

Erkenningsnummer P702012

België-Belgique
P.B.
9000 Gent
3/3505

THERAPEUTISCH PROGRAMMA VOOR DRUGGEBRUIKERS



Driemaandelijks tijdschrift van De Kiem v.z.w.



4 Jaargang 22 | oktober, november, december 2014

Recht op aangepaste zorg ...

Justitie, en meer specifiek het gevangenisbeleid, komt regelmatig in de belangstelling omwille van de overbevolking van de gevangenen en dus het tekort aan personeel, het gebrek aan financiële middelen en het tekort aan gekwalificeerde zorgverleners, de opsluiting van psychisch zieke mensen (geïnterneerden) zonder adequate zorg en het ontoereikend aanbod voor de grote aantallen druggebruikers opgesloten in de gevangenen. Toch is er weldegelijk ook heel wat aandacht voor deze problematiek. Verschillende gevangenisdirecteuren doen samen met hun beschikbaar personeel behoorlijk wat inspanningen om de levenskwaliteit in de gevangenen te verbeteren. Twee werkgroepen waar ik deel van uitmaakte, hebben los van elkaar ook nota's opgesteld met aanbevelingen voor het beleid.

Eén van deze groepen werd samengeroepen door het Directoraat-Generaal Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid en was samengesteld uit zorgverleners, ambtenaren en experts en wetenschappers betrokken bij deze problematiek. De tekst van deze werkgroep handelt over de ruime gezondheidszorg binnen gevangenen. De integrale tekst is terug te vinden op de website van De Kiem. Een andere tijdelijke werkgroep schreef een beleidsnota specifiek over de druggebruikers in de gevangenen en concentreerde zich op het uitwerken van een aantal concrete en haalbare voorstellen. Deze tekst is integraal opgenomen in dit tijdschrift.

Dat druggebruikers recht hebben op aangepaste zorg staat zeer duidelijk verwoord in de basiswet van het gevangeniswezen (2005): *"De gedetineerde heeft recht op een gezondheidszorg die gelijkwaardig is met de gezondheidszorg in de vrije samenleving en die aangepast is aan zijn specifieke noden."* Niemand zal dit dus tegenspreken. Het feit is wel dat er geen voldoende middelen worden vrij gemaakt voor een degelijke drughulpverlening binnen de gevangenis. Druggebruikers zijn meestal al een uitgestoten groep, laat staan de druggebruikers in de gevangenis. De ministers van Justitie en Volksgezondheid schuiven de verantwoordelijkheid naar elkaar toe. Hulpverlening is een opdracht voor Volksgezondheid en dus moet Justitie hier niet voor betalen. Maar wie is er voor verantwoordelijk dat gedetineerden minder recidiveren? Is het dan echt

zo moeilijk om hier samen de verantwoordelijkheid op te nemen? Uit internationaal onderzoek en uit internationale voorbeelden blijkt duidelijk: investeren in behandelaanbod voor drugverslaafden binnen de gevangenis zorgt voor een daling van het recidivisme en de leef sfeer op de gevangenisafdeling gaat er ongeloflijk op vooruit. Waarom zijn er, naast andere behandelvormen, therapeutische gemeenschappen binnen de gevangenis in Amerika, Engeland, Australië, Griekenland, Roemenië, enz. en niet in België?

Met De Kiem zijn we betrokken bij het B.leave project in de gevangenis van Ruiselede en zijn we actief in de drugvrije afdeling van Brugge. Samen met de collega's van de gespecialiseerde behandelcentra voor drugverslaafden sturen wij ook de medewerkers van het CAP in de gevangenis aan. Het jaarverslag over 2013 toont aan dat bijna 1000 gedetineerden werden gezien om hen te oriënteren naar de hulpverlening. Jammer genoeg worden heel wat gedetineerde verslaafden in behandelcentra (voornamelijk klinieken) nog steeds geweigerd omdat ze zagezegd niet zouden gemotiveerd zijn. In De Kiem kunnen ze wel terecht. Eigen onderzoek heeft ons immers geleerd dat cliënten met een justitieel verleden het niet slechter doen in vergelijking met cliënten zonder strafblad. Tegenwoordig verblijven er ook regelmatig ex-gedetineerden onder elektronisch toezicht (ET) in De Kiem.

Andino is zo'n bewoner. Zijn residentieel programma zit er bijna op. Eind dit jaar komt de grote test: Voor het eerst sinds lange tijd terug volledig zelfstandig leven. Ook de ouders van Steven zijn blij met de evolutie die hun zoon doormaakte. Uit hun verhaal blijkt ook de grote betrokkenheid van de familie in het programma van De Kiem.

2014 zit er weer bijna op, tijd voor een balans en een nieuw actieplan. Ik wens iedereen veel warme knuffels en genegenheid in het komende jaar.

Dirk Vandevelde
Directeur



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

Geconfronteerd met de prangende en complexe problematiek van druggebruikers in de gevangenis, stelde een ad hoc multidisciplinaire werkgroep een nota met aanbevelingen samen. Dit pleidooi voor een Vlaams penitentiair zorgbeleid voor druggebruikers wil een aanzet geven tot concrete oplossingen en wil de discussie hieromtrent 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 de politie, het parket en de rechtbanken tegenover druggebruikers het

ultimum 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 druggere-

lateerde 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^o 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.¹

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 mogelijk 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.² 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).³

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.⁴ 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 hervolpreventieplan (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,...⁵ 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 sanctiëring van gedetineerden die na 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.⁶

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 behandelaren buiten en in de gevangenis i.f.v. zorgcontinuïteit;
 - antennepunten van de ambulante drughulpverlening uitbouwen binnen de gevangismuren.
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).
6. Het B-leave project in Ruiselede kan verder uitgebouwd worden.
7. Bovendien kan een prison-based Therapeutische Gemeenschap worden opgestart.
8. 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.

3.2. 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 staatshervorming geeft Vlaanderen een aantal belangrijke sleutels in handen om een Vlaams beleid over middelengebruik en verslavingsproblemen uit te werken (VAD, 2013; www.vad.be). De koppeling van drughulpverlening

en de re-integratie van ex-gedetineerden 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^o 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 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 tussenhuisen die bestaan na een verblijf in een therapeutische gemeenschap.



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
- Vandeveldt Dirk De Kiem
- Vandeveldt 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*. Terugggevonden op: www.belspo.be/belspo/organisatie/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.

Hellems, 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.

McMurrin, 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. Terugggevonden op: 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 lishout, 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.

toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, 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.

(Endnotes)

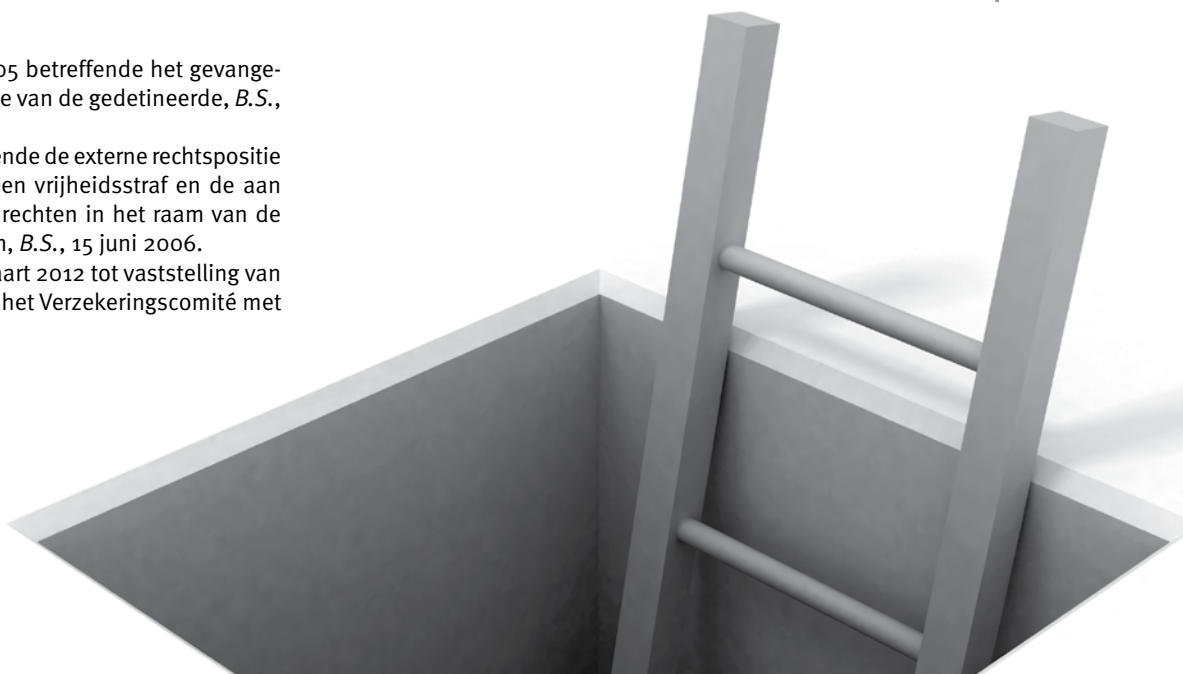
- 1 Alle organisaties binnen de drughulpverlening met een RIZIV-conventie (de dagcentra, Medisch Sociale Opvangcentra, Crisisinterventiecentra en Therapeutische Gemeenschappen) gaan van het federale naar het Vlaamse niveau over.
- 2 Dit zou een uitbreiding vragen van artikel 56 § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 naar de drugverslaafden.
- 3 Zie www.verslaafdenzorg.be voor meer informatie over de werking van de centrale aanmeldpunten voor drugverslaafden in de gevangenis.
- 4 Zie www.dekiem.be (bij gevangeniswerking) voor meer informatie over het voorgestelde kort programma voor drugverslaafden.
- 5 Zie www.dekiem.be voor een visietekst over de organisatie van een prison-based therapeutische gemeenschap voor drugverslaafden.
- 6 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.

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



Het Centraal Aanmeldpunt voor druggebruikers in de gevangenis - Jaarverslag 2013

1. Inhoud van het CAP

Het centraal aanmeldpunt drugs of kortweg CAP, wil alle gedetineerden met een drugprobleem ondersteunen in hun zoektocht naar drughulpverlening.

De eerste doelstelling van het CAP is gedetineerden op een positieve manier laten kennis met de drughulpverlening en hen te informeren over de bestaande hulpverleningmogelijkheden.

Het CAP heeft als tweede doelstelling mensen motiveren om de stap naar hulpverlening te zetten. Het CAP is geen deel van justitie wat betekent dat mensen niet verplicht worden om in de hulpverlening te stappen. De CAP-intaker bespreekt met de cliënt de bestaande mogelijkheden en probeert hem te motiveren tot verandering.

De derde doelstelling van het CAP is, wanneer gedetineerden wel een begeleiding of opname overwegen, een doorverwijzing te organiseren die het best aansluit bij de hulpvraag en de problematiek. Het is ook het CAP dat de effectieve contacten legt met de hulpverlening om de cliënt daar aan te melden.

Het CAP heeft ook als taak om de contacten met de verschillende centra binnen de drughulpverlening verder uit te breiden en op die manier de brug tussen de gevangenis en de drughulpverlening te maken. Omwille van deze reden zijn er ook in 2013 verschillende werkbezoeken doorgegaan. Het CAP ging onder andere op bezoek bij een aantal verslavingsafdelingen binnen de psychiatrie en bij een aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg.

2. Organisatie van het CAP

Het CAP is een project dat georganiseerd wordt door de VVBV (=Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg) in opdracht van Federale Overheidsdienst Justitie, dienst gezondheidszorg.

Het uitgebreide CAP, met een werking in bijna elke Vlaamse gevangenis, ging officieel van start op 1.03.2011.

Het centraal aanmeldpunt voor druggebruikers bestaat in de volgende gevangenissen (14): Brugge, Ieper, Gent, Oudenaarde, Antwerpen, Dendermonde, Leuven-centraal, Leuven-hulp, Mechelen, Hasselt, Merksplas, Wortel (Tilburg), Hoogstraten en Turnhout.

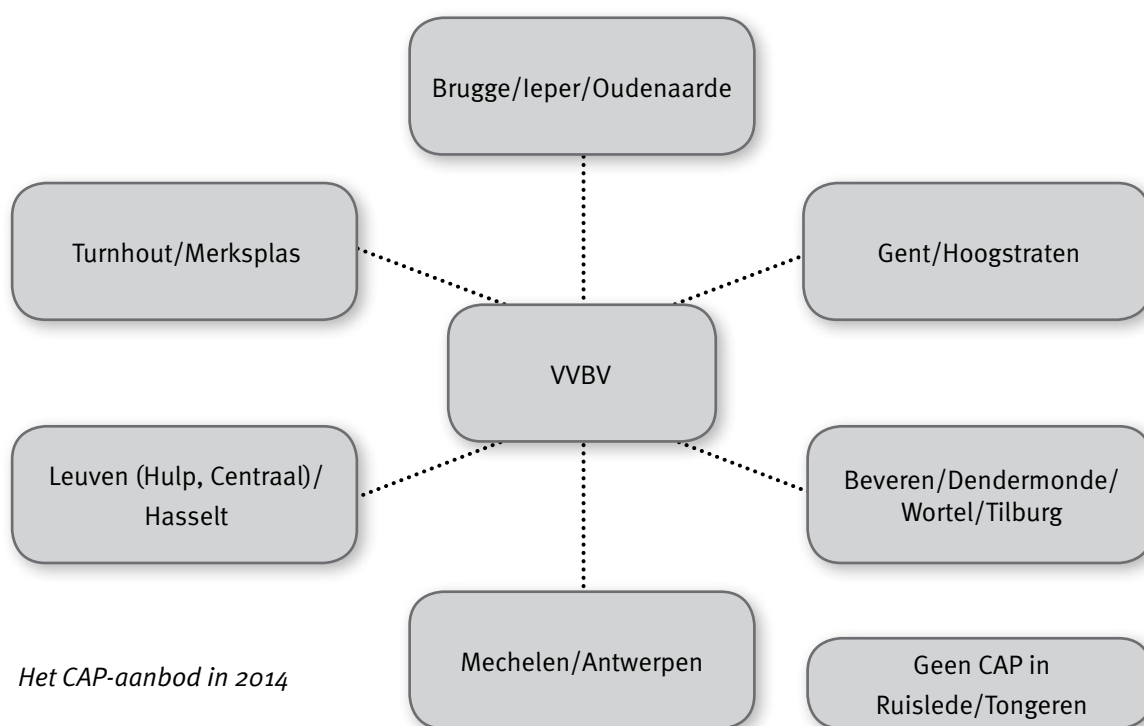
In de gevangenissen van Ruiselede en Tongeren bestaat tot op heden geen CAP. De gedetineerden met een verslavingsproblematiek van de gevangenis van Tilburg gaan op transfer naar de gevangenis van Wortel, indien zij een gesprek met het CAP willen.

Binnen het CAP is één persoon voltijds werkzaam, de overige 4 werknemers werken halftijds voor het centraal aanmeldpunt.

NIEUW IN 2014

Sinds 2 juni 2014 is het CAP ook opgestart binnen de gevangenis van Beveren.

Sindsdien werken één medewerker voltijds en 5 medewerkers halftijds voor het centraal aanmeldpunt. Vanaf 1 november 2014 werd met middelen beschikbaar gesteld vanuit de Sociale Maribel een extra halftijdse werknemer aangeworven die wordt ingezet in de gevangenissen van Brugge, Gent en Merksplas.



Het CAP-aanbod in 2014

3. Jaarverslag 2013

Aantallen

Gedurende het werkjaar 2013 kreeg het CAP in het totaal 1242 aanvragen voor een gesprek, en zag het CAP hiervan 955 cliënten. Dit leidde in het totaal tot 1608 persoonlijke gesprekken. Dit wil zeggen dat ongeveer 1 op 5 cliënten, aangemeld op het CAP, nooit gezien wordt.

De meeste CAP-aanmeldingen en gesprekken gebeuren in de grotere gevangenissen van Brugge, Antwerpen, Hasselt, Gent en Merksplas. Sommige gedetineerden gaan na aanmelding vrij of op transfer of weigeren alsnog een gesprek. In Dendermonde, Antwerpen en Gent is die groep

het grootst (resp. 29,4 %, 29 % en 26,3 %). Op het einde van het jaar zijn er in leper, Leuven en Tilburg geen wachtlijsten en in Hoogstraten, Merksplas en Antwerpen staan er (procentueel) nog het meest gedetineerden op de wachtlijst (resp. 17,3 %, 12 % en 8,5 %).

Opvolging dossiers vanuit 2011 en 2012

Verschillende cliënten die gedurende 2011 en 2012 aangemeld werden op het CAP, verbleven in 2013 nog steeds in de gevangenis en werden ook verder door het CAP gezien.

Concreet gaat het over 201 cliënten waarvan het dossier nog naar 2013 doorliep. Dit leidde nog tot 404 persoonlijke gesprekken.



	<i>Totaal aantal aanmeldingen</i>	<i>Totaal aantal geziene cliënten</i>	<i>Transfer, vrijge- gaan, ... vooraleer gezien</i>	<i>Totaal aantal gesprekken</i>	<i>Op de wachtlĳst op 31.12.13</i>
Antwerpen	141	88	41	147	12
Brugge	224	172	44	280	8
Dendermonde	102	67	30	124	5
Ieper	46	42	4	69	
Gent	148	98	39	156	11
Hasselt	151	139	10	239	2
Hoogstraten	46	36	2	61	8
Leuvel hulp	37	34	3	86	
Leuvel centraal	9	8	1	20	
Mechelen	38	33	4	58	1
Merksplas	84	56	18	85	10
Oudenaarde	50	44	4	59	2
Tilburg	43	43		50	
Turnhout	55	43	11	82	1
Wortel	68	52	10	92	6
Totaal	1242	955	221	1608	66

	<i>Aantal gesprekken bij personen aangemeld in 2011</i>	<i>Aantal gesprekken bij personen aangemeld in 2012</i>	<i>Aantal gesprekken bij personen aangemeld in 2013</i>	<i>Totaal aantal gesprekken in 2013</i>
Antwerpen		6 (5)	147 (88)	153
Brugge	15 (7)	51 (29)	280 (172)	346
Dendermonde	1 (1)	37 (18)	124 (67)	162
Ieper		5 (4)	69 (42)	74
Gent		31 (18)	156 (98)	187
Hasselt	13 (3)	42 (24)	239 (139)	294
Hoogstraten		35 (18)	61 (36)	96
Leuvel hulp		18 (6)	86 (34)	104
Leuvel centraal	5 (2)	21 (6)	20 (8)	46
Mechelen		4 (3)	58 (33)	62
Merksplas		40 (23)	85 (56)	125
Oudenaarde		19 (8)	59 (44)	78
Tilburg			50 (43)	50
Turnhout		11 (7)	82 (43)	93
Wortel	4 (1)	46 (18)	92 (52)	142
Totaal	38 (14)	366 (187)	1608 (955)	2012

(..) Cijfer tussen haakjes is het aantal effectieve cliënten die gezien werden.

Cliëntkenmerken in een notendop

Slechts 6,3% van de cliënten die in 2013 gezien werden door het CAP zijn vrouwen. De grootste groep cliënten die we op het CAP bereiken zijn de heroïnegebruikers, het gaat over 20,8% van de cliënten. De amfetaminegebruikers (19%) vormen de tweede grootste groep. 73,2% van de geziene cliënten zijn Belgen. De tweede grootste groep zijn cliënten afkomstig uit Noord-Afrika (13,3%). Binnen de groep van mensen van Noord-Afrikaanse origine, komt de grootste groep uit Marokko. Cliënten komen hoofdzakelijk op eigen initiatief (40,9%) bij het CAP terecht en 38,4% neemt contact met het CAP via de psychosociale dienst van de gevangenis (PSD). De grootste groep cliënten zijn gedetineerden die

nog in voorhechtenis zitten (VH)(42,4%) en 37,8% van de geziene cliënten zijn effectief veroordeeld en kregen een straf boven de 3 jaar (in aanmerking VI, voorwaardelijke invrijheidstelling).

Afloop aanmeldingen

46,3% (442) van de cliënten werd naar de hulpverlening doorverwezen. De overige cliënten gingen (na een eerste gesprek) ofwel vrij of op transfer, of kozen er niet voor om een hulpverleningstraject uit te werken. Drie personen werden naar het B-leaveproject binnen de gevangenis van Ruiselede doorverwezen en voor 2,3% (22) van de cliënten was hun dossier nog lopende eind 2013.

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Doorverwezen	442	46,3%
Info	442	44,2%
Transfer of vrijgegaan na gesprek	66	6,9%
B-leave	3	0,3%
Lopende	22	2,3%
Totaal	955	100%

Met 70,3% (311) van de cliënten werd een ambulante traject uitgewerkt, met 25,8% (114) een residentieel traject. Met 3,8% van de aangemelde cliënten werd een ander traject uitgewerkt (17).

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
MSOC	92	20,8%
Ambulant	154	34,8%
CGG	55	12,4%
Dagwerking		
Ontwenningprogramma	58	13,1%
Kortdurend programma	3	0,7%
TG	8	1,8%
Psychiatrie	45	10,2%
Huisarts	10	2,3%
Andere	17	3,8%
Totaal	442	100

Doorverwezen cliënten vanuit 2011 en 2012

Gedurende het jaar 2013 werden ook nog 201 cliënten opgevolgd die bij het CAP aangemeld werden

in 2011 en 2012, maar die in 2013 nog steeds in de gevangenis verbleven. Ook met een aantal van hen werd nog een doorverwijzing gerealiseerd.

	Aantal doorverwijzingen			Totaal aantal doorverwijzingen in 2013
	2011	2012	2013	
Antwerpen		1	26	27
Brugge	4	11	84	99
Dendermonde	1	7	36	44
Ieper		2	19	22
Gent		7	36	43
Hasselt	3	13	83	99
Hoogstraten		9	15	24
Leuvel hulp		5	22	27
Leuvel centraal	2	3	3	8
Mechelen		2	11	13
Merksplas		9	18	27
Oudenaarde		3	22	25
Tilburg			27	27
Turnhout		4	10	14
Wortel		11	30	41
Totaal	10	87	442	540

4. Knelpunten CAP

Zoals hoger vermeld is er binnen het CAP één persoon voltijds werkzaam (halftijds coördinator en halftijdse CAP-gesprekken), de overige 4 werknemers werken halftijds voor het centraal

aanmeldpunt. Vanaf de start van het CAP kreeg het CAP onmiddellijk te maken met een wachtlijst. Hierbij een overzicht van de wachtlijst in de voorbije jaren.

	Op de wachtlijst op 31.12.2011	Op de wachtlijst op 31.12.2011	Op de wachtlijst op 31.12.2011
Totaal voor alle gevangenen	189	81	66

Ook in 2013 nam het CAP een aantal stappen om de wachtlijst zo klein mogelijk te houden. Er werden afspraken gemaakt met de psychosociale diensten (PSD) en met justitieel welzijnswerk (JWW) om de doorverwijzingen zo gericht mogelijk te maken. Momenteel worden enkel cliënten gezien mét een hulpvraag én in de tijdsvoorwaarden om hun reclassering uit te werken. Dit wil zeggen dat het CAP momenteel weinig mogelijkheden heeft om motivationeel met de cliënt aan de slag te gaan, wat zeker als een gemis ervaren wordt. De in 2012 gemaakte afspraken met de VVBV-leden werden in 2013 gecontinueerd. Dit wil zeggen dat cliënten die voor hun detentie door een organisatie opgevolgd werden en ervoor kiezen om na hun detentie naar deze setting terug te keren, niet meer door het CAP dienen gezien te worden. PSD en JWW kunnen de cliënten rechtstreeks, zonder tussenkomst van het CAP, doorverwijzen.

In 2013 konden we opnieuw constateren dat bijna 1 op 5 cliënten, aangemeld op het CAP, nooit gezien wordt. Wat een erg hoog cijfer blijft. Gedurende de voorbije jaren werden de uren van het CAP binnen de verschillende gevangenen herschikt, maar toch blijkt dit niet voldoende te zijn om aan dit euvel te voldoen.

We constateren dat het moeilijk blijft om de hulpverlening perfect te laten aansluiten met justitie. Dit is vooral moeilijk bij mensen die in voorhechtenis verblijven. Bij veroordeelden met een straf boven de 3 jaar (elektronisch toezicht, beperkte detentie of voorwaardelijke invrijheidsstelling) is dit een stuk gemakkelijker. Een rechtstreekse overstap vanuit detentie naar hulpverlening blijft nochtans voor velen aangewezen.

Het CAP neemt zich voor om in 2014 verdere acties te ondernemen rond deze en andere knelpunten.

Kaat Vanthuyne, Coördinator CAP

Met een enkelbandje in De Kiem...

Sinds 2008 bouwde de therapeutische gemeenschap van De Kiem langzaam maar zeker ervaring op in het werken met cliënten onder elektronisch toezicht.

In april 2008 werd een eerste bewoner onder elektronisch toezicht (ET) opgenomen. Tot nu toe betreft het een groep van 23 bewoners over 7 jaar. Op zich nog een te kleine groep om echt conclusies uit te trekken, maar toch durven wij reeds enkele ervaringen en gegevens op een rijtje zetten.

Doorheen de jaren werden stilaan een consensus en evenwicht gevonden tussen de verwachtingen en bepalingen vanuit justitie enerzijds en vanuit het behandelprogramma van De Kiem anderzijds. De huidige procedure verloopt ongeveer zoals hieronder beschreven. Alle cliënten onder ET worden doorgaans door dezelfde justitieassistenten opgevolgd, wat het maken van duidelijke afspraken en het sneller treffen van sommige regelingen ten goede komt. Op de dag van opname komt iemand van het Nationaal Centrum voor Elektronisch Toezicht (NCET) te Brussel langs om de bewakingsbox te plaatsen en wordt een vrij krappe perimeter ingesteld. De bewoner krijgt een elektronische enkelband om en een persoonlijk GSM-toestel. Zo is betrokkene (of z'n begeleiding) ten allen tijde te contacteren door het NCET te Brussel. In de praktijk ligt dit GSM-toestel doorgaans bij het begeleidende stafteam. Wanneer de bewoner echter activiteiten buiten de inrichting doet, dient deze steeds zijn/haar GSM-toestel bij te hebben. Tijdens het verblijf in De Kiem wordt een vast uurrooster gehanteerd waarin duidelijk wordt bepaald wanneer de bewoner binnen de ingestelde perimeter dient te verblijven en wanneer

hij (penitentiair verlof heeft en) zich buiten de perimeter kan begeven. Dit uurrooster werd dermate op het leven in de therapeutische gemeenschap afgesteld dat het een normaal behandelverloop niet in de weg staat. Dergelijke afstemming bleek mogelijk en aanvaardbaar vanwege het feit dat het behandelprogramma zelf voorziet in voldoende opvolging en sociale controle. In de praktijk blijkt dit doorgaans behoorlijk te werken. Afwijkingen van het vastgestelde uurrooster worden vooraf met de justitieassistenten besproken, of uitzonderlijk (indien vereist) aan de strafuitvoeringsrechtbank (SURB) voorgelegd.

Bewoners in De Kiem beschikken normaal over een ziekte-uitkering of leefloon om hun verblijf en behandeling te bekostigen. Gedetineerden in de gevangenis beschikken tot op heden over een gehalveerde ziekte-uitkering en ontvangen geen leefloon. In het geval van een behandeling in De Kiem onder elektronisch toezicht geldt momenteel het volgende: bewoners onder ET die recht hebben op een ziekte-uitkering krijgen die effectief uitgekeerd; wie hier geen recht op heeft kan geen aanspraak maken op een leefloon, maar ontvangt een dagvergoeding vanuit het Ministerie van Justitie.

Sommige bewoners weten bij opname voor hoelang ze hun elektronische enkelband zullen moeten dragen. Anderen (diegenen met langere straffen) weten dit niet bij de start.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	totaal
Aantal bewoners onder ET	2	2	2	2	2	3	9	23

Periode 01.01.2008 tot 15.11.2014

	<i>M/V</i>	<i>lftd</i>	<i>doorverwijzer</i>	<i>hoofdproduct</i>	<i>aantal dagen ET</i>	<i>statuut vr ET</i>	<i>statuut na ET</i>
1	M	40	PSD Gent	heroïne	374	detentie	VI
2	M	33	CAP	poly	142	detentie	detentie
3	M	30	Kompas	heroïne	117	vrij	VI
4	M	32	Kompas	poly	351	vrij	VLV
5	M	35	E.I.	heroïne	544	detentie	VI
6	M	34	Kompas	poly	7	strafonderbreking	strafonderbreking
7	V	35	E.I.	heroïne, cocaïne	29	werkstraf	VLV
8	M	34	PSD Ruisselede	heroïne	159	detentie	VI
9	M	33	PSD Ruisselede	cocaïne, cannabis	28	detentie	detentie
10	M	31	CAP	cocaïne, cannabis	19	detentie	detentie
11	M	33	Adic	speed, GHB	344	strafonderbreking	VLV
12	M	28	CAP	speed	54	detentie	detentie
13	M	32	CAP	heroïne	81	detentie	vrij
14	M	28	CAP	poly	90	detentie	VI
15	M	29	Kompas	heroïne	149	vrij	VLV
16	M	30	Kompas	speed, alcohol	292	strafonderbreking	VLV
17	V	35	Adic OP+	heroïne, cocaïne	29	vrij	VLV
18	M	31	CAP	speed, medicatie	163	detentie	
19	M	31	PSD Ruisselede	heroïne, speed	57	detentie	detentie
20	M	27	E.I.	heroïne	102	detentie	
21	M	25	CIC De Spiegel	speed	52	detentie	
22	V	26	Kompas	speed	44	vrij	
23	M	29	PSD Ruisselede	speed, cannabis	15	detentie	

Bekijken we de persoonskenmerken van de bewoners onder ET in de voorbije 7 jaar dan merken we dat deze groep voornamelijk mannen betreft (20 op de 23) en dat de gemiddelde leeftijd 34 jaar bedraagt. Bijna de helft (47,8 %) wordt vanuit de gevangenis doorverwezen (door het CAP of door een psychosociale dienst), 39 % wordt doorverwezen vanuit een crisisprogramma binnen de drughulpverlening en drie personen (14,28 %) komen op eigen initiatief. Heroïne, cocaïne en speed worden het vaakst vermeld als hoofdproduct.

De grootste groep (zo'n 60,8%) komt rechtstreeks vanuit detentie naar De Kiem met een enkelband van bij de dag van opname. Drie personen hebben

(vanuit detentie) reeds hun enkelband aangevraagd en komen naar De Kiem in afwachting van het plaatsen van de enkelband (statuut 'strafonderbreking'). Vijf personen hebben bij opname een effectieve straf maar zijn nog in afwachting van hun gevangenisbriefje (statuut 'vrij').

De gemiddelde duur van het elektronisch toezicht tijdens de behandeling is zo'n 176 dagen (voor de periode 01.01.2008 tot 15.11.2014). Na het elektronisch toezicht volgt doorgaans een voorwaardelijke of voorlopige invrijheidstelling.

Tot zo ver een voorlopige analyse van de gegevens van de voorbije 7 jaar. Graag laten we hier ook de

beleving van enkele bewoners die een enkelband hebben of hadden in De Kiem aan bod komen. Voor S. was het een goede ervaring. "Ik heb nooit met de gedachte gezeten om het programma te verlaten. Ik kan het aanraden aan iedereen die de kans krijgt om zo zijn straf uit te zitten". A. formuleert het als volgt: "Ik mocht vrij rond lopen van 7u tot 22u30. De andere uren moest ik verplicht in mijn slaapkamer doorbrengen. In het weekend moest ik dus vroeger naar boven. Dit was de enige last die ik ervoer met mijn enkelbandje. Ik zou het anderen zeker aanraden om dit te doen tijdens hun programma. Je werkt er aan jezelf en je straf loopt ook voort, dus je doet echt nuttig werk voor je toekomst". Ook J. ziet het als een win-winsituatie maar formuleert het anders: "Zo'n bandje zou me niet echt tegenhouden mocht ik hier weg willen. Ik zit en blijft hier echt wel vrijwillig". L. getuigt als volgt: "Toen ik hoorde dat ik een enkelbandje ging krijgen, heeft dit mij helpen beslissen om een TG-programma te doen. Zonder die druk was me dit nooit gelukt". K. verblijft nog in de onthaalafdeling en vertelt het volgende: "Als je al 6 detenties achter de rug hebt is het niet zo

vanzelfsprekend om onder ET vrij te komen en een nieuwe kans te krijgen. Ik denk dat de keuze voor een TG-programma vooral de reden is dat ik een nieuwe kans krijg. Het is de eerste keer dat ik ervoor kies om uit de cirkel van criminaliteit en verslaving te stappen".

Zoals reeds gezegd, het betreft hier nog een te kleine groep om echte conclusies (betreffende behandelresultaten) te kunnen trekken. Vast staat dat er de laatste jaren meer centra zijn die cliënten onder ET behandelen en dat de modaliteiten hiervoor (zowel voor de centra als voor de betrokken personen) duidelijker zijn en meer en meer ingang vinden. De samenwerking tussen justitie en hulpverlening biedt hier een reële kans aan de re-integratie van gedetineerden in de samenleving. Een kans die sommigen onvoldoende benutten en die anderen met beide handen aangrijpen.

Dirk Calle
Beleidsmedewerker De Kiem

Award



Proficiat !

Prof. Dr. Eric Broekaert, stichter van De Kiem en lid van de Algemene Vergadering, ontving op 6 september laatstleden de O. Hobart Mowrer Award in Cancun Mexico. Daar had het 16^{de} internationaal congres plaats van de World Federation of Therapeutic Communities. Prof. Broekaert ontving de award voor al wat hij gedaan heeft voor de ondersteuning en ontwikkeling van therapeutische gemeenschappen wereldwijd. De award belooft uitmuntend leiderschap van buiten de TG-rangen in bv. het veld van onderwijs en onderzoek. Vroegere award-winnaars waren onder meer Daniel Casriel (1983), William B. O'Brien (1986), Maxwell Jones (1992) en Mario Picchi (1993), allen gerenommeerde pioniers binnen de TG-wereld.



De zoon die ik niet meer kende was terug...

Op het moment dat Steven besliste om te stoppen met drugs was het meer dan vijf over twaalf.

Zijn gebruik was de laatste vijf jaar dramatisch toegenomen. Hij stond met zijn twee voeten op de rand van de afgrond. Alle familiale en maatschappelijke banden waren stuk en hij had geen respect meer voor zichzelf.

De eerste weken in onthaal verliepen moeilijk. Hij had totaal geen inzet, ondernam niets en liep gewoon met de groep mee. Voor ons was het toen belangrijk dat hij daar wou blijven. Hij was ver van huis maar toch voelde het alsof hij daar op de juiste plaats was. Voor eerst sinds lang had ik geestelijke rust. Ik kon het los laten. Hij werd goed opgevangen, werd terecht gewezen voor zijn slechte inzet en zijn laksheid. Iedere dag dat hij daar was, was een dag zonder drugs. Zes weken heeft hij erover gedaan om de stap te mogen zetten naar de therapeutische gemeenschap. Voor ons was het net of we een trofee binnenhaalden. Hij kon beginnen werken aan zichzelf: orde, stiptheid, verantwoordelijkheid en niet liegen; alles kwam aan bod.

Ook de familiale werking onder begeleiding van Doortje werd opgestart. Mijn verstandhouding met Steven is altijd goed geweest. Toch kwamen er bij de gesprekken bedenkingen, frustraties, verdriet, ongelooft en begrip naar boven en dit van beide kanten. Hij vertelde ook welke sessies hij gevolgd

had en welke verantwoordelijkheden hij had in de groep.

Er waren momenten dat het minder goed ging maar de wil om te veranderen groeide en Steven bloeide open. Voor het eerst gebeurde dit op een eerlijke manier. Dit was totaal nieuw. De zoon die ik niet meer kende was terug.

Ook de financiële en maatschappelijke problemen werden één voor één aangepakt.

Alle bezoek- en infoavonden waren we aanwezig. De meedraaidag en het graduatiefeest waren spectaculair. Op die manier leerden we ook de andere bewoners, zijn peergroep en de mensen van de begeleiding kennen. Kerels die aanvankelijk stoer en macho leken te zijn bleken later toch ook een gevoelige kant te hebben. Ook hun wel en wee volgen we nu mee op.

Nu verblijft Steven in het HWH. De taak is dus nog niet volbracht. De weken en maanden die komen zijn nog zeer belangrijk. Toch ben ik nu al zeer trots en tevreden met wat hij bereikt heeft tot de dag van vandaag. Dit is er gekomen door zijn inzet, door een goede begeleiding en door de ondersteuning van zijn ouders en stiefouders.

Linda en Ivan, de moeder en stiefvader van Steven

“ Het was niet gemakkelijk maar ik heb volgehouden. ”

Met mezelf in het reine ...

Mijn naam is Andino, ik ben 28 jaar en ik heb van uit de gevangenis voor een programma in De Kiem gekozen.

Ik zat op de drugvrije afdeling van de gevangenis te Brugge waar ik sessies terugvalpreventie volgde. Zo kwam ik in contact met De Kiem. Een programma in De Kiem leek me een goede uitweg om terug te integreren in de maatschappij. Ik zat immers al 8 jaar in de gevangenis en ik besepte dat ik nog heel wat te leren had. Na al die jaren van druggebruik had ik geen klare kijk meer op mezelf. Ik had zowat alle drugs geprobeerd, maar misbruikte voornamelijk medicatie (benzodiazepines). Enkel op die manier kon ik mijn angsten en gevoelens de baas. Ik had immers heel veel spijt over de feiten waarvoor ik in de gevangenis zat.

Ik ben dan naar De Kiem gegaan. Dit was voor mij een moeilijke aanpassing. Ik werd er goed opgevangen in de onthaalafdeling, waar de basis werd gelegd voor mijn overgang naar de therapeutische gemeenschap (TG). Eenmaal in de TG was het opnieuw een hele aanpassing. Je start immers onderaan in de bewonersstructuur en het was voor mij heel moeilijk om te luisteren naar iemand die boven mij stond. Ik legde met vallen en opstaan een hele weg af. Teruggaan naar de gevangenis was voor mij geen optie, dus hield ik vol en begon ik me meer begeleidbaar op te stellen. Vooral in de emotionele

groepen begon ik mezelf terug te vinden. Ik durfde er te vertellen over mijn jeugd en over de feiten die ik pleegde en leerde er stapsgewijs omgaan met mijn spijt en woede over het verleden. Ik kreeg er de kans om nieuwe manieren van omgaan met mijn woede aan te leren en werd daar goed in begeleid. Ik koos er voor om in een veilige omgeving meer over al mijn daden te vertellen, om aldus met mezelf in het reine te kunnen komen. Dit heeft me echt vooruit geholpen. Toen ik al 8 maanden in de TG was, heb ik er nog drie maanden een elektronische enkelband gedragen. Ik moest immers voor het gerecht verschijnen voor een nog niet uitgesproken strafzaak. Ik was echt blij toen ik de kans kreeg om met een enkelband die extra straf uit te doen. Ik heb er uiteindelijk weinig last van ondervonden. De uren dat ik vrij kon rond lopen waren afgestemd op de uren die ik nodig had om in de bewonersstructuur mijn verantwoordelijkheden op te nemen.

Ik zit ondertussen bijna op het einde van mijn halfweghuisfase. Ik plan om te gaan samen wonen met mijn vriendin. Zij deed ook het programma. Ik heb zeker geen spijt van de weg die ik heb gekozen. Het was niet gemakkelijk maar ik heb volgehouden. Ik wilde een normaal leven hebben met een gelukkig hart. Dat heb ik nu gevonden dankzij de hulp van De Kiem en mijn eigen wilskracht.

Andino





De Kiem biedt hulp aan personen die problemen ervaren door het gebruik van drugs en aan mensen uit hun omgeving.

Het **residentiële luik** van het programma te Gavere omvat een onthaalafdeling, een therapeutische gemeenschap (T.G.), een woonhuis voor moeders / vaders met kinderen en verschillende halfweghuizen. Het **ambulante luik** omvat ambulante centra te Gent en te Ronse/Geraardsbergen, een gevangeniswerking, een regionale preventiedienst en oudergroepen.

Colofon

Redactie

Dirk Calle, Jo Thienpont,
Dirk Vandevelde

Eindredactie en Directie

Dirk Vandevelde

Fotografie

Dirk Calle, Chris Lemaitre

Vormgeving

dotplus

Abonnement

Abonnementen kosten 12,5 euro voor vier nummers, te storten op rekeningnummer BIC GEBABEBB / IBAN BE 270012 1652 3173 van v.z.w. De Kiem, 9890 Gavere.

Voor giften vanaf 40,00 euro kan u een attest voor fiscale vrijstelling bekomen.

Adressen

Contactadres voor opname of begeleiding

(elke werkdag te bereiken van 8u30 tot 17u00)

Ambulant Centrum Gent

Kortrijksesteenweg 185, 9000 Gent
Tel. 09/245.38.98
Fax 09/245.41.71
ambulant.gent@dekiem.be

Ambulant Centrum Ronse

Oswald Ponettestraat 31
9600 Ronse
Tel. 055/21.87.00
ambulant.ronse@dekiem.be

Antenne Geraardsbergen

Abdijstraat 2, 9500 Geraardsbergen
Tel. 055/21.87.00
ambulant.geraardsbergen@dekiem.be

Contactadres voor Administratie – Directie

(sociale dienst, familiebegeleiding, stages)

Vluchtenboerstraat 7A
9890 Gavere
Tel. 09/389.66.66
Fax 09/384.83.07
admin@dekiem.be

Voorwoord 2 | Nota: Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie: aanbevelingen voor beleidsmakers 3 | CAP 10 | Elektronisch toezicht 15 | Familie aan het woord 18 | Bewoner aan het woord 19