-integratie (Lipsey & Cullen, 2007).

Vrijwillige (drug)hulpverlening en hulpverlening onder justitiële druk blijken wel effectief te zijn in het verminderen van middelengebruik en van druggerelateerde criminaliteit (Gossop et al., 2005; Stevens et al., 2003), ook in België (De Ruyver et al., 2007; De Wree et al., 2009a, 2009b, Vander Laenen et al., 2013a). Bij deze hulpverlening is het van belang gericht te werken aan verschillende levensdomeinen, gezien de chroniciteit van middelengebruik en de complexiteit van ermee gepaard

gaande problemen op die verschillende levensdomeinen, zoals gezondheid, algemeen welbevinden, sociaal netwerk, tewerkstelling en de financiële situatie (Laudet & White, 2010; McLellan et al., 2000).

Deze vaststellingen zorgen voor een toegenomen doorverwijzing vanuit justitie naar de (drug)hulpverlening omdat daar het probleem van het druggebruik in de kern kan worden aangepakt (Vander Laenen & Vanderplasschen, 2011). De voorbije jaren werd volop ingezet op het stimuleren van de alternatieven om opsluiting van druggebruikers in de gevangenis te vermijden. Toch mag niet vergeten worden dat wel degelijk **heel wat druggebruikers in de gevangenis** verblijven omwille van druggerelateerde criminaliteit. Het gemis aan drughulpverlening tijdens detentie blijkt echter al jaren een belangrijk pijnpunt (Hellemans, Aertsen & Goethals, 2008; Favril & Vander Laenen, 2013a).

De focus op individueel herstel van problematische druggebruikers zal niet volstaan, een beleid naar druggebruikers en zeker naar ex-gedetineerde druggebruikers dient 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 (gezondheid, werk, dagbesteding) (Sumnall & Brotherhood, 2012).

De uitvoering van de 6<sup>o</sup> staatshervorming, met de overheveling van bevoegdheden naar de gemeenschappen, biedt een unieke kans om in Vlaanderen de zorg, in het bijzonder voor druggebruikers, in de gevangenis te verbeteren.<sup>1</sup>

## **2. Onderscheid tussen gedetineerden die kort of lang gedetineerd zijn**

Bij de zorg voor problematische druggebruikers in detentie dient een onderscheid gemaakt te worden tussen gedetineerden die kort in detentie verblijven (gedetineerden met een korte gevangenisstraf en gedetineerden in voorlopige hechtenis) en gedetineerden die langere tijd in de gevangenis verblijven.

### **2.1. Gedetineerden die kort gedetineerd zijn**

Voor gedetineerden die kort in detentie verblijven (enkele weken) kan een verder onderscheid gemaakt worden tussen gedetineerden die reeds voor de detentie drughulpverlening kregen en gedetineerden die geen drughulpverlening kregen.

Voor gedetineerden die **al drughulpverlening kregen** dient maximaal ingezet te worden op de *continuïteit van de zorg*. De hulpverlening die voor de detentie werd aangeboden dient tijdens de detentie onverkort te worden gecontinueerd zodat een cesuur in de hulpverlening wordt vermeden (tijdens de detentieperiode en na de vrijlating).

Minimaal dient substitutiebehandeling (ook onderhoudsdosis) te worden verdergezet (Kinlock et al., 2009). Een knelpunt hierbij is dat uit onderzoek blijkt dat 5 van de 15 gevangenis enkel substitutie op detoxbasis aanbieden (Vander Laenen et al., 2013b). Om dit te ondervangen zijn verschillende pistes mogelijk. Een zorgbeleid rond substitutie kan worden ontwikkeld (los van individuele voor- of afkeuren van artsen). Vorming voor de gevangenisartsen kan de weerstand tegen substitutie op onderhoudsbasis beperken.

Met het oog op een zo optimaal mogelijke terugkeer dient de detentie zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de gedetineerde en de behandelaars/begeleiders te worden uitgevoerd. Deze geografische nabijheid laat de (drug)-hulpverleners toe, om met duidelijke doelstellingen en onderlinge taakverdeling, een plan voor re-integratie (behandeling, huisvesting, inkomen, dag bezigheid ...), vanzelfsprekend in dialoog met de gedetineerde, uit te werken. Het daartoe noodzakelijk overleg tussen de hulpverleners en cliënt kan mogelijks gefinancierd worden als een multidisciplinair overleg voor psychiatrische patiënten (K.B. van 27 maart 2012, B.S. 30.03.2012). Een knelpunt blijft dat de gespecialiseerde drughulpverlening met een RIZIV-conventie (MSOC's, dagcentra) geen activiteiten mogen uitvoeren buiten de voorziening. Bij de communautarisering van deze centra kan hiertoe de financiering worden aangepast zodat zij wel – letterlijk – zorg kunnen aanbieden in de gevangenis.

Wij stellen dan ook een wetswijziging voor die toelaat de behandeling en therapie van druggebruikers in de gevangenis te financieren, naar analogie met de wetsaanpassingen aan de RIZIV-wet om te kunnen tegemoetkomen aan de geneeskundige zorgen aan gedetineerden en geïnterneerden.<sup>ii</sup> Indien de RIZIV-wet zou kunnen aangepast worden, is het probleem van de financiering op te lossen met het afsluiten van conventies tussen de Minister van Volksgezondheid, de Minister van Justitie en de betrokken instantie die de therapie verstrekt.

Voor gedetineerden die (nog) **geen drughulpverlening kregen** voorafgaand aan de detentie kunnen de Centrale Aanmeldingspunten (CAP) de druggebruiker oriënteren naar het hulpverleningsaanbod dat het best aansluit bij hun noden, zodat de drughulpverlening eens ze vrijkomen snel kan worden opgestart (en niet gewacht dient te worden met dit proces tot op het moment van de vrijlating).<sup>iii</sup>

Problematische druggebruikers kunnen tijdens deze (korte) detentie deelnemen aan een, door de lokale drughulpverlening georganiseerde interventie, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en schadebeperking. Deze interventie bestaat uit twintig sessies over een periode van vier weken. De doelgroep is mannen en vrouwen in de gevangenis in voorlopige hechtenis of met een gevangenisstraf van 12 maanden of minder (en start voor deze laatste groep idealiter in de laatste 6 maanden van de detentie). Het doel van de interventie is antisociaal gedrag en het gedrag gelinkt aan drugmisbruik te verminderen. Deelnemers krijgen inzicht in de risico's die verbonden zijn aan middelenmisbruik, weten wat de behandelmogelijkheden zijn binnen en buiten de gevangenis.<sup>iv</sup> Andere aspecten die aan bod moeten komen: schadebeperking, motivatie en veranderingsprocessen (zie bvb. McMurrin, 2009), omgaan met craving, omgaan met "gebruikersvrienden", aanleren van probleemoplossend gedrag, opstellen van een eigen hervulpreventieplan (Chandler et al. 2009).

## 2.2. Gedetineerden die voor langere tijd gedetineerd zijn

Voor gedetineerden die voor langere tijd gedetineerd zijn kan een verder onderscheid gemaakt worden tussen de organisatie van zorg tijdens de detentie en de organisatie van zorg tijdens de overgang van detentie naar de vrije samenleving.

Bij gedetineerden die voor langere tijd gedetineerd zijn dient **tijdens de detentie** maximaal ingezet te worden op het voorzien van drughulpverlening tijdens de detentieperiode. Hierbij kan een combinatie gemaakt worden tussen het maximaal binnenbrengen van de drughulpverlening uit de vrije samenleving in de detentie (bijvoorbeeld het oprichten van een antennepost van het MSOC of dagcentrum in de gevangenis) en het organiseren van een gevangenis-specifiek aanbod.

Het B.leave project bestaat al meer dan tien jaar en heeft zijn effectiviteit al bewezen (Todts, 2006).

Uit internationale voorbeelden en uit onderzoek blijkt duidelijk dat een therapeutische gemeenschap uitbouwen in een gevangenis zeer zinvol is. De Therapeutische Gemeenschappen binnen gevangenissen hebben immers hun effectiviteit bewezen: er zijn voldoende voorbeelden in Engeland, Amerika, Griekenland, Roemenië,....<sup>v</sup> Zo toonde een onderzoek in de VS bijvoorbeeld aan dat er een recidivedaling is met bijna 50% voor verslaafden die een behandeling volgden in een TG-model, mits voorzien wordt in nazorg (Wexler et al., 1999). Ook andere, meer recente studies wijzen op positieve effecten met betrekking tot recidive (zie bijvoorbeeld Welsh et al., 2007; Wexler & Prendergast, 2010). Een (TG)behandeling vereist een ruimte die (ook fysiek) afgezonderd is van de rest van de gevangenis, gezien het belang van de omgeving en van de peers in een TG. Mocht in de toekomst de bouw van een nieuwe gevangenis worden overwogen, dan dient een afzonderlijke behandelingseenheid architecturaal te worden voorzien in de plannen.

Om de vaak bruuske **overgang** tussen de detentieperiode en de vrijheid meer geleidelijk te laten verlopen wordt gedacht aan het organiseren van overgangsvormen uit de detentie, naar analogie met de tussenhuizen die bestaan na een verblijf in een therapeutische gemeenschap. Dergelijke tussenhuizen zouden toelaten om het zorgtraject dat tijdens de detentie is uitgebouwd verder te

zetten door de drughulpverlening uit de vrije samenleving en daarenboven de nodige transfertraining te voorzien in een context die dichter aansluit bij de maatschappelijke realiteit.

Om een zo groot mogelijke spreiding over Vlaanderen te bekomen kan beroep gedaan worden op initiatieven voor Beschut Wonen die i.s.m. de lokale drughulpverlening een geëigend aanbod kunnen ontwikkelen. Binnen de bestaande programmatie voor Beschut Wonen is nog uitbreiding mogelijk. De huidige initiatieven beschut wonen zijn echter voornamelijk bedoeld voor psychiatrische patiënten. Organisaties die met drugverslaafden werken zouden moeten kunnen aangeduid worden om voor deze specifieke doelgroep een aanbod Beschut Wonen te realiseren.

Een knelpunt bij de overgang van de detentieperiode naar de vrijheid betreft de feitelijke sanctionering van gedetineerden die naar einde straf kiezen voor een residentieel behandelingsprogramma. Indien ze dit programma voortijdig afbreken dienen ze de resterende straf volledig uit te zitten zonder dat rekening gehouden wordt met de maanden/weken dat ze in opname waren. Wij pleiten er dan ook voor dat de periode die de veroordeelde in een residentieel behandelingsprogramma heeft verbleven, integraal wordt afgetrokken van het nog resterende gedeelte van de vrijheidsstraf.<sup>vi</sup>

### 2.3. Een gedifferentieerd aanbod

Rekening houdend met de verschillende noden van druggebruikers tijdens een detentieperiode is het evident dat een optimaal hulpverleningsaanbod uit verschillende vormen van hulp bestaat waaronder:

1. Continuering van zorg die reeds lopende was voor de detentie:
  - Substitutiebehandeling continueren;
  - Uitwerken van een zorgbeleid voor drugverslaafden in de gevangenis;
  - Vorming voor het zorgteam en penitentiair bewakingsassistenten rond de behandeling van drugverslaafden;
  - Samenwerking en overleg tussen behandelaars buiten en in de gevangenis i.f.v. zorgcontinuïteit;
  - Antennepunten van de ambulante drughulpverlening uitbouwen binnen de gevangensmuren.
2. In elke gevangenis: oriëntatie naar en motivatie voor de drughulpverlening via een centraal aanmeldpunt voor drugverslaafden.
3. Aanbod van een georganiseerde interventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en schadebeperking (een kort intensief programma van 4 weken).
4. De mogelijkheid om een drugvrije afdeling in elke gevangenis te voorzien, waar dit architectonisch haalbaar is (en met de noodzakelijke creativiteit), dient door de lokale stuurgroep drugs onderzocht te worden. De lokale drughulpverlening kan instaan voor een minimaal basisaanbod zoals dat ook wordt voorgesteld voor gedetineerden die kort gedetineerd zijn.
5. Een drugvrije gevangenis (of een afgesloten deel van een gevangenis) per regio waar gemotiveerde gedetineerden kunnen naar toe gestuurd worden, zoals Downview in Engeland (Trace, 1998). Deze gevangenis zou zich volledig kunnen toelagen op en specialiseren in specifieke therapeutische programma's voor de doelgroep (Mitchell et al., 2006). Het B-leave project in Ruiselede kan verder uitgebouwd worden. Bovendien kan een prison-based Therapeutische Gemeenschap worden opgestart.
6. Tussenhuizen als geleidelijk overgangsvorm i.f.v. een vlotte re-integratie.

Voorgesteld wordt om elk nieuw op te starten project een proefperiode van 5 jaar te geven en daaraan een proces- en een effect-evaluatie-onderzoek te koppelen. **Evidence-based** werken

impliceert het systematisch wetenschappelijk evalueren van proefprojecten. Een negatieve evaluatie betekent de afbouw of afschaffing van projectfinanciering, terwijl een positieve evaluatie tot structurele financiering zou moeten leiden.

### **3. Randvoorwaarden**

#### **3.1. Financiering**

Een belangrijk knelpunt bij de organisatie van de zorg tijdens de detentie is de financiering. Bij het binnenkomen in de gevangenis vallen gedetineerden uit de ziekteverzekering. Momenteel neemt de FOD Justitie de organisatie van de gezondheidszorg en de kosten voor de geneeskundige verzorging van gedetineerden op zich. Vanuit het oogpunt van een uniforme verzekeraarbaarheid stellen we voor om voor gedetineerden een volwaardig statuut te voorzien binnen de verplichte ziekteverzekering. Dit zou toelaten dat zij dezelfde rechten binnen de verplichte ziekteverzekering zouden kunnen laten gelden als sociaal verzekerden in de vrije samenleving.

Specifiek voor de gespecialiseerde drughulpverlening met een RIZIV-conventie geldt dat bij de communautarisering van deze centra de financiering kan worden aangepast zodat zij zorg-modules binnen de gevangenissen kunnen ontwikkelen.

#### **3.3. Integratie en afstemming met andere voorzieningen**

Het spreekt voor zich dat het hulp- en dienstverleningsaanbod aan gedetineerde problematische druggebruikers optimaal geïntegreerd moet worden met dat van de andere actoren die een gerelateerd aanbod organiseren binnen de gevangenis (bv. de diensten Justitieel Welzijnswerk van de centra algemeen welzijnswerk en de centra voor geestelijke gezondheidszorg). Met de goedkeuring van het Vlaams decreet hulp- en dienstverlening aan gedetineerden hebben alle betrokken Vlaamse actoren ook de opdracht gekregen om gedetineerden te ondersteunen na ontslag.

De nakende overheveling van de financiering van gespecialiseerde drughulpvoorzieningen en van de Justitiehuisen naar de gemeenschappen betekent dat de tijd nu rijp is om een meer geïntegreerde aanpak t.o.v. de resocialisatie van gedetineerden in Vlaanderen door te voeren. Om zijn impact te maximaliseren moet deze aanpak specifieke aandacht hebben voor gedetineerde problematische druggebruikers. De 6de staatsvorming geeft Vlaanderen een aantal belangrijke sleutels in handen om een Vlaams beleid over middelengebruik en verslavingsproblemen uit te werken (VAD, 2013; [www.vad.be](http://www.vad.be)). De koppeling van drughulpverlening en de re-integratie van ex-gedeteneerden met een drugproblematiek vormt dan ook een belangrijke opportuniteit bij het ontwikkelen van een Vlaams Welzijns- en Gezondheidsbeleid voor deze kwetsbare doelgroep.

### **4. De kernpunten op een rij**

De wetgever is stellig: mensen in detentie hebben dezelfde rechten t.o.v. het aanbod dat wordt georganiseerd voor mensen in de vrije samenleving. Dit houdt een garantie in op kwalitatieve hulp- en dienstverlening en gezondheidszorg binnen de penitentiaire context.

De uitvoering van de 6° staatsvorming, met de overheveling van bevoegdheden naar de gemeenschappen, biedt een unieke kans om in Vlaanderen de zorg, in het bijzonder voor druggebruikers, in de gevangenissen te verbeteren.

Voor gedetineerden die **al drughulpverlening kregen** dient maximaal ingezet te worden op de *continuïteit van de zorg*. De hulpverlening die voor de detentie werd aangeboden dient tijdens de

detentie onverkort te worden gecontinueerd zodat een cesuur in de hulpverlening wordt vermeden. Minimaal dient substitutiebehandeling (ook onderhoudsdosis) te worden verdergezet.

Voor gedetineerden die **(nog) geen drughulpverlening kregen** voorafgaand aan de detentie kunnen de Centrale Aanmeldingspunten (CAP) de druggebruiker oriënteren naar het hulpverleningsaanbod dat het best aansluit bij hun noden. Zo kan de drughulpverlening, eens ze vrijkomen, snel worden opgestart.

Bij gedetineerden die voor langere tijd gedetineerd zijn dient **tijdens de detentie** maximaal ingezet te worden op het voorzien van drughulpverlening tijdens de detentieperiode. Hierbij kan een combinatie gemaakt worden tussen het maximaal binnenbrengen van de drughulpverlening uit de vrije samenleving in de detentie (bijvoorbeeld het oprichten van een antennepost van het MSOC of dagcentrum in de gevangenis) en het organiseren van een gevangenis-specifiek aanbod.

Om de vaak bruuske **overgang** tussen de detentieperiode en de vrijheid meer geleidelijk te laten verlopen wordt gedacht aan het organiseren van overgangsvormen uit de detentie, naar analogie met de tussenuizen die bestaan na een verblijf in een therapeutische gemeenschap.

Juni 2014

De leden van de werkgroep:

- Clarysse Francis	FOD justitie
- Declercq Ilse	FOD gezondheid
- Dominicus Hans	FOD justitie
- Mulleneers Frank	Politiezone GAOZ
- Naessens Gert	POPOV
- Paterson Neil	Steunpunt Algemeen Welzijnswerk
- Stas Luc	FOD justitie
- Vander Laenen Freya	Universiteit Gent
- Vandavelde Dirk	De Kiem
- Vandavelde Stijn	Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek
- Vanhex Marcel	CAD Limburg
- Vanmalderen Sara	FOD justitie
- Van Roeyen Sofie	Universiteit Gent
- Verellen Roel	FOD justitie

## Bibliografie

- Algemene Cel Drugsbeleid (2010). *Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs*. Teruggevonden op: [www.belspo.be/belspo/organisation/Call/forms/drug2011/IMC%20drugsalgemene%20verklaring%2025%20januari%202010.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/Call/forms/drug2011/IMC%20drugsalgemene%20verklaring%2025%20januari%202010.pdf)
- 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.
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *JAMA*, 301(2), 183-190. doi: 10.1001/jama.2008.976
- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F., & Sohier, C. (2007). *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*. Gent: Academia Press.
- De 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.
- Federale Regering (2001). Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek, B.S. 19/01/2001.
- Lipsey, M. W., & Cullen, F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3, 297-320.
- Federale Reflectiegroep 'Zorg en detentie' (2014). *Memorandum 'Zorg en detentie'*. Brussel: FOD Volksgezondheid.
- Favril, L. & Vander Laenen, F. (2013). Een geïntegreerd drugsbeleid in de gevangenis: zorgen voor morgen. *Fatik*, 31, 15-20.
- 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.
- Hellemans, A., Aertsen I. & Goethals, J. (2008). *Externe evaluatie strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden: eindrapport*. Leuven: KULeuven.
- Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P., Fitzgerald, T. T. & O'Grady, K. E. (2009), A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: results at 12 months post release. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 277-285.
- 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.
- 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. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.
- McMurran, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, 14, 83-100.
- Mitchell, O., Wilson, D.B. & MacKenzie D.L. (2006). *The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior*. Campbell Systematic Reviews, 11. DOI: 10.4073/csr.2006.11.
- Stevens, A., Berto, D., Kersch, V., Oeuvray, K., Van Ooyen, M., Steffan, E., Heckmann, W., & Uchtenhagen, A. (2003). *Summary literature review: The international literature on drugs, crime and treatment*. Canterbury: QCT Europe.
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *EMCDDA Insights. Social reintegration and employment: Evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Todts, S. (2006). *The Believe treatment program: Effects on Reoffending*. Studiedag PSD, Gevangenis van Brugge, 8 september 2006. In Daems, Pletincx, Robert, et al. (2006). *Achter tralies in België*. Gent: Academia Press.
- Todts, S. (2007). Jailhouse blues: drugsgebruik achter de tralies (pp. 309-323), in J. CASSELMAN en H. KINABLE (ed.), *Het gebruik van illegale drugs, Multidimensioneel bekeken*. UGA: Heule.

Trace, M. (1998). Tackling drug use in prison: a success story. *International Journal of Drug Policy*, 9, 277–282.

Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (2013). *Memorandum over de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen, 4 december 2013*. Brussel: VAD. Teruggevonden op: [www.vad.be/media/1556654/memorandum%202014.pdf](http://www.vad.be/media/1556654/memorandum%202014.pdf).

Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2013a). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: Een uitkomstenevaluatie*. Academia Press: Gent.

Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M., Van Audenhove, S., Anseau, M. & De Ruyver, B. (2013b). *Analysis and optimization of substitution treatment in Belgium*. Academia Press: Gent.

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 Ilishout, S. Van Malderen, & W. Van Steenbrugge, W. (eds.), *Wet en Duiding: Drugwetgeving 2011* (losbladige uitgave). Gent: Larcier.

Van Malderen, S. (2011). Drugs and prisons (pp. 110-136), In Deben, L. et al (eds.) (2011). *Drugwetgeving 2011*. (Larcier, Wet en Duiding). Larcier: Gent.

Welsh, W.N. (2007). A multisite evaluation of prison-based therapeutic community drug treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 34(11), 1481-1498.

Wexler, H. K., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). 3-year reincarceration outcomes for amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *The Prison Journal*, 79, 321-336.

Wexler, H.K. & Prendergast, M.L. (2010). Therapeutic Communities in United States' Prisons: Effectiveness and Challenges. *Therapeutic Communities*, 31(2), 157-175.

## Wet- en regelgeving

Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerde, *B.S.*, 1 februari 2005.

Wet van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten, *B.S.*, 15 juni 2006.

Koninklijk besluit van 27 maart 2012 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de deelname aan overleg rond een psychiatrische patiënt, de organisatie en coördinatie van dit overleg en de functie van referentiepersoon, *B.S.*..30.03.2012.

Decreet van 8 maart 2013 betreffende de organisatie van hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, *B.S.*, 21 april 2013. Council of Europe, Committee of Ministers (2006). Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules.

---

<sup>i</sup> Alle organisaties binnen de drughulpverlening met een RIZIV-conventie (de dagcentra, Medisch Sociale Opvangcentra, Crisisinterventiecentra en Therapeutische Gemeenschappen) gaan van het federale naar het Vlaamse niveau over.

<sup>ii</sup> Dit zou een uitbreiding vragen van artikel 56 § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 naar de drugverslaafden.

<sup>iii</sup> Zie [www.verslaafdenzorg.be](http://www.verslaafdenzorg.be) voor meer informatie over de werking van de centrale aanmeldpunten voor drugverslaafden in de gevangenis.

<sup>iv</sup> Zie [www.dekiem.be](http://www.dekiem.be) (bij gevangeniswerking) voor meer informatie over het voorgestelde kort programma voor drugverslaafden.

<sup>v</sup> Zie [www.dekiem.be](http://www.dekiem.be) voor een visietekst over de organisatie van een prison-based therapeutische gemeenschap voor drugverslaafden.

<sup>vi</sup> Dit zou een aanpassing vragen van artikel 68 § 5 van de Wet van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten, *B.S.*, 15 juni 2006.