

“Uitwerken van een alcohol- en drugbeleid in de gevangenis”

Ondersteuningsmap



CGG Preventie alcohol & drugs West-Vlaanderen



Colofon

Auteur

Geert Verstuyf, stafmedewerker hulpverlening VAD

Met dank voor de actieve inbreng en het nalezen:

Roos de Venter, preventiewerker CGG Noord-West Vlaanderen en procesbegeleider van het pilootproject "Ontwikkeling van een A&D-beleid in het PC Brugge".

de stuurgroep van het project:

Sven Todts, coördinator drugbeleid DG USM, FOD Justitie

Marc Verhelst en Freya Verlinden, beleidscel Samenleving en Criminaliteit, departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Alexander Witpas, Vlaamse Gemeenschap, departement Gezondheid

Anca Wouters en Kizzy Rombaut, vormingsverantwoordelijke gevangenispersoneel

Marijs Geirnaert, directeur VAD

de leden van de projectgroep van het PC Brugge

Marie-Claire Lambrechts, stafmedewerker VAD

Layout cover

www.epo.be

Verantwoordelijke uitgever

F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

Wettelijk depotnummer: D/2008/6030/05

© 2008



DE DRUGLIJN
078-15-10-20



VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw

Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorwoord

In het kader van een samenwerking tussen de Federale en Vlaamse overheid in de Vlaamse gevangenissen kreeg de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD) de opdracht een pilootproject uit te werken in de gevangenis van Brugge met betrekking tot een algemeen A&D-beleid. Een stuurgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de Vlaamse overheid (Welzijn en Gezondheid) en de federale overheid (Justitie) begeleidde dit project.

In 2005 werd in een eerste fase van het pilootproject een vorming ontwikkeld voor een multidisciplinaire groep van medewerkers uit de gevangenissen van Brugge en Wortel. Na een positieve evaluatie werd in 2006 in het PC Brugge gestart met de 2^{de} fase van het pilootproject. De bedoeling was om met de multidisciplinaire groep van medewerkers uit de gevangenis van Brugge in 2006 een projectgroep te vormen die een A&D-beleid zou uitwerken, vertrekkende vanuit de aanbevelingen die de Minister van Justitie in een omzendbrief aan de gevangenissen heeft gecommuniceerd. De projectgroep zou de aanbevelingen uit de omzendbrief concretiseren en vertalen naar de praktijk van de gevangenis in Brugge. Welzijn en gezondheid vormen de insteek van het beleid, met aandacht voor preventie van middelengebruik in de gevangeniscontext.

VAD kreeg de opdracht om naast procesbegeleiding in de lokale stuurgroep in Brugge, nadien een draaiboek uit te werken, dat een leidraad kan bieden voor andere gevangenissen die een A&D-beleid willen ontwikkelen en/of optimaliseren.

Het project in Brugge werd evenwel stopgezet nog tijdens de afronding van de eerste fase van het project: het uitwerken van een A&D-beleid. De randvoorwaarden betreffende personeel en financiële middelen die noodzakelijk zijn om tot actie over te gaan bleken niet voldoende en de directie was niet bereid hiervoor de nodige extra inspanningen te leveren.

Aan de fase van de uitvoering en evaluatie zijn we met dit project dan ook niet toe gekomen. Daardoor is de aanvankelijke doelstelling van een uitgewerkt draaiboek bijgesteld. De leerrijke ervaringen in het PC Brugge worden in voorliggend document wel gebruikt als basis voor een ondersteuningsmap naar deze gevangenissen die vanuit de Lokale Stuurgroep Drugs van start willen gaan met een A&D-beleid. U zal merken dat dan ook de eerste fase van beleidsontwikkeling meer concreet ingevuld wordt op basis van de ervaringen in PC Brugge. Voor het beschrijven van de implementatie- en evaluatiefase hebben we ons vooral gebaseerd op de ervaringen in andere grote organisaties zoals scholen en bedrijven en de VAD-draaiboeken voor de ontwikkeling van een A&D-beleid in de sectoren onderwijs, arbeid en bijzondere jeugdzorg dan ook gebruikt als basis.

Inhoud

Deel 1 Een A&D-beleid in de gevangenis	7
1.1 Waarom een A&D-beleid in de gevangenis?	7
1.2 Wat verstaan we onder een A&D-beleid?	8
1.3 Draagvlak creëren voor een A&D-beleid	10
1.4 Een gefaseerd proces	11
1.5 Externe begeleiding	12
Deel 2 Het uitwerken van een A&D-beleid	13
2.1 Opstartfase	13
2.1.1 Het opzetten van een werkstructuur	13
2.1.2 Voorzitter	15
2.1.3 Permanente communicatie	15
2.1.4 Een mandaat om de nodige tijd uit te trekken	15
2.1.5 Analyse van de huidige en gewenste situatie	16
2.2 Formuleren van uitgangspunten en doelstellingen	18
2.3 Uitwerken pijlers van het beleid	20
2.3.1 Pijler regelgeving en communicatie	21
2.3.2 Pijler begeleiding	26
2.3.3 Pijler voorlichting, vorming en preventie	32
Deel 3 Uitvoering van een A&D-beleid	35
Deel 4 Evaluatie van het A&D-beleid	38
Referenties	41
Bijlagen	43

Deel 1: Een A&D-beleid in de gevangenis

1.1 Waarom een A&D-beleid in de gevangenis?

• **Toenemend middelengebruik in de gevangenis.**

Het toenemend gebruik van drugs in de gevangenis is een weerspiegeling van het gebruik van drugs in de maatschappij. Onderzoek heeft uitgewezen dat ongeveer de helft van de gevangenispopulatie vertrouwd is met illegale drugs en dat het gevaar voor beïnvloeding van de andere helft zeer groot is. Risicofactoren als stress en verveling als gevolg van detentie vormen een gevaar voor gedetineerden om naar drugs te grijpen als antwoord op hun problemen. Doordat meer mensen drugs gaan gebruiken in de gevangenis ontstaat een drugmarkteconomie dat voor heel wat overlast en onveiligheidsgevoelens zorgt. We gaan er van uit dat de vraag naar drugs en het aanbod van drugs in de gevangenis zo laag mogelijk moet gehouden worden en dat de dienstverlening in de gevangenis zowel op vlak van preventie als hulpverlening gelijkwaardig moet zijn als die in de maatschappij.

In 2006 werd een representatief staal van 902 gedetineerden bevroegd rond hun druggebruik en daarmee verbonden risicogedrag. Zestig percent van hen verklaarde ooit minstens één keer een illegale drug te hebben gebruikt (het ging meestal om cannabisproducten) en ongeveer één derde van alle gedetineerden gaven toe dat ze ook in de gevangenis drugs gebruikten. Van al diegenen die drugs gebruikten in de gevangenis, gebruikte 92.5 % cannabisproducten, 40.6 % gebruikten heroïne en 39.5 % gebruikten niet-voorgeschreven slaap- of kalmeermiddelen. Initiatie in nieuwe vormen van druggebruik is niet ongewoon: 6 % van alle gedetineerden verklaarde in de gevangenis voor het eerst heroïne te hebben leren kennen. Dit is ongeveer één op vijf van alle heroïnegebruikers in de gevangenis. Gedetineerde verklaarden hun druggebruik in de gevangenis vooral door de nood om te kunnen ontspannen (74.8%).

Eén op vijf gedetineerden rapporteerde dat ze te maken hebben gehad met druggerelateerde problemen (diefstal, afpersing, slagen, etc) tijdens de lopende detentie en 11% verklaarden het slachtoffer te zijn geweest van druggerelateerd geweld. Gedetineerden die niet zelf drugs gebruikten hadden hier significant meer onder te lijden dan de andere categorieën.

Eén op vijf gedetineerden verklaart ooit alcohol te hebben gedronken in de gevangenis terwijl dit niet toegelaten was. Alcoholgebruik in de gevangenis is dus niet echt zeldzaam maar regelmatig gebruik ("bijna dagelijks") wordt slechts gemeld door 2.1% van de gedetineerden. (Hariga et al, 2005)

• **Risico's van toenemend middelengebruik van gedetineerden op welzijn en gezondheid.**

Naast de hogervermelde effecten van druggebruik op het leefklimaat en de veiligheid in de gevangenis zijn er verschillende risico's en gevolgen verbonden aan druggebruik in de gevangenis zowel op gebied van welzijn als de gezondheid van de gedetineerden:

- Virale besmettelijke ziekten als Hepatitis B en C, HIV via besmet injectiemateriaal
- Overdosissen
- Initiatie in druggebruik
- Onveilig seksueel gedrag
-

• **Gevangenis en zoek naar een adequate aanpak.**

Vermits gevangenis dagelijks geconfronteerd worden met druggebruik en de negatieve gevolgen daarvan op het leefklimaat in de gevangenis wordt men als het ware verplicht te reflecteren en na te gaan hoe de organisatie en het personeel hier beter kan mee om gaan.

Op vormingsmomenten wordt duidelijk dat alle personeelsleden voor deze complexe problematiek wel een 'remedie' hebben': meestal stelt men alle hoop in goedbedoelde éénmalige, alleenstaande acties of strategieën zoals urinestesting, drugvrije afdeling, strengere aanpak,.... Sommige personeelsleden laten de moed zakken en denken dat er aan deze problematiek weinig te doen valt; "er zijn geen middelen en personeel om deze problematiek aan te pakken", "ze willen toch niet geholpen worden" en "als ze gebruiken zijn ze rustig", ...

• **Omzendbrief van de Minister met betrekking tot de drugproblematiek in de gevangenis nr.1785 (2006)**

Met de langverwachte omzendbrief van Minister Onckelinx over de aanpak van drugproblemen in de gevangenis (2006) krijgen de gevangenis die willen starten met een A&D-beleid een belangrijk instrument in handen met praktische richtlijnen. Dit document voegt geen nieuwe rechtsregels toe (vormt als dusdanig ook geen afdwingbare norm), maar dient vooral voor de interpretatie van bestaande rechtsregels en ter verduidelijking van de visie van de minister over drugproblematiek in de gevangenis en de aanpak ervan.

Naast visie op de drugproblematiek en prioriteiten in de aanpak ervan worden in deze omzendbrief concrete actiepunten aangegeven zowel naar inhoud als structuur van een te ontwikkelen A&D-beleid in de Belgische gevangenis.

Het document kan als kadertekst beschouwd worden voor het ontwikkelen van een A&D-beleid in de gevangenis en er zal in deze ondersteuningsmap meerdere keren naar verwezen worden.

1.2 Wat verstaan we onder een A&D-beleid?

Een A&D-beleid is een samenhangend geheel van maatregelen. Het voorkomt dat men éénzijdig de alcohol- en drugthematiek aanpakt. Het gaat daarbij zowel om visieontwikkeling, reglementering, begeleiding, maar ook om voorlichting en vorming. Zo worden ook losstaande en éénmalige acties vermeden. Bij een A&D-beleid streeft men ernaar om alle elementen van een beleid te kaderen binnen een langdurige werking, gesteund op duidelijke en concrete uitgangspunten.

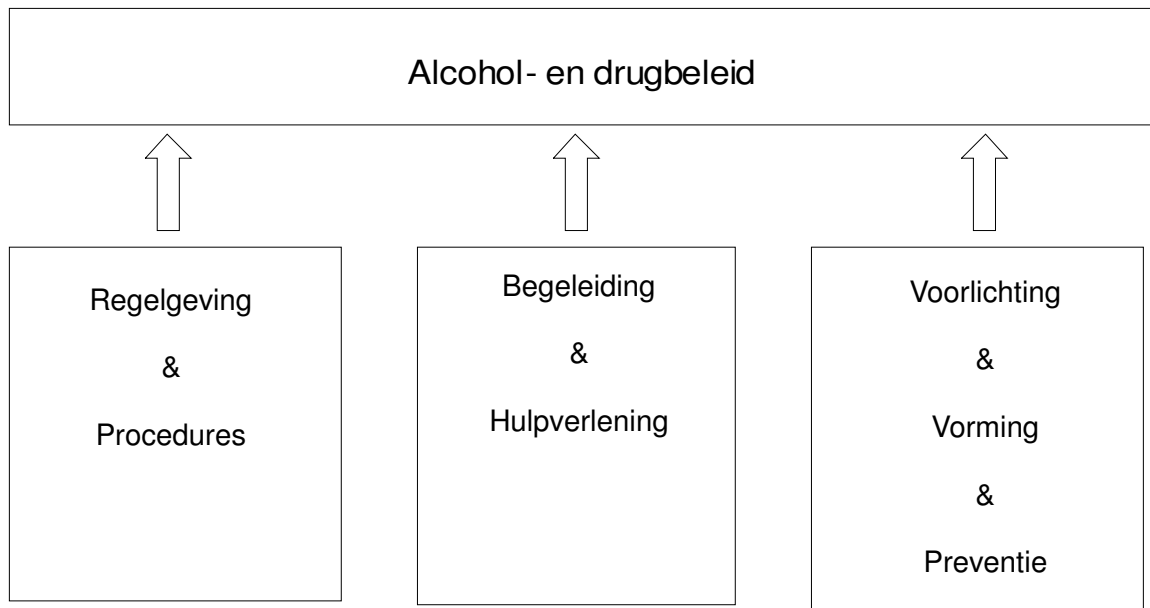
In de mate waarin deze drie elementen evenredig aan bod komen en afgestemd zijn op elkaar, zal het succes van het beleid toenemen.

Een A&D-beleid gaat zowel over illegale drugs als over alcohol en medicatie.

We kiezen voor een integraal beleid omdat hiervoor wetenschappelijke evidentie te vinden is in andere maatschappelijke sectoren. Een beleidsmatige aanpak is effectief als;

- het beleid integraal is, met multiple componenten en gericht op verschillende doelstellingen (effectiever dan éénmalige methodiek)
- er een lange termijn strategie is
- er genoeg informatiedoorstroming is
- er een vormingsaanbod is naar de intermediairen
- er gerichte activiteiten zijn voor risicogroepen.

Een integraal A&D-beleid omvat dus volgende drie pijlers:



- ✓ Regelgeving en procedures
In deze pijler verduidelijkt de gevangenis de regels met betrekking tot bezit, gebruik en handel. De gevangenis brengt de bestaande procedures in kaart. Er worden verantwoordelijkheden vastgelegd voor detectie, opvolging en informatie-uitwisseling.
- ✓ Begeleiding en hulpverlening
In deze pijler wordt het kader voor begeleiding en behandeling van gebruikers en probleemgebruikers geoptimaliseerd.
- ✓ Voorlichting, preventie en vorming
In deze pijler werkt de gevangenis een plan uit om de gedetineerden en hun omgeving te sensibiliseren en te informeren over de alcohol- en drugthematiek.

- Bij de uitwerking van deze pijlers komen volgende vragen aan bod:
- Wat gebeurt er nu? Hoe krijgen we zicht op de huidige situatie en (samen-)werking?
 - Wat is wenselijk?
 - Wat is noodzakelijk? Welke thema's zijn prioritair?
 - Wat zijn de randvoorwaarden om de concrete doelstellingen te kunnen realiseren?
 - Welke timing is realistisch voor de randvoorwaarden die (nog) niet aanwezig zijn?

Aangezien welzijn en gezondheid de insteek vormen voor een A&D-beleid kadert dit best binnen een globaal gezondheidsbeleid in de gevangenis. Het thema gezondheid is heel breed, de aanpak en de methodieken moeten dus ook veelzijdig zijn. Vertrekkend vanuit een globaal kader kan de gevangenis dan een eigen beleid ontwikkelen met een specifieke visie omtrent gezondheid, alcohol- en druggebruik en een doordachte werking op maat ontwikkelen naargelang de specifieke noden van de gevangenis. Een kadermethodiek voor het ontwikkelen van een gezondheidsbeleid in de gevangenis is er momenteel nog niet.

1.3 Een draagvlak creëren voor een A&D-beleid.

Het invoeren van een beleid betekent dat er in de gevangenis veranderingen zullen plaats vinden in alle geledingen en alle structuren van de werking van de organisatie. Voorwaarde voor een succesvolle uitwerking en implementatie van een A&D-beleid is het creëren van een zo breed mogelijk draagvlak. Zijn alle betrokkenen bereid om aan een A&D-beleid te werken? Zonder draagvlak is de kans groot dat het uitwerken van een beleid op de schouders van enkele gemotiveerden terechtkomt.

In de context van het huidige gevangenisstelsel zijn de middelen die de verschillende overheden ter beschikking stellen om een A&D-beleid te implementeren schaars waardoor belangrijke randvoorwaarden die nodig zijn om een beleid uit te voeren dikwijls niet aanwezig zijn. Er is dus heel wat motivatie, voluntarisme en creativiteit nodig van directie en personeel om met de ontwikkeling van een integraal A&D-beleid te starten.

Om te kunnen van start gaan is het belangrijk dat directie en personeel achter het proces van verandering staat. Belangrijke vragen die men best stelt vooraleer men een A&D-beleid begint zijn:

- Hoe groot is de motivatie van de directie om trekker/facilitator te zijn van een A&D-beleid?
- Kan er voldoende draagvlak gecreëerd worden bij het personeel om mee te werken aan de implementatie van een uitgewerkt A&D-beleid?

De slaagkansen voor het uitwerken en implementeren van een verandering worden door verschillende factoren beïnvloed en deze kunnen zowel versterkend als belemmerend zijn:

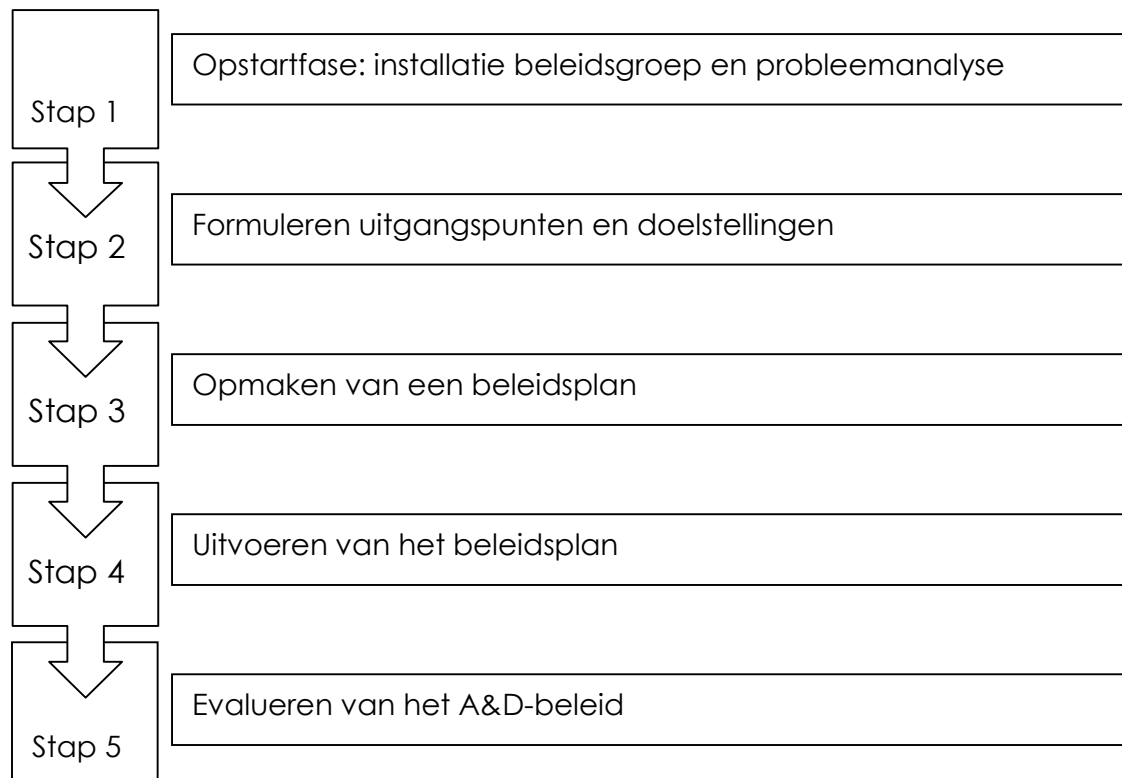
Extramurale invloeden:

- ✓ Invloeden vanuit de Federale en Vlaamse overheid (Centrale Stuurgroep Drugs, rondzendbrief van de Minister, budget,
- ✓ Invloeden vanuit externe organisaties (politie, parket, externe hulpverleningsvoorzieningen,.....)
- ✓ Maatschappelijk draagvlak om rond 'gevoelige' thema's een beleid uit te werken voor gedetineerden (substitutiebehandeling, schadebeperkende maatregelen zoals spuitenruil,.....)

Intramurale invloeden:

- ✓ Organisatiecultuur (communicatie, procedures,...)
- ✓ Kenmerken populatie gedetineerden (geslacht, statuut gedetineerden, aanwezige drugproblematiek,...)
- ✓ De mate waarin het uit te voeren A&D-beleid ingrijpend en vernieuwend is
- ✓ Kenmerken van het gevangenispersoneel (competenties, onmacht, motivatie, invloed vakbond,...)

1.4. Een gefaseerd proces.



Het uitwerken van een beleid is een proces dat in verschillende stappen verloopt en de nodige tijd vraagt. We onderscheiden volgende grote stappen:

Stap 1: opstartfase

Opzetten van een werkstructuur: installatie beleidsgroep en maken van praktische afspraken
Analyse van de bestaande en wenselijke situatie.

Stap 2: formuleren doelstellingen en uitgangspunten

Nagaan met de beleidsgroep wat we willen bereiken met een A&D-beleid en formuleren van onze uitgangspunten in een visietekst.

Stap 3: het opmaken van het beleidsplan

Uitwerken van de drie pijlers van het beleid
Planning opmaken voor het uitvoeren van de acties
Aanduiden van de verantwoordelijkheden in de uitvoering
Timing opmaken

Stap 4: het uitvoeren van het plan

Communicatie van het beleidsplan
Vorming van personeel om beleidsplan te kunnen uitvoeren

Stap 5: het evalueren van het beleid

Opstellen van evaluatiecriteria om succes van het beleid te toetsen

1.5. Externe begeleiding?

Soms is het aangewezen om een externe procesbegeleider of coach in te schakelen.

Dit kan belangrijke voordelen opleveren zoals:

- ✓ Opvangen van (mogelijk) tekort aan alcohol- en drugspecifieke deskundigheid in de lokale stuurgroep
- ✓ Praktijkervaring in procesbegeleiding van A&D-beleid in organisaties.
- ✓ Neutrale positie in de groep en afstand van de concrete penitentiaire situatie.
- ✓ Benadering van de drugproblematiek vanuit een welzijns- en gezondheidsperspectief.

Een mogelijk nadeel van het werken met een externe procesbegeleider is de extra financiële investering.

De preventiewerker alcohol- en drugs van een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg zou deze taak kunnen opnemen. Hij/zij heeft een stevige achtergrond in deze thematiek en ervaring in beleidsontwikkeling in organisaties. Verwacht van de preventiewerker niet dat hij én het proces begeleidt, inhoudsdeskundige is, de verslaggeving maakt én alle praktische taken uitvoert. Zijn taak is er één van procesbegeleider en inhoudelijk expert. Overige taken dient de organisatie zelf op te nemen: op die manier wordt het eindresultaat meer eigendom van de beleidsgroep zelf en vergroot het engagement naar het beleid. Ook voor de voortzetting op lange termijn biedt dit meer garanties.

Als men kiest om te werken met een externe coach maakt men best vooraf duidelijke en formele afspraken met daarin omschrijving van de opdracht, tijdsinvestering, eventuele prestatie- en onkostenvergoeding, auteursrecht bij ontwikkeling van vragenlijsten of instrumenten, duur van de overeenkomst.

Voorbeeld van taakinfilling van de procesbegeleider:

- Voorbereiden van de agenda van de beleidsgroep samen met de voorzitter en de secretaris.
- Bijwonen van alle werkgroepvergaderingen
- Aanreiken van informatie over de problematiek (producten, regelgeving en procedures, hulpverleningsmogelijkheden), de mogelijke inhoud van een beleidsplan en over voorlichting en vorming
- Verwerken van de informatie uit de analyse
- Helpen bij de opmaak van verschillende teksten
- Een overzicht geven van mogelijke strategieën en actiepunten
- Helpen bij het uitschrijven van het eigenlijke beleidsplan
- Bewaken en begeleiden van de verschillende stappen in het overleg (fasering, communicatie, besluitvorming)
- Beschikbaar stellen van deskundige en objectieve informatie in verband met het globaal kader, methodieken en instrumenten voor het opmaken van een beleidsplan (vb het aanreiken van methodieken voor omgevingsanalyse, bepalen van doelstellingen, het uitwerken van acties en evaluaties)

Deel 2 Uitwerking van een A&D-beleid.

2.1. Opstartfase

2.1.1. Het opzetten van een werkstructuur

Een A&D-beleid uitwerken is geen éénmanszaak maar de opdracht van een beleidsgroep die hiervoor het mandaat en de nodige tijd krijgt.

Starten met de ontwikkeling van een A&D-beleid kan een uitstekende opportuniteit zijn om de lokale stuurgroep drugs (LSGD) operationeel te maken. Als de bestaande lokale stuurgroep drugs deze stijging van vergadermomenten niet kan waarmaken kan men een tijdelijk mandaat geven aan een beleidsgroep die dan wel nauw moet samenwerken met en afstemmen op de LSGD. Regelmatig terugkoppelen naar de LSGD is dan aangewezen.

Idealiter volgen de leden van de beleidsgroep of de LSGD als eerste stap een multidisciplinair vormingsaanbod. Er werd door VAD een curriculum voor deze vorming uitgewerkt en het vormingspakket wordt georganiseerd door het Vervolmakingsinstituut voor Penitentiaire Kaders (VIPK).

Met dit vormingsaanbod proberen we zowel de inhoudelijke expertise (meer weten over de A&D-problematiek) als de inhoudelijke expertise (effectiever omgaan met probleemgedrag) van de cursisten te verhogen. Naast informatie-overdracht is er voldoende plaats voor explorerende interactie waarbij reeds de mogelijkheden en knelpunten van toekomstig A&D-beleid aan bod komen.

 In bijlage 1 het curriculum voor deze multidisciplinaire vorming.

Aangezien er vanuit de meeste Vlaamse gevangenissen een multidisciplinaire groep deze vorming heeft gevolgd gaan we er van uit dat iedere gevangenis een groep personeelsleden heeft die voldoende voorbereid zijn om mee te denken en te werken aan een beleidsgroep.

Het is belangrijk dat alle disciplines en geledingen van de gevangenis vertegenwoordigd zijn in de beleidsgroep en dat er een 'verticaal' gemengde vertegenwoordiging is van het personeel. Op die manier vergroot men de betrokkenheid van iedereen en wordt de kans op weerstand verminderd. Er wordt immers niet over de hoofden heen maar samen beslist.

Het is evident dat externe organisaties als hulpverleningscentra, sleutelfiguren uit het welzijns- en vormings- en sociocultureel werk en tewerkstellingsdiensten een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het te ontwikkelen beleid.

In de omzendbrief van de Minister met betrekking tot de drugproblematiek in de gevangenissen nr. 1785 (2006) worden de nomenclatuur en opdracht van de lokale stuurgroep drugs van de LSGD vastgelegd:

De lokale stuurgroep drugs is tenminste samengesteld uit:

- ✓ het inrichtingshoofd of zijn afgevaardigde;
- ✓ de herstelconsulent;
- ✓ een arts van de Medische Diensten;
- ✓ een penitentiaire assistent;
- ✓ een medewerker van de Psychosociale Dienst
- ✓ één of meerdere vertegenwoordiger(s) van diensten die in naam van de gemeenschapsoverheid of de gewestelijke overheid hulp bieden aan drugverslaafden;
- ✓ een verantwoordelijke van het korps van de penitentiaire beambten;
- ✓ De lokale of regionale coördinatoren van de drughulpverlening.

De lokale stuurgroep kan bovendien beslissen om nog andere personen die een bijdrage kunnen leveren uit te nodigen.

Opdracht van de lokale stuurgroep drugs

De verantwoordelijkheid voor het lokale drugbeleid berust bij het inrichtingshoofd en bij de hoofdgeneesheer. Elk van hen is individueel verantwoordelijk voor het eigen bevoegdheidssterrein, en er is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid daar waar de bevoegdheden elkaar overlappen. Deze gemeenschappelijke verantwoordelijkheid wordt in een geest van maximale samenwerking opgenomen.

De lokale stuurgroep drugs (LSGD):

- ✓ ondersteunt deze verantwoordelijken bij de uitvoering van het drugbeleid dat op nationaal vlak door de centrale stuurgroep drugbeleid wordt uitgetekend, rekening houdend met de lokale omstandigheden en met de wensen en behoeften van de lokale actoren. De lokale stuurgroep zal daarbij specifiek aandacht hebben voor de vormings- en informatiebehoeften van het personeel.*
- ✓ is verantwoordelijk voor de samenwerking met de externe sector drughulpverlening op het lokale vlak.*
- ✓ maakt jaarlijks een rapport over aan de centrale stuurgroep drugbeleid over de genomen initiatieven en de behaalde resultaten. De bedoeling van deze rapportering is om de centrale stuurgroep drugbeleid jaarlijks een overzicht te geven van de evoluties op het terrein en van eventuele moeilijkheden bij het uitvoeren van de gestelde opdrachten. Het jaarrapport bevat een lijst van de drughulpverleners die in de betreffende periode in de gevangenis actief waren.*
- ✓ ziet er op toe dat er een doorstroming is van alle relevante informatie naar het penitentiair personeel.*
- ✓ zal er op toezien dat initiatieven die een principieel element bevatten eerst worden goedgekeurd door de centrale stuurgroep drugs (cf. supra).*

De lokale stuurgroep drugbeleid vergadert minstens vier keer per jaar.

De coördinator drugbeleid is voor de voorzitter van de lokale stuurgroep de contactpersoon voor alle druggerelateerde problemen.

De voorzitter van de lokale stuurgroep vergadert minstens één keer per jaar met de coördinator drugbeleid. Deze ontmoeting heeft twee doelstellingen:

- ✓ de bespreking van het jaarlijkse rapport van de lokale stuurgroep*
- ✓ de bespreking van de druggerelateerde incidenten van het voorbije jaar.*

Bij die gelegenheid wordt daarom een lijst ter beschikking gesteld van de belangrijkste interventies, van alle drugincidenten en van de gevolgen die aan elk incident werden gegeven. Met een drugincident wordt bedoeld: elke vondst van druggebruik of drughandel, alsmede elk ander incident dat duidelijk druggerelateerd is, met inbegrip van die incidenten waarbij personeel betrokken was evenals de reactie van de parketten.

De omzendendbrief bepaalt in de beschrijving van de samenstelling en opdrachten van de LSGD de 'minimum' voorwaarden. Het spreekt vanzelf dat als de LSGD een beleid wil uitwerken er (tijdelijk) meer dan 4 keer per jaar zal moeten overlegd worden en dat de samenstelling van de groep best (tijdelijk) zal uitgebreid worden. Personeelsleden die zich hier voor willen engageren zullen dit tijdens de werkuren moeten kunnen doen en hiervoor voldoende tijd en mandaat krijgen van de directie.

Aandachtspunten bij het werken met een beleidsgroep:

- ✓ Maak werk van een duidelijke opdrachtsverklaring
- ✓ Verduidelijk de plaats van deze werkgroep in het organigram. Naar wie worden de besluiten teruggekoppeld?
- ✓ Welke mandaat krijgt deze groep om beslissingen te nemen?
- ✓ Wie is voorzitter?
- ✓ Wie doet de verslaggeving? Vaste of wisselende verslaggever?
- ✓ Welke rol en taken zijn met de coach/procesbegeleider afgesproken?
- ✓ Wie doet coördinatie en secretariaatswerk zoals reserveren lokaal, versturen uitnodiging en verslag, bijhouden verontschuldigen
- ✓ Praktische afspraken

Nog enkele tips:

- ✓ Stel een werkbare beleidsgroep samen die bestaat uit maximaal 10 à 15 personen.
- ✓ Verzeker een vaste samenstelling van de beleidsgroep: een beleidsgroep die steeds wisselt van samenstelling vertraagt de werkzaamheden. De groep werkt aan een bepaalde visie en met steeds andere mensen is dat bijzonder moeilijk. Bij wisselende samenstelling, is een goede overdracht nodig. In elk geval blijven genomen beslissingen van kracht!

2.1.2. Voorzitter

Idealiter is een directielid motor van deze beleidsgroep. De directeur kan de groep op sleeptouw nemen, motiveren en aanspreekfiguur zijn zowel binnen als buiten de organisatie. Door deze groep te trekken maakt de directie ook duidelijk aan het personeel dat ze deze beleidsgroep ernstig neemt. Dit sluit niet uit dat ieder ander lid van de LSGD zijn afdeling of beroepsgroep warm houdt voor het onderwerp en de acties van de LSGD.

Het pilootproject in Brugge heeft ons geleerd hoe het wegvallen van de directeur als motor en aanspreekpunt van het project een nefaste invloed kan hebben. We merkten een invloed op de motivatie van de projectgroep met gevolgen op het vlak van aanwezigheid en engagement, moeilijkheden om tot afspraken te komen met een totaal gebrek aan slagkracht voor gevolg.

2.1.3. Permanente communicatie

Het overige gevangenispersoneel wordt best ingelicht dat door de LSGD een A&D-beleid uitgewerkt wordt. In de terugkoppeling wordt een best een onderscheid gemaakt tussen 'need to know' en 'nice to know'.

In de loop van het proces worden standpunten beter niet gecommuniceerd als ze nog niet definitief zijn, het werkt verlamdend als dit gebeurt terwijl standpunten nog ter discussie staan.

Vakbonden zijn in deze een belangrijke factor en moeten op tijd ingelicht worden als er zaken beslist zijn die een weerslag hebben op de dagelijks werk van het personeel.

2.1.4. Een mandaat om de nodige tijd uit te trekken

Het is belangrijk voor deze fase genoeg tijd uit te trekken en niet in zeven haasten te werken. Gemiddeld duurt de fase van het uitwerken van een beleid zes à twaalf maanden, uiteraard afhankelijk van het aantal vergadermomenten dat men hiervoor wil en kan uittrekken.

Een beleidsgroep heeft een doordachte planmatige aanpak nodig om efficiënt te werken en niet te verworden tot een 'praatbarak'.

Besteed voldoende aandacht aan de onderliggende verhoudingen en de verschillende standpunten binnen de groep. Een procesbegeleider kan hier een enorme meerwaarde betekenen.

2.1.5. Analyse van de huidige en gewenste situatie

Met de probleemanalyse proberen we te komen tot een duidelijk probleemdefinitie en een duidelijk omschrijving van de doelgroep die we met onze interventies voor ogen hebben.

Om een beleidsplan uit te werken willen we zicht krijgen op de werkpunten. Het is belangrijk om eerst te peilen bij alle geledingen wat hun zicht is op de thematiek en wat hun noden zijn. Op deze wijze werkt de LSGD een A&D-beleid uit, in relatie met alle partners die het beleid naar de toekomst kunnen uitvoeren.

Doelstellingen van de analyse:

- ✓ In kaart brengen van de beleving van de alcohol- en drugproblematiek
- ✓ In kaart brengen van de huidige aanpak
- ✓ In kaart brengen van de vragen naar aanpak en ondersteuning
- ✓ Een beeld krijgen van de verwachtingen en prioritaire noden
- ✓ Toetsen van de bereidheid tot medewerking aan de realisatie van het A&D-beleid.

Op welke thema's willen we zicht krijgen?

- Problemen door gebruik en misbruik. Welke middelen worden gebruikt? Wat is de aard van het gebruik?
- Wat is de huidige aanpak van de drugproblematiek? Welke problemen/knelpunten worden ervaren?
- Aanwezigheid en cultuur van drugs in de gevangenis. Factoren die gebruik doen toenemen. Wat is de gebruikerscultuur in de huidige gevangenispopulatie?
- Regelgeving en procedures. Zijn de huidige regelgeving en procedures en interne afspraken gekend door alle betrokken personeelsleden? Wat is de wenselijkheid om deze te optimaliseren?
- Welke detectiemethodes worden momenteel gebruikt en bestaan hiervoor procedures?
- Samenwerking met politie en parket. Wat zijn de knelpunten in de samenwerking?
- Aanbod vanuit verschillende interne diensten. Op welke manier wordt er informatie uitgewisseld en wordt er samengewerkt? Wat zijn de knelpunten?
- Voorlichting en vorming. Voldoet het huidige aanbod aan de noden en verwachtingen?
- Wat bestaat er op vlak van preventieve acties gedetineerden en naar bezoekers. Hoe is de samenwerking met externe voorzieningen?

Welke doelgroep gaan we bevragen?

Bevraging van alle niveaus van medewerkers in de gevangenis:

- Beambten
- Psychosociale dienst
- Medisch-verpleegkundige dienst
- Directie
- Externe hulpverlening
- Externe vormingsmedewerkers en begeleiders

Welke methodiek wordt gebruikt om gegevens te verzamelen?

Alle personeelsleden bevragen is tijds- en kostenintensief. Bovendien is het niet altijd haalbaar. Het kan een alternatief zijn om via persoonlijke gesprekken, een hearing, infosessie of enquête informatie te verzamelen bij sleutelfiguren en geïnteresseerden.

Een schriftelijke enquête doen bij alle personeelsleden heeft nochtans belangrijke voordelen. Men kan het personeel in één beweging inlichten over het bestaan en de plannen van de LSGD. Op de inleidende brief kunnen ook de leden van de LSGD voorgesteld worden en kent het personeel de aanspreekpunten per afdeling of beroeps categorie. Een ander belangrijk voordeel is dat men op deze manier de betrokkenheid van alle medewerkers vergroot.




Bovendien kan de LSGD bij een voldoende respons vrij zeker zijn van haar stuk: de antwoorden geven een beeld dat volledig genoeg is en tegelijk specifiek voor onze organisatie.

Wanneer de LSGD beslist om een bevraging te doen van alle personeelsleden moet deze goed voorbereid worden. Timing, planning en praktische afspraken zijn belangrijk:

- ✓ Welke gegevens willen we verzamelen?
 - ✓ In de lokale stuurgroep wordt eerst een checklist gemaakt met alle mogelijke items die zouden kunnen bevroegd worden en de verschillende doelgroepen die we willen bevragen. Vragenlijsten zullen moeten afgestemd worden op de doelgroep die we willen bevragen.
 - ✓ Voor een schriftelijke vragenlijst wordt er best met zoveel mogelijk gesloten vragen gewerkt. Hoe korter de antwoorden, hoe groter de kans dat er effectief geantwoord wordt. Antwoorden op gesloten vragen zijn bovendien gemakkelijker en sneller te verwerken.
 - ✓ Wie schrijft de inleidende tekst ?
 - ✓ Hoe worden de formulieren verdeeld en verzameld?
 - ✓ Hoeveel tijd krijgt het personeel om in te vullen?
 - ✓ Wie verwerkt de gegevens?

Er is een vragenlijst per doelgroep die peilt naar het gesignaleerde probleem en de noden naar beleid en vorming.

In bijlage enkele voorbeelden van vragenlijsten:

-  In bijlage 2 een vragenlijst voor penitentiaire beambten
-  In bijlage 3 een vragenlijst voor de psycho-sociale dienst
-  In bijlage 4 een vragenlijst voor externe hulpverleningsdiensten

De resultaten worden best verwerkt in een rapport. Dit document moet een inventaris zijn van de mogelijkheden, knelpunten en behoeftes die het personeel per pijler van het beleid heeft aangegeven. Zo kan het rapport als basis dienen voor het bespreken in de LSGD en vervolgens het formuleren van uitgangspunten en doelstellingen.

Het rapport kan aangevuld worden met een inventaris van bestaande documenten met objectieve gegevens omtrent huidige situatie in de gevangenis. In de LSGD wordt best afgesproken wie welke documenten, gegevens verzameld.

Voorbeelden:

Actuele gegevens omtrent personeelssamenstelling en gedetineerden

- Gegevens over alcohol- en druggebruik en de gevolgen hiervan in de gevangenis.
- Richtinggevende teksten zoals bijvoorbeeld de omzendbrief van de minister.
- Bestaande documenten i.v.m beroepsgeheim en informatieuitwisseling
- Documenten mbt meldingsprocedures bij drugvondsten.
- Artikelen uit het algemeen reglement en de algemene instructie
- Huishoudelijke regels in verband met bezoekers
- Interventieaanvraag drugs
- Fouilleplan
- Historiek vormingsinitiatieven
- Bestaande kanalen van informatiedoorstroming naar personeel en gedetineerden.

2.2. Formuleren van uitgangspunten en doelstellingen

Met een visietekst wil de LSGD de uitgangspunten en het kader aangeven van het uit te werken A&D-beleid. Minimaal wordt in deze verklaring stil gestaan bij de visie op de alcohol- en drugproblematiek in de gevangenis en de algemene doelstellingen die de LSGD heeft met een A&D-beleid. De algemene doelstellingen bij de drie pijlers van het beleid; regelgeving en procedures, begeleiding en hulpverlening en vorming en preventie worden toegelicht vanuit langetermijnopties en achterliggende visie. Deze doelstellingen moeten in de visietekst nog niet concreet omschreven worden.

Een visietekst is geen vrijblijvende theoretische denkoefening: het geeft een beeld van waar de LSGD naartoe wil met een A & D-beleid en legt een aantal bakens vast die als houvast zal kunnen gebruikt worden. Het is dan ook fundamenteel dat de tekst formeel onderschreven wordt door de directie en alle betrokkenen. Het heeft weinig zin verder te gaan en actiepunten te concretiseren zolang er geen schriftelijk fiat is van de directeur of het directiecollege.

In het uitwerken van de visietekst wordt in hoofdzaak rekening gehouden met de algemene principes van de recentste omzendbrief en de resultaten van de probleemanalyse.

Het resultaat is een visietekst die uit drie elementen bestaat:

- de houding van de gevangenis tegenover alcohol- en drugproblematiek
- de algemene doelstelling die men met het A&D-beleid wil realiseren
- de doelstellingen per pijler

Voorbeeld van een visietekst:



Met deze visietekst wil de gevangenis van haar houding weergeven tegenover de alcohol- en drugproblematiek in de gevangenis, haar algemene doelstellingen bepalen met het uit te voeren A&D-beleid en deze concretiseren in de subdoelstellingen per pijler.

Algemene uitgangspunten

Als we verder over drugs praten bedoelen we hiermee alle legale en illegale genotmiddelen, dus ook alcohol en niet voorgeschreven psychoactieve medicatie.

Geen enkele vorm van drugbezit en drughandel in de gevangenis kan gedoogd worden maar de aanwezigheid van drugs en druggebruik in de gevangenis is een realiteit en een weerspiegeling van het gebruik en misbruik in de maatschappij. Dit betekent dat de inspanningen die we zullen leveren om deze problematiek aan te pakken zo nauw mogelijk dienen aan te sluiten bij de inspanningen die in de maatschappij geleverd worden.

Naast het terugdringen van het aanbod van drugs in de gevangenis zien wij het evenzeer als

onze verantwoordelijkheid om een kwaliteitsvolle zorgverlening aan te bieden, zoals de gedetineerde die zou krijgen indien hij niet opgesloten was. Evenzeer een belangrijke doelstelling is het terugdringen van de vraag naar drugs bij de gedetineerden; daarvoor zijn initiatieven nodig die zich richten op het vergroten van de beschermende factoren bij gedetineerden en/of het verkleinen van de risicofactoren.

Drie pijlers

We wensen ons beleid uit te bouwen rond drie pijlers: regelgeving, preventie en hulpverlening en ten slotte deskundigheidsbevordering.

✓ *Kennis en toepassing van de regelgeving door alle betrokkenen (personeel, gedetineerden, bezoekers) dienaangaande vinden wij een belangrijk onderdeel van het beleid om de problematiek beheersbaar te houden en een maximale levenskwaliteit te garanderen. Inspanningen om het aanbod van drugs in de gevangenis tegen te gaan, moeten vooral gericht zijn op het verhinderen dat drugs de gevangenis binnenkomen, het aanpakken van de drughandel en van de daaraan verbonden bendevorming of afpersing. Deze aanpak zal gebeuren met respect voor de rechten van de gedetineerde en met behoud van zijn/haar socio-affectieve banden. De bestaande regelgeving en interne procedures moeten duidelijk gemaakt worden naar alle betrokkenen en het gevangenispersoneel zal consequent reageren als de regels overschreden worden. Beleidsmatige initiatieven rond controle en drugtesten zullen op basis van wettelijke bepalingen en wetenschappelijke evidentie tegen het licht van het wenselijke en haalbare gehouden worden. Onverminderd de toepassing van de wet op het medisch beroepsgeheim zal de rapportage en informatiedoorstroming ten dienste staan van het welzijn van de gedetineerde en de samenwerking tussen interne en externe diensten.*

✓ *Om allerlei redenen (individuele kenmerken, groepsdruk, psychische kwetsbaarheid,*

relationele problemen e.a) beginnen sommige gedetineerden pas in de gevangenis drugs te gebruiken, of schakelen gedetineerden over naar meer schadelijke vormen van druggebruik. Naast het terugdringen van het drugsaanbod in de gevangenis beschouwen we het eveneens als onze taak om de vraag van gedetineerden naar drugs te verminderen en de mogelijke schade van druggebruik zoveel mogelijk te beperken. We zullen hiervoor initiatieven nemen die zich zowel op de organisatie als op de persoon van de gedetineerde richten. Naast het informeren en sensibiliseren van de gedetineerden op een uniforme wijze willen wij de mogelijkheden onderzoeken van structurele preventieve initiatieven met betrekking tot dagbesteding, vrijetijdsbesteding, vorming en vaardigheidstraining. Wat betreft schadebeperking vinden wij het noodzakelijk dat druggebruikende gedetineerden geïnformeerd worden rond risico's van intraveneus gebruik op besmettelijke ziektes en mogelijke schadebeperkende maatregelen.

✓ *Zoals eerder aangegeven heeft elke gedetineerde recht op een kwaliteitsvol zorg- en begeleidingsaanbod, rekening houdend met de beperkte mogelijkheden en specifieke beperkingen van de gevangeniscontext. Continuïteit in de behandeling nastreven vinden wij zeer belangrijk vandaar het belang dat wij hechten aan een goede samenwerking met externe diensten., zodat ons aanbod kan aansluiten bij een lopende behandeling, kan ondersteund worden door externe hulpverleningsorganisaties en bij het einde van de detentie een gepaste nazorg kan georganiseerd worden. Naast accuraat inschatten van probleemgebruik en het uitbouwen van een gepast aanbod vinden wij het even belangrijk dat de gedetineerden door het personeel gemotiveerd en toegeleid worden naar het bestaande intern en extern aanbod. We vinden het belangrijk dat gedetineerden die gemotiveerd zijn om te ontwennen vervangmedicatie krijgen als ondersteuning alsook voor zover dat mogelijk is in de gevangenis een drugvrije omgeving, daarom zullen we de mogelijkheid onderzoeken of er geen logistieke mogelijkheden zijn intramuraal om een (meer) drugvrije omgeving te voorzien.*

Voor de implementatie van het beleidsplan is het noodzakelijk dat alle gevangenispersoneel met voldoende kennis van zaken en in overeenstemming met zijn taken/verantwoordelijkheden zijn rol kan vervullen. Er is reeds heel wat geïnvesteerd in vorming rond deze problematiek maar blijkens de huidige vormingsnoden is nood aan permanente investering, opfrissing en adhoc vormingssessies rond actuele thema's.

2.3. Uitwerken pijlers van het beleid

De hoofddoelstellingen uit de visietekst zijn nog abstract en moeten zichtbaar gemaakt worden in concrete werkpunten om tot actie te kunnen overgaan. Door de doelstellingen concreter te maken is het later ook eenvoudiger om ze te evalueren.

Voor de concretisering zal de LSGD misschien moeten uitgebreid worden met externe experts. We denken hierbij aan de pijler vorming en hulpverlening waarbij knowhow en expertise van buiten de LSGD een meerwaarde kan betekenen of als er bij de uitwerking afspraken nodig zijn met externe partners.

Het kan ook zinvol zijn om de pijlers vorming en preventie en begeleiding en hulpverlening in twee subgroepen te laten bespreken.

Drie basisdocumenten die richtinggevend zijn bij het uitwerken van de pijlers van het beleid zijn:

- De omzendbrief van de Minister met betrekking tot de drugproblematiek in de gevangenissen nr.1785 (2006)
- De visietekst opgemaakt door de LSGD van de gevangenis.
- Het rapport van de bevraging

2.3.1. Pijler regelgeving en procedures:

Over de algemene regel dat gedetineerden in de gevangenis geen alcohol, drugs en/of niet voorgeschreven medicatie mogen gebruiken bestaat weinig onduidelijkheid. Cijfers over druggebruik van gedetineerden en enquêtes bij het gevangenispersoneel tonen evenwel aan dat regeloverschrijdend gedrag van gedetineerden op dat vlak veelvuldig voorkomt.

Grenzen en regels i.v.m. middelengebruik in de gevangenis kunnen dan ook niet duidelijk genoeg zijn. Er mag geen ruimte zijn voor interpretatie en de regels moeten voor iedereen en altijd geldig zijn. Last but not least moeten de regels door iedereen, zowel gedetineerden als personeel gekend zijn.

Of de regels en procedures door iedereen gekend zijn is een vraag die zeker een antwoord moet krijgen in de probleemanalyse. Als dit een knelpunt blijkt, is het aan de LSGD om een hieromtrent een communicatiebeleid te ontwikkelen.

Het kan ook blijken uit de bevraging dat bepaalde regels of procedures om de regels toe te passen in de praktijk moeilijk uit te voeren zijn of dat bepaalde regels moeten aangepast worden aan een gewijzigde context.

Duidelijke regels stellen en communiceren is belangrijk, ze werkelijk doen naleven is nog een ander paar mouwen. Het personeel heeft hierin een grote verantwoordelijkheid maar om deze te kunnen opnemen zijn er duidelijke richtlijnen en procedures nodig rond een belangrijk aantal aspecten als controle, informatie-uitwisseling, sancties e.a.

Wat weet de LSGD over de bestaande regelgeving, procedures en de toepassing ervan?

Bij de bespreking van de resultaten van de bevraging hebben we reeds een inventaris gemaakt van alle regels, richtlijnen en procedures die formeel beschikbaar zijn in de gevangenis.

Met de probleemanalyse kreeg de LSGD een goed beeld van de concrete, actuele behoeften en knelpunten van de verschillende actoren in de gevangenis m.b.t de regels en procedures. Wat goed loopt moet uiteraard niet veranderd worden maar de knelpunten zullen het uitgangspunt vormen voor de werkpunten en verbetervoorstellen.

Richtlijnen uit de omzendbrief van de Minister met betrekking tot de drugproblematiek in de gevangenis nr.1785 (2006) m.b.t maatregelen bij drugbezit en drughandel.

Algemene verplichtingen voor het penitentiair personeel

Bij het aantreffen van (vermoedelijk) drugs, of wanneer er duidelijke aanwijzingen zijn dat een gedetineerde op enige wijze betrokken is bij de handel in drugs of er op enige wijze profijt uit haalt, of drugs in zijn bezit had, moet zulks onmiddellijk worden gemeld aan de bevoegde overheden. Bij het vinden van voorwerpen die (mogelijk) dienen om drugs te gebruiken dienen deze in beslag te worden genomen en dient hieromtrent melding te worden gedaan aan de bevoegde overheden (artikel 29 SV).

Onverminderd de toepassing van artikel 458 SW moet het penitentiair personeel elke vaststelling of vermoeden van druggebruik, alsmede elke (veronderstelde) betrokkenheid van een gedetineerde bij drughandel zonder uitstel schriftelijk rapporteren aan de directie.

Controle van personen en lokalen

Onverminderd de instructies met betrekking tot de veiligheid en de toegangscontrole zijn de volgende regels van toepassing:

In het kader van de verplichte controles van gedetineerden die in contact zijn gekomen met externen (bezoekers, advocaten, externe hulpverleners, na elke terugkeer vanuit penitentiair verlof, uitgangspersmissie...) dient men zeer aandachtig te werk te gaan.

De directie kan, indien de omstandigheden dit verantwoorden (zoals in het kader van een gerichte of grootschalige inspectie van lokalen en personen) de bijstand vragen van politiediensten voor een onderzoek van gedetineerden of lokalen, waarbij detectieapparatuur en/of honden kunnen worden aangewend.

In geval van bijzondere aanwijzingen gebeurt er ook bij externen of personeelsleden een op drugs gerichte controle. Wanneer deze controle dient te gebeuren, moet hierbij rekening worden gehouden met de wettelijke bepalingen ter zake: het fouilleren van personen kan enkel gebeuren door de bevoegde politionele overheid.

De CSD zal een nationaal actieplan ontwikkelen dat betrekking heeft op de algemene lijnen van de samenwerking tussen de politionele overheden en de penitentiaire inrichtingen.

De lokale stuurgroep ziet toe op de ontwikkeling van een eenduidige boodschap naar alle bezoekers over de mogelijke strafrechtelijke gevolgen van medewerking aan drugsmokkel.

De lokale stuurgroep drugs zal er op toezien dat deze boodschap betreffende de strafbaarheid van drugsmokkel efficiënt wordt verspreid. De lokale stuurgroep zal er tevens over waken dat er voor bezoekers of personeelsleden die in verband met drugsmokkel onder druk gezet worden een aanspreekpunt is waar ze deze problemen op een veilige manier kunnen bespreken.

De lokale stuurgroep drugs zal erover waken dat er voorstellen worden geformuleerd voor acties die specifiek gericht zijn op het voorkomen van drughandel.

Elke inspectie van personen en/of lokalen moet gebeuren met een maximaal respect voor de privacy en mag geen tergend karakter hebben.

Maatregelen

In het geval van betwisting en in het geval van twijfel langs de kant van de directie betreffende de in beslag genomen substanties, moet zo snel mogelijk van de politie of de gerechtelijke overheid uitsluitel bekomen worden over de precieze aard van de gevonden producten. Deze samenwerking moet eveneens geïntegreerd worden in het door de CSD ontwikkelde nationale actieplan.

De directeur die verantwoordelijk is voor het tuchtrapport zal zijn tuchtstraf in de mate van het mogelijke laten afhangen van het feit of de in beslag genomen producten bestemd lijken voor persoonlijk gebruik dan wel voor het voeren van drughandel.

Maatregelen bij het bezit van drugs of voorwerpen om drugs te gebruiken met het oog op persoonlijk gebruik

Niettegenstaande de bepalingen van het Wetboek van Strafvordering, moet ten aanzien van de gedetineerde die gebruikershoeveelheden in bezit heeft:

a) onmiddellijk een medewerker van de Medische Diensten verwittigd worden indien de gedetineerde zich

merkbaar onder invloed van drugs bevindt, zodat kan geëvalueerd worden of de betrokkene nood heeft aan medische zorgen, en dit conform alinea 4.3.

b) dienen de omstandigheden van het gebruik te worden onderzocht om een dergelijke situatie in de toekomst te vermijden. Indien uit het tuchtverslag blijkt dat het drugbezit mogelijkwijze een gevolg is van problematisch druggebruik, dan zal de betrokken gedetineerde naar een zorgverlener in de gevangenis verwezen worden voor follow-up. Er zal bovendien onderzocht worden of eventuele toegang tot arbeid of tot specifieke regimes een rol gespeeld heeft bij het in bezit komen van de drugs. In dat geval zal beoordeeld worden of een tijdelijke beperking van die toegang wenselijk is;

c) zal een tuchtsanctie worden opgelegd in overeenstemming met de geldende reglementering.

Slechts indien er een onmiddellijk en onmiskenbaar gevaar is kan het isoleren van de betrokkene overwogen worden.

Maatregelen in het geval van betrokkenheid bij handel

Niettegenstaande de bepalingen van het Wetboek van Strafvordering en zelfs wanneer er, ook al worden er geen drugs gevonden, na een intern onderzoek duidelijke aanwijzingen zijn dat een gedetineerde op enige wijze betrokken is bij de handel in drugs of er op enige wijze profijt uit haalt:

a) moeten onmiddellijk de nodige maatregelen genomen worden die de veiligheid en de gezondheid van de betrokken gedetineerde, medegedetineerden en personeel vrijwaren;

b) dienen de omstandigheden van de handel te worden onderzocht om zulks in de toekomst te vermijden. Er zal nauwkeurig onderzocht worden of de toegang van de betrokken gedetineerde tot arbeid of tot bepaalde specifieke regimes een rol gespeeld heeft in het tot stand komen van de overtreding. In dat geval zal de toegang tot arbeid of tot het betreffende regime tijdelijk beperkt worden.

c) moeten er strenge tuchtsancties worden getroffen, in overeenstemming met de geldende reglementering

Maatregelen ten aanzien van bezoekers

Wanneer, na duidelijke aanwijzingen en een intern onderzoek, blijkt dat een bezoeker op enige wijze (vermoedelijk) drugs of voorwerpen om drugs te gebruiken binnen de gevangenis tracht te smokkelen of heeft gesmokkeld:

-is men verplicht om steeds het parket onmiddellijk en schriftelijk in te lichten (art. 29 Sv.) en, in geval van een advocaat, de Stafhouder van de betreffende Orde der Advocaten op de hoogte te brengen;

✓ kan de bezoeker die vermeld is in artikel 31, § 1 van het algemeen reglement (met uitzondering van de advocaat ten aanzien van wie een beslissing van de Stafhouder moet worden afgewacht) voorlopig het bezoek worden ontzegd indien er individuele aanwijzingen bestaan dat het bezoek de ordehandhaving en de veiligheid ernstig in gevaar brengen en het bezoek achter glas niet volstaat om dit gevaar af te wenden. Het weigeren van bezoek aan deze bezoekers wordt gemotiveerd en is geldig voor een periode van maximum 2 maanden die, na evaluatie, eventueel eenmaal hernieuwbaar is. Deze voorlopige bezoekweigering wordt ter kennis gebracht van de gedetineerde, van de bezoeker en van de directeur-generaal.

✓ Voor de andere categorieën bezoekers moet het weigeren van het bezoek worden gemotiveerd en is het geldig voor een periode van maximum 6 maanden die, na evaluatie, eventueel eenmaal hernieuwbaar is. Deze voorlopige bezoekweigering wordt ter kennis gebracht van de gedetineerde, van de bezoeker en van de directeur-generaal.

Maatregelen ten aanzien van personeelsleden

Wanneer, na duidelijke aanwijzingen en een intern onderzoek, blijkt dat een personeelslid op enige wijze (vermoedelijk) drugs of voorwerpen om drugs te gebruiken binnen de gevangenis tracht te smokkelen of heeft gesmokkeld:

- is men verplicht om steeds het parket onmiddellijk en schriftelijk in te lichten (art. 29 Sv.)
- moet men de betrokkene onmiddellijk voorlopig de toegang tot de inrichting weigeren onder de verplichting deze beslissing onverwijld aan de Minister ter kennis te brengen (artikel 1 van de Bijzondere Instructie van 14 mei 1971)
- moet er een disciplinair dossier opgemaakt worden.

In de visietekst heeft de LSGD duidelijk gemaakt welk belang ze hecht aan de pijler regelgeving en procedures. Vervolgens maakt de LSGD een inventaris op van de sterktes en zwaktes in de huidige regelgeving en procedures:

- Welke richtlijnen zijn voldoende gekend? Welke zijn onvoldoende gekend? Door wie wel? Door wie niet?
- Wat is duidelijk? Wat is niet duidelijk?
- Wat werkt goed? Wat werkt minder goed?
- Hoe kan de toepassing verbeterd worden?

Mogelijke topics om in de LSGD verbetervoorstellen rond uit te werken:

- ✓ Hoe en aan wie wordt vermoeden van en vaststelling van drugsbezit gesignaleerd?
- ✓ Hoe en aan wie wordt vermoeden van en vaststelling van druggebruik gesignaleerd?
- ✓ Wie volgt de observatiefiches van de beampten op en hoe kan hierover structureel overleg mogelijk gemaakt worden met de Psychosociale Dienst?
- ✓ Hoe worden crisissituaties aangepakt?
- ✓ Wat zijn de sancties bij drugsbezit en hoe worden ze uitgevoerd? Wie geeft de sanctie?
- ✓ Wat zijn de sancties bij druggebruik en hoe worden ze uitgevoerd? Wie geeft de sanctie?
- ✓ Wat zijn de procedures bij een fouille?
- ✓ Hoe worden bezoekers gecontroleerd op het bezit van drugs?
- ✓ Welke procedure wordt gevolgd als bezoekers betrappt worden op het binnensmokkelen van drugs?
- ✓ Wanneer en hoe wordt er melding gemaakt aan de politie of het parket? Wie neemt contact met hen op?
- ✓ Hoe kan een structureel overleg met het Parket georganiseerd worden omtrent opvolging van pv's?
- ✓ Hoe wordt opgetreden tegenover personeelsleden die onder invloed komen werken?
- ✓ Hoe worden bezoekers geïnformeerd omtrent de regels en sancties mbt binnensmokkelen van drugs of onder invloed zijn van alcohol- of drugs?
- ✓ Zijn er richtlijnen of een deontologische code omtrent het beroepsgeheim voor de verschillende disciplines in de gevangenis en hoe worden deze kenbaar gemaakt?

Voorbeeld van inventarisatieschema:

Richtlijn of procedure	Hoe werkt de maatregel? Wie volgt op?	Wat zijn knelpunten in toepassing?	Hoe verbeteren?
<u>Bij gebruik of vermoeden van gebruik</u> <ul style="list-style-type: none"> – Bezit van drugs voor persoonlijk gebruik gedetineerde – Vinden van drugs – Onder invloed zijn van drugs – Vaststelling van druggebruik of vermoeden van gebruik – Controle 			
<u>Bij betrokkenheid bij handel</u> <ul style="list-style-type: none"> – Vaststelling – Controle 			
<u>Maatregelen ten aanzien van bezoekers</u> <ul style="list-style-type: none"> – Controle op bezoekers – Maatregelen ten aanzien van bezoekers – Fouilleren door politionele overheid 			
<u>Statuut ambtenaar penitentiaire instellingen ten aanzien van gedetineerden</u> <ul style="list-style-type: none"> – Aangifteplicht van ambtenaren – Verbod op binnenbrengen van geestrijke dranken of enig schadelijk product – Verbod op verkoop aan gedetineerden – Verbod als tussenpersoon op te treden 			

Als de verbetervoorstellen uitgewerkt zijn en opgenomen worden in het beleidsplan is het belangrijk ze te communiceren naar de betreffende doelgroepen; personeel (zowel intern als extern), gedetineerden en bezoekers. Mondelinge toelichting kan zinvol zijn maar is niet genoeg. Procedures worden best op papier gezet en ook op deze manier doorgegeven (zie deel 4: Uitvoeren van een A&D-beleid).

2.3.2. Pijler begeleiding en hulpverlening.

Zowel in de Omzendbrief van de Minister als in het voorbeeld van visietekst wordt uitgegaan van een belangrijk principe; de gedetineerde heeft recht op een kwaliteitsvol behandelings- en begeleidingsaanbod, rekening houdend met de beperkingen en de specifieke aspecten van de gevangeniscontext. De gevangenis is immers geen psychiatrisch ziekenhuis of therapeutisch centrum, maar sociale ruimte voor de uitvoering van vrijheidsberoving, gericht op de beveiliging van de samenleving.

Uit de Omzendbrief van de Minister met betrekking tot de drugproblematiek in de gevangenissen nr.1785 (2006):

Behandeling en verwijzing van drugproblemen

De ontwenningperiode

Een gedetineerde die ontwent van een psychotroop middel moet medisch (door de Medische Diensten) en psychosociaal (door drughulpverlening) ondersteund worden. Penitentiaire beambten die getuige zijn van een ontwenning hebben de opdracht om zo snel mogelijk de medische diensten hiervan op de hoogte te stellen.

Artsen hebben op elk moment van de detentie de mogelijkheid om substitutiebehandelingen met methadon of buprenorfine voor onbepaalde duur op te starten of verder te zetten. De arts zal zich hierbij laten leiden door de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en door andere relevante wetenschappelijke literatuur terzake. Het voorschrijven van substitutiemedicatie gebeurt conform het technisch protocol in bijlage aan deze omzendbrief. Het is de opdracht van de hoofdgeneesheer in elke gevangenis om er over te waken dat aan elke vraag tot het voortzetten van een substitutieprogramma kan voldaan worden.

Het volgen van een substitutiebehandeling is op zich geen reden om de betrokken gedetineerde het recht op werk te ontzeggen. Integendeel, een zinvolle dagbesteding zal de therapeutische inspanningen ondersteunen.

Ondersteuning en begeleiding

De lokale stuurgroep drugs duidt aan welke diensten verantwoordelijk zijn voor het informeren van elke gedetineerde over de mogelijkheden die er intra-muros ter beschikking zijn voor de preventie of behandeling van drugproblemen. De LSGD zorgt er bovendien voor dat ook derden op eenvoudig verzoek over deze informatie kunnen beschikken.

Indien een gemotiveerde gedetineerde wenst deel te nemen aan activiteiten die verband houden met drugpreventie of met de begeleiding of behandeling van drugproblemen, dan is het de taak van de lokale stuurgroep drugs dat de betrokkene daartoe in staat gesteld wordt.

Begeleiding bij het einde van de detentie

In de periode die volgt op vrijlating is het risico op herval, op het oplopen van schade en vooral op overdosis veel hoger dan op andere ogenblikken. Er zal daarom op toegezien worden dat deze periode in de mate van het mogelijke zo goed mogelijk voorbereid wordt door alle betrokken diensten. In alle geval zal de lokale stuurgroep er op toezien dat er informatie beschikbaar is over diensten waarop alle vertrekkende gedetineerden buiten de gevangenis een beroep kunnen doen.

Bij vrijlating en in de mate van het mogelijke daarna, wordt - met respect voor het beroepsgeheim en de medische deontologische regels - alle nuttige informatie overgemaakt aan de arts die de behandeling

overneemt

Externe hulpverleningsorganisaties

In het kader van de integrale aanpak van de drugproblematiek moet de lokale stuurgroep drugs in de ruimst mogelijke mate een beroep doen op de medewerking van externe drughulpverleningsorganisaties. De voorzitter van de lokale stuurgroep drugs is het aanspreekpunt voor alle externe contacten. De directie moet externe deskundigen toelaten om intramuraal actief te zijn met preventie en zorg, zowel op collectieve als op individuele basis.

De visie en de activiteiten van deze deskundigen en diensten mogen niet in tegenspraak zijn met het beleid zoals omschreven wordt in deze omzendbrief. Daarenboven moeten zij de regels van orde en veiligheid van de inrichting respecteren.

Het is de gevangenisdirecteur die bepaalt welke hulpverleningsorganisaties toegang krijgen tot de gevangenis en aan de hand van welke nadere regels. Indien de directeur het wenst kan hij bijkomende informatie verkrijgen over een organisatie die hem toegang vraagt en die niet gekend is door de directie. Een weigering van de toegang is nochtans slechts mogelijk na een gemotiveerd schrijven van de gevangenisdirecteur aan de coördinator drugbeleid en aan de betrokken organisatie of de betrokken persoon.

In het geval van een weigering van de toegang tot de gevangenis, kan de organisatie waarvan de betrokken werknemer afhangt beroep aantekenen bij de Directeur-generaal die een beslissing zal nemen na het voorafgaand advies van de coördinator drugbeleid.

Op basis van de richtlijnen uit de rondzendbrief en de visietekst van de gevangenis kan de LSGD een lijst met meer concrete doelstellingen voor begeleiding en hulpverlening naar voor schuiven.

Voorbeelden:

- ✓ Accuraat inschatten probleemgebruik en motivatie voor gedragsverandering
- ✓ Gebruik van substitutiemedicatie
- ✓ (meer) Drugvrije omgeving
- ✓ Schadebeperkende maatregelen
- ✓ Motivatiebevordering
- ✓ Toeleiding naar intern en extern hulpverleningsaanbod
- ✓ Zorgen voor continuïteit in de behandeling (samenwerking met externe hulpverleningsdiensten)

De volgende stap is nu op basis van de probleemanalyse in deze lijst van doelstellingen prioriteiten vast te leggen en vervolgens de randvoorwaarden in kaart te brengen om deze interventies uit te voeren.

Begeleidende vragen bij de keuze voor een bepaalde interventie:

- Heeft de interventie haar effectiviteit/kosteneffectiviteit bewezen in de verslavingszorg?
- Is er reeds wetenschappelijk onderzoek gebeurd naar de effectiviteit van deze interventie bij gedetineerden?
- Indien er weinig of geen wetenschappelijke evidentie is om op terug te vallen, zijn er dan goede praktijkvoorbeelden beschreven in de literatuur?
- Bestaan er goede praktijkvoorbeelden in ons land of omliggende landen die als

voorbeeld kunnen dienen?

- Wordt door de interventie de rechten van de gedetineerde gevrijwaard?
- Is de interventie onderdeel van een globaal en geïntegreerd aanbod?
- Wat zijn de randvoorwaarden om deze interventie te kunnen uitvoeren?
- Valt er een timing/planning op te maken voor randvoorwaarden die nog niet aanwezig zijn?

Enkele voorbeelden van concretisering van doelstellingen uit de visietekst:

Accuraat inschatten probleemgebruik/Screenen gedetineerden op drugproblematiek

Er werd een screeningsinstrument en bijhorende methodologie ontwikkeld door de Vakgroep Orthopedagogie van de Ugent (De Wilde et al, 2007) voor de inschatting van middelengebruik, psychopathologie en veranderingsbereidheid (motivatie) bij gedetineerden. Bij dit screeningsinstrument hoort ook een draaiboek.

De finaliteit is zicht krijgen op de behandelnoten, de verkregen informatie valt dus onder regeling van het medisch beroepsgeheim en kan niet gebruikt worden voor juridische afhandeling.

De medische dienst zal bij de screening een centrale rol spelen omdat bij aanmelding van een nieuwe gedetineerde het medisch standaardonderzoek reeds daar gebeurt en er ook een urinetests dient afgenomen te worden.

De grootte van de doelgroep die zal gescreend worden is bepalend voor de inschatting van de workload en kostprijs van deze interventie dus maakt de LSGD best vooraf de keuze welke gedetineerden zullen worden gescreend en op welk tijdstip..

Randvoorwaarden om een kwaliteitsvolle screening uit te voeren dienen te worden onderzocht:


- Is de huidige personeelsomkadering en beschikbare tijd van de medisch-verpleegkundige dienst voldoende om deze interventie uit te voeren?
- Het personeel dient voldoende opgeleid te zijn om deze interventie uit te voeren, er zal dus moeten geïnvesteerd worden in vorming.
- Is er een aparte ruimte voorzien om de screening uit te voeren? Is er een PC om de resultaten in te voeren?
- Worden extra financiële middelen voorzien om deze interventie uit te voeren of moet dit gebeuren met de bestaande middelen?
- Is er voldoende opgeleid personeel om bij een positieve screening uitgebreider onderzoek te doen naar de behandelnoten (assessment-diagnostiek)?
-

Gebruik van substitutiemedicatie

Vanuit de federale overheidsdienst werd een technisch protocol substitutiebehandeling en behandelcontract uitgewerkt. Het protocol heeft tot doel de verschillende gangbare praktijken in verband met het afleveren van vervangmedicatie op elkaar af te stemmen. De artsen blijven verder gebonden aan de adviezen van de hoge Gezondheidsraad bij het voorschrijven van de vervangmedicatie. De toepassing van dit protocol is verplicht. Voor gedetineerden bij wie extern reeds substitutiebehandeling is ingesteld of bij gedetineerden bij wie op klinische manier afhankelijkheid van opiaten is vastgesteld. Enkel als gedetineerde zich akkoord verklaart en behandelcontract ondertekent. Belangrijk is dat één van de

voorwaarden onverwachte urinecontroles zijn.

Dit protocol zal uitgevoerd moeten worden in de gevangenis. Er zal een afstemmingstraject moeten worden opgezet met de voorschrijvers en verpleegkundigen om tot een gelijkvormige aflevering te komen in alle afdelingen. Er zal ook aan afstemming met externe artsen gewerkt worden.

 Bijlage 5: Protocol vervangmedicatie

Psycho-sociaal aanbod; bejegening, begeleiding of (pre)-therapie?

Afhankelijk van de architectonische en facilitaire mogelijkheden van de gevangenis kan gedacht worden aan een drugvrije afdeling (DVA)/vleugel met een verhoogd toezicht, strenge selectie en afgestemd vorming/begeleidingsaanbod waardoor de kansen op een drugvrij of -arm leefklimaat stijgen.

Er mag worden van uit gegaan dat interventies naar gedetineerden met betrekking tot hun drugproblematiek effectiever zullen zijn als ze worden aangeboden in een veilige drugvrije omgeving, met deskundig en gemotiveerd personeel. Een drugvrije sectie of afdeling ligt dan ook voor de hand maar is geen absolute voorwaarde om zinvolle begeleidende interventies te doen. Als door omstandigheden geen DVA mogelijk is betekent dit geen alibi om helemaal niets te doen voor deze doelgroep.

Behandeling van verslavingsproblematiek met een psychotherapeutische invalshoek is niet evident en volgens sommigen onmogelijk in een omgeving die gericht is op strafuitvoering. De gevangeniscontext is allesbehalve faciliterend voor behandeling, de detentie zelf zorgt voor extra stress en bovendien zijn financiële en personeelsmiddelen meestal niet voorhanden om een therapeutisch programma uit te bouwen in de gevangenis. De knowhow, expertise en het personeel van de reguliere drughulpverlening inhuren (zoals in het V.K) om een therapeutisch programma mee te helpen uitbouwen zou een alternatief kunnen zijn maar tot nu toe heeft de overheid niet voor deze optie gekozen. Het Believe-project in de gevangenis van Ruiselede heeft reeds jaren expertise met een programma dat nauw aanleunt bij de principes van een therapeutische gemeenschap en waarbij externe hulpverleners ingeschakeld worden in het programma-aanbod. In dit project worden jaarlijks zestien gebruikers opgenomen voor een behandeling van acht maanden. Recent onderzoek heeft aangetoond dat deelname aan dit project een positieve invloed heeft op de kans op recidive (Todts, 2006).

Niet alle gevangenisgenissen willen en/of kunnen echter een hoogdrempelig project als Believe uitbouwen binnen hun muren. Mits er aan enkele voorwaarden wordt voldaan kunnen interventies die voorwaardenscheppend, voorbereidend en (pre)-therapeutisch zijn wel gerealiseerd worden in een gevangeniscontext.

Een drugvrije omgeving kan voor een bepaalde groep gedetineerden een stap zijn naar gedragsverandering of een preventieve maatregel om niet in druggebruik te vervallen of er mee te beginnen. Een belangrijke voorwaarde is dat de gedetineerde er vrijwillig voor kiest om te veranderen van regime en zich akkoord verklaart met de voorwaarden.

Qua doelgroep komen hier in de eerste plaats de veroordeelden voor in aanmerking en niet de beklaagden. Voorwaarde is dat er een screening is gebeurd waarbij zowel het gebruik, eventuele psychopathologie en motivatie reeds in kaart werden gebracht. Eventueel kunnen ook niet-gebruikers die lastig gevallen of onder druk gezet worden door dealers en gebruikers op deze vleugel terecht. Het blijft natuurlijk opletten voor dealers die op zo een afdeling willen 'infiltreren'.

Gedetineerden die in deze sectie verblijven zullen zich op regelmatige basis onderwerpen aan een drugtest. De procedures hiervoor dienen verder uitgewerkt te worden.

Een belangrijke keuze die zal moeten gemaakt worden is of gedetineerden die vervangmedicatie voorgeschreven krijgen zullen toegelaten worden tot de drugvrije sectie of men dit wel als een contra-indicatie beschouwt.

Het programma dat men aanbiedt zal moeten afgestemd zijn op de groep gedetineerden dat men voor ogen heeft en de doelstellingen die men met deze groep nastreeft. De ernst van de afhankelijkheidsproblematiek (en de eventueel onderliggende psychopathologie) en de veranderingsbereidheid van de gedetineerden zijn hierin belangrijke criteria.

Voor heel wat psycho-sociale interventies die aangeboden worden in de reguliere verslavingszorg bestaat wetenschappelijke evidentie maar daarom zijn ze nog niet onderzocht bij de doelgroep gedetineerden laat staan dat deze interventies uitvoerbaar zijn in een gevangenis. Er zijn in de onderzoeksliteratuur over psychosociale behandelingsinterventies voor druggebruikers in de gevangenis weinig éénsluitende uitspraken te vinden die pleiten voor één bepaald programma. De onderzoeken zijn meestal door methodologische problemen van geringe kwaliteit (Koeter, 2006).

We willen ons in deze ondersteuningsmap niet uitspreken ten voordele van één of ander programma maar vinden wel dat als gekozen wordt voor een bepaald programma, eerst moet onderzocht worden of aan alle randvoorwaarden wordt voldaan zodat het personeel in staat wordt gesteld dit programma aan te bieden volgens de professionele standaarden die ook in de verslavingszorg gelden.

Vooraleer het inhoudelijk programma samen te stellen moeten enkele belangrijke randvoorwaarden omtrent de context nagegaan worden zoals:

- Is er in de gevangenis een beschikbare ruimte, afdeling om een DVA te realiseren?
- Is er op de DVA ruimte voor andere activiteiten zodat de doelgroep niet (of minimaal) in contact komt met andere gedetineerden (werkruimtes, vormingsruimtes,...)?
- Voor wie is de drugvrije afdeling bedoeld? Inclusie en exclusiecriteria?
- Wat met substitutie-medicatie? Wat met ernstige psychiatrische problematiek?
- Hoe lang kunnen gedetineerden op de DVA blijven?
- Hoe worden gedetineerden toegeleid naar deze afdeling?
- Wat zijn de mogelijkheden qua personeelsbezetting? Is er inbreng mogelijk van externe intermediairen/hulpverleners?
- Hoe zal het personeel geselecteerd worden?
- Wat zijn de mogelijkheden qua vorming en training van personeel?
- Wat zijn de globale financiële middelen om DVA op te richten?

Begeleidingsaanbod

In de literatuur (Koeter, 2006) merken we dat verschillende behandelmethodieken in de gevangeniscontext een positief effect blijken te hebben op zowel verslavingsgedrag als op recidive. De meest onderzochte zijn cognitief-gedragtherapeutische interventies en Therapeutische Gemeenschappen in de gevangenis. Het gaat in de beschreven programma's meestal over interactieve groepsgerichte programma's gericht op de terugkeer in de maatschappij en/of op de voorbereiding van een vervolgbehandeling.

Twee basisstrategieën die men in iedere kwaliteitsvolle begeleiding/behandeling van problematisch middelengebruik (dus ook in de gevangenis) zou moeten terug vinden zijn motivatiebevordering en terugvalpreventie. Dit basisaanbod kan in verschillende modaliteiten en intensiteit aangeboden worden; individueel of in groep, hetzij weinig intensief en kortdurend in een vormingsprogramma of langdurig intensief in een therapeutische gemeenschap (TG) in de gevangenis.

In Nederland zijn enkele goede richtlijnen ontwikkeld voor interventies bij justitiabelen (ook gedetineerden) waarbij zowel aandacht is voor het verslavingsgedrag als de relatie met het delictgedrag. Het zijn vooral cognitief-gedragtherapeutische interventies die in verschillende modaliteiten voorgesteld worden onder de naam 'Leefstijltraining'. Het zijn richtlijnen die zeer bruikbaar zijn voor het ontwikkelen van een penitentiaal programma: alle sessies zijn volledig inhoudelijk beschreven en er zijn voor zowel de trainer als gedetineerden aangepaste werkboekjes.

Daarnaast dienen sociaal-maatschappelijke interventies een plaats te krijgen in het aanbod. Deze zijn vooral gericht op de maatschappelijke reïntegratie van de gedetineerde en kunnen verschillende deelgebieden omvatten; sociale vaardigheden, tewerkstelling, wonen, budgetbegeleiding, vrijetijdsbesteding en sociaal netwerk. Afhankelijk van het programma kunnen deze begeleidingsdoelen in verschillende vorm en intensiteit aangeboden worden; van informatiesessies tot en met een individueel begeleidingsplan.

In de meeste wetenschappelijke literatuur (EMCDDA, 2001) komt terug dat het aanbod naar drugverslaafden in de gevangenis maar echt effectief kan zijn in de mate dat er een passende vervolgbehandeling wordt voorzien.

Voor oriëntatie en doorverwijzing naar de externe hulpverlening is een eerste vereiste dat de hulpverleningsmogelijkheden en doorverwijskanalen goed gekend zijn door zowel de verantwoordelijke diensten in de gevangenis als door de gedetineerden.

In de gevangenissen van Antwerpen, Gent en Brugge is door de koepelorganisatie VVBV (Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg) een verwijsmethodiek uitgewerkt die de efficiëntie van de doorverwijzingen verhoogt. Deze 'centrale aanmeldingspunten' zullen in de toekomst waarschijnlijk uitgebreid worden naar andere Vlaamse gevangenissen. De CAP's zijn echter niet verantwoordelijk voor begeleiding maar enkel voor oriëntatie, soms bestaan hieromtrent nog misverstanden.

2.3.3. Pijler voorlichting, vorming en preventie

Plaats van de pijler voorlichting, vorming & preventie

Voorlichting en vorming kan mits een goede aanpak het gedrag van mensen beïnvloeden. Onder voorlichting en vorming verstaan we het informeren, sensibiliseren en vormen van gedetineerden. Dit kan terloops gebeuren maar kan ook op een systematische en planmatige wijze worden aangepakt..

Preventie van druggebruik is gericht op het voorkomen van gebruik, het uitstellen van het gebruik, het verminderen van gebruik en het voorkomen van problematisch gebruik en daarmee samenhangende risico's en schade beperken.

Door voorlichting en vorming kunnen we :

- ✓ De algemene gevangenispopulatie of specifieke doelgroepen bewust maken van de risico's van alcohol- en druggebruik
- ✓ De kennis over de inhoud van de beleidsmaatregelen en over de normen die aan het gewenste beleid ten grondslag liggen vergroten
- ✓ De vaardigheden om met alcohol en andere drugs om te gaan vergroten

Men kan zich richten op diverse doelgroepen:

- ✓ Verschillende leeftijdsgroepen.
- ✓ Gebruikers, niet-gebruikers, twijfelaars en stoppers.
- ✓ Gedetineerden met een drugprobleem, of een drugprobleem in de thuissituatie.
- ✓ Autochtonen en allochtonen.
- ✓

Uit de Omzendbrief van de Minister met betrekking tot de drugproblematiek in de gevangenissen nr.1785 (2006):

Het ter beschikking stellen van informatie is een eerste en eenvoudige manier om gedetineerden, personeel en andere betrokkenen vertrouwd te maken met de problematiek. Er moet daarom een uitgebreid bestand aan informatiemateriaal (via brochures, video, etc.) over drugs, aan druggebruik gebonden ziekten, behandelingsmogelijkheden, etc. worden opgebouwd. De Medische Diensten moeten dit materiaal op een actieve manier aanbieden aan nieuwe gedetineerden.

Een goede aanpak verhoogt het effect

Drugeducatie heeft meer effect als ze over een langere periode loopt. Een eenmalige activiteit heeft weinig impact. Continuïteit en herhaling zijn dan ook meest effectief.

Wat is goed materiaal en wat werkt?

Een aantal criteria kunnen helpen om af te wegen of het programma effectief zal zijn.

1. Wordt er aandacht besteed aan kennis, attitude en vaardigheden?

Het aanreiken van objectieve en actuele informatie over alle drugs is een essentieel onderdeel van drugpreventie. Er bestaan heel wat verkeerde opvattingen over effecten en risico's van alcohol- en ander druggebruik.

Het zich een mening vormen over drugs gebeurt niet enkel op basis van kennis maar ook de heersende waarden en normen bij de gevangenen spelen hierin een grote rol. Het in vraag

stellen van de heersende normen over gebruik in de gevangenis is een belangrijk onderdeel. Om de heersende normen rond druggebruik aan te pakken is meer nodig dan enkel educatie maar onder meer voorlichting en vorming kan helpen de heersende norm 'in de gevangenis moet je gebruiken' te doorbreken.

'In de lessen gaf een gevangene aan dat hij zich verplicht voelde te gebruiken, terwijl hij er duidelijk voor koos om niet te gebruiken. Hij durfde hier niet voor uitkomen en verkoos daarom niet deel te nemen aan de wandeling uit schrik om onder druk te worden gezet.'

Op basis van afweging van de voor- en nadelen wordt de mening en attitude tegenover drugs gevormd. In de voorlichting en vorming dient dan ook voldoende aandacht te worden besteed aan deze afweging.

2. Wordt aandacht besteed aan persoonlijk en sociale vaardigheden?

Weten is niet steeds voldoende om in de praktijk ook te doen. Omgaan met druk van medegevangenen en assertiviteit zijn belangrijke vaardigheden waar gedetineerden in getraind kunnen worden en ondersteuning bij nodig hebben.

3. Sluit het programma aan bij de doelgroep?

Voorlichting en vorming vertrekt best van de leefwereld van de doelgroep. De gedetineerden in de gevangenis zijn een zeer diverse groep: naar leeftijd, opleidingsniveau, culturele achtergrond. Een programma dient op maat te worden uitgewerkt en aan te sluiten bij de ervaring van de doelgroep. Interactief werken, participatie van de doelgroep aan de programma verhoogt de impact van deze interventie.

4. Worden ze ingebed in een bestaand programma?

Drugeducatie mag geen losstaand gegeven zijn maar dient ingebed te worden in bestaande lessen of projecten.

□ Vormen van voorlichting en vorming

Voorlichting en vorming kan onder verschillende vormen gebeuren: schriftelijk of mondeling, via folders en brochures, in de vorm van cursus of opleiding

Raamwerk voor vormen van voorlichting in de gevangenis

Doelstelling	Doelgroep	Strategie	Partners
Aanmoedigen en ondersteunen van niet-gebruik	Alle gedetineerden	Folder Video/intranet Vorming	Bibliotheek Onthaal Onderwijsmedewerkers
Bespreken van gebruik en misbruik Omgaan met moeilijke situaties	Gebruikende gedetineerden	Folder Video/intranet Vorming	Bibliotheek Onthaal Onderwijsmedewerkers Psycho-sociale teams
Het drugbeleid leren kennen	Gedetineerden	Onthaalbrochure	Onthaalmedewerkers Psycho-sociale teams
Omgaan met	Gedetineerden	Folder	Lesgevers

druggebruik in de omgeving		Opleiding	Psycho-sociale teams
Omgaan met druggebruik in de omgeving	Familie	Folder	Justitieel welzijnswerk Psycho-sociale teams

□ Welke folders, brochures bestaan er?

Over product- en achtergrondinformatie over middelengebruik bestaan veel goede folders, flyers, brochures en didactisch materiaal. Heel wat van dit bestaand materiaal is multifunctioneel en kan voor verschillende doelgroepen gebruikt worden.

Een overzicht van dit materiaal is te vinden op www.vad.be bij de rubriek VAD-aanbod/catalogus.

De bestaande Druglijnfolders “Ik wil stoppen” en “Hoe als familie omgaan met drugproblemen?” zijn een goede insteek om te vertalen naar de doelgroep van de gedetineerden en hun directe omgeving.

Er blijkt ook nood te zijn aan de ontwikkeling van een “Exit-folder” voor gedetineerden met op maat gemaakte info over crisisopvang, begeleidingsmogelijkheden, boodschappen over schadebeperkende maatregelen e.a

Voor de verspreiding van folders en ander voorlichtingsmateriaal kan zoveel mogelijk gebruik gemaakt worden van de bestaande kanalen: (bv. Krant X, Kanaal 30, activiteitenfolders, onthaalbrochure, themastanden bibliotheek, medische dienst, ...)

□ Lessen en trainingen

Aparte lessen over drugs?

We pleiten ervoor om geen apart aanbod voor druggebruikers te voorzien. Daar bereikt men het doelpubliek niet mee. Het kan ook stigmatiserend werken.

Men kan in een bestaande opleidingsreeks een module over druggebruik inlassen. Het bereik hiervan zal sterk afhankelijk zijn van het bereik van de bestaande opleidingen. Dat verschilt van gevangenis tot gevangenis.

Welke partners kunnen een rol spelen?

- Partners die een onderwijsaanbod hebben : in gevangenis Brugge zijn die verzameld in een werkgroep onderwijs
- Partners die sociale vaardigheidstraining geven vb rode antraciet
- Partners die een cultureel aanbod hebben: werkgroep cultuur: film over drugs
- Partners die werken rond tewerkstelling: werkgroep werkgelegenheid: in begeleiding en vorming naar tewerkstelling module over druggebruik op het werk
- Partners die een sportaanbod hebben: werkgroep sport: infosessie in kader van een sportactiviteit

Bij deze partners dient het draagvlak te worden ontwikkeld om hen te motiveren een rol op te nemen in drugpreventie. Zij beschikken vaak niet over de nodige kennis over de thematiek. Een 'train-de-trainer'-opleiding zou hen kunnen helpen deze thematiek te bespreken en informatie te geven.

Deel 3: Uitvoering van een A&D-beleid.

Een A&D-beleid implementeren betekent het beleid uitvoeren en het een structurele plaats geven in de voorziening. Implementatie gebeurt niet uitsluitend aan het einde van de rit.

Het is belangrijk dat doorheen het uitwerken van het A&D-beleid er systematisch tijd en aandacht wordt voorzien om alle betrokkenen voldoende te informeren. Dit is belangrijk om het draagvlak te behouden en de volledige implementatie voor te bereiden.

Er moet ook nagegaan worden of de randvoorwaarden voldoende vervuld zijn om het beleid daadwerkelijk te laten functioneren. Wanneer het beleid (of aspecten ervan) zijn ingevoerd, moet ook opgevolgd worden of ze toegepast worden zoals voorzien. Daarnaast moeten ook stappen ondernomen worden om het A&D-beleid op lange termijn onder de aandacht te houden.

INHOUD

Eens het A&D-beleid uitgewerkt is en de diverse aspecten op papier staan is een belangrijke stap gezet. Met het uitwerken van een drugbeleid is de kous echter niet af. Al te vaak blijven drugbeleidsplannen onuitgevoerd in de kast liggen of worden ze slechts ten dele uitgevoerd. De aandacht die besteed wordt aan het creëren en het behouden van een draagvlak tijdens het uitwerken van een beleid is één van de doorslaggevende factoren voor het daadwerkelijk in de praktijk brengen van een A&D-beleid. Hier wordt dan ook tussentijds al aandacht aan besteed.

De rol van de LSGD is niet uitgespeeld als het A&D-beleid uitgewerkt is. Ook bij de invoering of implementatie ervan speelt de LSGD een belangrijke rol. De LSGD is goed geplaatst om de activiteiten die plaatsvinden in het kader van het beleid op te volgen en eventueel bij te sturen, om het draagvlak en de planning te bewaken, om eventueel feedback te vragen aan de externe coach.

WERKWIJZE

□ Het A&D-beleidsplan als geheel

Een eerste stap in de implementatie is het samenbrengen van alle beleidsdocumenten tot één A&D-beleidsplan.

De voorziening is in drie fasen gekomen tot het beleid:

Fase 1: Installatie van de LSGD en de probleemanalyse

Fase 2: Een gemeenschappelijke visie als basis

Fase 3: Uitwerken van de drie pijlers van het A&D-beleid

Van elk van deze fasen werd een schriftelijke neerslag gemaakt. Deze worden nu gebundeld tot één A&D-beleidsplan.

Aandachtspunten

Moet dit beleidsplan als geheel nog officieel goedgekeurd worden?

Pas bestaande documenten aan waar relevant.

□ De communicatie van het drugbeleidsplan

Een tweede stap is de communicatie van het beleidsplan naar alle betrokkenen, zijnde: personeelsleden, gedetineerden, bezoekers, externe vormingswerkers, welzijnswerkers en hulpverleners, parket, vakbonden

Daarbij moet men ook duidelijk zijn over welke aspecten eventueel reeds in voege zijn en wanneer de andere zullen volgen.

Aandachtspunten

Doorheen het proces van het ontwikkelen van het beleid werd aandacht gevraagd voor het tussentijds communiceren. Is dit daadwerkelijk en voldoende gebeurd?

Denk na over de communicatie van het geheel. Dit is zeker belangrijk naarmate de tussentijdse communicatie niet, onvoldoende of niet naar alle partners gebeurd is.

- ✓ Wat is de doelstelling van de communicatie over het drugbeleidsplan?
- ✓ Wat wordt er gecommuniceerd?
- ✓ Wie verzorgt de communicatie?
- ✓ Hoe wordt het gecommuniceerd?
- ✓ Wanneer wordt het gecommuniceerd?

In de mate dat het personeel en externe voorzieningen betrokken zijn geweest bij het ontwikkelen van het beleid, zullen ze het op prijs stellen op de hoogte gehouden te worden van het eindresultaat.


Voorzie dan ook voldoende ruimte voor vragen.

□ Randvoorwaarden voor de uitvoering van het drugbeleid

Louter op de hoogte zijn van het A&D-beleid is niet voldoende. Ook andere randvoorwaarden moeten vervuld zijn om het drugbeleid daadwerkelijk te kunnen uitvoeren.

Is er voldoende competentie aanwezig om alle voorziene activiteiten in het kader van het A&D-beleid uit te voeren? Sommige mensen zullen een nieuwe rol moeten opnemen of hun rol op een andere manier invullen. In de mate dat zij hier nood aan hebben is vorming noodzakelijk. Eventueel kan de externe coach hierin een rol opnemen.

Het curriculum van de multidisciplinaire vorming, reeds aangeboden in bijna alle gevangenissen kan daarbij als richtgevend kader gebruikt worden.

 In bijlage 1 een overzicht van de multidisciplinaire vorming met de doelstellingen, verschillende onderdelen en leerdoelen voor de cursisten.

De vraag is natuurlijk voor welke personeelsleden over welke thema's bijkomende vorming nodig is?

Doorheen het proces van het uitwerken van een A&D-beleid werd verwezen naar ondersteunend materiaal zoals bijvoorbeeld informatiefolders, observatieschema's, doorverwijsgids,... Is het nodige materiaal beschikbaar of weet men waar het te vinden is?

Zijn er de nodige contacten met andere organisaties voor samenwerking, doorverwijzing of kan men ze verder uitbouwen?

Is het A&D-beleid voldoende gekaderd in het algemene gezondheidsbeleid van de voorziening?

In de mate de voorziene aanpak niet afwijkt van de cultuur van de voorziening, zal ook de implementatie vlotter verlopen.

□ **Opvolging van het drugbeleid**

1. Lokale Stuurgroep Drugs en coach

Bij de start van het proces werd een LSGD opgericht die het A&D-beleid heeft uitgewerkt. De LSGD kreeg een duidelijk afgebakende opdracht en bevoegdheden. Misschien werd het proces begeleid door een externe coach.

Heeft de LSGD nog een functie bij de opvolging van het beleid. Indien ja, dan moet zij daartoe de opdracht en het mandaat van de directie krijgen.

- ✓ Voldoet de huidige samenstelling van de LSGD?
- ✓ Heeft de coach nog een rol in het opvolgen van het beleid?
- ✓ Wanneer en waarvoor kan de voorziening nog een beroep doen op de coach?

2. Evaluatie en bijsturen van het beleid

Evaluatie is een cyclisch proces dat integraal deel uitmaakt van het uitwerken van een beleid. Ook de evaluatie na het uitwerken en implementeren van het A&D-beleid is belangrijk (zie deel 5).

Daarnaast is het belangrijk om ook in de toekomst, bijvoorbeeld jaarlijks, een evaluatiemoment te voorzien. Voldoet het A&D-beleid nog aan de verwachtingen, aan de vooropgestelde doelstellingen, ...

3. Planning voor implementatie

Net zoals een A&D-beleid niet van de ene op de andere dag is uitgewerkt, is het ook niet van de ene op de andere dag in voege. Bovenstaand werd beschreven wat er allemaal nodig is om tot een volledige implementatie te komen. Wie bovenstaande aandachtspunten heeft overlopen, is ondertussen wellicht tot een uitgebreid 'to do'-lijstje gekomen. Maak hier ook een realistische planning voor op. Tegelijk zorgt deze planning voor de continuering van het A&D-beleid. Deze planning elk jaar herbekijken is belangrijk om het beleid onder de aandacht te houden en bij te sturen waar nodig.

Deel 4. Evaluatie van het A&D-beleid.

Evaluatie is een continu onderdeel van het uitwerken van een A&D-beleid. Ook een globale evaluatie na het uitwerken en implementeren van het beleid is belangrijk. Het laat de voorziening toe het drugbeleid op basis van de ervaringen bij te sturen en te verfijnen. Zowel de intramurale als extramurale context van de gevangenis kunnen belangrijke wijzigingen ondergaan die de uitvoering beïnvloeden zodat men het A&D-beleid regelmatig opnieuw onder de loep zal moeten nemen.

INHOUD

□ **Waarom evalueren?**

In deel 4 over de uitvoering van een A&D-beleid werd vermeld dat het belangrijk is om op regelmatige tijdstippen in de toekomst een evaluatiemoment te voorzien om het thema onder de aandacht te houden en onder druk van gewijzigde omstandigheden het een A&D-beleid eventueel bij te sturen. Een gevangenis is immers een zich steeds wijzigende context. Daarom moet ook op langere termijn regelmatig nagegaan worden of het A&D-beleid nog beantwoordt aan de nieuwe situatie. Het is bovendien een manier om de betrokkenheid en de motivatie - die na verloop van tijd onvermijdelijk afneemt - opnieuw een impuls te geven. In dit hoofdstuk behandelen we de evaluatie na het uitwerken en implementeren van het een A&D-beleid. Door te evalueren kan men nagaan of het uitwerken en implementeren van het een A&D-beleid het gewenste resultaat heeft opgeleverd.

□ **Wat evalueren?**

Grosso modo kunnen we een onderscheid maken tussen procesevaluatie en effectevaluatie. Met een procesevaluatie wordt het proces van het ontwikkelen van het beleid, van de eerste initiatieven tot het uiteindelijke resultaat, geëvalueerd. Een procesevaluatie omvat drie belangrijke aspecten:

- Hoe is de ontwikkeling van het een A&D-beleid verlopen?
- Hoe ziet het een A&D-beleid eruit, met andere woorden wat is het resultaat van het doorlopen van de verschillende stappen?
- Wat hebben jullie gedaan om het een A&D-beleid in te voeren en hoe is dit verlopen?

Met een effectevaluatie wordt een antwoord gezocht op de vraag of de doelstellingen van het A&D-beleid bereikt worden en of er daarnaast eventueel onverwachte effecten zijn.


□ **Wanneer evalueren?**

Een procesevaluatie volgt best kort na het afronden en implementeren van het A&D-beleid. Men kan er dan al met wat meer afstand naar kijken dan wanneer men er midden in zit, maar het hele proces ligt toch nog fris in het geheugen. Dit neemt niet weg dat ook tijdens het proces al aspecten van evaluatie op de voorgrond komen: gegevens bijhouden, planning opvolgen, ... zijn onontbeerlijk om nadien op een goede manier te kunnen evalueren.

Een effectevaluatie gebeurt op middellange termijn (één of twee jaar) omdat dan de doelstellingen op lange termijn beter in beeld kunnen gebracht worden. Veranderingen doorvoeren vraagt nu eenmaal tijd.

□ **Hoe evalueren?**

Er bestaan verschillende methoden om informatie voor evaluatie te verzamelen: vragenlijsten, interviews, observatie, groepsdiscussie of focusgroepen, ...

 In bijlage 6 een overzicht van de voor- en nadelen van de verschillende methoden

Bij het selecteren van een methode is het belangrijk volgende punten voor ogen te houden:

- Wat wil je weten? Betekent dit dat je kiest voor procesevaluatie of effectevaluatie?
- Wie kan je deze informatie bezorgen? Afhankelijk van wat de LSGD wil evalueren, zal men andere personen bij de evaluatie betrekken. Voor een effectevaluatie is informatie van alle betrokkenen aangewezen, voor een procesevaluatie is de werkgroep de meest aangewezen bron van informatie.
- Hoe haalbaar is de methode van je voorkeur: kostprijs, tijdsinvestering, ...

Schriftelijke evaluaties zijn dikwijls heel tijdsintensief. Beknopte en weldoordachte evaluaties bieden weliswaar een oplossing, maar alles met een vragenlijst evalueren kan niet. Vaak verloopt feedback informeel en mondeling (bijvoorbeeld na een vorming of een vergadering, in de wandelgangen, ...). Het is belangrijk om ook deze feedback schriftelijk vast te leggen.

Elke methode heeft voor- en nadelen. En geen enkele methode kan alle informatie geven. Daarom is een combinatie van meerdere methoden wenselijk.

Van een evaluatie wordt systematisch verslag uitgebracht, zowel aan de werkgroep als aan alle betrokkenen.

WERKWIJZE

□ Voorbereiden van de evaluatie

Alvorens over te gaan tot de eigenlijke evaluatie moeten er een aantal keuzes gemaakt worden. We zetten ze even op een rij:

- Wat wil je weten, met andere woorden wat is de doelstelling van je evaluatie?
- Wie kan je deze informatie bezorgen, met andere woorden wie is je bron van informatie?
- Hoe ga je deze informatie verzamelen, met andere woorden welke methode gebruik je?
- Wie voert de evaluatie uit?
- Wat zal er met de verzamelde gegevens gebeuren, zijn ze enkel voor intern gebruik of zullen ze ook verder gecommuniceerd worden?
- Wordt er weerstand verwacht en hoe zal die opgevangen worden? Wees alleszins duidelijk over de bedoeling: het is niet de bedoeling om het persoonlijke functioneren van mensen te beoordelen, maar wel om na te gaan of het A&D-beleid goed functioneert.

□ Uitvoeren van de evaluatie

Afhankelijk van wat men precies wil te weten komen, zal men eerder voor proces- dan wel voor effectevaluatie kiezen. Voor procesevaluatie geven we onderstaand een checklist mee, voor effectevaluatie geven we de belangrijkste aanknopingspunten weer.

Checklist voor procesevaluatie

Procesevaluatie houdt drie belangrijke aspecten in:

Hoe is de ontwikkeling van het A&D-beleid verlopen?

Hoe ziet het A&D-beleid eruit, met andere woorden wat is het resultaat van het doorlopen van de verschillende stappen?

Wat hebben jullie gedaan om het A&D-beleid in te voeren en hoe is dit verlopen?

We geven de belangrijkste aandachtspunten mee bij de procesevaluatie van een A&D-beleid:

- Hoe is de ontwikkeling van het een A&D-beleid verlopen?
- Zijn alle stappen doorlopen?
- Was er een duidelijk mandaat voor het ontwikkelen van het een A&D-beleid?
- Was er een duidelijke opdracht?
- Was er een duidelijke en efficiënte rol- en taakverdeling? (werkgroep, voorzitter,

coach, ...)

- Was de planning realistisch? Is ze gehaald?
- Is er voldoende en op een goede manier gecommuniceerd?
- Is er voldoende aandacht besteed aan het creëren en behouden van een draagvlak?
- Was er voldoende deskundigheid om het beleid uit te werken of indien niet, is men er naar op zoek gegaan?
- Werd na het afronden van iedere fase het resultaat systematisch getoetst aan de knelpunten? (cf. Analyse van de huidige situatie)
Algemeen: wat is moeilijk gelopen, wat is vlot verlopen?

- Hoe ziet het A&D-beleid eruit?
- Is er een gemeenschappelijke visie op het omgaan met de alcohol- en drugproblematiek in de voorziening?
- Zijn de doelstellingen van het A&D-beleid en van de verschillende pijlers duidelijk?
- Zijn er duidelijke regels en procedures voor regelovertreding?
- Is er een duidelijk begeleidingsmodel?
- Is er een actieplan voor educatie en structurele maatregelen?
- Staat het volledige A&D-beleid op papier?
- Zijn er regelmatige opvolgings- of evaluatiemomenten voorzien?

Wat hebben jullie gedaan om het A&D-beleid in te voeren en hoe is dit verlopen?

- Zijn alle betrokkenen op de hoogte van het beleid?
- Zijn de nodige documenten aangepast?
- Zijn de randvoorwaarden voor de uitvoering gerealiseerd?
- Is er bijkomende vorming nodig, voorzien?
- Is het nodige materiaal beschikbaar?
- Zijn er de nodige contacten en afspraken met andere diensten?
- Is het A&D-beleid voldoende afgestemd op het algemene gezondheidsbeleid?
- Is er een planning voor de opvolging van het A&D-beleid?

Effectevaluatie

Voor de effectevaluatie, met name het antwoord op de vraag 'zijn de doelstellingen van het A&D-beleid bereikt?', kunnen we geen checklist opstellen. Deze evaluatie zal er voor elk A&D-beleid anders uitzien.

Richtinggevend voor een effectevaluatie zijn de algemene doelstellingen die geformuleerd werden voor het A&D-beleid en de specifieke doelstellingen per pijler. Ook het beeld dat de analyse van de huidige situatie heeft opgeleverd bevat belangrijke informatie. De knelpunten die daaruit naar voor kwamen zouden moeten opgeheven zijn om te kunnen spreken van een succesvol beleid.

Het is een quasi onmogelijke opdracht om alle aspecten van een beleid te evalueren. Probeer daarom tot een evenwichtige selectie te komen, waarbij zowel aspecten van visie als van de drie pijlers aan bod komen. Ga na of het beleid toegepast wordt zoals voorzien en of het voldoende gedragen wordt door de hele voorziening.

Verwerken en communiceren van de evaluatieresultaten

Nadat de evaluatie is afgenomen, moeten de resultaten verwerkt, geïnterpreteerd en gecommuniceerd worden. Ook hier geven we nog enkele aandachtspunten mee:

In een evaluatie zijn zowel de (verwachte en onverwachte) positieve punten als de verbeterpunten van belang. Al te vaak worden de positieve verwezenlijkingen als vanzelfsprekend beschouwd. De positieve effecten in de verf zetten kan echter een belangrijk motiverend effect hebben.

Terugkoppeling van de resultaten is belangrijk om het draagvlak te bewaren en te versterken. Maak een goede planning wie wanneer welke info zal krijgen.

Bij het communiceren van de knelpunten is het belangrijk dit vanuit een positieve ingesteldheid te doen. Het zijn leerpunten, aangrijpingspunten om het beleid te verbeteren. Geef ook reeds de suggesties van de LSGD mee voor bijsturing van het A&D-beleid. Voorzie de mogelijkheid om feedback te geven.

Op basis van de evaluatie kan besloten worden dat het beleid goed is uitgewerkt en verder gezet kan worden. Maar het kan ook zijn dat er extra aandacht nodig is voor bepaalde aspecten. Werk hier ook een planning voor uit.

Referenties

Baeten, I. (2007) *Draaiboek Drugbeleid in de Bijzondere Jeugdzorg*. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Brussel.

Bernaert, I. (2006) *Draaiboek Drugbeleid Op School; handleiding voor de coach*. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Brussel.

De Wilde, J., Soyez, V., Vandevelde, S., Broekaert, E., Vander Beken, T., Guillaume, R., Dumortier, E., Caels, Y. (2007). *Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: Een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling / Usage de drogue et psychopathologie dans les prisons: Une étude exploratoire pour le développement d'une méthodologie*. Gent: Academia Press.

De Wildt W.A, Mandjes T.J, (2003) *Leefstijltraining voor justitiabelen : handleiding voor de trainer*. Utrecht, GGZ Nederland, 2003, 42 p.

De Wildt W.A, Mandjes T.J, (2003) *Leefstijltraining voor justitiabelen : werkboek voor de cliënt*. Utrecht, GGZ Nederland, 2003, 30 p.

EMCDDA Scientific Rapport, *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons*, Abridged version, EMCDDA, 2001, 32 p.

Hariga, F., Todts, S., Doulou, M., & Muys, M. (2005). *Drug use in prisons : monitoring of health risks. A survey in ten Belgian prisons*. Brussel: Modus Vivendi, en Antwerpen: StreetWise.

Koeter M (2006) Zon MW – *Verslaving Deel 6: de effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*

Lambrechts, MCL. (2001) *Een ticket voor een alcohol- en drugbeleid in uw bedrijf*. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Brussel.

Todts, S. (2006). *Believe Project: effects on re-offending. Presentatie op de studiedag 'Tien jaar Believe'*, gevangenis Brugge, 7 september 2006.

Bijlage 1

‘Omgaan met problematisch middelengebruik in de gevangenis’ Opleidingsaanbod voor gevangenispersoneel
--

Doelstellingen vorming gevangenispersoneel.

Algemeen streven we met deze vorming naar een evenwicht tussen:

- verruimen van de inhoudelijke expertise alsook de relationele expertise.
- tussen informatie-overdracht alsook explorerende interactie tussen de cursisten onderling
- tussen probleemoplossende en preventieve strategieën

Globale doelstellingen zijn : meer weten (informatieoverdracht), effectiever omgaan met probleemgedrag (vnl interactiestijl), zicht krijgen op veranderingsprocessen met betrekking tot gedetineerden en A&D- werking in gevangenis.

Opleidingsonderdelen met leerdoelen

Inleiding problematisch middelengebruik

Leerdoelen voor de cursist

- Ik heb zicht op de algemene kenmerken van problematisch middelengebruik
- Ik kan problematisch middelengebruik zien als een welzijns- en gezondheidsprobleem, waarbij zich al dan niet criminele feiten kunnen voordoen
- Ik kan mij een idee vormen van de noden en hulpvraag van problematische middelengebruikers

Omgaan met verslaafd gedrag

Leerdoelen voor de cursist

- Ik heb zicht op de invloed van problematisch middelengebruik op gedrag, persoonlijkheid en persoonlijk functioneren van de gebruiker
- Ik krijg zicht op groepsprocessen die de sfeer op een afdeling en de gedetineerde beïnvloeden

Juridische afhandeling door Parket

Leerdoel cursist

- Ik heb zicht op het ‘hoe’ en ‘waarom’ van de juridische afhandeling door het Parket

Productinformatie

Leerdoelen cursist

- Ik ken de opdeling in de verschillende soorten middelen; hun uitzicht, werkingseigenschappen, effecten en risico's
- Ik ken de mogelijkheden en beperkingen van substitutietherapie
- Ik kan ontwennings- en intoxicatiesymptomen herkennen en weet hoe er mee om te gaan. Ik ken de interne procedure van het PC bij crisistoestanden dienaangaande

- Ik herken signalen van (her)gebruik en bij vermoeden van gebruik kan ik dit bespreekbaar maken met de gedetineerde
- Ik heb kennis van besmettelijke ziekten. Ik weet de risico's in te schatten tav gedetineerden en personeel en hoe hiermee preventief om te gaan.

Gedragsverandering

Leerdoelen cursist

- Ik krijg zicht op hoe gedragsverandering tot stand komt en hoe dit in fasen verloopt. Ik kan terugval plaatsen als een onderdeel van de fasen van gedragsverandering
- Ik ben mij bewust dat ik het gedrag van de gedetineerde kan beïnvloeden (van positieve bejegening tot therapeutische interventie) binnen mijn mandaat in de gevangenis. Ik kan een interactiestijl hanteren die "motiverend" werkt op de gedetineerde.
- Ik ken de mogelijkheden van gezondheidsvoorlichting en schadebeperkende maatregelen in de gevangenis

Werken met druggebruikers in de gevangenis; mogelijkheden en beperkingen

Leerdoelen cursist

- Ik heb zicht op verschillende visies, vanuit de verscheiden rol en positie van diverse actoren, in verband met het werken met druggebruikers in de gevangenis
- Ik heb kennis van het spanningsveld tussen controle/repressie enerzijds en zorg/vertrouwen anderzijds
- Ik heb zicht op de voor- en nadelen van gedwongen hulpverlening vanuit het welzijns- en gezondheidsperspectief
- Ik ken mogelijke strategieën die een aanzet vormen tot een betere communicatie omtrent deze problematiek tussen de verschillende disciplines en posities

Basisstrategieën in de begeleiding van problematisch middelengebruik: motiverende gespreksvoering en terugvalpreventie

Leerdoelen cursist

- Ik weet welke interactiestijl, houding en therapeutische interventies het meest positieve effect hebben op afhankelijkheidsgedrag (persoonlijke attitude)
- Ik weet hoe ik terugvalpreventie kan integreren in de begeleiding van gedetineerden.

Problematisch middelengebruik als meervoudige problematiek: dubbele diagnose, druggebruik en criminaliteit) (Psycho sociale dienst)

Leerdoelen cursisten

- Ik kan verschillende soorten criminaliteit (en agressie) onderscheiden bij middelenmisbruik
- Ik zie het verband tussen middelenmisbruik en medisch-psychiatrische problematiek

Omgaan met gedrag van druggebruikers: de praktijk. (Penitentiaire beampten)

Leerdoelen cursist

- Ik heb zicht op hoe ik omga met 'moeilijk gedrag' van druggebruikers en wat de effecten daarvan zijn op het gedrag van de gedetineerde en op mijn relatie met de gedetineerde
- Ik heb zicht op alternatieven om met 'moeilijk' gedrag van druggebruikers om te gaan

Behandelingsmodellen en fasen in de behandeling (PSD)

Leerdoelen cursist

- Ik weet met welke behandelingsmodellen er gewerkt wordt in de alcohol- en drughulpverlening
- Ik weet de fasen te onderscheiden in een behandeling
- Ik weet welke tools er bestaan om aan screening, diagnostiek of screening te doen

Overzicht van het hulpverleningslandschap (PSD)

Leerdoelen cursist

- Ik weet wat de specifieke indicaties zijn om naar een bepaalde setting door te verwijzen
- Ik krijg zicht op nieuwe organisatorische ontwikkelingen in de verslavingszorg (casemanagement, zorgcircuit)
- Ik kan de samenwerking (doorverwijzing, opvolging) met externe organisaties optimaliseren

Detectie en fouilleringsmethodieken (PB)

Leerdoelen cursist

- Ik heb zicht op de bestaande fouilleringsmethodieken en opsporingsmethodes, hun mogelijkheden en beperkingen..

Hulpverlening binnen en buiten de gevangenis (PB)

Leerdoelen cursist

- Ik zicht op wat externe hulpverleners doen binnen de gevangenis
- Ik heb zicht op welke hulpverleningsvormen en –voorzieningen er bestaan

Bijlage 2

Vragenlijst beampten

Met deze vragenlijst willen wij van jou informatie krijgen over alcohol en andere drugs in de gevangenis. Onder de term drugs verstaan wij verdovende, stimulerende en bewustzijnsveranderende middelen. Dit betekent dat o.a. slaap- en kalmeermiddelen, pijnstillers, alcohol, heroïne, LSD, XTC, cocaïne, speed, enz. hier allemaal onder verstaan worden. Nicotine wordt bij deze bevraging buiten beschouwing gelaten.

Zowel het bezit, gebruik als handel kunnen voor problemen zorgen in de gevangenis. In deze vragenlijst wordt gepeild naar vragen en problemen zowel in verband met gebruik, bezit als handel.

Gelieve per vraag uw antwoord aan te duiden door het bolletje in te vullen met een kruisje. Bij sommige vragen kan je meerdere antwoorden aankruisen.

1. Problemen door drugs

1.1 Werd je, het laatste jaar, geconfronteerd met druggebruik bij gedetineerden?

- Ja

- Neen doorgaan naar 2.1

1.2 Zo ja, hoe vaak ben je er mee geconfronteerd?

- Dagelijks

- Wekelijks

- Minder dan 1 keer per maand

- Maandelijks

- Eén of paar keer per jaar

- Andere (omschrijf):

.....
.....
.....
.....
.....

1.3 Over welke middelen ging het? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Cannabis (hasj, weed)

- XTC

- Heroïne

- Cocaïne

- Amfetamines (vb speed)

- Anabolica

- Alcohol

- Slaap- of kalmerende middelen

- Stimulerende middelen

- Pijnstillers

- Onbekend

- Andere (omschrijf):

.....
.....
.....

1.4 Op welke manier kwam je deze problemen te weten? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Ik heb het zelf vastgesteld
- Het werd aangebracht door
 - de gevangene zelf
 - een medegevangene
 - de bezoekers
- Psychosociale dienst
- Medische dienst
- Collega's
- Andere (omschrijf):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.5 Welke waren de problemen die je hebt vastgesteld? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Onder invloed zijn
- Ontwenningverschijnselen
- Agressie / conflicten t.a.v. medegevangen
- Agressie / conflicten t.a.v. beamten
- Verhandelen / dealen
- Gezondheidsproblemen
- Ander gestoord gedrag
- Bezit van drugs
- Andere (omschrijf):

.....
.....
.....
.....

1.6 Hoe heb je op deze problemen gereageerd indien er sprake is van: Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

<p>onder invloed zijn?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene hierop aangesproken <input type="checkbox"/> Ik heb hem naar de medische dienst verwezen <input type="checkbox"/> Ik heb dit niet gemeld aan de directie <input type="checkbox"/> Ik heb niets gedaan omdat: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ik het niet nodig vond <input type="checkbox"/> Ik er geen raad mee wist <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen naar de sociale dienst <input type="checkbox"/> Ik heb hem doorverwezen naar het CAP <input type="checkbox"/> Ik heb advies gegeven omtrent externe hulpverlening <input type="checkbox"/> Andere:
<p>Ontwenningverschijnselen, gezondheidsproblemen, ander gestoord gedrag?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene hierop aangesproken <input type="checkbox"/> Ik heb hem naar de medische dienst verwezen <input type="checkbox"/> Ik heb dit niet gemeld aan de directie <input type="checkbox"/> Ik heb niets gedaan omdat: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ik het niet nodig vond <input type="checkbox"/> Ik er geen raad mee wist <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen naar de sociale dienst <input type="checkbox"/> Ik heb hem doorverwezen naar het CAP <input type="checkbox"/> Ik heb advies gegeven omtrent externe hulpverlening <input type="checkbox"/> Andere:
<p>Agressie / conflicten t.a.v. medegevangenen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene hierop aangesproken <input type="checkbox"/> Ik heb hem naar de medische dienst verwezen <input type="checkbox"/> Ik heb dit niet gemeld aan de directie <input type="checkbox"/> Ik heb niets gedaan omdat: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ik het niet nodig vond <input type="checkbox"/> Ik er geen raad mee wist <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen naar de sociale dienst

	<input type="checkbox"/> Ik heb hem doorverwezen naar het CAP <input type="checkbox"/> Ik heb advies gegeven omtrent externe hulpverlening <input type="checkbox"/> Andere:
Agressie / conflicten t.a.v. beamten?	<input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene hierop aangesproken <input type="checkbox"/> Ik heb hem naar de medische dienst verwezen <input type="checkbox"/> Ik heb dit niet gemeld aan de directie <input type="checkbox"/> Ik heb niets gedaan omdat: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ik het niet nodig vond <input type="checkbox"/> Ik er geen raad mee wist <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen naar de sociale dienst <input type="checkbox"/> Ik heb hem doorverwezen naar het CAP <input type="checkbox"/> Ik heb advies gegeven omtrent externe hulpverlening <input type="checkbox"/> Andere:
Verhandelen / dealen?	<input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene hierop aangesproken <input type="checkbox"/> Ik heb hem naar de medische dienst verwezen <input type="checkbox"/> Ik heb dit niet gemeld aan de directie <input type="checkbox"/> Ik heb niets gedaan omdat: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ik het niet nodig vond <input type="checkbox"/> Ik er geen raad mee wist <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen naar de sociale dienst <input type="checkbox"/> Ik heb hem doorverwezen naar het CAP <input type="checkbox"/> Ik heb advies gegeven omtrent externe hulpverlening <input type="checkbox"/> Andere:
Bezit van drugs?	<input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene hierop aangesproken <input type="checkbox"/> Ik heb hem naar de medische dienst verwezen <input type="checkbox"/> Ik heb dit niet gemeld aan de directie

	<input type="checkbox"/> Ik heb niets gedaan omdat: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ik het niet nodig vond <input type="checkbox"/> Ik er geen raad mee wist <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen naar de sociale dienst <input type="checkbox"/> Ik heb hem doorverwezen naar het CAP <input type="checkbox"/> Ik heb advies gegeven omtrent externe hulpverlening <input type="checkbox"/> Andere:
--	---

1.7 Welke factoren doen volgens jou het gebruik in de gevangenis toenemen?
Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Aanwezigheid van dealercircuits
- Verveling
- Groepsdruk
- Duur detentie
- Overbevolking
- Aanbod van producten
- Afwezigheid van hulpverlening
- Stress
- Psychosociale problemen
- Andere (omschrijf):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.8 Werk je samen met de psychosociale dienst / trajectbegeleiders

- Ja
- Neen

1.9. Welke knelpunten ervaar je in deze samenwerking?

Met de Psychosociale dienst:

.....

.....

.....

.....

.....

Met de trajectbegeleiders:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.10. Werk je samen met het medisch team?

- Ja
- Neen

1.11. Welke knelpunten ervaar je in de samenwerking?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.12. Kan je aangeven welke moeilijkheden je ondervindt in het omgaan met de alcohol -en drugthematiek? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Ik denk dat ik niet goed geïnformeerd ben over de manier waarop ik dat moet doen
- Ik denk dat ik niet goed geïnformeerd ben over wanneer er moet ingegrepen worden en wanneer niet
- Ik durf er niet over praten
- Ik weet niet hoe ik hierop kan reageren
- Het is mijn taak niet om hierop te reageren
- Andere (omschrijf):

.....
.....
.....
.....
.....

2. Een beleid rond alcohol en andere drugs

2.1. Denk je dat je voldoende op de hoogte bent van het A&D-beleid binnen de gevangenis?

- Ja
- Neen

2.2. Wat ontbreekt binnen het A&D-beleid? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Duidelijker voorschriften
- Duidelijke afspraken in verband met sancties bij overtreding van deze voorschriften

- Controletesten van gevangenen op alcohol- of ander druggebruik
- Duidelijke afspraken in verband met crisissituaties
- Andere (omschrijf):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 Wat is niet duidelijk binnen het A&D-beleid? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- De voorschriften
- De afspraken in verband met sancties bij overtreding van deze voorschriften
- Mogelijkheid ivm controletesten van gevangenen op alcohol- of ander druggebruik
- Afspraken in verband met crisissituaties
- Andere (omschrijf):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.4 Wat zou jou kunnen helpen om met alcohol – en drugproblemen om te gaan?
Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Meer controlemiddelen
- Een brochure over aanpak
- Betere samenwerking met psychosociale of medische team
- Duidelijke communicatie en afspraken
- Meer info over wanneer en de manier waarop ik moet ingrijpen
- Andere, omschrijf

.....

.....

.....

.....

.....

2.5 Momenteel werkt een projectgroep drugs aan een alcohol –en drugbeleid voor de gevangenis Brugge.

- Wat verwacht je van deze projectgroep?

.....

.....

.....

.....

.....

- Wat moet er dringend worden aangepakt?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Voorlichting en vorming

3.1 In welk jaar heb je jouw basisopleiding (PCBO / VIPK) gevolgd?

- Niet
- Vòòr 2002
- Na 2002

3.2 Heb je reeds bijkomende vorming rond alcohol en/of drugs gevolgd?

- Ja
- Neen

3.3 Zo ja, welke vorming? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Productinformatie
- Omtrent omgaan met druggebruik
- Over drughulpverlening
- Andere (omschrijf):

.....
.....
.....
.....
.....

3.4 Door wie werd deze vorming georganiseerd?

.....
.....
.....
.....
.....

3.5 Welke informatie/vorming heb je nodig om met het alcohol en drugthema te kunnen omgaan? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Algemene informatie over alcohol of andere drugs
- Informatie over de gevolgen van alcohol- of andere druggebruik
- Vaardigheden ontwikkelen in het signaleren van alcohol- of andere drugproblemen
- Vaardigheden ontwikkelen in het bespreken van alcohol- of andere drugproblemen
- Andere (omschrijf):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bijlage 3

Vragenlijst psychosociale dienst

Met deze vragenlijst willen wij van jou informatie krijgen over alcohol en andere drugs in de gevangenis. Onder de term drugs verstaan wij verdovende, stimulerende en bewustzijnsveranderende middelen. Dit betekent dat o.a. slaap - en kalmeermiddelen, pijnstillers, alcohol, heroïne, LSD, XTC, cocaïne, speed, enz. hier allemaal onder verstaan worden. Nicotine wordt bij deze bevraging buiten beschouwing gelaten.

Zowel het bezit, gebruik als handel kunnen voor problemen zorgen in de gevangenis. In deze vragenlijst wordt gepeild naar vragen en problemen zowel in verband met gebruik, bezit als handel.

Gelieve per vraag uw antwoord aan te duiden door het bolletje in te vullen met een kruisje. Bij sommige vragen kan je meerdere antwoorden aankruisen.

1. Problemen door drugs

1.1 Werd je reeds met vragen in verband met drugs geconfronteerd?

- Ja
- Neen ga naar vraag 4

1.2 Werd je reeds met problemen in verband met drugs geconfronteerd?

- Ja
- Neen ga naar vraag 4

1.3 Hoe vaak word je hiermee geconfronteerd?

- Een paar keer per jaar
- Maandelijks
- Minder dan 1 keer per maand
- Wekelijks
- Dagelijks

1.4 Hoe heb je het druggebruik opgemerkt?

Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Vanuit strafrechterlijk dossier
- De gevangene brengt het zelf aan
- Door beambte of andere personeelsleden gesignaleerd
- Door familie of dicht betrokkene
- Heb het zelf vastgesteld
- Medisch dossier
- Andere (specificeer):

.....
.....
.....
.....

1.5 Waarover worden vragen gesteld door gedetineerde of omgeving? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Over werking middelen
- Over herkenning
- Over beleidsaanpak
- Over reclasseringsmogelijkheden
- Over hulpverleningsmogelijkheden
- Over medische mogelijkheden

1.6 Met welke probleemsituaties word je geconfronteerd? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Overdosissen en/of crisissituaties
- Onder invloed zijn
- Agressie door gebruik
- Agressie omwille van dealen, groepsdruk,...
- Psychiatrische problematiek
- Ontwenning
- Medicatiezucht

1.7 Over welke drugs gaat het? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Cannabis (hasj, weed)
- XTC
- Heroïne
- Cocaïne
- Amfetamines (vb speed)
- Anabolica
- Alcohol
- Slaap- of kalmerende middelen
- Stimulerende middelen
- Pijnstillers
- Onbekend
- Andere (omschrijf):

.....
.....
.....
.....
.....

2. Aanpak

2.1 Hoe heb je op deze problemen gereageerd indien er sprake is van: Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

Een overdosis en/of crisissituatie?	<input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene motiveren voor het starten van een behandeling <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen <input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene zelf begeleiden <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie gegeven <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie voorgeschreven <input type="checkbox"/> Ik heb medische verzorging toegediend
Onder invloed zijn?	<input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene motiveren voor het starten van een behandeling <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen <input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene zelf begeleiden <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie gegeven <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie voorgeschreven <input type="checkbox"/> Ik heb medische verzorging toegediend
Agressie door gebruik?	<input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene motiveren voor het starten van een behandeling <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen <input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene zelf begeleiden <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie gegeven <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie voorgeschreven <input type="checkbox"/> Ik heb medische verzorging toegediend
Agressie omwille van dealen, groepsdruk	<input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene motiveren voor het starten van een behandeling <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen <input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene zelf begeleiden <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie gegeven <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie voorgeschreven <input type="checkbox"/> Ik heb medische verzorging toegediend
Psychiatrische problemen	<input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene motiveren voor het starten van een behandeling <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen <input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene zelf begeleiden <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie gegeven <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie voorgeschreven <input type="checkbox"/> Ik heb medische verzorging toegediend
Ontwenning	<input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene motiveren voor het starten van een behandeling <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen <input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene zelf begeleiden <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie gegeven <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie voorgeschreven <input type="checkbox"/> Ik heb medische verzorging toegediend
Medicatiezucht	<input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene motiveren voor het starten van een behandeling <input type="checkbox"/> Ik heb de gevangene doorverwezen

	<input type="checkbox"/> Ik ga de gevangene zelf begeleiden <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie gegeven <input type="checkbox"/> Ik heb medicatie voorgeschreven <input type="checkbox"/> Ik heb medische verzorging toegediend
--	--

2.2. Kan je aangeven welke moeilijkheden je ondervindt in de aanpak van deze problemen?
Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Er is geen hulpvraag van de gedetineerde
- Ik denk dat ik niet goed geïnformeerd ben over de manier waarop ik dat moet doen
- Ik denk dat ik niet goed geïnformeerd ben over wat probleemgebruik is
- Ik durf er niet over praten
- Ik weet niet hoe ik hierop kan reageren
- Ik kan hiervoor onvoldoende tijd vrijmaken
- Ik heb geen mandaat vanuit de organisatie om dit thema aan te pakken
- Ik ben niet deskundig genoeg om met dit thema om te gaan
- Het staat niet in mijn takenprofiel / functieomschrijving
- Er wordt te geïsoleerd gewerkt van de buitenwereld
- Andere (omschrijf):

.....

.....

.....

.....

.....

3. Doorverwijzing en samenwerking met externe hulpverlening

1. Op welke organisaties doe je momenteel beroep in het beantwoorden van vragen of aanpakken van deze problemen?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Heb je voldoende zicht op de hulpverleningsmogelijkheden en doorverwijskanalen?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Wat zijn jouw positieve ervaringen met deze organisaties?

.....
.....
.....
.....
.....

4. Wat zijn de knelpunten en problemen in deze samenwerking?

.....
.....
.....
.....
.....

4. Een beleid rond alcohol en andere drugs

4.1 Denk je dat je voldoende op de hoogte bent van het A&D-beleid?

- Ja
- Neen

4.2 Wat kan er veranderen in verband met regelgeving en procedures binnen het alcohol- en drugbeleid? Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Duidelijker richtlijnen m.b.t. alcohol- en druggebruik
- Duidelijke afspraken in verband met sancties bij overtreding van deze voorschrift
- Controletesten van gevangenen op alcohol- of ander druggebruik
- Drugvrije secties
- Andere (omschrijf):

.....
.....
.....
.....
.....

4.3 Momenteel werkt een projectgroep drugs aan een A&D-beleid voor de gevangenis Brugge:

- Wat verwacht je van de projectgroep?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Wat moet er dringend worden aangepakt?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Voorlichting en vorming

5.1 Heb je reeds bijkomende vorming over het alcohol- en drugthema gevolgd?

- Ja
- Nee

5.2 Zo ja, welke vorming?

.....
.....
.....
.....
.....

5.3 Wat kan er jou helpen om met druggebruik en drugproblemen om te gaan?

Meerdere antwoorden zijn hier mogelijk

- Algemene informatie over alcohol of andere drugs
- Informatie over de gevolgen van alcohol- of andere druggebruik
- Vaardigheden ontwikkelen in het signaleren van alcohol- of andere
- Meer hulpverlening aan probleemgebruikers
- Vaardigheden ontwikkelen in het bespreken van alcohol- of andere drugproblemen
- Voorlichting en vorming
- Andere (omschrijf):

.....
.....
.....
.....
.....

Bijlage 4

Vragenlijst externe hulpverleningsdiensten

Momenteel is in de gevangenis van ... de Lokale Stuurgroep Drugs een A&D-beleid aan het uitwerken. Omdat na een interne bevraging bleek dat meerdere organisaties uit de regio ofwel actief zijn in de gevangenis of regelmatig doorverwijzingen krijgt vanuit de gevangenis heeft de projectgroep besloten om bijkomend enkele voorzieningen kort te bevragen over de samenwerking. Het is de bedoeling dat door jullie antwoorden de Lokale Stuurgroep Drugs een meer volledig beeld krijgt en meer gedragen voorstellen kan doen voor een beleidsplan rond alcohol en druggebruik in de gevangenis van

Alvast bedankt voor jullie medewerking!

1. Organisatie

- omschrijf uw dienst naar doelgroep en methodiek (verwijzing naar een bestaande omschrijving is voldoende)

2. Aard van het gebruik?

2.1. Welk drug wordt gebruikt door cliënten die in gevangenis verblijven/verbleven hebben?

- Cannabis (hasj, weed)
- XTC
- Heroïne
- Cocaïne
- Amfetamines
- Alcohol
- Stimulerende middelen
- medicatie
- polydruggebruik

2.2. Het betreft hier

- occasioneel gebruik
- problematisch gebruik
- afhankelijk gebruik

3. Begeleidingsaanbod doelgroep gedetineerden

3.1. Wat is uw huidig aanbod naar de gedetineerden in het PC Brugge?

- Intake, toeleiding naar de externe hulpverlening
- Centraal Aanmeldings Punt (C.A.P)
- Psychosociale begeleiding
- Trajectbegeleiding
- Bezoek aan gedetineerden

- Andere, omschrijf

3.2. Wat is uw huidig aanbod naar gedetineerden die verwezen worden vanuit het PC Brugge?

3.2.1 Binnen wel kader neemt u begeleidingen op van gedetineerden die nog in het PCB verblijven?

- UP
- HV

3.2.2 Binnen welk kader neemt u begeleidingen op van ex gedetineerden die in vrijheid gesteld zijn onder bepaalde voorwaarden?

- VOV
- Probatie
- VLV/VI
- ET
- TBR
- Andere

3.3. Kunnen jullie aangeven welke beperkingen en moeilijkheden jullie ondervinden in het werken met gedetineerden in de gevangenis?

- Er is geen hulpvraag van de gedetineerde
- Geen aangepast hulpverleningsaanbod
- Onvoldoende tijd voor behandeling
- Geen toelevering naar externe hulpverlening
- Geen continuïteit in behandeling bij opsluiting
- Andere omschrijf

4. Samenwerking Gevangenis – externe hulpverlening

4.1. Wat zijn jullie positieve ervaringen in het samenwerken met PC Brugge rond doorverwijzing van cliënten?

4.2. Wat zijn de knelpunten in de samenwerking met gevangenis in de begeleiding van cliënten?

4.3. Welke voorstellen heeft u naar verbetering van de aanpak?

5. Voorlichting en vorming

5.1. Wordt er naast begeleiding door uw centrum voorlichting en vorming georganiseerd in de gevangenis?

- Neen
- Ja
 - zo ja: - aan gedetineerden
 - aan familieleden
 - aan gevangenispersoneel

5.2. Wat is het vormingsaanbod?

- Productinfo
- sociale vaardigheden
- andere, omschrijf

5.3. Welke bijdrage wil je naar de toekomst leveren op het vlak van psycho-educatie

- Bespreekbaar maken van probleemgebruik
- Aanleren sociale vaardigheden
- Informeren van gevangenen over gezondheidsaspecten
- Andere
- Geen bijdrage

6. Werken rond alcohol en drugbeleid in de gevangenis van Brugge

6.1. Kent u het huidige A&D-beleid in de gevangenis van Brugge?

- Ja
- Neen

6.2. Is uw voorziening al betrokken geweest bij de lokale stuurgroep van de gevangenis van Brugge?

- Ja
- Neen

6.3. Momenteel werkt een projectgroep drugs aan een A&D-beleid voor de gevangenis Brugge. Wat verwachten jullie van deze projectgroep?

7. Heeft u nog andere opmerkingen?

Substitutiebehandelingen

PROTOCOL

Vooraf

Dit protocol heeft tot doel de verschillende gangbare praktijken in verband met het afleveren van vervangingsmiddelen in de gevangenissen op elkaar af te stemmen. Dit moet leiden tot meer duidelijkheid en transparantie voor de voorschrijvers, de verpleegkundigen en tenslotte ook de gedetineerden.

Dit protocol heeft niet tot doel de artsen te instrueren over het gebruik van substitutie. De legalisering van substitutie in België heeft ervoor gezorgd dat de beperkingen die eerder aan gevangenisartsen opgelegd werden, niet langer geldig zijn. De artsen zullen zich bij het voorschrijven van deze middelen dus enkel laten leiden door de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad en door de wetenschappelijke literatuur ter zake.

Dit protocol vervangt de adviezen betreffende het gebruik van methadon en buprenorfine die in 2001 verspreid werden.

Opstarten substitutiebehandeling: noodzakelijke voorwaarden

1. Afhankelijkheid

Er zijn slechts twee vervangingsmiddelen: methadon en buprenorfine.

Een substitutiebehandeling met buprenorfine of methadon kan slechts in twee gevallen overwogen worden:

- Er is door een externe arts reeds een behandeling ingesteld. De behandeling kan dan voortgezet worden onder volgende voorwaarden:

De behandeling en de dosis werden schriftelijk (email, fax, brief) door de behandelende arts of de afleverende apotheker bevestigd. Eén van beide bevestigt bovendien dat de betrokkene nog tolerant is voor de genoemde dosis (dwz zeker nog een dosis genomen heeft in de voorbije drie dagen).

Indien er twijfels zijn over de tolerantie van de betrokkene, dan wordt de betrokkene als niet tolerant beschouwd. Ook als de patiënt zelf zegt meer dan drie dagen geen substitutie of opiaten te hebben gebruikt of als een urinetest voor methadon negatief is, wordt de patiënt beschouwd als niet tolerant. Indien men in een dergelijk geval toch wenst over te gaan tot het voorschrijven van methadon, dan is de maximale dosis voor de eerste dag vijf milligram.

- De betrokkene is klinisch afhankelijk van opioïden (opium, morfine, heroïne, methadon), maar hij heeft geen vervangingsbehandeling. De afhankelijkheid wordt door de gevangenisarts of de gevangenispsychiater vastgesteld op basis van een klinisch onderzoek. In de mate van het mogelijke zal geprobeerd worden om een hetero-anamnese te bekomen: familie, huisarts of drughulpverleningsinstanties kunnen als bron fungeren. Het gebruik van een urinetest die recent gebruik kan documenteren, wordt sterk aangeraden. Het resultaat van deze test wordt dan in het medisch dossier vermeld. Indien een nieuwe behandeling wordt opgestart, wordt een maximum dosis voor de eerste dag van twintig milligram aangeraden.

2. Contract

Er kan pas een substitutieprogramma opgestart worden indien de patiënt zich akkoord verklaard heeft met de voorwaarden die wij opleggen: dit gebeurt door het ondertekenen van het

behandelcontract door de patiënt. Deze contracten worden in de infirmerie bewaard. Er worden slechts contracten aanvaard die zijn opgesteld in het Frans of het Nederlands.

3. Behandeling in afwachting van bevestiging

In afwachting van de ontvangst van informatie over het lopende behandelprogramma zijn er twee mogelijke opties:

- De arts start zelf een nieuw vervangingsprogramma op (onder de voorwaarden die in alinea 1.1 beschreven werden);
- De patiënt wordt symptomatisch behandeld. De behandeling wordt individueel voorgeschreven per patiënt en in het medisch dossier ingebracht.

Voorschrijven van methadon

Methadon wordt voorgeschreven conform het model in bijlage. Methadon wordt voorgeschreven als een waterige oplossing van één milligram per milliliter. Aan deze oplossing wordt 0,002 % chlorofyl en 0,2 % pepermuntolie toegevoegd.

De apotheker mag slechts substitutiemedicatie afleveren op de volgende dubbele voorwaarde: dat het voorschrift genoteerd staat op een door het elektronisch medisch dossier gegenereerde bestellijst, en dat hij in het bezit is van het originele, door de voorschrijver gehandteerde individuele voorschrift.

De apotheker zal op elke flacon een ticket aanbrengen waarop: naam en voornaam van de patiënt, celnummer, dosering in milligram en de duidelijke vermelding "methadon hydrochloride"

Het voorschrijven van andere vormen of het voorschrijven van andere concentraties is niet langer toegelaten. Indien uitzonderlijke situaties een afwijking noodzakelijk maken, dan zal de voorschrijvende arts eerst een tweede advies vragen aan een arts die door de geneesheer-directeur van de Dienst Gezondheidszorg Gevangenen zal aangeduid worden en die een grondige kennis heeft van substitutiebehandelingen. Dit advies wordt genoteerd in het elektronisch medisch dossier.

Methadon wordt telkens voor maximaal één week voorgeschreven, in dosissen voor één dag. Methadon wordt dagelijks afgeleverd door de apotheker, tenzij er een afwijkende regeling werd goedgekeurd door de apotheker-coördinator.

Ongebruikte dosissen worden zo snel mogelijk naar de apotheker teruggestuurd, door ze in een transportdoos in de beveiligde ruimte te plaatsen. Op de doos wordt het merkteken "S+" aangebracht.

Indien een binnenkomende gedetineerde in het bezit is van methadon, dan mag die in geen enkel geval gebruikt worden. Methadon die aangetroffen wordt bij binnenkomende gedetineerden wordt zoals andere medicatie die aangetroffen wordt bij binnenkomende gedetineerden zo snel mogelijk naar de lokale apotheek gestuurd, en dit volgens de procedure die reeds beschreven werd voor ongebruikte dosissen methadon.

De gebruikte flacons worden dagelijks weggegooid in de containers die daarvoor zullen ter beschikking gesteld worden. Ze mogen niet voor andere doeleinden gebruikt worden.

Een methadondosis kan soms hoog oplopen, en er bestaat een tendens naar hogere doseringen. De maximale dosering in de gevangenis waarover de behandelende arts zelf kan beslissen is honderd vijftig milligram per dag. Bij een hogere dosering wordt voorafgaand aan de beslissing het advies van een arts die zal aangeduid worden door de geneesheer-directeur en die een grondige kennis heeft van substitutiebehandelingen. Dit advies wordt genoteerd in het medisch dossier.

Elke nieuwe behandeling en elke beëindiging van een programma wordt door de arts onmiddellijk in het medisch dossier genoteerd. Ook elke dosiswijziging wordt in het elektronisch medisch dossier genoteerd.

Voorschrijven van buprenorfine

Buprenorfine wordt voorgeschreven per doos van 7 tabletten. De voorschrijvende arts kiest zelf de dosis die voorgeschreven wordt.

Bij het beëindigen van een programma of nadat een patiënt de gevangenis verlaten heeft, wordt de rest toegevoegd aan de reserve, tot de afgesproken maximale hoeveelheid bereikt is. Overtollige tabletten worden terugbezorgd aan de apotheek.

Elke nieuwe behandeling en elke beëindiging van een programma wordt door de arts onmiddellijk in het medisch dossier genoteerd. Ook elke dosiswijziging wordt in het elektronisch medisch dossier genoteerd.

Bewaren van substitutiemiddelen

Substitutiemiddelen worden in de infirmerie bewaard, buiten het bereik van de gedetineerden. Ze worden steeds in een afgesloten kast bewaard.

Er mag een beperkte reserve aangelegd worden om overbruggingen in het weekend en op feestdagen mogelijk te maken.. De maximale hoeveelheid methadon of buprenorfine die als reserve mag bewaard worden, zal per gevangenis bepaald worden door de hoofdgeneesheer van de gevangenis, in overleg met de apotheker-coördinator.

De reserve methadon mag uitsluitend bestaan onder de vorm van individuele dosissen van twintig milligram. De flesjes dragen een etiket waarop de vermelding "methadon hydrochloride twintig milligram" en de vervaldatum.

De flesjes mogen niet verder gefractioneerd worden. De dagdosis die voorgeschreven wordt in de overbruggingsfase is dan het veelvoud van twintig dat de ware dagdosis van de betrokkene zo dicht mogelijk benadert, zonder deze dosis te overschrijden.

De reserve wordt eveneens in de infirmerie achter slot bewaard, bij voorkeur in een lokaal waartoe gedetineerden geen toegang hebben. Bij de reserve hoort een beheerslijst die volgende gegevens bevat (zie bijlagen 1 en 2).

- datum van aanvulling van de reserve + de hoeveelheid die in reserve werd geplaatst
- datum + hoeveelheid + naam patiënt die medicatie uit de reserve ontvangen heeft.
- naam van degene die de wijziging heeft aangebracht.

Bedeling van substitutiemiddelen

De bedeling van substitutiemedicatie gebeurt uitsluitend door verpleegkundigen, die zelf het tijdstip en de plaats van de bedeling bepalen. In principe kan volstaan worden met één bedeling, die bij voorkeur in de ochtend gebeurt. Patiënten voor de methadonbedeling worden op een algemene wijze opgeroepen voor "verzorging", om onnodige stigmatisering te vermijden.

De bedeling gebeurt bij voorkeur in de infirmerie. Indien dit om praktische redenen niet haalbaar is, dan kan de bedeling op de secties georganiseerd worden, maar alleszins wordt substitutiemedicatie nooit op de cel achtergelaten. Bij bedeling op de secties zal de bedeling in een apart lokaal plaatsvinden, zodat een minimale privacy kan gegarandeerd worden. Ook in dit geval mag de bedeling uitsluitend door verpleegkundigen gebeuren.

Indien de verpleegkundige op basis van observatie vermoedt dat een patiënt onder invloed is

van andere medicatie of van drugs of alcohol, dan wordt de medicatie niet uitgereikt. In dat geval ziet de verpleegkundige er op toe dat de betrokken patiënt zo snel mogelijk door de arts wordt onderzocht die dan een definitieve beslissing neemt.

De verpleegkundige zal er zich in de mate van het mogelijke van vergewissen dat de medicatie wel degelijk werd ingenomen.

Dagelijks wordt er een lijst gemaakt van alle patiënten met substitutiemedicatie. Op deze lijst duidt de verpleegkundige de patiënten aan die substitutiemedicatie kregen. Deze lijst wordt afgetekend door de verpleegkundige die de medicatie bedeelde en wordt bewaard in de infirmerie.

Het staat de lokale Diensten voor Gezondheidszorg vrij om aanvullend ook een systeem op te zetten waarbij ook de patiënten zelf dagelijks voor ontvangst van de substitutiemedicatie aftekenen.

Indien een patiënt in uitgangspersmissie of penitentiair verlof vertrekt, dan wel wordt vrijgelaten, mag de arts toestemming geven om tot maximaal drie dagen substitutiemedicatie mee te geven om deze dagen te overbruggen. Deze aflevering gebeurt pas op het ogenblik dat de gedetineerde geen toegang meer heeft tot het cellencomplex.

Afsluiten van een substitutieprogramma

Bij het beëindigen van een behandeling wordt dit, met vermelding van de reden, in het elektronisch medisch dossier vermeld. Indien er een schriftelijke toestemming van de patiënt is, wordt de behandelende arts op de hoogte gesteld van het beëindigen van de behandeling.

Substitutiebehandeling en rijvaardigheid

Methadon en buprenorfine kunnen het rijgedrag negatief beïnvloeden. Het Belgisch Instituut voor verkeersveiligheid (BIVV) rangschikt methadon in dit verband in klasse II.2 (geneesmiddelen die op basis van experimentele gegevens waarschijnlijk een matige invloed op de rijvaardigheid kunnen veroorzaken). Buprenorfine wordt gerangschikt in klasse III: geneesmiddelen die op basis van wetenschappelijke studies wellicht een ernstige invloed op de rijvaardigheid kunnen veroorzaken. Voor beide categorieën geldt dat de patiënt moet verwittigd worden van mogelijke effecten. In het geval van buprenorfine moet het gebruik van een voertuig altijd afgeraden worden. Volgens het Koninklijk Besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs, *B.S. 30 april 1998*, heeft de voorschrijvende arts een informatieplicht hieromtrent ten overstaan van zijn patiënten. We documenteren het feit dat we elke patiënt hierover ingelicht hebben, door een waarschuwing hieromtrent in het behandelingscontract op te nemen. Het is bovendien aan te raden om de bespreking van dit potentieel gevaar te vermelden in het elektronisch medisch dossier.

Vanwege de medicolegale kwetsbaarheid in dit verband raden we ten zeerste af om attesten ter bevestiging van de rijvaardigheid van gedetineerden onder substitutiebehandeling af te leveren. Indien een gedetineerde in het kader van zijn reïntegratie behoefte heeft aan dergelijk document, dan kan hij verwezen worden naar het centrum voor rijvaardigheid van het BIVV, dat over een staf van gespecialiseerde artsen beschikt die de rijvaardigheid kunnen nagaan.

Bijlagen

- Bijlage 1: beheersfiche reserve methadon
- Bijlage 2: beheersfiche reserve buprenorfine
- Bijlage 3: behandelingscontract Nederlands
- Bijlage 4: behandelingscontract Frans
- Bijlage 5: model voorschrift methadon

Versie dd. 15/3/2007

Beheersfiche reserve methadon

Vastgelegde maximumhoeveelheid: milligram

Datum	Nieuwe reserve (mg)	Gebruik reserve (mg)	Status reserve (mg)	Naam personeel slid	Naam gedetineerde	opmerking
						Overdracht vorig blad

Versie dd. 15/03/2007

Beheersfiche reserve buprenorfine

Exact product (naam + dosering):

Vastgelegd maximum aantal pillen: pillen

Datum	# pillen in	# pillen uit	Stock	Naam personeelslid	Naam gedetineerde	Opmerking
						Overdracht vorig blad

Versie dd 15/03/2007

Behandelingscontract over het volgen van een behandeling met substitutiemedicatie

Datum:/...../.....

Naam en voornaam patiënt :

Het betreft de voortzetting van een behandeling die werd ingesteld door:

(naam externe arts/organisatie):

Het betreft een nieuwe behandeling die wordt ingesteld door (naam of stempel gevangenisarts)

.....

Ik, ondergetekende,, wens een behandeling met substitutiemedicatie te starten. Ik ga akkoord met de volgende voorwaarden:

Er wordt slechts één maal per dag substitutiemedicatie verstrekt. Plaats en tijdstip worden door de Diensten voor Gezondheidszorg van de gevangenis bepaald.

Elke keer dat ik een dosis substitutiemedicatie krijg, zal ik de volledige dosis innemen. Het is dus onmogelijk dat ik deze medicatie op zak of in de cel zou hebben.

Ik meld me aan op het doktersconsult telkens me dit in verband met de substitutiebehandeling wordt gevraagd.

Op onverwachte momenten kan mij gevraagd worden om een urinestaal af te geven om mijn druggebruik te laten controleren. Weigering om hier aan deel te nemen kan tot beëindiging van de behandeling leiden.

De gevangenisarts is de enige die de voorgeschreven dosis kan wijzigen. Indien ik de dosis wil laten wijzigen, moet ik dus eerst de arts raadplegen.

De verpleegkundige die de medicatie bedeeft, mag de afgifte van de substitutiemedicatie weigeren indien hij/zij meent dat dit mijn gezondheid zou kunnen schaden. Ik zal dan zo snel mogelijk door een arts onderzocht worden die een definitieve beslissing zal nemen.

Indien ik drie achtereenvolgende dagen geen methadon heb ingenomen, dan stopt de behandeling.

Oneigenlijk gebruik van substitutiemedicatie (opsparen, injecteren, herhaaldelijke weigeringen inname, enzovoort) kan leiden tot stopzetten van de behandeling.

Ik werd gewaarschuwd voor het feit dat het gebruik van methadon of buprenorfine mijn rijvaardigheid negatief kan beïnvloeden. Als ik buprenorfine gebruik, is het besturen van een voertuig zelfs ten sterkste afgeraden

- Mijn medisch dossier mag na vrijlating opgestuurd worden naar mijn behandelende arts.
- Voorlopig kies ik er nog niet voor om mijn medisch dossier na vrijlating naar mijn behandelend arts te laten sturen. (schrappen wat niet past).

Handtekening:



Gevangenis van

Naam en voornaam (-namen) patiënt:

**Gelieveflacons¹ met een oplossing van
.....milligram
methadon¹
volgens onderstaand voorschrift te bereiden.**

....., 20...

Handtekening voorschrijvende arts,

Stempel voorschrijvende arts.

Voorschrift volgens het technisch protocol toegevoegd aan M.O. nr. 1785 van 18 juli 2006.

FORMULE :

R/ : Waterige oplossing van Methadon hydrochloride aan een verdunning van één milligram per milliliter, waaraan Chlorofyl 0,002%, pepermuntolie 0,2 % en polysorbatum (tween 20) 1,1 % wordt toegevoegd.

Versie dd. 08/05/2008

¹ Volledig uitschrijven in letters

Bijlage 6

Voor- en nadelen van evaluatiemethodes

1. Vragenlijst

Een vragenlijst is een schriftelijke evaluatiemethode. Er bestaan verschillende soorten vragenlijsten: ja/nee-vragenlijsten, multiple-choice-vragenlijsten, open vragen of een combinatie van de verschillende soorten.

Voordelen:

- is geschikt voor grote groepen;
- kan herhaaldelijk gebruikt worden;
- kan anoniem gebeuren;
- bruikbaar voor kwantitatieve informatie (cijfers) en kwalitatieve informatie (meningen, ...).

Nadelen:

- is onpersoonlijk;
- biedt weinig ruimte voor het geven van een persoonlijke mening (de onderwerpen zijn bepaald);
- kan een lage respons hebben;
- geeft weinig individuele opvolgingsmogelijkheden (bij anonieme vragenlijsten).

2. Interview

Een interview is een 'mondeling afgenomen vragenlijst': face-to-face , via chat, ...

Voordelen:

- speelt flexibel in op een situatie;
- kan over een ruim aantal topics gaan;
- kan tot meer inzicht in achtergronden leiden;

Nadelen:

- is tijdsintensief (afname en verwerking);
- vergroot het risico op interpretatiefouten;
- heeft slechts een geringe vergelijkbaarheid;

3. Groepsdiscussie

Een groepsdiscussie is een interactieve bespreking van een thema. De keuze van de juiste personen (geïnterviewden) is essentieel.

Voordelen:

- kan op korte tijd zicht geven op noden en behoeften;
- stimuleert het creatief samen denken;
- geeft een rijke output (door de interactie).

Nadelen:

- kan een vertekend beeld geven (sociaal wenselijk gedrag stellen in groep);

- is afhankelijk van het vertrouwen in de groep: zonder vertrouwen geen interactie;
- output is afhankelijk van de groep: verkeerd gekozen deelnemers kunnen onvoldoende of niet beoogde informatie opleveren.