



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Personen met een verstandelijke handicap
onderhevig aan een interneringsmaatregel**

Sarah Verlinden
Prof. dr. Bea Maes
Prof. dr. Johan Goethals

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2009/01
SWVG-Rapport 04

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Ad-hocproject: Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een internerings-
maatregel
Leuven
Eindrapport

Promotoren: Prof. Dr. Bea Maes en Prof. Dr. Johan Goethals
Onderzoeker: Sarah Verlinden

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van Cauwenberghe
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk
te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

K.U.Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. Dr. Hans Grietens, Centrum voor Gezins- en orthopedagogiek
Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde
Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen
Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VU Brussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Orthopsychologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

Voorwoord

We willen bij de afronding van dit onderzoek enkele mensen danken. Vooreerst de opdrachtgever, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, die onze onderzoeksgroepen de kans en het vertrouwen gaf om dit onderzoek uit te voeren. Vanuit een samenwerkingsverband tussen onderzoeksgroepen hebben we in dit project zowel de juridische als de pedagogische deskundigheid kunnen inbrengen.

In het kader van dit project werd een stuurgroep samengesteld met vertegenwoordigers van het VAPH, de federale overheidsdienst justitie, het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, de Commissies ter Bescherming van de Maatschappij, de psychosociale diensten van de strafinrichtingen en de ambulante en residentiële projecten van het VAPH voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap. We kwamen in de loop van het project een viertal keren samen om de opzet, de vorderingen en de conclusies van het project te bespreken. We willen alle leden van de stuurgroep van harte danken voor hun kritische vragen en bedenkingen. Hun constructieve inbreng heeft ongetwijfeld bijgedragen aan de kwaliteit van het resultaat.

Tevens wensen we alle betrokkenen uit de praktijk te danken voor hun medewerking. De directeur-generaal van het gevangeniswezen en de voorzitters van de Commissies ter Bescherming van de Maatschappij gaven ons hun toestemming om de dossiers van de geïnterneerden te analyseren. De directie en stafmedewerkers van de ambulante en residentiële projecten voor geïnterneerden met een handicap van het VAPH stelden ons alle informatie ter beschikking die nodig was om een zo omvattend mogelijk beeld te krijgen van de doelgroep en het aanbod van de diensten. Ook de administratie van het VAPH stelde ons verschillende nuttige gegevens ter beschikking. We willen hen daarvoor uitdrukkelijk danken.

Dank ten slotte aan Sarah Verlinden, de onderzoeksmedewerker die dit project feitelijk uitgevoerd heeft.

We hebben ervaren dat alle hoger genoemde betrokkenen een bijzondere aandacht hebben voor de doelgroep van mensen met een verstandelijke handicap die geïnterneerd zijn. We hopen dan ook dat dit onderzoek aanknopingspunten kan aanreiken die het beleid ten aanzien van deze doelgroep verder kunnen inspireren. Het is immers duidelijk dat zij één van de meest kwetsbare groepen in onze samenleving vormen.

Prof. Dr. Bea Maes en Prof. Dr. Johan Goethals
februari 2009

Inhoud

HOOFDSTUK 1 PROBLEEMSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK	9
1 Probleemstelling	9
Internering	9
Verstandelijke handicap	10
Definitie 10	
Prevalentie	11
2 Opzet van het onderzoek	11
Aanleiding tot het onderzoek	11
Onderzoeksdoelstellingen	12
Onderzoeksmethode	12
Onderzoek van de doelgroep	13
Onderzoek van het huidige aanbod	14
Hulpverleningsprogramma's in de literatuur	15
HOOFDSTUK 2 HET PROFIEL VAN DE GEÏNTERNEERDE MET EEN VERSTANDELIJKE HANDICAP	17
1 Aantal geïnterneerden met een verstandelijke handicap	17
3 Kenmerken van de doelgroep	17
Wettelijke status en begeleidingstype	18
Geïnterneerden onder vrijheid op proef	18
Geïnterneerden in strafinrichtingen	19
Geïnterneerden in begeleiding in VAPH-projecten	19
Geslacht	19
Leeftijd	20
Woonsituatie	20
Tewerkstelling voor de internering	21
Contactenpatroon	22
Partnerrelatie	22
Familie	23
Buitengewoon onderwijs	24
Comorbiditeit met psychiatrische stoornissen	25
Gepleegde feiten	27

Misdaden en wanbedrijven tegen de openbare zeden	28
Misdaden en wanbedrijven tegen personen	29
Misdaden en wanbedrijven tegen eigendommen	30
Inbreuken op de drugswetgeving	31
Begeleiding vóór de internering	31
Vergelijking geïnterneerden vrij op proef en geïnterneerden in strafinrichtingen	32
Vergelijking geïnterneerden begeleid door het VAPH versus niet begeleid door het VAPH	33
Vergelijking geïnterneerden residentieel en ambulantly begeleid door het VAPH	33
Combinaties van sectoren vóór de internering	34
Ambulant versus residentieel begeleid vóór de internering	34
Begeleiding tijdens de internering	35
Inschrijving van geïnterneerden met een verstandelijke handicap in het VAPH	37
HOOFDSTUK 3 BESCHRIJVING EN EVALUATIE VAN HET AANBOD	
GESUBSIDIEERD DOOR HET VAPH VOOR GEINTERNEERDEN MET EEN VERSTANDELIJKE HANDICAP	39
1 Situering van de projecten	39
Werking Ontgrendeld, een project van Centrum OBRA	39
A.B.A.G.G. en Amanis, projecten van 't Zwart Goor	39
Limes, een project van Sint-Ferdinand	40
Itinera, een project van Sint-Idesbald	40
4 Het inhoudelijk aanbod van de diverse projecten	40
Visie	40
Doelstellingen	41
Opname- en selectiecriteria	42
Agogisch activiteiten aanbod	44
Redzaamheid	44
Dag- en vrijetijdsbesteding	45
Zorg voor lichamelijk en psychosociaal welzijn	47
Lichamelijk welzijn	47
Psychosociaal welbevinden	47
Sociale relaties	49
Autonomie en zelfbepaling	50
Inschatten van en omgaan met gevaar- en risicosituaties	51

Bescherming van de maatschappij	51
Voor de geïnterneerden	53
Voor het personeel	54
Werkingsprincipes	54
Planmatig werken	55
Gefaseerd en trajectmatig werken	55
Procedures	56
Evenwicht tussen individueel en groepsgericht werken	57
Inclusief werken	57
Structuur	58
Inspraak en participatie	58
5 Organisatie	58
Personeel	58
Overlegmomenten	59
Breder netwerk	59
6 Knelpunten	60
Financiële omkadering	60
Specifieke expertise	61
Infrastructuur	61
Regelgeving VAPH	62
Samenwerking tussen justitie, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg	62
Capaciteitsproblemen	63
Instroom en doorstroom	63
HOOFDSTUK 4 EEN ANALYSE VAN DE VAKLITERATUUR	65
1 Behandeling van seksuele delinquenten met een verstandelijke handicap	66
7 Aanpak van geweld(delicten) bij personen met een verstandelijke handicap	71
Farmacologische interventies	71
Gedragstherapeutische benaderingen	71
Cognitief-gedraggestuurde interventies	72
8 De behandeling van brandstichters met een verstandelijke handicap	75

9	Case management programma's	76
	HOOFDSTUK 5 SAMENVATTING EN BELEIDSAANBEVELINGEN	77
1	Probleemstelling en onderzoeksdoelstellingen	77
10	Onderzoeksopzet	77
	Profilering van de groep	77
	Onderzoek van het aanbod	78
	Behandeling volgens de internationale literatuur	78
11	Resultaten	78
	Onderzoeksdoelstelling 1	78
	Onderzoeksdoelstelling 2	80
	Onderzoeksdoelstelling 3	82
12	Beleidsaanbevelingen	83
	Onderkenning van de doelgroep	84
	Specifiek aanbod voor de doelgroep	84
	Uitdagingen voor reguliere diensten en voorzieningen binnen VAPH	87
	Samenwerking VAPH – geestelijke gezondheidszorg – justitie	88
	Lijst van tabellen	89
	REFERENTIES	93

HOOFDSTUK 1

PROBLEEMSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

In dit hoofdstuk bespreken we de probleemstelling en de opzet van het onderzoek. In de probleemstelling omschrijven we de term 'internering' en gaan we in op de definitie en prevalentie van 'verstandelijke handicap'. Bij het onderdeel over de opzet van het onderzoek behandelen we de aanleiding tot het onderzoek, de onderzoeksdoelstellingen, de onderzoeksgroep en de onderzoeksmethoden.

1 Probleemstelling

1.1 Internering

De internering is een beveiligingsmaatregel die kan worden uitgesproken tegen delinquenten die ontoerekeningsvatbaar zijn bij het plegen van een delict. Het opleggen van deze maatregel werd voor het eerst mogelijk door de wet ter bescherming van de maatschappij van 9 april 1930, die zelf een aanvulling vormde op art. 71 van het strafwetboek (Sw.) dat stelt dat er geen misdrijf is wanneer de beschuldigde of de beklaagde *op het ogenblik van het feit* in staat van krankzinnigheid was of gedwongen werd door een macht die hij niet heeft kunnen weerstaan. Deze wet van 9 april 1930 werd vervangen door de 'wet van 1 juli 1964 ter bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele feiten', die op zijn beurt recent werd vervangen door de nieuwe interneringswet van 21 april 2007.

De wet maakt het mogelijk om personen die (a) een als misdaad of wanbedrijf omschreven feit waarop een gevangenisstraf is gesteld, hebben gepleegd, (b) op het ogenblik van de beoordeling aan een geestesstoornis lijden die hun oordeelsvermogen of de controle over hun daden teniet doet of ernstig aantast, en (c) ten aanzien van wie het gevaar bestaat dat zij ten gevolge van hun geestesstoornis opnieuw misdrijven zullen plegen, te 'interneren'. Deze internering is een veiligheidsmaatregel (geen straf) die erop gericht is de maatschappij te beschermen en ervoor te zorgen dat aan de geïnterneerde de zorgen worden verstrekt die zijn toestand vereist met het oog op de re-integratie in de maatschappij.

Alvorens een dergelijke maatregel te kunnen opleggen, dient het oordelend (vonnis- of onderzoeks)gerecht een (psychiatrische) expertise te laten uitvoeren. In deze expertise dient nagegaan te worden of (a) de persoon op het ogenblik van de feiten en op het ogenblik van het onderzoek leed aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden heeft tenietgedaan of ernstig heeft aangetast, (b) of er een oorzakelijk verband bestaat tussen de geestesstoornis en de feiten, (c) of er gevaar bestaat dat de betrokkene ten gevolge van de geestesstoornis opnieuw feiten pleegt, en (d) hoe de persoon kan behandeld, verzorgd en begeleid worden met het oog op zijn reclassering in de maatschappij. Met geestesstoornis wordt niet meer

verwezen naar de gelijknamige term in de oude wet, die geen betrekking had op o.m. psychotische toestanden ('krankzinnigheid') en verstandelijke handicap ('zwakzinnigheid'), maar naar de meer generieke term zoals hij in de moderne forensische psychiatrie (*trouble mental*) wordt gebruikt.

In geval van internering wordt de betrokkene geplaatst in een gemeenschaps- of particuliere psychiatrische inrichting, een afdeling of instelling ter Bescherming van de Maatschappij, of een (psychiatrische annex van een) gevangenis voor behandeling. Op initiatief van de CBM zijn ook plaatsingen in andere instellingen en homes mogelijk. Beslissingen over de aard en plaats van behandeling, vrijlating op proef of definitieve invrijheidstelling worden volgens de nieuwe wet genomen door de strafuitvoeringsrechtbanken. Daar deze wijziging momenteel nog niet van kracht is, berust het beheer van de geïnterneerden voorlopig nog bij de acht Commissies ter Bescherming van de Maatschappij, waarvan er drie in Vlaanderen (Gent, Antwerpen en Leuven) functioneren. Samen hadden ze op 31 december 2007 1662 geïnterneerden onder hun bevoegdheid.

1.2 Verstandelijke handicap

1.2.1 Definitie

De definitie van verstandelijke handicap die momenteel algemeen aanvaard wordt, is deze die Luckasson et al. in 2002 formuleerden voor de American Association of Mental Retardation (AAMR). Deze definitie luidt als volgt:

'Een 'verstandelijke handicap' verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar.' (Luckasson et al., 2002, p. 1).

Om van een verstandelijke handicap te kunnen spreken, moet dus aan enkele voorwaarden voldaan worden (Maes, Penne, Petry, 2002).

Eerst en vooral moet er sprake zijn van significante beperkingen in het intellectuele functioneren. Concreet houdt dit in dat men een intelligentiescore behaalt die lager ligt dan 70.

Ten tweede moet er een tekort zijn in de adaptieve vaardigheden dat niet te wijten is aan andere stoornissen of aan belemmeringen uit de omgeving. Deze adaptieve vaardigheden bestaan uit drie groepen vaardigheden:

- conceptuele vaardigheden: o.a. taal, lezen en schrijven, geldbegrip.
- sociale vaardigheden: o.a. interpersoonlijk contact, zich houden aan geldende regels en wetten.
- praktische vaardigheden: vaardigheden die nodig zijn in het dagelijkse leven, o.a. zich aankleden, lichaamszorg, omgaan met geld.

Deze beperkingen moeten bekeken worden in de context van een omgeving die typisch is voor iemands leeftijd en cultuur. Er moet ook rekening gehouden worden met factoren zoals taal en socioculturele achtergrond.

De beperkingen moeten duidelijk worden tijdens de ontwikkelingsperiode, dus vóór de leeftijd van 18 jaar.

1.2.2 Prevalentie

Ongeveer 1% van de bevolking heeft een verstandelijke handicap (American Psychiatric Association, 2000). De cijfers inzake de prevalentie van personen met een verstandelijke handicap in de gevangenis variëren internationaal gezien zeer sterk (Lindsay et al., 2007). De criteria die men hanteert bij het prevalentieonderzoek, hebben een sterke invloed op de resultaten. Vooral de IQ-grens die men gebruikt, beïnvloedt de resultaten. Ook de setting waar men het intelligentieonderzoek uitvoert (bijvoorbeeld stressvolle omgeving van een politiebureau) en de methode om de intelligentie te bepalen (bijvoorbeeld enkel baseren op gegevens over contacten met speciale voorzieningen), bepalen de resultaten. Hayes (1991) vond bijvoorbeeld bij 2% van de gevangenispopulatie in New South Wales een IQ dat lager is dan 70. Volgens Holland (1991) variëren de prevalentiecijfers van personen met een verstandelijke handicap in de gevangenispopulatie in de Verenigde Staten van 2.6% tot 39.6%.

In België heeft 4% van de geïnterneerden die residentieel zijn opgenomen in het psychiatrisch zorgcircuit van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, een verstandelijke handicap als hoofddiagnose (Werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit, 2005). Bij de geïnterneerden die opgesloten zijn in een instelling van de Federale Overheidsdienst Justitie, heeft 17% een verstandelijke handicap als hoofddiagnose. Uit een onderzoek van Centrum OBRA blijkt dat 20% van de geïnterneerden die zich in Vlaamse gevangnissen bevinden, een verstandelijke handicap hebben (93/467) (Vanden Hende, Caris & De Block-Bury, 2005). Er zijn tot nog toe geen cijfers beschikbaar over de prevalentie en de kenmerken van de totale groep geïnterneerden met een verstandelijke handicap in Vlaanderen (dus ook geïnterneerden die vrij op proef zijn).

2 Opzet van het onderzoek

2.1 Aanleiding tot het onderzoek

Sinds enkele jaren voert het VAPH een specifiek beleid ten aanzien van geïnterneerden met een verstandelijke handicap. Het huidige hulpverleningsaanbod dat door het VAPH gesubsidieerd wordt, bestaat vooreerst uit ambulante begeleiding voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap in de strafinrichting. Met Centrum OBRA en 't Zwart Goor is een convenant afgesloten waarmee zij elk 16 plaatsen dagcentrum kunnen omzetten naar ambulante begeleidingen voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap. Het gaat om de werkingen Ontgrendeld en A.B.A.G.G. (Ambulante Begelei-

ding Aan Geïnterneerden met een verstandelijke beperking in de Gevangenis) die werkzaam zijn in de gevangenis van Gent resp., de gevangenis van Merksplas. Daarnaast subsidieert het VAPH drie residentiële units met een erkenning 'tehuis niet-werkenden' die opvang bieden aan mensen met een verstandelijke handicap die uit een strafinrichting komen. Het gaat om: (1) Amanis, vanuit 't Zwart Goor, met 10 plaatsen en met een unit in het PC te Zoersel; (2) Limes, vanuit Sint Ferdinand, met 10 plaatsen en met een unit in het PC te Ziekeren; (3) Itinera, vanuit Sint-Idesbald, met 10 plaatsen en met een unit in het PC te Beernem.

Zowel vanuit het VAPH, als vanuit het algemeen welzijnsbeleid is er vandaag bijzondere aandacht voor deze groep geïnterneerden. Het huidige onderzoeksproject kadert in deze context. Het VAPH gaf ons als opdracht een evaluatie te maken (1) van de nood aan ondersteuning voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap met een dossier in de Vlaamse Commissies ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) en (2) van het bestaande zorgaanbod vanuit het VAPH aan de betreffende doelgroep.

2.2 Onderzoeksdoelstellingen

We formuleerden de volgende specifieke onderzoeksdoelstellingen:

1. In kaart brengen van de (kenmerken van de) doelgroep van geïnterneerden met een verstandelijke handicap die een dossier hebben in de Vlaamse CBM, om een zicht te krijgen op de ondersteuningsbehoeften.
2. In kaart brengen van het huidige aanbod aan geïnterneerde personen met een verstandelijke handicap, zoals dat vorm krijgt vanuit diensten en voorzieningen die gesubsidieerd worden door het VAPH.
3. Bespreken van het hulpverleningsaanbod voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap dat beschreven is in de internationale literatuur.

Door de confrontatie van de resultaten met betrekking tot elk van deze onderzoeksdoelen, willen we uiteindelijk aanbevelingen formuleren ten aanzien van het beleid over hoe vraag en aanbod mogelijk beter op elkaar kunnen worden afgestemd voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap.

2.3 Onderzoeksmethode

Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen. In een eerste onderdeel wordt de groep van geïnterneerde personen met een verstandelijke handicap in kaart gebracht. Een tweede onderdeel bestaat uit de beschrijving van het hulpverleningsaanbod vanuit het VAPH voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap. In een derde onderdeel wordt de internationale literatuur over hulpverleningsprogramma's aan geïnterneerden met een verstandelijke handicap besproken.

2.3.1 Onderzoek van de doelgroep

Om tot een profilering te komen van de groep 'geïnterneerden met een verstandelijke handicap', werd een dossieranalyse uitgevoerd. Bij de selectie van de dossiers gingen we stapsgewijs te werk.

(1) We selecteerden vooreerst de dossiers van alle personen die op 31/12/2007 geïnterneerd waren en die op het moment van onderzoek een dossier hadden in de CBM van Gent, Antwerpen of Leuven. Deze geïnterneerden kunnen vrij op proef (VOP) zijn (ambulant of in een instelling), binnen de muren van een strafinrichting verblijven of geseind zijn. De directeur-generaal van het gevangeniswezen en de voorzitters van de betrokken commissies gaven toestemming om de dossiers van de geïnterneerden in te kijken.

(2) Vervolgens werden de geïnterneerden met een verstandelijke handicap geselecteerd. Daartoe werd nagegaan hoeveel geïnterneerden er op dat moment waren met een verstandelijke handicap (IQ < 70), met een zwakke begaafdheid (IQ 70-85) en met een IQ dat hoger is dan 85. Voor de CBM van Gent kon gebruik gemaakt worden van een excelbestand waarin onder meer de diagnoses van de geïnterneerden opgenomen werden. Bij de geïnterneerden die de diagnose 'zwakbegaafd' of 'zwakzinnig' kregen, werd het deskundig verslag ingekeken en werd er nagegaan of de geïnterneerden inderdaad een verstandelijke handicap (IQ < 70) hadden. In de CBM Leuven en Antwerpen werden alle dossiers ingekeken om te zien wat het IQ van de geïnterneerde was. Onder geïnterneerden met een verstandelijke handicap verstaan we dus iedereen die volgens het deskundig verslag in zijn/ haar dossier een IQ heeft dat lager is dan 70. De geïnterneerden die een IQ hebben dat hoger is dan 70, gecombineerd met bijvoorbeeld een psychiatrische problematiek of een autismespectrumstoornis (ASS), werden niet in de onderzoeksgroep opgenomen. Ook veroordeelden en beklagden met een verstandelijke handicap behoren niet tot de onderzoeksgroep.

(3) Vervolgens werd er in de dossiers van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap gezocht naar kenmerken in verband met o.a. leeftijd, geslacht, sociaaldemografische factoren, aard van de strafbare feiten, psychiatrische comorbiditeit, hulpverleningsgeschiedenis en sectoren waarin men begeleid werd.

Bij de dataverzameling werd het meest recente deskundige verslag uit iemands dossier gebruikt. Het gebruik van deze dossiers is niet ideaal (Vanden Hende, Caris & De Block-Bury, 2005). Hoewel de dossiers binnen de verschillende CBM in grote lijnen uit dezelfde componenten bestaan (ieder dossier heeft bijvoorbeeld meestal een deskundig verslag), is er inhoudelijk weinig uniformiteit. Niet alle dossiers bevatten alle informatie over de variabelen die wij geselecteerd hebben. Er kan ook niet gecontroleerd worden of de inhoud van de dossiers correct is. Ze zijn vaak al enkele jaren oud, waardoor sommige informatie niet meer up-to-date is. Het is ook mogelijk dat een aantal personen onopgemerkt blijft om culturele verschillen, verkeerde diagnoses, inaccurate intelligentiebepalingen, problematische opvoedingssituaties, schaamte van de ouders voor de handicap van het kind ... Het kan dus bijvoorbeeld zijn dat iemand met een verstandelijke handicap door een problematische opvoedingssituatie van school en van andere maatschappelijke instanties weggehouden werd waardoor de kans bestaat

dat de verstandelijke handicap ongekend is (vals negatieven). Langs de andere kant kan het ook zijn dat er foute diagnoses gemaakt werden waardoor personen zonder verstandelijke handicap toch in de doelgroep van het onderzoek terecht komen (vals positieven). Ten slotte zijn de deskundige verslagen opgesteld door psychiatrische deskundigen die door de rechter aangewezen werden. De omstandigheden waarin deze expertises worden uitgevoerd, zijn vaak niet optimaal (bijvoorbeeld: lage vergoeding voor de experts en het ontbreken van een systeem van penitentiaire klinische observatie).

Risico-inschatting werd niet als variabele opgenomen in het onderzoek. Deze risico-inschatting werd immers niet altijd gedaan. Als ze wel gedaan werd, is ze niet altijd betrouwbaar. Verder hangt het gevaar dat een persoon betekent ook af van de omgeving waarin deze zich bevindt. In de gevangenis betekent een pedofiel niet onmiddellijk een groot risico maar als deze naast een school woont, kan dit wel problemen opleveren.

2.3.2 Onderzoek van het huidige aanbod

In dit luik wilden we het aanbod van de hoger beschreven ambulante projecten en residentiële units voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap beschrijven. Daartoe werd in eerste instantie een bezoek gebracht aan de projecten en werd een verkennend gesprek gevoerd met enkele personeelsleden van elk van deze projecten:

- Ontgrendeld: 11 januari 2008 - Martin Vanden Hende, directeur van Centrum OBRA en enkele medewerkers
- Limes: 15 januari 2008 - Kristel Peeters, coördinator en Nele Penxten, psychologe
- Itinera: 24 januari 2008 - Lien Dumortier, ortho-agoge en Peter Verplanck, coördinator
- A.B.A.G.G. en Amanis: 30 januari 2008 - Paul Maes, algemeen directeur van 't Zwart Goor

Daarnaast werden documenten opgevraagd over de werking van de verschillende projecten. Het ging onder meer over jaarverslagen, documenten uit het kwaliteitshandboek en brochures.

Bij de analyse van de gesprekken en van de documenten maakten we gebruik van een topiclijst:

- de visie en doelstellingen
- de opnamecriteria
- de ondersteuning die geboden wordt aan de geïnterneerden op het vlak van redzaamheid en lichamelijk en socio-emotioneel welbevinden
- de aanpak van gevaar- en risicosituaties
- de werkingsprincipes
- de organisatie: personeel, overlegmomenten, breder netwerk

- de door de projecten zelf ervaren knelpunten in de werking en de organisatie.

Op basis van al deze informatie werd per dienst een synthese gemaakt. Dit verslag werd teruggemaid naar de verschillende centra om er aanvullende bemerkingen en suggesties bij te formuleren. Vervolgens hebben we de werking en de organisatie van de diverse projecten onderling vergeleken.

2.3.3 Hulpverleningsprogramma's in de literatuur

Om tot een beschrijving te komen van de hulpverleningsprogramma's in de literatuur werd met behulp van trefwoorden in een aantal databanken gezocht naar literatuur m.b.t. geïnterneerden met een verstandelijke handicap. We maakten een synthese van hulpverleningsprogramma's die we in de literatuur aantreffen. Onze focus lag daarbij vooral op evaluatieonderzoek naar bestaande behandelingen of hulpverleningsprogramma's (zowel proces- als effectiviteitsonderzoek).

HOOFDSTUK 2

HET PROFIEL VAN DE GEÏNTERNEERDE MET EEN VERSTANDELIJKE HANDICAP

1 Aantal geïnterneerden met een verstandelijke handicap

Tabel 1 geeft het IQ weer van de geïnterneerden die op 31 december 2007 onder de drie Vlaamse CBM ressorteerden. De CBM van Gent, Antwerpen en Leuven hadden op deze datum in totaal 1662 geïnterneerden onder hun hoede. Met exclusie van de geïnterneerden van wie het IQ niet kon achterhaald worden (n=136), had ongeveer een vijfde (19%) van de geïnterneerden een verstandelijke handicap. Dit percentage komt overeen met het gevonden percentage in het onderzoek van Centrum OBRA, waarin ook een vijfde van de geïnterneerden in de Vlaamse gevangenissen een verstandelijke handicap had (Vanden Hende, Caris & De Block-Bury, 2005). Meer specifiek scoorde in ons onderzoek 19% lager dan IQ 70, 15% tussen IQ 70 en 85, en 67% boven IQ 85. Uitgesplitst naar CBM vallen de afwijkende cijfers bij de CBM Leuven op: 36% van de geïnterneerden valt er binnen de IQ-range van 70 tot 85 en slechts 46% scoort er hoger dan 85.

Tabel 1 IQ-scores van de geïnterneerde populatie naar CBM (N en %)

	Gent	Leuven	Antwerpen	Totale groep
IQ < 70	109 (19.5%)	29 (18.8%)	145 (17.8%)	283 (18.5%)
70 – 85	43 (7.7%)	55 (35.7%)	127 (15.6%)	225 (14.7%)
IQ > 85	408 (72.8%)	70 (45.5%)	540 (66.5%)	1018 (66.7%)
Onbekend	7 (-)	19 (-)	110 (-)	136 (-)
Totaal	567 (100%)	173 (100%)	922 (100%)	1662 (100%)

2 Kenmerken van de doelgroep

Hieronder worden de kenmerken van de groep geïnterneerden met een verstandelijke handicap besproken. We beperken ons hier dus tot de groep van geïnterneerden met een IQ < 70 (n=283). Voor elke variabele wordt eerst een algemeen beeld geschetst van de doelgroep. Daarna vergelijken we telkens de geïnterneerden met een verstandelijke handicap onder vrijheid op proef (VOP) met de geïnterneerden met een verstandelijke handicap die opgesloten zitten in een strafinrichting (instelling of afdeling ter bescherming van de maatschappij of psychiatrische annex). Verder vergelijken we de geïnterneerden met een verstandelijke handicap die begeleiding krijgen van het VAPH met de groep die geen begeleiding krijgt van het VAPH. Onder de geïnterneerden die begeleid worden door het VAPH, vallen zowel de geïnterneerden die door VAPH-organisaties ambulantly begeleid worden in de strafinrichting (SI) (door

A.B.A.G.G. of Ontgrendeld) als de geïnterneerden die in een van de drie residentiële settings van het VAPH (Amanis, Itinera, Limes) begeleid worden. Ten slotte worden de geïnterneerden met een verstandelijke handicap die ambulant begeleid worden door het VAPH in een strafinrichting (door A.B.A.G.G. of Ontgrendeld) vergeleken met degenen die residentieel begeleid worden door het VAPH (door Amanis, Itinera of Limes).

Twee opmerkingen zijn van belang bij het goed interpreteren van de tabellen met de cijfergegevens. Vooreerst hebben we voor verschillende variabelen geen gegevens over de totale groep van 283 geïnterneerden met een verstandelijke handicap. Vaak ontbreken immers de kenmerken van de geïnterneerden die geseind staan, en van een reeks andere geïnterneerden. Bij de tabellen waar we een vergelijking maken tussen verschillende subgroepen, zijn de gegevens verticaal gepercenteerd. Men moet de gegevens dus per groep bekijken: strafinrichtingen (n=102) versus vrij op proef (n=163), door het VAPH begeleid (n=61) versus niet door het VAPH begeleid (n=213), en ambulant (n=41) versus residentieel (n=20) vanuit de VAPH projecten begeleid. Die drie vergelijkingen zijn gebaseerd op andere totalen wegens ontbrekende gegevens.

2.1 Wettelijke status en begeleidingstype

De meeste (58%) geïnterneerden met een verstandelijke handicap waren op proef in vrijheid (n=163); 39% was opgesloten binnen de muren van een strafinrichting (instelling of afdeling ter bescherming van de maatschappij of psychiatrische annex) (n=102), acht geïnterneerden waren geseind en van tien geïnterneerden was de status onbekend.

2.1.1 Geïnterneerden onder vrijheid op proef

In tabel 2 zien we dat ongeveer de helft (47%) van de groep geïnterneerden in vrijheid op proef (VOP) op 31 december 2007 begeleid werd vanuit een psychiatrische dienst, 24% vanuit de gehandicaptenzorg (o.a. residentiële units van het VAPH), en 28% werd ambulant gereclasseerd. Een geïnterneerde die ambulant gereclasseerd wordt, mag zelf de woonst kiezen en mag daarbij zelf een ambulante behandeling kiezen.

Tabel 2 Begeleidingsstatus van geïnterneerden met een verstandelijke handicap onder vrijheid op proef

Begeleidingsstatus	N	%
Begeleid door psychiatrische dienst	76	46.6
Begeleid door gehandicaptensector	39	24
Ambulant gereclasseerd	45	27.6
Ontbrekende of onduidelijke gegevens	3	1.8
Totaal	163	100

2.1.2 Geïnterneerden in strafinrichtingen

Tabel 3 toont waar de 102 geïnterneerden in strafinrichtingen verbleven. De meeste geïnterneerden zaten opgesloten in Merksplas (62%).

Tabel 3 Frequenties en percentages geïnterneerden met een verstandelijke handicap in de strafinrichtingen

Strafinrichting (SI)	N	%
Merksplas	63	62
Gent	17	16.5
Antwerpen	6	6
Brugge	6	6
Turnhout	5	5
Rest (buitenland, Leuven, Vorst en Dendermonde)	5	5
Totaal	102	100

2.1.3 Geïnterneerden in begeleiding in VAPH-projecten

Op 31 december 2007 werd slechts 22% van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap begeleid door het VAPH (n=61). Vijfenzeventig percent werd niet begeleid door het VAPH (n=213). Van de overige 3% (n=9) ontbreken de gegevens over de begeleidingsstatus. Van de groep die begeleid werd door het VAPH, werd ongeveer een derde (n = 20) residentieel en ongeveer twee derde (n = 41) ambulante begeleid. We moeten echter voorzichtig zijn met het interpreteren van deze gegevens. Vooreerst omdat 'begeleid worden door het VAPH' in deze context betekent 'begeleid worden door een van de specifieke settings van het VAPH' (zie 1.2.1). Het spreekt voor zich dat mensen die vrij op proef zijn ook begeleid kunnen worden door reguliere VAPH-diensten. Daarnaast omvat de hier geïdentificeerde groep van ongeveer 60 geïnterneerden niet de gehele groep van geïnterneerden die door de specifieke diensten van het VAPH begeleid worden. Daar zijn verschillende verklaringen voor. We wezen reeds eerder op de onvolledigheid van de dossiers. Mogelijks stond bij een aantal geïnterneerden niet vermeld dat zij begeleid werden vanuit het VAPH. Daarnaast beperkten wij de groep tot mensen met een IQ < 70. De VAPH-diensten begeleiden ook mensen met een handicap met een IQ > 70.

2.2 Geslacht

De meeste geïnterneerden met een verstandelijke handicap zijn mannen (93%). Tabel 4 geeft de frequenties en percentages van het geslacht van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap naar wettelijke status en naar begeleidingstype. Verdere analyses zijn, gezien het kleine aantal vrouwen, weinig zinvol.

Tabel 4 *Geslacht van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap naar wettelijke status en begeleidingstype*

Geslacht	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Man	98 (96%)	149 (91%)	197 (92%)	59 (95%)	19 (95%)	40 (98%)	264 (93%)
Vrouw	4 (4%)	14 (9%)	16 (8%)	2 (5%)	1 (5%)	1 (2%)	19 (7%)
Totaal	102	163	213	61	20	41	283

2.3 Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap is 43 jaar. Deze gemiddelde leeftijd verschilt naargelang de wettelijke status. Geïnterneerden onder VOP zijn gemiddeld 54 jaar (de jongste geïnterneerde onder VOP is 21 jaar, de oudste 74 jaar). De geïnterneerden in de strafinrichtingen zijn gemiddeld iets jonger (41 jaar), eveneens met een minimum van 21 jaar en een maximum van 74 jaar.

Tussen geïnterneerden die begeleid worden door het VAPH en zij die niet begeleid worden door het VAPH is het leeftijdsverschil klein: gemiddeld 41 resp. 43 jaar (range 21-64 jaar, en 22-74 jaar). Dit geldt eveneens voor de geïnterneerden die residentieel en ambulant begeleid worden door het VAPH: resp. 42 en 41 jaar. De jongste geïnterneerde die residentieel begeleid wordt door het VAPH, is 21 jaar, de oudste 60 jaar. De jongste geïnterneerde die ambulant begeleid wordt door het VAPH is 21 jaar, de oudste 64 jaar.

2.4 Woonsituatie

De woonsituatie heeft betrekking op het moment van de internering. Op het ogenblik van hun aanhouding woonde bijna de helft van de geïnterneerden (46%) zelfstandig. Een op vier (24%) woonde in bij ouders of familie, 13% woonde in een zorginstelling, en 2% was dakloos. Van 16% was de woonsituatie niet bekend.

Deze woonsituatie verschilt sterk naargelang het begeleidingstype. De geïnterneerden die residentieel begeleid worden door het VAPH, komen vooral uit zorginstellingen (45%). Slechts een klein deel van hen woonde voor de internering zelfstandig (20%) of leefde bij anderen (15%). Of dit wijst op een bewuste opnamepolitiek, valt uiteraard niet te achterhalen. De absolute cijfers zijn bovendien veel te klein om hierover uitspraken te kunnen doen. Tabel 5 bevat de gegevens over de woonsituatie.

Tabel 5 *Woonsituatie van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap net voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype*

Woon-situatie	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Zelfstandig	50 (50%)	70 (43%)	107 (50%)	23 (38%)	4 (20%)	19 (46%)	130 (46%)
Bij anderen	22 (22%)	41 (25%)	53 (24%)	15 (25%)	3 (15%)	12 (29%)	68 (24%)
Zorginstelling	13 (13%)	22 (14%)	20 (9%)	16 (26%)	9 (45%)	7 (17%)	36 (13%)
Dakloos	4 (4%)	3 (2%)	4 (2%)	3 (5%)	2 (10%)	1 (2%)	7 (2%)
Onbekend	13 (12%)	27 (16%)	29 (15%)	4 (7%)	2 (10%)	2 (5%)	42 (16%)
Totaal	102	163	213	61	20	41	283

2.5 Tewerkstelling voor de internering

De meeste (82%) geïnterneerden met een verstandelijke handicap hebben voor hun internering ooit (meer dan één maand) gewerkt (tabel 6). De rest (17%) heeft nog nooit of minder dan één maand gewerkt. Van 1% is er geen informatie beschikbaar. Het VAPH begeleidt residentieel iets minder (10%) en ambulant iets meer (29%) geïnterneerden die nooit of slechts minder dan één maand hebben gewerkt.

Tabel 6 *Tewerkstellingssituatie van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype*

Gewerkt	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Ooit	79 (77%)	125 (77%)	177 (83%)	42 (69%)	15 (75%)	27 (66%)	219 (82%)
Nooit	19 (19%)	27 (17%)	35 (16%)	14 (23%)	2 (10%)	12 (29%)	49 (17%)
Onbekend	4 (4%)	11 (7%)	1 (1%)	5 (8%)	3 (15%)	2 (5%)	15 (1%)
Totaal	102	163	213	61	20	41	283

Zevenentwintig percent van de geïnterneerden (of 34% van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap die ooit gewerkt hebben) heeft ooit in een beschutte werkplaats gewerkt. Van 73% kan geconcludeerd worden dat ze niet in een beschutte werkplaats gewerkt hebben of dat er geen informatie ter zake beschikbaar is. Verschillen worden gevonden naar wettelijke status: meer geïnterneerden vrij op proef (32% versus 19%), en meer geïnterneerden begeleid door het VAPH (32% versus 25%) werkten ooit in een beschutte werkplaats. Het grote aantal dossiers waarin geen informatie beschikbaar was, maakt deze conclusies evenwel wat voorbarig. Tabel 7 be-

vat de gegevens over de tewerkstelling van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap in een beschutte werkplaats.

Tabel 7 Tewerkstelling in een beschutte werkplaats van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype

Beschutte werkplaats	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Ooit	19 (19%)	52 (32%)	53 (25%)	20 (32%)	7 (35%)	13 (32%)	75 (27%)
Nooit	83 (81%)	111 (68%)	160 (75%)	41 (68%)	13 (65%)	29 (68%)	208 (73%)
Totaal	102	163	213	61	20	41	283

2.6 Contactenpatroon

Bij ons onderzoek naar het contactenpatroon van de geïnterneerden hebben we een onderscheid gemaakt tussen 'partnerrelaties' en 'familiale contacten'. Tevens werd nagegaan of deze contacten als 'positief' of als 'negatief' kunnen worden geduid.

2.6.1 Partnerrelatie

Negenentwintig percent van de geïnterneerden had een partnerrelatie op het ogenblik van de internering, 61% had geen relatie. Bij 10% was het niet duidelijk of ze een relatie hadden. Tabel 8 maakt verder duidelijk dat deze situatie weinig verschilt naar wettelijke status of begeleidingstype.

Tabel 8 Partnerrelatie van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype

Partnerrelatie	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Ja	32 (31%)	45 (27%)	64 (30%)	17 (28%)	5 (25%)	12 (29%)	83 (29%)
Neen	60 (59%)	101 (62%)	128 (60%)	38 (62%)	12 (60%)	26 (63%)	173 (61%)
Onbekend	10 (10%)	17 (11%)	21 (10%)	6 (10%)	3 (15%)	3 (7%)	27 (10%)
Totaal	102	163	213	61	20	41	283

We zijn verder nagegaan of er, in geval van een partnerrelatie sprake was van een positieve of een negatieve relatie (tabel 9). De kwaliteit van de partnerrelatie werd afgelezen uit het deskundig verslag: was er bijvoorbeeld sprake van ruzies, van een slechte invloed van de partner, of van een gebrek aan stabiliteit van de partner? Driëndertig percent van de relaties bleek positief, 36% negatief en 31% betrof relaties

waarvan het niet duidelijk was of ze positief of negatief waren. De kleine aantallen maken uitspraken over deze kenmerken bij de door de VAPH residentieel en ambulant begeleide geïnterneerden moeilijk.

Tabel 9 Kwaliteit van de partnerrelatie van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype

Kwaliteit partnerrelatie	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Positief	7 (22%)	13 (29%)	17 (27%)	5 (29%)	2 (40%)	3 (25%)	27 (33%)
Negatief	16 (50%)	13 (29%)	24 (38%)	5 (29%)	0 (0%)	5 (42%)	30 (36%)
Onbekend	9 (28%)	19 (42%)	23 (36%)	7 (42%)	3 (60%)	4 (33%)	26 (31%)
Totaal	32	45	64	17	5	12	83

2.6.2 Familie

Verder werd nagegaan of er contacten waren met de familie (niet partner en kinderen) op het ogenblik van de internering (tabel 10). Vijfenzestig percent van de geïnterneerden had nog contact met familieleden, 25% niet, en bij 10% was het niet duidelijk of er contact was.

Tabel 10 Contacten met familieleden van geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype

Contact Familie	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Ja	63 (62%)	106 (65%)	141 (66%)	37 (61%)	12 (60%)	25 (61%)	183 (65%)
Neen	36 (35%)	33 (20%)	53 (25%)	19 (31%)	7 (35%)	12 (29%)	72 (25%)
Onbekend	3 (3%)	24 (15%)	19 (9%)	5 (8%)	1 (5%)	4 (10%)	28 (10%)
Totaal	102	163	213	61	20	41	283

Bij degenen die contact hadden, werd de kwaliteit ervan nagegaan (tabel 11). Hiervoor werd opnieuw gebruik gemaakt van de informatie uit het deskundig verslag. Ongeveer de helft (48%) van de contacten was positief, 28% negatief en bij 23% was het niet duidelijk of het contact positief of negatief was. Van de geïnterneerden in een

strafinrichting had 57% een positief contact. Van de geïnterneerden die ambulantly begeleid worden door het VAPH, had 60% een positief contact.

Tabel 11 Kwaliteit van de contacten met familieleden van geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype

Kwaliteit contact	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Positief	36 (57%)	48 (45%)	71 (50%)	17 (46%)	2 (17%)	15 (60%)	88 (48%)
Negatief	15 (24%)	28 (26%)	44 (31%)	8 (22%)	3 (25%)	5 (20%)	52 (28%)
Onbekend	12 (19%)	30 (28%)	26 (19%)	12 (32%)	7 (58%)	5 (20%)	43 (23%)
Totaal	63	106	141	37	12	25	183

2.7 Buitengewoon onderwijs

De meeste (63%) geïnterneerden hebben buitengewoon onderwijs gevolgd; 37% niet of dit werd niet vermeld in het CBM-dossier. De groep onder VOP verschilt hier niet van de groep in strafinrichtingen. Van wie begeleid wordt door het VAPH, hebben relatief gezien meer geïnterneerden (77% versus 61%) buitengewoon onderwijs gevolgd; van de groep die residentieel wordt begeleid (80%) nog iets meer dan van de groep die ambulantly wordt gevolgd (76%). Tabel 12 bevat de gegevens over wie buitengewoon onderwijs gevolgd heeft.

Tabel 12 Gevolgd hebben van buitengewoon onderwijs (BuO) door de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype

BuO	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Ja	66 (65%)	102 (65%)	130 (61%)	47 (77%)	16 (80%)	31 (76%)	177 (63%)
Neen	36 (35%)	61 (35%)	83 (39%)	14 (23%)	4 (20%)	9 (24%)	106 (37%)
Totaal	102	163	213	61	20	41	283

2.8 Comorbiditeit met psychiatrische stoornissen

Hebben geïnterneerden met een verstandelijke handicap ook psychiatrische stoornissen? Bij ons onderzoek naar comorbide psychiatrische stoornissen hebben we de hoofdcategorieën van de DSM-IV-R als uitgangspunt genomen (American Psychiatric Association, 2000). Voor we ingaan op de diagnoses die de geïnterneerden kregen, dient er opgemerkt te worden dat de diagnoses die gesteld werden, afhankelijk kunnen zijn van bepaalde trends die met de tijd veranderen (bijvoorbeeld meer of minder aandacht aan seksuele en genderidentiteitsstoornissen). Ook met de reeds eerder besproken moeilijkheden en hiaten in het deskundig verslag, moet bij het interpreteren van de bekomen resultaten rekening worden gehouden. In tabel 13 lezen we dat de meeste geïnterneerden met een verstandelijke handicap (69%) één of andere psychiatrische stoornis hebben naast hun verstandelijke handicap. Slechts 31% is gekenmerkt door een enkelvoudige verstandelijke handicap. Zesendertig percent heeft één psychiatrische stoornis, 23% twee, en kleinere aantallen nog meer psychiatrische stoornissen. Tussen geïnterneerden in strafinrichtingen en geïnterneerden onder VOP worden nauwelijks verschillen gevonden inzake comorbiditeit van psychiatrische stoornissen. Tussen geïnterneerden begeleid door het VAPH en de andere worden wel verschillen gevonden: onder de geïnterneerden die begeleid worden door het VAPH zitten meer geïnterneerden zonder comorbide stoornis (43%) dan onder de geïnterneerden die niet begeleid worden door het VAPH (33%).

Tabel 13 *Psychiatrische stoornissen bij geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype*

Aantal psychiatrische stoornissen	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Geen	31 (30%)	52 (32%)	77 (33%)	26 (43%)	8 (40%)	18 (44%)	89 (31%)
Één	37 (36%)	59 (36%)	78 (33%)	25 (41%)	6 (30%)	19 (46%)	103 (36%)
Twee	22 (22%)	38 (23%)	56 (24%)	8 (13%)	5 (25%)	3 (7%)	64 (23%)
Drie	11 (10%)	11 (7%)	21 (9%)	2 (3%)	1 (5%)	1 (2%)	23 (8%)
Vier	0 (0%)	3 (2%)	3 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (1%)
Vijf	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Totaal	102	163	213	61	20	41	283

Hieronder (tabel 14) wordt nagegaan hoe vaak bepaalde psychiatrische stoornissen voorkomen. Meeteenheid is de geestesstoornis. Bij het interpreteren van de resultaten, moet er dus rekening mee worden gehouden dat één persoon kan lijden aan meerdere psychiatrische stoornissen. De onderzochte groep heeft voornamelijk te

kampen met aan middelen gebonden stoornissen (28%). Verder scoren stoornissen in de impulsbeheersing (21%), persoonlijkheidsstoornissen (21%), schizofrenie en andere psychotische stoornissen (16%), en seksuele en genderidentiteitsstoornissen (10%) hoog. Deze stoornissen komen ook het meest voor bij de geïnterneerden die begeleid worden door het VAPH (stoornissen in de impulsbeheersing (20%), aan middelen gebonden stoornissen (15%), persoonlijkheidsstoornissen (13%), schizofrenie en andere psychotische stoornissen (10%), en seksuele en genderidentiteitsstoornissen (9%)).

In vergelijking met de VOP-groep zitten in strafinrichtingen iets meer geïnterneerden met een verstandelijke handicap die te kampen hebben met aan middelen gebonden stoornissen (34% versus 20%), stoornissen in de impulsbeheersing (34% versus 20%), en persoonlijkheidsstoornissen (28% versus 16%). Het VAPH begeleidt relatief gezien minder geïnterneerden met verslavingsproblemen (15% versus 33%), persoonlijkheidsstoornissen (13% versus 24%), en schizofrene en andere psychotische stoornissen (10% versus 19%). De kleine aantallen maken robuuste conclusies evenwel moeilijk.

Tabel 14 Aard van de psychiatrische stoornissen bij de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype

Psychiatrische stoornis	SI (102)	VOP (163)	Niet VAPH (213)	VAPH (61)	Residen- tieel VAPH (20)	Ambu- lant VAPH (41)	Totale groep (283)
Aan middelen gebonden stoornissen	35	34	70	9	3	6	79
Stoornissen in de impulsbeheersing	21	14	45	12	5	7	60
Persoonlijkheidsstoornissen	29	26	52	8	4	4	60
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	13	31	40	6	3	3	44
Seksuele en genderidentiteitsstoornissen	10	17	24	5	1	4	29
Angststoornissen	3	5	7	1	0	1	8
Psychische stoornissen door somatische aandoening	3	4	6	1	0	1	7
Stemmingsstoornissen	1	6	7	0	0	0	7
Andere ontwikkelingsstoornissen	1	5	4	2	1	1	6
ASS	1	3	2	2	1	1	4
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	1	2	3	0	0	0	3
Somatoforme stoornissen	0	0	1	0	0	0	1
Eetstoornissen	0	1	1	0	0	0	1
Slaapstoornissen	0	1	0	1	1	0	1
Aanpassingsproblemen	0	1	1	0	0	0	1

2.9 Gepleegde feiten

Bij de bestudering van de feiten naar aanleiding waarvan de populatie werd geïnterneerd, werd gebruik gemaakt van een eerder juridische indeling. Indien een persoon meerdere feiten binnen één categorie pleegde, werd slechts één feit geregistreerd. Onderscheid wordt gemaakt tussen (a) misdaden en wanbedrijven tegen de openbare zeden, (b) misdaden en wanbedrijven tegen personen, (c) misdaden en wanbedrijven tegen eigendommen, en (d) inbreuken op de drugswetgeving. Tabel 15 laat zien voor welke feiten (combinaties van feiten inbegrepen) de onderzochte groep werd geïnterneerd.

Tabel 15 Feiten naar aanleiding waarvan geïnterneerden met een verstandelijke handicap werden geïnterneerd, naargelang wettelijke status en begeleidingstype

Combinatie	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Openbare zeden	30	35	46	20	5	15	70
Eigendommen	21	37	50	12	8	4	64
Personen	15	31	41	8	2	6	51
Openbare zeden + Personen	11	29	32	8	2	6	41
Personen + Eigendommen	17	18	29	7	2	5	37
Openbare zeden + Personen + Eigendommen	4	4	5	3	0	3	8
Openbare zeden + Eigendommen	3	3	3	3	1	2	6
Drugswetgeving	1	0	1	0	0	0	2
Personen + Eigendommen + Drugswetgeving	0	2	2	0	0	0	2
Eigendommen + Drugswetgeving	0	1	1	0	0	0	1
Openbare zeden + Personen + Eigendommen + Drugswetgeving	0	1	1	0	0	0	1
Totaal	102	163	213	61	20	41	283

De meest voorkomende feiten zijn de misdaden en wanbedrijven tegen de openbare zeden (25%), tegen eigendommen (23%) en tegen personen (18%) of combinaties van twee van hoger genoemde. Over het algemeen worden er dus vaak feiten tegen de openbare zeden gepleegd, ondanks het feit dat slechts 10% van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap een seksuele stoornis zou hebben. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de diagnose seksuele stoornis vroeger minder gesteld werd. Ook bij de personen die begeleid worden door het VAPH, zien we het

vaakst misdaden en wanbedrijven tegen de openbare zeden voorkomen (33%). Bij de personen die niet begeleid worden door het VAPH, zien we vaker misdaden en wanbedrijven tegen eigendommen (23%) en dan pas misdaden en wanbedrijven tegen openbare zeden (22%). We zien ook verschillen tussen geïnterneerden die ambulante en geïnterneerden die residentieel begeleid worden door het VAPH, waarbij de eersten meestal misbruiken en wanbedrijven pleegden tegen eigendommen en de anderen meer misdaden en wanbedrijven tegen openbare zeden. Deze aantallen zijn echter te klein om tot robuuste conclusies te komen. In de volgende tabellen worden de vier hoofdcategoryën verder uitgesplitst. Omdat de aantallen sowieso eerder klein zijn, onthouden we ons van vergelijkingen tussen de subgroepen.

2.9.1 Misdaden en wanbedrijven tegen de openbare zeden

Tabel 16 Misdaden en wanbedrijven tegen de openbare zeden, gepleegd door geïnterneerden met een verstandelijke handicap, naargelang wettelijke status en begeleidingstype

(Combinatie van) feiten tegen de openbare zeden	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Aanranding eerbaarheid onbekende <18j	2	9	12	0	0	2	15
Verkrachting onbekende <18j + aanranding eerbaarheid onbekende <18j	4	8	9	5	1	4	14
Aanranding eerbaarheid <18j geen familie	0	10	10	2	2	2	12
Verkrachting meerderjarige	2	7	9	0	0	0	11
Openbare zedenschennis	2	6	7	4	2	2	11
Verkrachting <18j familie + aanranding eerbaarheid <18j familie	3	6	7	3	0	3	10
Verkrachting <18j geen familie + aanranding eerbaarheid <18j geen familie	2	3	4	2	0	2	8
Verkrachting onbekende <18j	2	4	5	2	0	2	7
Openbare zedenschennis + aanranding eerbaarheid onbekende <18j	0	4	6	0	0	0	6
Verkrachting <18j geen familie	1	5	5	1	0	1	6
Verkrachting <18j familie	2	3	2	3	1	2	6
Aanranding eerbaarheid <18j familie	2	1	1	2	0	2	4
Verkrachting meerderjarige + aanranding eerbaarheid meerderjarige	1	1	1	1	0	1	2

Verkrachting onbekende <18j + aanranding eerbaarheid <18j familie	1	0	0	1	0	1	1
Verkrachting <18j geen familie + aanranding eerbaarheid <18j familie	0	1	1	0	0	0	1
Aanranding eerbaarheid <18j geen familie + aanranding eerbaarheid <18j familie	0	0	1	0	0	0	1
Openbare zedenschennis + verkrachting onbekende <18j	0	1	1	0	0	0	1

2.9.2 Misdaden en wanbedrijven tegen personen

Tabel 17 Misdaden en wanbedrijven tegen personen gepleegd door geïnterneerden met een verstandelijke handicap, naargelang wettelijke status en begeleidingstype

(Combinatie van) feiten tegen personen	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Slagen en verwondingen	14	28	34	8	2	6	44
Opzettelijke slagen en verwondingen	6	13	17	2	1	1	19
Bedreiging	5	8	12	1	0	1	14
Poging tot moord	4	7	6	5	2	3	13
Moord	5	7	9	3	1	2	13
Stalking	2	4	5	1	0	1	6
Slagen en verwondingen + Bedreiging	1	3	4	0	0	0	4
Slagen en verwondingen met arbeidsongeschiktheid	1	2	2	1	0	1	4
Doodslag	0	3	3	0	0	0	3
Slagen en verwondingen + Moord	1	1	1	0	0	1	2
Slagen en verwondingen met arbeidsongeschiktheid + Bedreiging	1	1	2	0	0	0	2
Slagen en verwondingen + Opzettelijke slagen en verwondingen	0	1	1	0	0	0	1
Slagen en verwondingen + doodslag	0	1	1	0	0	0	1
Slagen en verwondingen + poging tot moord	1	0	0	1	0	1	1

Opzettelijke slagen en verwondingen + Slagen en verwondingen met arbeidsongeschiktheid	0	1	1	0	0	0	1
Opzettelijke slagen en verwondingen + Opzettelijke slagen en poging tot moord	0	1	1	0	0	0	1
Opzettelijke slagen en verwondingen + Poging tot moord	1	0	1	0	0	0	1
Opzettelijke slagen en verwondingen + Stalking	0	0	0	0	0	0	1
Opzettelijke slagen en verwondingen + Bedreiging	1	0	0	1	0	1	1
Poging tot moord + Bedreiging	0	1	1	0	0	0	1
Foltering	0	1	1	0	0	0	1
Stalking + Bedreiging	0	1	1	0	0	0	1

2.9.3 Misdaden en wanbedrijven tegen eigendommen

Tabel 18 Misdaden en wanbedrijven tegen de eigendommen gepleegd door geïnterneerden met een verstandelijke handicap, naargelang wettelijke status en begeleidingstype

(Combinatie van) feiten tegen eigendommen	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Diefstal	7	12	15	4	3	1	20
Brandstichting	0	11	10	6	4	2	16
Diefstal met geweld	0	4	6	1	0	1	10
Brandstichting bij nacht	0	6	8	0	0	0	9
Vernieling	4	4	8	0	0	0	8
Diefstal + Vernieling	4	1	5	0	0	0	5
Diefstal met braak	1	4	5	0	0	0	5
Diefstal + Diefstal met braak	1	3	3	1	0	1	4
Diefstal + Brandstichting bij nacht	1	2	3	0	0	0	3
Diefstal + Bedrog	0	1	1	0	0	0	3
Diefstal met braak + Brandstichting	1	1	2	0	0	0	2
Oplichting	1	1	2	0	0	0	2
Diefstal + Diefstal met geweld	0	1	1	0	0	0	1
Diefstal + Brandstichting	1	0	0	1	0	1	1
Diefstal met braak + Diefstal met braak en geweld	1	0	0	1	0	1	1
Diefstal met braak + Brandstichting bij nacht	0	1	1	0	0	0	1

Diefstal met braak + Bedrog	0	1	0	1	1	0	1
Diefstal met braak + Oplichting	1	0	1	0	0	0	1
Diefstal met geweld + Diefstal met wapen en geweld	0	1	1	0	0	0	1
Diefstal met braak en geweld	0	1	1	0	0	0	1
Diefstal met wapen, geweld en braak	0	1	1	0	0	0	1
Brandstichting bij nacht + Vernieling	0	1	0	1	1	0	1
Bedrog	0	1	1	0	0	0	1
Bedrog + Oplichting	0	0	0	1	0	1	1
Oplichting + Heling	1	0	1	0	0	0	1

2.9.4 Inbreuken op de drugswetgeving

De inbreuken op de drugswetgeving worden niet verder opgedeeld. Dergelijke inbreuken komen bij 10 geïnterneerden voor. Vijf van de 10 geïnterneerden die inbreuken hebben gepleegd op de drugswetgeving zijn onder VOP, vijf zitten in een strafinrichting. Van de 10 geïnterneerden die inbreuken gepleegd hebben op de drugswetgeving, worden er twee ambulantly begeleid door het VAPH.

2.10 Begeleiding vóór de internering

Heel wat geïnterneerden met een verstandelijke handicap hebben een hulpverleningsverleden. Tabel 19 beschrijft de aard en de duur van dit hulpverleningsverleden. Onderscheid wordt gemaakt tussen psychiatrische hulpverlening, gehandicaptenzorg, verblijf in een internaat of home (dat niet verder gespecificeerd is naar sector), bijzondere jeugdzorg (problematische opvoedingssituaties: POS, een als misdrijf omschreven feit gepleegd: MOF), en pleegzorg. De tabel geeft weer hoeveel geïnterneerden begeleid werden door één van deze sectoren, en voor hoelang. Sommige geïnterneerden werden door meerdere sectoren begeleid. De grootste groep geïnterneerden werd vóór de internering ooit begeleid door de psychiatrie (39%). Eén op vijf (21%) werd begeleid vanuit gehandicaptenzorg, 14% door een internaat/ home niet gespecificeerd, 11% vanuit de bijzondere jeugdzorg omwille van problematische opvoedingssituaties, 6% vanuit de pleegzorg en 4% vanuit de bijzondere jeugdzorg omwille van delicten. Het langst werden de geïnterneerden begeleid vanuit de gehandicaptenzorg (67 maanden).

Tabel 19 *Zorgsectoren vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap (N=283) ¹*

Zorgsector	N (%)	Gemiddelde (in maanden)
Psychiatrie	111 (39.2%)	13
Gehandicaptenzorg	60 (21.2%)	67
Internaat/ home niet gespecificeerd	39 (13.7%)	26
Bijzondere jeugdzorg problematische opvoedingssituaties (POS)	30 (10.6%)	7
Pleegzorg niet gespecificeerd	15 (5.3%)	13
Bijzondere jeugdzorg misdrijf omschreven feit (MOF)	11 (3.9%)	13

2.10.1 Vergelijking geïnterneerden vrij op proef en geïnterneerden in strafinrichtingen

Tussen de groep geïnterneerden die vrij zijn op proef en de groep in strafinrichtingen worden weinig verschillen gevonden qua begeleidingsvorm vóór de internering, met uitzondering van de pleegzorg. Wel worden verschillen gevonden op vlak van de duur van de begeleiding. De groep vrij op proef heeft een langere hulpverleningsgeschiedenis in de gehandicaptenzorg (92 versus 33 maanden), in de pleegzorg (15 versus 5 maanden) en in de bijzondere jeugdzorg POS (19 versus 9 maanden). Geïnterneerden in een strafinrichting zaten langer in de psychiatrie (22 versus 13 maanden), op internaat/home (46 versus 36 maanden), en in de bijzondere jeugdzorg MOF (10 versus 5 maanden).

Tabel 20 *Begeleiding per zorgsector vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap vrij op proef (n=163) en in strafinrichtingen (n=102)*

Zorgsector	N VOP	Duur groep VOP	N SI	Duur groep SI
Psychiatrie	64 (39.3%)	13	42 (41.1%)	22
Gehandicaptenzorg	34 (20.9%)	92	20 (19.6%)	33
Internaat/ home niet gespecificeerd	23 (7.1%)	36	12 (11.8%)	46
Bijzondere jeugdzorg MOF	21 (12.9%)	5	9 (8.8%)	10
Bijzondere jeugdzorg POS	10 (6.1%)	19	9 (8.8%)	9
Pleegzorg niet gespecificeerd	8 (0.5%)	15	7 (6.82%)	5

¹ In deze en volgende tabellen betreffende de hulpverlening vóór de internering (tabel 19 t.e.m. 22, tabel 25) is de som van de percentages per kolom niet 100%. Dit komt omdat niet alle mensen in de groep begeleid werden en sommige mensen door meerdere sectoren begeleid werden. Het procent geeft de verhouding weer van het absolute aantal dat door een bepaalde sector begeleid werd ten opzichte van het totale aantal mensen in de totale (sub)groep.

2.10.2 Vergelijking geïnterneerden begeleid door het VAPH versus niet begeleid door het VAPH

Tussen de groep geïnterneerden die begeleid wordt door het VAPH en deze die niet begeleid wordt door het VAPH worden evenmin verschillen gevonden qua begeleidingsvorm vóór de internering, uitzondering gemaakt voor de groep die een psychiatrisch hulpverleden heeft. In de groep die begeleid wordt door het VAPH, zitten relatief gezien minder geïnterneerden met een psychiatrisch verleden. Wel worden verschillen gevonden qua duur. De groep begeleid door het VAPH heeft een langere hulpverleningsgeschiedenis in de gehandicaptenzorg (170 versus 38 maanden), in de psychiatrie (31 versus 13 maanden), in de bijzondere jeugdzorg POS (27 versus 6 maanden) en in het internaat (57 versus 33 maanden). Deze groep geïnterneerden zat minder lang in de pleegzorg (6 versus 11 maanden) en in de bijzondere jeugdzorg MOF (9 versus 24 maanden).

Tabel 21 Begeleiding per zorgsector vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap begeleid door het VAPH (n=61) versus niet begeleid door het VAPH (n=213)

Zorgsector	N VAPH	Duur groep VAPH	N niet VAPH	Duur groep niet VAPH
Psychiatrie	20 (32.8%)	31	90 (42.2%)	13
Gehandicaptenzorg	13 (21.3%)	170	43 (20.2%)	38
Internaat/ home niet gespecificeerd	7 (11.4%)	57	31 (14.6%)	33
Bijzondere jeugdzorg MOF	7 (11.4%)	9	24 (11.3%)	24
Bijzondere jeugdzorg POS	6 (9.8%)	27	13 (6.1%)	6
Pleegzorg niet gespecificeerd	4 (6.6%)	6	12 (5.6%)	11

2.10.3 Vergelijking geïnterneerden residentieel en ambulant begeleid door het VAPH

Tabel 22 differentieert de voorgeschiedenis van hulpverlening tussen de groep die residentieel of ambulant begeleid wordt door het VAPH. De cijfers zijn echter te klein om verdere conclusies aan te verbinden.

Tabel 22 Begeleiding per zorgsector vóór de internering van geïnterneerden residentieel (n=20) en ambulant begeleid (n=41) door het VAPH

Zorgsector	N residentieel	Duur residentieel	N ambulant	Duur ambulant
Psychiatrie	6	31	14	31
Gehandicaptenzorg	4	51	10	53
Internaat/ home niet gespecificeerd	3	562	3	64
Bijzondere jeugdzorg MOF	3	48	4	14
Bijzondere jeugdzorg POS	3	3	3	6
Pleegzorg niet gespecificeerd	3	0	3	12

2.10.4 Combinaties van sectoren vóór de internering

Voor de sectoren die de meeste geïnterneerden begeleid hebben vóór de internering, namelijk de psychiatrie en de gehandicaptenzorg, zijn we nagegaan hoeveel geïnterneerden ook door een andere sector begeleid werden vóór de internering. In tabel 23 zien we dat de meeste geïnterneerden met een hulpverleningsgeschiedenis in de gehandicaptensector ook vanuit de psychiatrie werden begeleid (n=24).

Tabel 23 Begeleiding per zorgsector vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap en met een hulpverleningsgeschiedenis in de gehandicaptenzorg, naargelang wettelijke status en begeleidingstype

Zorgsector	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
	9	14	19	5	2	3	24
Internaat/ home niet gespecificeerd	4	8	11	2	1	1	13
Bijzondere jeugdzorg POS	4	4	6	2	1	1	9
Bijzondere jeugdzorg MOF	3	5	7	1	0	1	8
Pleegzorg niet gespecificeerd	2	1	4	0	0	0	4

Tabel 24 geeft weer hoeveel geïnterneerden met een hulpverleningsgeschiedenis in de psychiatrie door een andere sector werden begeleid voor de internering.

Tabel 24 Begeleiding per zorgsector vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap en een hulpverleningsgeschiedenis in de psychiatrie, naargelang wettelijke status en begeleidingstype

Zorgsector	SI	VOP	Niet VAPH	VAPH	Residentieel VAPH	Ambulant VAPH	Totale groep
Gehandicaptenzorg	9	14	19	5	2	3	24
Internaat/ home niet gespecificeerd	8	9	16	2	0	2	18
Bijzondere jeugdzorg MOF	6	6	10	3	1	2	13
Bijzondere jeugdzorg POS	7	5	9	3	1	2	12
Pleegzorg niet gespecificeerd	5	5	8	2	1	1	10

2.10.5 Ambulant versus residentieel begeleid vóór de internering

Van de 283 geïnterneerden werden er vóór de internering 173 residentieel begeleid en 50 ambulant. De geïnterneerden die ooit residentieel begeleid werden vóór de internering, verbleven gemiddeld 27 maanden in een residentieel instelling. De geïnterneerden die ambulant begeleid werden, werden gemiddeld 15 maanden ambulant begeleid.

In tabel 25 zien we dat de hulpverleningsgeschiedenis nauwelijks verschilt tussen de groep in een strafinrichting en deze vrij op proef, althans niet wat de aantallen betreft. In beide groepen werd ongeveer 60% residentieel begeleid; en 22% resp. 16% ambulantly. Wel verschilt de duur van de begeleiding: de groep geïstitutionaliseerde geïnterneerden werd langer residentieel en minder lang ambulantly gevolgd.

Tabel 25 Ambulante versus residentiële begeleiding vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap, naargelang wettelijke status en begeleidingstype

Begeleiding*	N SI (N=102)	Duur SI	N VOP (N=163)	Duur VOP	N VAPH (N=61)	Duur VAPH	N Niet VAPH (N = 213)	Duur niet VAPH
Residentieel	60 (58.8%)	43	99 (60.7%)	32	36 (59.0%)	55	128 (60.1%)	31
Ambulantly	22 (21.6%)	7	26 (16.0%)	31	13 (21.3%)	10	37 (17.4%)	186

*van heel wat geïnterneerden ontbreekt de nodige info

Dezelfde conclusies gelden voor de groep die door het VAPH wordt begeleid in vergelijking met de overige geïnterneerden met een verstandelijke handicap: in beide groepen werd 60% residentieel begeleid en ongeveer één op vijf (21% resp. 17%) ambulantly. Weer verschilt de begeleidingsduur: de groep begeleid door het VAPH heeft een langere residentiële en een veel kortere ambulante hulpverleningsgeschiedenis achter de rug.

Wat de interne differentiëring binnen het VAPH betreft (ambulante versus residentiële begeleiding), werden 5 van de 20 geïnterneerden die residentieel begeleid worden door het VAPH, ambulantly begeleid vóór de internering. Ze werden gemiddeld acht maanden ambulantly begeleid. Dertien van de 20 geïnterneerden die residentieel begeleid worden door het VAPH, werden voor de internering residentieel begeleid voor gemiddeld 17 maanden. Van de 41 geïnterneerden die ambulantly begeleid worden door het VAPH, werden er 23 residentieel begeleid (gemiddeld 61 maanden) en 8 ambulantly (gemiddeld 10 maanden).

2.11 Begeleiding tijdens de internering

De tabellen 26, 27 en 28 tonen aan hoeveel geïnterneerden met een verstandelijke handicap ooit door een bepaalde sector begeleid werden tijdens de internering (de periode vanaf het begin van de eerste internering tot en met 31/12/2007). Om dit na te gaan, hebben we gebruik gemaakt van de gegevens uit de dossiers van de geïnterneerden en van de informatie van A.B.A.G.G. en Ontgrendeld over wie ze wanneer ambulantly begeleid hebben. We hebben onderzocht wie tijdens de internering ooit begeleid werd door de psychiatrie of door de gehandicaptenzorg en wie ooit ambulantly gereclasseerd werd. Hierbij dient opgemerkt te worden dat wie ambulantly gereclasseerd is, ook ambulantly door de psychiatrie of de gehandicaptenzorg kan begeleid worden. We gaan niet dieper in op het soort begeleiding dat men kreeg als men ambulantly gereclasseerd werd. Tabel 26 toont aan dat de meeste geïnterneerden tijdens hun in-

ternering psychiatrische hulp ontvingen (54%) gedurende gemiddeld 48 maanden. Iets minder dan de helft (45%) werd ondersteund vanuit de gehandicaptenzorg en één op vier (25%) kreeg ambulante reclassering thuis, en dat gedurende 31 resp. 29 maanden. De groep onder VOP werd vaker ondersteund door de psychiatrie en was vaker ambulant gereclasserd dan de opgesloten geïnterneerden, die dan weer vaker begeleid werden vanuit de gehandicaptenzorg. De geïnterneerden onder VOP werden gemiddeld langer begeleid door de psychiatrie en door de gehandicaptenzorg en waren gemiddeld langer ambulant gereclasserd dan de groepen in strafinrichtingen.

Tabel 26 *Zorgverlening tijdens de internering aan geïnterneerden met een verstandelijke handicap vrij op proef (n=163) en in strafinrichtingen (n=102)²*

Zorgsector	N VOP	Duur VOP	N SI	Duur SI	N totale groep	Duur totale groep
Psychiatrie	111 (68%)	55.90	36 (35%)	22.17	154 (54%)	47.74
Ambulante reclassering	58 (36%)	31	11 (11%)	16.20	70 (25%)	28.70
Gehandicaptenzorg	72 (44%)	35.10	53 (51%)	26.17	127 (45%)	30.92

Tussen de groep geïnterneerden die wordt begeleid door het VAPH en de restgroep worden eveneens verschillen gevonden (tabel 27). De groep die begeleid wordt door het VAPH, werd tijdens de internering minder vaak (en minder lang) begeleid door de psychiatrie (41% versus 59%) en was minder vaak (en minder lang) ambulant gereclasserd (7% versus 31%). Wel werd ze vaker (en langer) begeleid door de gehandicaptenzorg (100% versus 31%).

Tabel 27 *Zorgverlening tijdens de internering aan geïnterneerden met een verstandelijke handicap begeleid door het VAPH (n=61) versus niet begeleid door het VAPH (n=213)*

Zorgsector	VAPH begeleiding	Duur VAPH groep	Geen VAPH begeleiding	Duur groep geen VAPH begeleiding
Psychiatrie	25 (41%)	20.50	125 (59%)	51.92
Ambulante reclassering	4 (7%)	10.98	65 (31%)	29.61
Gehandicaptenzorg	61 (100%)	36.18	65 (31%)	26.75

Tabel 28 bevat ten slotte de vormen van begeleiding tijdens de internering aan de geïnterneerden die door het VAPH worden gevolgd. Iedereen die residentieel of ambulant begeleid wordt door het VAPH, werd tijdens de internering uiteraard begeleid vanuit de gehandicaptenzorg. Ongeveer de helft (55%) van de geïnterneerden die residenti-

² Ook voor tabellen 26, 27 en 28 betreffende de hulpverlening tijdens de internering geldt dat de som van de percentages per kolom niet 100% is. Dit komt omdat niet alle mensen in de groep begeleid werden en sommige mensen door meerdere sectoren begeleid werden. Het procent geeft de verhouding weer van het absolute aantal dat door een bepaalde sector begeleid werd ten opzichte van het totale aantal mensen in de totale (sub)groep.

eel begeleid worden door het VAPH, werd ook vanuit de psychiatrie begeleid. Binnen de groep die ambulante begeleid wordt door het VAPH, werd 34% psychiatrisch begeleid.

Tabel 28 Zorgverlening tijdens de internering aan geïnterneerden met een verstandelijke handicap, residentieel (n=20) en ambulante begeleid (n=41) door het VAPH

Zorgsector	Residentiële VAPH begeleiding	Duur residentiële begeleiding VAPH groep	Ambulante VAPH begeleiding	Duur ambulante VAPH begeleiding
Psychiatrie	11 (55%)	26	14 (34%)	16.20
Ambulante reclassering	2 (10%)	21	2 (5%)	1
Gehandicaptenzorg	20 (100%)	44.1	41 (100%)	31.71

2.12 Inschrijving van geïnterneerden met een verstandelijke handicap in het VAPH

Op basis van cijfers die het VAPH ons ter beschikking stelde in september 2008, konden we vaststellen dat 55.1% (n=156) van de geïdentificeerde groep van geïnterneerden met een verstandelijke handicap ingeschreven is in het VAPH. De overige 44.9% (n=127) is (nog) niet ingeschreven.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bijstandsvelden waarvoor de geïnterneerden die ingeschreven zijn, een toegangsticket hebben. We namen steeds het hoogste bijstandsveld, en sommige mensen hebben toegang tot ondersteuning zowel voor zorg als voor werken. Het bijstandsveld W3 omvat beroepsopleiding, loonkosten-subsidie CAO26 of inschakelingpremie, aangepaste arbeidspost, arbeidsgereedschap en -kleding, verplaatsingskosten naar het werk en werk in een openbare dienst. Bij W2 komt bij het voorgaande nog de toegang tot een beschutte werkplaats. We zien dat ongeveer 28% van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap toegang heeft tot een beschutte werkplaats.

Tabel 29 Aantal geïnterneerden met een toegangsticket voor bepaalde bijstandsvelden op vlak van werken ten opzichte van de totale groep geïnterneerden (n=283)

Bijstandsveld	N	%
W2	79	27.9
W3	16	5.6
Totaal	95	33.6

Uit de volgende tabel kunnen we afleiden dat 27.6% van de groep geïnterneerden met een verstandelijke beperking een toegangsticket heeft voor een tehuis niet werkenden en 8.1% voor een tehuis werkenden/beschermd wonen. Kleinere aantallen hebben als

hoogste bijstandsveld ambulante zorg (thuisbegeleiding of begeleid wonen) en dagcentrum.

Tabel 30 Aantal geïnterneerden met een toegangsticket voor bepaalde bijstandsvelden op vlak van zorg ten opzichte van de totale groep geïnterneerden (n=283)

Bijstandsveld	N	%
Z50 – Thuisbegeleiding / begeleid wonen	18	6.4
Z70 – Tehuis werkenden / beschermd wonen	23	8.1
Z75 – Dagcentrum	8	2.8
Z80 – Tehuis niet werkenden: bezigheid	60	21.2
Z85 – Tehuis niet werkenden: nursing	18	6.4
Totaal	127	44.9

Wanneer we kijken naar de registraties op de Centrale Registratie Zorg, dan zien we dat de meest voorkomende zorgvorm waarvoor de geïnterneerden op de wachtlijst staan, een tehuis voor niet-werkenden is (n=19) en begeleid of beschermd wonen (n=14). De overige zorgvormen worden minder frequent genoemd (variërend van 1 tot 3 keer) en soms worden verschillende zorgvormen tegelijkertijd genoemd (n=5).

HOOFDSTUK 3

BESCHRIJVING EN EVALUATIE VAN HET AANBOD

GESUBSIDIEERD DOOR HET VAPH VOOR GEÏNTERNEERDEN MET EEN VERSTANDELIJKE HANDICAP

1 Situering van de projecten

Werking Ontgrendeld, een project van Centrum OBRA

Centrum OBRA is een dagcentrum voor personen met een handicap te Evergem. In oktober 2001 werd samen met de directie en het personeel van de Nieuwe Wandeling, de gevangenis van Gent, een werking opgestart voor geïnterneerde personen met een verstandelijke handicap die in de gevangenis van Gent verblijven. De werking kreeg de naam 'Werking Ontgrendeld' mee. In 2003 werd deze werking door het VAPH erkend in de werkvorm van 'dagcentrum' voor 16 deelnemers. Door middel van een convenantsregeling kunnen deze plaatsen dagcentrum omgezet worden naar ambulante begeleidingen. In 2007 namen 60 geïnterneerden deel aan de werking, gemiddeld 26 deelnemers per maand (Jaarverslag 2007).

1.1 A.B.A.G.G. en Amanis, projecten van 't Zwart Goor

Het dienstverleningscentrum 't Zwart Goor behoort tot de Groep Emmaüs, een koepel van organisaties voor gezondheids- en welzijnszorg. In 't Zwart Goor kunnen personen met een beperking terecht in het tehuis niet-werkenden, het dagcentrum of de dienst beschermd wonen en dit op verschillende vestigingsplaatsen.

Reeds vanaf 1996 ondersteunde 't Zwart Goor medewerkers van de gevangnissen van Merksplas en Turnhout in de opvang van geïnterneerden met een verstandelijke handicap. Sinds 2002 kreeg men voor deze werking een erkenning van het VAPH in de werkvorm van 'dagcentrum' voor 16 deelnemers. Door middel van een convenantsregeling kunnen deze plaatsen dagcentrum omgezet worden naar ambulante begeleidingen. Het project kreeg dan ook de naam A.B.A.G.G., Ambulante Begeleiding Aan Geïnterneerden met een verstandelijke beperking in de Gevangenis. Er werden in 2007 een 80-tal personen begeleid in de strafinrichting van Merksplas.

Daarnaast biedt 't Zwart Goor sinds 2006 ook residentiële opvang voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap die in de gevangenis verblijven. Het is daartoe door het VAPH erkend voor 10 plaatsen in het stelsel 'tehuis niet-werkenden'. Deze residentiële plaatsen situeren zich momenteel binnen de leefgroepen van het project Amanis in Sint-Antonius-Zoersel. De erkenning laat echter toe om de geïnterneerden op te vangen in andere projecten binnen de werking van het dienstverleningscentrum 't Zwart Goor op één van de andere locaties. In functie van de individuele vraagstelling van de geïnterneerde kan binnen het gehele aanbod gezocht worden naar de meest

geschikte plaats. In Amanis worden de geïnterneerden verdeeld over vier leefgroepen, afhankelijk van de aandachts- en werkpunten.

1.2 Limes, een project van Sint-Ferdinand

Limes is een residentiële unit voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap. Ze ressorteert onder het Orthopedagogisch centrum Sint-Ferdinand, dat een erkenning heeft als internaat, semi-internaat, dagcentrum, arbeidszorgcentrum, tehuis voor werkenden, tehuis voor niet-werkenden, beschermd wonen en begeleid wonen, en dit op verschillende vestigingsplaatsen. De unit heeft een erkenning voor de opvang van 10 geïnterneerden met een verstandelijke handicap en/of gedrags- of emotionele stoornissen in het stelsel 'tehuis niet-werkenden'. Ze is gelokaliseerd op het domein van het psychiatrisch centrum Ziekeren te Sint-Truiden. De eerste bewoners kwamen toe in maart 2007. In Limes verblijven op dit ogenblik tien mannen met een verstandelijke handicap die geïnterneerd zijn en voornamelijk medium risk zijn.

1.3 Itinera, een project van Sint-Idesbald

Itinera is een residentiële unit voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap. Ze ressorteert onder Sint-Idesbald, dat een erkenning heeft als internaat, semi-internaat, dagcentrum, tehuis voor werkenden, tehuis voor niet-werkenden, beschermd wonen en begeleid wonen, en dit op verschillende vestigingsplaatsen. De unit heeft sedert 2005 een erkenning voor de opvang van 10 geïnterneerden met een handicap in het stelsel 'tehuis niet-werkenden', met maximum 6 bedden in type 'nursing'. Itinera is gelokaliseerd op het domein van het psychiatrisch centrum Sint-Amandus te Beernem. In Itinera verblijven op dit ogenblik tien mannen met een verstandelijke handicap die geïnterneerd zijn.

2 Het inhoudelijk aanbod van de diverse projecten

In wat volgt beschrijven en vergelijken we de verschillende projecten die door het VAPH gesubsidieerd worden voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap. In dit onderdeel wordt er ingegaan op inhoudelijke thema's, zoals de visie, de doelstellingen, de opnamecriteria, de ondersteuning die geboden wordt aan de geïnterneerden op vlak van redzaamheid en lichamelijk en socio-emotioneel welbevinden, de aanpak van gevaar- en risicosituaties en de werkingsprincipes.

2.1 Visie

Alle projecten gaan sterk uit van de visie dat geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap *volwaardige mensen* zijn die ondersteuning en zorg nodig hebben om hun leven opnieuw op de rails te krijgen. Een belangrijk uitgangspunt van de projecten is dat de *gevangenis geen gepaste omgeving is* om geïnterneerden met een (verstande-

lijke) handicap op te vangen, zonder dat hun delicten en/of forensisch verleden daarmee ontkend worden.

In alle projecten staat het *kwaliteit van leven*-kader zeer centraal. Men wil de geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap ondersteunen om een zo menswaardig en zo kwaliteitsvol mogelijk leven te leiden. Belangrijke hefbomen daartoe zijn: re-integratie en participatie in de samenleving, keuze en controle voor de persoon, verbondenheid in sociale relaties, respect en waardering voor de geïnterneerde als persoon en het kunnen ontwikkelen en tonen van competenties.

2.2 Doelstellingen

De twee ambulante projecten, Ontgrendeld en A.B.A.G.G., stellen de *re-integratie van de geïnterneerde met een (verstandelijke) handicap in de maatschappij* als doel voorop. Hun werking is erop gericht de persoon voor te bereiden op deze re-integratie en de kansen van de geïnterneerde met een handicap op een succesvolle re-integratie in de maatschappij te vergroten. Dit betekent dat men probeert om de persoon met een (verstandelijke) handicap uit de gevangenis te halen en voor hem een gepaste plaats in de samenleving te vinden. Die plaats kan dan zowel een geschikte woonvorm en woonbegeleiding betreffen als een aangepaste werksituatie of dagbesteding en een aangepast psychotherapeutisch behandelingsaanbod. Welke woon- of werkvorm en/of welke behandeling aangepast is, is afhankelijk van de mogelijkheden, de beperkingen en de ondersteuningsnoden van de geïnterneerde zelf, maar tevens van de mogelijkheden en de beperkingen van de maatschappij en het beschikbare zorgaanbod.

De residentiële units verschillen van elkaar in de mate waarin ze het eigen aanbod als een *tussenstap dan wel als een blijvende thuis* beschouwen voor de geïnterneerden met een verstandelijke handicap. Itinera en Limes trekken net als de ambulante projecten de kaart van de *maximale kansen op re-integratie in de samenleving*. Ze beschouwen het verblijf in de residentiële unit als een tussenstap. Wanneer de geïnterneerde uit de gevangenis komt, zijn zijn kansen om zichzelf te beredderen in een gewone woonomgeving, om een sociaal leven uit te bouwen en om aangepast werk of dagbesteding te vinden, zodanig ingeperkt dat een tussenstap wenselijk is. Itinera en Limes willen dan ook een brugfunctie vervullen tussen de gevangenis en een meer blijvende woon- of werksetting die aangepast is aan de specifieke ondersteuningsbehoeften van de cliënt. Ze werken zoveel als mogelijk toe naar doorstroming van de geïnterneerden met een handicap naar 'reguliere' zorgvormen. Dit kan een meer open afdeling zijn of een ander tehuis voor niet-werkenden. Sommigen kunnen mogelijk doorstromen naar begeleid wonen of naar het leven in een (pleeg)gezin.

Amanis gaat er daarentegen vanuit dat de dubbele diagnose (verstandelijke handicap en ernstige gedrags- en/of psychische problemen) een doorverwijzing zeer moeilijk maakt en kiest er eerder voor om de cliënten een blijvende thuissituatie aan te bieden. De opvang is in principe levenslang, tenzij er in de loop van de ontwikkeling stabilisatie optreedt en zich kansen aanbieden. Men ervaart dat geïnterneerden met een verstandelijke handicap en daarnaast veelal gedrags- en/of psychische problemen tussen wal en schip vallen. Zij vallen uit de boot in de geestelijke gezondheidszorg omwil-

le van hun intellectuele beperkingen en zij vallen uit de boot van de 'reguliere' gehandicaptenzorg omwille van hun bijkomende diagnose en de gepleegde delicten. De residentiële unit biedt dan als het ware een specifiek en blijvend leef- en zorgklimaat voor mensen die niet terechtkunnen in het gewone zorgcircuit.

Limes neemt een zekere tussenpositie in. Ze gaat ervan uit dat sommige geïnterneerden na een therapeutisch aanbod een bepaald plafond bereiken. Voor sommigen is re-integratie in de maatschappij niet mogelijk gezien de nood aan blijvende externe controle. Limes wil voor deze mensen een blijvende thuis bieden. Die verschillende accenten in doelstellingen weerspiegelen zich ook in andere selectiecriteria bij opname (zie verder).

In alle residentiële units staat het aanbieden van een *aangepast leef- en zorgklimaat* waarbinnen de geïnterneerde met een verstandelijke handicap optimaal kan functioneren en een goede levenskwaliteit kan ervaren centraal. Daarnaast bieden zowel de ambulante als de residentiële projecten een *agogisch aanbod waarin het werken aan persoonlijke ontwikkeling en groei centraal staan*. Activering en socialisering zijn daarbij kerncomponenten. Met hun werking beogen de projecten doelstellingen als:

- bewust worden van de eigen mogelijkheden en beperkingen
- bevorderen van een positief zelfbeeld en zelfwaardegevoel
- vergroten van de zelfbepaling, zelfbeheersing en verantwoordelijkheidszin
- bewust worden en opnemen van verantwoordelijkheid inzake gepleegde feiten
- leren omgaan met vrijheden en verantwoordelijkheden, met grenzen en begrenzing
- bevorderen van de sociale en communicatieve vaardigheden
- leren leven en functioneren in groep
- leren leven in een vast ritme
- leren uitdrukken van en omgaan met emoties en frustraties
- leren zorgen voor zichzelf (zelfzorg, huishoudelijke taken)
- zich kunnen beredderen in de maatschappij
- (her)opbouwen van een sociaal netwerk

2.3 Opname- en selectiecriteria

De doelgroep van de ambulante projecten zijn *geïnterneerden* met een *handicap* die *in de gevangenis van resp. Gent en Merksplas verblijven*. Het onderworpen zijn aan een interneringsmaatregel, het verblijven in de gevangenis, het hebben van een handicap, het ingeschreven en erkend zijn door het VAPH (of minstens ervoor in aanmerking komen) en het perspectief hebben op re-integratie in de samenleving zijn criteria die vastgelegd zijn in de convenanten van de ambulante projecten.

In principe moet de geïnterneerde dus een *erkenning voor zorg of tewerkstelling* hebben binnen het VAPH. Vaak is dit echter niet het geval en ontbreekt degelijke diagnostische informatie over de geïnterneerde met een handicap. Het accuraat in kaart brengen van de mogelijkheden en de beperkingen van de geïnterneerde op diverse vlakken van het functioneren (cognitieve mogelijkheden, sociaal aanpassingsgedrag, sociaal-emotionele ontwikkeling, gedrags- en/of psychische problematiek etc.) vormt dan ook een belangrijk onderdeel van het aanbod van de ambulante projecten. Op basis van een goede dossiervorming en een brede beeldvorming kan een inschrijvingsdossier voor het VAPH opgesteld worden, kan een handelingsplan opgemaakt worden voor de verdere begeleiding, en/of kan een gerichte doorverwijzing voorbereid worden.

Tabel 31 Opname- en selectiecriteria van de verschillende projecten

	OBRA	A.B.A.G.G.	Amanis	Limes	Itinera
Interneringsmaatregel	X	X	X	X	X
Verblijven in de gevangenis	X	X	--	--	--
Diagnose van (verstandelijke) handicap	X	X	X	X	X
Ingeschreven en erkend zijn door het VAPH of ervoor in aanmerking komen	X	X	X	X	X
Perspectief hebben op re-integratie in de samenleving	X	X	--	+/-	X
Regio	--	--	X	X	X
Comorbiditeit gedrags- en/of psychische problemen			X	--	--
Vrijwillige deelname	X	X	X	X	X
Leeftijd	--	--	X	X	X

Voor de residentiële units geldt het *onderworpen zijn aan een interneringsmaatregel* eveneens als opnamecriterium. Bij aanmelding dienen de geïnterneerden te *verblijven in de gevangenis*. De kandidaten voor begeleiding vanuit Limes en Amanis komen voornamelijk uit strafinrichting van Merksplas en soms uit deze van Gent. Voor het selecteren van bewoners voor Itinera wordt er vooral samengewerkt met de strafinrichtingen van Gent en Merksplas maar ook mensen uit andere gevangnissen komen in aanmerking. Hoewel het in principe zowel om mannen als om vrouwen kan gaan, zijn de bewoners van de projecten van Itinera, Limes en Amanis nagenoeg allemaal volwassen mannen. De ondervertegenwoordiging van vrouwen in de gevangenis maakt een gemengde benadering voorlopig zeer moeilijk.

Bij de selectie houdt men ook rekening met de *regio* waaruit de geïnterneerden komen. Itinera richt zich voornamelijk op mensen uit Oost- en West-Vlaanderen; Limes op mensen uit Limburg en in mindere mate uit Vlaams-Brabant en Antwerpen, en Amanis heeft een doelpubliek dat overwegend uit Antwerpen komt.

Alle residentiële units richten zich op mensen met een *licht of matig verstandelijke beperking*. Ze verschillen evenwel in het al dan niet opnemen van mensen met *gedrags-*

en/of psychische problemen. Omdat Limes nog een recent initiatief is en er allemaal nieuwe medewerkers in dienst zijn, wordt er voor gezorgd dat de personen die begeleid worden, stuurbaar zijn en niet al té extreme gedragsmoeilijkheden vertonen. Personen bij wie de psychiatrische problematiek té zeer op de voorgrond staat, komen in eerste instantie niet in aanmerking. De verstandelijke handicap moet primair zijn. Ook in Itinera worden geen geïnterneerden met een primaire psychiatrische problematiek of met een primerende drugsproblematiek opgenomen. Amanis stelt het hebben van een dubbele diagnose, met name een verstandelijke handicap en ernstige gedrags- en/of psychische problemen, net wel als voorwaarde voor opname.

De kandidaten voor de residentiële units moeten beschikken over een *toegangsticket voor een 'tehuis niet-werkenden'* van het VAPH, of minstens daarvoor in aanmerking komen. De minimum *leeftijdsgrens* is 18 jaar in Amanis en Itinera en 21 jaar in Limes. De maximum leeftijdsgrens is 60 jaar in Itinera, en in overeenstemming met de VAPH-regelgeving 65 jaar in Limes en Amanis.

Zoals eerder aangegeven verschillen de projecten op vlak van het criterium dat de geïnterneerde *perspectief moet hebben op re-integratie in de samenleving*. Voor Itinera is dit een belangrijk criterium. Limes geeft aan dat de geïnterneerden personen moeten zijn waarmee men verder kan. Men moet aan zichzelf willen werken en men moet willen veranderen. De beoogde re-integratie in de samenleving is echter niet voor iedereen een haalbaar perspectief. Amanis richt zich bewust op geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap die weinig perspectief hebben op verdere re-integratie.

In principe nemen de geïnterneerden *vrijwillig* deel aan de begeleiding. Ze moeten ook gemotiveerd zijn om mee te werken en zich kunnen handhaven in een groepsprogramma. Er wordt individueel bekeken of de persoon het programma aankan.

2.4 Agogisch activiteiten aanbod

Zoals we eerder stelden staat het agogisch activiteiten aanbod zeer centraal. In de ambulante projecten wordt dit aanbod sterk gekleurd door de context van de gevangenis waarbinnen gewerkt wordt. In de residentiële units verschilt het aanbod niet erg van het klassieke aanbod van een 'tehuis voor niet-werkenden'. Alleen de specificiteit en complexiteit van het doelpubliek, en de noodzaak om gericht om te gaan met gevaar- en risicosituaties (zie verder) zijn verschillend.

2.4.1 Redzaamheid

In de ambulante projecten wordt er vooreerst aandacht besteed aan activiteiten op vlak van redzaamheid.

Persoonlijke redzaamheid. Geïnterneerden krijgen bijvoorbeeld regelmatig individuele ondersteuning bij Activiteiten van het Dagelijks Leven op vlak van persoonlijke zorg en hygiëne, verzorgde kledij, netheid van de cellen, preventie van gezondheidsproblemen, gebruik van medicatie, praktische problemen etc.

Huishoudelijke redzaamheid. Er worden kookactiviteiten aangeboden, enerzijds als ontspannende groepsactiviteit, maar anderzijds ook als leermoment (bv. leren koken, informatie over voeding en gezondheid). Ook huishoudelijke taken als kuisen, strijken of wassen komen aan bod. Geïnterneerden kunnen begeleid worden bij het beheer van hun inkomsten en uitgaven (bv. aankopen in de kantine) tijdens de detentie.

Maatschappelijke participatie wordt bevorderd door extramurale activiteiten met begeleiders. Op die manier wordt de re-integratie van de geïnterneerde voorbereid. Het gaat om activiteiten zoals winkelen, uitstappen maken, bezoek aan familie, ontspannende activiteiten. Ook tijdens deze activiteiten kan het aanleren van bepaalde vaardigheden (bv. de bus of trein nemen) geoefend worden. De uitstappen zijn uitgelezen momenten om geïnterneerden onder begeleiding weer in te leiden in de maatschappij en hen sociaal aangepast gedrag en vaardigheden aan te leren.

Werken aan redzaamheidvaardigheden kan zowel tijdens individuele begeleidingsmomenten als tijdens groepsactiviteiten. Ook in vormingsactiviteiten worden praktische vaardigheden geoefend zoals functioneel lezen en schrijven (bv. een kantinelijst correct leren invullen, op de computer leren werken, budgetbeheer) of wordt er gewerkt rond maatschappelijke thema's (bv. hygiëne, gezondheid, actualiteit). De geboden ondersteuning bij deze activiteiten varieert van controle en toezicht, tot aanleren en volledig of gedeeltelijk verbaal of fysiek begeleiden. De aard en de intensiteit van de ondersteuning is afhankelijk van de individuele noden en vraagstelling van de geïnterneerde.

Alle eerder genoemde activiteiten inzake persoonlijke redzaamheid, huishoudelijke redzaamheid en maatschappelijke redzaamheid komen eveneens voor in de residentiële units, en zijn daar zeer vergelijkbaar met het aanbod in een klassiek tehuis voor niet-werkenden. De bedoeling is dat de bewoners zo zelfstandig mogelijk leren functioneren. Hoe deze activiteiten concreet worden ingevuld, verschilt van persoon tot persoon en van situatie tot situatie.

2.4.2 Dag- en vrijetijdsbesteding

Er is een uitgebreid aanbod van dag- en vrijetijdsbesteding voor de geïnterneerden met een verstandelijke handicap die in de gevangenis verblijven. Er wordt voor elke geïnterneerde gezocht naar activiteiten op maat, zodat hij op zijn tempo en volgens zijn mogelijkheden kan participeren aan het werkgebeuren. Het aanbod is zowel intramural als extramuraal.

Vooreerst wordt in beide ambulante projecten het '*reguliere*' aanbod binnen de *gevangenis* toegankelijk gemaakt voor personen met een handicap. Begeleiders volgen dan vanop een zekere afstand hoe iemand functioneert binnen bestaande ploegen of werkhuizen in de gevangenis. Men stelt aanpassingen aan de werkpost voor en bij problemen zoekt men, in samenspraak met de werkchef, naar creatieve en constructieve oplossingen.

Daarnaast kunnen de geïnterneerden werken in '*werkhuisen*', een soort van werkplaatsen waar eenvoudig semi-industrieel werk maar soms ook complexere activiteiten

worden uitgevoerd. De geïnterneerden worden er individueel begeleid bij het organiseren en uitvoeren van het werk.

Ontgrendeld begeleidt geïnterneerden ook individueel bij *werkactiviteiten in de reguliere samenleving* en in opdracht van derden. Daarnaast zijn er diverse *werkprojecten* waaraan een groep van geïnterneerden kan deelnemen buiten de muren van de gevangenis. Voorbeelden daarvan zijn herstelwerken van gebouwen, tuinonderhoud voor een voorziening, activiteiten met een organisatie voor natuurbeheer, werken voor stadsdiensten etc. Eén dag in de week gaat een groep van zes deelnemers van Ontgrendeld onder begeleiding naar De Werkplek, een buitengebouw van Centrum OBRA. Het accent van deze laatste werking ligt op huishoudelijke activiteiten en een dagbesteding binnen een groepsgebeuren, met zoveel mogelijk contact met de samenleving. Ook A.B.A.G.G. gaat voor bepaalde activiteiten naar het domein van 't Zwart Goor in Merksplas.

Ook op vlak van *vrije tijd* wordt er een gevarieerd aanbod gedaan. In allerhande groepsporten krijgen de geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap de kans om sociale vaardigheden te verwerven, te leren omgaan met frustraties, zichzelf te leren beheersen etc. Daarnaast worden tal van creatieve activiteiten aangeboden met diverse materialen zoals hout, klei, verf ... Ook hier liggen kansen zowel voor sociale participatie als voor individuele expressie. Af en toe worden er voor de geïnterneerden onder begeleiding uitstappen georganiseerd. Er wordt bijvoorbeeld naar de winkel gegaan voor een kookactiviteit of de familie wordt bezocht. A.B.A.G.G. organiseert verschillende activiteiten in een leefgroepcontext. Daar zijn ook een radio, gezelschapsspelen, tijdschriften en huisdieren aanwezig.

In de residentiële units wordt het 'wonen' en 'werken' zoveel als mogelijk gescheiden. De dagbesteding is steeds individueel bepaald, afhankelijk van de zorgvraag en de interesses van de deelnemers. De bewoners van Amanis kunnen overdag naar 't Ateljeeke en de Kromvenhoeve voor hun dagbesteding. Beide staan ten dienste van alle cliënten van 't Zwart Goor. Het Werkburo organiseert begeleid werk (in het gewone bedrijfs- of verenigingsleven) en beschermd werk (inschakeling in diensten van 't Zwart Goor). Sommige bewoners van Itinera die (nog) niet naar buiten mogen, werken binnenshuis in een atelier, waar ze bijvoorbeeld zeepjes maken. Er is ook een grote tuin waarin ze kunnen werken en dieren verzorgen. Anderen gaan buitenshuis werken, bijvoorbeeld in een beschutte werkplaats, of in begeleid werken. Ze kunnen ook een stage of opleiding volgen. Itinera werkt samen met o.a. De Klus (activiteitencentrum van beschut wonen te Beernem) en Loca Labora (sociaal tewerkstellingsinitiatief dat mensen ondersteunt die omwille van één of andere problematiek hun weg naar de reguliere arbeidsmarkt niet vinden). Voor de invulling van de vrije tijd doet Itinera o.a. beroep op de dienst Vrije Tijd van Sint-Amandus, 'De Vleugel'. Het zelf invullen van de vrije tijd is niet gemakkelijk voor de geïnterneerden. Keuzes maken en oriëntatie in tijd en tijdsduur zijn voor hen geen evidente vaardigheden. Daarom ondersteunt de begeleiding hen hierin. In Limes werkt men binnenshuis met semi-industriële arbeid die afkomstig is van Ziekeren en van andere bedrijven. Sommige bewoners doen klussen in het tehuis zelf. Voor het invullen van de vrije tijd werkt men samen met VFG en Trefpunt, een ontmoetingsplaats voor ex-psychiatrische patiënten.

Het aanbod aan dagbesteding in de residentiële units is doorgaans zeer gevarieerd en bestaat uit een op maat samengesteld programma van:

- arbeidsgerichte activiteiten (semi-industrieel werk, wasserij, houtbewerking, kaarsenatelier, kookatelier, textielatelier ...)
- begeleid werk in het gewone bedrijfs- en verenigingsleven en diensten in de eigen voorziening
- werken in de tuin en verzorgen van dieren
- bewegings- en sportactiviteiten
- vormingsactiviteiten
- creatieve activiteiten
- hobby's en hobbyclubs
- ontspannende activiteiten
- activiteiten in de samenleving
- ...

Welke activiteiten de bewoners uitvoeren hangt af van hun individuele mogelijkheden en interesses en van de mogelijkheden van de dienst.

2.5 Zorg voor lichamelijk en psychosociaal welzijn

2.5.1 Lichamelijk welzijn

In de verschillende projecten wordt er op allerlei manieren aandacht besteed aan het lichamelijk welbevinden. Het personeel van de ambulante projecten heeft een signaal-functie ten aanzien van de medische dienst en de psychiaters in de gevangenis. Verstandelijke en fysieke veranderingen worden gemeld. Als de begeleiders bijvoorbeeld zien dat iemand wondjes heeft of als ze merken dat iemand niet zorgvuldig omspringt met de medicatie-inname, wordt hiervan melding gedaan. Tijdens de activiteiten dagelijks leven en de individuele begeleidingen wordt er bijzondere aandacht besteed aan persoonlijke hygiëne, gezond eten en voldoende beweging.

Ook in de residentiële units is er zowel in de individuele begeleidingen, tijdens de activiteiten van het dagelijks leven, als tijdens de groepsactiviteiten veel aandacht voor gezonde voedings- en eetgewoonten en voor voldoende beweging. Vanuit een uitgebouwde medische dienst (met verpleegkundigen, huisarts, psychiater, therapeuten) wordt werk gemaakt van de bevordering van het lichamelijk welbevinden van de bewoners.

2.5.2 Psychosociaal welbevinden

Zowel in de ambulante als in de residentiële projecten kunnen de geïnterneerden voor *individuele gesprekken* terecht bij een individuele begeleider of een aandachtsbegeleider. Het geven van individuele aandacht en het opbouwen van een vertrouwensrelatie

zijn van groot belang om hen te motiveren, te activeren en te begeleiden. Zowel emotionele als relationele en praktische vragen en problemen kunnen aan de orde komen tijdens deze individuele gesprekken.

In *vormingen* over sociaal-emotionele vaardigheden wordt er gewerkt rond het op een aanvaardbare wijze leren uitdrukken van gevoelens, leren spreken over zichzelf, leren spreken in groep, gevoelens herkennen en benoemen bij zichzelf en anderen, gevoelens op een sociaal aanvaardbare manier leren uitdrukken, respectvol omgaan met andere mensen etc. Er wordt ook aandacht besteed aan vorming rond relaties en seksualiteit (zie verder). In de gevangenis worden deze vormingsprogramma's ook aangeboden door derden, zoals het Centrum Algemeen Welzijnswerk (bv. Vlinders in je buik, Hier ben ik, Je eigen stress onder controle).

Hoewel het bovenstaande in alle projecten voorkomt, staat het omgaan met gedrags- en psychische problemen het meest centraal in het aanbod van A.B.A.G.G. en Amanis van 't Zwart Goor. In deze projecten streeft men naar een *therapeutisch leefklimaat* waarin de geïnterneerden zich goed kunnen voelen. Men beoogt dat cliënten emotionele rust en veiligheid vinden in een duidelijk georganiseerde en gestructureerde omgeving. Kenmerkend zijn onder meer een vast dag- en weekprogramma, ruimte voor zichzelf, duidelijke regels en afspraken. Tevens tracht men ook op relationeel vlak stabiele relaties met begeleiders aan te bieden, gekenmerkt door onvoorwaardelijke acceptatie en respect voor de persoon, beschikbaarheid en geweldloze omgang. Er wordt op een gerichte en geïndividualiseerde wijze omgegaan met gedragsproblemen. Cliënten worden daarbij bijgestuurd en/of gecontroleerd in hun gedrag, en soms is het nodig vrijheidsbeperkende maatregelen en time-out te gebruiken.

In Limes en Itinera zoekt men een *evenwicht tussen een agogische en therapeutische benadering*. Centraal in deze residentiële units staat het creëren van een veilige leefomgeving. Rust en veiligheid zijn immers belangrijke voorwaarden om te kunnen werken aan verandering. Op grond daarvan moet het vertrouwen van bewoners terug groeien, in zichzelf en in anderen. Pas dan kunnen ze de confrontatie aan met zichzelf, met de gepleegde feiten en met de buitenwereld.

Opvallend is de *eerder beperkte inzet van psychotherapie* in de ambulante projecten en in de residentiële settings. Gezien de hoge prevalentie van comorbide psychiatrische problematiek bij de geïnterneerden met een verstandelijke handicap is dit des te opvallender. Binnen de gevangenis werken te weinig psychiaters en vaak psychiaters in opleiding. Het medicatiegebruik is er hoog.

Het therapeutisch aanbod lijkt op dit ogenblik het sterkst uitgewerkt in Itinera en Limes. In deze settings worden een aantal blokken in het weekprogramma voorbehouden voor een *psychotherapeutisch behandelingsaanbod*. Na een gewinningsfase wordt aan elke cliënt gevraagd vijf individuele gesprekken te hebben met de therapeut. Daarna kan de bewoner vrij kiezen om deze gesprekken verder te zetten of deze na een tijd opnieuw op te starten, tenzij er, in het kader van het behandelingsprogramma, door het team beslist wordt dat de cliënt rond een bepaalde thematiek verder dient te werken in de therapie. Zowel individuele als groepstherapieën vinden plaats op

een vast moment tijdens de week. Er worden diverse vormen van therapie gebruikt: gesprekstherapie, creatieve therapie, ervaringsgerichte therapie en bewegingstherapie.

Itinera en Limes passen zowel binnen (voor de niet seksuele delinquenten) als buiten de unit (ambulante daderhulp voor seksuele delinquenten) een vereenvoudigde versie van het *terugvalpreventiemodel toe*. Daarbij wordt in groep gewerkt rond de delictketting. Men maakt de cliënten zich ervan bewust dat criminele feiten niet zomaar gebeuren, maar dat gevoelens, gedachten en omstandigheden als trigger functioneren. De cliënten leren om deze triggers in de toekomst zoveel als mogelijk te vermijden. Ze leren inzien dat ze op elk ogenblik de ketting kunnen doorbreken, dat ze de juiste keuzes kunnen leren maken en dat ze hervál kunnen voorkomen. Om het model in te oefenen wordt er gewerkt met concrete voorvallen uit de leefgroep zoals een ontvluchting of conflicten.

2.5.3 Sociale relaties

Vanuit de ambulante projecten wordt eerder *voorzichtig omgesprongen met de contacten met het sociaal netwerk en de familie*. Enerzijds kunnen die contacten een sterkte zijn om de reclassering voor te bereiden en uit te werken. Uitgaansvergunningen of penitentiaire verloven kunnen een eerste stap zijn in de re-integratie. Soms echter ook niet, omwille van de feiten en eventuele slachtoffervoorwaarden, of omwille van de negatieve invloed van het sociaal netwerk op de geïnterneerde (misbruik, normloosheid, overvraging ...). Niet elk gezinssysteem is sterk genoeg om in te gaan tegen de wil van een geïnterneerd gezinslid. Bovendien is de zwakke gezinssituatie mogelijk één van de verklarende factoren voor het misdrijf. Daarom wordt er vaak geprobeerd om 'het gezin en de geïnterneerde tegen zichzelf en tegen elkaar te beschermen'. In het geval van reclassering naar de thuissituatie, zullen er wel gesprekken gevoerd worden met het gezin.

In de residentiële units is het *opbouwen van een ondersteunend sociaal netwerk* een belangrijke uitdaging. Geïnterneerden zijn vaak mensen die door vrienden en familie in de steek werden gelaten. In eerste instantie tracht men voeling te krijgen met de familie of vrienden. Men tracht bijvoorbeeld via contacten en gesprek de mogelijkheden en de wensen van familie en andere belangrijke personen beter te taxeren. Men vindt het belangrijk te luisteren naar het verhaal van deze mensen: wat zijn hun ervaringen met hun kind of familielid, wat zijn hun ontgoochelingen, wat hebben ze reeds geprobeerd en wat lukte wel of niet, wat wensen zij naar de toekomst toe? Het gezin heeft soms een onjuist beeld van wat er gebeurd is en/of ontkent soms de gepleegde feiten. Men gaat dan met de gezinsleden en de bewoners in gesprek over wat er in het verleden gebeurd is. Familie en vrienden worden zoveel als mogelijk betrokken bij de begeleiding van de geïnterneerde. Ze kunnen steeds contact opnemen voor uitleg over de begeleiding van de geïnterneerde en voor ondersteuning. Contacten met familie, kennissen en anderen worden gestimuleerd en ondersteund, bijvoorbeeld in de vorm van familiebezoek. Men gaat dan in overleg met familieleden om de onderlinge verwachtingen en wensen te verhelderen en om duidelijke afspraken te maken, bijvoorbeeld inzake 'beperkende' maatregelen tijdens het bezoek. Sommige families moeten

ondersteund worden om een minimale opvang van hun gezinslid te realiseren. Soms hebben zij immers het gevoel gefaald te hebben en durven zij de opvang van hun familielid niet meer aan. Als er geen contact meer is, probeert men dit te herstellen. De steunstructuur die de familie kan bieden, verhoogt immers de kans op resocialisatie en re-integratie. Toch is men zich ook hier bewust van de mogelijke negatieve invloed van het gezin op de geïnterneerde en/of van het feit dat sommige gezinnen niet sterk genoeg zijn om hun geïnterneerd familielid houvast en veiligheid te bieden. Soms wensen de familieleden ook geen contact meer met de geïnterneerde. Als dit het geval is, probeert men een nieuw sociaal netwerk op te bouwen, onder meer met vrijwilligers. Omwille van hun verleden, is het opbouwen van nieuwe sociale contacten voor de geïnterneerden echter geen sinecure.

Wat er mogelijk is op vlak van *seksualiteit*, is over het algemeen afhankelijk van de voorwaarden van de CBM. Bij geïnterneerden met een seksuele problematiek vraagt het omgaan met het thema seksualiteit bijzondere aandacht. De ambulante werkingen kampen op dit vlak bovendien met de beperkende en depriverende omgeving van de strafinrichting, die niet bevorderlijk is voor het ontwikkelen van gezonde seksuele relaties. De kwetsbaarheid van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap geeft nogal eens aanleiding tot onevenwichtige relaties en veel kortdurende relatie-arme seksualiteit. Men tracht hier begeleiding en ondersteuning voor te bieden.

Zowel in Limes als in Itinera is een relatie in het tehuis verboden. Bij geïnterneerden die reeds een relatie hebben buiten het tehuis, wordt er gekeken wat de meerwaarde is van deze relatie en wordt er geprobeerd om de partner te betrekken bij de begeleiding. De bewoners worden ondersteund in het op een aanvaardbare en kwaliteitsvolle manier beleven van hun relatie en seksualiteit.

In de ambulante projecten worden wel eens geïnterneerden begeleid die *minderjarige kinderen* hebben. Er wordt aan deze mensen opvoedingsondersteuning geboden door middel van vorming en, indien nodig, individuele begeleidingsmomenten. Soms is het werken aan de pedagogische vaardigheden echter niet de eerste zorg, aangezien het regelmatig gaat over geïnterneerden met seksuele delicten waarbij deze kinderen betrokken zijn geweest. De focus ligt bij hen daarom vooral op bescherming en op veilig omgaan met elkaar. Bij geïnterneerden met volwassen kinderen focust de begeleiding eerder op het herstellen en/of ondersteunen van de onderlinge contacten.

2.5.4 Autonomie en zelfbepaling

De autonomie en de zelfbepaling van de geïnterneerden wordt beperkt door de voorwaarden van de CBM. De gevangenisomgeving beperkt bovendien nog eens extra de mogelijkheden voor autonomie en zelfbepaling in de ambulante werkingen. Desondanks worden autonomie en zelfbepaling zoveel als mogelijk aangemoedigd. De verschillende projecten werken vanuit een *emancipatorisch kader*. De wijze waarop en de mate waarin men cliënten vrijheden biedt, keuzes laat maken, beslissingen laat nemen en invloed laat hebben op hun omgeving, is afhankelijk van de draagkracht en van de competenties van elke individuele geïnterneerde. Men bouwt de kansen tot zelfbepaling ook geleidelijk op, bijvoorbeeld in het besteden van het zakgeld, in het alleen naar buiten gaan etc.

Itinera biedt individueel of groepsgewijs een bepaald *vormingsprogramma* aan waarin de groei naar autonomie centraal staat. De instapgroep omvat vier sessies waarin besproken wordt wat internering is, welke ervaringen men had met politie en rechtbank, wat de gevolgen van de feiten zijn voor zichzelf en de omgeving, wat de gevolgen zijn voor het slachtoffer etc. Op het einde van deze sessies komt aan bod hoe de deelnemers hun toekomst zien op vlak van wonen, relaties, werken en vrije tijd. Vervolgens wordt een reeks van tien sessies 'Wie ben ik' aangeboden. Daarin leren de deelnemers zichzelf kennen: hun uiterlijk, hun belevingswereld, hun wensen en verwachtingen. Nadien komen vormingsactiviteiten aan bod betreffende emotionele vaardigheden, sociale vaardigheden, seksualiteit, en brede maatschappelijke thema's zoals budgettering, hygiëne, gezondheid, actualiteit.

2.6 Inschatten van en omgaan met gevaar- en risicosituaties

2.6.1 Bescherming van de maatschappij

In alle projecten wordt bijzonder veel aandacht besteed aan het inschatten van en het omgaan met gevaar- en risicosituaties. Daarbij wordt in eerste instantie gebruik gemaakt van het CBM-dossier dat een expliciete beoordeling omvat van de risico's. Iemand die pedoseksuele feiten gepleegd heeft, mag bijvoorbeeld niet in aanraking komen met kinderen. De voorwaarden van de CBM worden per geïnterneerde strikt opgevolgd in een goede communicatie met de justitieassistent. Soms wordt op termijn aan de CBM gevraagd om de individuele voorwaarden te wijzigen in functie van het huidige verblijf en/of verdere doorverwijzing (bv. deelname van een pedofiel aan bepaalde activiteiten).

In de ambulante werkingen wordt de veiligheid voornamelijk gegarandeerd door justitie maar dit wil niet zeggen dat de ambulante werkingen hier niet mee over nadenken. Zo krijgt in beide ambulante projecten de inschatting van gevaar- en risicosituaties een duidelijke plaats binnen het proces van individuele handelingsplanning. Indien gewenst, wordt voor de geïnterneerden in de gevangenis een bijkomende risicotaxatie aangevraagd in samenspraak met de psychosociale dienst (PSD). Ook observatiegegevens worden aanvullend gebruikt om de risico's accuraat in te schatten. In Ontgrendeld is daarbij sedert 2008 met het inschakelen van een seksuologe in het team bijzondere aandacht voor het risicomanagement bij deelnemers met een seksuele problematiek. Belangrijk hierbij is dat zorgverleners op een andere manier tegenover veiligheid staan dan justitieambtenaren. Ze willen kansen creëren voor de geïnterneerden, terwijl justitie eerder belang hecht aan de veiligheid van de gevangenis en de maatschappij. Bovendien hebben zorgverleners ook beroepsgeheim waardoor ze niet zomaar kunnen doorzeggen wat mensen hen in vertrouwen zeggen.

In A.B.A.G.G. maakt men wel eens een onderscheid tussen drie groepen op basis van het risico op herval en de ernst van het gepleegde delict. De low-riskgroep heeft een laag risico op herval of een risico op herval voor minder ernstige delicten. Voor hen wordt re-integratie in de reguliere gehandicapten- of geestelijke gezondheidszorg vooropgesteld als doel. Voor de medium-riskgroep opteert men voor (halfopen of gesloten) specifieke residentiële units als tussenstap voor een eventuele doorstroom

naar de gewone gehandicaptenzorg. Voor de high-riskgroep, die een grote kans heeft op herval en gekenmerkt wordt door een grote normloosheid en gevoelloosheid, is een blijvend verblijf in de justitiële context mogelijk onvermijdelijk.

Individuele incidenten en de eventuele aanpak daarvan worden besproken op de teamvergaderingen. Het begeleidingsteam neemt dan in samenspraak met de gevangenisdirectie de nodige maatregelen inzake veiligheid en gevaarsituaties. Dat kan resulteren in specifieke regimebepalingen voor bepaalde geïnterneerden binnen de gevangenis.

De residentiële units verschillen in de mate waarin ze als *open of gesloten* te typeren zijn. De opvang in Amanis heeft een meer of minder gesloten karakter. De woonsituatie wordt aangepast aan de individuele noden, rekening houdend met de voorwaarden van de CBM en het risico op herval. Dit laatste hoeft niet altijd te maken te hebben met het gepleegde delict (bijvoorbeeld bij iemand die veroordeeld is voor vandalisme maar problemen heeft met zelfcontrole op seksueel vlak). Er kan een open, een half-open en een gesloten opvang geboden worden door gebruik te maken van flexibele formules van groepswonen, individuele aanleunstudio's en individuele kameropvang. Men gebruikt een soort van getrapt sleutelsysteem, waardoor men zelf kan bepalen waar de persoon al dan niet kan komen. Limes en Itinera zijn *gesloten tehuizen*. In Limes zijn de meeste ruimtes in het huis op slot, inclusief de buitendeur. Ook in Itinera zijn de voor- en achterdeur gesloten. Het huis heeft een met een omheining afgesloten tuin. De overgang van de gevangenis, die een zeer beveiligde omgeving is, naar een zorgcontext waar te weinig begrenzing is, zou voor bepaalde geïnterneerden te groot zijn.

Risicotaxatie is een geïntegreerd onderdeel van de werking van de residentiële units. Op basis daarvan wordt de mate van vrijheden bepaald. Afhankelijk van de ingeschatte betrouwbaarheid en het risicogedrag krijgt de bewoner meer of minder speelruimte. De risicotaxatie wordt gebaseerd op observaties van de bewoners. In Limes wordt onder meer gebruik gemaakt van de SVR 20 (Sexual Violence Risk-schaal) en de HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management-schaal). Er is echter nood aan gestandaardiseerde instrumenten waarmee men gestructureerde inschattingen kan maken van de risico's en die aangepast zijn aan mensen met een verstandelijke beperking.

De residentiële units gaan zeer bewust om met *uitstappen*. In Limes gaat men bijvoorbeeld nooit met meer dan 5 personen per begeleider naar buiten. Wanneer drukke plaatsen bezocht worden, wordt dit aantal nog verminderd. Bij uitstappen wordt er voor iedere bewoner een checklist ingevuld om na te gaan of de bewoner op een veilige manier (zowel voor hem als voor anderen) mee naar buiten kan gaan. Wanneer iemand geagiteerd is, zal er beslist worden dat die bewoner niet meekan tot hij weer rustig is. Ook wanneer men reeds op uitstap is, keert men terug als iemand geagiteerd is of ongehoord gedrag stelt. Bij mensen met een seksuele problematiek gaat men na of de delicten gericht waren op kinderen of volwassenen en houdt men daarmee rekening bij de keuze van activiteiten.

De meeste projecten leggen er ook de nadruk op dat het werken aan participatie in de maatschappij *stapsgewijs* gebeurt. Vrijheden worden mondjesmaat toegekend:

Bv. familiebezoek onder begeleiding - familiebezoek alleen zonder overnachting - familiebezoek met overnachting

Bv. op het domein zelf werken – buiten het domein werken onder begeleiding – alleen werken buiten het domein

Als het gradueel toekennen van vrijheden niet werkt, wordt er getemporiseerd of gesanctioneerd. Het is immers de bedoeling dat de geïnterneerden niet meer naar de gevangenis moeten terugkeren en dat ze geen gevaar meer betekenen voor de maatschappij. De toegekende vrijheden zijn recht evenredig met de genomen verantwoordelijkheden door de bewoner. Men kan uiteraard niet elk risicogedrag vermijden. Incidenten vormen dan ook materiaal waarmee tijdens de *individuele begeleidingen of therapieën* verder gewerkt wordt met de bewoners.

2.6.2 Voor de geïnterneerden

In de gevangenis wordt er op verschillende manieren rekening gehouden met gevaaren risicosituaties voor de geïnterneerden zelf:

- de geïnterneerde wordt gewezen op veiligheidsmaatregelen (bijvoorbeeld veiligheidskledij en materiaalgebruik) bij bepaalde (extramurale) activiteiten;
- het personeel moet zich houden aan de huisregels die binnen de gevangenis gelden inzake materiaalgebruik bij de activiteiten. Zo wordt in de gevangenis een inventaris gemaakt van elk voorwerp dat potentieel gevaarlijk kan zijn;
- in de gevangenis van Merksplas is er een time-out ruimte beschikbaar voor het geval mensen de situatie niet meer aankunnen, in Gent is er een isoleercel en kunnen mensen in time-out gezet worden in hun cel;
- men tracht te voorkomen dat geïnterneerden in de gevangenis medicatie als betaal- of ruilmiddel gaan gebruiken;
- er zijn in beide ambulante projecten duidelijke procedures uitgewerkt voor het omgaan met vermoedens van misbruik van de geïnterneerde met een verstandelijke handicap.

Ook in de residentiële units worden er heel wat maatregelen getroffen naar de veiligheid van de geïnterneerden toe. Die worden meestal vastgelegd in *huisregels*.

Elke cliënt heeft een eigen kamer. Bewoners hebben een sleutel zodat ze hun kamer steeds kunnen afsluiten. In verschillende units zijn er afspraken rond het uur waarop de bewoners op hun kamer moeten zijn. Men mag in Limes nooit en in andere settings 's nachts of zonder toestemming niet op elkaars kamer komen. Ook sommige voorwerpen mogen niet mee op de kamer. Er worden, indien nodig, kamercontroles gedaan. In Limes en Itinera is er een bewegingsdetectiesysteem zodat de nachtwacht kan zien wie uit zijn kamer komt. Het personeel heeft een looper van alle kamers. In Itinera zijn er ook kijkgaten in de deuren van de slaapkamers. Die worden echter zelden gebruikt omdat men de privacy van de bewoners zoveel als mogelijk wil respecteren.

Men vermijdt in de units gevaarlijke voorwerpen zoals messen, scheermesjes, andere scherpe voorwerpen, aanstekers ... In Limes wordt het contact met medebewoners soms beperkt door iemand verplichte kamertijd te geven terwijl iemand anders deelneemt aan een groepsactiviteit. In Itinera is er tevens een alcoholverbod, en worden er regelmatig controles gehouden op alcohol- of druggebruik bij uitgangspemissies.

Ten slotte wordt er op een gerichte wijze omgegaan met *ernstig acting out gedrag*. In deze situaties is het belangrijk dat begeleiders de situatie onder controle krijgen en ieders veiligheid zo goed mogelijk garanderen. In A.B.A.G.G. / Amanis en Limes zij hiervoor specifieke aandachtspunten geformuleerd. Het is van belang dat begeleiders basisrust uitstralen en zelf geen agressie gebruiken. Tussenkomen kunnen zowel ondersteunend (bv. actief luisteren, oplossingen aanbieden, afleiding bieden, steunen, informeren) als directief (bv. duidelijke grenzen stellen, bijsturen, waarschuwen) van aard zijn. Bij acting-outgedrag moet soms time out voorzien worden: op de kamer (die al dan niet op slot gaat) of in een aparte time-out ruimte. Ook andere vrijheidsbeperkende maatregelen of sancties kunnen genomen worden. Na het gedrag is het steeds van belang om de rust en het contact met de persoon te herstellen. Soms is een crisisopname in een psychiatrische afdeling noodzakelijk en/of kan de persoon terug verwezen worden naar de strafinrichting voor een time-out. Tijdens het teamoverleg worden gevaar- en risicosituaties geanalyseerd om er eventueel op te kunnen inspelen. Men wil op die manier agressie-incidenten vermijden. Men gaat hierover ook in overleg met bewoners.

2.6.3 Voor het personeel

In de gevangnissen komt het personeel in principe niet tussen bij lichamelijke conflicten. Verwijdering wordt gedaan door de penitentiaire beambten. Het begeleidend personeel van Ontgrendeld en A.B.A.G.G. krijgt echter wel persoons- en teamgerichte veiligheidstechnieken aangeleerd en methodieken om met agressie en geweld om te gaan. Indien nodig krijgen begeleiders ook traumaopvang na traumatische incidenten.

In Amanis en in Limes wordt er geprobeerd om steeds met minimum twee personeelsleden op dienst te zijn. Voor Amanis is dit iets makkelijker dan voor Limes omdat Amanis werkt met personeel voor 30 bewoners in plaats van voor 10 bewoners waardoor er gemakkelijker met personeel kan worden geschoven. Het personeel van Itinera draagt drukknoppen. Als ze hierop drukken, komt er assistentie van Sint-Amandus en wordt er een soort van hulpprocedure in werking gezet.

2.7 Werkingsprincipes

We vinden in de diverse projecten veel gelijkaardige werkingsprincipes terug, maar ook een aantal accentverschillen inzake de principes die gehanteerd worden bij de concrete vormgeving van het hoger beschreven aanbod. We lichten kort de volgende principes toe: planmatig werken, gefaseerd werken, procedures, evenwicht tussen individueel en groepsgericht werken, inclusief werken, gestructureerde leefomgeving.

2.7.1 Planmatig werken

In alle projecten wordt zeer veel nadruk gelegd op een *brede en genuanceerde beeldvorming* van de geïnterneerde met een (verstandelijke) handicap. Er wordt veel geïnvesteerd in het accuraat in kaart brengen van de mogelijkheden en de beperkingen van de geïnterneerde op alle levensdomeinen. Een goede beeldvorming vormt immers de basis voor een goed handelingsplan in de huidige setting, en voor het zoeken van aangepaste ondersteuning voor de toekomst. De beeldvorming gebeurt op basis van het deskundig verslag, achtergrondgegevens, observaties van begeleiders, diagnostische informatie uit tests en/of vragenlijsten, vroegere multidisciplinaire verslagen etc.

Alle projecten maken gebruik van *individuele handelingsplannen* (IHP). Na enkele weken of maanden wordt er een basishandelingsplan opgesteld, dat vervolgens regelmatig opgevolgd en bijgestuurd wordt. Het handelingsplan wordt grotendeels gebaseerd op de beschikbare beeldvorming en op observaties tijdens de begeleiding. Het omvat de doelstellingen die voor een individuele cliënt vooropgesteld worden, de strategieën waarmee men deze doelstellingen tracht te realiseren en concrete handelingsafspraken. Het opmaken, opvolgen en evalueren van het individuele handelingsplan gebeurt in elk centrum op (multidisciplinaire) overlegmomenten waarop alle betrokkenen bij de cliënt aanwezig zijn.

2.7.2 Gefaseerd en trajectmatig werken

In alle projecten wordt op een of andere manier *gefaseerd* gewerkt. De concrete wijze waarop dit gebeurt en de mate waarin, verschillen wat van project tot project.

In het ambulante project Ontgrendeld ziet het traject van een deelnemer er als volgt uit:

- aanmelding, kennismaking, informatieverzameling, bespreking op teamvergadering
- 1^e fase: weekprogramma enkel intramuraal
- opstellen handelingsplan
- 2^e fase: intra- en extramuraal aanbod

Afhankelijk van de toelating van de CBM en PSD wordt vanaf de eerste fase voor elke deelnemer een re-integratietraject opgestart door de sociale dienst, de ortho-agoog en andere betrokkenen. Intakegesprekken en bezoeken aan andere voorzieningen worden daarbij begeleid. Wanneer geïnterneerden doorstromen naar andere settings, wordt ook nazorg voorzien.

Ook in Limes gebeurt de begeleiding in verschillende fasen, zodat het risico op herval zo klein mogelijk gehouden wordt:

- 1^e fase: alle activiteiten in deze fase gebeuren onder toezicht van de begeleiding. Na de nodige observatie en samen met de vermindering van het risicogedrag wordt het toezicht gradueel afgebouwd. Dit gebeurt zeer individueel, rekening

houdend met het tempo van de bewoner. De eerste fase die moet bereikt worden is deze van 'rust en veiligheid'.

- 2^e fase (vaak na 1 tot 1,5 jaar): leren vertrouwen in zichzelf en in de begeleiding
- 3^e fase: confrontatie met zichzelf, met de gepleegde feiten, met de buitenwereld
- 4^e fase: heroriëntatie
- 5^e fase: nazorg

Er wordt in Limes gewerkt met resocialisatieplannen. Daarin worden de stappen omschreven die nodig zijn vooraleer de persoon kan re-integreren in de samenleving. Op regelmatige tijdstippen wordt geëvalueerd of een bewoner bewezen heeft dat hij een bepaalde stap succesvol afgerond heeft en de toegewezen verantwoordelijkheid opgenomen heeft, en dan wordt overgegaan naar een volgende stap. Is de bewoner hier nog niet klaar voor, dan wordt dezelfde stap wat langer aangehouden of wordt zelfs teruggegaan naar een vorige stap.

In Itinera worden 7 fases gehanteerd:

- fase 0 (week 1-8): observatiefase, er zijn geen individuele vrijheden, alles gebeurt in aanwezigheid van begeleiders.
- fase 1 (week 9-16): de cliënt mag ½ uur individueel op de campus Sint-Amandus doorbrengen, 2 keer per week en in het weekend. Inschrijving in een register is nodig.
- fase 2 (week 17-24): de cliënt mag 1 uur individueel op de campus Sint-Amandus doorbrengen, 2 keer per week en in het weekend. Hij brengt maximaal 8 uur door onder begeleiding van een bekende derde.
- fase 3 (week 25-33): de cliënt mag 2 uur individueel doorbrengen, 3 keer per week en in het weekend. Er is 1 overnachting mogelijk tijdens het weekend onder begeleiding van een bekende derde.
- fase 4 (week 34-66): het accent in deze fase ligt op uitbreiding van de individuele vrijheden, waarbij gepoogd wordt optimaal beroep te doen op de verantwoordelijkheid van de cliënt en zijn omgeving. Bv. grotere financiële vrijheid, deelname aan activiteiten buitenshuis, stage of opleiding volgen bij bedrijven, uitstappen. Deze fase duurt minstens 6 maanden.
- fase 5 (week 60 of na 14 maanden): er wordt toekomstgericht gewerkt op vlak van wonen en werken. Ook deze fase duurt minstens 6 maanden
- fase 6 (na 20 maanden): men streeft naar doorstroom van de cliënt naar een andere woon- en/of werksituatie.

Noch in Limes noch in Itinera worden deze fasen echter zeer strikt toegepast.

2.7.3 Procedures

In de context van de kwaliteitszorg werden in de verschillende projecten diverse procedures uitgewerkt, onder meer over:

- de opstart en de beëindiging van de dienstverlening
- de handelingsplanning
- de aanpak van risico- en gevaarsituaties
- de aanpak bij vermoedens van misbruik of geweld ten aanzien van de deelnemers
- vrijheidsbeperkende maatregelen
- inspraak en participatie (individueel en in groep).
- vluchtgedrag
- uitgaansplanning

Er werden door de projecten verschillende visieteksten uitgewerkt, onder meer over:

- omgaan met probleemgedrag
- relaties en seksualiteit
- inspraak en participatie.

2.7.4 Evenwicht tussen individueel en groepsgericht werken

In alle projecten streeft men naar een evenwicht tussen het individueel werken en het groepsgericht werken. Individuele activiteiten en begeleidingen worden steeds gecombineerd met groepsgerichte activiteiten en begeleidingsvormen. Toch verschillen de werkingen op dit punt ook van elkaar. Wat de ambulante projecten betreft, legt Ontgrendeld iets meer accent op individuele activiteiten en begeleidingen, terwijl A.B.A.G.G. een grote nadruk legt op de leefgroepwerking waarin een therapeutisch leefklimaat kan gerealiseerd worden. In alle projecten vertrekt men evenwel van de individuele noden en wensen van de verschillende cliënten.

2.7.5 Inclusief werken

In alle projecten staat voorop dat men de geïnterneerden nieuwe kansen wil geven op participatie in de samenleving. Men gaat heel duidelijk op zoek naar mogelijkheden om geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap te laten deelnemen aan vrijetijds- en werkactiviteiten in de samenleving. Dit gaat uiteraard hand in hand met het zoeken naar een aangepaste en specifieke benadering. Desondanks verschillen de projecten in de mate waarin ze het accent leggen op inclusief werken. Uit de gesprekken en bezoeken bleek het inclusief werken het meest uitgesproken in de werkingen van Ontgrendeld en Itinera. In de andere projecten wordt een iets meer 'beschermend' aanbod gerealiseerd dat specifiek is voor de doelgroep en veelal op het terrein van de voorziening plaatsvindt.

2.7.6 Structuur

De leefomgeving wordt in alle projecten duidelijk gestructureerd. Het zorgen voor een duidelijke structuur en welomschreven verwachtingen biedt houvast en op deze manier ook een gevoel van veiligheid aan de geïnterneerden. Zo heeft iedere werking duidelijke huisregels en afspraken waaraan de geïnterneerden zich moeten houden. De tijdsstructuur wordt duidelijk gemaakt door middel van o.a. een vaste dagstructuur en een individueel weekprogramma met de activiteiten waaraan de geïnterneerde deelneemt. In vele projecten wordt dagelijks of wekelijks een moment van planning en evaluatie van het programma ingebouwd. Afspraken en planningen worden vaak gevisualiseerd. Zo hangt er in Itinera bijvoorbeeld een groot fasenbord waarop duidelijk wordt gemaakt welke vrijheden de geïnterneerden hebben. De projecten werken met activiteitenborden, takenborden, borden met aanduiding van de dienstregeling van het personeel, zakagenda's, pictogrammen etc.

2.7.7 Inspraak en participatie

In alle projecten wordt aandacht besteed aan inspraak en participatie. Dit gebeurt op individueel niveau (zie zelfbepaling en autonomie), maar ook op groepsniveau. Zo zijn er regelmatig groeps- of bewonersvergaderingen en gebruikersraden waarin de cliënten o.a. hun wensen, klachten en noden kenbaar kunnen maken. In het kader van de kwaliteitszorg gebeuren ook individuele en collectieve tevredenheidsbevragingen.

3 Organisatie

3.1 Personeel

De invulling van de personeelsomkadering is zeer vergelijkbaar tussen de projecten. Ieder project heeft een vrij uitgebreid team van directe begeleiders, bestaande uit 4 à 9 mensen. Over het algemeen worden mensen met verschillende opleidingen aangenomen als begeleider (bv. graduaat orthopedagogie, therapeuten, psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers). Op deze manier kan er interdisciplinair gewerkt worden en kan er aandacht geschonken worden aan verschillende facetten van de geïnterneerden. In Itinera werken alle begeleiders in een 24-uursysteem met een beurtwisseling waarin ze zowel overdag als 's nachts en in het weekend werken. Limes en Amanis werken met mensen die specifiek de nachtbewaking doen.

Dit team van begeleiders wordt ondersteund door stafmedewerkers. Meestal is er een coördinator, die de algemene opvolging en coördinatie van de werking op zich neemt. Een ortho-agoog/psycholoog is verantwoordelijk voor het agogische aanbod, de handelingsplanning en het uitstippelen van het re-integratietraject. In sommige projecten is er een psychiater in het team opgenomen en in sommige ook een maatschappelijk werker. Die laatste staat onder meer in voor de dossiervorming, de voorbereiding van de opname en/of het vertrek van de geïnterneerde, contacten met het gezin etc.

In alle projecten zijn er uiteraard ook logistieke (o.a. poetsdienst, technische dienst, vervoer) en administratief-technische functies.

Naast de gelijkenissen in de invulling van de personeelsomkadering, worden er in de projecten toch ook specifieke accenten gelegd. In A.B.A.G.G. is bijvoorbeeld een psychologisch assistent werkzaam voor het uitvoeren van de diagnostiek. In Ontgrendeld werd een seksuologe aangenomen voor de therapeutische opvolging van mensen met seksuele problematiek.

3.2 Overlegmomenten

In alle projecten wordt wekelijks of tweewekelijks *teamoverleg* georganiseerd met het volledige team. In dat overleg komen zowel praktische als inhoudelijke punten aan de orde. Ook het opvolgen van de bewoners en het opmaken en evalueren van de individuele handelingsplannen zijn een belangrijk onderdeel van het overleg. In diverse projecten bestaan daarnaast eerder *beleidsgerichte overlegstructuren*.

De ambulante projecten werken binnen de strafinrichting samen met *verschillende andere diensten die actief zijn binnen de gevangenis*: o.a. de penitentiaire beambten, de psychosociale dienst, de CBM, de psychiater, Justitieel Welzijnswerk (JWW), de medische dienst, vormingsorganisatie, VDAB, tweedekansonderwijs ... Nieuw in de gevangissen zijn de *zorgteams*, waarin alle betrokkenen bij de psychosociale opvang van de geïnterneerden (begeleiders, maatschappelijk werkers, psychiaters, verpleegkundigen, therapeuten) regelmatig overleg plegen. Daarnaast is er de psychosociale dienst, die haar zorgaanbod richt op alle gedetineerden met een psychiatrische of psychische problematiek.

Daarnaast zijn er ook meer beleidsgerichte overlegstructuren. Ontgrendeld, het zorgteam en het JWW hebben driemaandelijks overleg in het structureel overlegplatform. Er wordt ook overleg gepleegd rond knelpuntendossiers in aanwezigheid van de CBM-voorzitter en de directie van de gevangenis. Beide projecten hebben daarnaast overleg in het kader van het Strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, met vertegenwoordigers van de gevangenis en beleidsmedewerkers van de Vlaamse gemeenschap.

3.3 Breder netwerk

De ambulante projecten hebben contact met verschillende diensten buiten de strafinrichting in functie van het realiseren van hun activiteitenaanbod. Zo heeft Ontgrendeld contact met daderhulp en met allerlei diensten en verenigingen met wie werkprojecten opgezet worden. Daarnaast hebben de ambulante projecten contacten met andere diensten en voorzieningen in het kader van de reclassering. Het gaat dan om de residentiële units binnen het VAPH die het doelpubliek opvangen (Itinera, Limes, Amanis), maar ook om psychiatrische afdelingen (bv. PZ Sint-Lucia voor zwakbegaafde seksuele delinquenten, forensische afdelingen).

De residentiële units hebben over het algemeen weinig contacten met de *gevangenis*. Voorafgaand aan de opname van de geïnterneerden door de residentiële centra zijn er wel contacten met de gevangenis. De werkingen A.B.A.G.G. en Ontgrendeld spelen hierbij een belangrijke rol in de selectie van welke geïnterneerden best residentieel worden opgenomen. Na de opname van een geïnterneerde, verlopen de contacten met justitie voornamelijk via de CBM en via de justitieassistent. Ook voor bijvoorbeeld een time-out zijn er soms contacten met de gevangenis.

Hoewel de drie residentiële units een eigen personeelsomkadering hebben, wordt er vaak een beroep gedaan op het personeel of de diensten van het *psychiatrisch centrum* waarbinnen men gesitueerd is, en/of op het breder geheel waartoe men behoort. Zo kan Amanis beroep doen op 't Zwart Goor voor logistieke en administratieve ondersteuning en voor beleidsomkadering. Limes kan voor verschillende zaken terugvallen op afdelingen van het psychiatrisch centrum Ziekeren: algemene expertise inzake psychiatrische problematieken, specifieke expertise rond seksuele problematieken, assistentie in het geval van agressie, praktische ondersteuning, beleidsoverleg etc. Ze kunnen bewoners voor een therapeutische time-out ook verwijzen naar het OPZ Rekem. Itinera doet beroep op bepaalde diensten van het psychiatrisch centrum Sint-Amandus (bv. werk, vrije tijd), schakelt bepaalde vormen van expertise in, kan gebruik maken van de therapeutische time-out ruimte en werkt ook samen rond bepaalde interventies. Het administratief en technisch personeel komt uit Sint-Idesbald.

Net als de ambulante projecten hebben ook de residentiële units contacten met externen voor het realiseren van hun activiteitenaanbod. Men heeft contacten met het *bedrijfs- en verenigingsleven en/of met sociale tewerkstellingsinitiatieven* in het kader van opleiding, stage, werk of vrije tijd. Daarnaast kunnen de bewoners uit de projecten terecht bij (*para-)medische en andere specialisten buitenshuis* (bv. huisarts, oogarts, tandarts, pedicure, diëtiste, kinesist ...).

Jaarlijks is er een overlegmoment met alle VAPH-projecten voor geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap.

4 Knelpunten

We vroegen aan de projecten welke knelpunten zij ervaren in hun werking. We ordenen de aangegeven knelpunten als volgt: financiële omkadering, specifieke expertise, infrastructuur, regelgeving VAPH, samenwerking tussen justitie, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, capaciteitsproblemen, en problemen met de doorstroom.

4.1 Financiële omkadering

De ambulante projecten ervaren een tekort aan personele middelen. Beide projecten begeleiden veel meer geïnterneerden dan het aantal waarvoor ze erkend worden. Met de 16 erkende plaatsen begeleiden ze dagelijks ongeveer 30 cliënten in de gevangenis van Gent en ongeveer 70 cliënten in de gevangenis van Merksplas. Er wordt dus een beperkt aantal middelen verdeeld over vele geïnterneerden. A.B.A.G.G. biedt een aan-

bod aan de geïnterneerden van zeven uur 's morgens tot acht uur 's avonds en op zaterdag en zondag. Dit gebeurt vanuit een erkenning als 'dagcentrum' dat normaal open is van maandag tot vrijdag van negen uur tot vier uur. Daarnaast geeft Ontgrendeld aan dat het toegekende bedrag niet toelaat om mensen met een redelijke ancienniteit aan te werven, aangezien er geen variabel loongedeelte is. De inzetbare middelen dalen dus naarmate het huidig personeel langer in dienst is.

De residentiële projecten hebben verschillende meningen over de vraag of de personele omkadering volstaat om de cliëntengroep op te vangen. In Limes wordt een tekort ervaren. De psycholoog en de coördinator moeten regelmatig inspringen bij personeelswijzigingen of -problemen, waardoor er minder tijd is voor individuele begeleiding. Itinera geeft aan dat er voldoende personeel is, maar dat er structurele problemen zouden ontstaan in de werking als er minder personeel zou zijn. Ook Amanis ervaart een tekort aan personeel, maar omdat zij groter is (erkenning tehuis niet werkenden voor 30 personen), kan er meer met personeel geschoven worden en kan de back-up voor veiligheid gemakkelijker georganiseerd worden. Schaalgrootte heeft op dit vlak een voordeel.

4.2 Specifieke expertise

De verschillende projecten geven aan dat zij al heel wat investeren in *vorming en interne bijscholing* van hun personeel, maar dat er op dat vlak ook nog grote noden zijn. Sommigen ervaren een gebrek aan aanbod en literatuur; anderen menen dat er onvoldoende tijd, ruimte en financiële mogelijkheden zijn om een degelijk vormingsbeleid te kunnen uitwerken. De vormingsnoden liggen op vlak van thema's als forensische psychiatrie, behandeling van seksuele delinquenten, psychotherapeutische scholing etc.

4.3 Infrastructuur

De infrastructuur voor de ambulante projecten wordt verschaft door justitie. De gebouwen en de uitrusting ervan zijn dus in het beheer van de gevangenis. Ontgrendeld geeft als knelpunt aan dat de geïnterneerden in dezelfde cellen verblijven als de niet-geïnterneerden. Er is ook een tekort aan ruimte voor zowel individuele begeleidingen als voor activiteiten in groep. In Merksplas zijn er plannen voor een nieuw aangepast gebouw voor de geïnterneerden met een verstandelijke handicap.

De residentiële diensten hebben accommodatie op het domein van een psychiatrisch centrum. De infrastructuur van Itinera is goed, met grote ruimtes en 10 individuele kamers met sanitair. Amanis en Limes hebben plannen voor een nieuwbouw, omdat de huidige accommodatie niet voldoet. Limes bevindt zich momenteel in een gebouw van Ziekeren, dat onvoldoende aangepast is aan de doelgroep. Men ervaart bijvoorbeeld de nood aan een time-out ruimte, meer gespreks- en bezoekeruimtes ook los van de leefgroep, individuele kamers met eigen sanitair, bureauimte voor de coördinator. Amanis geeft aan dat de VIPA-middelen (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden) zwaar ontoereikend zijn om een aangepaste infra-

structuur te kunnen realiseren, onder meer door het grote belang dat gehecht wordt aan de veiligheidsvoorwaarden.

4.4 Regelgeving VAPH

Het VAPH specificeert welke doelgroep kan opgevangen worden in de ambulante en residentiële projecten. Cliënten moeten minstens aan de volgende voorwaarden voldoen: het onderworpen zijn aan een interneringsmaatregel, het verblijven in de gevangenis (bij aanmelding voor de residentiële projecten), het hebben van een verstandelijke handicap en het ingeschreven en erkend zijn door het VAPH. Op verschillende van die punten rijzen er moeilijkheden.

Vooreerst wijzen verschillende projecten op problemen inzake de *erkenning van de doelgroep in het VAPH*. Verschillende kandidaten die geschikt lijken voor begeleiding en/of voor opname, hebben geen toegangsticket voor het VAPH of hebben geen ticket 'tehuis niet werkenden' voor opname in de residentiële units. Bovendien krijgen bepaalde mensen slechts een tijdelijke erkenning tehuis niet-werkenden. De erkenning loopt dan soms ten einde alvorens de begeleiding is stopgezet.

Daarnaast kunnen *enkel geïnterneerden* begeleid worden, maar vallen de gedetineerden van wie de zaak nog dient voor te komen, beklaagden, personen die in voorarrest zitten ... en bij wie een handicap duidelijk aanwezig is, uit de boot.

De projecten hebben een erkenning voor *verstandelijk gehandicapte geïnterneerden*. Ze worden echter meer en meer geconfronteerd met geïnterneerden met een niet-aangeboren hersenletsel, of met mensen met een autismespectrumstoornis.

Begeleiding vanuit een tehuis niet-werkenden is *niet compatibel* met vormen van reguliere arbeid. Sommige geïnterneerden komen op grond van hun mogelijkheden in aanmerking voor regulier werk, maar mogen dit niet vanuit de regelgeving van een tehuis niet-werkenden. Men moet dan creatieve oplossingen zoeken, zoals de cliënt een VDAB-cursus laten volgen of als vrijwilliger laten werken of stage laten lopen. Het zou zinvol zijn naar de re-integratie toe als de bewoners wel zouden mogen gaan werken. Momenteel wordt voor twee bewoners een uitzondering gevraagd aan de administratie van het VAPH om een individueel arbeidstraject te volgen.

4.5 Samenwerking tussen justitie, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg

De zorg voor geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap bevindt zich op het kruispunt tussen justitie, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Verschillende projecten wijzen op het *gebrek aan samenwerking tussen deze sectoren op beleidsniveau*. Vooreerst is gehandicaptenzorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg een Vlaamse bevoegdheid, terwijl justitie en residentiële geestelijke gezondheidszorg federale bevoegdheden zijn. Dat bemoeilijkt al de afstemming. Door de moeizame samenwerking tussen deze drie beleidssectoren raken de geïnterneerden tussen wal en schip. Een belangrijk probleem is het wegschuiven van verantwoordelijkheden. Er blijven discussies over de verantwoordelijkheden van een bepaalde sec-

tor voor doelgroepen met complexe problemen, bijvoorbeeld dient het VAPH dan wel Volksgezondheid in te staan voor personen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedrags- en/of psychische problemen?

Op de werkvloer worden wel degelijk inspanningen geleverd om de samenwerking gestalte te geven. Volgens Ontgrendeld is er binnen de gevangenis wel samenwerking tussen de gehandicaptenzorg en justitie via het recent opgestarte zorgteam maar is de geestelijke gezondheidszorg daarbij afwezig. De zorgteams deden pas vanaf 2008 hun intrede, ze zullen wellicht pas in 2009 ten volle operationeel zijn.

De versnippering van bevoegdheden en verantwoordelijkheden leidt ook tot een hogere vergaderlast.

4.6 Capaciteitsproblemen

De projecten voor geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap van het VAPH kunnen veel minder personen begeleiden of opvangen dan dat er vragen zijn. Verschillende residentiële units hebben lange wachtlijsten.

4.7 Instroom en doorstroom

De projecten wijzen op de grote nood binnen de gehandicaptenzorg aan settings die de specifieke groep van mensen met een (verstandelijke) handicap en ernstige gedrags- en psychische problemen willen opvangen. Er is nood aan een preventief beleid op dit vlak. Er moet flexibel kunnen worden opgetreden en mensen moeten snel kunnen worden opgenomen als dat nodig is. Zo kan men vermijden dat mensen pas begeleid kunnen worden nadat ze een delict gepleegd hebben.

Zowel de ambulante als twee van de drie residentiële projecten zijn erop gericht om de geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap te laten doorstromen naar meer geëigende en blijvende opvangvormen. De projecten ervaren duidelijk moeilijkheden bij het realiseren van deze doelstelling. Enerzijds omwille van de beperkte beschikbaarheid en de lange wachtlijsten in het aanbod van zorg en ondersteuning voor mensen met een (verstandelijke) handicap. Daarnaast is er een gebrek aan geschikte gespecialiseerde settings die voldoende veiligheids garanties kunnen bieden om de geïnterneerde op te vangen. Zo is het bijvoorbeeld zeer moeilijk om een gepaste therapeutische setting te vinden voor mensen met een dubbele diagnose, zoals een verstandelijke handicap én een seksuele problematiek of een verstandelijke handicap én een verslavingsproblematiek. De residentiële units ervaren ook een beperkte bereidheid van 'reguliere' diensten en voorzieningen binnen de gehandicaptenzorg om de betreffende doelgroep op te vangen. Itinera voorziet een contract met een mogelijke terugkeer tijdens de proefperiode van 6 maanden, om de drempel wat te verlagen.

HOOFDSTUK 4

EEN ANALYSE VAN DE VAKLITERATUUR

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van een analyse van de recente vakliteratuur met betrekking tot de aanpak van delinquenten met een verstandelijke handicap. Op basis van deze analyse die vooral betrekking had op publicaties van het laatste decennium, stellen we vast dat anno 2009 nagenoeg alle aandacht uitgaat naar het effect van therapeutische interventies bij verstandelijk gehandicapte delinquenten - uitzondering gemaakt voor enkele diagnostische studies die het profiel van de verstandelijke gehandicapte zedendelinquent in kaart brengen - en dat binnen deze therapeutische vraagstelling de aandacht volledig wordt toegespitst op het effect van gedragsmatige en cognitief geïnspireerde interventiemodellen. Een en ander loopt parallel met de sterke ontwikkeling van de cognitief geïnspireerde criminologische psychologie (Goethals, 2007). De eerder agogische aanpak die de Vlaamse aanpak kenmerkt, en die in het voorgaande hoofdstuk werd beschreven, is in de moderne vakliteratuur totaal afwezig. Onderstaande bespreking is mede gebaseerd op het literatuuronderzoek en verslag van Nele Van Damme, studente Master Pedagogische Wetenschappen aan de K.U.Leuven (2008).

De screening van de vakliteratuur maakt inderdaad snel duidelijk dat (cognitieve) gedragstherapie – naast farmacologische therapie – de meest bestudeerde therapievorm is. In een evaluatie van *habilitation*programma's voor verstandelijke gehandicapte delinquenten concludeerden Gardner et al. in 1998 nog dat er te weinig empirische data aanwezig waren om een specifiek model of aanpak aan te wijzen als *best practice* voor verstandelijk gehandicapte delinquenten. Op basis van een overzicht van een beperkt aantal programma's aangeboden aan delinquenten in diverse settings (voorarrest, gevangenissen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, ambulante behandeling in de gemeenschap, ...) concludeerden zij dat om succesvol te zijn behandelingsprogramma's zich moeten richten op twee reeksen factoren. Een eerste reeks factoren betreft persoonlijkheidskarakteristieken die direct samenhangen met criminaliteit: (a) een gebrekkig inzicht in de aard en de gevolgen van het gedrag; (b) een gebrekkige impulscontrole in geval van intense arousal (angst, woede); (c) een gebrek aan geïnterioriseerde inhibities in het geval men door 'peers' meegelokt wordt in de criminaliteit; (d) een laag zelfwaardegevoel; (e) beperkingen in de geïnterioriseerde morele gedragsregels; (f) een gebrek aan vaardigheden om assertief weerstand te bieden aan beïnvloeding door derden; (g) een gebrek aan conflictoplossende vaardigheden, (h) een gebrek aan vaardigheden om zichzelf als verantwoordelijk te zien voor zijn gedrag; en (i) andere persoonlijke factoren die verband houden met een gebrek aan socialisatie. In geval de verstandelijke handicap bovendien gepaard gaat met een psychiatrische stoornis dient ook deze aandoening onderwerp te vormen van (farmacologische) behandeling. Een tweede groep factoren waarop de aanpak zich moet richten heeft een indirect effect op delinquentie. Het betreft de vaardigheden die nodig zijn om op een sociale wijze te leven in de gemeenschap (community survival skills) op sociaal, beroepsmatig, economisch, interpersoonlijk, en vrijetijdsgebied.

Recentere publicaties leggen eerder nadruk op cognitieve (gedrags)therapieën. Cognitieve (gedrags)therapie stelt zich tot doel gedrags- en emotionele problemen die een adequaat functioneren bemoeilijken of onmogelijk maken te verlichten via het inwerken op een aantal perceptuele en cognitieve disfunctionele inzichten en processen. Uitgangspunt is dat problemen met geestelijke gezondheid en onaangepast gedrag veroorzaakt worden door foute cognitieve schema's, opvattingen, attributies, percepties, geheugen- en andere cognitieve processen. Via een reeks technieken zoals het werken aan ontkenning, het aantonen van het ongepaste van bepaalde opvattingen, cognitieve herstructurering, het vervangen van inadequate cognities door adequate inzichten, motivatiebevordering, het opsporen van signalen van herval, het ontwikkelen van empathie ten overstaan van het slachtoffer, het inwerken op deviante fantasieën, en Socratische interviewing probeert men aan het inadequaat functioneren te remediëren (Lakey, 1994; Sturmey, 2004). Vaak worden deze technieken gecombineerd met relaxatietherapie, contingentmanagement en training van sociale vaardigheden uit het arsenaal van de gedragstherapie.

Lange tijd is men ervan uitgegaan dat een verstandelijke handicap cognitieve therapie onmogelijk maakte. Cognitieve therapieën veronderstellen immers o.m. verbale vaardigheden, de capaciteit om accuraat denkbeelden en emoties te kunnen weergeven, de vaardigheid om informatie te kunnen afwegen, de capaciteit om accuraat informatie uit het geheugen te kunnen halen, abstract redeneren, probleemoplossend vermogen, planningsvaardigheden, verbeelding en het vermogen om de emotionele toestand van anderen in te schatten. Het zijn vaardigheden die bij mensen met een verstandelijke handicap aangetast of weinig ontwikkeld kunnen zijn (Sturmey, 2004). De publicatie van het boek *Cognitive-Behaviour Therapy for people with learning disabilities* (Stenfert-Kroese, 1998) toonde echter aan dat deze vorm van therapie wel degelijk kan worden toegepast bij trainingen voor geweldbeheersing, zelfbeheersing, depressie en probleemoplossing (Sturmey, 2004). Of cognitieve therapie ook écht werkzaam is bij specifieke groepen van delinquenten met een verstandelijke handicap (seksuele delinquenten, geweldsdelinquenten) is minder duidelijk.

1 Behandeling van seksuele delinquenten met een verstandelijke handicap

In een aantal studies worden de kenmerken van seksuele delinquenten met een verstandelijke handicap beschreven (vb. Day, 1994; Lindsay et al., 2001, 2002; Gilby et al., 1989; Blanchard et al., 1999). Volgens deze bronnen zouden deze delinquenten overwegend afkomstig zijn uit chaotische, gewelddadige en verwaarlozende gezinnen met ouders die zelf een crimineel verleden hebben. Deze delinquenten vertonen vaak andere vormen van risicovol en delinquent gedrag zoals agressie en andere niet seksuele delictvormen; ze werden vaak zelf slachtoffer van seksueel misbruik en lijden aan psychische stoornissen. Hun recidivekans ligt erg hoog: tussen 41% na twee jaar follow-up tot 72% na 10 jaar follow-up. Zij vertonen cognitieve distorties m.b.t. hun afwijkend gedrag, en hebben in vergelijking met seksuele delinquenten zonder verstandelijk handicap vaker volwassen en mannelijke slachtoffers (vaak verstandelijk gehandicapte 'lotgenoten'). Ze zouden ook meer 'gelegenheidsdelinquenten' zijn, en

dus minder gespecialiseerd dan zedendelinquenten zonder verstandelijke handicap. Murrey et al. (1999) suggereert ten slotte dat ze ook minder gewelddadig zouden zijn en minder vaak voltooide seksuele delicten (penetratie) plegen.

Andere auteurs hebben de effecten van een cognitieve (gedrags)therapeutische aanpak van deze delinquenten beschreven. In een reeks studies hebben Lindsay et al. (1998a, 1998b, 1999) het effect van cognitieve gedragstherapie bij zedendelinquenten aangetoond. In een eerste studie (Lindsay, Marshall et al., 1998) bestudeerden zij het effect van cognitieve therapie op vier exhibitionisten. Tijdens de therapie werd ingegaan op ontkenning, op het nemen van verantwoordelijkheid voor het gebeuren, op het leren aanvaarden dat het delict met opzet gepleegd was, op de betekenis voor het slachtoffer, en op gedragsvormen die typisch zijn voor exhibitionisten (vb. wandelen in een park). De therapie vond groepsgewijze plaats, eenmaal per week gedurende 2.30 uur. Elke sessie bood ruimte voor een gesprek over algemene gebeurtenissen, een informeel moment en het aanleren en oefenen van specifieke technieken, zoals probleemoplossende vaardigheden. Cognities werden onderverdeeld in drie groepen: cognities die exhibitionisme vergoelijken en als schadeloos voorstellen, cognities die inhouden dat vrouwen liegen over dergelijk gedrag omdat het leidt tot seksuele arousal, en cognities die de verantwoordelijkheid voor het gebeuren bij de vrouw leggen. Metingen van deze cognities werden verricht voor de start van de therapie, tijdens de therapie en gedurende jaren erna. De auteurs stelden vast dat cognitieve therapie de criminele cognities deed afnemen: vooral de cognities uit de eerste groep werden positief beïnvloed. De opvattingen dat vrouwen zelf verantwoordelijk zijn voor dit soort gedrag, en dat ze er geen schade van ondervinden bleken het moeilijkst om te veranderen. In een andere studie uit 1998 (Lindsay & Smith, 1998) vergeleken ze de effectiviteit van een eenjarig en een tweejarig behandelingsprogramma voor verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten die door de rechtbank voor behandeling waren doorverwezen. Wie aan het eenjarig behandelingsprogramma participeerde bleef cognities vertonen consistent met het delict, zoals ontkenning en het minimaliseren van de eigen verantwoordelijkheid. Zij toonden minder effect van de behandeling en meer recidive dan participanten die twee jaar behandeling hadden gevolgd. De auteurs concludeerden uit deze studies dat minimaal twee jaar behandeling vereist zijn om positieve effecten te bereiken. In 1999 publiceerden ze opnieuw over een gelijkwaardige therapie met vier adolescente zedendelinquenten met een verstandelijke handicap (Lindsay, Olley et al., 1999). Drie van de vier deelnemers volgden de therapie ambulantly. Deze therapie focuste weer op het wegnemen van ontkenning (van daderschap, van verantwoordelijkheid, van opzet, van schade), dus op denkfouten en cognities consistent met het delict. De therapie was verplicht, en nadruk werd gelegd op confidentialiteit. Gewerkt werd aan de motivatie tot verandering en het aanleren van vaardigheden. De therapie resulteerde na zes maanden in een gedeeltelijke aanpassing van bepaalde cognitieve distorties en in een partiële reductie van ontkenning. Verdere therapie resulteerde in een nog sterkere reductie van de cognities consistent met het delict na twaalf maanden, en in de loop van een tweede behandelingsjaar, zij het dat het verloop verschilde tussen de participanten. Vier jaar na het einde van de therapie had geen enkele participant gerecidiveerd. Verder bleek dat vooral de ambulantly behandelde delinquenten het meest progressie maakten. Het kunnen oefenen van

hun aangeleerde vaardigheden in de gemeenschap zorgde immers voor een voortdurende steun en bekrachtiging.

Rose et al. (2002) organiseerden een groepstherapie van twee uur per week gedurende 16 weken voor vijf zedendelinquenten met verstandelijke handicap, met focus op seksuele opvoeding, het identificeren van gevoelens en het opwekken van empathie voor de slachtoffers, seksuele fantasieën, delictcycli en hervалpreventie. Het programma had enig positief effect – zij het niet statistisch – op de graad van empathie en de cognitieve distorties.

Craig et al. (2006) behandelden zes zedendelinquenten met een verstandelijke handicap aan de hand van cognitieve gedragstherapie. Inhoudelijk ging de behandeling in op seksuele opvoeding, het ontwikkelen van empathie voor het slachtoffer, het reconstrueren van cognitieve distorties, de delictencyclus en hervалpreventie. De sessies vonden plaats gedurende zeven maanden, telkens twee uur per week. De informatie werd overgebracht aan de hand van afbeeldingen, video's, quiz, interactieve oefeningen en gestructureerde groepsdiscussies. De informatie werd vaak herhaald in de hoop dat ze zou worden geassimileerd en dat de principes van het aangeleerde in verschillende contexten zouden worden toegepast. Met het programma werd in functie van de noden van de deelnemers erg flexibel omgegaan. Verantwoordelijke begeleiders waren een mannelijke en een vrouwelijke therapeut, en twee forensisch psychologen. Voor- en nametingen werden gehouden aan de hand van een aantal gespecialiseerde schalen, o.m. de Multiphasic Sex Inventory, gevolgd door een twaalf maanden follow-up. Het programma had positieve effecten op het vlak van kennis van seksualiteit, de houding tegenover seksualiteit (eerlijker), en vaardigheden belangrijk voor re-socialisatie (interpersoonlijke vaardigheden en vrije tijd). Niemand recidiveerde binnen de twaalf maanden. Het is evenwel onduidelijk in hoeverre de permanente dag- en nachtsupervisie en de wijze van registratie van recidive (officiële cijfers) hiervoor (mee) verantwoordelijk zijn.

Hays et al. (2007) onderzochten de effectiviteit van een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor 16 seksuele delinquenten met een verstandelijke handicap. Het programma focuste op onderwerpen als doel van de groep en de regels binnen de groep, sociale vaardigheden en taalontwikkeling, relaties, seksuele opvoeding, empathie en preventie van recidive. De behandeling vond plaats in groepen van vijf tot tien personen die gedurende één jaar, twee uur per week samenkwamen. Twee van de onderzochte groepen kregen een behandeling in een gemeenschapssetting ('community setting'), een derde in een gesloten inrichting ('secure setting'). Twee maanden na afloop van het programma werden de deelnemers individueel geïnterviewd aan de hand van 'The Service User Interview'. Dit semigestructureerde interview bestaat uit 14 vragen, onder te verdelen in drie categorieën. Een eerste categorie vragen heeft betrekking op wat de deelnemers zich herinnerden van het programma (voorbeeld: 'waar kwam de groep samen?', 'op welke dagen kwam de groep samen?'). De antwoorden op deze vragen geven aan of de deelnemer zich nog iets herinnert van de behandeling en of het nuttig is om het interview verder te zetten. Deelnemers kunnen bijvoorbeeld verschillende groepen waaraan ze participeren dooreenhalen of problemen hebben met hun geheugen omwille van hun verstandelijke handicap. Een tweede categorie vragen betreft de inhoud van het programma, bijvoorbeeld of de groep aan

bepaalde regels onderworpen was. Hiermee wordt nagegaan of de deelnemer de concepten die hij tijdens de behandeling geleerd heeft, begrijpt. Een derde soort vragen gaat na hoe de deelnemers de behandeling zien (voorbeeld: 'wat was het beste en het ergste aan de groep?'). Slechts 44% van de groep antwoordde dat het doel van de behandeling te maken had met hun seksuele problemen. Hays et al. concludeerden dan ook dat deze groep gekenmerkt wordt door een hoge graad van ontkenning. De deelnemers apprecieerden de sociale stimulering en de steun vanuit de groep. De meesten herinnerden zich het onderdeel over seksuele opvoeding, seksuele gezondheid en relaties. Andere onderdelen die vernoemd werden in het interview waren de gevolgen van (il)legaal gedrag, seksuele problemen en aanranding. Weinigen wisten nog iets over empathie met het slachtoffer. Met betrekking tot de derde categorie vragen vonden de deelnemers het erg moeilijk te praten over zeer persoonsgerelateerde onderwerpen, bijvoorbeeld over de vertrouwelijkheid, het moment waarop de groep samenkwam, of het gepleegde delict.

Murphy et al. (2007) pasten cognitieve gedragstherapie toe op twee groepen van negen zedendelinquenten met een verstandelijke handicap. Vijftien beëindigden de therapie. De therapie focuste op sociale regels m.b.t. zich kleden, risicoaspecten inzake seksueel gedrag, het erkennen van en omgaan met stressvolle situaties, de gevolgen van seksueel deviant gedrag, ontkenning, het toeschrijven van verantwoordelijkheid, het minimaliseren van de gevolgen, eigen slachtofferervaring, beleving van de slachtoffers, oorzaken van hun delinquent gedrag, het cyclische verloop van hun delinquentie, de nood aan het geven van toestemming tot seksueel gedrag, en hervalpreventie. Een baseline meting werd gedaan bij het begin van de therapie, en verdere effectmetingen tijdens en zes maanden na afloop van de sessies. Er werd gebruik gemaakt van de WAIS-III voor het bepalen van het IQ, van de Vineland Scales of Adaptive Behaviour om de adaptieve vaardigheden na te gaan en van de British Picture Vocabulary Scale II om het niveau van receptief taalgebruik te bepalen. De voor- en nametingen werden verricht aan de hand van de SAKS (Sexual Attitudes and Knowledge Scale), de QACSO (Questionnaire on Attitudes Consistent with Sexual Offending), de SOSAS (Sexual Offenders Self Appraisal Scale) en de VES-A (Victim Empathy Scale-Adapted). Deze tests meten respectievelijk seksuele attitudes, attitudes die samenhangen met het plegen van zedendelicten, cognities die samenhangen met het plegen van zedendelicten en empathie met het slachtoffer. Verder werden nieuwe inbreuken en vormen van onaangepast seksueel gedrag geregistreerd. De vooropgestelde behandeling die gedurende één jaar twee uur per week plaatsvond, zorgde voor een significante verbetering op vlak van seksuele kennis, seksuele attitude en empathie met slachtoffers, doch de cognities toonden weinig evolutie. Bij drie participanten was er sprake van herval.

Samenvattend kan gesteld worden dat de programma's die gebruik maken van vormen van cognitieve gedragstherapie bij verstandelijk gehandicapte delinquenten die ernstige zedenfeiten hebben gepleegd, een zekere graad van effectiviteit vertonen. De effecten ervan werden gemeten aan de hand van betrouwbare en valide schalen. Toch blijven heel wat vragen open (Sturmey, 2004). Zo valt moeilijk te beantwoorden welke elementen binnen deze programma's een positieve invloed uitoefenen op cliënten met een verstandelijke handicap. De therapeutische programma's focussen op erg di-

verse cognitieve aspecten, het specifieke optreden van de therapeut wordt meestal niet in de analyse betrokken, en vaak worden elementen uit de klassieke gedragstherapie mee opgenomen. Volgens Craig et al. (2006) zijn volgende elementen belangrijk: (1) werken aan ontkenning, (2) herstructureren van cognitieve distorties, (3) werken aan empathie voor het slachtoffer, (4) werken aan sociale vaardigheden, (5) werken aan de bewustmaking van de gevolgen van het delict, (6) seksuele opvoeding, (7) bijbrengen van relationele vaardigheden, (8) bevorderen van zelfcontrole, (9) werken aan een positief zelfbeeld, (10) hervалpreventie en leren vermijden van risicosituaties, (11) tegengaan van ongewenste spanning, en (12) behandelen van seksuele disfuncties aan de hand van multimodale interventies. Verder is het aantal empirische studies gering. De uitgevoerde studies zijn methodologisch eerder zwak, omdat ze nagenoeg altijd berusten op casestudies, en experimentele designs die omwille van ethische en juridische problemen nagenoeg onmogelijk zijn. Het samenstellen van controlegroepen wordt bijvoorbeeld belemmerd omdat het ethisch moeilijk te rechtvaardigen valt een deel van de cliëntenpopulatie therapie te onthouden (de controlegroep). Ook valt moeilijk te bepalen in hoeverre de resultaten van dergelijke (gedrags)therapeutische interventies blijvend zijn eens de contingenties wijzigen door een wijziging in de omgeving (Lindsay, 2002; Sturmey, 2004).

Ten slotte wordt hier verwezen naar een model van behandeling voor seksuele delinquenten. Cox-Lindenbaum (2001) onderscheidt drie stadia in de behandeling. In een eerste fase richt men zich op het identificeren van gevoelens, relaxatietraining en woedebeheersing. Dit eerste stadium wordt opgedeeld in een cognitief didactisch en een ervaringsproces. Vaak ontkennen personen met een verstandelijke handicap hun gevoelens in plaats van ze uit te drukken of geven ze er op een niet adequate wijze uitdrukking aan. Gevoelens kunnen dan resulteren in onaangepast seksueel en/of gewelddadig gedrag. In de eerste fase wordt daarom gewerkt aan het identificeren, inzichtelijk maken, benoemen, exploreren van en het omgaan met deze gevoelens. Omdat het gestelde gedrag ook gezien kan worden als een inadequaat omgaan met de verantwoordelijkheden van het alledaagse leven, kan men relaxatietraining toepassen om op deze wijze nieuwe copingmechanismen aan te leren om met de stress van het dagelijks leven om te gaan. In een laatste onderdeel van de eerste fase richt men zich op woedebeheersing. Vooraleer de stap naar de tweede fase van sociale vaardigheidstraining, cognitieve herstructurering en preventie van hervал te zetten, dient het eerste deel van de groepstherapie goed geëvalueerd te worden. Dit gebeurt aan de hand van zelfevaluatie en peerfeedback. Vanuit de feedback kunnen dan de doelen voor de tweede fase worden opgesteld. Met behulp van technieken zoals directe instructie, modeling en sociale bekrachtiging tracht men in deze fase de communicatieve vaardigheden en de assertiviteit van de deelnemers te verbeteren en probeert men mogelijkheden tot het aangaan van interpersoonlijke relaties te scheppen. Met het oog op cognitieve herstructurering worden de deelnemers geconfronteerd met de ontkenning van hun onverantwoord (seksueel) gedrag. Door het benoemen van emoties en attitudes worden ze zich meer bewust van psychologische processen die een rol spelen. Tijdens de hervалpreventie leren de deelnemers hun onaangepaste gedragingen vervangen door nieuwe copingstrategieën. Groepsleden leren gedachten, gevoelens en acties labelen en identificeren om ze daarna te vervangen door copingstrategieën ('what to

do's') om zo de destructieve gedragspatronen te doorbreken. In de laatste fase richt men zich op het generaliseren, het beëindigen van de behandeling en de nazorg van de deelnemers. Deelnemers moeten hun beperkingen leren accepteren en ermee leren omgaan. Sommigen hebben nood aan voortdurende therapeutische ondersteuning en behandeling.

2 Aanpak van geweld(delicten) bij personen met een verstandelijke handicap

De eerste behandelingsprogramma's met betrekking tot geweld bij personen met een verstandelijke handicap waren gebaseerd op farmacologische en gedragsgestuurde interventiemodellen. De laatste jaren werden ook heel wat cognitieve gedragsgestuurde programma's opgezet (Taylor, 2002; Rose et al., 2005). De effectiviteit van farmacologische interventies blijft omstreden, gedragsgestuurde en cognitief gedragstherapeutische programma's blijken wel (deels) effectief te zijn (Beck & Fernandez, 1998; Rose et al. 2005).

2.1 Farmacologische interventies

Taylor (2002) verwijst in zijn rapport naar enkele reviews waarin het effect van farmacologische interventies wordt nagegaan. De conclusies van de reviews luiden dat momenteel niet kan worden geconcludeerd dat farmacologische interventies veel effect hebben in het beheersen van agressie bij mensen met een verstandelijk handicap. Weinig studies zijn methodologisch voldoende sterk om conclusies toe te laten, en als ze dat zijn wijzen de conclusies niet op positieve resultaten. De aangewende medicijnen (neuroleptica, psychotica) werken niet specifiek in op agressie, en hebben vaak onbedoelde neveneffecten, ook op gewenst gedrag.

2.2 Gedragstherapeutische benaderingen

In dezelfde review verwijst Taylor (2002) naar een aantal reviews en meta-analyses die de effecten van gedragstherapeutische benaderingen nagaan. Uit deze reviews kan geconcludeerd worden dat voor de aanpak van agressie vooral gebruik werd gemaakt van vrij intrusieve technieken zoals time out, aversietechnieken en medicatie, terwijl de beste effecten net bekomen worden met minder intrusieve technieken zoals aanpassingen in de omgeving en contingentie management. Vooral de farmacologische aanpak scoort zwak. In vergelijking met andere gedragsproblemen laten fysieke en verbale agressie zich het slechtst behandelen. Ten slotte blijkt dat procedures die zelfcontrole vergroten, zoals zelfmonitoring, contingentiecontrole en zelfinstructie, weinig effectief zijn, zeker bij mensen met een ernstiger verstandelijke handicap, en bij mensen die over minder cognitieve en taalvaardigheden beschikken. Technieken gebaseerd op contingentie management hebben meer effect, maar ze veronderstellen een grote staf-cliënt-ratio, ze zijn weinig efficiënt in geval van laagfrequente agressie, en ze zijn gevoelig voor uitdoving eens de contingenties niet langer werken. Agressie is

een voorbeeld van een gedragsvorm die zich met tussenpozen manifesteert, en vaak wordt de behandeling aangeboden in weinig professionele settings.

2.3 Cognitief-gedraggestuurde interventies

Veel van deze studies maken gebruik van Novaco's (1975) 'anger management' protocol. Novaco ontwikkelde een theorie rond de wijze waarop mensen omstandigheden inschatten om van daaruit potentiële agressie in te schatten. In deze benadering staan cognities, verwachtingspatronen, en evaluaties van de situatie waarin men zich bevindt, en verder fysiologische arousal en cognitieve mediation centraal. Het behandelingsprotocol voorziet een eerste fase met lessen rond woede en woedebeheersing, een tweede fase met interventies, en een derde fase met strategieën die geleidelijk aan echte levenssituaties gaan benaderen. De therapie duurt 18 sessies, a rato van twee sessies per week. Vooral cognitieve herstructurering, reductie van arousal en training in gedragsvaardigheden staan erin centraal (Taylor, 2002). Verschillende auteurs hebben dit model aangepast en vereenvoudigd voor gebruik bij verstandelijk gehandicapten (Lindsay et al., 2003).

In zijn review geeft Taylor (2002) een overzicht van studies uitgevoerd tot 2002 met betrekking tot de impact van cognitieve gedragstherapeutische programma's op mensen met ernstige problemen rond geweldsbeheersing. Studies met betrekking tot geweldsdelinquenten (delinquenten veroordeeld wegens geweldpleging) bleken op dat ogenblik nog niet voorhanden. Casestudies op niet delinquente groepen suggereren dat cognitieve gedragstherapie, met zelfmonitoring, relaxatie en vaardigheidstraining, leidt tot een significante daling in niveau van agressie, waardoor herinschakeling in de samenleving en het vinden en behouden van een job mogelijk worden. Naast deze casestudies werden ook meer experimentele studies uitgevoerd, zij het zonder controlegroepen. Cullen (1993) beschrijft een groepsbehandeling van twaalf mannen met een verleden van geweld gericht tegen anderen en zichzelf. Het programma omvatte baselinemetingen, een trainingsfase, een training in vaardigheden (rollenspelen om copingstrategieën in te oefenen en relaxatieoefeningen), en een follow-up fase. De resultaten waren onduidelijk; wel deden de meest agressieve patiënten het beter na de behandeling. Rose (1996) rapporteerde over een groepsbehandeling van vijf mannen met matige tot ernstige verstandelijke handicap. De behandeling was gebaseerd op Novaco's model, met lessen, emotionele identificatie en erkenning, reductie van arousal, zelfinstructie, en rollenspelen om probleemoplossingsvaardigheden aan te leren. De vijf deelnemers verbleven in gemeenschapsinstellingen en hadden een verleden van agressie tegen andere personen en goederen. De resultaten van de observaties en registraties toonden aan dat gewelddadig gedrag afnam; rollenspelen bleken erg effectief, cognitieve technieken niet. King et al. (1999) behandelden elf volwassenen met milde vormen van verstandelijke handicap verblijvend in gemeenschapsinstellingen met een gelijkaardig programma. Vergelijkingen voor en na de behandeling toonden positieve effecten op een zelfbeoordelingsschaal over agressie en op een zelfwaardeschaal. In deze studie achtten de onderzoekers alle elementen van de behandeling van belang. Taylor verwijst nog naar drie andere studies die positieve effec-

ten ressorteerden. Al deze studies hebben evenwel methodologische tekortkomingen (geen baselinemetingen, geen controlegroepen, en geen betrouwbare effectmetingen).

Enkele studies maakten gebruik van een experimenteel design (meerdere experimentele condities of controlegroepen). Zo bestudeerden Benson et al. (1986) het effect van vier vormen van groepstherapie, waaronder training in zelfinstructie, relaxatie, probleemoplossing en een combinatie van de drie. Deelnemers waren 54 licht tot matig verstandelijk gehandicapte volwassenen. Ze werden verdeeld in vier groepen op basis van geslacht, ras, trainingscentrum van waaruit ze de behandeling volgden, en hun uitslag op een woordenschattest en een agressieschaal. Twaalf sessies van 90 minuten werden aangeboden. Tijdens de behandeling lag de nadruk op zelfcontrole. De effecten werden gemeten aan de hand van een agressieschaal (anger inventory), een conflictsituatietest (CST), een beoordeling van een videorollenspeltest, en beoordelingen door supervisors. Deze metingen werden meermaals herhaald tijdens de behandeling. Alle technieken leidden tot een even grote significante vermindering van het gewelddadig gedrag.

Rose et al. (2000) bestudeerden het effect van een multimodale therapie met cognitieve en gedragstherapeutische elementen bij 25 verstandelijk gehandicapten met een verleden van fysiek en verbaal geweld. De therapie was vergelijkbaar met deze in het eerder vermeld onderzoek (Rose, 1996), zij het dat enkele nieuwe technieken werden toegevoegd (o.m. bijhouden van een dagboek). De behandeling duurde twee jaar. Een controlegroep werd samengesteld via kandidaten op de wachtlijst. Elke deelnemer had een eigen begeleider om de motivatie te maximaliseren en aangeleerde vaardigheden te kunnen toepassen in het dagelijks leven. De therapie leidde tot een significante vermindering in niveau van woede en depressie, een ontwikkeling die na twaalf maanden nog steeds standhield. Methodologische problemen waren evenwel een overlap tussen controle- en behandelingscondities, en weinig betrouwbare en valide meetinstrumenten.

Taylor, Novaco et al. (2002) voerden een pilootstudie uit op 20 mannen met een verstandelijke handicap in een gesloten instelling. Het ging om een intensieve behandeling met nadruk op cognitieve herstructurering. Er werd gebruik gemaakt van Novaco's behandelingsmodel. De cognitieve gedragstherapeutische interventie vond minstens één keer per week plaats (bij voorkeur twee keer). Het ging om 18 individuele sessies van een uur. Als controlegroep fungeerde een groep gedetineerden die geen specifieke behandeling in de instelling onderging. Het programma startte met een voorbereidende fase (6 sessies) die psycho-educatieve en cognitieve elementen omvatte. Nadien volgde een therapeutische fase (12 sessies) met focus op cognitieve herstructurering, reductie van arousal en training in gedragsvaardigheden. Van de experimentele en controlegroepen werd de Provocation Inventory (PI) afgenomen. De PI meet de neiging tot gewelddadig gedrag. Een staflid dat de patiënt goed kende, vulde de Ward Anger Rating Scale (WARS) in. De experimentele groep werd ook door de staf geëvalueerd aan de hand van de Clinicians Rating Scale (CRS). Resultaten tonen voor de behandelde groep een significante daling aan op de PI en een niet-significante daling op de WARS. In de controlegroep steeg de PI-score significant. Ook op de WARS was er sprake van een kleine stijging. Resultaten van de CRS toonden een bescheiden verbetering op alle woededimensies op het einde van de behandeling en een maand

na afloop. Enkele jaren later voerden dezelfde auteurs (Taylor et al., 2005) een meer uitgebreide studie uit van deze pilot. Het aantal onderzoekssubjecten werd vermeerderd tot 40, meer ernstige delicten werden in het onderzoek opgenomen, en er werd gebruik gemaakt van meer en andere meetinstrumenten. Ook werden op meer momenten metingen uitgevoerd: bij de screening, net voor de aanvang van de therapie, na afloop van de behandeling, en metingen na telkens vier maand follow-up. In deze studie werden naast de PI en de WARS ook de NAS (Novaco Anger Scale) en de AX (Anger Expression scale) van de Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory afgenomen. De NAS meet cognitieve, arousal- en gedragsmatige facetten van woede. Enkel op drie criteria werden significante verbeteringen vastgesteld bij de experimentele groep: op de totale NAS-score, de NAS-arousalschaal en PI-schaal woede bij het gevoel onrechtmatig bejegend te zijn.

In een tweede studie gingen Rose et al. (2005) de effectiviteit na van cognitieve groepstherapie, gericht op het verminderen van woede bij personen met een verstandelijke handicap. De onderzoeksgroep bestond uit 49 mannen en 12 vrouwen (met 11 drop-outs) die problemen ondervonden met agressie. Een controlegroep van 36 personen (31 mannen en vijf vrouwen) werd samengesteld uit potentiële deelnemers op de wachtlijst. De participanten dienden problemen te hebben met woedebeheersing, doch over een voldoende graad van receptief taalgebruik te beschikken, en in staat te zijn een interview van 20' met een groepsleider te voeren. De participanten werden voor de aanvang van de therapie geïnterviewd, onderworpen aan een taaltest (receptive hearing vocabulary test) en een vragenlijst over woede die bestond uit 35 potentieel woedeopwekkende situaties. De interventie omvatte het aantonen van de onaangepastheid van het gedrag, en het aangeven van alternatieve wijzen van reageren, o.m. via rollenspelen. De therapie vond wekelijks plaats gedurende twee uur per week en gedurende 16 weken. Een significant behandelingseffect werd vastgesteld: bij vergelijking van voor- en nametingen op de anger inventory; bij nametingen op 3 en 6 maanden was er sprake van een significante daling. Toch bleek deze verbetering slechts groot bij 11 deelnemers. Deze verbetering werd niet vastgesteld in de controlegroep. Regressieanalyses toonden aan dat 17.5% van de variantie in de 'provocatie-scores' kon verklaard worden door de opgenomen onafhankelijke variabelen: ervaring van de therapeut, het feit dat men begeleid werd door een staflid, leeftijd, geslacht en de taaltest. Enkel de receptieve taalscore en het feit dat men begeleid werd door een staflid droegen significant bij tot verbetering.

Ten slotte vermeldt Taylor (2002) in zijn review nog twee studies die een bevestiging vormden voor de effecten van agressiebehandelingen. Kelly (2000) beschrijft een cognitief gedragstherapeutisch programma voor de behandeling van agressie bij tien verstandelijk gehandicapten in een forensische kliniek. De behandeling omvatte acht modules van agressiebeheersing, en acht modules van training in sociale vaardigheden, gedurende 32 weken. Voor en na de behandeling werden metingen gedaan van emotionele controle, copingvaardigheden en reacties op provocaties. Gemeten naar deze criteria vertoonde het programma geen positieve impact. Toch werd een reductie in het aantal gewelddadige incidenten van 50% vastgesteld. Plested et al. (2000) ten slotte rapporteren over de effecten van een Novaco-programma gedurende 15 sessies bij negen deelnemers, van wie drie de behandeling niet doorliepen. Niet systematisch

geregistreerde feedback suggereerde dat de behandeling de participanten hielp bij het beheersen van hun agressie.

Enkele studies slechts testten een cognitief-gedragstherapeutische behandeling uit op veroordeelde verstandelijk gehandicapten. Lindsay et al. (2003) rapporteren de resultaten van een behandelingsprogramma rond woedebeheersing bij zes mannen veroordeeld voor geweldfeiten. Een single case design werd gebruikt met herhaalde metingen. De behandeling was gebaseerd op het model van Novaco, met aangepaste training rond woedebeheersing, cognitieve herstructurering en reductie van arousal. De deelnemers volgden ongeveer 40 sessies gedurende 9 maanden, eenmaal per week. Elke sessie duurde 40 tot 60 minuten. Geweld werd gemeten via de Anger Inventory, die frustratie meet, ontgoocheling, jaloersheid, verveeldheid, woede ten aanzien van zichzelf, en gebruik van geweld. Verder werden agressieopwekkende rollenspelen gedaan, en werd aan de deelnemers gevraagd dagelijks te noteren in hoeverre zij agressieve gevoelens hadden ervaren. Deze metingen werden driemaandelijks herhaald tot meerdere jaren na het stopzetten van de behandeling. Wat agressieve emoties en gedrag betreft was er geen sprake van een algemeen gunstige impact voor de zes deelnemers. Wel werd een niet significante daling vastgesteld op de scores van de Anger Inventory en op de zelfrapportage. Vijf deelnemers recidiveerden niet binnen de eerste vier jaar, de zesde deelnemer pleegde nieuwe feiten binnen de eerste zes maanden, maar niet meer tijdens de daarop volgende vier jaar.

Eén specifieke studie werd uitgevoerd naar het effect van behandeling van veroordeelde vrouwen. Allen et al. (2001) onderwierpen vijf vrouwen met gewelddadig gedrag aan een training rond woedebeheersing. Naast de klassieke beginselen van het model van Novaco (belang van cognities, verwachtingen en inschatting van situaties, het belang van de interactie met externe omstandigheden, fysiologische arousal en cognitieve bemiddeling met betrekking tot woede en agressie), kwamen ook relaxatietechnieken aan bod. De behandeling bestond uit 40 sessies van 40 tot 60 minuten gedurende negen maanden. Elke deelnemer volgde minstens 32 sessies. De groepen waren gemengd; mannen en vrouwen volgden de sessies. Resultaten werden driemaandelijks gemeten aan de hand van de Anger Inventory (AI) van Novaco, en vergeleken met een baselinemeting. De follow-up periode duurde twee jaar. Uit de resultaten blijkt dat de scores op de AI dalen vanaf de introductie van de cognitieve aspecten, doch dat relaxatietraining slechts weinig toegevoegde waarde heeft.

3 De behandeling van brandstichters met een verstandelijke handicap

Slechts enkele studies gaan in op de aanpak van brandstichters met een verstandelijke handicap. Clare et al. (1992) beschrijven de behandeling van een recidivist-brandstichter in de UK. De behandeling omvatte de training in sociale vaardigheden en assertiviteit, de ontwikkeling van copingmechanismen, covert sensitivatie en schoonheidschirurgie. Na behandeling vertoonde de patiënt duidelijke verbetering op de geteste domeinen, en bleek hij geen nieuwe feiten gepleegd te hebben binnen de eerstvolgende 30 maanden na behandeling. Rice en Chaplin (1979) doen verslag van een

behandeling van tien brandstichters in een beveiligde afdeling in de VS. De groep met verstandelijke handicap onderging een training in sociale vaardigheden. Metingen van assertiviteit toonden een significante verbetering ter zake aan. Na twaalf maanden in-vrijheidsstelling was niemand van de acht in vrijheid gestelden gerecidiveerd. Taylor, Thorne et al. (2002) onderwierpen een groep van 14 vrouwelijke en mannelijke brandstichters met een verstandelijke handicap aan cognitieve gedragstherapie onder de vorm van een 40 sessies lange groepsbehandeling. De behandeling vond twee maal per week plaats en omvatte functionele analyse (analyse van de delictcyclus met uitlokkende factoren, achtergrondkenmerken, cognities, emoties en gedrag op het ogenblik dat brand werd gesticht, en negatieve/positieve gevolgen van dit gedrag), instructie, aanleren van copingvaardigheden en hervulpreventie. Metingen op de FIRS (Fire Interest Rating Scale), FAS (Fire Attitude Rating Scale), GAS (Goal Attainment scales), NAS (Novaco Anger Scale), een schaal voor zelfwaardering en de Beck depressieschaal toonden significante verbeteringen aan op de FIR-, de FAS-, GAS-, NAS- en zelfwaarderingsschalen. De behandeling had geen impact op de depressiescores.

4 Case management programma's

Linhorst et al. (2003) evalueerden de effectiviteit (arrestatio's) van een case management programma bij 252 verstandelijk gehandicapte delinquenten. Het ambulante programma was er op gericht deze personen te begeleiden naar aangepaste dienst- en hulpverlening (diensten geestelijke gezondheidszorg, beroepsopleiding, drugspreventie en -verslaving, sociale zekerheid, en transport). Het programma omvatte een grondige diagnostische testing van de cliënt, en het begeleiden van de cliënten in hun zoektocht naar aangepaste diensten en informatie. Het programma werd gecoördineerd door case managers, en de effectieve begeleiding werd verzorgd door justitiepersoneel (probation/parole officers). Recidive werd gemeten tijdens het programma, en tijdens de eerste zes maanden na afloop van het programma. Tijdens het programma werd 40% van de deelnemers gearresteerd, zij het meestal voor lichtere inbreuken. Tijdens de zes daaropvolgende maanden werd 34% gearresteerd, opnieuw overwegend voor lichtere inbreuken. Van de deelnemers die het programma volledig volgden werd 25% gearresteerd, van de groep die had afgehaakt 43%. Het case managementprogramma had dus enig effect. Verder speelden het feit dat men naast de verstandelijke handicap nog andere stoornissen had, het afkomstig zijn uit een stedelijk milieu, het verwezen zijn naar het programma door een rechterlijke instantie, en het feit dat men reeds tijdens het programma was gearresteerd een belangrijke negatieve rol.

HOOFDSTUK 5

SAMENVATTING EN BELEIDSAANBEVELINGEN

In dit laatste hoofdstuk hernemen we kort de probleemstelling en het opzet van het onderzoek. Vervolgens vatten we per onderzoeksdoelstelling de belangrijkste bevindingen samen. We ronden dit hoofdstuk af met enkele beleidsaanbevelingen.

1 Probleemstelling en onderzoeksdoelstellingen

Sinds enkele jaren voert het VAPH een specifiek beleid ten aanzien van geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap. Ze subsidieert vijf initiatieven voor deze groep. Ontgrendeld, een project van Centrum OBRA, en A.B.A.G.G., een project van 't Zwart Goor, begeleiden geïnterneerden met een handicap in de gevangenis van Gent resp. Merksplas. Via een convenantsregeling kunnen zij de 16 erkende plaatsen dagcentrum omzetten in ambulante begeleidingen. Daarnaast zijn er drie residentiële projecten die elk een erkenning hebben voor 10 bewoners in het stelsel 'tehuis niet-werkenden': Amanis vanuit 't Zwart Goor in Zoersel, Limes vanuit Sint-Ferdinand op het domein van het PC Ziekeren in Sint-Truiden en Itinera vanuit Sint-Idesbald op het domein van het PZ Sint-Amandus in Beernem.

We stelden de volgende onderzoeksdoelstellingen voorop:

- het in kaart brengen van de (kenmerken van de) doelgroep van geïnterneerden met een verstandelijke handicap die een dossier hebben in de Vlaamse CBM, om een zicht te krijgen op hun ondersteuningsbehoeften;
- het in kaart brengen van het huidige aanbod aan geïnterneerde personen met een verstandelijke handicap, zoals dat vorm krijgt vanuit diensten en voorzieningen die gesubsidieerd worden door het VAPH;
- het bespreken van het hulpverleningsaanbod voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap zoals dat beschreven is in de internationale literatuur.

2 Onderzoeksopzet

2.1 Profilering van de groep

Om tot een profilering te komen van de groep 'geïnterneerden met een verstandelijke handicap' werd een dossieranalyse uitgevoerd. We selecteerden alle dossiers van de CBM van Gent, Antwerpen en Leuven betreffende personen die op 31/12/2007 geïnterneerd waren. Vervolgens werd er nagegaan hoeveel geïnterneerden er waren met een verstandelijke handicap (IQ < 70), met een zwakke begaafdheid (IQ 70-85) en

met een IQ dat hoger is dan 85. Vervolgens werd in de dossiers van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap (IQ < 70) gezocht naar kenmerken in verband met o.a. leeftijd, geslacht, sociaaldemografische factoren, aard van de strafbare feiten, psychiatrische comorbiditeit, hulpverleningsgeschiedenis en sectoren waarin men begeleid werd.

2.2 Onderzoek van het aanbod

In een tweede luik wilden we het aanbod van de hoger beschreven ambulante projecten en residentiële units voor geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap beschrijven. We brachten een bezoek aan de projecten en voerden een gesprek met enkele personeelsleden van elk van deze projecten. Daarnaast werden documenten opgevraagd en geanalyseerd over de werking van de projecten. Op basis van deze informatie maakten we per dienst een synthese aan de hand van een topiclijst, met o.a. de visie en doelstellingen, de opnamecriteria, de ondersteuning die geboden wordt aan de geïnterneerden op vlak van redzaamheid en lichamelijk en sociaal-emotioneel welbevinden, de aanpak van gevaar- en risicosituaties, de werkingsprincipes, de organisatie en de door de projecten zelf ervaren knelpunten. Op basis daarvan konden we de werking en de organisatie van de diverse projecten onderling vergelijken.

2.3 Behandeling volgens de internationale literatuur

Om tot een beschrijving te komen van de hulpverleningsprogramma's in de literatuur werd in een aantal databanken gezocht naar literatuur m.b.t. geïnterneerden met een verstandelijke handicap. We maakten een synthese van de hulpverleningsprogramma's die we in de literatuur aantreffen. Onze focus lag daarbij vooral op evaluatieonderzoek betreffende bestaande behandelingen of hulpverleningsprogramma's (zowel proces- als effectiviteitonderzoek).

3 Resultaten

3.1 Onderzoeksdoelstelling 1

De CBM van Gent, Antwerpen en Leuven hadden op 31 december 2007 in totaal 1662 geïnterneerden onder hun hoede. Met exclusie van de geïnterneerden van wie het IQ niet kon achterhaald worden (n=136), heeft ongeveer een vijfde van de geïnterneerden (n=283) een verstandelijke handicap (IQ < 70). Gent had 109 dossiers van geïnterneerden met een verstandelijke handicap, Leuven 29 en Antwerpen 145. Hieronder vatten we het profiel van de groep van geïnterneerden met een verstandelijke handicap samen.

De meeste (58%) geïnterneerden met een verstandelijke handicap zijn vrij op proef (VOP, n=163); 39% is opgesloten binnen de muren van een strafinrichting (n=102). Ongeveer de helft van de geïnterneerden die vrij op proef zijn, wordt begeleid vanuit

een psychiatrische dienst, 24% vanuit de gehandicaptenzorg en 28% werd ambulantly gereclassificeerd. De meeste geïnterneerden in strafinrichtingen zitten opgesloten in Merksplas (62%). De meest voorkomende gepleegde feiten zijn de misdaden en wanbedrijven tegen de openbare zeden (25%) waaronder vooral aanranding van de eerbareerdheid van een onbekende minderjarige, tegen eigendommen (23%) waaronder vooral diefstal en tegen personen (18%) waaronder vooral slagen en verwondingen, of combinaties van twee van hoger genoemde.

De meeste geïnterneerden met een verstandelijke handicap zijn mannen (93%). Hun gemiddelde leeftijd bedraagt 43 jaar. De jongste is 21 jaar, de oudste is 74 jaar. De geïnterneerden in strafinrichtingen (41 jaar) zijn gemiddeld iets jonger dan de geïnterneerden die vrij op proef zijn (54 jaar).

Op het ogenblik van hun aanhouding woonde bijna de helft van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap zelfstandig. Eén op vier woonde in bij ouders of familie en 13% woonde in een zorginstelling. Ongeveer een derde van de geïnterneerden had een partnerrelatie op het ogenblik van de internering. Slechts bij één derde van hen werd die partnerrelatie ook als positief beoordeeld. Vijfenzestig procent van de geïnterneerden had nog contact met familieleden. Ongeveer de helft (48%) van die contacten werd als positief beoordeeld.

De meeste (69%) geïnterneerden met een verstandelijke handicap hebben één of meer psychiatrische stoornissen naast hun verstandelijke handicap. Rekening houdend met het feit dat één persoon kan lijden aan meerdere psychiatrische stoornissen, zien we dat de onderzochte groep voornamelijk te kampen heeft met verslavingsproblemen (28%), stoornissen in de impulsbeheersing (21%), persoonlijkheidsstoornissen (21%), schizofrenie en andere psychotische stoornissen (16%), en seksuele en genderidentiteitsstoornissen (10%).

Heel wat geïnterneerden met een verstandelijke handicap hebben een hulpverleningsgeschiedenis. De meeste hebben buitengewoon onderwijs gevolgd (63%). De grootste groep geïnterneerden (39%) werd vóór de internering ooit begeleid door de psychiatrie (gemiddeld 13 maanden), één op vijf (21%) door de gehandicaptenzorg (gemiddeld 67 maanden) en de overigen door de bijzondere jeugdzorg, pleegzorg of internaten (waarvan de sector niet nader gespecificeerd werd). Sommige geïnterneerden werden door meerdere sectoren begeleid. Het ging zowel om ambulante (18%) als om residentiële (61%) begeleiding. De meeste geïnterneerden (54%) ontvingen ook tijdens hun internering psychiatrische hulp, gedurende gemiddeld 48 maanden. Iets minder dan de helft (45%) werd ondersteund vanuit de gehandicaptenzorg (gedurende gemiddeld 31 maanden) en één op vier kreeg ambulante reclassering thuis (gedurende gemiddeld 29 maanden).

We gingen ook na of de geïnterneerden die begeleid worden door specifieke VAPH-settings zich op de bovenstaande kenmerken onderscheiden van de andere geïnterneerden. We stellen vast dat de doelgroep van de specifieke VAPH-settings een goede weerspiegeling is van de totale populatie van geïnterneerden met een verstandelijke handicap, op vlak van geslacht, leeftijd en aard van de misdrijven. Slechts op enkele kenmerken zien we opvallende verschillen. Van de cliënten die residentieel begeleid worden door het VAPH, heeft een groter percentage (45%) al eerder in een zorginstel-

ling verbleven. Opvallend is tevens dat in de specifieke VAPH-settings proportioneel minder geïnterneerden begeleid worden met een psychiatrische stoornis (57%). Zij begeleiden relatief gezien minder geïnterneerden met verslavingsproblemen, persoonlijkheidsstoornissen, en schizofrene en andere psychotische stoornissen. De cliënten die begeleid worden door de specifieke VAPH-settings hebben relatief gezien ook een iets langere (vooral residentiële) hulpverleningsgeschiedenis in de gehandicaptenzorg, de psychiatrie en/of de bijzondere jeugdzorg.

3.2 Onderzoeksdoelstelling 2

De missie van de VAPH-initiatieven voor de doelgroep bestaat erin ondersteuning te bieden aan geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap om een zo menswaardig en kwaliteitsvol mogelijk leven te kunnen leiden. De ambulante projecten stellen re-integratie van de geïnterneerde als doel voorop. Hun werking is erop gericht de persoon voor te bereiden op en toe te leiden naar een aangepaste woonvorm, werksituatie en/of behandelings- en begeleidingsaanbod. De residentiële units verschillen in de mate waarin ze het eigen aanbod als een tussenstap dan wel als een blijvende thuis beschouwen voor de geïnterneerden met een verstandelijke handicap.

Voor de ambulante projecten gelden het onderworpen zijn aan een interneringsmaatregel, het verblijven in de gevangenis, het hebben van een handicap, het ingeschreven en erkend zijn door het VAPH (of minstens ervoor in aanmerking komen) en het perspectief hebben op re-integratie in de samenleving als erkenningsvoorwaarden. De residentiële units richten zich op mensen met een licht of matig verstandelijke handicap, die geïnterneerd zijn, bij aanmelding in de gevangenis verblijven en beschikken over een toegangsticket voor een 'tehuis niet-werkenden' van het VAPH of ervoor in aanmerking komen.

Alle projecten ontwikkelden een agogisch activiteitenaanbod waarin het werken aan persoonlijke ontplooiing en groei centraal staan. In de ambulante projecten wordt dit aanbod sterk gekleurd door de context van de gevangenis. In de residentiële units verschilt het aanbod niet erg van het klassieke aanbod van een 'tehuis voor niet-werkenden'. Alleen de specificiteit en de complexiteit van het doelpubliek en de noodzaak om gericht om te gaan met gevaar- en risicosituaties zijn verschillend. In alle projecten wordt er veel aandacht besteed aan activiteiten op het vlak van redzaamheid, zowel tijdens individuele begeleidingsmomenten als tijdens groeps- en vormingsactiviteiten. Er is in alle projecten een uitgebreid en gevarieerd aanbod van dagen vrijetijdsbesteding voor de geïnterneerden met een handicap.

De projecten besteden op diverse manieren aandacht aan het lichamelijke en het sociaal-emotionele welbevinden van de cliënten. In alle projecten kunnen de geïnterneerden voor gesprekken terecht bij een individuele begeleider en worden er vormingspakketten aangeboden over sociaal-emotionele vaardigheden. In de residentiële units ligt een sterk accent op het creëren van een aangepast leef- en behandelingsklimaat waarin cliënten emotionele rust en veiligheid kunnen vinden. Daarnaast is er een divers aanbod van (individuele en groepsgerichte) therapieën. Ondanks de hoge prevalentie van psychiatrische problematieken bij de geïnterneerden met een verstandelijke

handicap, is de inzet van psychotherapie in de verschillende projecten eerder beperkt. Het opbouwen van een ondersteunend sociaal netwerk is een belangrijke uitdaging. Geïnterneerden zijn vaak door vrienden en familie in de steek gelaten. Men tracht voeling te krijgen met familie of vrienden en ze worden zoveel mogelijk betrokken. Toch is men zich ook bewust van de mogelijke negatieve invloed van het gezin op de geïnterneerde en/of van het feit dat sommige gezinnen niet sterk genoeg zijn om hun geïnterneerd familielid houvast en veiligheid te bieden.

Alle projecten besteden veel aandacht aan het inschatten van en het omgaan met gevaar- en risicosituaties. Daarbij wordt in eerste instantie gebruik gemaakt van het CBM-dossier dat een expliciete beoordeling omvat van de risico's. De residentiële units verschillen in de mate waarin ze als open of gesloten te typeren zijn, maar hanteren allen duidelijke huisregels om de veiligheid van de bewoners en de begeleiders te bewaken. Er wordt ook op een gerichte wijze omgegaan met ernstig acting out gedrag.

De projecten hanteren veel gelijkaardige werkingsprincipes, al zijn er ook duidelijke accentverschillen. Alle projecten leggen zeer veel nadruk op een brede en genuanceerde beeldvorming van de geïnterneerde met een (verstandelijke) handicap en werken met individuele handelingsplannen. Er wordt steeds op één of andere manier gefaseerd gewerkt, met een graduele toekenning van nieuwe vrijheden, maar de concrete wijze waarop dit gebeurt en de mate waarin, verschillen tussen de projecten. Hoewel alle projecten streven naar een evenwicht tussen individueel en groepsgericht werken, ligt de verhouding tussen beide componenten anders in de verschillende projecten. Alle projecten willen de geïnterneerden nieuwe kansen geven op participatie in de samenleving. Men gaat heel duidelijk op zoek naar mogelijkheden om geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap te laten deelnemen aan vrijetijds- en werkactiviteiten in de samenleving. Uit het onderzoek bleek het inclusief werken echter het meest uitgesproken in de werkingen van Ontgrendeld en Itinera. In de andere projecten wordt een iets meer 'beschermend' aanbod gerealiseerd dat specifiek is voor de doelgroep en veelal op het terrein van de voorziening plaatsvindt. De leefomgeving wordt in alle projecten duidelijk gestructureerd. Het zorgen voor een duidelijke structuur en welomschreven verwachtingen biedt houvast en een gevoel van veiligheid aan de geïnterneerden. In alle projecten is er op individueel en op groepsniveau inspraak en participatie.

De invulling van de personeelsomkadering is vergelijkbaar tussen de projecten. Ieder project heeft een vrij uitgebreid team van directe begeleiders dat over het algemeen bestaat uit mensen met verschillende opleidingen. Stafmedewerkers met onder andere een coördinator, een ortho-agoog/psycholoog en in sommige projecten een psychiater en een maatschappelijk werker, ondersteunen dit team. Er zijn specifieke accenten in de personeelsomkadering van de verschillende projecten (bijvoorbeeld een psychologisch assistent in A.B.A.G.G. die de diagnostiek uitvoert, een seksuologe in Ontgrendeld). In alle projecten komt men wekelijks of tweewekelijks samen met het volledige team. In diverse projecten bestaan daarnaast eerder beleidsgerichte overlegstructuren.

Als we kijken naar het breder netwerk, dan zien we dat de ambulante projecten samenwerken met verschillende andere diensten die actief zijn binnen de strafinrichting

(bijvoorbeeld de PSD) en daarbuiten. De residentiële units hebben over het algemeen weinig contacten met de gevangenis. De contacten met justitie verlopen voornamelijk via de CBM en via de justitieassistent. De residentiële units doen regelmatig beroep op het personeel of de diensten van het psychiatrisch centrum waarbinnen men gesitueerd is en/of op het breder geheel waartoe men behoort. Ze hebben ook een netwerk uitgebouwd met specialisten buitenshuis en met externen voor het realiseren van hun activiteiten aanbod.

De projecten gaven verschillende knelpunten aan die de werking bemoeilijken. Deze knelpunten situeren zich op het vlak van de financiële omkadering, het aanbod van vorming en interne bijscholing van personeel, de infrastructuur, de erkenning van de doelgroep in het VAPH, de doorstroom naar de 'reguliere' settings binnen de gehandicaptenzorg, en het gebrek aan samenwerking tussen de sectoren van de gehandicaptenzorg, gezondheidszorg en justitie op beleidsniveau. We gaan bij de beleidsaanbevelingen dieper in op de genoemde knelpunten.

3.3 Onderzoeksdoelstelling 3

Op basis van een literatuuranalyse die vooral betrekking had op publicaties van het laatste decennium, stellen we vast dat in de vakliteratuur anno 2009 nagenoeg alle aandacht uitgaat naar het effect van therapeutische interventies bij verstandelijk gehandicapte delinquenten - uitzondering gemaakt voor enkele diagnostische studies die het profiel van de verstandelijke gehandicapte zedendelinquent in kaart brengen - en dat binnen deze therapeutische vraagstelling de aandacht volledig wordt toegespitst op het effect van gedragsmatige en cognitief geïnspireerde interventiemodellen. De eerder agogische aanpak die de Vlaamse aanpak kenmerkt, is in de moderne vakliteratuur totaal afwezig.

Wat betreft het soort toegepaste therapieën kunnen we concluderen dat vooral wordt gepubliceerd over (cognitieve) gedragstherapie. Er zijn evenwel te weinig, en vooral te weinig methodologisch sterk onderbouwde empirische data voorhanden, om een specifiek model of aanpak aan te wijzen als *best practice* voor verstandelijk gehandicapte delinquenten. Op basis van een overzicht van een beperkt aantal programma's aangeboden aan delinquenten in diverse settings, kan er wel geconcludeerd worden dat behandelingsprogramma's zich moeten richten op twee reeksen factoren om succesvol te zijn. Een eerste reeks factoren betreft persoonlijkheidskarakteristieken die direct samenhangen met criminaliteit (o.a. een gebrekkig inzicht in de aard en de gevolgen van het gedrag). Als de verstandelijke handicap gepaard gaat met psychiatrische stoornissen, dient ook deze aandoening onderwerp te vormen van (farmacologische) behandeling. Een tweede groep factoren heeft een indirect effect op delinquentie. Het betreft de vaardigheden die nodig zijn om op een sociale wijze te leven in de gemeenschap op sociaal, beroepsmatig, economisch, interpersoonlijk, en vrijetijdsgebied.

Recente publicaties leggen eerder nadruk op cognitieve (gedrags)therapieën. Cognitieve (gedrags)therapie stelt zich tot doel gedrags- en emotionele problemen die een adequaat functioneren bemoeilijken of onmogelijk maken te verlichten via het inwerken op een aantal perceptuele en cognitieve disfunctionele inzichten en processen. Via

een reeks technieken zoals het werken aan ontkenning, het aantonen van het ongepaste van bepaalde opvattingen, cognitieve herstructurering, het vervangen van inadequate cognities door adequate inzichten, motivatiebevordering, het opsporen van signalen van hervat, het ontwikkelen van empathie ten overstaan van het slachtoffer, het inwerken op deviante fantasieën, en Socratische interviewing probeert men aan het inadequaat functioneren te remediëren. Vaak worden deze technieken gecombineerd met relaxatietherapie, contingentie management en training van sociale vaardigheden uit het arsenaal van de gedragstherapie.

Er zijn studies uitgevoerd naar behandelingen bij drie groepen delinquenten met een verstandelijke handicap: mensen die een seksueel delict hebben gepleegd, mensen die gewelddelicten hebben gepleegd en brandstichters. Wanneer we kijken naar de resultaten van onderzoek naar de effecten van diverse therapievormen bij deze specifieke doelgroepen, kunnen we enkele algemene conclusies trekken. De effectiviteit van farmacologische interventies blijft omstrepen omdat ze vaak weinig specifiek inwerken op de problematiek en ongewenste neveneffecten met zich meebrengen. De effecten van de gedragstherapeutische en de cognitief therapeutische interventies worden als matig positief beoordeeld. Hoewel er bij de aanpak van agressie vooral gebruik gemaakt werd van vrij intrusieve technieken zoals aversietechnieken en medicatie, zijn de beste effecten aanwijsbaar bij minder intrusieve technieken, zoals aanpassingen in de omgeving en contingentie management. Opvallend is dat de interventies enerzijds gericht zijn op de delicten zelf en de gevolgen ervan, bijvoorbeeld het beïnvloeden van opvattingen, hervatpreventie, het opwekken van empathie voor het slachtoffer. Anderzijds richten de interventies zich ook op het aanleren van vaardigheden die de persoon in staat moeten stellen om beter te functioneren in de samenleving, bijvoorbeeld sociale en relationele vaardigheden en zelfcontrole.

Er blijven echter vele vragen open. Zo valt moeilijk te beantwoorden welke elementen binnen deze programma's een positieve invloed uitoefenen op cliënten met een verstandelijke handicap. Verder is het aantal empirische studies gering en zijn de studies methodologisch eerder zwak, enerzijds omdat ze nagenoeg altijd berusten op casestudies, anderzijds omdat experimentele designs omwille van ethische en juridische problemen nagenoeg onmogelijk zijn. Ook is het moeilijk om te bepalen in hoeverre de resultaten van dergelijke (gedrags)therapeutische interventies blijvend zijn.

We vermelden ten slotte dat in de literatuur melding gemaakt wordt van de positieve effecten van een case management programma waarbij cliënten op basis van een grondige diagnostische beeldvorming begeleid worden in hun zoektocht naar aangepaste diensten en informatie.

4 Beleidsaanbevelingen

Dit onderzoek heeft aangetoond dat zowel de ambulante als de residentiële projecten die gesubsidieerd worden door het VAPH en die zich richten op geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap, een **voortrekkersrol spelen** in het begeleiden van deze doelgroep. Omwille van de complexe en specifieke problematiek van deze men-

sen en de bijzondere context waarin deze projecten werken, is het begeleiden van deze doelgroep een grote uitdaging en een zoekproces waar de projecten op een systematische en doordachte manier mee bezig zijn. Het lijkt ons wenselijk dat hun belangrijke rol en betekenis ook beleidsmatig erkend en gewaardeerd wordt. In 2000 keurde de Vlaamse regering een strategisch plan goed om de hulp- en dienstverlening aan gevangenen uit te breiden en te verbeteren. Dit plan zette de krachtlijnen, strategieën en programma's uit van het beleid dat de Vlaamse overheid wilde ontwikkelen inzake de maatschappelijke dienstverlening aan gedetineerden. Het is duidelijk dat zowel de ambulante als de residentiële VAPH-projecten in zeer grote mate bijdragen aan de missie van dit plan, met name 'het recht waarborgen van alle gedetineerden en hun directe sociale omgeving op een integrale en kwaliteitsvolle hulp- en dienstverlening zodat ook zij zich harmonisch en volwaardig kunnen ontplooiën in de samenleving' voor de gedetineerden met een handicap.

Hieronder bespreken we enkele elementen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen en waaraan aandacht kan besteed worden bij de verdere uitbouw van het aanbod voor geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap in Vlaanderen.

4.1 Onderkenning van de doelgroep

We stelden bij de dataverzameling vast dat het **juridisch dossier inclusief het deskundig verslag** niet van goede kwaliteit zijn. Er is inhoudelijk weinig uniformiteit, over verschillende variabelen konden we in de dossiers weinig informatie vinden en de dossiers zijn niet steeds geactualiseerd. Er zou werk moeten gemaakt worden van de kwaliteitsbewaking van de juridische dossiers.

Ons onderzoek toonde aan dat ongeveer een vijfde van de geïnterneerden (n=283) een verstandelijke handicap heeft (IQ < 70). Dit is wellicht slechts een benadering van het reële aantal. We vermoeden immers dat de verstandelijke handicap in een aantal gevallen onopgemerkt bleef en in andere gevallen het gevolg is van foutieve diagnosestellingen. Het blijft dus noodzakelijk dat meer aandacht besteed wordt aan een **accurate onderkenning en diagnosestelling van de handicap** bij mensen die in aanraking komen met justitie. Een onderkenning van de handicap bij gedetineerden en geïnterneerden zou stapsgewijs kunnen gebeuren, met een eerste globale screening door de psychosociale dienst / het zorgteam, en vervolgens een uitgebreidere en multidisciplinaire beeldvorming door de ambulante projecten. Het lijkt ons belangrijk dat diagnostiek één van de kernopdrachten blijft van de ambulante projecten. Dit omvat dan zowel (differentiaal)diagnostiek van de aard en de ernst van de beperking als handelingsgerichte diagnostiek waarbij de mogelijkheden, de beperkingen en de ondersteuningsnoden van de betrokkene in kaart gebracht worden op diverse levensdomeinen.

4.2 Specifiek aanbod voor de doelgroep

Van de 283 geïnterneerden met een verstandelijke handicap die op 31 december 2007 een dossier hadden in de CBM van Gent, Antwerpen of Leuven, werd volgens de dos-

siers slechts 22% begeleid door de specifieke settings van het VAPH (n=61). Dit cijfer is een onderschatting van het reële aantal mensen dat op dat ogenblik effectief begeleid werd vanuit deze settings. We wezen reeds eerder op de onvolledigheid van de dossiers. Daarnaast beperkten wij de groep tot mensen met een IQ < 70. Desondanks blijft er een grote discrepantie tussen het aantal geïdentificeerde dossiers van geïnterneerden met een verstandelijke handicap en het **aantal mensen dat in begeleiding is bij door het VAPH erkende diensten**.

We dienen bovenstaande vaststelling wat gedetailleerder te bekijken voor de ambulante resp. de residentiële projecten. De twee **ambulante projecten** van het VAPH (Ontgrendeld en A.B.A.G.G.) hebben een erkenning en een personeelsomkadering voor 16 cliënten, maar begeleiden dagelijks ongeveer 30 cliënten in de gevangenis van Gent en ongeveer 70 cliënten in de gevangenis van Merksplas. Zij bereiken daarmee met beperkte middelen het grootste deel van de al geïdentificeerde populatie die in de strafinrichtingen verblijft. We adviseren het beleid vooreerst om te onderzoeken hoe de personeelsomkadering voor de ambulante projecten meer in overeenstemming kan gebracht worden met het reële aantal cliënten dat begeleid wordt. Tevens zouden maatregelen kunnen genomen worden om de groep van mensen met een handicap in strafinrichtingen die men nu nog niet bereikt, nog te verminderen. Door een betere diagnosestelling (zie hoger), zal men meer mensen met een handicap kunnen identificeren. Er dient ook bijzondere aandacht besteed te worden aan het opmaken van het inschrijvingsdossier van mensen met een handicap die in strafinrichtingen verblijven. Een kleine helft van de geïnterneerden die wij in dit onderzoek geïdentificeerd hebben, is niet ingeschreven bij het VAPH. Ten slotte zouden de ambulante projecten zich ook kunnen richten op gedetineerden met een handicap van wie de zaak nog dient voor te komen, beklaagden, personen die in voorarrest zitten, etc. Door deze elementen zou de potentiële doelgroep van de ambulante projecten kunnen toenemen.

Wat het **residentiële aanbod** betreft, is de discrepantie tussen het aantal geïdentificeerde geïnterneerden met een verstandelijke handicap en het aantal mensen dat in begeleiding is groter. Slechts 24% van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap die vrij op proef zijn, wordt begeleid vanuit de gehandicaptenzorg: ongeveer de helft vanuit de 'specifieke' residentiële units en de helft vanuit 'reguliere' ambulante of residentiële settings die gesubsidieerd worden door het VAPH. Ook hier moeten we, omwille van de onvolledigheid van de dossiers, de cijfers enigszins relativeren. Toch lijkt een uitbreiding van het specifieke residentiële aanbod vanuit het VAPH voor geïnterneerden met een verstandelijke handicap wenselijk. Voor hoeveel geïnterneerden een extra aanbod nodig of wenselijk is, is moeilijk te beantwoorden. Vooreerst zullen niet alle geïnterneerden die vrij op proef zijn nood hebben aan residentiële begeleiding of opvang. Daarnaast stellen we vast dat ongeveer de helft van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap ook begeleid wordt vanuit de psychiatrie. Op basis van ons onderzoek kunnen we niet aangeven of deze mensen daar adequaat begeleid worden, dan wel beter zouden kunnen opgevangen worden in een specifiek VAPH-aanbod. Volgens de CRZ-gegevens eind 2008 stonden 19 geïnterneerden op de wachtlijst voor een tehuis voor niet-werkenden en 14 voor begeleid of beschermd wonen.

We pleiten ervoor om de **doelgroep** van de door het VAPH erkende projecten voldoende breed te omschrijven. Naast geïnterneerden met een verstandelijke handicap,

zijn er ook steeds meer mensen met NAH of een autismespectrumstoornis. Ook zij moeten kunnen opgevangen worden in de specifieke VAPH-settings voor geïnterneerden.

Wat de doelgroep betreft valt het ook op dat er onder de geïnterneerden die begeleid worden door de specifieke VAPH-projecten, minder mensen zijn met psychiatrische stoornissen dan onder de geïnterneerden die niet begeleid worden door het VAPH. Het VAPH begeleidt bovendien relatief gezien minder geïnterneerden met verslavingsproblemen, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Dit is wellicht ten dele het gevolg van de opnamepolitiek van enkele van de residentiële projecten. Het is duidelijk dat de meerderheid (69%) van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap één of meer psychiatrische stoornissen heeft. Het lijkt ons van belang dat de residentiële units voldoende toegerust zouden worden om mensen met een dergelijke complexe problematiek te kunnen opvangen. Gezien de grote aanwezigheid van psychiatrische problematiek, lijkt ons het verder uitbouwen van de (bestaande) samenwerking met de psychiatrie wenselijk om voor deze doelgroep een kwaliteitsvol aanbod te kunnen doen.

Zowel in de ambulante als in de residentiële projecten wordt een zeer uitgesproken **agogisch aanbod** gedaan waarin het werken aan persoonlijke ontwikkeling en groei centraal staan. Er wordt veel aandacht besteed aan het zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren, het kunnen uitvoeren van een zinvolle dag- en vrijetijdsbesteding en het bevorderen van het socio-emotioneel welbevinden van de betrokkenen. Dit agogisch aanbod in een aangepast leef- en behandelingsklimaat is geïnspireerd vanuit een ortho(ped)agogisch kader. Het vormt onzes inziens de kracht van het specifieke aanbod. Het staat echter in contrast met het behandelingsaanbod ten aanzien van geïnterneerden met een verstandelijke handicap dat we in de literatuur aantreffen en dat sterk (cognitief) gedragstherapeutisch georiënteerd is. Dit beeld is wellicht wat vertekend ten gevolge van een bepaalde publicatiepolitiek en van de grote aandacht voor effectstudies in het kader van een 'evidence based' beleid. De discrepantie tussen het Vlaamse 'agogische' aanbod enerzijds en het internationale '(cognitief) gedragstherapeutische' aanbod anderzijds, doet tevens enkele vragen rijzen. Vooreerst willen we ervoor pleiten om onderzoek op te zetten om de meerwaarde en de effecten van de agogische benadering van geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap aan te tonen. Dat zou de eenzijdige benadering in het internationale onderzoek kunnen tegengaan. Vlaanderen kan op dat vlak een voortrekkersrol spelen. Daarnaast blijft het een uitdaging voor de projecten om een werkzame combinatie te vinden van agogische en therapeutische componenten in het aanbod, zeker ten aanzien van de cliënten met een psychiatrische problematiek. Zowel in de ambulante projecten als in de residentiële units kunnen het psychotherapeutisch aanbod en de psychotherapeutische expertise in het personeelskader wellicht nog versterkt worden.

Er dient meer geïnvesteerd te worden in **vorming en bijscholing** van begeleiders. Dat kan zowel gericht zijn op bepaalde problematieken (seksuele delinquentie, psychiatrische problematieken), als op behandelings- en begeleidingsvormen.

De projecten botsen soms op bepaalde beperkingen in de **regelgeving** van het VAPH. Zo kunnen geïnterneerden die opgevangen worden in de residentiële units, omwille

van de erkenning als 'tehuis niet-werkenden', geen individueel arbeidstraject volgen in het reguliere circuit. We pleiten voor flexibiliteit in de regelgeving om het vinden van aangepaste woon- en werkvormen voor deze groep van mensen beter mogelijk te maken.

4.3 Uitdagingen voor reguliere diensten en voorzieningen binnen VAPH

We stellen vast dat veel geïnterneerden reeds een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hadden vóór ze geïnterneerd werden. De VAPH-organisaties zouden sterker kunnen inzetten op een **preventief beleid** op vlak van misdaden bij personen met een verstandelijke handicap, zowel bij minderjarigen als bij volwassenen. Door aan mensen met een handicap en ernstige gedrags- en/of psychische problematiek sneller gespecialiseerde opvang te bieden, kan men preventief werken en vermijden dat mensen pas begeleid worden nadat ze een delict gepleegd hebben.

Zowel de ambulante als twee van de drie residentiële projecten beogen de re-integratie van de geïnterneerde met een (verstandelijke) handicap. Ze willen de geïnterneerden voorbereiden op en laten **doorstromen** naar een geschikte woonvorm, werksituatie en/of begeleidings- en behandelingsaanbod. De projecten ervaren duidelijk moeilijkheden bij het realiseren van deze doelstelling. Enerzijds omwille van de beperkte beschikbaarheid en de lange wachtlijsten in het aanbod van zorg en ondersteuning voor mensen met een (verstandelijke) handicap. Daarnaast is er een gebrek aan geschikte gespecialiseerde settings die voldoende veiligheids garanties kunnen bieden om de geïnterneerden op te vangen. De projecten ervaren een beperkte bereidheid van 'reguliere' diensten en voorzieningen binnen de gehandicaptenzorg om de doelgroep van mensen met een (verstandelijke) handicap en ernstige gedrags- en/of psychiatrische problematiek op te vangen. We pleiten in dit verband voor een dubbele benadering:

- enerzijds een uitbreiding van het specifieke residentiële aanbod voor geïnterneerden met een handicap en ernstige gedrags- en/of psychische problemen
- anderzijds het voorzien van stimulansen en incentives voor de 'reguliere' diensten en voorzieningen binnen het VAPH die extra inspanningen willen leveren om deze doelgroep op te vangen. Het VAPH zou dit kunnen stimuleren via het uitbreidingsbeleid en/of door flexibiliteit in de regelgeving. Ook een differentiële financiering van voorzieningen op basis van de zorgzwaarte van cliënten (waarbij ernstige gedrags- en/of psychische problematiek een verzwarende factor is) kan hiertoe bijdragen. De drempel voor reguliere diensten of voorzieningen om geïnterneerden op te vangen, zou ook kunnen verlaagd worden door een proefperiode van een aantal maanden te voorzien, waarin een terugkeer naar de gevangenis of naar de residentiële unit mogelijk is. Het ontwikkelen van aangepast instrumentarium om een adequate inschatting te kunnen maken van gevaar- en risicosituaties, zou ook nuttig kunnen zijn in dit verband.

4.4 Samenwerking VAPH – geestelijke gezondheidszorg – justitie

Hoewel de wil en de eerste aanzetten tot samenwerking op de werkvloer aanwezig zijn, ervaren de projecten dat de samenwerking tussen de sectoren gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en justitie op beleidsmatig vlak niet altijd even vlot verloopt. Intersectorale afstemming en intensifiëring van de intersectorale dialoog inzake het beleid ten aanzien van de doelgroep zijn nodig.

Op beleidsvlak is **opvolging** nodig van de effecten **van diverse vernieuwingen** ten aanzien van de doelgroep. Zo is niet duidelijk welke gevolgen de nieuwe strafuitvoeringsrechtbanken en de nieuwe regelgeving omtrent geïnterneerden zullen hebben op de instroom en de trajecten van de geïnterneerden met een handicap in de VAPH-projecten. Ook is niet duidelijk in welke mate nieuwe initiatieven op vlak van forensische psychiatrie implicaties zullen hebben en nieuwe mogelijkheden zullen bieden voor de opvang van geïnterneerden met een (verstandelijke) handicap en bijkomende psychiatrische problematiek. Een **werkgroep op beleidsniveau** waarin vertegenwoordigers van de drie sectoren vertegenwoordigd zijn, is essentieel om deze evoluties en de gevolgen ervan op te volgen. Dit zou tevens de versnippering van het overleg tussen de beleidsinstanties tegengaan.

Ook op de werkvloer zelf is verdere **afstemming tussen welzijnszorg en justitie** nodig. We denken aan de samenwerking van de VAPH-projecten met justitieassistenten en de CBM, inzake afspraken over de formulering en de naleving van de voorwaarden en de opvolging van dossiers. In de gevangenis lijkt het verder uitbouwen van de samenwerking van belang tussen de verantwoordelijken en medewerkers van de ambulante VAPH-projecten enerzijds en de zorgteams, de medewerkers van de psychosociale dienst en de beleidsmedewerkers in de gevangenis anderzijds. Het in het strategisch plan voorziene structureel overleg tussen de beleidsmedewerker, het inrichtingshoofd, de vertegenwoordigers van de hulp- en dienstverlening en het personeel van de gevangenis dient verder gecontinueerd en/of uitgebreid te worden.

Lijst van tabellen

Tabel 1	IQ-scores van de geïnterneerde populatie naar CBM (N en %)	17
Tabel 2	Begeleidingsstatus van geïnterneerden met een verstandelijke handicap onder vrijheid op proef	18
Tabel 3	Frequenties en percentages geïnterneerden met een verstandelijke handicap in de strafinrichtingen	19
Tabel 4	Geslacht van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap naar wettelijke status en begeleidingstype	20
Tabel 5	Woonsituatie van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap net voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype	21
Tabel 6	Tewerkstellingssituatie van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype	21
Tabel 7	Tewerkstelling in een beschutte werkplaats van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype	22
Tabel 8	Partnerrelatie van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype	22
Tabel 9	Kwaliteit van de partnerrelatie van de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype	23
Tabel 10	Contacten met familieleden van geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype	23
Tabel 11	Kwaliteit van de contacten met familieleden van geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype	24
Tabel 12	Gevolgd hebben van buitengewoon onderwijs (BuO) door de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype	24
Tabel 13	Psychiatrische stoornissen bij geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype	25
Tabel 14	Aard van de psychiatrische stoornissen bij de geïnterneerden met een verstandelijke handicap voor de internering naar wettelijke status en begeleidingstype	26

Tabel 15	Feiten naar aanleiding waarvan geïnterneerden met een verstandelijke handicap werden geïnterneerd, naargelang wettelijke status en begeleidingstype	27
Tabel 16	Misdaden en wanbedrijven tegen de openbare zeden, gepleegd door geïnterneerden met een verstandelijke handicap, naargelang wettelijke status en begeleidingstype	28
Tabel 17	Misdaden en wanbedrijven tegen personen gepleegd door geïnterneerden met een verstandelijke handicap, naargelang wettelijke status en begeleidingstype	29
Tabel 18	Misdaden en wanbedrijven tegen de eigendommen gepleegd door geïnterneerden met een verstandelijke handicap, naargelang wettelijke status en begeleidingstype	30
Tabel 19	Zorgsectoren vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap (N=283)	32
Tabel 20	Begeleiding per zorgsector vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap vrij op proef (n=163) en in strafinrichtingen (n=102)	32
Tabel 21	Begeleiding per zorgsector vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap begeleid door het VAPH (n=61) versus niet begeleid door het VAPH (n=213)	33
Tabel 22	Begeleiding per zorgsector vóór de internering van geïnterneerden residentieel (n=20) en ambulante begeleid (n=41) door het VAPH	33
Tabel 23	Begeleiding per zorgsector vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap en met een hulpverleningsgeschiedenis in de gehandicaptenzorg, naargelang wettelijke status en begeleidingstype	34
Tabel 24	Begeleiding per zorgsector vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap en een hulpverleningsgeschiedenis in de psychiatrie, naargelang wettelijke status en begeleidingstype	34
Tabel 25	Ambulante versus residentiële begeleiding vóór de internering van geïnterneerden met een verstandelijke handicap, naargelang wettelijke status en begeleidingstype	35
Tabel 26	Zorgverlening tijdens de internering aan geïnterneerden met een verstandelijke handicap vrij op proef (n=163) en in strafinrichtingen (n=102)	36
Tabel 27	Zorgverlening tijdens de internering aan geïnterneerden met een verstandelijke handicap begeleid door het VAPH (n=61) versus niet begeleid door het VAPH (n=213)	36
Tabel 28	Zorgverlening tijdens de internering aan geïnterneerden met een verstandelijke handicap, residentieel (n=20) en ambulante begeleid (n=41) door het VAPH	37

Tabel 29	Aantal geïnterneerden met een toegangsticket voor bepaalde bijstandsvelden op vlak van werken ten opzichte van de totale groep geïnterneerden (n=283)	37
Tabel 30	Aantal geïnterneerden met een toegangsticket voor bepaalde bijstandsvelden op vlak van zorg ten opzichte van de totale groep geïnterneerden (n=283)	38
Tabel 31	Opname- en selectiecriteria van de verschillende projecten	43

REFERENTIES

Allen, R., Lindsay, W.R., MacLeod, F. & Smith, A.H.W. (2001). Treatment of women with intellectual disabilities who have been involved with the Criminal Justice System for reasons of aggression. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14, 340-347.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text revision)*. Washington DC: Author.

Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-74.

Benson, B.A., Rice, C.J. & Miranti, S.V. (1986). Effects of Anger Management Training with mentally retarded adults in group treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 728-729.

Blanchard, R., Watson, M. Choy, A., Dickey, R., Klassen, P., Kuban, N. & Feren, D.J. (1999). 'Paedophiles: mental retardation, mental age and sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 111-127.

Clare, I.C.H., Murphy, G.H., Cox, D. & Chaplin, E.H. (1992). Assessment and treatment of firesetting: a single case investigation using a cognitive behavioural model. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12(4), 282-293.

Cox-Lindenbaum, D. (2001). Group therapy for mentally retarded sex offenders. In: A.Došen & K. Day (Eds.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (pp. 343-357). Washington: American Psychiatric Publ.

Craig, L., Stringer, I. & Moss, T. (2006). Treating sexual offenders with learning disabilities in the community. A critical review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50 (4), 369-390.

Cullen, C. (1993). The treatment of people with learning disabilities who offend. In K. Howells & C. Hollin (Eds.), *Clinical approaches to the mentally disordered offender* (pp. 145-163). Chichester: Wiley.

Day, K. (1994). Male mentally handicapped sex offenders. *British Journal of Psychiatry*, 165, 630-639.

Gardner, W.I., Graeber, J.L. & Mackkovitz, S.J. (1998). Treatment of offenders with mental retardation. In: R.M. Wettstein (Ed.), *Treatment of offenders with mental disorders* (pp. 329-364). The Guilford Press: New York/London.

Gilby, R., Wolf, L. & Goldberg, B. (1989). Mentally retarded adolescent sex offenders: a survey and pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 542-548.

Goethals, J. (2007). *Psychologie en delinquentie*. Leuven: Acco.

- Hayes, S. (1991). Pilot prison programmes. *Australia & New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 17*, 209-216.
- Hays, S.-J., Murphy, G.H., Langdon, P.E., Rose, D. & Reed, T. (2007). Group treatments for men with intellectual disability and sexually abusive behavior. Service user views. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 32*(2), 106-116.
- Holland, A.J. (1991). Challenging and offending behaviour by adults with developmental disabilities. *Australia & New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 17*, 119-126.
- Kelly, T. (2000). *Investigating the effectiveness of a cognitive-behavioural approach to anger management problems in forensic patients with a learning disability*. Msc Thesis, University at Ulster at Jordanstown, Jordanstown.
- King, N., Lancaster, N., Wynne, G. & Nettleton, N. (1999). Cognitive-behavioural anger management training for adults with mild intellectual disability. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 28*, 19-22.
- Lakey, J. (1994). The profile and treatment of male adolescent sex offenders. *Adolescence, 29*, 755-761.
- Lindsay, W.R. (2002). Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 46* (1), 74-85.
- Lindsay, W.R., Allen, R., MacLeod, F., Smart, N. & Smith, A.H.W. (2003). Long-term treatment and management of violent tendencies of men with intellectual disabilities convicted of assault. *Mental Retardation, 41* (1), 47-56.
- Lindsay, W.R., Hastings, R.P., Griffiths, D.M., Hayes, S.C. (2007). Trends and challenges in forensic research on offenders with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 32* (2), 55-61.
- Lindsay, W.R., Law, J., Smart, N. & Smith, A.H.W. (2001). A comparison of physical and sexual abuse histories: sexual and non sexual offenders with intellectual disability. *Child Abuse and Neglect, 25*, 989-995.
- Lindsay, W.R., Marshall, I., Neilson, C., Quinn, K. & Smith, A.H.W. (1998). The treatment of men with a learning disability convicted of exhibitionism. *Research in Developmental Disabilities, 19*, 295-316.
- Lindsay, W.R., Olley, S., Baillie, N. & Smith, A.H.W. (1999). Treatment of adolescent sex offenders with intellectual disabilities. *Mental Retardation, 37* (3), 201-211.
- Lindsay, W.R. & Smith, A.H.W. (1998). Responses to treatment of sex offenders with a learning disability: a comparison of men with one year and two year probation sentences. *Journal of Intellectual Disabilities, 42*, 346-353.
- Lindsay, W.R., Smith, A.H.W., Law, J., Quinn, K., Overend, T. & Allan, R. (2002). A treatment service for sex offenders and abusers with intellectual disability: characteristics of referrals and evaluation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15*, 166-174.

- Linhorst, D.M., McCutchen, T.A. & Bennett, L. (2003). Recidivism among offenders with developmental disabilities participating in a case management program. *Research in Developmental Disabilities, 24*, 210-230.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M., Spreat, S. & Tassé, M.J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington: American Association on Mental Retardation.
- Maes B., Penne, A. & Petry, K. (2005). Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking. In: H. Grietens, J. Vanderfaillie & W. Ruijsenaars (Red.), *Handboek orthopedagogische hulpverlening* (pp. 127-160). Leuven: ACCO.
- Murphy, G., Powell, S., Guzman, A.-M. & Hays, S.-J. (2007). Cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities and sexually abusive behavior: a pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(11), 902-912.
- Murrey, G.H., Briggs, D. & Davis, C. (1992). Psychopathically disordered, mentally ill and mentally handicapped sex offenders: a comparative study. *Medicine, Science and the law, 32*, 331-336.
- Novaco, R.W. (1975). *Anger control: the development and evaluation of experimental treatment*. Lexington, Ma: Heath.
- Plested, K., Green, J. & Chalcraft, I. (2000). *An evaluation of the anger management group*. Portsmouth Healthcare NHS Trust, Portsmouth.
- Rice, M.E. & Chaplin, T.C. (1979). Social skills training for hospitalised male arsonists. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 10*, 105-108.
- Rose, J. (1996). Anger management: a group treatment program for people with mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 8*, 133-149.
- Rose, J., Jenkins, R., O'Connor, C., Jones, C. & Felce, D. (2002). A group treatment for men with intellectual disabilities who sexually offend or abuse. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15*, 138-150.
- Rose, J., Loftus, M., Flint, B. & Carey, L. (2005). Factors associated with the efficacy of a group intervention for anger in people with intellectual disabilities. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 305-317.
- Rose, J., West, C. & Clifford, D. (2000). Group interventions for anger in people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 21*, 171-181.
- Stenfert Kroese, B., (1997). *Cognitive-behavioural therapy for people with learning disabilities*. Londen: Routledge.
- Sturmey, P. (2004). Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: A selective review and critique. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 222-232.
- Taylor, J.L. (2002). A review of the assessment and treatment of anger and aggression in offenders with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(1), 57-73.

Taylor, J.L., Novaco, R.W., Gillmer, B.T., Robertson, A. & Thorne, I. (2005). Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: A controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 367-382.

Taylor, J.L., Novaco, R.W., Gillmer, B. & Thorne, I. (2002). Cognitive-behavioural treatment of anger intensity among offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 151-165.

Taylor, J.L., Thorne, I., Robertson, A. & Avery, G. (2002). Evaluation of a group intervention for convicted arsonists with mild and borderline intellectual disabilities. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12, 282-293.

Van Damme, N. (2008). *Personen met een verstandelijke handicap in de gevangenis. Een literatuurstudie*. Leuven: K.U.Leuven, Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek. (niet gepubliceerde licentiaatsverhandeling).

Vanden Hende, M., Caris, K. & De Block-Bury, L. (2005). *Ontgrendeld: Beschrijvend wetenschappelijk onderzoek naar geïnterneerden met een verstandelijke handicap en hun verblijf in de Vlaamse gevangenissen (pp. 32-34)*. Gent: Accademia Press.

Werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit (mei 2005). *Syntheseverslag mei 2005*.