

Cahier 2009-11

Een complex probleem

Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap

H.L. Kaal (WODC)
M.M.J. van Ooyen-Houben (WODC)
S. Ganpat (IVO)
E. Wits (IVO)

Bestelgegevens

Exemplaren van deze publicatie kunnen schriftelijk worden besteld bij

Bibliotheek WODC, kamer TN-3A03
Postbus 20301, 2500 EH Den Haag
Fax: (070) 370 45 07
E-mail: wodc@minjus.nl

Cahiers worden in beperkte mate gratis verspreid zolang de voorraad strekt.
Alle nadere informatie over WODC-publicaties is te vinden op Justweb en op www.wodc.nl

Dankwoord

Deze publicatie bevat de bevindingen van een studie naar het benodigde zorgaanbod voor justitiabelen met een co-morbide verslavings- en psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap. Deze publicatie is tot stand gekomen door samenwerking tussen het IVO en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

Om zicht te krijgen op de aard en omvang van de doelgroep, en het benodigde en huidige zorgaanbod, zijn eerst twee werkdocumenten opgesteld. Een van deze documenten gaf een beschrijving van het bestaande hulpaanbod; hiervoor is een belronde gehouden. Op deze plek willen we graag de medewerkers van de verschillende zorginstanties die in dit kader geraadpleegd zijn bedanken voor hun medewerking aan het onderzoek. Zij worden in dit rapport niet bij naam genoemd, maar we zijn hen zeer erkentelijk voor hun bereidheid om ons te woord te staan en te voorzien van informatie. Voor het onderzoek zijn verder secundaire data-analyses uitgevoerd. We danken dhr. A. Essers van het WODC voor zijn ondersteuning hierbij.

De opgestelde werkdocumenten zijn besproken in een expertmeeting, die veel heeft bijgedragen daar waar de bestaande literatuur tekortschoot. We willen dan ook de daarbij aanwezige experts (zie bijlage 1) hartelijk bedanken voor hun nuttige bijdrage. Ten slotte bedanken we de kritische meelezers van het rapport, dr. B.S.J. Wartna (WODC), dr. M.J. Koeter (AIAR/AMC) en mw. drs. E.M. Bransen (Trimbos-instituut), voor hun waardevolle commentaar op een eerdere versie van deze publicatie.

Inhoud

Samenvatting — 7

1 Inleiding — 11

- 1.1 Achtergrond — 11
- 1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen — 12
- 1.3 Gebruikte begrippen — 13
- 1.4 Projectopzet — 15
 - 1.4.1 Secundaire analyse van bestaande data en analyse van literatuur — 15
 - 1.4.2 Inventarisatie van het huidige zorgaanbod — 17
 - 1.4.3 Expertmeeting — 19
- 1.5 Opzet rapport — 19

2 De doelgroep — 21

- 2.1 Omvang van de doelgroep — 21
 - 2.1.1 Omvangschattingen op basis van twee secundaire analyses — 22
 - 2.1.2 Validering van de omvangschattingen op basis van RISC-bestand — 32
 - 2.1.3 Validering van omvangschatting populatie verslaafde justitiabelen — 35
 - 2.1.4 Validering van de omvangschatting populatie verslaafde justitiabelen met comorbide psychiatrische problematiek — 40
 - 2.1.5 Validering van de schatting LVG-problematiek — 42
 - 2.1.6 Aanvullende inzichten van de experts — 43
- 2.2 Kenmerken van de doelgroep — 47
 - 2.2.1 Literatuur over justitiabele problematische druggebruikers — 47
 - 2.2.2 Experts over justitiabelen met triple problematiek — 50
- 2.3 Samenvattend — 53

3 Zorgbehoefte en benodigde zorg — 55

- 3.1 De zorgbehoefte van justitiabele problematische druggebruikers — 55
 - 3.1.1 ... volgens justitiabele probleemgebruikers zelf — 55
 - 3.1.2 ... volgens professionals — 57
- 3.2 Benodigd zorgaanbod volgens wetenschappelijke evidentie — 58
 - 3.2.1 ... voor verslaafde justitiabelen — 58
 - 3.2.2 ... voor personen met co-morbide verslavings- en psychiatrische problematiek — 58
 - 3.2.3 Benodigde zorg bij LVG-groep — 60
- 3.3 Inhoud en kenmerken van benodigde zorg volgens de experts — 62
 - 3.3.1 Praktische ondersteuning — 63
 - 3.3.2 Diagnoses en zorg — 64
 - 3.3.3 Aanpassing aan niveau — 64
 - 3.3.4 Begeleiding, motivatie en bemoeizorg — 66
 - 3.3.5 Levenslange begeleiding — 68
 - 3.3.6 Streven naar abstinentie — 69
- 3.4 Samenvattend — 71

4 Huidig zorgaanbod — 75

- 4.1 Enkele aandachtspunten voor de toeleiding naar zorg van de doelgroep — 75
- 4.2 Zorgaanbod vanuit de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg — 77

- 4.2.1 Tactus Verslavingszorg — 78
- 4.2.2 Novadic-Kentron — 80
- 4.2.3 Bouman GGZ — 80
- 4.2.4 Parnassia Bavo Groep — 81
- 4.2.5 Wetenschappelijke basis — 81
- 4.3 Zorgaanbod vanuit de SGLVG-instellingen — 81
- 4.3.1 Doelgroep — 82
- 4.3.2 Visie — 82
- 4.3.3 Behandelaanbod — 83
- 4.3.4 Ontwikkelingen — 83
- 4.3.5 Wetenschappelijke basis — 84
- 4.4 Zorgaanbod specifiek voor justitiabelen — 84
- 4.4.1 Binnen detentie: screener forensische zorg in ontwikkeling — 84
- 4.4.2 Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC) — 85
- 4.4.3 De Waag — 85
- 4.4.4 ISD-afdeling PI Amsterdam — 86
- 4.4.5 Leger des Heils — 87
- 4.4.6 Hoeve Boschoord — 88
- 4.5 Samenvattend — 90

5 Slot — 93

- 5.1 Voldoende aanbod — 93
- 5.2 Een breed scala aan aangepaste modules en programma's — 96
- 5.3 Een context van deskundige en intensieve begeleiding — 98
- 5.4 Tijdige en herhaalde diagnostiek — 99
- 5.5 Samenvattend — 100

Summary — 103

Literatuur — 106

Bijlagen

- 1 Experts — 111
- 2 Telefonische interviews — 113
- 3 Mogelijkheden voor toepassing van justitiële drang in het strafrechtelijk systeem — 115
- 4 Overzicht bestaande interventies geschikt voor LVG-groep — 117
- 5 Overzicht literatuurstudie effectief zorgaanbod — 119
- 6 Voorbeelden van zorgaanbod anno 2009 in schema — 121

Samenvatting

Het kabinet Balkenende IV streeft naar vermindering van de criminaliteit en overlast in Nederland. Hierbij wordt ingezet op een persoonsgerichte aanpak van delinquenten, waarbij naast bestraffing wordt gezocht naar mogelijkheden om het gedrag zo te beïnvloeden dat ze na hun straf niet opnieuw de fout in gaan. Verslaafden krijgen bijvoorbeeld de mogelijkheid om in plaats van detentie deel te nemen aan een zorgtraject dat gericht is op gedragsbeïnvloeding. De reclassering ziet in dat geval toe op naleving van de voorwaarden. Om de aansluiting tussen straf en zorg te verbeteren beschikt het ministerie van Justitie sinds kort over een eigen budget voor het inkopen van zorg voor verslaafde justitiabelen. De inkoop richt zich in eerste instantie op de complexe groep justitiabelen met triple problematiek: problematisch druggebruik, psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap (LVG). Over deze groep is weinig bekend. Niet alleen bestaat er onduidelijkheid over de omvang, maar ook is het de vraag of het huidige zorgaanbod wel volstaat, of dat er aanpassing nodig is, respectievelijk dat wellicht een compleet nieuwe strategie ontworpen moet worden.

Dit onderzoek beoogt zicht te geven op deze groep. Het gaat om een *quick scan* waarvoor gebruik is gemaakt van meerdere informatiebronnen, teneinde de omvang van deze doelgroep, de kenmerken, de zorgbehoefte en het gewenste zorgaanbod in kaart te brengen. Eerst is de bestaande (Nederlandse) literatuur over de doelgroep en het gewenste zorgaanbod bestudeerd. Vervolgens zijn secundaire statistische analyses uitgevoerd op bestanden van eerder onderzoek en van scores van justitiabelen op de Risico Inschattingsschalen. Bovendien heeft een telefonische terreinverkenning plaatsgevonden om te achterhalen welke zorg op dit moment wordt aangeboden aan de doelgroep met triple problematiek. Hierbij zijn ook documenten over het zorgaanbod bestudeerd. Tot slot is een expertmeeting gehouden, waarin deskundigen uit diverse sectoren zich hebben gebogen over de inhoud die de zorg zou moeten hebben.

Het blijkt moeilijk om tot een schatting van de omvang van de groep justitiabelen met triple problematiek te komen. Dit heeft te maken met het feit dat de combinatie van problemen vaak onvoldoende is onderkend. Gedegen diagnostische informatie ontbreekt. De psychiatrische en de LVG-problematiek bij verslaafden zijn lange tijd verwaarloosd. Toch kan uit verschillende onderzoeken worden afgeleid dat grofweg 23 tot 52% van de justitiabelen kampt met problematisch druggebruik, dat 30 tot 65% van hen – grosso modo de helft – co-morbide psychiatrische problematiek kent, terwijl zo'n 15 tot 39% van de justitiabele druggebruikers een verstandelijke beperking zou kunnen hebben. Een analyse van beschikbare gegevens over gedetineerden leidt tot een grove inschatting dat 250 tot 1.150 gedetineerden in het gevangeniswezen verblijven die kampen met triple problematiek. Jaarlijks komt 920 tot 4.300 keer een persoon met triple problematiek het gevangeniswezen binnen. Dit kan een onderschatting zijn, vooral van de LVG-problematiek, die niet goed in beeld te brengen is. De experts wijzen erop dat druggebruik met name bij LVG-cliënten snel tot grote bijkomende problemen kan leiden onder andere vanwege hun sociale en psychische kwetsbaarheid.

De informatie over kenmerken van de groep justitiabelen met triple problematiek is evenmin exact. Volgens de literatuur en de experts heeft deze groep meestal ook problemen op het gebied van wonen en werken, relaties en financiën. Het criminele

verleden is doorgaans omvangrijk. De motivatie om zorg en begeleiding te ontvangen is vaak laag. Binnen de groep bestaan echter grote individuele verschillen. De zorgbehoefte geuit door de doelgroep zelf komt niet helemaal overeen met de zorgbehoefte zoals hulpverleners en onderzoekers die zien. Uit literatuur over justitiabele druggebruikers in het algemeen blijkt dat cliënten zelf vooral behoefte hebben aan praktische ondersteuning bij bijvoorbeeld huisvesting en financiën. Hulpverleners zien deze vorm van hulp als belangrijk middel om de cliënt te motiveren en om een vruchtbare context te creëren voor behandeling. De primaire zorgbehoefte ligt echter volgens hen bij de verslavings- en psychiatrische problematiek. De zorgdoelen zijn afhankelijk van de specifieke individuele problematiek.

In het gewenste zorgaanbod dienen volgens literatuur en experts de volgende elementen aanwezig te zijn. Ten eerste moet goede diagnostiek plaatsvinden in een vroeg stadium. Het instrumentarium moet aangepast zijn aan het niveau van de cliënten en aan de complexiteit van de problematiek. De diagnostiek zou ook regelmatig herhaald moeten worden om in te kunnen spelen op veranderingen. Ten tweede is een blijvende steunstructuur nodig, omdat een groot deel van de problematiek een chronisch karakter heeft. Ten derde moet er intensieve en continue begeleiding zijn, die door professionals, en deels ook door een beperkt aantal personen uit het netwerk van de cliënt geboden kan worden. Dit zou bijvoorbeeld conform de CRA-benadering (Community Reinforcement Approach) kunnen plaatsvinden. Het is ten vierde van belang om voortdurend aan te sluiten bij de motivatie en de mogelijkheden van de cliënten, bijvoorbeeld door de zorg zo aantrekkelijk mogelijk te maken en dagbesteding, sport en ontspanning te bieden. Het aanbod moet een 24 uurskarakter hebben, al dan niet intensief. Cognitieve gedragstherapieën met nadruk op vaardigheidstrainingen zouden onderdeel moeten uitmaken van het zorgaanbod. De LVG-problematiek vraagt bovendien om een aangepaste benadering waarbij van herhaling, visualiseren, oefenen, positief belonen en – afgaande op eerste signalen – nonverbale methoden gebruik wordt gemaakt. Ten vijfde is het belangrijk dat geïntegreerde zorg of behandeling wordt geboden, waarbij de verschillende problemen tegelijkertijd worden aangesproken. Bij voorkeur verblijven cliënten in aparte LVG-afdelingen. Tot slot dient er een ‘achtervang’ te zijn in het geval van een crisis of een terugval in middelengebruik, in de vorm van een crisisvoorziening.

Het huidige zorgaanbod is in dit licht niet toereikend. De kennis over de aanpak is zeer versnipperd en weinig gedocumenteerd. Wel is duidelijk dat her en der veel aanbod voor de doelgroep met triple problematiek wordt ontwikkeld, deels gericht op behandeling en deels op begeleiding. Verschillende bestaande vormen van interventie zijn of worden aangepast aan cliënten met triple problematiek. De aanpassing gebeurt vaak in een proces van ‘trial and error’. Deze ontwikkeling is vooral gaande in de verslavingszorg, in de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten, de TBS-sector en de maatschappelijke opvang. Behandelaars hebben echter nog nauwelijks weet van deze ontwikkeling.

Enkele programma's zijn volgens de literatuur en experts veelbelovend. Die programma's zijn echter nog lang niet allemaal uitontwikkeld en het nog prille aanbod is veelal niet of nauwelijks onderzocht voor de LVG-doelgroep. Er zijn wachtlijsten. De financieringsstructuur en de wijze van indicatiestelling zijn niet afgestemd op een langdurige, brede en sectoroverstijgende aanpak.

Duidelijk is dat naast een zorg- en behandelaanbod ook langduriger woonvoorzieningen met 24 uursopvang of – in het geval van ambulante zorg – intensieve

begeleiding nodig zijn. Ook het proces van toeleiding vanuit de detentie naar de zorg vraagt om een zorgvuldige en intensieve benadering, omdat het gaat om een moeilijke groep die bekend staat als zorgmijgend. Duidelijk is dat een specifiek op de kenmerken van de doelgroep toegesneden aanbod nodig is. Hoewel de benodigde aanpassingen aanzienlijk zijn, zijn de experts van mening dat het bestaande aanbod hiervoor als uitgangspunt kan dienen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Begin 2009 heeft Justitiële Verslavingszorg (JVZ), een project van het Ministerie van Justitie, het WODC verzocht een inventarisatie te maken van de beschikbare kennis – zowel in de literatuur als in het veld – betreffende de problematiek, de aantallen en de zorgbehoefte van een groep justitiabelen met drievoudige ('triple') problematiek (problematisch druggebruik, psychiatrische problematiek en licht verstandelijk gehandicapt (LVG)). Mede aan de hand van deze inventarisatie moest duidelijk worden of een compleet nieuwe behandelstrategie voor deze doelgroep moet worden ontworpen, of dat aanpassing en aanvulling van het huidige zorgaanbod volstaan.

Deze vraag van Justitie vloeit logisch voort uit het huidige kabinetsbeleid. Eén van de prioriteiten van het kabinet-Balkenende IV is de aanpak van criminaliteit en overlastgevend gedrag. Veel criminaliteit wordt veroorzaakt door recidivisten. Het kabinet stelt zich dan ook tot doel de maatschappelijke overlast die veroorzaakt wordt door criminaliteit aan te pakken, onder meer door de recidive van volwassen ex-ge-detineerden te laten dalen. Het kabinet beoogt een vermindering van de (zeven-jaars) recidive met 10% ten opzichte van 2002 (Veiligheid begint bij Voor-komen, TK 2007–2008, 28 684, nr. 119). Het kabinet zet hierbij in op een per-sonsogerichtte aanpak: naast bestraffing wordt gezocht naar mogelijkheden tot gedragsbeïnvloeding gericht op individuele oorzaken van crimineel gedrag. Dit beleidsuitgangspunt geldt ook ten aanzien van justitiabele problematische druggebruikers; hierbij gaat het beleid er al sinds lange tijd van uit dat een reductie van de criminaliteit van deze groep alleen bereikt kan worden als de gebruikers hulp krijgen bij het aanpakken van de verslavingsproblematiek (Van Laar & Van Ooyen, 2009; TK 1987-1988, 20 415, nrs. 1-2; TK 1994-1995, 24 077, nr. 3; TK 2006-2007, 31 110, nr. 1).

Zorg is belangrijk voor het terugdringen van recidive van verslaafden. Het is echter bekend dat verslaving niet vanzelfsprekend leidt tot crimineel gedrag. Niet alle probleemgebruikers komen in aanraking met politie en justitie. Het komt ook wel voor dat het criminele gedrag al bestond vóór de verslaving. Verslavingsproblematiek verlaagt wél de drempel tot crimineel gedrag en leidt ertoe dat de delicten in ernst en frequentie toenemen. Er is dus sprake van een versterkend effect, ook wel 'multiplier effect' genoemd. De relatie tussen verslaving en criminaliteit is waarschijnlijk dynamisch en interactief (Koeter & Van Maastricht, 2006).

Van de veroordeelden zit 60% korter dan twee maanden in detentie. Dit is te kort om de verslavingsproblematiek fundamenteel aan te pakken en de gedragsverandering te bereiken die nodig is om herhalingscriminaliteit terug te dringen. Een voorwaardelijke straf biedt daarvoor, door de proeftijd, meer ruimte. Met deze vorm van drang biedt Justitie het disciplinerende kader om verslaafden naar (verslavings)zorg toe te leiden. Zonder drang zouden deze mensen vaak geen behandeling ondergaan, terwijl er na behandeling minder wordt gebruikt, er minder crimineel gedrag is, de groep gezonder is en meer werk heeft (Koeter & Bakker, 2007; Uchtenhagen et al., 2006).

Formele justitiële drang krijgt vorm door het opleggen van straffen met bijzondere voorwaarden. In het geval van justitiabele probleemgebruikers gaat het er in essen-

tie om dat zij de kans krijgen om zich te laten behandelen, in plaats van een gevangenisstraf. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om het volgen van gedragstraining of het ondergaan van een ambulante of klinische behandeling. Gedragsbeïnvloeding als onderdeel van bijzondere voorwaarden acht het kabinet kansrijk door de combinatie met gevangenisstraf als stok achter de deur: het overtreden van de voorwaarden leidt tot tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf. Het kabinet stimuleert een toename van straffen met bijzondere voorwaarden en intensificeert het reclasseringstoezicht op de naleving daarvan (TK 2007-2008, 24 587, nr. 299). Er bestaan in de strafrechtsceten verschillende mogelijkheden tot justitiële drang (zie bijlage 3).

In een brief aan de Tweede Kamer (TK 2006-2007, 31 110, nr. 1) signaleert het Kabinet wel een aantal knelpunten in het drangbeleid voor verslaafde justitiabelen:

- de drang- en zorgtrajecten worden te weinig en slechts voor een beperkt deel van de doelgroep gebruikt;
- het zorgaanbod voor verslaafde justitiabelen is in aard en omvang ontoereikend, vooral voor die verslaafden waarbij een combinatie van problemen aan de orde is;
- 'zorg' en 'justitie' sluiten onvoldoende aan waardoor straf en zorg niet in optimale samenhang tot het gewenste resultaat kunnen leiden.

In reactie op deze knelpunten in het drangbeleid kondigt het Kabinet dan ook een offensief aan. Dit krijgt vorm in het project Justitiële Verslavingszorg (JVZ). Hierbij vormt inzet van niet-vrijblijvende zorg waar dat nodig is, het devies. Consequenter dan voorheen zullen sancties moeten worden afgestemd op onderliggende verslavingsproblematiek, vanzelfsprekend zonder daarbij de ernst van het begane delict uit het oog te verliezen. De concrete ambitie is een verdubbeling te realiseren van het aantal verslaafden dat in 2011 onder justitiële drang naar zorg wordt toegeleid, jaarlijks van 3.000 naar 6.000 (TK 2006-2007, 31 110, nr. 1). In 2008 werden door de drie reclasseringsorganisaties ruim 3.700 verslaafden naar zorg toegeleid (TK 2008-2009, 31 110, nr. 2).

In de bovengenoemde brief aan de Tweede Kamer werd al opgemerkt dat verslaving in veel gevallen geen enkelvoudig probleem is en verslaafden vaak te kampen hebben met psychiatrische problematiek. Ook zijn er signalen dat een deel van de verslaafde justitiabelen te maken heeft met een LVG-problematiek (bijvoorbeeld in de Inrichting voor Stelselmatige Daders; Biesma, Van Zwieten, Snippe & Bieleman, 2006). Om ook voor deze groep met een complexe problematiek de juiste zorg te kunnen inkopen, is het allereerst nodig dat er voldoende en adequate zorg beschikbaar is. Hiervoor moet tevens informatie beschikbaar zijn over de omvang en de aard van de groep en over de zorgbehoefte. Hierop was bij JVZ echter onvoldoende zicht. Vooral over de LVG-problematiek in deze groep is weinig bekend in de literatuur. Ook over de beschikbaarheid van de in te kopen zorg was onvoldoende kennis voorhanden. Voor de doelgroep bestaan weliswaar losse, onafhankelijke zorginterventies, maar de indruk bestond dat een, wetenschappelijk onderbouwd, geïntegreerd zorgaanbod ontbrak. Het hier liggende onderzoeksrapport voorziet in de behoefte aan bundeling van de beschikbare kennis en het in kaart brengen van de lacunes in het zorgaanbod.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Zoals uit het bovenstaande blijkt is het doel van het hier beschreven onderzoek het project Justitiële Verslavingszorg te voorzien van informatie die het mogelijk maakt

om tot een betere aansluiting te komen van straf en zorg. Uit het bovenstaande vloeit een aantal onderzoeksvragen voort. Deze zijn onder te verdelen in 3 thema's:

Doelgroep:

- 1 Wat is de omvang van de groep justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek, problematisch middelengebruik en LVG?
- 2 Wat zijn de kenmerken van de groep justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek, problematisch middelengebruik en LVG?

Zorgbehoefte en benodigd zorgaanbod:

- 3 Wat zijn de zorgbehoeften van deze groep en welk zorgaanbod sluit aan bij die behoeften? Waaruit moet het zorgaanbod in ieder geval bestaan, welke elementen mogen niet ontbreken, zijn er minimumeisen te formuleren?

Huidig zorgaanbod:

- 4 Wat is het huidige zorgaanbod voor de doelgroep?
- 5 Wat is de effectiviteit en/of wetenschappelijke onderbouwing van het huidige zorgaanbod?
- 6 Wat is de aansluiting van het huidige zorgaanbod op de zorgbehoeften en waar maakt LVG het verschil?

1.3 Gebruikte begrippen

Enkele van de gebruikte begrippen verdienen een nadere toelichting.

Justitiabele

Het begrip 'justitiabele' duidt in deze context op personen die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden. Het kan gaan om verdachten (bij de politie), gedetineerden (in Huizen van Bewaring of penitentiaire inrichtingen), of personen die onder toezicht staan van de reclassering.

Verslaving, problematisch gebruik en afhankelijkheid

De term 'verslaafd' is in dit rapport opgevat als een ernstige vorm van middelen-afhankelijkheid. 'Verslaafd' is geen formele categorie volgens het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 'Afhankelijkheid' is dat wel. Een persoon is afhankelijk van een middel als hij/zij aan bepaalde criteria voldoet, zoals de aanwezigheid van tolerantie, controleverlies en onthoudingsverschijnselen. Het gebruik van een middel wordt in toenemende mate een doel op zich, waardoor andere zaken, zoals werk of onderdak, verwaarloosd worden (Van Meghelen & Pronk, 2005). Hoewel elke gedetineerde in de penitentiaire inrichting medisch wordt onderzocht, vindt diagnosticering met het oog op een eventuele psychische stoornis of verslaving niet standaard plaats (RSJ, 2007a)¹. Bij veel 'verslaafde' justitiabelen is dan ook geen formele diagnose gesteld door een psychiater. Er is hier voor gekozen het begrip 'verslaafd' te gebruiken als auteurs van aangehaalde rapporten het hierover hebben. Voor het overige wordt gesproken over 'problematische gebruikers'. In het rapport wordt steeds de door betreffende onderzoekers gehan-

¹ Er loopt ten tijde van deze studie wel een pilot bij DJI naar screening op stoornissen bij gedetineerden, met als doel vroegtijdige herkenning van psychiatrische stoornis en LVG.

teerde definitie van problematisch gebruik gevolgd. Deze definities verschillen. 'Problematisch gebruik' betreft volgens de NDM 'het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische en sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat' (Van Laar et al., 2008, p. 235). In deze term is dus een bredere problematiek vervat, maar door sommige onderzoekers wordt een smallere interpretatie gehanteerd.

Uit de literatuur is bekend dat LVG'ers met een psychiatrische aandoening kwetsbaar zijn, waardoor middelenmisbruik of zelfs -gebruik zeer problematisch kunnen zijn (Barret & Paschos, 2006; Burgard, Donohue, Azrin & Teichner, 2000; McCombs & Moore, 2002; McGillicuddy, 2006; Taggart, Mc Laughlin, Quinn & Milligan, 2006; Westermeyer, Kemp & Nugent, 1996). Bij deze groep is dus al snel sprake van 'problematisch gebruik' in de bovenstaande definitie.

Psychiatrische stoornissen

Ook bij het gebruik van de termen 'psychiatrische stoornissen' of 'psychiatrische problematiek' geldt dat het in dit rapport vaak niet gaat om uitspraken op basis van een formele psychiatrische diagnose. In het voorhanden zijnde wetenschappelijke onderzoek wordt de aanwezigheid van een stoornis doorgaans wel vastgesteld met gestandaardiseerde meetinstrumenten die (deels) zijn afgeleid van de DSM-IV of andere classificatiesystemen, zoals de International Classification of Diseases (ICD-10), zodat toch verantwoorde uitspraken gedaan kunnen worden. In dit rapport wordt vooral gebruik gemaakt van de algemenere term 'psychiatrische problematiek'.

LVG

De meest gangbare definitie van LVG is die van de American Association of Mental Retardation (Luckasson et al., 2002): het intellectueel functioneren ligt beduidend onder het gemiddelde, daarnaast is er sprake van aan de beperkte intelligentie gerelateerde beperkingen van het aanpassingsgedrag op twee of meer van de volgende tien gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, gezondheid en veiligheid, functionele intellectuele vaardigheden, vrijetijdsbesteding, werk. Ten slotte manifesteert de verstandelijke handicap zich voor de leeftijd van 18 jaar. Van een licht verstandelijke handicap is sprake bij een IQ tussen de 50 en 70.

Tijdens de gegevensverzameling bleek deze definitie vaak lastig hanteerbaar te zijn, aangezien in de praktijk andere of bredere definities toegepast worden van het begrip LVG. Wanneer in dit rapport gesproken wordt van LVG-problematiek wordt dan ook in sommige gevallen mede bedoeld op de groep zogenaamde zwakbegaafden (IQ 70 tot 85). Bij justitiabele verslaafden wordt zelden een intelligentietest afgenomen en het IQ is dus meestal niet formeel vastgesteld. Er zijn wel wetenschappelijke onderzoeken waarin intelligentie van justitiabele problematische gebruikers is gemeten, bijvoorbeeld met de Raven Progressive Matrices; dit is een niet-verbale, visuele test waarmee het vermogen tot abstract denken en analoog redeneren onderzocht kan worden. In het onderzoek is ook gekeken naar o.a. het hebben van een lage opleiding als grove indicatie voor lage intelligentie. Hiervoor is gezien de geringe hoeveelheid beschikbare informatie toch gekozen, ondanks de wetenschap dat dit geen erg betrouwbare indicator is voor LVG.

Het gebrek aan eenduidigheid in definities en de verschillen in meetwijzen van de problematiek maken een vergelijking van studies moeilijk en leiden er mede toe dat in dit rapport slechts grove schattingen gegeven kunnen worden.

Zorgbehoefte

Bij het bepalen van de zorgbehoefte is uitgegaan van de zorgbehoefte zoals die volgens zorgprofessionals op groepsniveau wordt ingeschat op basis van de beschikbare gegevens over de kenmerken van de doelgroep. De zorgbehoefte kan ook de behoefte aan *begeleiding* betreffen. Het onderscheid tussen zorg en begeleiding is vaag gezien de vaak intensieve begeleiding die voor de doelgroep nodig is. De *ervaren* zorgbehoefte van de doelgroep (aan welke vorm van zorg hebben cliënten zelf behoefte) komt in enkele onderzoeken aan de orde. Ook in de expertmeeting is zijdelings besproken welke verschillen er aan te wijzen zijn in de ervaren zorgbehoefte van verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische en LVG-problematiek en het professionele oordeel over de benodigde zorg. Ook al is deze informatie beperkt, toch wordt er, gezien de relevantie, hier over gerapporteerd.

Zorgaanbod

Onder zorgaanbod, tenslotte, worden niet alleen complete behandel- of begeleidingsprogramma's verstaan, maar ook losse trainingen of modules die aangeboden worden aan deze doelgroep.

1.4 Projectopzet

Gezien de korte termijn waarop deze bevindingen beschikbaar moesten zijn is gebruik gemaakt van bestaande data, en is geen nieuw veldonderzoek verricht. De uitgevoerde inventarisatie heeft bestaan uit drie delen: 1) secundaire analyse van bestaande databestanden, aangevuld met analyse van literatuur; 2) een inventarisatie van het huidige zorgaanbod; en 3) een expertmeeting waarbij deskundigen met uiteenlopende achtergronden en disciplines zijn betrokken bij de duiding van de bij 1) en 2) gevonden resultaten. Het gaat hier met nadruk om een *quick scan*, waarbij niet beoogd werd volledigheid te bereiken.

1.4.1 Secundaire analyse van bestaande data en analyse van literatuur

De groep justitiabele problematische druggebruikers met complexe problematiek bestaat al langere tijd en is ook al eerder onderwerp van onderzoek geweest. Lange tijd stond bij deze groep delinquenten de verslaving voorop. De problematiek van de co-morbiditeit is decennialang verwaarloosd (Van der Stel, 2006). Hoewel in de afgelopen periode meer informatie hierover beschikbaar is gekomen, is de empirische basis nog zwak. Het voorkomen van beperkte verstandelijke vermogens als problematiek bij verslaafden, met als gevolg het 'niet aanslaan' van interventies, is eveneens lange tijd niet expliciet onderkend. Hierover bestaan dan ook nauwelijks cijfers. De specifieke vraag naar de omvang en aard van de groep met een verslaving én psychiatrische co-morbiditeit én beperkte verstandelijke vermogens is in een onderzoek nooit als zodanig aan de orde geweest.

Om toch tot een inschatting te komen zijn twee stappen gezet. Ten eerste zijn secundaire analyses uitgevoerd op databestanden van twee vrij recente en uitgebreide onderzoeken onder representatieve groepen gedetineerden in Huizen van Bewaring. Hieruit ontstaat bij benadering een beeld van het vóórkomen van triple problematiek. Het gaat om de onderzoeken van Vogelvang, Burik, Van der Knaap

en Wartna (2003) en Oliemeulen, Vuijk, Rovers en Van den Eijnden (2007). In een tweede stap zijn de uitkomsten van de secundaire analyse getoetst aan informatie uit een aantal andere bronnen. De eerste bron is een bestand van ruim 38.000 bij justitiabelen afgenomen Risico Inschattingen Schalen.² Op dit bestand zijn statistische analyses uitgevoerd. Daarnaast zijn gegevens uit registraties en (onderzoeks)rapporten bestudeerd. Hierbij zijn de volgende bronnen gebruikt:

- a Onderzoek onder gedetineerden, waarbij gekeken is naar problematisch druggebruik en psychische problematiek. Hier is een selectie gemaakt van onderzoeken die analyses bevatten van representatieve groepen gedetineerden in reguliere detentie of Huizen van Bewaring (Bulten & Nijman, 2009; Koeter & Luhrman, 1998; Schoemaker & Van Zessen, 1997).
- b Onderzoek naar justitiabele chronische problematische druggebruikers in toeleidingstrajecten.
- c De Veelplegermonitor van het WODC, die informatie bevat over problematische druggebruikers in de populatie zeer actieve veelplegers.³ In de Veelplegermonitor zijn negen bestaande registratiesystemen van politie, justitie, CBS, reclassering en verslavingszorg gekoppeld. Volwassen zeer actieve veelplegers worden sinds 2003 gevolgd. Gebruikt zijn de rapportages uit 2008 en 2009 (Tollenaar, 2008; Tollenaar, Van Dijk & Alblas, 2009; Tollenaar, Huijbregts, Meijer & Van Dijk, 2008).
- d Onderzoek naar de groep in de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) en in de Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). Het gaat om vier onderzoeken, die laten zien wat de kenmerken zijn van de groepen en wat de problematiek is (Goderie, 2009; Goderie & Lünemann, 2008; Koeter & Bakker, 2007; Van 't Land, Van Duijvenboden, Van der Plas & Wolf, 2005); en
- e De Nationale Drug Monitor (Van Laar et al., 2008, 2009) voor de gegevens van het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie, waarin aangegeven kan worden of een verdachte druggebruiker is.

Verder zijn bestudeerd: adviezen van de RSJ uit 2007 over de ISD en over de zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving (RSJ, 2007a, 2007b) en een advies van dezelfde raad uit 2008 betreffende gedetineerden met een verstandelijke beperking (RSJ, 2008). Ook is gebruik gemaakt van een research synthese over de periode 1993-2008, waarbij gekeken is naar kenmerken en problematiek van de groep (Van Ooyen, 2004, 2008). Tenslotte is gekeken naar overzichtsstudies van het programma Verslaving van ZorgOnderzoek Nederland (ZonMw) (Koeter & Van Maastricht, 2006; Van der Stel, 2006; Verslaving, 2005).

De nadruk ligt op Nederlands onderzoek, maar waar relevant zal ook buitenlands onderzoek worden meegenomen. Voor de nadruk op Nederlands onderzoek is gekozen omdat de groep chronische verslaafden in het strafrechtelijk systeem van andere landen kan afwijken van de groep in Nederland. Een belangrijk verschil tussen Nederland en veel andere landen is namelijk dat het *gebruik* van illegale drugs hier niet strafbaar is gesteld en dat *bezit voor eigen gebruik* hier niet wordt vervolgd. Waar in het buitenland gebruikers opgepakt en berecht (kunnen) worden

² Het is niet bekend wat de representativiteit van dit bestand is. Het wordt hier dan ook alleen gebruikt als indicatie van de geldigheid van de bevindingen op basis van de eerdere secundaire analyses.

³ Zeer actieve volwassen veelplegers zijn personen van 18 jaar of ouder die over een periode van vijf jaren – waarvan het peiljaar het laatste jaar vormt – meer dan tien processen-verbaal tegen zich zagen opgemaakt, waarvan ten minste een in het peiljaar (Tollenaar et al., 2008).

voor het gebruik op zichzelf of voor het bezit van kleine hoeveelheden drugs, worden ze hier vooral opgepakt vanwege vermogensdelicten, geweldsdelicten of Opiumwetdelicten, meestal handel in drugs (EMCDDA, 2009; Van Laar, Cruts, Verdurmen, Ooyen-Houben & Meijer, 2008; Oliemeulen et al., 2007).

Door de informatie uit al deze bronnen te combineren wordt de prevalentie van problematisch gebruik cq. verslaving, psychische en psychiatrische problemen en beperkte verstandelijke vermogens bij justitiabelen geschetst en wordt globaal ingeschat hoe vaak de kenmerken gezamenlijk voorkomen (onderzoeksvraag 1). Ook worden op basis van deze bronnen kenmerken van de doelgroep beschreven (onderzoeksvraag 2).

De zorgbehoeften van de doelgroep en het gewenste zorgaanbod zijn opgetekend uit onderzoek onder voornamelijk groepen ernstig verslaafde justitiabelen. Daarnaast worden professionals aan het woord gelaten, waarbij ook de zorgbehoefte van de groep met triple problematiek aan de orde komt. Verder wordt gerapporteerd over de eisen die volgens wetenschappelijke evidentie gesteld kunnen worden aan het zorgaanbod voor de doelgroep. Op deze wijze wordt een antwoord geschetst op onderzoeksvraag 3.

1.4.2 Inventarisatie van het huidige zorgaanbod

Om de vragen over de aard en de omvang van het zorgaanbod te beantwoorden (onderzoeksvragen 4 en 5) heeft in het voorjaar van 2009 een terreinverkenning plaatsgevonden: daarbij is het huidige zorgaanbod voor justitiabelen met triple problematiek in kaart gebracht via:

- 1 een belronde;
- 2 verdiepende telefonische interviews;
- 3 een documentanalyse;
- 4 een quick scan van de wetenschappelijke literatuur.

Hieronder worden deze methoden toegelicht.

Ad 1. Belronde

Tijdens de terreinverkenning (belronde) zijn de belangrijkste instellingen in diverse sectoren (GGZ/verslavingszorg, SGLVG-instellingen, forensische zorg⁴) benaderd met de vraag of zij een zorgaanbod beschikbaar hebben dat aangeboden wordt aan justitiabelen met triple problematiek. Eerst is zoveel mogelijk ingezoomd op dubbele diagnose afdelingen, afdelingen voor justitiële verslavingszorg en forensische (poli-) klinieken/afdelingen. Uiteindelijk zijn alle verslavingszorginstellingen benaderd, maar niet alle GGZ instellingen. Wanneer instellingen aangaven dat zij geen specifiek zorgaanbod voor de groep justitiabelen met triple problematiek hebben, is gevraagd in hoeverre de doelgroep gebruik maakt van het algemene zorgaanbod. Ook is expliciet gevraagd of onze doelgroep een contra-indicatie vormt.

In de meeste gevallen werd gesproken met opnamecoördinatoren, behandelcoördinatoren, teamleiders, managers of behandelaren. Sommige instellingen gaven in eerste instantie aan dat zij geen cliënten opnamen met een strafrechtelijke titel dan wel geen triple problematiek behandelen. Dit vanwege veiligheidsoverwegingen, complexiteit van de problematiek of gebrek aan expertise. Doorverwijzing naar

⁴ GGZ = geestelijke gezondheidszorg; SGLVG = Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt.

andere instellingen was vaak het gevolg, vooral naar verslavingsreclassering, forensische afdelingen en SGLVG-instellingen. Er werd echter ook geconstateerd dat binnen sommige instellingen (m.n. de grote instellingen) de kennis erg versnipperd is: zo bleken sommige professionals niet op te hoogte te zijn van het zorgaanbod op andere vestigingen, of van het zorgaanbod op dezelfde locatie. Ook blijkt er soms formeel (op papier), geen aangepast zorgaanbod te zijn, maar hebben sommige klinieken het zorgaanbod op basis van eigen inzicht aangepast (*practice based*) aan de verstandelijke beperking, bijvoorbeeld door vereenvoudiging van het taalgebruik. Dit maakt het lastiger om deze aangepaste werkwijzen goed in kaart te brengen.

Ad 2. Verdiepende telefonische interviews

Er hebben 12 telefonische interviews plaatsgevonden (telefonisch, semi-gestructureerd) met zorgprofessionals/experts die inhoudelijk op de hoogte zijn van de zorg voor deze doelgroep (zie bijlage 2). Deze zorgprofessionals zijn geselecteerd tijdens de terreinverkenning (de sleutelinformanten bij de belronde en telefonische interviews overlappen elkaar gedeeltelijk). De interviews hebben plaatsgevonden met een programmamanager van een SGLVG-instelling, reclasseringswerkers en een waarnemend teamhoofd, een werkbegeleider bij de verslavingsreclassering, een hoogleraar, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van een forensisch psychiatrische kliniek, een behandelcoördinator, een projectleider bij de verslavingzorg, een onderzoeker, een vertegenwoordiger van de maatschappelijk opvang, en een programmamanager van een ISD-afdeling binnen het gevangeniswezen.

Ad 3. Documentanalyse

Een aanvullende documentanalyse behelsde (grijze) literatuur, online informatie en interne documentatie van instellingen. Tijdens de belronde en telefonische interviews is specifiek gevraagd naar de beschikbaarheid van documenten met informatie over het zorgaanbod voor deze doelgroep, zoals beleidsvisies, jaarverslagen, werkprotocollen, folders, gepubliceerde artikelen en fact sheets. Er bleek weinig op papier te staan. Sommige instellingen deelden mee geen geschreven documenten voorhanden te hebben, aangezien het zorgaanbod nog in ontwikkeling was. Slechts enkele instellingen bleken stukken op papier en/of digitaal beschikbaar te hebben. Van één kliniek hebben wij beleidsstukken ontvangen met een beschrijving van de doelgroep, exclusiecriteria, beleidsvisie en een beschrijving van het zorgaanbod. Een paar andere instellingen hadden een folder of een *fact sheet* beschikbaar met soortgelijke informatie. De verzamelde gegevens zijn samengevat in een schema (zie bijlage 5).

Ad 4. Quick scan van de wetenschappelijke literatuur

Om te onderzoeken wat de theoretische onderbouwing en effectiviteit is van het huidige zorgaanbod (onderzoeksvraag 5) is op twee manieren informatie verzameld. Allereerst is gezocht naar studies over de effectiviteit van behandelinterventies voor LVG'ers met verslavingsproblematiek – dan wel middelengebruik in brede zin –, en co-morbide psychische problematiek. Gezocht is in de databestanden Pubmed; Cochrane database; Google; en Google scholar. De bestanden zijn o.a. onderzocht op (combinaties van) de trefwoorden als (*mental*) *retardation*; *treatment*; *mental illness*; *aggressive behaviour*; *learning disability*; *intellectual disability*; *addiction*; *substance (use)*; *borderline intelligence*. Gezocht is naar studies die in de afgelopen 10 jaar (dus vanaf 1999) zijn verschenen. Dit heeft zeer weinig resultaat opgeleverd. Omdat over diagnostiek en behandeling van een dubbele diagnose, ook bij justitiabelen, een richtlijn beschikbaar is (Van der Meer, Hendriks & Vos, 2003) en vooral de LVG-problematiek de belemmerende factor lijkt te zijn in de behandeling

van triple problematiek, is ervoor gekozen – bij gebrek aan literatuur over LVG, verslaving én psychiatrische problematiek – om vooral in te steken op de diagnostiek en behandeling van LVG'ers met bijkomende problematiek (hetzij middelenproblematiek, hetzij psychische problematiek). Daarnaast is in de belronde en de telefonische interviews apart gevraagd naar de theoretische onderbouwing en eventueel beschikbaar bewijs van de werkzaamheid van het besproken zorgaanbod. Hieruit is slechts weinig informatie voort gekomen.

1.4.3 Expertmeeting

Omdat op voorhand wel duidelijk was dat de beschikbare gegevens onvoldoende inzicht zouden geven in de aard en omvang van de zorgbehoefte en het benodigde zorgaanbod voor justitiabelen met triple problematiek is op 18 juni 2009 een expertmeeting belegd. Het doel van de expertmeeting was het completeren van de reeds verzamelde gegevens met praktijkkennis die niet in literatuur of databestanden te vinden is. Alle onderzoeksvragen zijn in deze expertmeeting aan bod gekomen; wel lag een extra focus op de onderzoeksvragen 2, 3 en 6, aangezien deze vragen niet tot nauwelijks door middel van de literatuur beantwoord konden worden. Uitgangspunt van de discussie was de inhoud van de benodigde zorg, en niet de organisatieprocessen daar omheen. Wel zijn de belangrijkste randvoorwaarden voor een goede zorg voor deze doelgroep aan de orde gekomen.

Dertien deskundigen met uiteenlopende achtergronden en disciplines (inclusief twee cliëntenvertegenwoordigers) hebben zich over deze vragen gebogen. De expertmeeting nam zes uur in beslag. De plenaire discussies in de ochtend en in de middag werden telkens voorbereid in twee subgroepen. De genodigden hebben het conceptverslag van de bijeenkomst toegestuurd gekregen, ter aanvulling/correctie en aanscherping van de aanbevelingen. De experts spraken op persoonlijke titel. Voor de uitwerking van het verslag zijn de gesprekken op band opgenomen. De verslaglegging is anoniem. De deelnemerslijst is in bijlage 1 te vinden.

1.5 Opzet rapport

Het vervolg van het rapport is thematisch opgezet. Wel is steeds duidelijk aangegeven van welke bron de gegeven informatie afkomstig is. Dit betekent dat eerst zal worden ingegaan op de omvang en de kenmerken van de doelgroep (hoofdstuk 2), vervolgens op de zorgbehoefte (hoofdstuk 3) en ten slotte op het zorgaanbod (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 zal ten slotte ingegaan worden op de vraag hoe zorgbehoefte en zorgaanbod op elkaar aansluiten.

2 De doelgroep

2.1 Omvang van de doelgroep

Eén van de vragen van Justitie die aan dit rapport ten grondslag lagen was hoeveel zorg er in het kader van de bijzondere voorwaarden moest worden ingekocht voor de groep justitiabelen met triple problematiek. Het ging daarbij expliciet om de meest complexe doelgroep: die met triple problematiek; de verschillende groepen met een dubbele problematiek vallen buiten de reikwijdte van deze studie.

Het blijkt niet gemakkelijk om tot een zuivere omvangschatting te komen. Belangrijke hindernissen zijn, zoals eerder aangegeven, het verschil in de wijze waarop 'problematisch druggebruik' en 'psychiatrische problematiek' in prevalentie-onderzoeken zijn gemeten en het ontbreken van gegevens, met name over LVG-problematiek. In deze paragraaf wordt door middel van een aantal stappen toch geprobeerd enig inzicht in de omvang van de doelgroep te geven.

Eerst zijn secundaire analyses uitgevoerd op databestanden van twee vrij recente en uitgebreide onderzoeken onder representatieve groepen gedetineerden in Huizen van Bewaring. De analyses geven een beeld van het vóórkomen van problematisch druggebruik, psychiatrische problematiek en – bij benadering – LVG-problematiek. Het gaat om de onderzoeken van Vogelvang et al. (2003) en Oliemeulen et al. (2007). Hieruit wordt een omvangschatting berekend van triple problematiek. De onderzoeken rapporteren percentages van gedetineerden met de genoemde problematiek. Deze percentages moesten omgerekend worden naar absolute aantallen. Als basis hiervoor zijn de populatiecijfers gebruikt die zijn gerapporteerd in de monitor Criminaliteit en Rechtshandhaving 2007 (Eggen & Kalidien, 2008). Gebruikt zijn de populatiecijfers over 2007. Dit is het meest recente jaar dat in de monitor gerapporteerd wordt. De berekeningen zijn gemaakt op basis van (a) de populatie die in dat jaar is ingestroomd in het gevangeniswezen en (b) de populatie die per eind september in het gevangeniswezen verbleef. De eerste berekening is gedaan omdat deze onderzoeken steekproeven hebben getrokken uit de populatie instromende gedetineerden. Bij Vogelvang et al. gaat het om voorlopig gehechten, arrestanten en zelfmelders en bij Oliemeulen et al. om voornamelijk voorlopig gehechten. Deze berekening laat zien hoe vaak in een jaar een persoon uit de doelgroep instroomt. Deze berekening bevat wel dubbeltellingen, omdat een persoon meerdere keren per jaar kan instromen. De tweede berekening is gedaan om te laten zien hoeveel personen uit de doelgroep op een bepaald moment in het gevangeniswezen verblijven. Hierbij is ook een schatting gemaakt waarbij alleen strafrechtelijk gedetineerden zijn meegenomen.

De schatting op basis van bovengenoemde twee databestanden wordt vervolgens gevalideerd aan andere bronnen. Hiervoor zijn vergelijkbare analyses uitgevoerd op een bestand van gegevens uit het instrument 'Recidive InschattingSchalen' (RISc), en zijn gegevens samengebracht uit andere, bestaande, bestanden en voorhanden onderzoeken, waarin cijfers worden gerapporteerd over drugsproblematiek, psychiatrische problemen en mogelijke LVG bij justitiabelen. Door deze bronnen naast de secundaire analyses te leggen kan bezien worden in hoeverre de bevindingen uit de secundaire analyses bredere geldigheid hebben. Tenslotte is aan de deelnemers aan de expertmeeting gevraagd hun visie te geven op de omvangschattingen van de doelgroep met triple problematiek.

2.1.1 Omvangschattingen op basis van twee secundaire analyses

Vogelvang et al. (2003)

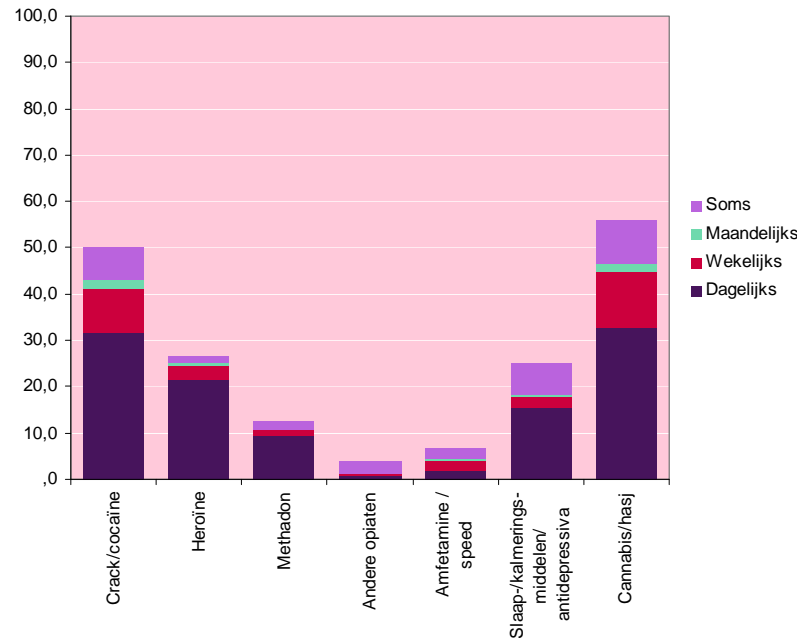
Vogelvang et al. (2003) interviewden in het najaar van 2002 355 mannelijke, volwassen gedetineerden (gemiddelde leeftijd 32 jaar) die instroomden bij de inkomstenafdeling in Huizen van Bewaring (103 arrestanten en 252 preventief gehechten). De non-respons bij dit onderzoek was 52%. Bij de onderzoekers is er enige zorg dat er sprake was van onderrapportage van gedetineerden met beperkingen en van gedetineerden met ziekte en (vooral) psychiatrische problemen.⁵ Verder wordt door de onderzoekers benadrukt dat doordat gebruik werd gemaakt van self-report, op grond van de gegevens wel speerpunten voor programma's kunnen worden vastgesteld, maar geen exacte aantallen. Dit geldt met name voor de secties 'psychisch welzijn' en 'denkwereld & gedrag', deels dus ook de secties die juist voor de onderhavige analyses van belang zijn.

Drugsproblematiek

Het bestand van Vogelvang et al. bevat verschillende variabelen met betrekking tot druggebruik. In figuur 1 is weergegeven hoe vaak een aantal verschillende drugssoorten gebruikt werd door de gedetineerden in de 6 maanden voor detentie. Bij de genoemde harddrugs is te zien dat cocaïne het meest gebruikt werd, gevolgd door heroïne. Cannabis werd van alle genoemde drugs het meest gebruikt, maar niet eens zoveel meer dan cocaïne. Heroïne wordt door vrijwel alle gebruikers ook met grote frequentie (meestal dagelijks) gebruikt; bij cocaïne en cannabis lijkt ook meer recreatief gebruik tot de mogelijkheden te behoren. Het merendeel van de heroïnegebruikers gebruikte daarbij ook crack/cocaïne, andersom was dat niet het geval.

⁵ De eerste categorie (beperkingen) werd in een aantal gevallen niet voor een interview benaderd, terwijl bij de tweede categorie (psychiatrische problemen) het vermoeden bestond dat sommigen bij voorbaat door de PI-werkers van deelname werden uitgesloten.

Figuur 1 Type en frequentie druggebruik in de laatste 6 maanden voor detentie, in % (n=355)



Bron: Vogelvang et al., 2003.

Naast vragen over de frequentie van het gebruik is ook gevraagd of het gebruik en het verkrijgen van drugs een hoofdactiviteit vormen. Hier is de vraag of het druggebruik een 'levensstijl' (score 1) of zelfs 'reden van bestaan' (score 2) vormen.⁶ Dit blijkt voor respectievelijk 16% en 23% (totaal 39%) van de gedetineerden het geval.

In het bestand zit ook een variabele 'problematisch druggebruik'. Deze is een somscore van 4 variabelen die ieder van 0-2 gescoord werden: (1) de vraag of de voornaamste drug een harddrug⁷ is (2=ja); (2) de gebruiksfrequentie van de voornaamste drug (2=dagelijks); (3) de motivatie van de gebruiker om misbruik aan te pakken (2=niet, 1=matig); (4) de vraag of druggebruik de hoofdactiviteit is. Problematisch druggebruik wordt verondersteld aanwezig te zijn als de gedetineerde 3-8 punten scoorde op deze somschaal. Dit was voor 52% van de gedetineerden het geval. Veertig procent heeft een ernstig tot zeer ernstig probleem (score 5 of hoger).

⁶ Score 0: de gedetineerde koopt en gebruikt wel drugs, maar het dagelijks leven is hier niet rond georganiseerd. (34%); Score 1: de gedetineerde besteed dagelijks een behoorlijke hoeveelheid tijd aan het kopen en gebruiken van drugs, maar heeft ook andere interesses, zoals werk of familie, en toont enige bereidheid tot verandering van het druggebruik. (16%); Score 2: de gedetineerde besteedt dagelijks de meeste tijd aan het verkrijgen van drugs, het gebruiken van drugs, of het verkrijgen van geld om drugs te kopen. (23%); Rest: gedetineerde heeft in de 6 maanden voor detentie geen drugs gebruikt (28%)

⁷ Onder harddrugs wordt in dit bestand verstaan cocaine/crack, heroïne, methadon, overige opiaten, slaap/kalmeringsmiddelen/antidepressiva, en amfetamine/speed.

Voor de analyses is er voor gekozen gebruik te maken van de laatstgenoemde twee druggebruikvariabelen, te weten de variabele 'levensstijl' (waarbij alle mensen die score 1 of 2 hadden in de analyse werden meegenomen), en de variabele 'probleematisch druggebruik' (waarbij de in het onderzoek gehanteerde grens van somscore 3 of meer als problematisch werd overgenomen).

Psychiatrische problematiek

In de vragenlijst zitten twee items die iets zeggen over huidige psychiatrische problematiek onder gedetineerden. Het gaat hier om de volgende concepten:

- huidige psychiatrische problemen (15% score 1; 14% score 2⁸; totaal 29%)
- huidige psychiatrische behandeling (dichotoom; ja = 13%)

De variabele psychiatrische problemen wordt gescoord door de interviewer. Bij huidige psychiatrische behandeling gaat het om de vraag of de gedetineerde op dit moment een psychiatrische behandeling ondergaat of deze binnenkort zal beginnen. Deze variabelen overlappen deels: er is een kleine groep gedetineerden die wel onder behandeling is maar geen huidige problemen heeft (3%), en een grotere groep die wel problemen heeft maar niet onder behandeling is (20%). Van de gedetineerden heeft 10% psychiatrische problemen én is onder psychiatrische behandeling.

Voor de analyse is er voor gekozen om alle mensen die psychiatrische problemen hebben (score 1 en 2) en/of in psychiatrische behandeling zijn in de analyse mee te nemen. In totaal gaat het om 114 personen, dit is 32% van de gedetineerden in de studie.

LVG-problematiek

Er zitten in dit bestand geen variabelen die direct zicht bieden op de omvang van de LVG-problematiek. Twee variabelen in het bestand kunnen wellicht een hele grove inschatting geven van leerproblemen: opleidingsniveau en lees-, schrijf- en rekenvaardigheden. Het is duidelijk dat deze variabelen verre van ideaal zijn. Een betere indicator is echter niet voorhanden.

De variabele opleidingsniveau is dichotoom: geregistreerd is of iemand een opleiding heeft afgerond na de basisschool of niet. Uiteraard is er doorgaans wel een opleiding gevolgd, maar is deze niet afgerond met een diploma. Deze variabele zegt dus vooral iets over het percentage drop-outs in de populatie. Dit percentage blijkt hoog te zijn: 48% van de populatie heeft geen diploma, 52% heeft dit wel.

De variabele lees-, schrijf- en rekenvaardigheden (LSR) kent drie mogelijke scores: Score 0: er zijn geen problemen, de gedetineerde heeft een diploma voortgezet onderwijs, of de gedetineerde zegt dat er geen problemen zijn en er is geen bewijs van het tegendeel. (79%)

Score 1: de gedetineerde heeft lichte tot matige problemen die ernstig genoeg zijn om er in het dagelijks leven last van te hebben. (16%)

⁸ Score 2: De gedetineerde heeft gedurende lange tijd ernstige psychologische problemen (gehad) die in verband staan met het delict; is langdurig depressief (geweest); krijgt medicatie en/of heeft gesprekken voor een of meer van de volgende ziektebeelden: depressies, angststoornissen, obsessies, fobieën en psychosen.
Score 1: De gedetineerde heeft ernstige psychologische problemen (gehad), waarvan onbekend is hoelang en of zij in verband staan met het delict; heeft ooit een psychiater bezocht of overweegt dit nu te doen omdat hij zich angstig en/of depressief voelt.

Score 2: de gedetineerde mist basale vaardigheden. Hij snapt bijvoorbeeld de krant niet, geeft aan dat hij formulieren niet kan invullen of het rooster bij de bushalte of landkaarten niet kan lezen. (5%)

Van de mensen met lees-, schrijf- en rekenproblemen (zowel score 1 als 2) heeft 80% geen opleiding afgerond. Tegelijkertijd heeft van de mensen die geen opleiding hebben afgerond bijna tweederde (65%) geen problemen met lezen, schrijven of rekenen.

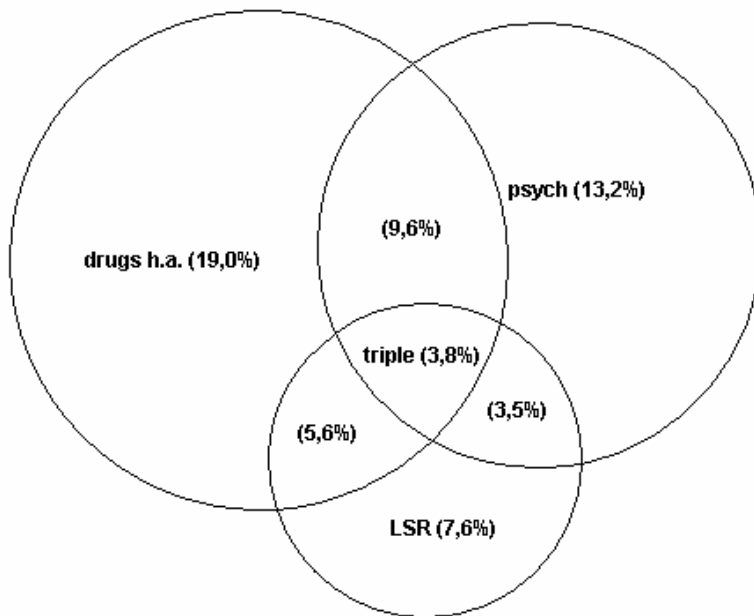
Voor de analyse is er voor gekozen de variabele LSR te gebruiken. Hierbij zijn de analyses zowel uitgevoerd voor de grote groep met score 1 of 2. Het gaat daarbij om 21% van de totale groep gedetineerden.

Omvangschatting triple problematiek op basis van Vogelvang et al.

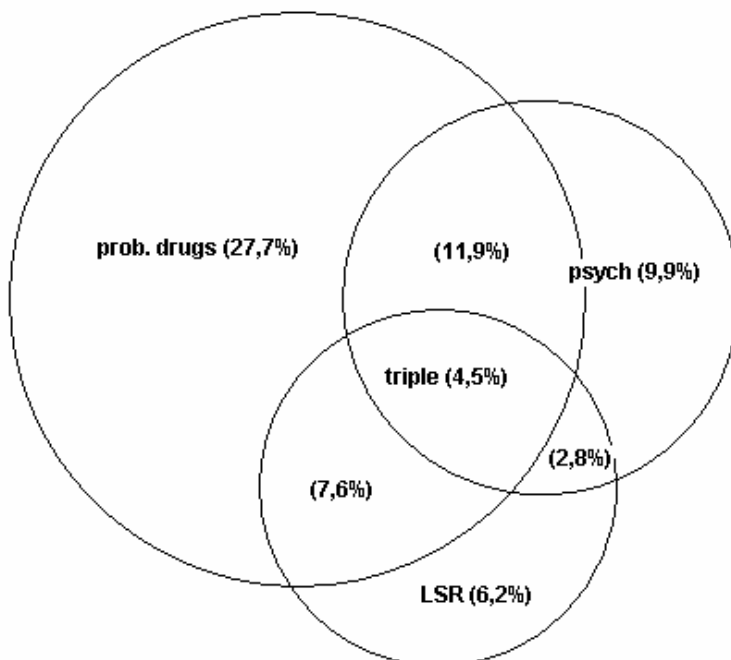
Op basis van de boven beschreven variabelen kunnen we berekenen wat de omvang van een trimorbide problematiek was in dit bestand. Afhankelijk van de variabele voor druggebruik die we gebruiken zien we dat dit data-bestand leidt tot een omvangschatting van triple problematiek van tussen de 3,8% en 4,5% van de totale groep mannelijke gedetineerden die instromen bij de inkomstenafdeling van de Huis van Bewaring. De vendiagrammen⁹ in figuur 2 en 3 maken heel duidelijk dat de groep met triple problematiek een kleine deelgroep is van alle drie de groepen met een problematiek (drugs, psychiatrisch of LVG). Hierbij moet nogmaals opgemerkt worden dat de gebruikte operationalisaties (vooral van LVG) niet ideaal zijn, en dat in de steekproef zwaardere delinquenten en mensen met een zwaardere psychiatrische problematiek waarschijnlijk ondervertegenwoordigd zijn.

⁹ Zie voor meer informatie over de gebruikte grafische weergave Chow en Rodgers, 2005.

Figuur 2 Drugs hoofdactiviteit * psychiatrische problematiek * LSR 1+2;
 secundaire analyse op basis van Vogelvang et al. (2003)



Figuur 3 Problematisch druggebruik * psychiatrische problematiek * LSR
 1+2; Secundaire analyse op basis van Vogelvang et al. (2003)



Oliemeulen et al. (2006)

Het tweede onderzoek waarop secundaire analyses zijn uitgevoerd is dat van Oliemeulen et al. (2006). Bij deze studie is ook onderzoek gedaan naar gedetineerden (voornamelijk preventief gehechten) in Huizen van Bewaring, waarbij 637 gedetineerden mondeling zijn gescreend op problematisch gebruik van alcohol en drugs en problematisch gokken. Van deze groep heeft een selectie van 161 problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers deelgenomen aan een uitgebreid gestructureerd interview. Van deze geïnterviewden waren 52 uit de screening naar voren gekomen als problematisch druggebruiker.

Het ging bij dit onderzoek om mannelijke en vrouwelijke meerderjarige gedetineerden, die minimaal 2 weken in het Huis van Bewaring verbleven, die instroomden in de periode oktober 2006 tot en met februari 2007, en die geen passanten TBS waren; geen vreemdelingen titel hadden; voldoende Nederlands spraken; en niet zodanig in de war waren dat ze niet in staat waren een zinvol gesprek te voeren. De oorspronkelijke opzet was om alleen preventief gehechten in het onderzoek te betrekken, maar het bleek onmogelijk uit te sluiten dat er ook arrestanten in de steekproef voorkwamen. Deze zijn echter wel ondervertegenwoordigd in de steekproef (529 preventieven, 72 arrestanten, 33 onbekend).

Over de absolute non-respons kunnen geen uitspraken gedaan worden omdat voor een deel van de locaties de afdelingshoofden de gedetineerden benaderden, waardoor de onderzoekers geen zicht hadden op het aantal en de aard van de non-respons. Wel is er een non-respons analyse uitgevoerd. Naast de scheve verdeling in aantal arrestanten en preventief gehechten worden er ook een aantal andere verschillen tussen de responsgroep en de populatie gevonden: de onderzoeksgroep heeft relatief *meer* vrouwen (12% was vrouw), *meer* jongeren tot en met 23 jaar (gemiddelde leeftijd 32,4 jaar), *meer* in Nederland geboren gedetineerden (62% was allochtoon), en *minder* illegalen. Naast bovenstaande non-respons analyse is gekeken of er selectie is opgetreden bij het selecteren van respondenten voor een uitgebreid interview. Hieruit bleek alleen dat allochtone respondenten minder vaak uitgebreid geïnterviewd waren.

Gezien het feit dat één van de selectiecriteria was dat de respondent niet zodanig in de war was dat deze niet in staat was een zinvol gesprek te voeren ligt het voor de hand dat ook in deze studie een ondervertegenwoordiging is van het aantal mensen met een psychische problematiek. In het rapport wordt dit echter niet expliciet genoemd, en er zijn dan ook geen indicaties hoe sterk deze vertekening zou kunnen zijn.

Drugs problematiek

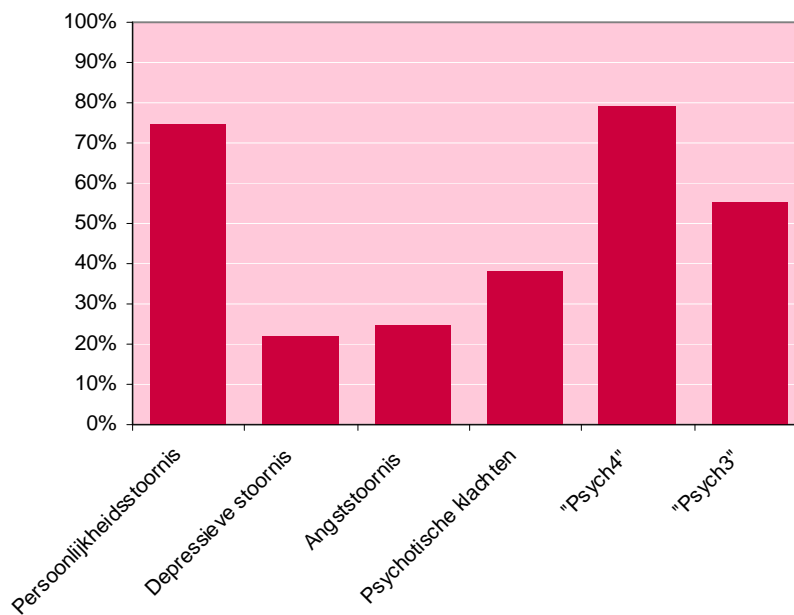
In het screeningsinterview kwam een aantal vragen naar druggebruik voor. Er werden zes vragen gesteld over cannabis gebruik waaruit door middel van een som-schaal werd nagegaan of er sprake was van problematisch cannabisgebruik, dat hier gedefinieerd was als een gemiddeld of hoog risico op cannabis misbruik. Dit bleek het geval te zijn voor 32% van de ondervraagde delinquenten, waarbij 11% gemiddeld risico liep en 22% hoog. Verder werd van verschillende categorieën en soorten harddrugs gevraagd of de delinquent deze in de afgelopen 12 maanden (bijna) dagelijks (> 5 dagen per week) had gebruikt. Hieruit bleek dat 24% van de respondenten één of meer harddrugverslavingen had: 12% een opiaatverslaving, 19% een cocaïne verslaving, en 4% een stimulantia verslaving; en 13% een enkele verslaving; 9% een dubbele verslaving en 1% een multiple verslaving.

Hoewel er een samenhang is tussen problematisch cannabisgebruik en problematisch harddruggebruik is die niet sterk: 62% van de delinquenten met problematisch cannabisgebruik had geen problematisch harddruggebruik. Voor de analyses is zowel gebruik gemaakt van de variabele problematisch harddruggebruik, als van de combinatie pathologisch cannabisgebruik en/of problematisch harddruggebruik.¹⁰

Psychiatrische problematiek

De vragen over psychiatrische problematiek zitten bij dit onderzoek alleen in het uitgebreide interview. Hierin zitten verschillende meetinstrumenten. Twee schalen uit de MATE versie 1.02 werden gebruikt: de SAPAS voor het vaststellen van het risico op de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis¹¹, en de HADS voor het vaststellen van het risico op de aanwezigheid van een angststoornis of een depressieve stoornis¹². Daarnaast is een korte vragenlijst afgenomen voor het meten van het risico op de aanwezigheid van psychotische klachten¹³ (zie figuur 4).

Figuur 4 Risico op aanwezigheid van psychiatrische stoornissen onder verslaafde justitiabelen, in % (n=160)



Bron: Oliemeulen et al. (2006)

¹⁰ De schattingen op basis van de enkele variabele 'harddrugs' zijn harder dan die op basis van de combinatievariabele 'harddrug en/of cannabis', aangezien door de methode van steekproeftrekking de verhouding tussen de groepen met alleen cannabis, alleen harddrugs, of combinatiegebruik in de steekproef voor het uitgebreide interview niet helemaal overeenstemmen met die op basis van het screeningsinterview.

¹¹ 8 items, dichotoom; score 3+ = indicatie voor een persoonlijkheidsstoornis.

¹² Voor beide schalen geldt: 7 items, antwoordcategorieën 0-3; score 11+ = stoornis waarschijnlijk aanwezig.

¹³ 3 items, dichotoom; score 1+ = indicatie voor psychotische stoornissen.

Voor de analyse zijn twee nieuwe variabelen gebruikt. De eerste variabele (psych4) registreerde of er een indicatie was dat één van de vier stoornissen aanwezig was. Omdat de meting van de persoonlijkheidsstoornis mogelijk een bredere groep vangt dan voor het doel hier de bedoeling is, is nog een tweede variabele gebruikt (psych3), die kijkt of er een indicatie is voor één van de drie overige stoornissen.

LVG-problematiek

Er zitten ook in dit bestand geen variabelen die direct zicht bieden op de omvang van de LVG-problematiek. Twee variabelen in het bestand kunnen wellicht een hele grove inschatting geven van leerproblemen: opleidingsniveau en 'leren en toepassen van kennis'. Het is duidelijk dat deze variabelen verre van ideaal zijn. Een betere indicator is echter niet voorhanden.

De variabele opleiding is een schaalvariabele. Hierbij is de laagste categorie 'geen opleiding' en de één na laagste categorie 'lager onderwijs'. Dit is geoperationaliseerd als basisonderwijs of speciaal onderwijs (LOM, ed); 31% van de 52 problematische harddruggebruikers in deze studie heeft geen of een lagere opleiding.

Daarnaast is er de variabele 'leren en toepassen van kennis'. Deze vraag wordt gesteld in een serie vragen over zorgbehoeften. Delinquenten werd gevraagd of er de afgelopen 30 dagen moeilijkheden waren met iets leren, toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen. Hierbij wordt opgemerkt: 'de persoon heeft moeite nieuwe vaardigheden te leren of kennis op te doen en toe te passen. Kan veroorzaakt worden door lage intelligentie maar ook door cognitieve stoornissen of emotionele stoornissen.'¹⁴ De groep mensen die 2 of hoger scoren op de variabele 'leren en toepassen van kennis' (matige beperking of erger) is omvangrijk en hier zitten dan ook mensen bij (2/3) die een opleiding op 'midden' niveau (alle middelbare schoolopleidingen plus MBO) hebben afgerond. Het lijkt er dan ook op dat deze variabele een te grote groep vangt en dat leerproblemen wellicht eerder het gevolg zijn van druggebruik dan van een LVG-problematiek.

Voor de analyses is dan ook gebruik gemaakt van een combinatievariabele. Deze variabele ('leren x opleiding') is een combinatie van de twee genoemde variabelen. Deze delinquenten hebben een lage opleiding, en ten minste enige moeite met leren en toepassen van kennis (score 1 of hoger). Hierbij gaat het om 10% van de problematische harddruggebruikers.

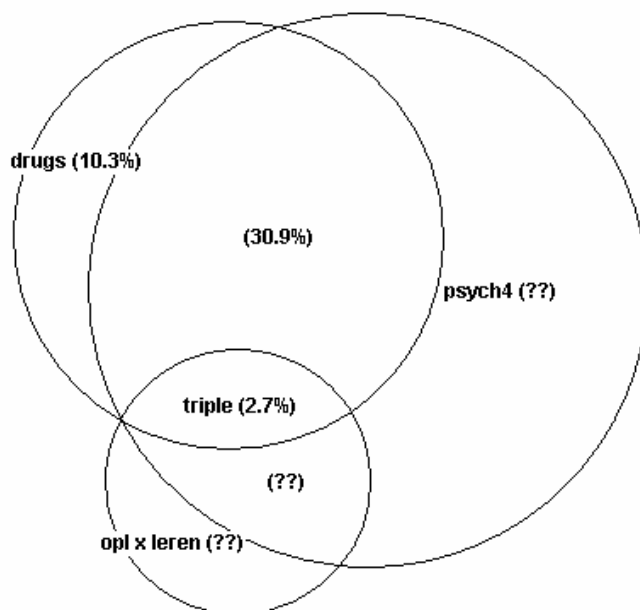
Omvangschatting triple problematiek op basis van Oliemeulen et al.

Met behulp van de boven beschreven variabelen kan, net als bij het bestand van Vogelvang et al. zicht worden verkregen op de omvang van een trimorbide problematiek. De gebruikte vendiagrammen kunnen echter slechts gedeeltelijk worden ingevuld: de vragen over psychiatrische problematiek en opleiding/leerproblemen zijn alleen voorgelegd aan mensen die een uitgebreid interview hebben gehad, en

¹⁴ De antwoorden worden gegeven op een schaal van 0 tot 4: Score 0 = geen beperking; niet merkbaar, frequentie nooit (66%); Score 1 = lichte beperking, dragelijk, frequentie zelden (8%); Score 2 = matige beperking, verstoort het dagelijks leven, frequentie soms (16%); Score 3 = ernstige beperking, gedeeltelijke ontwrichting van dagelijks leven, vaak (6%); Score 4 = volledige beperking, volledige ontwrichting, continue (4%) (% van de populatie problematisch harddruggebruikers)

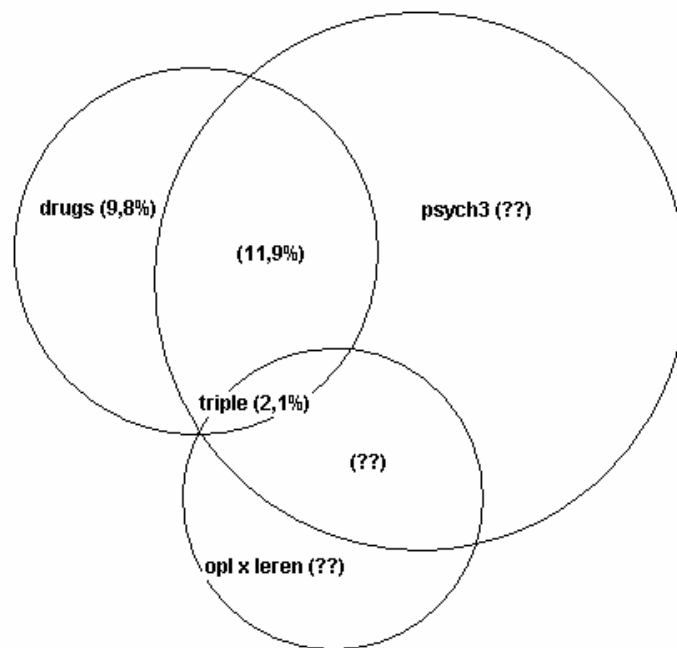
dus niet aan mensen die geen verslavingsproblematiek hadden.¹⁵ In figuur 5 en 6 zijn de twee analyses die tot de meest extreme schattingen leiden weergegeven. Alle andere combinaties van variabelen vallen hier tussen in. Afhankelijk van de gebruikte variabele voor druggebruik zien we dat dit data-bestand leidt tot een omvangschatting van triple problematiek van tussen de 2,1% en 2,7% van de totale groep gedetineerden die instromen bij de Huizen van Bewaring. De hier gebruikte indicator voor psychiatrische problematiek, die veel uitgebreider is dan in de studie van Vogelvang et al., lijkt te leiden tot een hogere schatting van het aantal mensen met een psychiatrische problematiek, maar het al dan niet meenemen van het risico op persoonlijkheidsstoornissen (de keuze tussen 'psych 3' en 'psych 4') maakt niet uit voor de geschatte omvang van de triple problematiek: alle delinquenten die in deze studie met een gecombineerde drugs- en leerproblematiek kampen, hebben ook een psychiatrische problematiek. De hier gebruikte indicator voor LVG lijkt tot een lagere schatting te leiden dan bij Vogelvang et al.. Wederom is het belangrijk op te merken dat in de steekproef zwaardere delinquenten en mensen met een zwaardere psychiatrische problematiek waarschijnlijk ondervertegenwoordigd zijn.

Figuur 5 Problematisch hard/softdruggebruik * psychiatrische problematiek incl. persoonlijkheidsproblematiek * opleiding x leren; secundaire analyse op basis van Oliemeulen et al. (2006)



¹⁵ Om de gegevens toch in vendiagrammen weer te kunnen geven zijn schattingen ingevoerd in de gebruikte applet (www.cs.kent.ac.uk/people/staff/pjr/EulerVennCircles/EulerVennApplet.html). In de vendiagrammen is de onzekerheid over de groepsgrootte aangeduid door middel van vraagtekens.

Figuur 6 Problematisch harddruggebruik * psychiatrische problematiek excl. persoonlijkheidsproblematiek * opleiding x leren; secundaire analyse op basis van Oliemeulen et al. (2006)



Schatting van de omvang in absolute aantallen

Om tot een omvangsschatting in absolute aantallen te komen moeten de gevonden percentages omgerekend worden. Hierbij zijn steeds twee schattingen berekend:

- 1 Het aantal instromers in het gevangeniswezen die kampen met triple drugs, psychiatrische en LVG-problematiek. Dit getal bevat dubbeltellingen, omdat dezelfde persoon meer dan een keer per jaar kan instromen;
- 2 Het aantal gedetineerden die op peildatum eind september 2007 in het gevangeniswezen verbleven en met triple problematiek kampten.

De populatiecijfers zijn afkomstig uit Eggen & Kalidien (2008) en betreffen het jaar 2007¹⁶, het meest recente jaar waarover op moment van schrijven gegevens gepubliceerd waren. De totale instroom van voorlopig gehechten, arrestanten en zelfmelders bedroeg in 2007 43.831. In 2007 verbleven per eind september 2007 in totaal 14.450 gedetineerden in het gevangeniswezen. Van hen verbleven er 795 extramuraal. Intramuraal waren er dus 13.655 personen. Van hen waren er 11.772 strafrechtelijk gedetineerd. De aantallen dalen de laatste jaren. Als we de door se-

¹⁶ Dit jaar is gekozen om een redelijk actuele schatting te kunnen maken. Hierbij wordt er van uitgegaan dat de gerapporteerde percentages, die van wat oudere datum zijn, nog gelden in 2007. Volgens www.dji.nl is in 2008 een (verdere) daling opgetreden van het aantal instromende en per eind september verblijvende gedetineerden in het gevangeniswezen. De daling bedraagt 5% (instromers) en 6,5% (verblijvenden op peildatum).

cundaire analyse gevonden percentages vermenigvuldigen met bovengenoemde populatieaantallen krijgen we omvangschattingen zoals weergegeven in tabel 1. We kunnen dus stellen dat er in 2007 naar schatting tussen de 920 en 1990 delinquenten met triple problematiek het gevangeniswezen instroomden, waarbij voor een deel sprake is van dezelfde mensen. Op één moment waren er naar schatting tussen de 250 en 530 delinquenten met triple problematiek strafrechtelijk gedetineerd.

Tabel 1 Schatting omvang groep met triple problematiek in gevangeniswezen

Bron	Categorie justitiabelen
Vogelvang et al., 2003	– Instromers met triple problematiek 2007 ^a – Strafrechtelijk gedetineerden eind sept. 2007 met triple problematiek
Oliemeulen et al., 2007	– Instromers met triple problematiek 2007 ^a – Strafrechtelijk gedetineerden eind sept. 2007 met triple problematiek

^a Mogelijke overschatting door dubbelleningen.

2.1.2 Validering van de omvangschattingen op basis van RISC-bestand

Het instrument 'Recidive InschattingsSchalen' (RISC) is het diagnose instrument van drie Nederlandse reclasseringsorganisaties (Reclassering Nederland, Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland en Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering) en het beleidsprogramma Terugdringen Recidive. De RISC wordt sinds november 2004 gebruikt door de reclasseringsorganisaties in het kader van riskassessment en riskmanagement bij delinquenten binnen het gevangeniswezen en de reclassering.

In de reclasseringspraktijk wordt de RISC voor verschillende doelen gebruikt:

- 1 Voor voorlichtingsrapporten aan de Rechterlijke Macht of het Openbaar Ministerie.
- 2 Voor het ontwikkelen van een plan van aanpak voor reclasseringstoezicht.
- 3 Voor het opzetten van een reïntegratieplan voor gedetineerden die na veroordeling in eerste aanleg een strafrestant hebben van minimaal vier maanden.

Het RISC-bestand dat hier is gebruikt is een database waarin alle RISC's zijn opgenomen die tussen november 2004 en augustus 2007 zijn afgenomen. Het bestand bevatte 38.451 RISC's. Dit bestand is niet een steekproef uit een populatie, maar een populatie op zich, die niet representatief is voor de gehele populatie gedetineerden. Het gaat hier om een zwaardere groep dan de totale populatie gedetineerden: ze hebben vaker contact gehad met justitie en waren gemiddeld jonger toen ze voor het eerst met justitie in aanraking kwamen. Daarbij is het denkbaar dat mensen met bijvoorbeeld een zware psychiatrische problematiek geen RISC hebben ondergaan; waar een mogelijk verband is met ontoerekeningsvatbaarheid zijn zij mogelijk terecht gekomen bij het NIFP of Pieter Baan Centrum. Duidelijke data over uit wat voor gedetineerden de groep die een RISC hebben ontvangen precies bestaat zijn echter niet voorhanden. Om die reden wordt het Risc-bestand hier dan ook alleen maar gebruikt ter validering van de eerder beschreven verhoudingen tussen problematieken.

Drugs problematiek

Eén van de schalen waaruit de RISC bestaat is de schaal 'druggebruik'. Deze schaal geeft een eerste indicatie inzake de mate waarin drugs een rol spelen bij het delictgedrag. Een deel van de gestelde vragen is dan ook niet relevant voor deze analyse. De twee eerste vragen zijn dat mogelijk wel. De eerste vraag kijkt naar het druggebruik in heden of verleden. Hierbij zijn 3 scores mogelijk:

- Score 0: niet problematisch druggebruik, bijvoorbeeld 'blowen', gebruik van partydrugs of andere drugs zeer incidenteel en MITS er geen relatie is tot het delict en er aanwijzingen zijn dat de delinquent in staat is om NEE te zeggen tegen de drug, het gebruik bepaalt niet het leefritme of de wijze van leven van de delinquent.
- Score 1: Cannabis (wiet, hasj), lijm, benzine, 'poppers', ecodrugs en smartdrugs. Pillen die niet op recept zijn verkregen. Hieronder valt ook het zogenaamde problematisch blowen. Score 1 bij mogelijke relatie tussen het gebruik en eerdere delicten.
- Score 2: Heroïne, cocaïne, methadon, overige opiaten, ketamine, amfetamine/speed, hallucinogenen, crack, partydrugs en Ritalin. Bij dagelijks gebruik: Khat, cannabis, anabole steroïden. Ook score 2 bij bewijs van afhankelijkheid en bij directe relatie tussen het gebruik en het huidige delict.
- Van de totale groep delinquenten die een RISc heeft ondergaan heeft 27,2% een score 2 op deze variabele. Door de brede betekenis van deze score lijkt deze echter niet erg bruikbaar voor de analyse.

De tweede vraag in de serie over drugs van de RISc lijkt sterk op de vraag of drugs een hoofdactiviteit is zoals deze eerder beschreven werd in de studie van Vogelvang et al. De vraag hier is of het leven van de delinquent voornamelijk draait om het verkrijgen van drugs of het gebruiken van drugs. De scoring lijkt zo op die besproken bij de studie van Vogelvang et al. dat hier verwezen wordt naar bovenstaande beschrijving. Vijftig procent van de onderzochte delinquenten heeft nooit drugs gebruikt, 17% heeft score 0, 10% score 1, en 23% score 2 op deze variabele. Voor de analyse is gebruik gemaakt van deze vraag, waarbij alle mensen die score 1 of 2 hadden in de analyse werden meegenomen.

Psychiatrische problematiek

In schaal 10 van de RISc (emotioneel welzijn) zitten verschillende vragen die er op gericht zijn in te schatten hoe de delinquent in het leven staat. Het gaat om vragen of de delinquent moeite heeft zichzelf staande te houden, of deze psychische problemen ervaart, hoe de delinquent zichzelf ziet, en of er sprake is van zelfdestructief gedrag. In de handleiding is ook sprake van een aantal andere vragen, waaronder die of er ooit behandeling is geweest, ooit medicatie is geweest, ooit behandeling is geweigerd, of op dit moment behandeling gaande is, maar deze vragen stonden niet in het bestand dat wij beschikbaar hebben.

Van deze vragen is er maar één die bij benadering geschikt is voor onze analyse, namelijk de vraag naar de huidige psychologische en psychiatrische problemen die de delinquent ervaart (vraag 10.2). Op deze vraag zijn weer 3 scores mogelijk, waarbij score 2 een psychiatrische problematiek omvat.¹⁷ Dit was het geval bij 22% van de onderzochte delinquenten.

¹⁷ Score 0: Delinquent heeft geen psychische problemen. Reageert normaal op vragen, is bereikbaar voor de ander. (55%)

Score 1: Delinquent geeft aan dat hij/zij gediagnosticeerd is met psychische problemen, maar er is geen relatie aan te tonen tussen het delict en deze problematiek. Denkt erover hulp te zoeken voor (of heeft recent hulp gezocht voor) psychische problemen. Reageert soms afwezig, lijkt niet goed bereikbaar (niet te wijten aan andere oorzaken) maar er is nog wel contact mogelijk. Delinquent geeft aan dat hij/zij wel een somber of angstig is, slaapt minder goed, onrust of juist sloomheid. Functioneert nog wel redelijk, maar er zijn ook pro-

LVG-problematiek

Er zitten ook in dit bestand geen variabelen die direct zicht bieden op de omvang van de LVG-problematiek. Twee variabelen in het bestand kunnen wellicht een hele grove inschatting geven van leerproblemen: opleidingsniveau en 'belemmeringen voor scholing en werk'. Het is duidelijk dat deze variabelen verre van ideaal zijn. Een betere indicator is echter niet voorhanden.

Aan de delinquenten is van verschillende opleidingen gevraagd of zij deze hebben gevolgd en of deze vervolgens zijn afgerond. De variabele heeft uiteindelijk 3 mogelijke scores, waarbij score 2 werd gegeven als de delinquent ongeschoold was en alleen basis of Speciaal lager Onderwijs had gevolgd, al dan niet afgerond. Dit was het geval voor 18% van de onderzochte delinquenten. Zoals eerder gezegd betekent het niet voltooiën van een opleiding niet dat dit te maken heeft met mindere intellectuele capaciteiten van de onderzochte delinquenten.

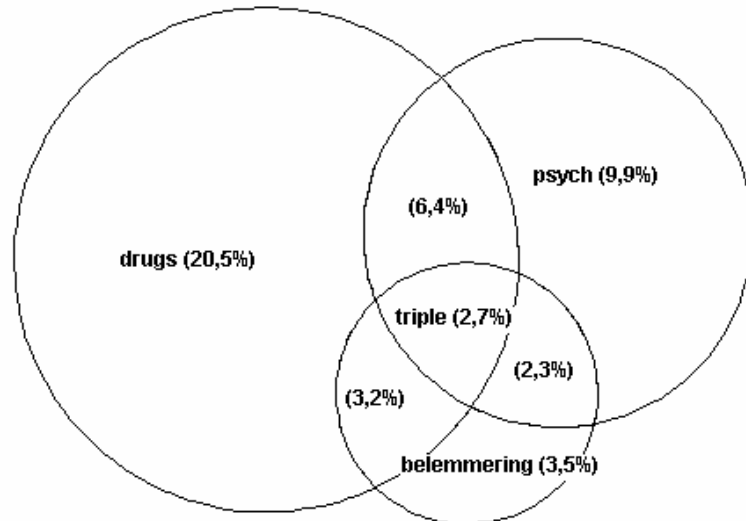
De variabele 'belemmeringen voor scholing en werk' kijkt voor een groot deel naar de motivatie van de delinquent. Score 2 behelst echter ook een indicatie van lees-, schrijf- en rekenproblemen: 'Delinquent is analfabeet en/of heeft veel moeite met lezen, schrijven en rekenen en wil/kan dit ook niet leren. Ziet opleiding als onnodig en tijdverspilling. Ziet werk ook als tijdverspilling. Vindt dat anderen profijt van je trekken door je weinig geld te geven voor het werk dat je doet. Geeft aan dat werken niet nodig is omdat hij/zij prima voor zichzelf kan zorgen op allerlei andere manieren (criminaliteit). Heeft nooit gewerkt, maar zou wel kunnen werken (fysiek en psychisch). Is ongemotiveerd voor werk of opleiding. Indien hij/zij wordt verplicht tot opleiding of werk, laat hij/zij het afweten: komt niet opdagen, voert opdrachten niet naar vermogen uit e.d.' Voor de analyse is gebruik gemaakt van deze variabele 'belemmeringen', waarbij gekeken is naar de delinquenten die hierop een score 2 hadden. Dit was het geval bij 12% van de onderzochte delinquenten.

Omvangschatting triple problematiek

Net als bij de voorgaande twee analyses kunnen we de combinaties van variabelen weergeven in een vendiagram (zie figuur 7). Hoewel het percentage mensen met een psychiatrische problematiek en het percentage mensen met belemmeringen voor scholing en werk in het RISc-bestand iets kleiner lijkt dan het percentage mensen met lees-, reken- en schrijfproblemen bij Vogelvang et al., zijn toch vooral de overeenkomsten in de figuren opvallend. Het percentage delinquenten met een triple problematiek in het RISc bestand is iets lager dan bij Vogelvang et al., maar komt sterk overeen met het onderzoek van Oliemeulen et al..

blemen. (23%) Score 2: Delinquent heeft al langere tijd psychische problemen. Er zijn aanwijzingen voor een psychiatrisch beeld (bv. Depressie, angststoornis, PTSS; maar ook schizofrenie, DIS etc.). Er is een psychiatrische diagnose gesteld en/of er is een duidelijke relatie tussen de psychische gesteldheid van de delinquent en het delictgedrag. Slaapproblemen, verstoord dag/nacht ritme. Ook score 2 als er in het gesprek duidelijk zichtbaar is dat de delinquent een eigen 'werkelijkheid' heeft gecreëerd en niet of sterk verminderd bereikbaar is. Delinquent laat hele wisselende stemming zien. Onrustig, overactief of juist langzaam, somber, zeer gespannen, tobberig, zorgelijk en/of angstig. Delinquent werkt mee, maar kan niet bereikt worden met vragen. Delinquent is in gedachten verzonken, dromerig. Het lukt niet om instructies te volgen of vragen te beantwoorden. Delinquent lijkt niet te snappen wat er om hem heen gebeurt. Delinquent is makkelijk uit zijn evenwicht te brengen om voor de beoordelaar onnavolgbare redenen. (22%)

Figuur 7 Drugs hoofdactiviteit * psychiatrische problematiek * belemmeringen; secundaire analyse op Risc's 2004-2007



2.1.3 Validering van omvangschatting populatie verslaafde justitiabelen

Literatuur over de groep met triple problematiek is zoals gezegd niet voorhanden. Wel kunnen we aan de hand van de literatuur enkele deelaspecten van de bovengenoemde schattingen valideren. Eén deelaspect waarover wel veel literatuur beschikbaar is, is het aantal verslaafde justitiabelen. Een aantal bronnen kan hierbij behulpzaam zijn. Het meest vergelijkbaar met de gebruikte bestanden zijn een aantal studies naar problematisch druggebruik in reguliere detentie. Deze leveren percentages druggebruikende justitiabelen, die vergelijkbaar zouden moeten zijn met de door Vogelvang et al. en Oliemeulen et al. gevonden percentages. Vergelijkbare gegevens over absolute aantallen hoogcriminele druggebruikers komen uit de Veelplegersmonitor, onderzoek naar 'draaideurcriminelen', naar SOV'ers en naar ISD'ers. Tenslotte wordt nog gekeken naar gegevens over aantallen druggebruikende arrestanten uit het HKS.

Literatuur over problematische druggebruikers in reguliere detentie

Er zijn in de afgelopen jaren verschillende andere onderzoeken geweest naar druggebruik onder gedetineerden in Huizen van Bewaring/penitentiaire inrichtingen. Het gaat om onderzoeken onder representatieve steekproeven van gedetineerden in reguliere detentie (Bulten & Nijman, 2009; Koeter & Luhrman, 1998; Schoemaker & Van Zessen, 1997). Deze onderzoeken zijn ofwel van wat oudere datum dan Vogelvang et al. (2003) en Oliemeulen et al. (2007), ofwel van beperktere reikwijdte. De steekproeven, definities van 'druggebruik' en meetwijzen van de studies zijn verschillend. Soms is afhankelijkheid of misbruik van drugs gemeten, soms gebruik. Soms wordt onderscheid gemaakt naar typen drugs, soms niet. Uit deze onderzoeken komt het volgende naar voren:

Schoemaker en Van Zessen onderzochten in 1997 143 gedetineerden in de penitentiaire inrichting Scheveningen. Zij maten afhankelijkheid, misbruik en gebruik in de

twaalf maanden voorafgaand aan de detentie en gebruikten daarvoor de CIDI (die is afgeleid van de DSM-III-R). Ook bevroegen zij psychologen en penitentiair inrichtingswerkers over het middelengebruik van 528 gedetineerden. Hun onderzoek bij de gedetineerden liet zien dat bij 36% sprake was van afhankelijkheid of misbruik van drugs ('verslaving'); nog eens 32% was druggebruiker zonder verslaving. De professionals schatten dat bij 29% sprake was van verslavingsproblematiek.

Koeter en Luhrman onderzochten in 1998 265 gedetineerden in algemene afdelingen van de penitentiaire inrichting Overamstel. Drugsproblemen werden gemeten met de EuropASI en de CIDI. Van de onderzochte gedetineerden bleek 44% in het jaar voor detentie verslavingsproblematiek gekend te hebben, 30% bleek ernstig verslaafd. Meestal betrof de verslaving heroïne of cocaïne, waarbij polydruggebruik relatief veel voorkwam.

Bulten en Nijman (2009) onderzochten 191 willekeurig geselecteerde volwassen mannelijke gedetineerden in de penitentiaire inrichtingen in Vught. Zij gebruikten de Mini (Mini international neuropsychiatric interview) om – onder andere – de prevalentie van drugverslaving in het afgelopen jaar vast te stellen. Ze onderzoeken gedetineerden in de eerste fase na instroom. Zij stellen vast dat 29,8% (met een marge van 23,3% tot 36,3%) van de gedetineerden in het afgelopen jaar kampte met een drugverslaving.

De gevonden percentages staan samengevat in tabel 2. Het is duidelijk dat de gebruikte definities sterk uiteenlopen. Dit kan wellicht een deel van de verschillen in de gevonden percentages verklaren. De door Vogelvang et al. gebruikte definitie van problematisch gebruik lijkt in vergelijking met de overige literatuur tot een relatief hoog percentage druggebruikers te leiden, terwijl de beperking tot harddrugs bij Oliemeulen et al. tot een relatief lage schatting lijkt te leiden. Er is echter geen reden om aan te nemen dat de gevonden percentages niet bruikbaar zijn voor verdere berekeningen.

Tabel 2 Schatting omvang groep met drugsproblematiek in gevangeniswezen

Onderzoek	Gebruikte definitie	Omvang (%)
<i>Secundaire analyses</i>		
Vogelvang et al. (2003)	Drugs hoofdactiviteit	38
	Problematisch gebruik harddrugs en/of softdrugs	52
Oliemeulen et al. (2006)	Problematisch gebruik harddrugs en/of softdrugs	44
	Problematisch gebruik harddrugs	23
RISc 2004-2007	Drugs hoofdactiviteit	33
<i>Literatuur</i>		
Schoemaker & Van Zessen (1997)	Verslaving	36
	Druggebruik zonder verslaving	32
	Verslavingsproblematiek volgens professionals	29
Koeter & Luhrman (1998)	Verslavingsproblematiek jaar voor detentie	44
	Ernstig verslaafd	30
Bulten & Nijman (2009)	Verslaving jaar voor detentie	23-36

Literatuur over hoogcriminele druggebruikers

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan die gepoogd hebben omvangschattingen te doen van (deel-)populaties van hoogcriminele druggebruikers. Onderzoek naar hoogcriminele druggebruikers is onder andere uitgevoerd in het kader van beleid dat streeft naar toeleiding vanuit detentie naar zorg (EK 2000-2001, 26 023, nr 16a; TK 1987-1988, 20 415, nrs. 1-2; TK 1994-1995, 24 077, nr. 3; TK 2002-2003, 28 684, nrs. 1 en 2; TK 2006-2007, 31 110, nr. 1). De gebruikers waar het hierbij om ging werden wel aangeduid als 'draaideurcriminelen'. Deze groep justitiabele chronische harddruggebruikers is in het verleden in diverse onderzoeken onder de loep genomen. Deze onderzoeken vormen de derde bron van informatie. Enkele onderzoeken noemen cijfers over de omvang van deze groep, die neerkomen op zo'n 3.750 tot 7.300 personen (Bieleman, Snippe & De Bie, 1995; Van den Hurk, 1998; Van 't Land et al., 2003).

Een andere bron die informatie geeft over hoogcriminele verslaafde justitiabelen is het landelijke bestand van het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie. Dit wordt sinds 1986 gebruikt om gegevens over verdachten te registreren. Het bestand bevat zowel de aangiftegegevens van misdrijven als de persoonsgegevens van verdachten. In het HKS kan de politie aangeven of een verdachte 'druggebruiker' is. Deze classificatie wordt gebruikt als er aanwijzingen zijn dat een verdachte door zijn druggebruik een gevaar kan opleveren voor de verbalisant. Ook kan dit gebeuren op aangeven van de verdachte zelf, bijvoorbeeld als hij/zij zelf aangeeft problemen te hebben met het gebruik van drugs, of als hij/zij om methadon vraagt. De validiteit van de registratie staat niet vast. Omdat de politie verdachten niet systematisch test op druggebruik, is er een kans dat een verdachte wel druggebruiker is, maar niet als zodanig in het HKS wordt geregistreerd omdat de politie dit niet weet of niet herkent. De indruk bestaat¹⁸ dat de classificatie vooral gegeven wordt aan gebruikers die de politie kent en dat nieuwe, onbekende gebruikers onopgemerkt en dus ongeregistreerd blijven. Het HKS zou in dat geval vooral een beeld geven van de bij de politie bekende groep van recidiverende chronische harddruggebruikers. De indruk wordt bevestigd door het feit dat een ruime meerderheid van deze geregistreerde druggebruikers (ongeveer driekwart) meer dan tien keer eerder met de politie in aanraking kwam, ruim 20% zelfs meer dan 50 keer. De HKS-cijfers laten zien dat tussen 2000 en 2004 jaarlijks 9.000 tot 10.000 als 'druggebruiker' gecategoriseerde verdachten waren. Dit aantal neemt sindsdien af. In 2005 waren het er circa 9.700, in 2006 8.600 en in 2007 8.000 (Van Laar et al., 2008).

Ook de Veelplegermonitor van het WODC verschaft informatie over de omvang van drugsproblematiek onder justitiabelen (Tollenaar et al., 2008, 2009; Tollenaar, 2008). Deze monitor maakt gebruik van negen bestaande registratiesystemen van politie, justitie, CBS, reclassering en verslavingszorg en volgt volwassen *zeer actieve* veelplegers sinds 2003. De monitor laat onder andere zien hoeveel zeer actieve veelplegers vanwege problemen met middelengebruik of gokken als cliënt staan ingeschreven bij de ambulante verslavingszorg. Het blijkt te gaan om een vrij grote groep zeer actieve veelplegers: 74% in 2005, het meest recente jaar waarover gegevens beschikbaar zijn. Dit percentage is niet vergelijkbaar met de in de vorige paragraaf beschreven percentages druggebruikende gedetineerden, aangezien het

¹⁸ Deze indruk is afgeleid uit lopend onderzoek naar als druggebruiker geregistreerde verdachten van het WODC.

hier om een deelpopulatie gaat met een ernstiger justitieverleden. Het aantal zeer actieve veelplegers met verslavingsproblemen bedraagt in 2005 4.113 personen (Tollenaar, 2008). Aangezien het aantal zeer actieve veelplegers in 2006 is afgenomen, zou bij gelijk gebleven percentages het aantal zeer actieve veelplegers met verslavingsproblematiek in 2006 op rond de 3.950 geschat worden (gebaseerd op Tollenaar, 2008 en Tollenaar et al., 2009).

Bovenstaande getallen hebben betrekking op alle verslavingen, ook die aan alcohol, en zelfs problematisch gokken is hierin meegenomen. Uit de Veelplegermonitor komt naar voren dat de meeste gebruikers onder de zeer actieve veelplegers problemen hebben met opiaten dan wel cocaïne/crack (tabel 3). Er is een trend waarneembaar in het soort probleemmiddel. Het aandeel met een opiaatverslaving daalt, het aandeel met problemen met alcohol of cocaïne/crack stijgt. Ook het aandeel problematische cannabisgebruikers nam de laatste jaren iets toe.

Tabel 3 Primair probleemmiddel (% van in ambulante verslavingszorg aangemelde zeer actieve veelplegers), 2003-2005

Hoofdmiddel	2003 (N=4.2)	2004 (N=4.3)	2005 (N=4.1)
Alcohol	18	20	23
Opiaten	43	38	34
Cocaine/crack	30	33	35
Cannabis	5	5	5
Gokken	1	1	1
Overig	3	2	2

Bron: Tollenaar, 2008

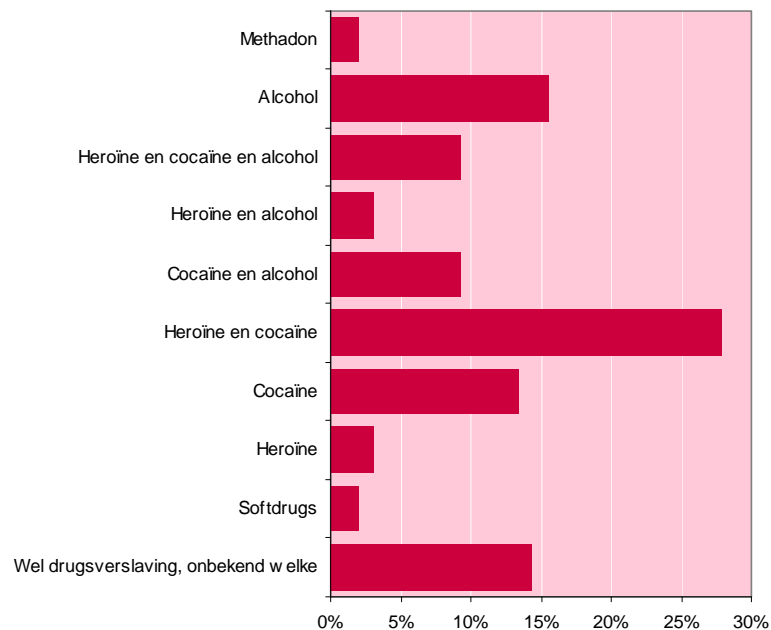
Op basis van de percentages over 2005 kan berekend worden dat er in 2005 ruim 2.800 zeer actieve veelplegers waren met problematisch gebruik van primair hard-drugs – opiaten en cocaïne; in 2006 is dit bij gelijk gebleven verhoudingen gedaald tot circa 2.700. Als de problematische gebruikers met een bij de zorg aangemeld primair cannabisprobleem worden meegerekend komt het aantal zeer actieve veelplegers met drugsproblematiek in 2005 en 2006 op circa 3.000 en 2.900 personen.

Twee specifieke groepen hoogcriminele verslaafden zijn in het verleden onderzocht: degenen die in aanmerking komen voor de maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) of de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). De SOV-maatregel richtte zich op een harde kern van mannelijke justitiabele verslaafden bij wie eerdere interventies niet leidden tot een afname van het plegen van strafbare feiten en het hanteerbaar maken van de verslaving.¹⁹ De omvang van de doelgroep van de SOV werd bij invoering van de maatregel geschat op 3.000 personen (Van 't Land et al. 2005). Dit betekent dat er ten tijde van de start van de SOV (in 2001) rond 3.000 verslaafde justitiabelen met hoge criminele recidive waren die in aanmerking kwamen voor de maatregel SOV.

¹⁹ Ernstige psychiatrische co-morbiditeit was een contra-indicatie voor de SOV. Uit onderzoek naar de SOV is later echter gebleken dat psychiatrische problematiek in de SOV toch regelmatig voorkwam en dat 39% zeer laag scoorde op een intelligentietest (Van 't Land et al., 2005; Koeter & Bakker, 2007)

De ISD-maatregel is bedoeld voor de zeer actieve stelselmatige daders (TK 2002-2003, 28 980, nr. 3). Anders dan bij de SOV komen ook vrouwen en ook personen met (ernstige) psychiatrische problematiek in aanmerking voor een ISD-maatregel. De omvang van de doelgroep wordt in 2002/2003 geschat op 4.000 à 5.000 personen. Uit onderzoek is gebleken dat bijna alle ISD'ers verslavingsproblemen kennen (Ganpat, Wits, Schoenmakers & Greeven, 2009; Goderie, 2009). In totaal rapporteert 95% problemen met druggebruik in het verleden en/of heden. Dit zouden dan 3.800 tot 4.750 personen zijn. De groep met harddrugproblematiek (heroïne, cocaïne, methadon, al dan niet in combinatie met andere middelen en exclusief de categorie 'wel drugverslaving, onbekend welke') is 68% groot. Dit komt neer op zo'n 2.700 tot 3.400 personen.²⁰ De omvang van de groep bij wie drugs centraal staan in het leven (76%) kan geschat worden op 3.040 tot 3.800 (Biesma et al., 2006; Goderie, 2009; TK 2002-2003, 28 980, nr. 3).

Figuur 8 Verslavingsproblematiek van ISD'ers



Bron: Goderie, 2009

Al met al lijken er, afhankelijk van definities van druggebruik en veelplegers, tussen de 3000 en 8000 problematische druggebruikers te zijn. Dit is iets hoger maar komt redelijk overeen met de getallen uit de in de vorige paragraaf beschreven literatuur: 23% van een kleine 12.000 gedetineerden op peildatum zijn circa 2.700 gedetineerde harddrugverslaafden, 52% van dezelfde groep zijn ruim 6.100 gedetineerden met problematisch druggebruik.

²⁰ Indien de categorie "wel drugverslaving, onbekend welke" wordt meegeteld komt het geschatte aantal op 3.300 tot 4.125 personen.

2.1.4 Validering van de omvangschatting populatie verslaafde justitiabelen met comorbide psychiatrische problematiek

Zoals eerder opgemerkt werd, is de psychiatrische problematiek van de problematische druggebruikers meestal niet formeel gediagnosticeerd. Ook is het onderscheid tussen psychische en psychiatrische problematiek vaak moeilijk te maken. Van der Stel (2006) spreekt van psychische stoornissen als de psyche gestoord is en van psychiatrische problematiek als psychiaters en aanverwante disciplines het als hun probleem of domein beschouwen. De wijze van meting in de beschreven onderzoeken is niet altijd gelijk: soms wordt gerapporteerd over actuele problematiek, soms over problematiek die ooit in het leven is opgetreden.

Onderzoek bevestigt een relatief hoge prevalentie van (ernstige) psychiatrische problematiek bij langdurige problematische druggebruikers in het algemeen – niet alleen justitiabelen. Volgens Van 't Land et al. (2005) wordt landelijk uitgegaan van 30 tot 50% opiaatverslaafden met psychische co-morbiditeit. Deze auteurs baseren zich daarbij op de Nationale Drug Monitor 2001. ZonMw meldt dat uit onderzoek onder chronisch verslaafden naar voren komt dat bij een aanzienlijk deel van hen sprake is van bijkomende psychiatrische problematiek, met name (borderline) persoonlijkheidsstoornissen, angst, depressie en psychotische stoornissen (Verslaving, 2005). Ook Van der Stel (2006) laat zien dat depressies, angststoornissen, bipolaire stoornissen en ADHD, schizofrenie, psychosen en met name ook de antisociale persoonlijkheidsstoornis voorkomen in combinatie met problematisch middelengebruik (alcohol, cannabis en harddrugs). Ook eet- en somatoforme stoornissen komen voor, terwijl nicotine bij de co-morbide doelgroep de meest gebruikte psychoactieve stof is.

Recent onderzoek van Bulten en Nijman (2009) onder gedetineerden in één penitentiaire inrichting²¹ liet zien dat bij 37% van de onderzochte gedetineerden sprake was van een antisociale persoonlijkheidsstoornis, bij 12% van een angststoornis, bij 9% van depressie en bij 0,5% van een psychotische stoornis. Van de gedetineerden had 22% een DSM-III-R as I-stoornis exclusief verslaving. Bij dit laatste cijfer bleef de antisociale persoonlijkheidsstoornis buiten beschouwing.

In deze paragraaf wordt gekeken naar delinquenten met een gecombineerde problematiek. Eerst worden gegevens gerapporteerd over gedetineerden met problematisch middelengebruik in reguliere detentie, en daarna over zeer problematische justitiabele harddruggebruikers in drang- en dwangvoorzieningen. Dit zijn twee groepen waar wél over is gerapporteerd en die het dichtst de doelgroep van de onderhavige problematiek benaderen. Er wordt hierbij gekeken naar zowel psychische als psychiatrische problematiek.

Problematische gebruikers in detentie

Psychologische en psychiatrische problemen lijken veel voor te komen onder de problematische gebruikers in reguliere detentie. Dit wordt ook gesignaleerd door de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (2007) en door de RSJ (2007a). Ook in andere landen gaat problematisch gebruik onder justitiabelen vaak gepaard met

²¹ Hiervoor werd het 'Mini international neuropsychiatric interview' (MINI) gebruikt.

psychische stoornissen (Reuter & Stevens, 2007; Stevens, 2008). Het bestudeerde Nederlandse onderzoek laat het volgende zien:

Volgens Schoemaker en Van Zessen (1997) heeft 50% van de gedetineerden met problematisch gebruik van middelen of gokken een bijkomende psychiatrische stoornis.

Koeter en Luhrman (1998) beschrijven kenmerken van justitiabele drugsafhankelijken in vier justitiële instellingen (n=297). Zij vonden bij 40% van de justitiabele problematische druggebruikers dubbele problematiek (co-morbiditeit) en bij 20-30% meervoudige complexe problematiek. Zij kwamen er overigens ook achter dat de justitiabele problematische druggebruikers in detentie niet significant verschilden van de problematische druggebruikers buiten detentie als het gaat om psychische, dubbele en complexe problematiek. Koeter en Luhrman rapporteren de volgende lifetime prevalenties van psychische problemen: angst en gespannenheid: 50-56%, depressieve symptomen: 50-59%, moeite met het onder controle houden van agressie: 40-48%, serieuze suicidegedachten: 20-43% en persoonlijkheidsstoornissen:²² 50-63% (antisociale persoonlijkheidsstoornis, borderline, schizotypische stoornis, paranoïde en theatrale stoornis²³).

De Gezondheidsraad (2002) concludeerde dat ongeveer de helft van de drugverslaafde gedetineerden lijdt aan één of meerdere psychiatrische stoornis(sen). Al met al lijkt het aandeel van mensen met psychiatrische problematiek onder de verslaafden nog iets hoger wanneer het de deelgroep delinquenten betreft.

Psychi(atri)sche problematiek onder probleemgebruikers in dwang en drangvoorzieningen

Onder de zware, hoogcriminele verslaafde klanten van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV), de Forensische Verslavingskliniek (FVK), de voorziening Triple-Ex²⁴ en de Inrichting voor Stelselmatige Daders, zijn verschillende onderzoeken gedaan naar aanwezigheid van psychiatrische problematiek.

SOV'ers scoren, in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking, hoog op de SCL-90, een schaal die de ervaren psychopathologie op acht dimensies meet (agorafobie, algemene angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen). Zestien procent van de SOV'ers heeft ooit in zijn leven psychotische verschijnselen ervaren,²⁵ 7% nog in de maand voor arrestatie (Koeter & Bakker, 2007).

²² Persoonlijkheid kan worden omschreven als een duurzaam patroon van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en de eigen persoon, dat zich manifesteert in uiteenlopende sociale en persoonlijke omstandigheden.

²³ Vastgesteld met de PDQ-R.

²⁴ Triple-Ex is een landelijk programma voor (onder meer) justitiabele verslaafden. De naam verwijst naar ex-verslaafd, ex-crimineel en ex-werkloos.

²⁵ Hier gemeten met een psychoscreener gebaseerd op de CIDI.

Alle SOV'ers, FVK'ers en Triple-Ex'ers scoorden in vergelijking met de algemene bevolking hoger op neuroticisme en lager op altruïsme en consciëntieusheid.²⁶ Ook de prevalentie van de antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP), doorgaans geassocieerd met een ongunstigere prognose voor verslavingsbehandeling, was onder SOV'ers, FVK'ers en Triple-Ex'ers veel hoger dan in de algemene Nederlandse bevolking: maar liefst 54% van de druggebruikers in genoemde voorzieningen leed hieraan, tegen minder dan 1% van de algemene bevolking.²⁷ Circa eenderde van de SOV'ers en Triple-Ex'ers had ooit serieuze zelfmoordgedachten gehad en een kwart zei ooit in zijn leven daadwerkelijk een zelfmoordpoging te hebben gepleegd. FVK'ers en regulier gedetineerde druggebruikers scoren nog hoger. In vergelijking met de algemene bevolking scoren de problematische gebruikers in de SOV, FVK, Triple-Ex en ISD aanzienlijk hoger op zowel psychische als psychiatrische problematiek. Al met al lijdt zeker de helft van deze groepen gebruikers aan stoornissen op dit gebied (Koeter & Bakker, 2007).

Wanneer we kijken naar de studie van Goderie (2009) naar de ISD-populatie, dan blijkt ruim de helft (52%) volgens het dossier psychiatrische problemen te hebben (al dan niet gediagnosticeerd). Bij ruim 30% ligt er een officiële diagnose. Ook volgens de RSJ zouden psychische stoornissen voorkomen bij 50% of meer van de zeer actieve veelal verslaafde veelplegers in de ISD (RSJ, 2007a). Ganpat et al. (2009) vonden dat matige tot ernstige depressies voorkomen bij 39% van de ISD'ers.

De studies laten een redelijk eenduidig beeld zien. We concluderen dan ook dat 40 tot 63% – grofweg de helft – van de justitiabele problematische druggebruikers comorbide psychiatrische problematiek kent. Het gaat vooral om persoonlijkheidsstoornissen (met name antisociale persoonlijkheidsproblematiek), depressie, angst en psychotische stoornissen. Dit suggereert dat de gevonden percentages bij Vogelvang et al. aan de lage kant zijn.

2.1.5 *Validering van de schatting LVG-problematiek*

Naar het gezamenlijk voorkomen van problematisch middelengebruik, psychiatrische problematiek en lichte verstandelijke handicaps is geen onderzoek gedaan. Omdat pas recent oog is voor deze beperking bij problematische druggebruikers, bestaat er nog weinig informatie over. De RSJ pleitte in 2008 voor meer aandacht voor deze problematiek en schatte dat 15-25% van de gedetineerden een verstandelijke beperking heeft (RSJ, 2008).

Koeter en Lührman (1998) rapporteren dat ongeveer 30% van de justitiabele probleemgebruikers een IQ heeft van minder dan 75.²⁸ Zij spreken in termen van 'intellectueel onbekwaam'. In de Nederlandse bevolking als geheel scoort 5% vergelijkbaar laag.

²⁶ Hier gemeten met de NEO.

²⁷ Hier gemeten met de Personality Disorder Questionnaire (PDQ-IV).

²⁸ Gemeten met de intelligentietest *Raven Progressive Matrices*. Een niet-verbale, visuele test waarmee het vermogen tot abstract denken en analoog redeneren onderzocht kan worden.

Van de SOV'ers scoorde 39% zeer laag op een intelligentietest (op of onder het vijfde percentiel); 74% zat in het laagste kwart (Koeter & Bakker, 2007).²⁹ In de ISD zou, afgaande op dossierinformatie, zo'n 15% een beneden gemiddeld intellectueel niveau hebben en 60% heeft een normaal intellectueel niveau (Goderie, 2009). Uit het onderzoek van Goderie (2009) is gebleken dat alle ISD'ers kampen met verslavingsproblematiek en dat het in de meeste gevallen gaat om (langdurige) harddrugproblematiek.

De conclusie is dat 15-25% van de justitiabelen in het algemeen een verstandelijke beperking zou kunnen hebben. Dit percentage kan oplopen tot zo'n 30 tot 39% in de populatie van justitiabele problematische (hard)druggebruikers. Dit suggereert dat de schattingen op basis van de zeer beperkte variabelen in Vogelvang et al. en Oliemeulen et al. tot een onderschatting van het probleem leiden.

2.1.6 Aanvullende inzichten van de experts

De secundaire data-analyse en het literatuur onderzoek richtten zich op justitiabelen met problematisch druggebruik, een psychiatrische problematiek en LVG. Hierbij werd uitgegaan van in de betrokken studies gehanteerde definities. Deze liepen nog al uiteen, en de cijfers lieten zien dat verschillende operationalisaties tot grote verschuivingen in de schattingen konden leiden. Toch bleef bij de secundaire data-analyse het percentage justitiabelen met triple problematiek relatief klein, met een range van 2,1-4,5%. Dit komt neer op 250-530 gedetineerden op de peildatum en 920-1.990 gedetineerden per jaar (inclusief dubbeltellingen). De beperkingen van de steekproef leidden er toe dat een aantal zeer problematische delinquenten waarschijnlijk buiten de steekproef zijn gevallen. De literatuur laat zien dat de percentages druggebruikende delinquenten en delinquenten met LVG mogelijk hoger moeten worden geschat dan uit de secundaire data-analyse bleek. Als we uitgaan van de in de literatuur genoemde 44-50% druggebruikers onder de justitiabelen, waarvan 50% psychiatrische problematiek heeft en 30-39% LVG, dan vallen de schattingen aanzienlijk hoger uit, namelijk 770-1.150 op de peildatum en 2.890-4.300 per jaar (inclusief dubbeltellingen).

Omvang doelgroep in eigen instelling of sector

Op basis van de gegevens van de secundaire data-analyse is de experts gevraagd hun visie te geven op de omvangschatting. Zoals te verwachten is bij het ontbreken van goede studies op dit terrein, bleek tijdens de expertmeeting dat ook de experts niet veel zicht hadden op de omvang van de groep met triple problematiek. Men durfde zich dan ook over het algemeen niet te wagen aan een omvangschatting. Wel werd een aantal voorbeelden genoemd van deelpopulaties die zich concentreerden rond specifieke zorginstanties. Ook werden enkele percentages aangehaald uit de eigen ervaring, die de hoogste in de literatuur gevonden percentages onderschreven. Hoewel een enkeling het gevoel had dat de groep misschien niet zo groot was, was het merendeel van de deelnemers er toch van overtuigd dat de in de uit de secundaire data-analyse voortvloeiende ondergrens een onderschatting was, en dat de genoemde bovengrens de waarheid waarschijnlijk beter benaderde.

²⁹ Idem noot 15.

'Ik vind het heel moeilijk om daar wat over te zeggen. Als je kijkt naar Hoeve Boschoord die op die groep is gericht, hebben wij er ongeveer 100 tot 120 in huis. Dat zijn exacte gegevens. Maar ik kan heel moeilijk inschatten hoe groot die groep daarbuiten is.'

'In onze PI worden veelplegers wel gescreend en wordt dus ook een IQ-test afgelegd. Dan hebben we het over zeer actieve veelplegers die ofwel in aanmerking komen voor de ISD-maatregel ofwel voor – wat wij in Amsterdam noemen – het APV-stapelproject. Dat betekent dat wij vorig jaar op een x-moment vijftig dossiers hadden en dat het vermoeden van de Amsterdamse GGD is dat zich nog eens vijftig in ieder geval zwak begaafden op straat bevinden. Dus als je het over Amsterdam hebt in de sfeer van veelplegers praat je ook over zo'n honderd man.'

'Als ik kijk naar de populatie die ik binnen de ISD de afgelopen vijf jaar heb meegemaakt (die voor het overgrote deel verslaafd is) dan denk ik dat het meer is. De mensen die ik aanvankelijk aantrof bij de ISD waren voor 30% tot 40% psychiatrisch patiënt. Daarvan was een aantal mensen ook behoorlijk beperkt. Ik ben samen met een psycholoog gaan tellen en toen kwamen we tot zeker 20% met enkele problematiek die ook een verstandelijke beperking hebben.'

'Alle ISD'ers die bij ons binnenkomen zie ik voor diagnostiek. De afgelopen twee jaar heb ik bijna honderd mensen gezien. Ik heb laatst alle IQ's onder de 85 geteld voor een stagiaire die daar een onderzoek naar deed: het was bijna 60%. Dat is vastgesteld met psychologische vragenlijsten en met GIT-2 (6 onderdelen). Dat is behoorlijk ja. Ik moet ook zeggen: we treffen natuurlijk (in Y) complexere cliënten met een hogere kans op zwakbegaafdheid.'

Literatuur en registraties: onderschatting

Het gevoel dat de gepresenteerde cijfers een onderschatting waren hangt sterk samen met het gevoel dat eigenlijk alle drie de problematieken waar het hier om gaat niet goed (h)erkend worden. De diagnose schiet vaak te kort. Vooral van de LVG-problematiek werd gesignaleerd dat deze vaak ongezien bleef. Met name de zwakbegaafde groep (IQ 70-85) is moeilijk herkenbaar. Dit komt deels doordat de betrokken cliënten heel capabel (verbaal) overkomen en soms uitermate *streetwise* of gehospitaliseerd zijn. Daarbij overschatten LVG'ers zichzelf ook vaak. Bovendien is er een gebrek aan expertise bij de betrokken instanties. Overigens werd hierbij opgemerkt dat het goed diagnosticeren van een complexe problematiek erg arbeidsintensief is.

'Bij verslaving heb je extra onderschatting [van LVG] doordat ze door de verslaving heel gewiekt overkomen. Ze zijn buitengewoon *streetwise*. Sociaal gezien eigenlijk. Wat juist doorgaans bij de verstandelijk gehandicapten niet zo sterk is, is bij de verslaafde verstandelijk gehandicapten juist wel – eenzijdig natuurlijk – ontwikkeld. Daardoor worden ze ook vaak niet herkend.'

'Een paar jaar geleden hadden we een psychologe in huis die me vroeg: "Waarom biedt jij die vent geen training aan?" Ik zeg: "Die man is verstandelijk gehandicapt." "Dat is niet waar," zei ze. "Ga maar testen." Ze vroeg: "Hoe weet jij dat nou?" "Omdat ik een tijdje rondloop" Ze ging hem testen en hij haalde de 60 nog niet. Maar *streetwise*. Ze doen zich voor als de koning van de straat. Daarbij nog twee meter groot en een meter breed.'

'Ik merk vaak dat medewerkers op de VBA zeggen: "Nee hoor, deze man is niet zwakbegaafd. We kennen hem al jaren." Ik lees dossiers waarin cliënten tien jaar geleden precies dezelfde uitspraken deden die ze nu nog verkopen tegen hulpverleners. Ze zijn streetwise. Ze papegaaien. Dat is hun manier om goed over te komen. Het is lastig te diagnosticeren.'

'Je zou een WAIS [Wechsler IQ voor Adults]-test moeten doen, maar ik ben alleen dus daar heb ik de mogelijkheden niet voor. Anders zou ik fulltime met WAIS bezig zijn. Dat kost te veel tijd. Het diagnosticeren is nog niet zo moeilijk maar het is intensief.'

Overschatting door complexe, wisselende problematiek

Er is echter niet alleen sprake van onderschatting van de besproken problematieken, ook overschatting komt voor, vooral op het gebied van de psychiatrische diagnoses. Verschillende deelnemers signaleerden dat mensen soms labels hadden gekregen waarvan niet duidelijk was hoe ze er aan gekomen waren, en die ze ook niet zomaar weer kwijt raakten. Tekortschietende diagnostiek lijkt hier vaak aan ten grondslag te liggen. Ook het middelengebruik lijkt te leiden tot onnodige diagnoses, zowel bij de gesignaleerde psychiatrische problematiek als bij LVG. Het vermoeden van de experts is dat wanneer mensen hun middelengebruik onder controle hebben, de samenhangende psychiatrische problematiek ineens veel minder blijkt te zijn en ook de score op een IQ test verbetert.

Overschatting vindt ook plaats waar het gaat om de registratie van heroïne als hoofdmiddel, vanwege de indicering voor methadonverstrekking. Het gaat hier dus niet om een overschatting van middelengebruik in het algemeen, maar om een vertekening van de omvang van het heroïne probleem: het kan best zijn dat bij veel polydruggebruikers de andere drugs eigenlijk veel belangrijker zijn in hun dagelijks leven en daarmee bij de problemen die ze ervaren.

'Er hangen zo vaak zo veel diagnoses aan de mensen die ik voor me krijg. Als ik dan ga uitpluizen waar die diagnoses vandaan komen is dat vaak niet te vinden. Dan heeft een keer iemand gezegd: "Dit is een antisociale persoonlijkheidsstoornis," maar dat is helemaal niet gebaseerd op observaties of tests of wat dan ook. (...) Het zijn behoorlijke diagnoses met aanzienlijke consequenties voor de toekomst. Ik vraag me af of al die stoornissen nog steeds aanwezig zouden zijn als de mensen de juiste zorg zouden krijgen en na verloop van tijd stabiel zouden worden. Ik denk dat een heel grote groep alleen zwakbegaafd is en dat al die enorme stoornissen die worden genoemd veel milder of zelfs helemaal niet aanwezig zijn.'

'Doe (het diagnosticeren) wanneer iemand wat langer vrij is van middelen. Bijna iedereen die aan de drugs is heeft een persoonlijkheidsstoornis. Doe het ook eens als iemand een paar maanden clean is. (...) Dat het gemeten IQ dan ineens een stuk hoger is kan ik je vertellen.'

'We vermoeden dat als mensen heroïne gebruiken, dat het vaak als eerste hoofdmiddel wordt geregistreerd. (...) Omdat ze daarvoor naar de methadonverstrekking gaan. Die cijfers in de registratie liggen hoger dan ook medewerkers van de verslavingszorg zouden verwachten. Dus dat klopt niet helemaal.'

Verbreden doelgroep

Tijdens de expertmeeting bleek dat er behoefte was de doelgroep ruim te definiëren. Vooral wat betreft middelengebruik maakte men zich zorgen over het feit dat

de focus lag op harddruggebruik. Dit werd om meerdere redenen onwenselijk geacht. Ten eerste was er de bezorgdheid dat deze focus voortkwam uit het feit dat het te voeren beleid vooral gericht was op recidivevermindering, en recidive vooral gekoppeld wordt aan harddruggebruik. Vanuit de geestelijke gezondheidsopiek maar ook voor het verminderen van criminele recidive werden alcohol- en cannabisgebruik minstens zo belangrijk geacht. Daar komt bij dat het aantal 'klassieke' (opiaat)verslaafde veelplegers afneemt. Met name het gebruik van heroïne is op zijn retour (en wordt zoals hierboven al gesteld werd als problematiek mogelijk overschat) en cocaïne heeft een opmars gemaakt. Ten tweede werd opgemerkt dat middelengebruik, zeker voor de LVG-groep, niet hoeft te voldoen aan de gangbare definities van afhankelijkheid of problematisch gebruik om in de praktijk een probleem te zijn. Alcohol en cannabisgebruik kunnen in deze groep bij ogenschijnlijk onschuldige hoeveelheden tot grote problemen leiden.

'Ik denk dat het goed is onder de aandacht te brengen dat bij onze doelgroep alcohol en softdrugs de grootste problemen zijn. Er wordt natuurlijk nogal licht over gedacht, ook in verslavingszorg. Dat wordt ook wel eens afgewimpeld met: "Goh, wat doe je nou moeilijk, wat maakt het nou uit?". Bij onze doelgroep is dat een groot probleem.'

'Juist LVG'ers hebben bijvoorbeeld bij alcohol – daar is wel onderzoek naar – sneller problemen. Ik heb zelf ooit een cliënt gehad, die weinig dronk, een paar keer per jaar omdat hij wist dat hij dan in de problemen kwam, maar dan stichtte hij wel brand. Nou ja, die valt niet onder de diagnose verslaving in de oorspronkelijke zin. Het is ook niet een veelpleger als je kijkt naar wat daarvoor criteria zijn. Maar het was een heel linke jongen, met een alcoholprobleem, ook al dronk hij maar drie keer per jaar. Dus in die zin is het lastig afbakenen hoor. Die jongen die komt dus wel voor een behandeling voor dat alcoholgebruik en hij voldoet absoluut niet aan wat voor criterium dan ook voor verslaving.'

In de expertmeeting kwam dan ook naar voren dat er verschillende groepen justitiabelen met triple problematiek te herkennen zijn. Naast de populatie die in paragraaf 2.1 beschreven is – waarbij de drugverslaving vaak prominent aanwezig is, meestal veelplegers – zijn er wellicht nog twee andere populaties te identificeren:

- De subpopulatie in de LVG-sector waarbij sprake is van middelenproblematiek die samenhangt met het (ernstige) criminele gedrag. Het middelengebruik op zichzelf is niet altijd problematisch; de gevolgen zijn dat wel.
- De jonge justitiabelen met LVG, waarbij met name problemen met alcohol, cannabis en eventueel ecstasy veel voorkomen. De problemen met alcohol en cannabis onder deze doelgroep worden vaak onderschat.

Toch omvat de definitie van het gehanteerde begrip problematisch druggebruik waarschijnlijk al een deel van deze groep: ook daarbij gaat het immers niet alleen over verslaving, maar ook over de problematische gevolgen van het gebruik. Over de bredere groep zoals door de experts beschreven zijn geen gegevens beschikbaar: de definitie zoals door hen bedoeld, waarbij sporadisch gebruik toch problematisch kan zijn, komt in de beschreven literatuur niet voor. Van deze twee (sub-)populaties zijn dan ook niet apart gegevens verzameld wat betreft de omvang, kenmerken en aard van de problematiek.

Ondergrens IQ-50

Men kon zich tijdens de expertmeeting tenslotte vinden in de in het vervolg van het onderzoek gehanteerde ondergrens van 50 bij het IQ. Beneden deze grens komt middelengebruik eigenlijks nauwelijks voor, vooral omdat deze mensen doorgaans

in een zeer beschermde omgeving leven, maar ook omdat de intelligentie vaak te kort schiet om aan drugs en de middelen daarvoor te komen. Ook werd genoemd dat deze mensen over het algemeen niet in het justitiële systeem terecht komen. Buiten een residentiële setting zou het risico op deze problemen wel groot zijn.

'We hebben een paar keer mensen gehad van de straat met een IQ sub-50 die zich staande hebben moeten houden in het daklozencircuit. Die gebruikten ook middelen, maar dat is in die zes jaar geloof ik twee keer geweest. Dat zijn echte uitzonderingen.'

2.2 Kenmerken van de doelgroep

De groep met drievoudige problematiek in het strafrechtelijk systeem is als specifieke groep tot noch toe geen expliciet onderwerp van onderzoek geweest. Er is ook weinig geschreven over justitiabele problematische harddruggebruikers met comorbide psychiatrische problematiek. Wél kan een beeld geschetst worden van de problematische druggebruikers in het strafrechtelijk systeem. Zoals hierboven werd gesteld bevinden zich in deze groep volgens de literatuur naar schatting rond de 50% personen met co-morbide psychiatrische en 30-39% met comorbide LVG-problematiek. Ze zijn in de literatuur echter niet als zodanig te detecteren. Over kenmerken van de groep justitiabele problematische harddruggebruikers bestaat in de literatuur daarentegen aanzienlijke eenstemmigheid. In deze paragraaf wordt allereerst weergegeven welke kenmerken deze groep justitiabele problematische harddruggebruikers heeft. Deze kenmerken zijn aan de experts voorgelegd met de vraag in hoeverre deze ook gelden voor de groep met triple problematiek. Vervolgens wordt dan ook beschreven welke inzichten in de expertmeeting naar voren kwamen met betrekking tot deze specifieke doelgroep van de onderhavige studie.

2.2.1 Literatuur over justitiabele problematische druggebruikers

Demografische kenmerken

Uit het HKS weten we dat 90-91% van de druggebruikende verdachten man is. Dit is al jaren zo (Van Laar et al., 2009). Ook de groep harddruggebruikers die in de achter ons liggende periode naar zorg is toegeleid bestaat voor het overgrote deel uit mannen (Van Ooyen, 2004; 2008). De gemiddelde leeftijd is vrij hoog en neemt toe: in 2007 was de gemiddelde leeftijd 39 van de druggebruikende verdachten in het HKS jaar; 94% is ouder dan 24 jaar. De leeftijd van de naar zorg toegeleide harddruggebruikers is vergelijkbaar, met een gemiddelde leeftijd van 36-39 jaar (Goderie, 2009; Goderie & Lünemann, 2008; Koeter & Bakker, 2007; Van Ooyen, 2004, 2008). Bij de ISD'ers werd gevonden dat de vrouwen gemiddeld nog iets ouder waren (42 jaar) dan de mannen (39 jaar) (Goderie, 2009; Goderie & Lünemann, 2008). Van de problematische druggebruikers in de Forensische Verslavingskliniek is 35% allochtoon (30% niet-westers). In Triple-Ex is 52% allochtoon (39% niet-westers). In de SOV was 46% allochtoon (32% niet-westers allochtoon). Van de problematische druggebruikers in reguliere detentie is 60% allochtoon – van wie 47% niet-westers (Koeter & Bakker, 2007).

Crimineel verleden

Het criminele verleden van de groep verslaafde justitiabelen is doorgaans omvangrijk, en gaat ver terug (Van Ooyen, 2004; 2008). De startleeftijd van crimineel gedrag ligt in de helft van de gevallen vóór het 18e levensjaar (Goderie & Lünemann, 2008; Goderie, 2009). Van de in het HKS geregistreeerde verdachten met een

drugsprobleem kwam 78% meer dan tien keer eerder met de politie in aanraking, 22% zelfs meer dan 50 keer. Het aantal delicten van de SOV'ers belooft volgens zelfrapportage enkele honderden per jaar (Koeter, 2002). In een latere studie wordt gerapporteerd dat de mediaan van het aantal gepleegde delicten per jaar ligt op 256. De SOV'ers brachten gemiddeld ruim vijfenhalf jaar in detentie door en waren zo'n 31 keer eerder veroordeeld wegens een misdrijf (Koeter & Bakker, 2007). Ook Van Ooyen (2004; 2008) rapporteert dat verslaafde justitiabelen bij kortdurende straffen detentie in en uit gaan.

De druggebruikende verdachten in het HKS plegen bijna allemaal veel vermogensdelicten (woninginbraak, autokraak, diefstal met geweld, beroving op straat, winkeldiefstal). Dit is niet alleen om de drugs te kunnen betalen: sommige ISD'ers lijken ook 'verslaafd' aan de kick van het stelen (Lünnemann & Goderie, 2008; Goderie, 2009). Ook geweldsdelicten zoals mishandeling, bedreiging, levensdelicten of wapendelicten komen regelmatig voor. Daarnaast zijn deze gebruikers betrokken bij Opiumwetdelicten (meestal dealen op straatniveau). Ook voor de naar zorg toe geleide verslaafde justitiabelen werd gevonden dat zij vooral vermogensdelicten plegen (Van Ooyen, 2004; 2008; Koeter & Bakker, 2007). Daarnaast komen vernieling, verstoring van de openbare orde en geweldsdelicten voor; ook wordt gedeald. Het patroon is de laatste jaren wel enigszins veranderd. Vermogensdelicten vertonen een dalende lijn, Opiumwetdelicten en geweldsdelicten een stijgende (Tollenaar et al., 2009). Dit laatste zou te maken hebben met het toenemend cocaine/crackgebruik in deze categorie druggebruikers, waarvan wel aangenomen wordt dat dit met meer geweld samen gaat.

Oliemeulen et al. (2007) beschrijven het criminele profiel van verschillende typen problematische druggebruikers in detentie (Huizen van Bewaring) als volgt:

- De (hoog)risicogebruikers van cannabis zijn vooral jonge mannen die relatief vaak Opiumwetdelicten, vermogensdelicten (ook met geweld), mishandeling en moord/doodslag pleegden. Bij de politie heeft deze groep gemiddeld 28 delicten geregistreerd staan.
- Problematisch cocaïnegebruikers plegen vaak vermogensdelicten en Opiumwetdelicten. Het gemiddeld aantal door de politie geregistreerde delicten voor deze groep bedraagt 47.
- De problematisch opiaatgebruiker pleegt vaak vermogensdelicten zonder geweld en Opiumwetdelicten. Gemiddeld staan 58 delicten geregistreerd.
- Verder komt ook problematisch gebruik van sedativa (niet op doktersrecept) voor, meestal in combinatie met problematisch gebruik van andere drugs. De leeftijd van deze groep probleemgebruikers ligt doorgaans tussen 25 en 44 jaar. Ze plegen relatief vaak Opiumwetdelicten. De politie registreerde 44 eerdere delicten.

Hieruit blijkt niet dat cocaïnegebruikers vaker gedetineerd zijn vanwege geweldsdelicten.

Middelengebruik, psychiatrie en opleiding

In paragraaf 2.1 is al aandacht besteed aan de prevalentie van middelengebruik en psychiatrische stoornissen bij de groep justitiabele druggebruikers. Hieruit bleek dat naast de harddrugs, ook alcohol en cannabis zeer veel gebruikt werden. Over het algemeen gaat het bij deze groep om polydruggebruikers. De psychiatrische stoornissen zijn uiteenlopend, waarbij het met name gaat om persoonlijkheidsstoornissen (antisociale persoonlijkheidsproblematiek), depressie, angst en psychotische stoornissen. Voor een meer gedetailleerde beschrijving wordt verwezen naar de betreffende paragraaf.

Zowel SOV'ers als FVK'ers, Triple-Exers en problematische gebruikers in reguliere detentie zijn laag opgeleid. Ruim tweederde deel had als hoogste opleiding lagere school of minder. Slechts 10% had een hogere opleiding dan mavo. Dit is aanzienlijk lager dan het opleidingsniveau van de Nederlandse bevolking tussen 15 en 64 jaar, waarvan 13% lagere school of minder heeft, 25% lbo of mavo en 62% meer dan mavo (Koeter & Bakker, 2007). Bij de ISD'ers is het beeld niet veel beter. Een meerderheid van de ISD'ers (55%) heeft geen startkwalificatie of afgeronde opleiding op het niveau van de startkwalificatie, 47% heeft dit wel, en van de overige 8% zijn geen gegevens (Goderie, 2009).

Gezondheid

Het lichamelijk functioneren van verslaafde justitiabelen is in het algemeen slecht, vooral bij problematische opiaat- en sedativagebruikers (Oliemeulen et al., 2007). Dertig procent van de SOV'ers zei chronische lichamelijke klachten te hebben en 39% had de vier weken voor arrestatie substantiële pijn (10% zelfs ernstige tot zeer ernstige pijn). De kwaliteit van leven van de SOV'ers in termen van lichamelijke gezondheid wijkt evenwel niet noemenswaardig af van die van de algemene Nederlandse bevolking. De kwaliteit van leven in termen van de geestelijke gezondheid ligt echter aanzienlijk lager (Koeter & Bakker, 2007).

Zorg

Het gaat hier om een groep mensen die zwak gemotiveerd zijn tot het ontvangen van zorg en die dan ook onvoldoende gebruik maken van verslavingszorg op vrijwillige basis (Van Ooyen, 2004; 2008). Aan de andere kant rapporteren Koeter en Bakker (2007) dat de meeste SOV'ers (90%) ooit in hun leven contact(en) hebben gehad met de verslavingszorg. De drop-out uit voorzieningen is echter hoog.

Netwerk

Het sociale netwerk van een substantieel deel van de SOV'ers, FVK/TripleEx'ers is beperkt. Bijna de helft van de SOV'ers brengt het grootste deel van zijn vrije tijd alleen door. Dertig procent van deze groep woont samen met een alcohol- of druggebruiker. Als men zijn vrije tijd met anderen doorbrengt, doet men dit voornamelijk met personen die ook alcohol- en/of drugsproblemen kennen (Koeter & Bakker, 2007).

Huisvesting

De leefomstandigheden van de FVK/TripleEx-groep zijn instabiel. Ook de SOV'ers zijn in huisvestingstermen een probleemgroep. Slechts 34% kende het jaar voorafgaande aan de instroom een vaste huisvestingssituatie. Bij 20% was sprake van een problematische woonsituatie (zwervend, slooppanden, nachtopvang), 32% verbleef voornamelijk in detentie (Koeter & Bakker, 2007).

Arbeid

Ook in termen van arbeidsparticipatie kan de SOV-populatie als problematisch worden gekarakteriseerd. De drie jaar voorafgaande aan de instroom was de gebruikelijke werksituatie voor slechts 11% van de SOV'ers 'fulltime of parttime werk'. Tweederde deel van de SOV'ers had in deze periode voornamelijk een uitkering, de resterende 21% zat in een gecontroleerde omgeving, meestal detentie. De langst aaneengesloten periode die men ooit in zijn leven gewerkt had, bedroeg voor de SOV'ers gemiddeld 3,9 jaar (Koeter & Bakker, 2007).

Diversiteit

Het moge duidelijk zijn dat bovenstaande beschrijvingen gemiddelden zijn, en dat er geen sprake is van een homogene doelgroep. Van Ooyen (2004) onderscheidt drie subgroepen bij degenen die naar zorg worden toegeleid:

- Jongere gebruikers die minder lang verslaafd zijn, vaker primair aan cocaïne, die niet eerder opgenomen zijn in een kliniek. Zij zijn het meest kansrijk voor de zorg.
- Een grotere groep die eerder in de zorg heeft gefaald, die wel wil veranderen maar ernstige problemen heeft op meerdere gebieden en hoogcrimineel is.
- Een groep die niet gemotiveerd is om zorg te ontvangen.

Deze subgroepen vragen wellicht om een ander type zorgaanbod. Onder de paragraaf 'zorgbehoefte' komen nog andere subgroepen aan de orde. Uit de statistische analyses van Goderie (2009) kwamen overigens geen duidelijke subgroepen van ISD'ers naar voren, maar hier was de onvolledigheid van de informatie in de dossiers debet aan.

2.2.2 Experts over justitiabelen met triple problematiek

Bij de bespreking van kenmerken van de groep justitiabelen met triple problematiek tijdens de expertmeeting (waarbij bovenstaande beschrijving in een werkdocument aan de experts was aangeboden) kwamen sommige van de bovenbeschreven kenmerken slechts zeer zijdelings aan de orde. Zo werd de man-vrouw verdeling wel genoemd, maar alleen in de zin dat deze wellicht deels te verklaren was doordat de vrouwen in deze groep vaak in de (weliswaar deels illegale) prostitutie terecht kwamen, en daardoor minder aangewezen zijn op het criminele circuit; ook vinden ze vaak (tijdelijk) een man die financieel voor ze zorgt in ruil voor seks. De man-vrouw verhouding kwam echter niet aan bod als kenmerk waar men rekening mee moest houden in de benadering van de groep. Leeftijd kwam niet aan de orde, en etniciteit werd slechts genoemd in verband met taalproblemen, die in combinatie met LVG-problematiek voor extra problemen zorgen.

Andere kenmerken kwamen wel meer of minder uitvoerig aan bod. Er bleken veel problemen genoemd te worden die ook gelden voor justitiabele problematische druggebruikers in het algemeen, zoals de slechte gezondheid, zorgmijndend gedrag, een zwak netwerk, huisvestingsproblemen. Ook wat betreft psychiatrische problemen zag men veel overeenkomsten met de bredere groep van justitiabele problematische druggebruikers, hoewel er wel de kanttekening bij werd gemaakt dat veel gesignaleerde persoonlijkheidsstoornissen misschien niet altijd terecht als zodanig gelabeld werden. Meer in het algemeen geldt eigenlijk voor alle typen DSM As-I en As-II stoornissen dat de diagnostiek daarvan bij LVG nog steeds erg controversieel en lastig is. Verder ging het bij de experts (vanzelfsprekend) minder om kwantitatieve kenmerken van de doelgroep, en meer om kwalitatieve beschrijvingen van kenmerken die van belang zouden kunnen zijn bij het vormgeven van de zorg aan deze groep. Ook hier werd opgemerkt dat de doelgroep sterk heterogeen is. Tijdens de expert meeting zijn veel voorkomende kenmerken genoemd, die stuk voor stuk niet op iedere cliënt van toepassing zijn.

'In ieder geval veel persoonlijkheidsstoornissen. (...) Daar heb je veel antisociale persoonlijkheidsstoornissen bij. Maar dat is natuurlijk een soort beest dat zich in de staart bijt, want bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis staat crimineel gedrag in de diagnostische categorie in het systeem. (...) Maar goed, de vijandigheid; dat zie je toch ook wel vaak hetzelfde bij LVG'ers. (...) Ja, een heleboel kenmerken zie je

dan toch wel weer terug, alhoewel er een hoop controverse is rondom de vraag of je dat nou persoonlijkheidsstoornissen mag noemen of niet.'

'Het is in ieder geval duidelijk dat de doelgroep erg heterogeen is wat betreft kenmerken, geschiedenis, wensen of niveau. Daar zul je bij de zorgbehoefte erg rekening mee moeten houden. Een antisociale jongen van twintig die goed kan babbelen en die precies weet waar hij mee bezig is, is een heel ander type cliënt dan iemand met een wat lager IQ en wat psychotisch of wat kwetsbaar, psychisch. Dat zijn twee verschillende, volslagen verschillende cliënten.'

Middelengebruik en kwetsbaarheid

Zoals al eerder werd opgemerkt kan ook matig middelengebruik bij de LVG-groep tot grote problemen leiden. Vandaar dan ook dat ook alcohol- en cannabisgebruik vaak problemen geven bij deze groep. Daarbij komt dat verstandelijk beperkten eerder een verslaving ontwikkelen: de risicofactoren om middelenproblematiek te ontwikkelen zijn hetzelfde als bij de normaal begaafde (dubbele diagnose) doelgroep, maar deze risicofactoren komen binnen de LVG-doelgroep meer voor, en in een ernstiger vorm. Het gaat dan bijvoorbeeld om persoonskenmerken als gebrek aan copingvaardigheden en zelfcontrole, grote beïnvloedbaarheid, omgevingskenmerken (deze groep heeft bijvoorbeeld vaak een slecht sociaal netwerk), en opvoedingsgeschiedenis. Door de experts werden zeer uiteenlopende en soms tegenstrijdige kenmerken genoemd, zoals sociale kwetsbaarheid, zelfoverschatting, gebrek aan zelfvertrouwen, gebrek aan probleeminzicht, het onvermogen om de gevolgen van keuzes te overzien, onaangepast gedrag en het niet kunnen omgaan met stress.

'Het is onbegonnen werk. Ze trekken door hun kwetsbaarheid de verkeerde mensen aan. Dat heb je in de psychiatrie ook. Als je ergens een verstandelijk gehandicapte neerzet die verslaafd is of waarvan je denkt dat hij verslaafd is trekt dat verkeerde mensen aan. Vroeger in de psychiatrie heb ik iemand meegemaakt die redelijk beperkt was en ergens zelfstandig moest gaan wonen. Binnen een week zat er een verslaafde bij hem in huis. Dat soort mensen trekken ze aan. Ze kunnen zich niet verweren. Ze kunnen er zelf niets aan doen. Ze zijn ongelofelijk kwetsbaar.'

'LVG'ers hebben meer dan gemiddelde mensen een psychiatrische problematiek. Op school moeten ze vaak heel lang onder of boven hun niveau presteren. Ze worden op de lagere school vaak gepest, ze zijn de dombo van de klas. Dat beschadigt het zelfvertrouwen. Die problematiek komt vaker voor.'

'Het probleem is dat ze de gevolgen van die keuzes moeilijker kunnen overzien. Ik zal niet zeggen dat elke LVG'er die wat uitvreet ook niet goed snapt dat dingen niet kunnen, maar het vermogen om gevolgen te overzien en situaties in te schatten, ja, dat is toch wel erg beperkt.'

'Een deel van het probleem zijn vaak onaangepast gedrag en gedragsproblemen. Dat is een van de grootste problemen. Ze kunnen zich in geen enkele vorm van zorg handhaven. Ze worden weggestuurd uit de zorg omdat ze groepsontwrichtend werken.'

'Street wise' zwakbegaafden

Zoals ook al eerder werd opgemerkt wordt vooral de zwakbegaafde groep (IQ 70-85) vaak niet herkend, doordat juist deze groep LVG-verslaafden vaak erg *street wise* is en goed weet wat ze moet zeggen om goed over te komen. Het wordt ook

wel als een kracht gezien dat deze groep in staat is om zich op straat te handhaven. Het gegeven dat deze mensen soms zo adequaat overkomen, kan echter ook extra druk creëren, en juist daardoor tot problemen leiden.

'Ze hebben natuurlijk een enorm sterke overlevingsstijl ontwikkeld en een enorme...; tenminste, ik vind het soms bewonderenswaardig hoeveel veerkracht ze hebben. Dan is het de kunst om daar de aansluiting bij te vinden en samen een andere kant op te gaan bewegen.'

'En dan kan die, zeg maar, hoogste IQ-groep [70-85, HK] ook nog zo behoorlijk adequaat overkomen. Dat is echt een enorm probleem voor ze en dan krijg je dus die extra druk en dan de psychiatrische problemen en dan...'

Acceptatie van zorg

De groep zwakbegaafden en een deel van de LVG-groep wil over het algemeen autonoom zijn, hetgeen ertoe leidt dat die geen hulp of (stevige) begeleiding accepteert. Dit heeft ook te maken met de eerder genoemde zelfoverschatting. De doelgroep wil graag meedoen met normaalbegaafden en is daarbij gevoelig voor een kinderachtige bejegening. Maar er is soms ook sprake van afwijzing van zorg die voortkomt uit onzekerheid, of uit slechte ervaringen in het verleden.

Bij een deel van de groep met een IQ tussen de 50 en 70 kan de LVG-problematiek juist als een beschermende factor werken, doordat er vaak van jongs af aan al allerlei instanties en personen om deze mensen heen staan. Deze groep lijkt dan ook minder afwijzend tegenover zorg te staan en minder in de problemen te komen.

'Binnen onze sector bij de SGLVG daar zitten vooral mensen niet omdat ze allerlei dingen niet kunnen vaak, maar omdat ze sommige dingen niet willen... Ik heb verschillende patiënten met het syndroom van Down met een IQ van rond de 40. Die wonen zelfstandig, zal ik maar zeggen, maar die hebben iemand die helpt met dit en iemand die helpt met dat en 'mijn zus doet'. Weet je wel? Iedereen helpt. Maar ik heb cliënten met een IQ van 85 en die willen nergens hulp bij. Die kunnen veel meer en die zitten met een hoop schulden, zonder huis, in de troep. Dus met name daar zit een belangrijk probleem bij het tot stand komen van de zorg: in het niet accepteren.'

'Gemiddeld gesproken zie je bij onze cliënten veel meer mislukte hulpverlenings-trajecten achter de rug. Veel verschillende afgebroken hulp of hulpverleningstrajecten die wel volbracht zijn, maar die hebben niet het gewenste resultaat geleverd in de kindertijd, de jongvolwassenheid. (...) En dan is het natuurlijk zo logisch als wat dat jij denkt: "Joh, laat maar." Ja, want: "Het werkt toch niet." of: "Ik heb geen zin." of "Ik ben nu volwassen. Ik moet het zelf bepalen."'

Het belang van het IQ

Ondanks het hierboven gemaakte onderscheid werd tijdens de expert meeting benadrukt dat het IQ niet centraal moest staan in de bepaling hoe je met iemand omgaat. Het verschil in vaardigheden en psychisch functioneren van de groep 50 tot 85 kan erg groot zijn, onafhankelijk van het IQ. Het is dan ook bijna nooit maatgevend. Wel is het belangrijk om goed te diagnosticeren om de mensen 'op het netvlies te krijgen' zodat adequate zorg kan worden geboden. Maar *binnen* de groep is het IQ minder relevant.

2.3 Samenvattend

Dit hoofdstuk beoogde een antwoord te geven op de eerste twee onderzoeksvragen:

- 1 Wat is de omvang van de groep justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek, problematisch middelengebruik en LVG?
- 2 Wat zijn de kenmerken van de groep justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek, problematisch middelengebruik en LVG?

Omvang

Het schatten van de omvang van de doelgroep bleek, zoals verwacht, problematisch. Uit de analyse van bestaande databestanden valt af te leiden dat de totale groep justitiabelen met triple problematiek een omvang zou kunnen hebben van 250-530 delinquenten op de peildatum of 920-1.990 instromende delinquenten per jaar (inclusief dubbeltellingen). De literatuur leidt tot hogere schattingen: 770-1.150 delinquenten op de peildatum of 2.890-4.300 instromende delinquenten per jaar (inclusief dubbeltellingen). Hierbij wordt er van uit gegaan dat grofweg de helft van de justitiabele problematische druggebruikers co-morbide psychiatrische problematiek kent; het gaat vooral om persoonlijkheidsstoornissen (met name antisociale persoonlijkheidsproblematiek), depressie, angst en psychotische stoornissen. Tot zo'n 30 tot 39% van de justitiabele problematische (hard)druggebruikers zou een verstandelijke beperking kunnen hebben. In de databestanden waarop secundaire analyse is uitgevoerd zijn de zware gevallen ondervertegenwoordigd. Ook zijn de gebruikte indicatoren voor LVG-problematiek niet erg betrouwbaar, waardoor de schattingen mogelijk te laag uitvallen. Wanneer beide schattingen gecombineerd worden, komen we op 250-1.150 gedetineerden op de peildatum en 920-4.300 instromende gedetineerden (inclusief dubbeltellingen).

Tijdens de expertmeeting bleek dat ook de experts niet veel zicht hadden op de omvang van de groep met triple problematiek. Wel was het merendeel van de deelnemers er van overtuigd dat de cijfers op basis van de secundaire data-analyse een onderschatting waren. Dit hangt sterk samen met een gebrek aan herkenning van deze problemen en gebrekkige diagnostiek. Vooral van de LVG-problematiek werd gesignaleerd dat deze vaak ongezien bleef. Met name de zwakbegaafde groep (IQ 70-85) is moeilijk herkenbaar. Dit komt deels door de manier waarop de betrokken cliënten zich presenteren (*street wise*). Daarnaast is er een gebrek aan expertise bij de betrokken instanties.

Er is echter niet alleen sprake van onderschatting van de besproken problematieken, ook overschatting komt voor, vooral van psychiatrische problemen. Verschillende deelnemers signaleerden dat mensen soms labels hadden gekregen waarvan niet duidelijk was hoe ze er aan gekomen waren, en die ze ook niet zomaar weer kwijt raakten. Ook bij het druggebruik vindt overschatting plaats, maar dan waar het gaat om de registratie van heroïne als hoofdmiddel: het kan best zijn dat bij veel polydruggebruikers de andere drugs eigenlijk veel belangrijker zijn in hun dagelijks leven en daarmee in de problemen die ze ervaren.

Tijdens de expertmeeting bleek dat, met name voor de discussie over het benodigde zorgaanbod, er behoefte was de doelgroep ruim te definiëren. Problematisch middelengebruik onder de LVG-groep hoeft niet te voldoen aan de gangbare definities van afhankelijkheid of problematisch gebruik om in de praktijk een probleem te zijn. Alcohol- en cannabisgebruik kunnen in deze groep bij ogenschijnlijk onschuldige hoeveelheden tot grote problemen leiden, inclusief crimineel gedrag. De experts

waren daarom van mening dat het beleid zich niet moest beperken tot problematische gebruikers volgens de gangbare definities.

In de expertmeeting kwam dan ook naar voren dat er verschillende groepen justitiabelen met triple problematiek te herkennen zijn. Naast de subgroep die in de literatuur beschreven is – waarbij de drugverslaving prominent aanwezig is, meestal veelplegers – zijn er nog twee andere populaties te identificeren:

- De subgroep in de LVG-sector waarbij sprake is van middelenproblematiek die samenhangt met het (ernstige) criminele gedrag. Het middelengebruik op zichzelf is niet altijd problematisch; de gevolgen zijn dat wel.
- De jonge justitiabelen met LVG, waarbij met name problemen met alcohol + cannabis + eventueel XTC veel voorkomen. De problemen met alcohol en cannabis onder deze doelgroep worden vaak onderschat.

Van deze twee (aanvullende) populaties zijn geen gegevens verzameld wat betreft omvang en kenmerken, aangezien hiervoor geen geschikte indicatoren voorhanden zijn.

Kenmerken

De groep justitiabelen met triple problematiek kenmerkt zich, net als justitiabele probleemgebruikers in het algemeen, door aanvullende problematiek op meerdere leefgebieden: lage opleiding, instabiele leef- en werksituatie, problemen met sociale relaties en financiële problemen. Verder werd geconcludeerd dat motivatie tot zorg en begeleiding met name bij de zwakbegaafden vaak laag is; bij de 'echte' LVG-groep speelt dit minder.

Tijdens de expertmeeting kwam ook een aantal aanvullende inzichten naar voren. Zo is het een belangrijk gegeven dat middelengebruik voor de LVG-groep een andere impact kan hebben dan bij normaal begaafden. Dit heeft gevolgen voor de afbakening van de doelgroep, maar ook, zoals we later zullen zien, voor de te stellen doelen van zorg en begeleiding. Verder zijn de risicofactoren voor middelengebruik vaker aanwezig in de LVG-groep. Het gaat dan bijvoorbeeld om gebrek aan copingvaardigheden en zelfcontrole, beïnvloedbaarheid, sociale en psychische kwetsbaarheid, zelfoverschatting, gebrek aan zelfvertrouwen, het niet overzien van situaties en gevolgen. Deze factoren spelen ook in de benodigde benadering van de doelgroep weer een rol. Op andere punten is het IQ weer minder van belang, aangezien er binnen de doelgroep vaak weinig samenhang is tussen het IQ en vaardigheden. Bij al deze kenmerken geldt dat het hier gaat om gemiddelden, en dat er grote diversiteit is binnen de doelgroep.

3 Zorgbehoefte en benodigde zorg

Ook wat betreft de zorgbehoefte van de doelgroep met triple problematiek geldt weer dat in de bestudeerde literatuur geen gegevens zijn gevonden over de groep justitiabelen met triple problematiek, wel over problematische druggebruikers en over gebruikers met co-morbide problematiek. LVG is vanzelfsprekend geen 'ziekte' die behandeld kan worden. Wel is het een factor die moet worden meegenomen in het bepalen van de zorgbehoefte, waardoor de benodigde aanpak voor de LVG-groep binnen de co-morbide groep wellicht afwijkt van de co-morbide groep zonder LVG. In het onderstaande worden eerst de resultaten uit een literatuuranalyse weergegeven (in paragraaf 3.1 en 3.2).

In paragraaf 3.1.1 gaat het over de vraag wat justitiabele problematische druggebruikers zelf als zorgbehoefte aangeven. Gerapporteerd wordt informatie uit onderzoek onder SOV'ers, FVK'ers, Triple-Exers en ISD'ers. Het gaat hier om groepen met relatief zware en brede problematiek, waarvan in ieder geval chronische verslaving en hoge criminele recidive deel uitmaken. Binnen deze groepen is geen onderscheid te maken naar de categorieën met dubbele of triple problematiek. Omdat deze differentiatie niet gemaakt kan worden is het niet bekend hoe representatief de antwoorden zijn voor de doelgroep van dit onderzoek. De door deze groepen geuite zorgbehoefte kan opgevat worden als een globale indicatie. Daarnaast wordt de zorgbehoefte beschreven van een groep van problematische druggebruikers in reguliere detentie, zoals die is opgetekend in onderzoek. Ook deze groep geeft niet meer dan een indicatie van de zorgbehoefte. In paragraaf 3.1.2 wordt de zorgbehoefte vanuit de invalshoek van professionals beschreven, zoals die in voorhanden onderzoek naar probleemgebruikers in detentie is geboekstaafd.

In paragraaf 3.2 wordt beschreven wat in wetenschappelijk onderzoek aan bewijs is gevonden over hoe het zorgaanbod voor problematische druggebruikers, ook met comorbide problematiek en LVG, er uit zou moeten zien. Tenslotte wordt in paragraaf 3.3 weergegeven welke inzichten de expertmeeting heeft opgeleverd met betrekking tot de benodigde zorg voor de groep met triple problematiek. Paragraaf 3.4 geeft een samenvatting.

3.1 De zorgbehoefte van justitiabele problematische druggebruikers

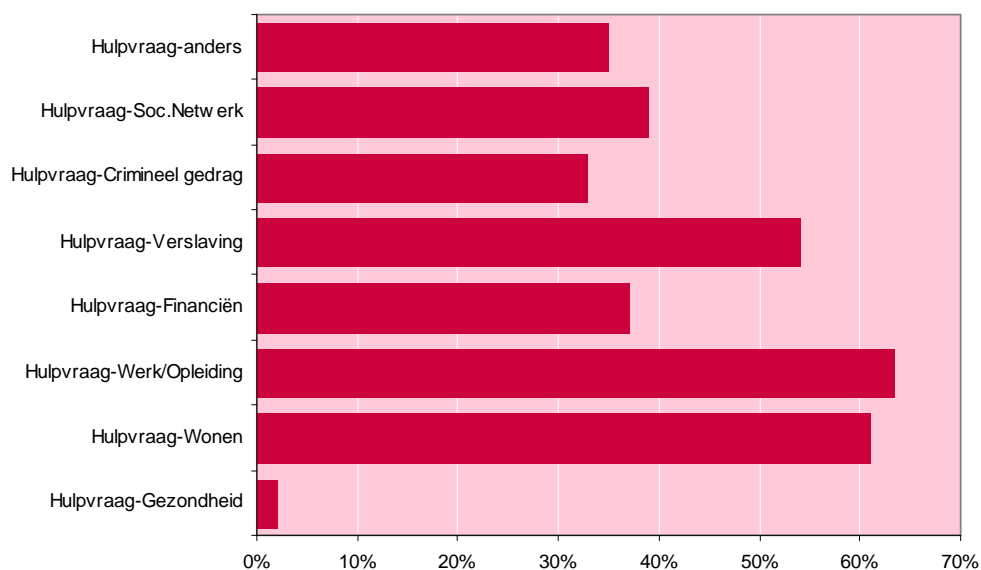
3.1.1 ... volgens justitiabele probleemgebruikers zelf

Koeter en Bakker (2007) hebben aan in totaal 210 SOV'ers gevraagd om op een schaal aan te geven hoe zij hun situatie met betrekking tot een aantal specifieke zaken waardeerden. De SOV'ers konden kiezen uit een zevental antwoordcategorieën, variërend van vreselijk tot prima. Aspecten van hun leven die door de SOV'ers het meest frequent als 'slecht tot vreselijk' werden beoordeeld waren: huisvesting, politie en justitie, werk, sociale contacten, dagbesteding en vrije tijd en algemeen welbevinden. Het minst ontevreden waren zij over hun psychische en lichamelijke gezondheid. Men leek meer last te hebben van aspecten die te maken hebben met maatschappelijke integratie dan van gezondheidsproblemen. De SOV'ers verschilden hierin niet wezenlijk van FVK'ers en Triple-Ex-clënten.

Van 't Land et al. (2005) lieten 116 tot 119 SOV'ers bij binnenkomst in de SOV in een enquête aangeven welke hulpbehoefte zij hadden. De resultaten laten zien dat de SOV'ers bij binnenkomst vooral behoefte hadden aan hulp bij: huisvesting; drugverslaving; financiën; werk; en dagbesteding (in volgorde van belangrijkheid).

Aan ISD'ers wordt in de beginfase van de ISD door de trajectbegeleider de vraag voorgelegd wat hun hulpvraag is. Goderie (2009) rapporteert dit gegeven op basis van dossiers van 97 ISD'ers. Bijna 65% heeft een hulpvraag die werk en/of opleiding betreft (figuur 9). Dit is daarmee de hulpvraagcategorie die het meest veelvuldig voorkomt onder de ISD'ers. Dit is niet verwonderlijk omdat meer dan de helft van de onderzochte groep geen opleiding heeft afgerond. Ruim 60% heeft een hulpvraag op het gebied van wonen; vaak is dit gebied ook als probleem aangemerkt. Hoewel alle ISD'ers verslavingsproblematiek hebben, heeft maar 55% op dit gebied een hulpvraag. Hetzelfde geldt voor crimineel gedrag: hoewel alle ISD'ers in feite een probleem hebben met hun criminele gedrag, heeft slechts eenderde van hen hierover een hulpvraag. Hulpvragen over de gezondheid hebben de ISD'ers het minste. Dit komt overeen met het gegeven dat zij gezondheid niet vaak als probleemgebied ervaren. Een (statistische) relatie tussen hulpvragen en problemen kon overigens niet gevonden worden (Goderie, 2009).

Figuur 9 Hulpvragen van ISD'ers



Bron: Goderie, 2009

Oliemeulen et al. (2007) rapporteren de zorgbehoeften van een groep problematische druggebruikers in Huizen van Bewaring (vooral preventief gehechten). Het ging hier om gesloten vragen waarbij de behoefte aan hulp op een zestal leefgebieden is nagevraagd. Zij vonden hierbij het volgende: ongeveer tweederde heeft behoefte aan hulp bij het aangaan en onderhouden van sociale relaties; tussen de 85 en 90% heeft behoefte aan hulp bij het vinden van woonruimte, bij gezondheidsproblemen en het zoeken van toegang tot de gezondheidszorg, eten en drinken; ongeveer de helft heeft behoefte aan het vinden van een dagbesteding of dagstructuur met nuttige of bevredigende bezigheden. Bij cannabisgebruikers is dit eenderde; ongeveer de helft wil graag hulp bij het krijgen van een inkomen en bij

het omgaan met dat inkomen. Bijvoorbeeld bij het aanvragen van een uitkering, bij budgetteren of bij schuldsanering. De gebruikers hebben vaak schulden (wel 6.000 euro of meer); ruim eenderde heeft behoefte aan het vinden of behouden van werk; éénderde heeft behoefte aan hulp bij stress- en crisissituaties (ook Koeter & Luhrman, 1998, behoefte aan psychische hulp).

Kortom: problematische druggebruikers hebben zelf vooral behoefte aan praktische hulp bij huisvesting, financiën, en werk en aan hulp bij de verslavingsproblematiek en de gezondheid. Bij een deel bestaat behoefte aan psychische hulp.

3.1.2 ... volgens professionals

In de SOV richtte het aanbod zich in de eerste fase (de eerste zes tot negen maanden) vooral op lichamelijke gezondheid, drugverslaving en opleiding/scholing. In de tweede fase (negen tot achttien maanden na binnenkomst) bevatte het aanbod modules gericht op werk, financiën, huisvesting, drugverslaving en dagbesteding. Het aanbod bestond bijvoorbeeld uit computerles, Nederlandse les, terugvalpreventie, gezondheidsvoorlichting e.a. In de praktijk besteedden medewerkers evenwel gedurende het hele programma veel tijd aan het toezien op het naleven van de regels, het creëren van een goede sfeer en registratie en dossiervorming. Aan de drugverslaving werd verder nog relatief veel tijd besteed: dit sloot goed aan bij de behoefte van de deelnemers. Maar slechts sporadisch werd hulp geboden bij het vinden van huisvesting, het regelen van financiën en het bieden van hulp bij politie- en justitiecontacten. Dit strookte niet met de behoeften van deelnemers, die aangaven hierover teleurgesteld te zijn (Van 't Land et al., 2005).

Oliemeulen et al. (2007) lieten professionals een inschatting maken van de zorgbehoefte van problematische druggebruikers in detentie. De professionals onderscheidden acht typen problematische druggebruikers, elk met een andere zorgbehoefte:

- a Jongeren die nog bij hun ouders wonen en hulp nodig hebben bij het vinden van woonruimte en relaties (typering 'starters'; omvang: circa 9% van de problematische gebruikers).
- b Personen die behoefte hebben aan vaste woonruimte en dagbesteding en die het gebruik nog kunnen stoppen (12%).
- c Personen die primair crimineel zijn (typering 'gladde jongens'; circa 7%).
- d Oudere langdurige problematische druggebruikers bij wie stabilisatie van (polydrugs)gebruik voorop staat en voorkomen moet worden dat de problematiek verergert, en die behoefte hebben aan dagbesteding eventueel met aanvullende zorg (circa 14%).
- e Een groep gebruikers bij wie de behoefte aan hulp bij de psychiatrische problematiek voorop staat. Deze groep moet eerst duidelijk gediagnosticeerd worden. Hulp is nodig bij het stoppen of leren omgaan met middelengebruik, maar ook bij basale beperkingen en relationele beperkingen (circa 20%).
- f Jongvolwassenen die moeten leren om te gaan met alcohol en drugs en verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag moeten leren nemen (5%).
- g Een groep die vooral problemen heeft met alcohol en die meer structuur in het leven moet leren aanbrengen en die vooral behoefte heeft aan hulp bij het vinden of behouden van een baan (12%).
- h Een groep met vooral een agressieprobleem met relatief veel geweldsdelicten (10%). Personen binnen deze groep moeten leren hun agressie te beheersen en verantwoordelijkheid te nemen voor hun gedrag. De probleemmiddelen zijn divers, de leeftijd varieert sterk.

De problematische druggebruikers met dubbele of gecombineerde problematiek lijken zich te bevinden onder d) en e), mogelijk ook onder h). In totaal gaat het om 44% van de respondenten.

Volgens professionals is het dus belangrijk subgroepen te onderscheiden, aangezien deze verschillende zorgbehoeften hebben. De zeer problematische co-morbide groep waar het in dit rapport om gaat heeft volgens hen behoefte aan hulp bij de verslavingsproblematiek en de psychische problemen, maar ook basale zorg is nodig en ondersteuning bij sociale relaties. Goede diagnostiek is belangrijk. De zorgbehoeften van gebruikers kwamen slechts gedeeltelijk overeen met wat zij volgens de professionals nodig hebben.

3.2 Benodigd zorgaanbod volgens wetenschappelijke evidentie

3.2.1 ... voor verslaafde justitiabelen

Verslaving wordt tegenwoordig door vele deskundigen opgevat als een chronische psychiatrische stoornis of een hersenziekte (Van Meghelen & Pronk, 2005). Kenmerk van chronische stoornissen is dat ze in veel gevallen niet echt te 'genezen' zijn en vaak gekarakteriseerd worden door een geschiedenis van lapses en relapses. In de behandeling van chronische stoornissen (zoals suikerziekte en reuma in de somatische gezondheidszorg en schizofrenie in de psychiatrie) richt men zich steeds meer op het leren omgaan met de stoornis (coping) en het verbeteren van de kwaliteit van leven van degenen die aan deze stoornis lijden. Uit onderzoek van ZonMw is inmiddels bekend dat chronisch druggebruik leidt tot ernstige en blijvende beschadigingen van hersengebieden, waardoor het chronisch verslaafden niet meer zal lukken om stabiel op eigen benen te staan en zelfstandig te functioneren (Van Meghelen & Pronk, 2005).

Onderzoek naar verslaafden die vanuit detentie werden toegeleid naar zorgtrajecten laat zien dat zij het best gedijen in laagdrempelige voorzieningen, waar ze methadon kunnen gebruiken, eventueel met afbouw (Van Ooyen, 2004). Het gaat om chronische harddrugsverslaafden, van wie een deel ook kampt met psychiatrische problematiek. De zorg moet bestaan uit een combinatie van psychische zorg, praktische begeleiding (vooral financieel-administratief en gericht op vaardigheden), het vinden van een vaste woonplek, werkprojecten en dagbesteding, sport en ontspanning, zonder gerichtheid op detoxificatie en met meer positieve beloning van goed gedrag dan sancties op fout gedrag. Psychotherapie, detoxificatie en alleen ambulante verslavingsbegeleiding hangen samen met hoge drop-out en lijken dus voor deze groep minder geschikt.

3.2.2 ... voor personen met co-morbide verslavings- en psychiatrische problematiek

Van der Stel (2006) voerde een review uit van onderzoek naar dubbele diagnose cliënten. Hij concludeert op basis van nationaal en internationaal onderzoek dat er nog veel onzekerheden zijn over de juiste behandelvormen. Dit komt omdat de co-morbide problematiek lang is verwaarloosd en er nog maar weinig 'harde' empirische studies zijn gedaan. Hij komt wel tot de overtuigde en goed onderbouwde conclusie dat *geïntegreerde behandelvormen* nodig zijn in een *stapsgewijze benadering*. Het volgende is in het algemeen nodig:

- 1 Elke interventie moet gebaseerd zijn op kennis over het stadium van verandering waarin de gebruiker zich bevindt.
 - 2 Een behandeling bestaat uit een mix van behandelmodaliteiten:
 - motivationeel interviewen;
 - cognitieve gedragstherapie, terugvalpreventie, training in copingvaardigheden;
 - ontwikkelingsstadium-specifieke behandelgroepen;
 - trainingen sociale vaardigheden;
 - zelfhulpgroepen en psycho-educatie;
 - gezinsgerichte interventies;
 - farmacologische behandeling voor psychische stoornis en verslaving;
 - arbeidsrehabilitatie;
 - intramurale behandeling.
 - 3 Goede en periodiek herhaalde diagnostiek, op basis waarvan een behandelplan wordt gemaakt en eventueel aangepast. Op basis hiervan wordt de primaire invalshoek van de behandeling bepaald. Een zo compleet mogelijke anamnese van de verslavingsgeschiedenis moet gemaakt worden.
 - 4 Beide stoornissen (verslaving en psychiatrie) worden tegelijkertijd behandeld.
 - 5 Strikte afspraken maken over en toezicht houden op medicatie.
- Het bevorderen van motivatie gericht op abstinentie wordt wenselijk geacht, maar aan de andere kant wordt gesignaleerd dat abstinentie meestal niet haalbaar is.

Ook dagactiviteiten, het leren invullen van vrije tijd, huishoudelijke activiteiten, financiële ondersteuning (bijvoorbeeld schuldsanering) en ondersteuning in wetskwesties worden wenselijk geacht (Oliemeulen et al., 2007). Dit alles dient afgestemd te worden op de individuele problemen en behoeften (geen standaard) in een beschermende omgeving die een duidelijke structuur biedt, en (basaal) eten en drinken.

Volgens de RSJ (2007b) bestaat er behoefte aan woonvoorzieningen. Volgens Van Ooyen (2004) bestaat er bij chronisch verslaafden behoefte aan lange-termijn integrale residentiële zorg. Een voorbeeld is de voorziening voor duurzaam verblijf in Drenthe. Ook Ganpat et al. (2009) concluderen dat deze doelgroep levenslang behoefte heeft aan zorg, gecombineerd met begeleiding op het gebied van wonen en dagbesteding. Daarbij moet het mogelijk zijn om drugs te blijven gebruiken; abstinentie is niet of nauwelijks haalbaar.

Kortom: de zorg voor personen met verslaving én psychiatrische stoornissen moet gebaseerd zijn op grondige en herhaalde diagnostiek, ook van de motivatie, en bestaan uit verschillende modaliteiten, die gefaseerd worden aangeboden. Het verdient meestal de voorkeur de problemen tegelijkertijd aan te pakken. De zorg moet integraal zijn: een combinatie van begeleiding vanuit verschillende expertises (of het opstellen van protocollen in samenspraak met verschillende expertises) is gewenst. Abstinentie is in de meeste gevallen een onhaalbaar doel.

3.2.3 Benodigde zorg bij LVG-groep

In Nederland zelf is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het zorgaanbod voor justitiabelen met een triple problematiek.³⁰ Vooral nog moeten we het doen met internationaal onderzoek. Daarbij leunen we sterk op reviews uitgevoerd door Hassiotis en Hall (2008), en publicaties van Clerkx en Trentelman (2007) en Didden en Moonen (2007). Ook in het buitenland is zeer weinig bekend over de behandeling van triple problematiek, maar er is wel enige evidentie ten aanzien van bijvoorbeeld de combinatie LVG-problematiek én verslaving, of LVG-problematiek én bijkomende gedragsproblematiek.

Integratie van behandeling en begeleiding

Belangrijk voor de LVG-groep is dat behandeling en begeleiding niet los gezien worden van de sociale context waarin cliënten met een verstandelijke beperking zich bevinden, omdat cliënten met een licht verstandelijke beperking voor een aanzienlijk deel afhankelijk zijn van hulpverleners (Clerkx & Trentelman, 2007; Didden, 2007). De kwaliteit van de relatie cliënt – hulpverlener en de wijze waarop de hulpverlener de cliënt bejegt zijn van groot belang voor de effectiviteit van de behandeling (Van Erve & Poiesz, 2003; Moonen, 2007). Een veelbelovend aspect dat de effectiviteit van de behandeling lijkt te vergroten is het laten deelnemen van de begeleiders aan de therapiesessie (Willner, 2005).

Cliënten met een licht verstandelijke beperking moeten bovendien intensief getraind worden in het vertalen van het geleerde naar de dagelijkse situaties (generalisatie of transfer), aangezien dit niet vanzelfsprekendheid gebeurt (Didden & Moonen, 2007). Ook begeleiders moeten getraind worden om het geleerde uit therapiesessies in het dagelijks leven toe te passen. De CRA-methode (Community Reinforcement Approach) lijkt een bruikbare basis om integratie van zorg en begeleiding te kunnen bewerkstelligen voor cliënten met een licht verstandelijke beperking (Clerkx & Trentelman, 2007). De Community Reinforcement Approach (CRA) is een in de Verenigde Staten ontwikkelde gedragstherapeutische methode voor de behandeling van verslaving. Deze behandeling gaat uit van het gegeven dat mensen afhankelijk van middelen blijven omdat zij in hun omgeving een overmaat aan factoren aantreffen die hun alcohol- of druggebruik bekrachtigen en omdat aantrekkelijke, niet-verslavingsgebonden alternatieven hier in onvoldoende mate aanwezig zijn of zelfs ontbreken. CRA heeft als doel samen met de cliënt te werken aan een vervangende, nieuwe leefstijl die hen meer voldoening geeft dan hun middelengebruik (Meyers, 2008; Meyers & Miller 2001). Bij CRA moet ook de 'omgeving' mee veranderen om een verandering in gedrag van de cliënt te bewerkstelligen.

LVG en gedragsproblemen

Functieanalyse van het probleemgedrag voorafgaand aan een behandeling lijkt bij LVG'ers met ernstige gedragproblematiek (in het algemeen, niet specifiek justitiabelen) de effectiviteit ervan te vergroten (Didden et al., 2006; Didden, 2007). Functieanalyse omvat het inzichtelijk maken van de functie van het probleem-

³⁰ Overigens lijkt er enige verandering te komen in de Nederlandse schaarste aan onderzoek naar de triple problematiek. Voor de SGLVG-doelgroep wordt op dit moment grootschalig onderzoek verricht of opgestart naar de effectiviteit van diverse behandelingen die bestaan uit elementen die bewezen effectief zijn bevonden bij personen zonder verstandelijke beperking (De Borg, 2008).

gedrag, de omstandigheden die tot het probleemgedrag hebben geleid en de factoren die het probleemgedrag in stand houden.

Met name de gedragskant van de cognitieve gedragstherapie lijkt veelbelovend voor deze doelgroep. De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie is in enkele interationale studies bewezen bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking, met name voor agressie-regulatie-trainingen (Didden, 2007; Lindsay, 2007; Lindsay, Allan, Macleod & Smith, 2003). Vormen van cognitieve gedragstherapie zijn ook effectief gebleken voor verschillende andere vormen van ernstige gedragsproblematiek, zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag (Lindsay, 2007). Onderzoekresultaten lijken te ondersteunen dat de 'doe'-aspecten (rollenspel, oefeningen, ontspanningstechnieken) bij cognitieve gedragstherapie meer effect hebben dan de 'denk'-aspecten (Willner, 2005).

Een andere bruikbare therapie lijkt de zogenaamde Mindfulness-training te zijn. Hierbij worden cliënten getraind in het herkennen van spanningen en opwinding bij zichzelf, om aldus uiteindelijk ontspanning te verwezenlijken en agressief gedrag te voorkomen. Deze training is nog maar door één onderzoeksgroep gegeven en de effectiviteit ervan is nog erg onzeker; niettemin wordt in de literatuur deze therapie aangemerkt als veelbelovend vanwege de relatief eenvoudige procedure, en omdat deze training een zeer beperkt beroep doet op cognitieve processen (Singh et al., 2007; Didden, 2007).

LVG en middelengebruik

In een review uit 2007 concluderen Mutsaers et al. dat de LVG-doelgroep niet bereikt kan worden met reguliere verslavingspreventie- en behandelingsprogramma's omdat die een groot beroep doen op cognitieve vermogens en zelfreflectie. De lagere geletterdheid, de moeite met abstract redeneren, het trage leertempo en het gebrekkige korte termijn geheugen in combinatie met veelal gebrekkige sociale vaardigheden, kunnen de toegankelijkheid van de reguliere programma's voor deze groep sterk beperken.

In de literatuur zijn enkele behandelinterventies beschreven gericht op middelengebruik, die bewezen effectief zijn voor normaal begaafden, en die zijn aangepast op de vermogens en kenmerken van licht verstandelijke beperkten (Degenhardt, 2000). Het leesmateriaal is vereenvoudigd, en er is veel aandacht voor het herhalingsaspect waarbij veel aandacht uitgaat naar het voordoen en oefenen. De sessies zijn ingekort en het aantal sessies is verhoogd voor deze groep. Deze behandelprogramma's besteden ook veel aandacht aan het motiveren van de cliënt, het aanleren van zelfcontrolemechanismen en het voorkomen van terugval. Ook wordt de familie bij de behandeling betrokken. Verondersteld wordt dat het niet alleen van belang is om de cliënten, familieleden en hulpverleners inzicht te geven in het middelengebruik, maar dat men daarnaast ook rekening dient te houden met situationele aspecten die wellicht verleiding kunnen bieden (Clerkx & Trentelman, 2007). Mendel en Hipkins (2002) onderzochten op zeer kleine schaal een groepsinterventie voor justitiabelen met LVG-problematiek die een alcoholgerelateerde overtreding hadden begaan. Daarbij werd gebruik gemaakt van Motivational Interviewing (MI) en interactieve leermethoden. De groep kwam drie maal 1 uur bij elkaar. Metingen vooraf en naderhand lieten een toename zien in motivatie van cliënten om het drinkgedrag te veranderen en het vertrouwen hiertoe in staat te zijn (self-efficacy). De conclusie is dat deze interventie de moeite waard is om verder te ontwikkelen.

Een onderzoek uit 1999 toont aan dat twee preventieve interventies gericht op middelengebruik op onderdelen effectief kunnen zijn voor LVG'ers. Het betrof een assertiviteitstraining waarbij LVG'ers geleerd werd om 'nee' te zeggen tegen middelengebruik, en een interventie waarbij gedragsmodellering centraal stond. Bij gedragsmodellering worden LVG'ers vaardigheden aangeleerd om een onderscheid te maken in goede en slechte rolmodellen, en om vervolgens te kiezen voor het gewenste gedrag in plaats van het ongewenste gedrag (McGillicuddy & Blane, 1999). De onderzoeksresultaten laten zien dat beide interventies effectief zijn voor LVG'ers als het gaat om het realiseren van kennisvermeerdering over middelengebruik. Bovendien bleken deze interventies effectief voor LVG'ers als het gaat om het verbeteren van de vaardigheden om 'nee' te zeggen tegen middelengebruik en een verbetering ten aanzien van gedragsmodellering. De interventies hadden echter geen aantoonbaar effect op het middelengebruik zelf. Dit kan wellicht verklaard worden door het feit dat het middelengebruik onder deze groep LVG'ers al relatief laag was, waardoor een effect moeilijk aan te tonen is.

Aanpassing van het bestaande zorgaanbod lijkt te volstaan voor de LVG-doelgroep met middelengebruik, door bundeling van kennis uit de relevante sectoren (LVG, GGZ, verslavingszorg) (Clerkx & Trentelman, 2007). De nadruk dient daarbij te liggen op het aanleren van vaardigheden (zie McGillicuddy & Blane, 1999). Voor de LVG-doelgroep dienen daarbij de behandeldoelen niet alleen helder te worden omschreven, maar ook te worden afgestemd op het niveau van emotionele ontwikkeling van de cliënt.³¹ Zowel het risico op overbehandeling als het risico op onderbehandeling moet worden ingeperkt door goed te onderzoeken wat de mogelijkheden en de beperkingen zijn van de cliënt (Boerema et al., 2008; Van Marle, 2004).

Voor de LVG-groep is kortom integratie van behandeling en begeleiding van groot belang. Belangrijk is dat de omgeving mee verandert. Dat aspect is bij LVG nog belangrijker dan bij normaal begaafden. Soms is ook het creëren van toezicht en langdurende begeleiding noodzakelijk. Verder is er behoefte aan intensieve training in de vertaling van het geleerde naar de praktijk. Ook is het belangrijk oog te hebben voor de functie van het probleemgedrag cq middelengebruik. Het is goed mogelijk om gebruik te maken van cognitieve gedragstherapie mits de nadruk gelegd wordt op het doe-aspect. Ook een training als Mindfulness kan goed aansluiten op de behoefte. Het lijkt erop dat de bestaande verslavingsprogramma's, mits aangepast, volstaan. Wel moet steeds goed onderzocht worden wat de mogelijkheden van de cliënt zijn, zowel om overvraging als om 'onder'vraging te voorkomen.

3.3 Inhoud en kenmerken van benodigde zorg volgens de experts

Uit bovenstaande inventarisatie blijkt dat er een aantal gebieden is waarop verslaafde justitiabelen hulp behoeven. Deze gebieden verschillen enigszins afhankelijk van de invalshoek (LVG, verslaving of psychiatrie), maar er zijn toch duidelijke gebieden te onderscheiden. Het gaat dan om praktische ondersteuning op het gebied van huisvesting, financiën, werk en opleiding, dagbesteding, en sociale contacten, en goede diagnoses met daaropvolgende psychische, lichamelijke en verslavingszorg.

³¹ Er is echter nog geen valide methode om het emotionele niveau bij LVG-ers goed te kunnen meten.

Uit de literatuur over de LVG-groep met psychiatrische of verslavingsproblematiek blijkt verder dat het voor deze groep extra van belang is dat de mogelijkheden en beperkingen worden onderzocht en de behandeling wordt afgestemd op de cognitieve en emotionele ontwikkeling van de cliënt. Hierbij gaat het dan om vereenvoudigd materiaal, een grotere nadruk op doe-aspecten van de programma's, herhaling, voordoen en oefenen, en meer aandacht voor de vertaling naar de dagelijkse situatie. Tevens is het bij deze groep extra van belang behandeling en begeleiding te integreren; de rol en invloed van de context en omgeving is bij LVG van doorslaggevend belang.

In de expertmeeting, waarin is besproken hoe de versnipperde kennis kan worden geïntegreerd, kwamen dezelfde thema's naar voren. Daarnaast kwam er een aantal aanvullende aandachtspunten naar voren. Hieronder worden de aandachtsgebieden puntsgewijs behandeld.

3.3.1 *Praktische ondersteuning*

Door de experts wordt breed erkend dat de doelgroep vaak (blijvende) behoefte heeft aan praktische ondersteuning, met name op het gebied van wonen en geldbeheer, maar ook op het gebied van sociale contacten en dagbesteding. Wat betreft de dagbesteding wordt de belangrijkste meerwaarde hiervan gezien in het feit dat dit de mensen structuur biedt, waar met name de zwakbegaafden veel baat bij lijken te hebben. Ook zorgt het voorkomen van momenten van verveling ervoor dat er minder recidive en terugval is. Over de praktische ondersteuning wordt vaak opgemerkt dat dit kan worden ingezet als 'wisselgeld': het is vooral een behoefte van de cliënt, en daarmee een middel om de motivatie te vergroten en de cliënten in het traject te houden. Het verstrekken van een beperkt dagelijks budget heeft daarbij als belangrijk neveneffect dat het middelengebruik beter onder controle kan worden gehouden door cliënten die nog middelen gebruiken. Er werd echter ook gesignaleerd dat de wensen van de cliënt lang niet altijd haalbaar zijn, vooral waar er een sterke behoefte is aan autonomie, terwijl de eigen mogelijkheden en beperkingen niet worden overzien. Daarnaast kan in een groep wonen ook contra-geïndiceerd zijn, vooral in geval van gedragsproblematiek, waardoor er een conflict ontstaat tussen de belangen van de cliënt en die van de groep.

'De LVG'ers die ik tegenkom, daar zitten maar een paar verslaafden bij of mensen met problematisch middelengebruik. Die komen we tegen in vaak sociaal belabberde omstandigheden; van huisvesting, financiële situatie, netwerk. Dat is vaak tot nul gereduceerd c.q. problematisch.'

'Het hebben van een huis, zou ik willen zeggen. Wij kunnen in Utrecht gebruikmaken van de 'plankwoningen'. Dat is weliswaar tijdelijk, maar die huren wij. Mensen mogen oefenen met zelfstandig wonen, maar wij huren het huis. Dus ze mogen oefenen, mits geldbeheer, mits pillen, mits... Ze hoeven dat huis niet te huren, dus je hebt iets in de aanbieding. Iets wat ze heel graag willen hebben. In Amerika zijn er ook veel van die projecten met geldbeheer en huizen.'

'Wat ik erbij heb, is gewoon kwaliteit van leven. Iedereen wil sinterklaas vieren, kerstmis vieren, als er een EK is de straat oranje versieren, gezellig eten, sporten hier en daar... gewoon leven. Als jij zegt: "Dat is ons wisselgeld", dan denk ik: als jij dat kan aanbieden, dan komen de mensen zelf wel waar het gezellig is, waar het warm is, waar de aandacht is, waar ze elkaar kunnen ontmoeten.'

'Bij ons komen cliënten langs voor geldbeheer en dan komen ze ook nog even bij mij voor hun pillen op de weg naar buiten, zal ik maar zeggen. Maar ze komen voor het geldbeheer. Nog jaren later willen ze dat niet kwijt. Dat ik daar ook zit... Ja, dat is ook prima.'

3.3.2 Diagnoses en zorg

Goede diagnostiek is natuurlijk ook voor de LVG-groep nodig en moet waar nodig na enige tijd herhaald worden; hiermee kan de diagnose up-to-date gehouden worden en eventueel worden aangepast en vooruitgang in bijvoorbeeld vaardigheden gesignaleerd worden. Zo kan het zinvol zijn een IQ test na enige tijd te herhalen indien er vermoedens zijn dat de uitkomst hiervan eerder door druggebruik beïnvloed was. Ook de psychiatrische problematiek kan door verminderd middelengebruik veranderen. Aan de andere kant kunnen door de behandeling van verslaving psychiatrische problemen boven komen drijven. Bij de diagnostiek is het van belang om goed in kaart te brengen wat de belangrijke onderdelen zijn voor de langdurige zorg.

Bij de LVG-groep gaat het ook om diagnose van de LVG-problematiek zelf: al eerder is gesignaleerd dat de LVG-problematiek vaak niet (tijdig) herkend wordt. Daarbij is echter tegelijkertijd opgemerkt dat binnen de doelgroep van justitiabelen met triple problematiek het IQ niet centraal moet worden gesteld bij het bepalen van de zorgbehoefte, maar andere beperkende eigenschappen zoals een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Er wordt vaak veel waarde gehecht aan de hoogte van het IQ, maar dat bepaalt uiteindelijk niet de kans op maatschappelijk herstel of vermindering van de recidive en is verder niet doorslaggevend voor de precieze invulling van het zorgprogramma (zie ook paragraaf 2.2.2).

De diagnose zal verder aangepast moeten worden aan de doelgroep. Niet alle instrumenten die voor normaal begaafden gebruikt worden zijn ook bruikbaar voor de LVG-groep. Dit is met name het geval wat betreft middelengebruik. Ook hierover is al eerder in dit rapport gezegd dat middelengebruik een probleem kan zijn voor deze groep zonder dat de aard van het gebruik valt onder de gangbare definities van problematisch gebruik (zie paragraaf 2.1.5).

'Op een gegeven moment zijn ze het papierprikken voorbij en toe aan iets anders. Als ze zich gedragen en ze vallen niet op en ze blijven maar papierprikken dan krijgen ze niet de gelegenheid om weer een ander stapje te maken. (...) Blijf ze alsjeblieft volgen en geef hun de mogelijkheden die ze aankunnen. Ze kunnen soms erg opbloeien.'

'Een van de belangrijkste behandeldoelen is vaststellen wat er langdurig nodig is op al die terreinen. Dat kan ook ambulante door het contact met een psychiater, contact met een GZ-psycholoog. Door het inschakelen van een diagnosticus die testen afneemt. Door gesprekken met de woonsituatie. Door onderzoek naar de voorgeschiedenis. Doordat iemand deelneemt aan trainingen en aan therapieën. Zo krijg je een heel pakket. Die behandeling is dan bijna een heel grondige, uitgebreide diagnose, waarbij gaandeweg kennis en vaardigheden toenemen en je tegelijkertijd ook merkt waar de grenzen daarvan liggen.'

3.3.3 Aanpassing aan niveau

Aanpassing van de behandeling aan de cognitieve en emotionele ontwikkeling van de cliënt werd ook door de experts van groot belang geacht. Zij wezen erop dat het

in de behandeling gebruikte materiaal vaak te moeilijk was. De in de literatuur genoemde aspecten als herhaling, visualisatie, en oefening kwamen ook hier naar voren. Daarnaast werd opgemerkt dat bij deze groep misschien meer nadruk moet liggen op belonen (bijvoorbeeld door aantrekkelijke zorg met gebruikmaking van aantrekkelijk les-/ leermateriaal, toegankelijk taalgebruik, en afronding met een certificaat of diploma's), zowel omdat dit beter zou werken, alswel omdat het zelfvertrouwen van de LVG-groep daardoor wordt versterkt. Juist vanwege de behoefte van de LVG groep aan herhaling wordt het ook erg belangrijk gevonden dat in de condities van de voorwaardelijke maatregel moet worden opgenomen dat, áls het misgaat (terugval in middelengebruik), de cliënt het opnieuw kan proberen. De doelgroep met een verstandelijke beperking moet in staat zijn om te leren door vallen en opstaan, óók in een voorwaardelijk kader. Dit geldt overigens ook in belangrijke mate voor verslaafden in het algemeen. Dit betekent tevens dat er behoefte is aan een mogelijkheid voor crisisopvang of tijdelijke terugplaatsing. In dat geval moet het mogelijk zijn om binnen een termijn van enkele weken de behandeling weer op te pakken, zonder wachttijd.

Hoewel het erg belangrijk is dat het niveau van de aanpak wordt aangepast aan de mogelijkheden van de cliënt, is het ook van belang is dat er een balans gevonden wordt tussen het aanbieden van eenvoudig (les- / leer-) materiaal en een begeleiding/ bejegening als volwassene. Cliënten behorende tot deze doelgroep willen niet kinderachtig behandeld worden en willen het liefst meedoen met normaalbegaafden. Het is dus van belang dat de uitzonderingspositie van de LVG'er niet benadrukt wordt: de doelgroep moet niet het gevoel hebben dat het 'losers' zijn. Een suggestie die genoemd wordt om de aantrekkelijkheid te vergroten en meer aandacht te besteden aan het herhalingsaspect is om het materiaal ter ondersteuning digitaal aan te bieden, iets wat al wel gebeurt maar nog in de kinderschoenen staat. Hiermee kan het geleerde vaak herhaald worden zonder dat daar per se een hulpverlener bij nodig is. Dat betekent niet dat dit materiaal een vervanging kan zijn van een hulpverlener: het moet gezien worden als ondersteunend materiaal.

'Het is vaak te moeilijk. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld is er ook onderzoek naar waarom de verslaafde verstandelijk gehandicapten zo vaak terugvallen. Daar mag je deelnemen aan behandelprogramma's en als je het niet netjes doet, moet je weer terug in de bak. Al die zwakbegaafden kwamen steeds terug in de gevangenis totdat ze de regel instelden dat mensen met een IQ onder een bepaald niveau twee keer mochten deelnemen aan hetzelfde programma. Verder veranderde er niets.'

'Generaliseren bijvoorbeeld. Daar kan ik echt heel schrijnende voorbeelden van noemen. Dat mensen de meest ingenieuze trainingen doen en nog niet blijkt de situatie... Dan zou je zeggen: "Het is bijna identiek aan wat je hebt gespeeld". Nog niet wijkt die een beetje af – het tafelkleedje op de tafel heeft een ander kleur – en mensen herkennen al niet meer dat dit de situatie is waarover het ging en ze zijn volkomen machteloos en vallen weer voor eigenlijk precies dezelfde valkuil. Dat is echt ingewikkeld.'

'Ze zijn heel gevoelig voor kinderachtigheid. Het moet wel eenvoudig zijn en in kleine hapjes maar ze moeten wel als een volwassene iemand worden benaderd. Niet met kinderachtige dingen. Ze zijn groot en volwassene met klein verstand.'

3.3.4 Begeleiding, motivatie en bemoeizorg

Competenties

Uit het bovenstaande blijkt al een aantal competenties die belangrijk zijn voor de begeleider. Begeleiders dienen te kunnen omgaan met de complexe verhouding tussen autonomie ('het alleen willen doen') en bescherming van de cliënt. Ook moeten professionals cliënten op de juiste toon kunnen aanspreken. Hoewel daarbij werd aangetekend dat dit niet volledig aan te leren is, is het wel van belang dat begeleiders de cliënten in hun waarde laten. De begeleiders moet de cliënten niet te betuttelend bejegenen en aansluiting zoeken bij het niveau van de cliënt. Aangezien de doelgroep vaak afgewezen wordt, moeten de zorgprofessionals verder in staat zijn om ondersteuning te bieden bij het herstellen van het zelfvertrouwen en verder opbouwen. Daarbij moet vooral benadrukt worden wat zij wél kunnen. Professionals moeten in staat zijn om te interpreteren wat de cliënt zegt, en begrip hebben voor wat verstandelijke beperking, verslaving en ontwenning inhouden. Een flinke dosis incasseringsvermogen en geduld zijn tevens belangrijke kwaliteiten die nodig zijn om met deze doelgroep te werken.

'Ik denk dat je kerncompetenties hebt. Je moet er van ieder één in het team hebben. Als het over medicatie gaat, gaat het over hetzelfde. De verpleegkundige of de psychiater of de arts... die heeft die deskundigheid. Niet iedereen hoeft er allemaal evenveel van te weten. Het betekent niet dat iedereen niet moet kunnen monitoren dat iemand therapietrouw is of zoiets. Dat is volgens mij wel goed beschreven overall.'

'Het verschil tussen de volwassenheid van de cliënt en cognitieve beperking. Dat is toch wel specifiek voor onze doelgroep belangrijk dat begeleiders zich dat vooral realiseren. Als je het hebt over wat toekomstige begeleiders die niet bekend zijn met deze doelgroep zouden moeten kunnen, dan vind ik dat één van de kerncompetenties.'

'Het is, denk ik, een hele belangrijke dat ook als ze, zeg maar, overgaan van behandeling naar begeleiding, dat dan mensen in de LVG-sector – om het maar zo te noemen – ook kunnen omgaan met de problematiek verslaving die blijft bestaan en dus ook met terugval. Dat zij een manier van omgaan met cliënten weten te vinden waarin aandacht is voor autonomie in combinatie met bescherming. Je hebt nu vaak de uitersten van loslaten ofwel beheersen, maar het is natuurlijk mooi om een manier te vinden om daar...Om ze in zorg te houden is dat een heel belangrijke factor. De moeilijkste ook.'

Netwerk

Uit de literatuur bleek al dat, omdat een begeleider een cruciale rol heeft in het leven van een LVG'er, de ambulante zorg moet worden geboden in combinatie met/ in nauwe samenwerking met de begeleiding. Er dient, nog meer dan bij andere doelgroepen, aandacht te zijn voor continuïteit in de zorg en begeleiding. In de expertmeeting wordt er van uit gegaan dat voor de groep justitiabelen met triple problematiek 24 urenbegeleiding nodig is: het gaat daarbij lang niet altijd om continue aanwezigheid, maar wel om bereikbaarheid van begeleiders en 24 ureninbedding.

Uit de expertmeeting blijkt ook dat de samenwerking zich niet moet beperken tot de professionele begeleiding: een veel breder netwerk (familie, vrienden, politie, huisarts) is onmisbaar. Al deze partijen samen vormen de context waarbinnen de

cliënt kan blijven functioneren. Tegelijkertijd wordt gesignaleerd dat een dergelijke opzet heel kwetsbaar is, en valt of staat bij commitment van alle partijen en een duidelijke centrale professionele regie. Gesuggereerd wordt dat bijvoorbeeld de persoonlijke (woon)begeleider de regierol zou kunnen voeren. Van belang is dat er heldere rolafspraken gemaakt worden (duidelijke werkafspraken); rolvastheid vormt daarbij een belangrijk element. De werkafspraken moeten ook helder gecommuniceerd worden naar de cliënt. De Community Reinforcement Approach (CRA) wordt hierbij veelvuldig als voorbeeld genoemd.

Overigens moet erop toe worden gezien dat er niet te veel mensen bij de cliënten betrokken worden, omdat dit als onprettig kan worden ervaren en verwarring bij de cliënten kan veroorzaken. Vooral voor cliënten met een licht verstandelijke beperking geldt dat hoe minder gezichten de cliënt ziet, hoe beter het is.

'Veel normaal begaafde mensen kunnen zelf hun context beter aanpassen. Dus nu... Je kan niet zomaar huiswerk meegeven. Er moet iemand zijn op de plek waar je heen gaat die met jou kijkt: wat was het huiswerk en hoe gaan we het doen? Dus afstemming op als mensen naar huis gaan. Wie helpt daar? Wie doet dat daar? Dat is echt anders, vind ik, dan in de reguliere zorg. Ook bij de psychiatrie is dat zo, dat het anders is dan de reguliere zorg.'

'Je moet er een heel netwerk omheen bouwen. Dus de politie moet een oogje in het zeil houden, familie – als die in de buurt is – moet de hygiëne in de gaten houden. Het kan wel, maar het kost wel buitengewoon veel energie. (...) Het is heel riskant, want de kans is ontzettend groot dat daar dan minimaal één stukje uitvalt en dan gaat het alweer mis. Dan heb je net alles op de rit en dan komt iemand in de ziektewet of er is een fusie waarbij dit ineens geen kerntaak meer is. Het is een heel kwetsbaar geheel.'

'Dat hebben we laatst meegemaakt; dat vond ik afschuwelijk – dat je... één persoon had vier behandelaars, zeg maar, ook voor iemand die juist steeds vastliep op het feit dat hij met verschillende mensen relaties aan moest gaan, wat gewoon voor hem niet haalbaar was.'

Motiveren en drang

Alvorens er gestart kan worden met de behandeling dient men te beginnen met het contact leggen en het motiveren van de cliënt. Zo kunnen behandelaars in kleine stappen een relatie met de cliënt opbouwen. De cliënt moet ervaren dat er voordelen verbonden zijn aan een goed contact met de behandelaar. 'Eenmaal binnen is niet binnen': tijdens de behandeling moet er nog steeds aandacht zijn voor de motivatie. Bij de LVG-groep is vaak sprake van ambivalentie over de noodzaak tot zorg, en de onmogelijkheid om de gevolgen van keuzes te overzien. De eerder genoemde complexe verhouding tussen autonomie en bescherming van de cliënt leidt bij de experts tot het veelvuldig gebruik van twee termen: verleiden en bemoeizorg.

Bij verleiden wordt er vanuit gegaan dat het nodig geachte zorgaanbod zo aantrekkelijk mogelijk moet worden gemaakt voor de cliënt. Motivationale gesprekvoering (in aangepaste vorm) wordt hierbij belangrijk gevonden, maar ook het al eerder genoemde 'dealen' met cliënten over de door hen gewenste praktische ondersteuning kan functioneel zijn: jij krijgt x als je ook y. Ook wordt gesproken over onnadrukkelijk sturen, zoals het geven van beperkte keuzemogelijkheden.

Toch lijkt men het er over eens dat een zekere mate van drang nodig blijft, zeker in het beginstadium, waar de intrinsieke motivatie er nog niet is. Mogelijkheden voor drang zijn bijvoorbeeld een lange(re) voorwaardelijke maatregel, of het beschikbaar stellen van een woning onder voorwaarde van het accepteren van zorg of begeleiding. De grotere nadruk op en behoefte aan bemoeizorg, zoals dit genoemd werd, werd wel gezien als een onderscheidend kenmerk van de LVG-doelgroep, zeker in een ambulante setting.

Voor de motivatie is het ook belangrijk om cliënten tijdig en goed te informeren over de aard en inhoud van de voorwaardelijke maatregel, de reden voor de opgelegde maatregel en wat er van de cliënt wordt verwacht. Ook moet duidelijk zijn wat er gebeurt als de cliënt zich niet houdt aan de voorwaarden. Het verschaffen van praktische uitleg geldt óók voor het behandelplan. Bij voorkeur is er eenvoudige uitleg op papier beschikbaar over de behandeling, omdat herhaling belangrijk is voor deze doelgroep.

'Omdat verstandelijk gehandicapten niet kunnen overzien. We hebben ook wel cliënten die zeggen: "Geef mij de behandeling maar en niet de straf" en die hebben na drie maanden spijt als haren op hun hoofd omdat ze dan pas merken waarin ze terechtgekomen zijn, want ze overzien dat natuurlijk gewoon niet.'

'Hoe kan je mensen verleiden om dat te doen wat jij wilt. En dat ze ook het gevoel hebben dat ze er echt zelf voor gekozen hebben. Wat ze ook doen trouwens. Zoals je ook bij jonge kinderen doet. Je hebt iets in je hoofd wat je van ze gedaan wilt krijgen, maar via sluiptwegen.'

'Ik zou wensen dat je soms bij een aantal van die mensen ook werkelijk mogelijkheden hebt om jezelf op te dringen als hulpverlener. Het is natuurlijk altijd spits-roeden lopen – autonomie accepteren versus bemoeizorg bieden, maar ik kies toch steeds meer voor het laatste. Ook al zegt een cliënt van mij: "Ik wil dat niet. Ik kan het wel zelf en ik snap wat je bedoelt", dan nog betwijfel ik – zeker met een LVG – of die keuze goed gefundeerd kan zijn.'

'Wij doen heel veel aan motiveren, terwijl ze natuurlijk met een maatregel bij ons zitten. Dat is natuurlijk... Het lijkt wat tegenstrijdig te zijn, maar voor onze doelgroep is het met name onze ervaring dat als je cliënten wel met een maatregel hebt; ongeveer na zo'n twee jaar merk je dat ze intrinsieke motivatie krijgen – als we het goed doen, hè – en ook op een gegeven moment besluiten zelf te blijven bij ons. Dus op een gegeven moment moet deze doelgroep gedwongen worden, omdat je de tijd nodig hebt om ze gemotiveerd te krijgen.'

3.3.5 *Levenslange begeleiding*

Om een goed beeld te krijgen van het benodigde zorgaanbod voor de doelgroep is het belangrijk te bezien wat het langetermijnperspectief van de doelgroep is, wat betreft wonen, zorg en begeleiding. Wat is de (woon)situatie waar ambulante zorg onder een voorwaardelijke maatregel bij moet aansluiten, of naar toe moet werken? Welke range van woon- of verblijfsmogelijkheden is denkbaar? Aangezien een groot deel van de problematiek blijvend is heeft de doelgroep levenslange begeleiding – van licht tot intensief – nodig om op een aanvaardbaar niveau te kunnen blijven functioneren. Voor een deel van de groep is zelfstandig wonen haalbaar. Hierbij zijn, zoals eerder gesteld, de randvoorwaarden dat er flink geïnvesteerd wordt in

een goede dagbesteding, (herstel van) een goed sociaal netwerk, en dat er een '24 uursinbedding' is (begeleider/ hulpverlener 24 uur per dag oproepbaar).

Een belangrijke valkuil is dat begeleiding afgebouwd wordt zodra het wat beter gaat met een cliënt.³² Ondersteuning in praktische zaken zoals geldbeheer is een randvoorwaarde. Een ander deel van de doelgroep met zwaardere problematiek zou passen in een voorziening voor beschermd wonen (eventueel op een zorgterrein) dan wel andere 24 uurszorg. Tot slot wordt opgemerkt dat verblijf in de zorg (eventueel met een justitieel kader) ook een langetermijnperspectief kan zijn voor deze doelgroep. De constatering dat levenslange, vaak intensieve begeleiding nodig is, leidt tot de conclusie dat continuïteit erg belangrijk is, zowel op het moment tussen het eerste justitiecontact en de start van de maatregel, als na beëindiging van de maatregel.

In deze context werd ook de suggestie gedaan dat diagnostiek in een zo vroeg mogelijk stadium (eventueel vóór detentie) zou moeten plaatsvinden zodat (bij kort gestraften) bijvoorbeeld middels een tijdige inzet van een Rechterlijke Maatregel voorkomen kan worden dat iemand met triple problematiek (weer) op straat belandt.

'Het is goed om te noemen wat mensen kunnen maar we moeten niet uit het oog verliezen dat het gaat om mensen met beperkingen. Ze hebben een verstandelijke beperking. Die verslaving kunnen we opvatten als een hersenziekte. Als je dat eenmaal goed te pakken hebt, is het vrijwel onmogelijk om er vanaf te komen. Psychiatrische problematiek is wel gedeeltelijk op te lossen maar blijft een handicap in je leven. Kortom: er zijn nogal wat tekorten op meerdere terreinen en een blijvende behoefte aan een steunstructuur. De vertaling naar zorgbehoefte betekent ook dat je heel goed in beeld moet brengen hoe die steunstructuur een onderdeel kan zijn van de diagnostiek en de behandeling. Hoe zal de steunstructuur er precies op de lange termijn uitzien?'

'Nu redeneren we vanuit justitie. Aan die forensische maatregel komt een eind. Dan heb je financiële continuïteit en behandelcontinuïteit nodig om netjes door te gaan. Anders raak je via de achterdeur kwijt wat je via de voordeur binnenlaat. Je ziet ze terugkomen omdat er geen duurzame oplossing is.'

'Dan moet eigenlijk voordat die zitting is helder zijn waar iemand naartoe gaat. Hij moet eigenlijk letterlijk bij de rechter beloven: "Ik ga mij aan die en die voorwaarden houden." (...) Daarvóór moet je iemand eigenlijk al in zorg krijgen: of dat bij een pro-forensische poli is of wat dan ook, misschien in combinatie met een RIBW-plek, maar het moet daarvóór al geregeld zijn.'

3.3.6 *Streven naar abstinentie*

De keuze abstinentie of gecontroleerd gebruik is in de expertmeeting uitgebreid besproken. Wat is wenselijk? Wat is haalbaar? Hierover verschillen de deelnemers

³² Probleem hierbij is de periodieke herindicering van zorg en begeleiding: zodra – vaak met de nodige inspanning – een cliënt een aanvaardbaar niveau van functioneren heeft bereikt wordt er minder zorg geïndiceerd, wat de kans op terugval vergroot.

van mening. Enerzijds zou de norm abstinentie moeten zijn, omdat gereguleerd gebruik moeilijk vol te houden is voor deze doelgroep. Anderzijds wordt óók opgemerkt dat in de praktijk abstinentie moeilijk haalbaar is.

In woonvoorzieningen waarin middelengebruik wordt toegestaan wordt geconstateerd dat middelengebruik vaak al snel afneemt in een stabiele situatie (wonen, zorg, dagbesteding). Randvoorwaarde daarbij is dat middelengebruik gereguleerd wordt met geldbeheer.

Cliënten met een licht verstandelijke beperking kunnen niet altijd een weloverwogen keuze maken voor al dan niet streven naar abstinentie. Dikwijls onderschatten zij hoe moeilijk het is om abstinentie te bereiken. Indien er wel gestreefd wordt naar abstinentie dan moet de setting daarop worden aangepast. Er moeten dan kleine stappen in de richting van abstinentie gezet worden met positieve beloningen, ook in het geval dat de cliënt sterk gemotiveerd is om te stoppen met het gebruik van middelen.

Het doel om abtinent te blijven moet niet teveel worden opgedrongen; abtinentie is voor veel cliënten geen aantrekkelijke optie en kan de motivatie voor het accepteren van zorg en begeleiding doen afnemen. Dit blijkt ook uit bestudering van de literatuur (Van Ooyen, 2004). Eerder werd opgemerkt dat de zorg aantrekkelijk moet zijn om de motivatie goed te houden. Er moet daarom voorzichtig nagegaan worden wat acceptabel is voor de cliënt. Uiteindelijk moet er een afweging gemaakt worden tussen het oordeel van de behandelaar en de wens van de cliënt (wat is acceptabel). Bij deze afweging moet rekening gehouden worden met de risico's van het middelengebruik en het recidiverisico van crimineel gedrag. Overigens zijn de genoemde overwegingen rondom het middelengebruik voor de LVG-groep niet anders dan voor de normaal begaafde verslaafde justitiabelen.

De conclusie is dan ook dat per individu bekeken moet worden of het streven naar abstinentie haalbaar is. De aandacht moet vooral uitgaan naar het stabiliseren en beperken van middelengebruik. Daarbij dient aangesloten te worden bij de beperkingen, mogelijkheden en motivatie van de cliënt en de ontwikkelingen daarin.

'Ik denk dat het perspectief voor de gemiddelde LVG-client iets minder rooskleurig is. Omdat een aantal van die protectieve factoren die je noemde, van werk of relaties, bij onze doelgroep natuurlijk niet veranderen of gemiddeld gesproken niet. Dus over langere termijn ben ik daar niet zo optimistisch over dat die protectieve factoren toenemen.'

'Wat wel vaak verandert, zijn de protectieve factoren om iemand heen. Ik ken genoeg verstandelijk gehandicapte mensen die na een relatiebreuk gingen drinken, waarbij vervolgens de orthopedagoog... Die hebben Jan en alleman... De huisarts trekt aan de bel. Moeder hangt aan de telefoon. Er gebeurt van alles om iemand heen, waarbij toch het probleem geleidelijk aan het hoofd wordt geboden. Die mevrouw is verder precies dezelfde mevrouw gebleven, want zij ontwikkelt zich daar niet in, maar de omgeving is alerter, dus in die zin is dat dan weer wel een factor.'

'Bij ons wordt gereguleerd gebruik geaccepteerd en eigenlijk alleen op grond van de argumentatie dat mensen die al 25, 30 jaar gebruiken... Hoeveel tijd en energie steek je nog in het abtinent krijgen van mensen waarvan je eigenlijk op je natte klompen aanvoelt dat het niet zal lukken.'

'Zoals we het er in onze instelling over hebben, is dat je een norm stelt van wat je eigenlijk wenselijk zou vinden. Dat is abstinentie.(...) en vervolgens ga je dan per cliënt kijken hoever je daarin komt. Is het haalbaar? (...) maar de norm – die we ook steeds benoemen en uitstralen – is wel abstinentie. Dat heeft ook wel een reden. Omdat gereguleerd gebruiken voor onze doelgroep heel erg moeilijk is.'

'Als je het hebt over ambulante mensen thuis... En waar we het daarstraks over hadden: je moet mensen verleiden tot zorg, tot accepteren van zorg. Dan kan ik je vertellen dat abstinentie niet echt een groot reclamebord is. Daarvoor staat niet iedereen in de rij en zegt: "Dat wil ik wel." Als je meer focust op de praktische problemen waar mensen tegenaan lopen en je fietst daar het middelengebruik geleidelijk aan in, dan is dat op zich een betere manier om iets voor elkaar te krijgen.'

'Ik weet vanuit ons onderzoek naar ons programma waarin gecontroleerd gebruik ook benoemd wordt en gedaan wordt, dat mensen daar heel vaak hartstikke van schrikken. Als je ze de mogelijkheid geeft van: Nou, wat vind je ervan? Zou dat iets voor jou zijn? Dan schrikken ze zich dood en zeggen: "Nee, ik wil abtinent worden." In DVA's en zo hebben ze ook allemaal geleerd dat dat dan ook is wat je zegt. "Wat wil je nou?" "Nou, ik wil abtinent worden." Dus dan gaan ze naar leefstijltraining, maar die is te moeilijk. Het zou vaak veel fijner zijn als hij wat kleinere stapjes zou willen hebben. Dat abtinent worden; iedereen denkt dan: Nou, dat is fijn geregeld. Hij wil het zelf ook. Maar dat ligt veel genuanceerder en veel ingewikkelder.'

3.4 Samenvattend

Dit hoofdstuk beoogde antwoord te geven op onderzoeksvraag 3: Wat zijn de zorgbehoeften van deze groep (begeleiding, behandeling, woonzorg) en welk zorgaanbod sluit aan bij die behoefte? Waaruit moet het zorgaanbod in ieder geval bestaan, welke elementen mogen niet ontbreken, zijn er kwaliteitseisen of minimeisen te formuleren?

Net zoals bij de justitiabele verslaafden, geldt ook voor de justitiabelen met triple problematiek dat de zorgbehoeften zoals ervaren door de doelgroep niet helemaal overeenkomen met de zorgbehoefte volgens de hulpverleners en de wetenschappelijke literatuur over het benodigde zorgaanbod. Waar de cliënten vooral aangeven behoefte te hebben aan praktische ondersteuning bij bijvoorbeeld huisvesting en financiën, geven de hulpverleners aan dat dit belangrijk is voor een vruchtbare context voor behandeling, en dat dit goed ingezet kan worden als 'wisselgeld' bij de motivering van de cliënt, of als 'tool' in bijvoorbeeld het onder controle houden van middelen gebruik. De uiteindelijke primaire behoefte ligt volgens de hulpverleners toch bij de zorg voor met name de verslavings- en psychiatrische problematiek.

Hierbij zijn de doelen sterk afhankelijk van de individuele problematiek. Ook bijvoorbeeld de vraag of gestreefd zou moeten worden naar abstinentie is door de heterogeniteit van de groep niet eenduidig te beantwoorden. Steeds moet worden bekeken wat haalbaar is voor de cliënt, en dat dient te worden afgezet tegen de risico's wat betreft het middelengebruik zelf en criminele recidive.

Gezien de grote heterogeniteit in combinaties van problematieken binnen de doelgroep is het moeilijk iets te zeggen over de concrete zorgbehoefte waar het gaat om

de inhoud van het aanbod. Wel werd veel gezegd over de randvoorwaarden waar het aanbod aan moet voldoen.

Diagnostiek

Gezien de reeds gesignaleerde geringe onderkenning (of juist overdiagnostiek) van psychiatrische en met name LVG-problematiek is goede diagnostiek in een vroeg stadium van groot belang. Belangrijk hierbij is dat opgemerkt werd dat veel van de huidige screenings- en diagnose-instrumenten (geschikt voor normaal begaafden) mogelijk niet geschikt zijn voor LVG. Diagnostiek in een vroeg stadium is van belang om in kaart te brengen wat belangrijke onderdelen zijn van de langdurige zorg, maar ook herhaalde diagnostiek is van belang om in te spelen op veranderingen. Daarbij gaat het na de diagnose LVG niet zozeer om de hoogte van het IQ, omdat dat weinig zegt over zorgbehoefte, mogelijkheden en recidivegevaar. Bij het kijken naar de vraag welke woonvorm op lange termijn geschikt is, kan het zijn dat verblijf in een doorstroomvoorziening nodig is waarbij basis(woon)vaardigheden kunnen worden aangeleerd en een passende woonvorm kan worden gezocht.

Levenslange begeleiding

Aangezien een groot deel van de problematiek niet verdwijnt is een blijvende steunstructuur nodig. Continuïteit is dan ook van groot belang. Ook om deze reden is een vroege diagnose van belang, zodat kan worden voorkomen (bijv. door middel van een Rechterlijke Maatregel) dat de cliënt voor aanvang van de voorwaardelijke maatregel weer op straat belandt. Wanneer de behandeling aanslaat is het belangrijk dat bij herindicering niet te gemakkelijk besloten wordt dat de cliënt een lichtere indicatie kan krijgen. En na afloop van de voorwaardelijke maatregel zal er een goed aansluitend vervolgtraject moeten zijn.

Intensieve begeleiding

Voor een deel van de doelgroep zal zelfstandig wonen mogelijk zijn, maar alleen met 24 uursinbedding, en wanneer er gezorgd wordt voor een goede dagbesteding. Een ander deel zou passen binnen beschermd wonen of andere 24 uurszorg. Vanwege de belangrijke rol van de begeleider is nodig dat de zorg geboden wordt in nauwe samenwerking met de begeleiding. Niet alleen de professionele begeleiding moet hierbij betrokken worden, ook het overige netwerk van de cliënt, voor zover aanwezig, is hierbij belangrijk. Dit is echter een kwetsbaar systeem en kan alleen als één persoon of een functioneel onderdeel van de zorg een stevige regierol vervult met aandacht voor rolvastheid. Hierbij valt te denken aan het CRA-model. Er moet echter ook op gelet worden dat de cliënt niet met te veel mensen te maken heeft.

Motivering en drang

Motivatie is vanzelfsprekend belangrijk. Dit begint al als de cliënt nog in detentie zit. Zo is het belangrijk goed duidelijk te maken wat de voorwaardelijke maatregel inhoudt. Ook is het belangrijk de aangeboden zorg zo aantrekkelijk mogelijk te maken, door de beoogde gevolgen en ook door de aantrekkelijke vorm. De term verleiden werd hierbij in de expertmeeting gebruikt. Hieronder valt ook het gebruik van 'wisselgeld' en onnadrukkelijk sturen. Tegelijkertijd is drang vaak nodig om het eerste contact te leggen. Na langere tijd van 'bemoeizorg' krijgt de cliënt dan soms alsnog een intrinsieke motivatie.

Aangepaste vorm

De LVG-problematiek vereist een aangepaste benadering. LVG'ers worden vaak en langdurig boven hun niveau aangesproken, met als gevolg dat zij vaak al veel mis-

lukte trajecten achter de rug hebben. Herhaling, visualiseren, oefenen, en positieve beloning zijn hierbij kernwoorden. De behandeling moet verder oog hebben voor behoefte aan succes en zelfvertrouwen; hij moet aantrekkelijk en eenvoudig zijn maar niet kinderachtig; en er moet een balans worden gevonden tussen de behoefte aan autonomie en het tegelijkertijd niet kunnen overzien van situaties.

Mogelijkheid tot opvang in crisissituaties

Deze doelgroep moet met vallen en opstaan kunnen leren. Dit betekent dat het mogelijk moet zijn terug te vallen op crisiszorg, of zonder directe gevolgen als sancties of het stopzetten van zorg terugval in middelengebruik te kunnen vertonen. Hiervoor is het nodig dat er crisisvoorzieningen voorhanden zijn, gekoppeld aan de mogelijkheid om zonder wachttijd weer terug te keren in het oorspronkelijke traject.

4 Huidig zorgaanbod

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op aard en omvang van het huidige zorgaanbod voor de groep justitiabelen met triple problematiek (LVG, verslaving én co-morbide psychiatrische problematiek) zoals naar voren is gekomen uit de telefonische interviews, de documentanalyse en de expertmeeting. Alvorens in te gaan op het zorgaanbod, wordt in paragraaf 4.1 eerst kort een aantal punten onder de aandacht gebracht die in het verleden de toeleiding naar zorg hebben bemoeilijkt. Vervolgens wordt in de paragrafen 4.2 tot en met 4.4 achtereenvolgens het zorgaanbod beschreven in de sectoren GGZ/verslavingszorg, SGLVG-zorg en Justitie (forensische zorg). Instellingen blijken het bestaande zorgaanbod op basis van ervaring/best practices aan te passen aan cliënten met een verstandelijke beperking. Bij de beschrijving van het huidige zorgaanbod worden ter illustratie enkele van de best uitgewerkte werkwijzen uitgelicht. De verslavingszorg wordt beschouwd als onderdeel van de GGZ, al zijn scheidslijnen in de praktijk soms sterk aanwezig (4.2). Als onderdeel van de gehandicaptenzorg wordt het zorgaanbod van specifiek de SGLVG-instellingen (4.3) beschreven, omdat deze instellingen binnen de gehandicaptenzorg veruit het meest te maken hebben met triple problematiek. Binnen de justitiële sector (4.4) is behalve naar de zorg in penitentiaire inrichtingen (PI's) ook gekeken naar de zorg die tbs-klinieken hebben ontwikkeld voor cliënten met triple problematiek. Ook het reclasseringswerk dat door het Leger des Heils (instelling voor maatschappelijke opvang) wordt aangeboden, wordt onder deze noemer beschreven. In paragraaf 4.5 tenslotte wordt bekeken in hoeverre hiermee de onderzoeksvragen beantwoord zijn.

4.1 Enkele aandachtspunten voor de toeleiding naar zorg van de doelgroep

Het strafrechtelijk systeem in Nederland biedt wettelijke mogelijkheden voor toeleiding naar de zorg in alle fasen van het strafrechtelijk traject (zie bijlage 3). Hoewel het aantal toeleidingen de afgelopen jaren is toegenomen zijn er enkele aandachtspunten te noemen voor de toeleiding in de toekomst. De volgende drie punten, die onderling met elkaar samenhangen, hebben het succes tot nu toe beperkt.

(1) De ingewikkelde mechanismen die in werking moeten worden gesteld

Het proces van toeleiding naar zorg is ingewikkeld. Het vindt plaats op het snijvlak van twee systemen: justitie en zorg. Verschillende actoren en organisaties zijn betrokken. Justitiabele gebruikers, die uit zichzelf meestal niet gemotiveerd zijn voor zorg, moeten zover gebracht worden dat ze tóch de keuze voor zorg in plaats van detentie maken. Voor de gebruiker zelf betekent de deelname aan een zorgtraject onder drang dat hij/zij zich moet committeren, open moet staan voor veranderingen in leefstijl, en terugval in verslaving en criminaliteit zoveel mogelijk moet voorkomen. Dit zijn ingrijpende veranderingen. Het proces kan worden weergegeven zoals te vinden in tabel 4. Het kan misgaan bij de instroom (als gebruikers de keuze niet krijgen voorgelegd, de keuze voor zorg niet maken of als er geen adequate zorg voorhanden is), tijdens het programma (als gebruikers niet voldoende gemotiveerd raken en voortijdig vertrekken) en na afloop (als de veranderingen tegenvallen of terugval optreedt).

Tabel 4 Het proces van toeleiding naar zorg onder drang

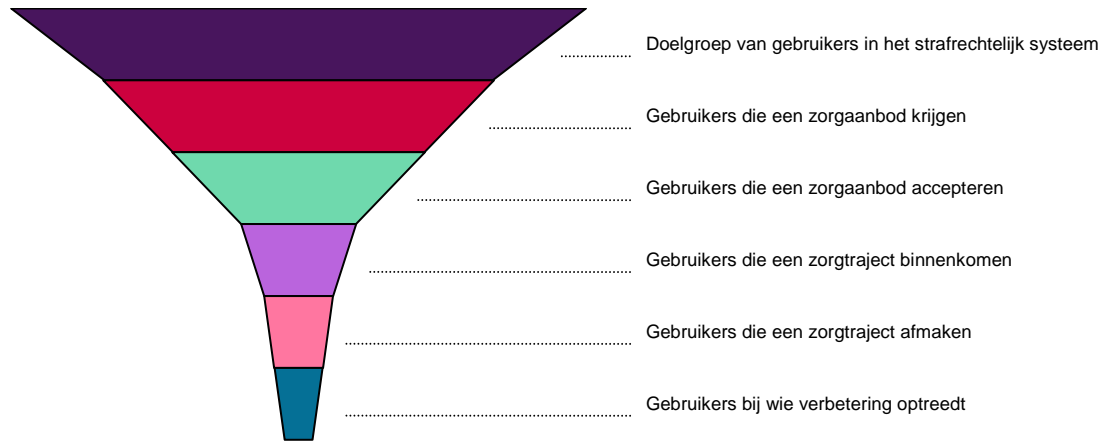
Probleem	Veronderstelde mechanismen	Veronderstelde uitkomsten
<i>Stap 1: vanuit justitie → naar zorgtraject</i>		
Harddruggebruikers met complexe problematiek in het strafrechtelijk systeem die voortdurend criminele overlast veroorzaken.	Gebruikers krijgen keuze tussen zorgtraject en strafrechtelijke sanctie en worden met externe positieve en negatieve prikkels onder druk gezet om te kiezen voor zorgtraject.	→ Instroom in zorgtraject
<i>Stap 2: in het zorgtraject</i>		
Gebruikers met complexe problematiek in zorgtrajecten die vaak voortijdig uitvallen.	Gebruikers worden met externe positieve en negatieve prikkels onder drang gezet om te blijven. Daarnaast biedt de zorg adequate interventies en wordt de intrinsieke motivatie bevorderd. Switch van externe druk naar intrinsieke motivatie.	→ Retentie in zorgtraject
<i>Stap 3: een verbetering bereiken in de zorg</i>		
Gebruikers met complexe problematiek die onvoldoende verandering bereiken.	Zorg biedt interventies die passen bij brede problematiek en pakt problemen aan. Verbetering werkt intrinsiek motiverend; gebruiker wil verbeterde situatie in stand houden.	→ Betere leefsituatie en minder druggebruik → minder crimineel gedrag → minder criminele overlast in maatschappij
<i>Stap 4: stabiel terug in de maatschappij</i>		
Gebruikers met complexe problematiek die terugvallen in gebruik en criminaliteit.	Nazorg wordt geboden.	→ Stabiele situatie op langere termijn

Bron: Van Ooyen, 2004

(2) Het beperkte bereik

Een gevolg van de boven besproken problemen was dat lange tijd het bereik van drang beperkt was. Van de totale doelgroep kwam steeds slechts een klein deel terecht in een zorgtraject, en van dat deel was uiteindelijk weer een klein deel succesvol. De toeleiding verliep als in een trechtermodel (figuur 10). Knelpunten waren gebrek aan motivatie tot behandeling, de hoge drop-out uit zorgtrajecten (doorgaans 50 tot 90%, vooral uit ambulante zorg), gebrek aan kennis en ervaring met de complexe doelgroep bij het personeel in de zorgtrajecten, en gebrek aan nazorg waardoor ook bij degenen die succesvol uitstroomden terugval voorkomt.

Figuur 10 De trechter van toeleiding naar zorg voor problematische druggebruikers



(Gebaseerd op: Korf, Van Wijngaarden, Koeter, Riper & Seeman, 2000; tekst aangepast)

(3) Het feit dat voorzieningen niet goed zijn voorbereid op de doelgroep

Over de verwijzingen naar de zorg weten we het volgende:

- Psychiatrische klinieken zijn terughoudend met het opnemen van forensische patiënten, wegens de ernstige problematiek en de bezwaren tegen patiënten met een delictverleden (RSJ, 2007).
- Ambulante zorg wordt vaak afgebroken door de verslaafde justitiabelen (zeer hoge drop-out).
- Na verwijzing naar verslavingsklinieken komt veel drop-out en terugplaatsing voor (naar detentie) vanwege het zich niet houden aan de regels of vanwege druggebruik.
- Er zijn nog te weinig woonvoorzieningen (met name voor ISD'ers).

Uit de ambulante woonbegeleiding stroomt 5% door naar zelfstandig wonen. Het personeel in de voorziening moet aan voorwaarden voldoen: het moet deskundig zijn en voorbereid zijn op de doelgroep, er moet voldoende personeel zijn, het moet gemotiveerd zijn en een transparante eenduidige lijn volgen. Verder dienen er goede protocollen te zijn voor het omgaan met agressie en psychiatrische problematiek (Van Ooyen, 2004).

Deze problemen zijn de laatste tijd aangepakt. De drang is krachtiger geworden. Ook worden problematische delinquenten beter en systematischer gescreend en worden op de persoon afgestemde trajecten uitgezet. Het huidige inkooptraject kan een bijdrage leveren aan een grotere beschikbaarheid van adequate zorg. Met deze maatregelen wordt de trechter verbreed, daar waar zich eerder versmallingen voordeden. Uit recente cijfers blijkt ook dat het aantal toeleidingen naar zorg is toegenomen. Nog niet bekend is hoe het staat met de drop-out en de resultaten.

4.2 Zorgaanbod vanuit de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg

Er is een groot aantal algemene modules die volgens informatie van het Trimbos-instituut ook aan justitiabelen met een LVG-problematiek zouden kunnen worden aangeboden (Boerema et al., 2008, zie bijlage 3). Ook is er specifiek voor de trainer een training, waarin vaardigheden worden bijgebracht om met gedetineerden met

een licht verstandelijke beperking, al dan niet in combinatie met (ernstige) gedragsproblemen en/of psychiatrische problemen, om te gaan (Boerema et al., 2008). Het Trimbos-instituut is verder bezig met de ontwikkeling en proefuitvoering van een interventieprogramma voor middelengebruik door LVG-jongeren.

Het interventieprogramma zal bestaan uit:

- 1 Een update van de brochures 'Alcohol zonder flauwekul' en 'Hasj zonder flauwekul' en de ontwikkeling van een nieuwe brochure over XTC of cocaine.
- 2 Protocol voor een ouderbijeenkomst op basis van een Australisch, op effect beproefd, protocol.
- 3 Gedeelde kwaliteitscriteria voor deskundigheidsbevordering van professionals in de verslavingszorg en de LVG-zorg.
- 4 Een aan de jongere leeftijdsgroep aangepaste versie van de training 'Mijn gebruik' van Hoeve Boschoord.

In de praktijk blijkt dat justitiabelen met triple problematiek vaak niet binnen de GGZ geplaatst kunnen worden, ook niet op gespecialiseerde dubbele diagnose afdelingen. De GGZ lijkt in veel gevallen onvoldoende expertise op het gebied van diagnostiek en behandeling in huis te hebben om mensen met een licht verstandelijke handicap en verslaving iets te kunnen bieden. In de praktijk blijkt dan ook dat licht verstandelijke beperkingen in de psychiatrie vaak een contra-indicatie voor opname vormen. Wel lijkt hier enige verandering in te komen. Zo is binnen de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) van GGZ Eindhoven een aparte afdeling in oprichting waar justitiabelen met LVG-problematiek behandeld kunnen worden.

Ook in de verslavingszorg is in veel gevallen nog onvoldoende expertise om met deze doelgroep om te gaan. Samenwerking met de LVG-zorg en de verslavingzorg is niet vanzelfsprekend vanwege een geheel andere benadering van cliënten. Bij de verslavingszorg ligt de verantwoordelijkheid volledig bij de cliënt zelf, terwijl bij de LVG-zorg de verantwoordelijkheid (deels) wordt overgenomen door de professional. Dat bijt elkaar. Ook levert middelengebruik onder cliënten in de LVG-zorg onveilige situaties op voor medepatiënten. Tenslotte is een omslag nodig in de gebruikelijke groepsgewijze, cognitieve gedragsinterventies in de verslavingszorg. Voor LVG'ers zijn veel meer gedragsmatige interventies nodig (aanleren van vaardigheden) en daar waar nodig 1-1 interventies.

Verslavingszorginstellingen passen het bestaande zorgaanbod vaak op basis van praktijkervaring aan voor de LVG-doelgroep. Doorgaans betreft het (kleinschalige) initiatieven waarbij middels 'trial-and-error' getracht wordt te achterhalen wat werkt voor deze doelgroep. Het gaat vooral om psycho-educatie, sociale vaardigheidstraining, agressieregulatietherapie, creatieve therapie, psychomotorische therapie, arbeidstherapie, terugvalpreventiemodule en delictanalyse.

Ter illustratie worden hieronder initiatieven van een aantal instellingen besproken, namelijk: Tactus Verslavingszorg i.s.m. AvelijnSDT, Novadic-Kentron, Bouman GGZ en Parnassia Bavo Groep. Het gaat om voorbeelden. Een volledig en sluitend overzicht van alle initiatieven in den lande wordt in het kader van deze quick scan niet nagestreefd. De beschrijving is gebaseerd op informatie die de instellingen zelf, via documentatie of telefonische interviews, hebben verstrekt.

4.2.1 Tactus Verslavingszorg

Tactus Verslavingszorg past sinds enkele jaren in samenwerking met de verstandelijke gehandicaptensector het bestaande zorgaanbod (doorgaans individueel aan-

geboden) aan voor cliënten met een verstandelijke beperking. Justitiabelen met triple problematiek kunnen in principe ook gebruik maken van dit zorgaanbod. Het gaat bijvoorbeeld om:

- verslavingsbehandelingen bijvoorbeeld in de vorm van de leefstijltraining;³³
- psycho-educatie betreffende middelengebruik aan cliënten en hun zorgsysteem;
- agressietraining en individuele behandeling voor huiselijk geweldplegers (gericht op het direct stoppen van huiselijk geweld, inzicht krijgen in het in stand houden van agressief gedrag en het aanleren van vaardigheden om agressie te beheersen);
- psycho-motore therapie;
- systeemtherapie waarbij aandacht uitgaat naar het verbeteren van de relaties m.n. binnen het gezin/omgeving en systeemgerichte benadering gericht op algemeen sociaal- maatschappelijk functioneren;
- outreachende hulpverlening.

Deze interventies zijn aangepast aan de verstandelijke beperking door meer nadruk te leggen op herhaling, vereenvoudiging, minder lange sessies en gebruikmaken van meer visuele aspecten.

Wanneer sprake is van een ernstige verslaving is het daarnaast mogelijk dat de doelgroep justitiabelen met triple problematiek tijdelijk opgenomen wordt op een detox-afdeling. Contra-indicaties bij opname op de detox-afdeling vormen (ernstig) agressief gedrag, automutilatie, suicidaliteit en psychotische verschijnselen.

Verder is het mogelijk dat er in verschillende regio's van Tactus een klinische behandeling aangeboden wordt (variërend van vier maanden tot ongeveer één jaar). Dit betreft een langdurige en laagdrempelige behandeling, gericht op resocialisatie. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan het aanleren van praktische, basale aspecten zoals het hebben van een dagritme en dagbesteding.

In het kader van dwang- en drangbehandeling zet Tactus Verslavingsreclassering trajecten uit in overleg met de zorg, die aansluiten op het behandelplan. In de advisering wordt regelmatig de forensische verslavingspolikliniek van Tactus ingeschakeld om mogelijke LVG-problematiek te diagnosticeren.³⁴ Doelstelling hiervan is in het advies hierop aan te sluiten. De forensische verslavingspolikliniek biedt naast bovengenoemde diagnostiek tevens behandeling aan. LVG-problematiek is hierbij geen contra-indicatie. Ook binnen de forensische polikliniek geldt dat de bestaande behandelprogramma's worden aangepast aan de problematiek van de cliënt.

Tevens beschikt Tactus over een forensische verslavingskliniek (Piet Roordakliniek) waar justitiabelen worden opgenomen die:

- ernstig verslaafd zijn;
- behandeld worden voor delictgedrag;
- psychiatrisch uiterst kwetsbaar zijn;

³³ De leefstijltraining voor de LVG-doelgroep is formeel nog in ontwikkeling, maar wordt wel al enkele jaren toegepast.

³⁴ De forensische verslavingspolikliniek behandelt en onderzoekt cliënten waarbij sprake is van forensische problematiek, in combinatie met verslavingsproblematiek. Het gaat om cliënten waarbij verondersteld wordt dat er een verband bestaat tussen hun middelengebruik en hun delictgedrag. Cliënten van de forensische polikliniek wonen thuis of verblijven in een penitentiaire inrichting.

- ernstige persoonlijkheidsproblematiek hebben;
- met regelmaat binnen de LVG-groep vallen.

Er is binnen deze kliniek geen methodiek beschreven voor deze specifieke groep, maar op basis van best practice is er volgens de respondent bij Tactus wel veel ervaring en kennis aanwezig.

4.2.2 *Novadic-Kentron*

Hoewel het aangepaste verslavingsprogramma voor de LVG-doelgroep niet specifiek gericht is op justitiabelen met triple problematiek kan deze doelgroep gebruik maken van het aangepaste zorgaanbod van Novadic-Kentron; justitiabel zijn vormt geen contra-indicatie. Het zorgaanbod is toegespitst op het niveau van de cliënt: de cognitieve elementen zijn eruit gehaald en de gedragsmatige elementen zijn meer benadrukt. De zorg is individueler, langduriger, visueler en er wordt minder gebruikt gemaakt van woorden. Daarnaast wordt zorg ontwikkeld waarbij, meer dan gebruikelijk in de verslavingszorg, toegewerkt zal worden naar individuele begeleiding vanuit het oplossingsgericht werken – gericht op het hier en nu. Dit aspect komt vanuit de gehandicaptenzorg, waar een meer coachende rol weggelegd is voor de professionals.

Een tweetal bestaande modules is nu hierop aangepast voor de groep met een licht verstandelijke handicap:

- 1 de Terugvalpreventiemodule: hierbij gaat het om het herkennen van en het leren anticiperen op risicosituaties m.b.t. middelengebruik en het aanleren van alternatief gedrag bij risicosituaties;
- 2 de Leefstijltraining: deze training richt zich zowel op het veranderen van problematisch middelengebruik en/of gokgedrag als op het voorkomen en het onder controle krijgen van terugval in middelengebruik. Daarbij worden ook vaardigheden aangeleerd om beter om te gaan met risicovolle (verleidelijke) situaties.

Zelfcontroletechnieken en het aanleren van alternatief gedrag – een andere leefstijl – staan centraal.

Daarnaast zijn er plannen om de Liberman module in een aangepaste groepsvorm (kleinere groepen) aan te bieden specifiek voor de LVG-groep (ongeacht al dan niet justitiabel zijn). Ook zijn er plannen om de zogenaamde CRA-module (Community Reinforcement Approach) aan te passen voor de LVG-groep. Novadic-Kentron geeft aan zich in de toekomst bovendien meer te willen richten op justitiabelen en is hierover in gesprek met JI Vught, om te bepalen wat binnen het ISD-traject mogelijk is.

4.2.3 *Bouman GGZ*

Bouman GGZ beschikt over een forensische polikliniek waar ook justitiabelen komen met LVG-problematiek én dubbele diagnose problematiek. In deze forensische polikliniek wordt een agressieregulatietherapie aangeboden voor cliënten met een verstandelijke beperking. Bouman GGZ beschikt daarnaast over voorzieningen voor beschermd wonen, waarbij er in het creëren van het woonmilieu en de gekoppelde ambulante behandeling rekening wordt gehouden met de beperkingen van de cliënt. Het aanbod voor de genoemde doelgroep is het volgende:

- (Intensief) beschermd wonen, met daaraan gekoppeld meer of minder intensieve ambulante behandeling/begeleiding. Intensief beschermd wonen betekent wonen

met veel structuur, begeleiding 24 uur per dag, met werk of activiteiten en behandeling overdag.

- Ambulante behandeling in een ACT team – d.w.z. (zeer) intensieve, outreachende behandeling die bestaat uit behandeling i.v.m. middelenproblematiek (CRA-methode), steunende en structurerende begeleiding i.v.m. de problemen op de diverse leefgebieden, werk en activering (eigen werkvoorzieningen etc.), ondersteuning van het systeem, behandeling specifiek voor de co-morbide stoornissen (zoals bv psychoses) – alles rekening houdend met de beperkingen, maar ook met de mogelijkheden van de cliënt.

4.2.4 Parnassia Bavo Groep

Binnen Parnassia Bavo Groep is er een polikliniek in Den Haag die gespecialiseerd is in LVG-problematiek in combinatie met psychiatrische problematiek. In beginsel komen cliënten hier terecht als een verstandelijke beperking de behandeling in de weg staat. Op dit moment wordt er psycho-educatie met betrekking tot middelengebruik aangeboden die op basis van praktijkervaring aangepast is aan een verstandelijke beperking (o.a. aanpassingen in taal en meer visuele werkvormen). Bovendien wordt er psychotherapie aangeboden die eveneens aangepast is aan een verstandelijke beperking. Verder is er een groepsmodule in ontwikkeling waarbij leefstijladvies wordt gegeven op allerlei gebieden (te denken valt aan basale aspecten zoals bewegen en eten). Na elke sessie wordt er bovendien één uur gewandeld.

In de forensische verslavingspolikliniek van Brijder Verslavingzorg (onderdeel Parnassia Bavo Groep) is men momenteel ook bezig het bestaande zorgaanbod aan te passen aan (forensische) cliënten met een verstandelijke beperking.

4.2.5 Wetenschappelijke basis

AveleijnSDT (gehandicaptenzorg) en Tactus Verslavingzorg werken samen op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, methodiekontwikkeling, zorglijnen en deskundigheidsbevordering. Binnen dit samenwerkingstraject wordt tevens gewerkt aan het aanpassen van bestaande methodieken aan de specifieke eisen voor deze doelgroep. Er loopt onder meer een vierjarig promotieonderzoek naar middelenproblematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Doel van het onderzoek is inzichtelijk te maken hoe vaak middelenproblematiek bij LVG'ers voorkomt (prevalentie), wat de bijkomende risicofactoren zijn en wat geschikte meetmethodieken zijn (screeningsvragenlijsten, behandelprogramma's en preventiemateriaal). Er zijn nog geen resultaten bekend.

De Terugvalpreventiemodule en de Leefstijltraining zijn aangepast en worden op dit moment op basis van *best practice* nader vormgegeven. De Leefstijltraining (niet specifiek voor LVG) is recentelijk erkend door de Erkenningscommissie. De effectiviteit is nog niet onderzocht.

4.3 Zorgaanbod vanuit de SGLVG-instellingen

Stichting De Borg is het landelijk samenwerkingsverband van de vijf erkende SGLVG-instellingen. Deze instellingen behandelen mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen. De vijf instellingen die deel uitmaken van De Borg zijn:

- 1 Altrecht GGZ – Wier in Den Dolder;

- 2 De Bruggen – Specialistische Zorg in Zwammerdam;
- 3 Dichterbij – Specialistische Zorg in Oostrum;
- 4 Trajectum – Hoeve Boschoord in Boschoord;
- 5 Trajectum – De Hanzeborg in Zutphen.

Een licht verstandelijke handicap heeft invloed op de behandeling. Aangezien er in veel reguliere instellingen nauwelijks behandeling wordt geboden aan mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen, hebben de SGLVG-instellingen besloten om een zorgprogramma op te zetten dat is toegespitst op de kenmerken van de verstandelijke beperking.

4.3.1 Doelgroep

Tot de doelgroep van De Borg behoren cliënten vanaf 18 jaar met een verstandelijke beperking of zwakbegaafd intelligentieniveau en ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen.

Hoewel De Borg in beginsel een IQ-criterium van 50-70 hanteert, kunnen cliënten met een IQ van 70-85 meestal ook worden behandeld. In principe hanteert De Borg geen exclusiecriteria voor opname. Ten aanzien van specifieke behandelmodules wordt een exclusiecriteria gehanteerd indien cliënten zodanig psychisch (bijvoorbeeld psychotisch) ontregeld zijn dat zij niet kunnen meedoen aan een behandelprogramma.

4.3.2 Visie

Kenmerkend aan De Borg is dat zij specialistische zorg aanbiedt door kennis uit verschillende sectoren te integreren binnen de diagnostiek en behandeling (De Borg, 2008a). Immers, gezien de complexiteit van de problematiek is de visie van De Borg dat een gespecialiseerde multidisciplinaire en integrale behandeling noodzakelijk is. Om die reden heeft de Borg dan ook de expertise gebundeld vanuit de gehandicaptenzorg (LVG-zorg), GGZ en forensische zorg (Justitie). Deze expertise is gedetailleerd weergegeven in de Behandelvisie (forensische) SGLVG van De Borg (2008a), waarin naast de behandelvisie ook uitgebreid wordt stilgestaan bij kenmerken en zorgbehoeften van deze doelgroep en op de consequenties daarvan voor de behandeling.

De visie van de SGLVG-instellingen is dat bij de behandeling van (forensische) SGLVG-cliënten een integrale benadering van belang is. Daarbij worden inzichten vanuit het zogenaamde Biopsychosociaal model (BPS) gehanteerd: bij het analyseren van het gedrag van de persoon wordt zowel gekeken naar biologische, psychologische, als sociale aspecten. Bovendien worden er behandelmodellen uit orthopedagogiek, de psychiatrie en geneeskundige zorg ingezet. Daarbij wordt onder andere gebruik gemaakt van de richtlijnen voor psychiatrische stoornissen welke gebaseerd zijn op inzichten uit wetenschappelijk onderzoek, zoals farmacotherapie en psychotherapie. Cognitieve gedragstherapie kan zowel in groepsvorm als individueel aangeboden worden en sluit aan op de mogelijkheden van de cliënten. Verder wordt gebruik gemaakt van de inzichten van het Competentiegericht werken.

De belangrijke randvoorwaarde die de Borg hanteert is dat de behandeling aansluit op de belevingswereld en het verstandelijk en sociaal-emotioneel niveau van de cliënt. Daarbij wordt erkend dat de behandelmogelijkheden worden begrensd door de aard en ernst van de stoornis en handicap. Om die reden is behandeling ook ge-

richt op het accepteren van ondersteuning, controle en begeleiding. Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat de cliënt een balans weet te vinden tussen zijn mogelijkheden en zijn beperkingen, en de acceptatie ervan (De Borg, 2008a).

De SGLVG-instellingen richten zich op behandeling en verbetering van de kwaliteit van leven van de cliënt. Daarbij investeren zij in het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, verzorgen zij gespecialiseerde scholing aan het personeel en dragen zij kennis over aan andere professionals die met deze doelgroep werken.

4.3.3 Behandelaanbod

Volgens de documentatie van De Borg is het behandelaanbod breed en gevarieerd en bestaat het uit diverse therapieën, trainingen en modules die zijn toegespitst op de problematiek en het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Er zijn:

- diverse voorlichtingsmodules zoals modules over verslaving, seksualiteit, gezondheid en omgaan met verstandelijke handicap;
- therapeutische modules (gericht op het 'kunnen') zoals agressie-regulatie, weerbaarheid/ grenzen, emotieherkenning, spanning/ontspanning, delictanalyse en delict-/probleemscenario;
- vaardigheidstrainingen (gericht op het 'doen') zoals sociale vaardigheden, werkvaardigheden, vakbekwaamheden, omgaan met geld, omgaan met vrije tijd, omgaan met relaties en schoolse vaardigheden (De Borg, 2008).

Er zijn zowel individuele als groepstherapieën, want sommige cliënten blijken niet groepsgeschikt. Zo zijn sommige cliënten bijvoorbeeld niet in staat om de agressie-regulatie module te volgen, omdat zij vanwege een persoonlijkheidsstoornis niet in een groep kunnen functioneren. Als dat nodig is wordt het behandelprogramma aangepast door een programma individueel aan te bieden. Individuele programma's zijn dus mogelijk, maar groepsprogramma's komen het meeste voor.

De Borg kent naast klinische ook ambulante (deeltijd)behandelingen. Wanneer opname in een behandelkliniek voorkomen of ingekort kan worden, kunnen cliënten gebruik maken van deze zorgvorm. Deze behandelingen zijn in het leven geroepen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt en kunnen in elkaar overlopen of naast elkaar bestaan. Deeltijd of ambulante behandelingen kunnen ook ingezet worden na de klinische opname als overbrugging naar bijvoorbeeld een andere leefsituatie. Doel van deze behandelingen is het verminderen van het problematische gedrag van de cliënt en vergroting van de competenties en verbetering van de handelingsbekwaamheid (De Borg, 2008).

4.3.4 Ontwikkelingen

Trajectum is nu bezig met het aanpassen van een drietal behandelprogramma's voor de LVG-doelgroep met ernstige psychiatrische problematiek en/of gedragsproblemen, en richt zich op erkenning hiervan door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. Het gaat om de volgende drie behandelprogramma's:

- agressie-regulatieprogramma;
- verslavingsprogramma;
- zedenprogramma voor seksuele delinquenten.

Deze drie behandelprogramma's zijn overgenomen van het Forensisch Psychiatrisch Centrum Hoeve Boschoord (een tbs-kliniek en orthopedagogische behandelkliniek specifiek voor verstandelijk beperkten, zie ook paragraaf 4.4.6), en het verslavingsprogramma is ter consultatie voorgelegd aan het Trimbos Instituut. Het Trimbos

Instituut heeft enkele verbeterpunten benoemd. De status op dit moment is dat in september 2009 het personeel van de vier andere Borginstellingen door Hoeve Boschoord wordt opgeleid om dit verslavingsprogramma aan te kunnen bieden. Daarbij vormt de duur van het behandelprogramma een aandachtspunt, aangezien in Hoeve Boschoord het behandelprogramma langdurig wordt aangeboden terwijl dit niet altijd mogelijk is in de LVG-sector.

De andere Borginstellingen worden vanaf januari 2010 in het agressie regulatieprogramma van Hoeve Boschoord geschoold, dat in 2009 ter consultatie aan een deskundige in Engeland wordt voorgelegd. De Borg beoogt verder op korte termijn 108 forensische behandelplaatsen te realiseren waarbij veel aandacht wordt besteed aan het (fysieke) beveiligingsniveau, om het risico te beperken dat er onder patiënten gedeald wordt.

4.3.5 Wetenschappelijke basis

Het Verslavingsprogramma bestaat uit elementen die bewezen effectief zijn gebleken bij personen zonder verstandelijke beperking. In Borg-verband start in 2009 een promotieonderzoek naar de effectiviteit van het verslavingsprogramma voor mensen met een licht verstandelijke handicap. Het programma dient uiteindelijk erkend te worden door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie.

4.4 Zorgaanbod specifiek voor justitiabelen

Het Trimbos Instituut heeft voor de detentie-situatie een zestal zorgprogramma's ontwikkeld voor een aantal specifieke doelgroepen, waaronder het Zorgprogramma voor gedetineerden met een licht verstandelijke beperking en het Zorgprogramma voor gedetineerden met een verslaving.

Ook voor gedetineerden met psychische stoornissen zijn programma's beschikbaar. Er is geen specifiek programma voor dubbele diagnose of triple problematiek.

In de praktijk is de ervaring dat de structuur van een detentie (rust, reinheid en regelmaat) positief kan werken voor LVG'ers. Op grote schaal is er nog geen specifiek zorgaanbod voor gedetineerden met triple problematiek. Indien dit wel binnen detentie aanwezig is, is dat meestal kleinschalig, ongecoördineerd en op basis van individuele initiatieven. Echter, binnen detentie lijkt er steeds meer aandacht te komen voor deze complexe doelgroep. Hieronder worden de initiatieven op dit gebied uiteengezet. Daarna wordt ingegaan op het bestaande zorgaanbod voor de LVG-doelgroep binnen Hoeve Boschoord en de ISD afdeling van PI Amsterdam. Andere PI's hebben (nog) geen specifiek aanbod voor LVG'ers ontwikkeld.

4.4.1 Binnen detentie: screener forensische zorg in ontwikkeling

Binnen het gevangeniswezen is er een screener in ontwikkeling om de geestelijke gezondheid van (binnenkomende) gedetineerden in kaart te brengen. Doel van de 'screener forensische zorg' is het eerder signaleren van de mogelijke hulpvraag van gedetineerden op het gebied van geestelijke gezondheid. Deze dient als een eerste indicatie van de geestelijke gezondheid van de gedetineerden. Op basis hiervan zal al dan niet vervolgdagnostiek uitgevoerd worden.

Op dit moment wordt de screener in een aantal gevangenen getest. De screener bestaat uit een set vragen van ongeveer 16 items en wordt afgenomen door de medische dienst (verpleegkundigen) als onderdeel van de medische intake (bij binnenkomst van gedetineerden). Middels deze screener wordt getracht om de volgende onderdelen in kaart te brengen:

- angst- en stemmingsstoornissen;
- suicidaliteit;
- psychose;
- verslavingsproblematiek;
- LVG-problematiek.

De screener is gebaseerd op *best practice*. De validiteit en betrouwbaarheid zijn nog onbekend.

4.4.2 Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC)

Aangezien in de praktijk geconstateerd is dat steeds meer gedetineerden met een psychiatrische problematiek (met eventuele bijkomende problematiek) in een Penitentiaire Inrichting verblijven, is men binnen het gevangeniswezen gestart met het realiseren van zorgplekken voor deze doelgroep. De bedoeling is dat op korte termijn alle zorglocaties binnen de Penitentiaire Inrichtingen zich gaan concentreren in vijf zogenaamde PPC's: Penitentiair Psychiatrische Centra. De PPC is een speciale afdeling binnen de PI waar zorg en behandeling geboden zal worden aan gedetineerden met psychiatrische problemen die meer zorg nodig hebben én ook niet plaatsbaar zijn binnen de GGZ, vanwege de ernst van het delict en de beheersproblematiek. Cliënten kunnen op de PPC-locatie terecht komen in geval van een contra-indicatie van de GGZ. De visie is: 'GGZ, tenzij...'. De 'tenzij'-groep kan dus op deze PPC's terecht.

Op dit moment kunnen de justitiabelen met triple problematiek kunnen nog geplaatst worden op de zogenaamde Bijzondere Zorg Afdelingen. Men is nog bezig met het opzetten van de PPC-locaties.

De zes zorgprogramma's van het Trimbos-instituut die hierboven genoemd zijn vormen de basis voor het zorgaanbod binnen deze PPC's.

4.4.3 De Waag

De Waag biedt in het centrum voor ambulante forensische psychiatrie van de Van der Hoeven Stichting verschillende behandelingen aan plegers van geweldsdelicten en zedendelicten die zijn aangepast voor cliënten met een verstandelijke beperking. Uiteindelijk komen er maar weinig cliënten van de doelgroep (justitiabelen met triple problematiek) in behandeling. Ernstige verslaving (d.w.z. verslavingsproblematiek is primair) vormt een contra-indicatie.

Het zorgaanbod betreft intensieve groepsbehandelingen voor plegers van agressieve delicten met een verstandelijke beperking. Behandeldoel is om agressiebeheersing aan te leren binnen de mogelijkheden van de cliënt. Onderdelen van behandeling zijn agressietraining door middel van theorie en activiteiten zoals sport, en individuele, begeleidende gesprekken.

Ook worden intensieve groepsbehandelingen aangeboden voor plegers van zedendelicten met een verstandelijke beperking. Behandeldoel is om zelfcontrole aan te

leren binnen de mogelijkheden van de cliënt. Onderdelen die daarbij aan bod komen zijn terugvalpreventie, sociale vaardigheidstraining en seksuele voorlichting.

4.4.4 *ISD-afdeling PI Amsterdam*

Eind januari 2009 is er binnen de ISD-afdeling in PI Amsterdam een aparte afdeling geopend voor gedetineerden met een licht verstandelijke handicap en eventuele bijkomende verslaving en psychische problematiek. Op dit moment zijn 20 mannen met een licht verstandelijke beperking op deze afdeling geplaatst. Voor een aparte afdeling is met name gekozen omdat in de praktijk werd gesignaleerd dat LVG'ers niet alleen buiten detentie, maar ook binnen detentie als loopjongen ingezet worden voor allerlei hand-en-span-diensten. De ervaring leert dat LVG'ers op allerlei gebieden misbruikt worden en dat zij dat zelf vaak niet door hebben. 'Op hun voorhoofd staat misbruik geplakt', aldus één van de professionals. Er wordt (nog) geen ondergrens ten aanzien van het IQ gehanteerd. De bovengrens voor wat betreft het intelligentieniveau bedraagt ongeveer 80, met eventueel een uitschieter van 85. Dat laatste wordt gehanteerd wanneer het verbale vermogen van een gedetineerde tekort schiet en de cliënt op sociaal gebied achterblijft.

De bejegening op deze afdeling is anders dan gebruikelijk in het gevangeniswezen. Sinds de ISD-maatregel in werking is getreden, bleek dat sommige van de ISD'ers niet in staat waren om bepaalde erkende interventies te volgen vanwege hun beperkte leervermogen. Zo was de erkende Cognitieve Vaardigheidstraining – CoVa – te moeilijk voor deze doelgroep. Daarom moesten de trainingen en interventies aangepast worden en is de 'CoVa+' ontwikkeld. De CoVa+ training is op deze afdeling nog niet van start gegaan aangezien gedetineerden nog getest moeten worden als het gaat om de mate van groeps geschiktheid en IQ.

Op dit moment kunnen binnen detentie drie trainingen aan deze groep aangeboden worden:

CoVa+

Deze hierboven genoemde erkende gedragsinterventie is geschikt voor gedetineerden met een IQ tussen de 70 en 90. Gedetineerden met een IQ tussen de 65 en 70 kunnen bij goede motivatie ook deelnemen. Deze training is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten uit de What Works-benadering (LJ&R, 2009). CoVa+ is ook geschikt voor analfabeten en bestaat uit meer sessies en kortere sessies dan gebruikelijk bij CoVa-trainingen. Deze training is voornamelijk gericht op: zien, doen, ervaren met een grote nadruk op herhaling en oefening. Doel is het vergroten van vaardigheden om zo pro-sociaal gedrag en handelen te bewerkstelligen (LJ&R, 2009). Aanvankelijk was deze aangepaste training nog steeds te moeilijk voor gedetineerden met een licht verstandelijke beperking. Om die reden is er gekozen voor een persoonsgebonden benadering: per persoon wordt bekeken hoe gedragsverandering bewerkstelligd kan worden.

'In een spiraal naar boven'

Deze training wordt in het kader van de ISD-maatregel aangeboden in PI Amsterdam. Deze training zal op zeer korte termijn op deze afdelingen gegeven worden en gaat in op de functie van en controle over druggebruik. 'In een spiraal naar boven' is (nog) geen erkende gedragsinterventie. De training beoogt dat druggebruikers door het stimuleren van actief en interactief zelfonderzoek hun zelfcontrole mogelijkheden uitbreiden en als gevolg daarvan hun gebruik en/of andere gewoonten veranderen met als einddoel de kwaliteit van hun leven te verbeteren. Deze inter-

ventie is aangepast aan het niveau van de gedetineerden en wordt door Jellinek aangeboden. Er zal nu uitgeprobeerd worden wat werkt voor deze groep. Oorspronkelijk bestond de training uit vier sessies, maar in de praktijk werd duidelijk dat LVG'ers meer sessies nodig hadden. Het aantal sessies is vervolgens voor de LVG'ers aangepast. Hoewel er een geprotocolleerde versie van de training bestaat, wordt deze bij LVG'ers vanwege de complexiteit van hun problematiek vaak minder strikt toegepast dan bij gebruikers met een lichtere problematiek (bijvoorbeeld op een behandelafdeling). Al te strikte toepassing blijkt zowel de LVG'ers als hun trainers te veel in hun praktische mogelijkheden te beperken.

De methode die in de training gebruikt wordt, bestaat uit een combinatie van Motivational Interviewing, cognitieve gedragstherapie en het verstrekken van kennis op basis van ervaringsdeskundigheid. Op het ogenblik wordt in principe niemand meer van de training uitgesloten. Alleen wanneer iemand psychotisch is, wordt met de toelating gewacht tot (weer) een passende medicatie is ingesteld. De methode is in verschillende onderzoeken geëvalueerd (zie Cramer & Schippers, 1996, 2005). Op het ogenblik worden de uitkomsten daarvan naast elkaar gezet om op korte termijn iets te kunnen zeggen over de effectiviteit van deze training.

'Deeltijdbehandeling voor psychisch kwetsbaren'.

Sinds april 2008 is deze deeltijdbehandeling van start gegaan. Deze wordt op de forensische psychiatrische polikliniek AMC De Meren gegeven als een gedeeltelijke invulling van de ISD-maatregel, óók aan LVG'ers. De deeltijdbehandeling wordt twee keer in de week gedurende een half jaar gegeven. Gedetineerden die hiervoor in aanmerking komen worden per bus van en naar de polikliniek AMC de Meren vervoerd.

De behandeling bestaat uit vier modules met een heropvoedingskarakter waarbij het accent ligt op oefenen en herhaling, te weten:

- Psychomotorische therapie (beweging).
- Health 4 u (training in een gezonde leefstijl).
- Libermantraining omgaan met (gecontroleerd) middelengebruik.
- Agressiehantering / sociale vaardigheden.

Nog in de kinderschoenen staat de module (her)aanleren basale vaardigheden (met name communicatievaardigheden). Deze deeltijdbehandeling wordt reeds aangeboden in de PI Amsterdam. Gezien de doelgroep is het van belang dat modules een laagdrempelig karakter hebben.

Het zorgaanbod van PI Amsterdam vindt op dit moment nog intramuraal plaats, maar er wordt nu ook gezocht naar mogelijkheden om in de toekomst een extramuraal traject uit te zetten voor ISD'ers met een licht verstandelijke problematiek. Het voornemen is om deze behandeling ook extramuraal aan te (blijven) bieden als de ISD-maatregel afgelopen is (op vrijwillige basis).

4.4.5 Leger des Heils

Domushuizen zijn huizen van het Leger des Heils waar dak- en thuislozen opvang en hulp geboden wordt op allerlei gebieden. De ervaring leert dat LVG'ers niet samen met normaal begaafden kunnen wonen, vanwege de voor hen noodzakelijke structuur en regels die voor normaal begaafden minder noodzakelijk zijn. Het resulterende gebrek aan plaatsen na detentie voor deze groep heeft er toe geleid dat het

Leger des Heils momenteel een nieuwe woonvoorziening opzet (genaamd Domus+) voor de volgende doelgroep:

- IQ 50-70 / 85;
- justitieel verleden, bijvoorbeeld ISD;
- problematisch middelengebruik;
- sterk gedragsgestoord;
- soms een bijkomende psychiatrische stoornis.

De opname richt zich op SGLVG'ers met een forensisch kader (o.a. voorwaardelijke maatregel), of een Rechterlijke Machtiging (RM). Het nieuwe Domushuis is een 24 uurswoonvoorziening met 20-24 plekken. Vanuit die voorziening wordt er gewerkt aan dagbesteding. Ook de vrijetijdsvoorziening (zoals sporten) is van belang. De bedoeling is dat in Domus+ verschillende trainingen gegeven kunnen worden, bijvoorbeeld in de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL): het aanleren van basale vaardigheden zoals omgaan met financiën, boodschappen doen, koken etc.). Voorwaarde is wel dat dit soort trainingen met enige regelmaat herhaald worden. Men hoopt dat het nieuwe Domushuis eind 2009 klaar is.

4.4.6 Hoeve Boschoord

Forensisch Psychiatrisch Centrum Hoeve Boschoord³⁵ beschikt over een gespecialiseerd verslavingsprogramma, specifiek voor de LVG-doelgroep. Er zijn twee verslavingsafdelingen waar verslaving de kernproblematiek is. Cliënten worden op deze afdelingen geplaatst indien de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat. Op elke verslavingsafdeling zitten ongeveer 8 cliënten. Hoeve Boschoord hanteert geen harde exclusiecriteria, wel zijn er een aantal minimale eisen:

- enige bereidheid om te praten over verslaving, deelnemen aan verslavingsprogramma, en
- meewerken aan controle-maatregelen (urinetest e.d.).

Het therapeutisch milieu vormt op alle afdelingen een groot deel van de behandeling. Wat specifiek voor de verslavingsafdeling is, is dat verslaving een onderdeel vormt van gesprek; in groepsgesprekken is hier nadrukkelijk aandacht voor. In een therapeutisch klimaat wordt er openlijk gesproken over verslaving en wordt er ingegaan op negatieve symptomen van verslavingsgedrag. De trainers op de verslavingsafdelingen zijn getraind in Motivationale Interviewing en zijn bijgeschoold in het omgaan met verslaving.

Het verslavingsprogramma is gebaseerd op uitgangspunten van het leermodel, het bio-psycho-sociale model en het hersenziekte model. De visie op verslaving is: 'verslaving is een tot chroniciteit neigende, recidiverende hersenaandoening die kan leiden tot blijvende veranderingen in de hersenen en zijn ontstaan en instandhouding vindt in een ongunstige combinatie van biologische, psychische en sociale factoren'.

In het verslavingsprogramma staan diverse behandeldoelen centraal. De behandeling dient o.a. te verwezenlijken dat cliënten in staat zijn om stabiel te functioneren.

³⁵ Trajectum – Hoeve Boschoord maakt deel uit van De Borg: het landelijk samenwerkingsverband van de vijf erkende SGLVG (Sterk Gedragsgestoord Licht verstandelijk Gehandicapt) instellingen.

Het aanleren van vaardigheden om met verslavingsproblematiek om te gaan vormt tevens een behandeldoel. Doelstelling van de behandeling omvat ook het voorkomen van recidive in crimineel gedrag of probleemgedrag. Het realiseren van een gezonde leefstijl neemt een prominent deel van de behandeling in. Veel aandacht gaat uit naar dagbesteding en het aanleren van dagelijkse routine en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

De trainingen worden in fases aangeboden. Cliënten van andere afdelingen bij wie de verslavingsproblematiek niet op de voorgrond staat maar wel een bijkomende problematiek is, kunnen deze training eventueel ook volgen (en omgekeerd³⁶). In principe wordt het overgrote deel van de training in groepsverband gegeven. Er is een voorkeur voor groepsprogramma's omdat een groot deel van de cliënten elkaar goed begrijpt en ondersteunt. Cliënten die hiermee moeite hebben, kunnen een individueel programma volgen.

Het verslavingsprogramma omvat verschillende trainingen:

- Een 'Delictketen-training': tijdens deze training worden de omstandigheden rondom het plegen van het zgn. indexdelict in kaart gebracht. Daarbij wordt ook de rol van het middelengebruik meegenomen. Risicofactoren voor het plegen van het delict worden in deze training inzichtelijk gemaakt.
- Een training specifiek gericht op verslaving, bestaande uit een motivatietraining waarbij cliënten geleerd wordt om te praten over middelengebruik (om schaamtegevoel te doorbreken) en een training waarbij de voor- en nadelen van het middelengebruik inzichtelijk worden gemaakt. De trainingen hebben als doel om bewustwording van eigen verslavingsproblematiek te bewerkstelligen en motivatie te vergroten om zich in te zetten bij de behandeling. Ook wordt inzichtelijk gemaakt wat de gevolgen zijn van het middelengebruik voor lichaam, geest en het sociale leven. Risicovolle situaties worden bovendien in kaart gebracht. Daarbij is het uiteindelijk de bedoeling dat de cliënt zelf het besluit neemt om te stoppen met het middelengebruik. De laatste training eindigt met een Terugvalpreventieplan. Hierin wordt beschreven wat zoal nodig is om terugval in middelengebruik te voorkomen. Zo wordt er bijvoorbeeld stilgestaan bij de tekorten van de cliënten, zoals geen 'nee' kunnen zeggen. Daarbij geldt wel dat terugval gezien wordt als onderdeel (leerpunt) binnen de behandeling.
- Een vaardigheidstraining die aansluit op datgene dat de cliënt nog tekort komt. Dit is een eenvoudige versie van de Liberman-training, waarbij vaardigheden worden aangeleerd om met middelengebruik en verslaving om te gaan. Vaardigheden richten zich op het leren 'nee' zeggen tegen middelengebruik in verleidelijke situaties. Te denken valt aan het leren 'nee' zeggen tegen een dealer, hoe om te gaan met terugval in middelengebruik, het bespreekbaar maken van een terugval en aanleren van technieken om zich te ontspannen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van rollenspel en videomateriaal. Daarna wordt het individuele terugvalpreventieplan up-to-date gemaakt waarbij signalen met betrekking tot herkenning van risicosituaties en alternatieven worden opgenomen.
- Een psychomotorische therapie, en dramagroepen waarbij cliënten kunnen oefenen met de geleerde kennis en vaardigheden in nagebootste risicovolle situaties. Bij ernstige craving kan er eventueel medicatie worden voorschreven. Ook wor-

³⁶ Zo is er ook een agressieprogramma en zedenprogramma beschikbaar voor cliënten waarbij de verslaving voorop staat.

den er diverse modules aangeboden waarbij ingegaan wordt op sociale vaardigheden, praktische en maatschappelijke vaardigheden, probleemoplossen, omgaan met vrije tijd, sport, groepsgesprek en seksuele educatie.

Deze onderdelen worden ook in deeltijdbehandeling aangeboden, zodat cliënten van andere instellingen kunnen profiteren van de zorgprogramma's van Hoeve Boschoord. Cliënten komen dan (vaak vrijwillig) overdag naar Hoeve Boschoord en krijgen dan behandelingen / trainingen op maat. In 2010 start een promotieonderzoek naar onder andere de effectiviteit van het verslavingsprogramma van Hoeve Boschoord.

4.5 Samenvattend

Dit hoofdstuk beoogde antwoord te bieden op de volgende twee onderzoeksvragen:

4 Wat is het huidige zorgaanbod voor de doelgroep?

5 Wat is de effectiviteit en/of wetenschappelijke onderbouwing van het huidige zorgaanbod?

Hoewel in hoofdstuk 1 al geconstateerd werd dat de kennis erg gering en versnipperd is, dat er weinig over op papier staat en dat behandelaars vaak niet op de hoogte zijn van het zorgaanbod zelfs binnen de eigen instelling, wordt wel duidelijk dat er her en der veel aanbod in ontwikkeling is. Er is echter nog nauwelijks iets bekend over de effectiviteit. Het gaat hierbij vaak om aanpassingen van bestaande programma's die wel toegepast worden bij normaal begaafden, en waarvan sommige erkend zijn door de Erkennings Commissie.

Juist voor deze doelgroep is het justitieel kader een goede ingang om te beginnen met zorg: de doelgroep heeft weinig probleembesef en staat bekend als zorgmijndend. Daarbij is geïntegreerde behandeling van belang: een bundeling van expertise vanuit de LVG-zorg, Justitie en GGZ. Ingestoken moet worden op het aanleren van basale vaardigheden, laagdrempelige zorg met veel structuur, herhaling, visuele aspecten en meer sessies dan gewoonlijk. Non-verbale therapie lijkt veelbelovend te zijn.

In bijlage 6 zijn de in dit hoofdstuk beschreven interventies schematisch weergegeven. Binnen het huidige zorgaanbod lijken de volgende interventies bruikbaar:

- Behandelaanbod zoals dat bijvoorbeeld in De Borg wordt gegeven: geïntegreerde behandeling; bundeling expertise vanuit de LVG-zorg, Justitie en GGZ. Bestaand Verslavingsprogramma Hoeve Boschoord wordt aangepast;
- Woonvoorzieningen zoals Domus+ van het Leger des Heils, vanwege het 24 uurswoonvoorziening-karakter.
- Zorgprogramma's voor gedetineerden met een licht verstandelijke beperking, ontwikkeld door het Trimbos-instituut; deze zijn ontwikkeld voor het zorgaanbod in de Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's).
- Programma's in de verslavingszorg die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie.

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat zowel in de verslavingszorg als in de verstandelijk gehandicaptenzorg programma's zijn opgezet die elementen bevatten die blijkens literatuur en experts nodig zijn voor de doelgroep met triple problematiek. Een deel van deze programma's is gericht op behandeling, een deel op begeleiding. Deze programma's zijn nog niet allemaal uitontwikkeld. De Domus+ voorziening is een

voorbeeld van langduriger woonvoorzieningen met 24 uursopvang, die blijkens literatuur en experts naast een zorgaanbod op langere termijn ook nodig zijn.

5 Slot

De aanleiding tot het hier beschreven onderzoek was de noodzaak tot inkoop van zorg voor justitiabele verslaafden met triple problematiek door Justitie, om tot een betere aansluiting te komen van straf en zorg. De belangrijkste vraag die nog rest is dan ook in hoeverre het beschikbare aanbod aansluit op de zorgbehoeften van de doelgroep. Uit de voorgaande hoofdstukken is gebleken dat er behoefte is aan (A) voldoende aanbod (met mogelijkheid tot opvang in crisissituaties) van (B) een breed scala aan aangepaste modules en programma's in (C) een context van intensieve en deskundige begeleiding, met (D) tijdige, herhaalde en op de LVG-problematiek aangepaste diagnostiek. Dit alles vanuit een perspectief van continue zorg. Tevens is geconcludeerd dat er op een aantal gebieden zorgprogramma's in ontwikkeling zijn. De kennis is echter nog te versnipperd, er staat weinig op papier en het beschikbare aanbod is veelal niet of nauwelijks voor de LVG-doelgroep onderzocht. In dit hoofdstuk zal worden bekeken in hoeverre het beschreven aanbod op de behoefte aansluit. Daarbij zal tevens beschreven worden welke knelpunten uit het onderzoek naar voren zijn gekomen.

5.1 Voldoende aanbod

Uit hoofdstuk 2 bleek dat de omvang van de doelgroep moeilijk in te schatten is. De schattingen op basis van de literatuur en bestaande databestanden lopen uiteen. De experts hadden het gevoel dat hierbij eerder naar de bovengrens dan naar de ondergrens gekeken moet worden. Dit zou er op wijzen dat er sprake is van ongeveer 1.150 justitiabelen met problematisch druggebruik, co-morbide psychiatrische problematiek en LVG op de peildatum en 4.300 instromende delinquenten met triple problematiek per jaar (dit laatste inclusief dubbeltellingen). Tegelijkertijd werd er echter op gewezen dat de doelgroep vooral wat betreft middelengebruik uitgebreid zou moeten worden: ook alcohol is belangrijk, en problematisch gebruik heeft bij de LVG-groep wellicht een ruimere afbakening nodig dan gebruikelijk voor de algemene bevolking. Er zijn echter geen indicaties betreffende de schatting³⁷ als we dit meenemen, alleen dat de groep dan waarschijnlijk groter wordt.

In de expertmeeting is ervoor gekozen niet in te gaan op de omvang van het huidige zorgaanbod, aangezien eerst in kaart moest worden gebracht over welk zorgaanbod het hierbij überhaupt ging. Wel zijn knelpunten in het huidige zorgaanbod aan de orde gekomen, en werd duidelijk dat het huidige zorgaanbod voor justitiabelen met triple problematiek ontoereikend is. In veel reguliere instellingen wordt nauwelijks behandeling geboden aan justitiabelen met triple problematiek. De problematiek van deze doelgroep is zodanig complex dat veel instellingen niet weten wat zij met deze doelgroep aanmoeten. Justitiabelen met triple problematiek kunnen – bijvoorbeeld vanuit een ISD-maatregel – dan ook moeizaam of niet geplaatst worden binnen de GGZ, verslavingszorg of LVG-zorg (vanwege veiligheid, complexi-

³⁷ Ook secundaire data-analyse kan hier geen uitsluitsel over geven aangezien het hier om andere definities van problematisch gebruik gaat: smaller dan druggebruik per sé, en breder dan problematisch drugsgebruik in de gebruikte betekenis.

teit of gebrek aan expertise). Bij instellingen die wel met triple problematiek kunnen omgaan, is er een lange wachtlijst. Het is een doelgroep die nog niet zo lang wordt onderkend. Een knelpunt waar de SGLVG-instellingen tegen aanlopen is dat cliënten wel aangeboden worden bij de SGLVG-instellingen, maar dat er nog onvoldoende behandelplekken zijn specifiek voor justitiabelen. Vanuit de praktijk is de ervaring dan ook dat de doelgroep van justitiabelen met triple problematiek tussen wal en schip valt.

'Als de rechter straks als voorwaarde gaat zeggen: "Jij moet ergens wonen met begeleiding." Dan denk ik: dat kan de rechter best zeggen, maar daarmee zijn er nog niet een woonplek en begeleiding.'

'Ter voorkoming van echt enorme misverstanden. Ook in de normale GGZ is het zo dat een rechter kan opleggen dat iemand gedwongen naar een kliniek moet, maar dat zo iemand rustig twee jaar in de bajes zit omdat er gewoon geen plek is.'

'Plus dat we in de ISD ervaren hebben dat, als in het vonnis komt te staan dat meneer of dader X moet zijn opgenomen in instelling Y, het niet lukt omdat de wachtlijst te lang is of... En dan wordt de maatregel opgeheven. Dus dan gaat meneer zo de straat op. Echt een drama.'

Naast het feit dat er nog te weinig zorgplaatsen zijn, speelt het probleem dat instellingen veelal naar elkaar kijken als het er om gaat wie de benodigde zorg gaat leveren. De angst is daarbij dat de vroegtijdige screening op LVG-problematiek gaat leiden tot een enorme groep waarvoor de ogen gericht zullen zijn op de LVG-sector. Aan de andere kant heeft de LVG-sector, ter bescherming van de andere cliënten, bijvoorbeeld middelengebruik als contra-indicatie. Instellingen hebben daarnaast de mogelijkheid om cliënten te weigeren op grond van bijvoorbeeld gebrek aan motivatie. Doordat juist motivatie bij de doelgroep met triple problematiek een probleem is zou dit er toe leiden dat een aanzienlijk deel van de doelgroep nergens ondergebracht kan worden.

'Wij maken een prachtig indicatiebesluit en dan zeggen we: "Dat moet het zijn." Je kunt er alles in opnemen wat je wilt, mogelijk zelfs nog een instelling erbij. Dan zeg je: "Daar willen we iemand in zorg hebben." Dan gaat het naar de instellingen en dan zegt – als je dan bijvoorbeeld naar de drie-eenheid gaat kijken – de ene instelling: "Nou nee, ik vind dat de psychiatrie het meest op de voorgrond staat en de verslaving komt op de tweede plaats. Die moet bij een psychiatrische instelling. Die moeten wij niet." Dan ga je naar de psychiatrie en dan zegt de psychiatrie: "Ja, nee, de verslaving staat op de voorgrond. Dat moet eerst behandeld worden." Dan ga je naar de verstandelijk gehandicaptenzorg. Die zegt misschien ook weer zoiets.'

'Waar ik altijd een beetje huiverig voor ben geweest is dat een indicatiebesluit eigenlijk nog wel een lege dop kan zijn, terwijl vanuit justitie geredeneerd wordt: "Nee, als dat gesteld is, dan moet er ook zorg geboden worden." (...) Je kan daar wel aan vasthouden en zeggen aan een instelling: "Ja, maar op grond van wat hier staat, moeten jullie dat kunnen bieden", maar dat wil nog niet zeggen dat ze die patiënt ook daadwerkelijk willen hebben. Dat is een soort getouwtrek.'

'Het is moeilijk om een peil te trekken op triple problematiek. (...) De ketensamenwerking is dusdanig dat het nooit lukt om iemand onder te brengen in zorg voor psychiatrische of verstandelijk gehandicapten. In het begin hebben wij wel eens een advies gegeven aan de rechtbank: 'deze meneer moeten jullie onderbrengen in de

zorg.' Het is de afgelopen vier jaar nog nooit gelukt. Ze willen hen niet hebben. Punt. (...) De argumenten zijn heel simpel: deze mensen kun je niet in een groep handhaven. Daar hebben ze gelijk in. Ze ontwrichten de groep door gedrag of door verslaving.'

Een ander knelpunt is het financiële plaatje. Hierbij spelen verschillende dingen. De complexe zorg die moet worden geboden zorgt ervoor dat er verschillende indicaties en instellingen naast elkaar lopen. Dit levert financiële problemen op. Daarnaast staat er voor bepaalde interventies een vastgesteld aantal behandelingen/ sessies dat voor de complexe doelgroep veelal niet voldoet. Opgemerkt wordt dat binnen de LVG-sector speelt dat er van het zorgzwaartepakket (ZZP) 7, waar de doelgroep met triple problematiek waarschijnlijk voor een groot deel onder zou vallen, veel meer plaatsen geïndiceerd zijn dan er zijn toegelaten; dit leidt niet alleen tot een tekort aan zorg maar ook tot een groot financieel probleem voor de instellingen die deze mensen in huis hebben. Tenslotte moet worden voorkomen dat mensen met de nieuw ingekochte zorg niet meer terecht kunnen op de plek waar ze al bekend zijn.

'Praktisch is het heel moeilijk te regelen. Als je gewoon denkt in financieringsstromen. En indicatiestelling! Daarvan kun je nu al zeggen: dat haal je bij lange na niet, want voor elk deelgebied is een andere indicatie en een andere instelling van toepassing. Je moet wel zeggen dat je dat nastreeft, maar het is wel echt dat de werkelijkheid zich er eerder vandaan beweegt dan ernaartoe.'

'Bijvoorbeeld de psychologische onderzoeken die ik nu doe, zijn vijf contacten. Maar eer ik met iemand zo ver ben dat ik ga starten, ben ik al zeven afspraken voorbij. Daar is dan eigenlijk geen geld voor. Er zijn dan wel weer dingen om het een en ander te verzinnen. Dat maakt het wel heel moeilijk omdat je de tijd er eigenlijk niet voor krijgt. Je moet eigenlijk na een contact al zeggen: 'Houdoe nu gaan we beginnen.' Dan zie je mensen nooit en dan ben je ze kwijt. Je moet veel herhalen en helemaal aan de basis beginnen.'

'In de LVG-sector is een redelijk financieel probleem, want we hebben 7.000 indicaties in ZZP-7, dat is een beetje deze groep waar we het over hebben en er zijn 4.000 plaatsen toegelaten. Dus er wordt voor 3.000 plaatsen niet het bedrag betaald wat ervoor geïndiceerd is. Daar worden instellingen niet heel gelukkig van.'

'Mijn zorg is vooral... Heel veel mensen hebben nu ook ergens zorg of kregen altijd zorg via een andere betalingssystematiek. Doordat het nu loopt via ingekochte zorg is mijn zorg vooral – en dat merk ik in de praktijk – dat een aantal mensen niet aan zorg komen omdat geen zorg is ingekocht. Dat is misschien een tijdelijk probleem, maar dat is de komende tijd wel een probleem.'

Het gevonden aanbod is voor een groot deel niet ambulante. Voor zover het ambulante aangeboden kan worden zal goed gekeken moeten worden hoe dit gecombineerd kan worden met intensieve woonbegeleiding. De algemene consensus was dat zonder deze begeleiding ambulante zorg niet mogelijk is. Ook de literatuurstudie laat zien dat alléén ambulante aanbod niet voldoende waarborgen biedt voor succes (zie bijvoorbeeld de overzichtsstudies van Van Ooyen, 2004 en van Van der Stel, 2006). Tegelijkertijd lijkt de gevraagde intensieve begeleiding niet op grote schaal voor deze doelgroep aangeboden te worden. Zo worden de 24 plaatsen van de nog te realiseren Domus+ voorziening bij de in dit rapport geschatte omvang van de doelgroep beschreven als 'een druppel op een gloeiende plaat'.

Aangezien voor deze groep langdurige zorg nodig is, is het voor de effectiviteit van de aanpak ook van belang aandacht te besteden aan doorstroommogelijkheden: de doelgroep zal ook na afloop van de bijzondere voorwaarden of van de maatregel (zoals de ISD) zorg behoeven. Het is cruciaal dat hier tijdig aandacht aan besteed wordt en dat ervoor gezorgd wordt dat deze zorg beschikbaar is, met het oog op de effectiviteit op lange termijn.

5.2 Een breed scala aan aangepaste modules en programma's

Aangezien binnen de doelgroep sprake is van een brede problematiek, zijn ook zeer veel verschillende modules nodig op het gebied van praktische vaardigheden (bijvoorbeeld op het gebied van financiën, wonen), sociale vaardigheden (bijvoorbeeld weerbaarheid) en zorg (gezondheid, verslaving, psychiatrie). Er is sprake van grote diversiteit binnen de doelgroep, dus het benodigde aanbod zal steeds individueel moeten worden bepaald.

Hoewel de kennis versnipperd is, er weinig op papier staat en het beschikbare aanbod veelal niet of nauwelijks voor de LVG-doelgroep is onderzocht, zijn er in Nederland op dit moment verschillende interventies voor justitiabelen met triple problematiek beschikbaar of in ontwikkeling. Deze zijn gebaseerd op bestaande interventies in de forensische zorg of verslavingszorg. De geraadpleegde experts waren van mening dat aanpassing van bestaande interventies doorgaans volstaat om een passend aanbod voor justitiabelen met triple problematiek te creëren.

Aanpassingen zijn zeker nodig. Veelal zijn de aangeboden programma's toch nog te moeilijk voor de doelgroep. Volgens het Trimbos Instituut is er een groot aantal algemene modules die ook voor de LVG-doelgroep geschikt zouden zijn. De door hen genoemde COVA-training bleek echter bij de ISD-afdeling in PI Amsterdam zelfs in aangepaste vorm (COVA+) nog steeds te moeilijk. In de praktijk worden dan ook veel kleine initiatieven ontplooid waarbij middels 'trial-and-error' geprobeerd wordt te achterhalen wat werkt voor deze doelgroep. Er is een groeiende aandacht voor deze doelgroep en is er een toenemend besef dat er wát moet gebeuren voor deze doelgroep, en bijvoorbeeld de verslavingszorginstellingen zijn dan ook actief bezig hun programma's aan te passen.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt genoemd als enige evidence based therapievorm voor de doelgroep met LVG, en dan nog alleen als het gaat om agressie. Dit wil niet zeggen dat dit de enige werkzame therapievorm is; andere vormen zijn niet onderzocht. Op basis van practice based informatie (expertmeeting) kunnen we stellen dat bijvoorbeeld ook non-verbale therapieën, zoals psychomotorische therapie, goed werken.

De Community Reinforcement Approach³⁸ wordt genoemd als goed onderzochte aanpak van verslaving, die een inbedding geeft voor de aangeboden programma's.

³⁸ Meyers, R.J., & Smith, J.E. (1995). Clinical guide to alcohol treatment: The Community Reinforcement Approach. New York: The Guilford Press. CRA is een effectieve gedragstherapeutische interventie die gericht is op de behandeling van middelengebruik waarbij o.a. een alternatieve levensstijl wordt aangeleerd en belonen een prominente rol inneemt. In een CRA-programma wordt ingezet op het verbeteren van het sociaal

Er is een duidelijk protocol dat ook in het Nederlands is vertaald. Het is niet direct geschikt voor de doelgroep, maar kan volgens de experts relatief makkelijk geschikt gemaakt worden voor de LVG-groep, omdat het heel goed aansluit bij de werkwijze van de LVG-sector.

Op de vraag hoe de benodigde inbreng vanuit verschillende disciplines in een behandeling kan worden geïntegreerd komt de ACT-werkwijze (Assertive Community Treatment³⁹) als bruikbare werkvorm naar voren: een multidisciplinair behandelteam werkt aan een gezamenlijke caseload.

Er zijn ook algemene aanwijzingen over de wijze waarop aanpassing van het bestaande aanbod kan plaatsvinden. De belangrijkste aanpassingen voor de LVG-groep betreffen:

- vereenvoudigen, vaker herhalen, kleine stapjes, belonen;
- een andere bejegening met een juiste balans tussen autonomie en bescherming van de cliënt;
- intensieve samenwerking tussen begeleiding en behandeling.

Voor de justitiabelen met triple problematiek zou aanpassing van het huidige zorgaanbod dus passende zorg moeten kunnen opleveren. Er hoeft geen compleet nieuwe behandeling te worden ontwikkeld. Daarbij is wel belangrijk dat LVG'ers niet samen met normaalbegaafden geplaatst worden, ter voorkoming van misbruik (als 'loopjongen') door normaalbegaafden. Een aparte LVG-afdeling maakt bovendien een andere bejegening beter mogelijk.

'Het is vaak heel opvallend dat mensen – zo gauw mensen ontdekken dat er een LVG speelt – ophouden met het toepassen van wat ze gewoon kunnen vanuit hun werk. De mensen zeggen: "Oh, dat is verstandelijk beperkt. Oeps." Dan houden mensen op met het doen van hun gewone werk, terwijl je eigenlijk kan zien dat je dit moet meewegen, maar verder gewoon moet doen wat je altijd doet. Dat is verder prima. Dan hou je er alleen maar rekening mee '

'Ik denk, als je binnen elke verslavingsinstelling vraagt: "Wie is er hier goed in de zwakbegaafden?", dat er dan altijd individuele werkers zijn die daar een goede hand van hebben en die hebben geduld en die houden vol en die leggen honderd keer uit en die nemen het nog eens op op een bandje. Dat zijn heel vindingrijke lui. Die doen dat dan al jaren zo en die hebben in hun kielzog een hele rits zwakke patiënten die ze staande houden. (...) Die hebben soms ook moeite om binnen hun eigen organisatie voet aan de grond te krijgen, hè? Dat merk je ook.'

'Kijk, je moet je dan voorstellen dat cognitieve gedragstherapie de enige therapievorm is die goed onderbouwd is, ook voor licht verstandelijk gehandicapten, relatief, maar dit betekent niet dat andere therapievormen niet effectief zijn. Alleen zijn ze

netwerk, het vergroten van motivatie en toekomstperspectief via motiverende gespreksvoering, vaardigheidstrainingen en interventies zoals een oriëntatie op arbeid en vrijetijdsbesteding.

³⁹ ACT is intensieve zorg voor patiënten met problematiek op meerdere levensgebieden. Uitgangspunt is een 'klinisch team zonder muren' te zijn en het sociale netwerk van de cliënten maximaal bij de zorg te betrekken. Er is een gedeelde case-load, waardoor continuïteit van zorg en een onverminderde inzet langdurig geboden kan worden.

niet onderzocht. Ik noem iets, EMDR, of noem het... al die bekende hypes nu. Het is eerder een kwestie van armoede dan dat je zegt: "We hebben verschillende mogelijkheden en dat kiezen we."

'Volgens mij moet je eerst kijken naar de grote lijnen, de belangrijke elementen van de aanpak. Kijk, zo'n CGT is een geïsoleerd programma, vaak ontwikkeld voor twaalf of vijftien sessies, maar dat is bij deze jongens maar een deel van wat je ze moet aanbieden. Dat programma of die therapievorm moet ingebed worden en wat veel belangrijker is, is in een goede context – ik weet het woord er niet goed voor – een goed slaap-waakpatroon, goede dagbesteding en vrijetijdsbesteding. Dat is vele malen belangrijker. (...) Dat is de Community Reinforcement Approach waarin je zegt: "Een cliënt komt in een zodanige omgeving dat die op een gegeven moment zo belonend is dat hij ook zijn gebruik wel wil opgeven."

5.3 Een context van deskundige en intensieve begeleiding

De groep justitiabelen met triple problematiek heeft deskundige en intensieve begeleiding nodig. Het vergt specifieke kennis en vaardigheden om met cliënten met een LVG-problematiek om te kunnen gaan. De kans van slagen hangt daarbij ook af van de geschiktheid van de therapeuten. Bijscholing van het personeel met betrekking tot omgang met cliënten met een LVG en dubbele diagnose problematiek is dan ook een randvoorwaarde. Op dit moment is dit nog een knelpunt: deze kennis is in delen van de LVG-sector wel aanwezig, maar de expertise van het personeel in de andere zorgvoorzieningen vertoont vaker gebreken. Professionals dienen anderzijds ook inzicht te hebben in het proces van ontwenning (en in staat te zijn om om te gaan met terugval in middelengebruik). Ook moeten ze gereguleerd gebruik kunnen accepteren en er mee kunnen omgaan. In geval van gereguleerd gebruik dient de begeleiding oog te hebben voor momenten waarop eventueel toch een ontwenningsoogpoging kan worden gedaan. Deze kennis ontbreekt vaak weer binnen de LVG-sector. Instellingen zijn dan ook vaak slecht voorbereid op de doelgroep.

Ook binnen detentie is specifieke kennis en kunde nodig. Ervaringen vanuit de LVG-zorg met het zorgaanbod voor deze doelgroep kunnen niet zomaar overgenomen worden binnen detentie. Dit kan alleen onder bepaalde voorwaarden: het vergt veel bijscholing van het personeel en wijzingen van attitude. Bewaarders in een gevangenis zijn niet altijd gewend of opgeleid om mensen met LVG te begeleiden, te observeren en te begrijpen. Zij hebben moeite om een licht verstandelijke beperking te herkennen en weten ook niet altijd welke consequenties dit heeft voor de bejegening.

In het algemeen is het belangrijk dat zowel in detentie als in de opvang en zorg veel aandacht wordt besteed aan motivatie van cliënten, door een motiverend klimaat te scheppen en door het aanbod zorgvuldig te *finetunen* op de behoefte van de cliënt. Dit bevordert de instroom én de retentie in de zorg.

Al eerder is gesteld dat de begeleiding ook continue moet zijn: alleen met een 24-uursinbedding heeft de ambulante zorg kans van slagen. Dit betekent dat in veel gevallen ook gezorgd moet worden voor voorzieningen op het gebied van wonen. Niet alleen de begeleiding en de behandeling, maar ook het wonen is voor de LVG-groep een probleem, zowel onder justitieel toezicht als daarna, aangezien zij niet overal terecht kunnen. De extramurale woonvoorziening (Domus+) van het Leger des Heils in Amsterdam is een voorbeeld van een plaats die aan de voorwaarden

voldoet. Een dergelijke voorziening wordt in de praktijk aangemerkt als een veelbelovende woonvoorziening voor deze doelgroep. Deze – en andere – voorzieningen zijn op dit moment nog in ontwikkeling.

Een zogenaamde doorstroomvoorziening is geschikt om te bepalen welke manier van wonen voor een cliënt haalbaar is: hierin verblijven cliënten circa een half jaar om woonvaardigheden aan te leren en om na te gaan welke woonvorm passend is. Novadic-Kentron heeft iets dergelijks in ontwikkeling. Daarbij moet er voor gewaakt worden dat de doorstroming stagneert door gebrek aan doorstroommogelijkheden.

'Het is in detentie heel moeilijk te bepalen wat nou precies de juiste woonvorm is voor 'deze meneer'. Dan hebben we daar zes maanden, zeg maar, een periode om te kijken wat hij zelf kan en of hetgeen hij zegt klopt en wat wij verwachten van deze man of vrouw.'

'Je hebt steeds meer tussenvoorzieningen van in een appartement wonen in een complex waar iemand een slaapdienst heeft of echt een appartement of een woning in de 24 uurssetting. De range aan mogelijkheden neemt toe, vind ik wel. Of je de plekken hebt, dat is een heel ander probleem. Je weet wat je voor iemand zou willen aanbieden, maar er zijn gewoon geen plekken.'

'Gewoon de ouderwetse – ja, inrichting noemden we het vroeger al – waar alles op het terrein is en beschermd.'

5.4 Tijdige en herhaalde diagnostiek

Een licht verstandelijke handicap komt vaak te laat, of niet, in beeld. Zo valt een licht verstandelijke beperking vaak pas op als de behandeling in een ander (regulier) traject niet adequaat is verlopen. De ervaring is dat pas op dat moment men stilstaat bij de vraag wat deze cliënt eigenlijk nodig heeft. In eerste instantie worden deze cliënten vaak hetzelfde benaderd als normaal begaafde justitiabelen. Het is dan ook op dit moment een knelpunt om deze mensen op de juiste plek in de zorg te krijgen. De diagnostiek laat te wensen over en er wordt niet gewerkt met een gestructureerde besluitvorming in de vorm van bijvoorbeeld een beslisboom.

Een probleem bij verslaafden met een verstandelijke handicap is dat de soms goede copingvaardigheden van deze doelgroep onderkenning moeilijk maken. Hierdoor worden cliënten met een licht verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen in de reguliere instellingen regelmatig boven hun eigen niveau aangesproken en aangemoedigd om boven hun niveau te presteren (De Borg, 2008).

Van belang is dan ook dat er in een eerder stadium ('bij de voordeur') vastgesteld wordt of er sprake is van een licht verstandelijke handicap. Op dit moment worden binnen het gevangeniswezen de eerste stappen gezet om een screeningsinstrument te ontwikkelen om de problematiek in kaart te brengen (te weten: angst- en stemmingsstoornissen, suïcidaliteit, psychose, verslavingsproblematiek en LVG-problematiek). De experts geven aan dat nog onderzocht moet worden of de huidige maatstaven voor het vaststellen van een diagnose 'middelenmisbruik' of 'verslaving' ook gehanteerd moeten worden bij LVG'ers met psychische problematiek.

Op dit moment wordt de RISC gebruikt in de diagnostiek van justitiabelen. Of de RISC (Recidive Inschattingsschalen) voldoende in staat is om de psychiatrische problematiek en/of een licht verstandelijke beperking te meten wordt betwijfeld. De experts geven aan dat dit instrument de complexe problematiek onvoldoende in kaart kan brengen.

Tenslotte geldt voor deze doelgroep dat herhaalde diagnostiek van extra groot belang is. Doordat de verslaving, de psychiatrie en de verstandelijke beperkingen sterk met elkaar verweven zijn, kan het nodig zijn om in de loop van de behandeling andere prioriteiten te stellen.

‘Zeker als dadelijk de nieuwe structuur er helemaal is met de basiszorg tot en met het PPC, dan willen ze iedereen in de basiszorg gescreend hebben. Ze willen duidelijk hebben wat er inderdaad speelt. Daar komt dat IQ-verhaal eigenlijk ook in, zeker weten, absoluut.’

‘Er is wel een kentering zichtbaar met de Veiligheidshuizen. Daarin zitten het Openbaar Ministerie, de politie, de reclassering. We kennen allemaal onze klanten, dus op het moment dat Pietje op het politiebureau zit, gaat er ook vroeghulp naartoe, dagelijks gaan er mensen van de reclassering naartoe. We weten meteen dat Pietje daar en daar zit.’

‘Ik doe psychodiagnostiek en dan is er vaak een RISC gedaan maar mijn ervaring is dat het vaak compleet niet overeen komt. Ik krijg RISC-rapporten waarin staat dat er geen psychiatrische problematiek is en dan zit er een zwakbegaafde schizofrene man voor me. Ik heb hele slechte ervaringen met RISC. Het rapporteert niet wat het zou moeten rapporteren. Ligt dat aan de gebruikers of aan het instrument?’

‘Wat ik belangrijk vind: diagnostiek is voor mij hulpverlening. Op basis van de diagnostiek kijkt de hulpverlener naar wat er met de cliënt gebeuren moet. Tegelijkertijd moet de persoon waar het over gaat vanuit zijn standpunt zeggen hoe hij dat ziet. In welk programma hij zit maakt niet uit.’

‘Dat vind ik een valkuil voor de begeleiders. Dat je zegt: “Het gaat goed, dus laten we maar afbouwen.” Dezelfde discussie heb je ook met medicatie: het gaat goed, laten we dus maar de medicijnen... dat gebeurt heel veel hoor. Maar je moet volhouden. (...) Het ligt ook bij het systeem van indicatiestelling. Je krijgt een zware indicatie op basis van veel probleemgedrag en niet op basis van veel probleemgedrag vijf jaar geleden. Dus indicaties raak je vanzelf kwijt, ook al doe je je stinkende best om ze te houden. Dat is het probleem.’

5.5 Samenvattend

Er zijn op dit moment onvoldoende plekken voor de doelgroep met triple problematiek, die een omvang heeft van naar schatting 250-1.150 personen in detentie op de peildatum en 920-4.300 in detentie instromende personen per jaar (inclusief dubbeltellingen). Wel is passend zorgaanbod in ontwikkeling. Bij de instroom bestaan problemen omdat de doelgroep bij sommige instellingen contrageïndiceerd is. De doelgroep is bovendien vaak niet goed gemotiveerd, wat in de praktijk vaak ook een contra-indicatie betekent. Verder spelen de financiële complicaties een bemoeilijkende rol. Het bestaande, nog prille zorgaanbod zou met aanpassingen geschikt gemaakt kunnen worden voor de doelgroep. In ieder geval zou het zorgaanbod

moeten bestaan uit cognitieve gedragstherapie (CGT) waarin vaardigheidstrainingen centraal staan, ingebed in een Community Reinforcement Approach (CRA), waarbij psychische zorg, verslavingszorg en een LVG-benadering een geïntegreerd geheel vormen dat in aparte LVG-afdelingen geboden wordt.

Summary

A complex problem

Fitting care for addicted persons subject to judicial measures who have co-morbid psychiatric problems and mild learning disabilities

The Balkenende IV Government aims to reduce crime and nuisance in the Netherlands. The main effort will focus on a personal approach to delinquents, whereby, in addition to punishment, investigations will be made into possibilities of influencing behaviour to such an extent that these delinquents will not reoffend after their punishment is completed. Addicts will, for example, be afforded the opportunity to take part in a care process aimed at influencing behaviour, instead of undergoing detention. The probation and aftercare services will, in such cases, monitor compliance with the conditions. In order to improve the connection between punishment and care, the Ministry of Justice has recently been provided with its own budget for procuring care for addicts who are subject to judicial measures. Procurement is in first instance aimed at the complex group of persons subject to judicial measures with triple problems: problematic drug use, psychiatric problems and mild learning disabilities (LVG). Little is known about this group. Not only is there uncertainty about its size, but there is also the question of whether the current care offer suffices; perhaps adjustment is necessary, or perhaps a completely new strategy has to be developed.

This investigation is intended to provide insight into this group. It concerns a quick scan, whereby use has been made of several sources of information, in order to chart the size of this target group, its characteristics, its care requirements and the desired offer of care. Existing (Dutch) literature concerning the target group and the desired care offer was studied first. Subsequently, secondary statistical analyses were performed of the files of previous investigations and of the scores of persons subject to judicial measures on the Risk Assessment Scales. Moreover, a telephone survey of the field was conducted to establish what care is currently offered to the target group with triple problems. This included the study of documents about the offer of care. And finally, an expert meeting was held, in which experts from various sectors considered the content that care should have.

It turned out to be difficult to estimate the size of the group of persons with triple problems among those subject to judicial measures. This is related to the fact that the combination of problems is often not recognised sufficiently. Solid diagnostic information is not available. The psychiatric and LVG problems of addicts have been neglected for a long time. Yet, it can be concluded from various investigations that roughly 23 to 52% of the persons subject to judicial measures is faced with problematic drug use, that 30 to 65% of them – around half – has co-morbid psychiatric problems, while 15 to 39% of the drug users among those subject to judicial measures could have limited mental capacity. An analysis of the available data on detainees leads to the rough estimate that 250 to 1,150 detainees in the Prison System have to deal with triple problems. A person with triple problems will enter the Prison System 920 to 4,300 times annually. This could be an underestimate, especially of LVG problems, which cannot be charted properly. The experts point out that drug use, in particular among LVG clients, can quickly lead to additional problems, inter alia as a result of their social and psychological vulnerability.

With regard to the characteristics of the group of persons subject to judicial measures with triple problems, this information is not accurate either. It follows from the literature and the expert opinions that this group usually also has problems in area of housing and work, relationships and finance. The criminal past is often extensive. The motivation to accept care and supervision is often low. There are, however, significant differences within the group. The need for care as expressed by the target group itself does not quite correspond to the need for care as identified by care providers and researchers. Literature on drug users among those subject to judicial measures in general shows that the clients themselves often have a need for practical support in, for example, housing and finance. Care providers see this form of assistance as an important tool to motivate the client and to create a fruitful context for treatment. The primary need for care lies, according to them however, with addiction and psychiatric problems. The care objectives depend on the specific individual problems.

According to the literature, the care offer desired should contain the following elements. Firstly, sound diagnostics should take place at an early stage. The instruments should be adjusted to the level of the clients and to the complexity of the problems. Diagnostic tests should also be regularly repeated in order to deal with changes. Secondly, a sustained support structure is necessary, because the problems are, for a large part, chronic in nature. Thirdly, there should be intensive and continuous supervision, which could be offered by professionals, and also, in part, by a limited number of persons from the client's network. This could, for example, take place in accordance with the Community Reinforcement Approach (CRA). Fourthly, it is important to continuously seek alignment with the motivation and the possibilities of the clients, for example, by making care as attractive as possible and by offering a day programme, sports and relaxation. The offer should have a 24-hour nature, intensive or otherwise. Cognitive behavioural therapies that focus on skills training should form part of the care offer. LVG problems, moreover, demand an adjusted approach, whereby repetition, visualisation, exercises, rewards for positive behaviour and – judging by initial signals – nonverbal methods are implemented. Fifthly, it is important that integrated care or treatment is offered, whereby the various problems are dealt with simultaneously. Clients should preferably be detained in separate LVG wards. Finally, there should be a safety net in the event of a crisis or relapse with respect to substance abuse, in the form of a crisis facility.

The current offer of care is not sufficient in this respect. Knowledge of the approach is highly fragmented and there is little documentation. It is clear, however, that a great deal of material is being developed for programmes to be offered to the target group with triple problems; these programmes are partly aimed at treatment and partly aimed at supervision. Several existing forms of intervention are currently being adjusted, or will be adjusted, to be suitable for clients with triple problems. This adjustment often occurs on a trial and error basis. This development can be identified in particular in addiction care, in the care for persons with a minor mental handicap, the TBS sector and social assistance. At this time, however, treatment providers have hardly any knowledge of this development.

Some programmes are promising, according to the literature and experts. However, most of these programmes are far from fully developed, and the majority of those on offer, which are still in the early phases of implementation, have not – or hardly – been investigated for the LVG target group. There are waiting lists. The financing structure and the manner in which the need is assessed are not in line with a sustained, broad and cross-sectoral approach.

It is clear that, in addition to a supply of care and treatment programmes on offer, there is a need for longer-term living provisions with 24-hour reception or – in the case of extramural care – intensive supervision. The process of guiding persons subject to judicial measures from detention to care also demands a careful and intensive approach, because it concerns a difficult group that is known for its tendency to avoid care. It is clear that a carefully tailored offering of care and treatment programmes is needed. Although the needed changes are substantial, the experts take the view that the current offering of programmes are of use to serve as a point of departure.

Literatuur

- Barret, N., & Paschos, D. (2006). Alcohol-related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 481-481.
- Bieleman, B., Snippe, J., & De Bie, E. (1995). *Drugs binnen de grenzen: Harddrugs en criminaliteit in Nederland: schattingen van de omvang*. Groningen: IntraVal.
- Biesma, S., Zwieter, M. van, Snippe, J., & Bieleman, B. (2006). *ISD en SOV vergeleken. Eerste inventarisatie meerwaarde inrichting voor stelselmatige daders boven eerdere strafrechtelijke opvang voor verslaafden*. Groningen/Rotterdam: IntraVal.
- Boerema, I., Kroon H., Neijmeijer L., Henskens R., & Place C. (2008). *Zorgprogramma's voor gedetineerden met psychiatrische problematiek*. Trimbos Instituut. Den Haag: Ministerie van Justitie, DJI.
- Bulten, B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg: Psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden*. Deventer: Kluwer.
- Burgard, J., Donohue, B., Azrin, N., & Teichner, G. (2000). Prevalence and treatment of substance abuse in the mentally retarded population: An empirical review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 293-298.
- Chow, S., & Rodgers, P. (2005). *Extended Abstract: Constructing Area-Proportional Venn and Euler Diagrams with Three Circles*. Presented at Euler Diagrams Workshop 2005, Paris.
- Cramer, E.A.S.M., & Schippers, G.M. (1996). *Zelfcontrole en ontwenning van harddrugs: Eindrapport van een onderzoek naar de ontwikkeling en evaluatie van een zelfcontroleprogramma voor druggebruikers*. Nijmegen: University of Nijmegen Research Group on Addictive Behaviors (UNRAB).
- Cramer, E.A.S.M., & Schippers, G.M. et al. (2005). *Final activity report project 'Evaluation and Implementation of the Self-control Information Programme for Drug Abusers'*. Amsterdam: Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR).
- Clerkx, M., & Trentelman, T. (2007). Van Kei en Eik: Over de behandeling van verslaving bij volwassen mensen met een lichte verstandelijke handicap. In R. Didden & X. Moonen (red.), *Met het oog op behandeling: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 105-112). Utrecht/Den Dolder: LKLVG/De Borg.
- De Borg (2008a). *Behandelvisie (forensische) SGLVG*. Den Dolder: De Borg.
- De Borg (2008b). *Jaarverslag De Borg 2007*. Den Dolder: De Borg.
- Degenhardt, L. (2000). Interventions for people with alcohol use disorders and intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25, 135-146.
- Didden, R. (2007). Effectieve behandeling van jeugdigen en volwassenen met een lichte verstandelijke beperking: Een beschouwing. In R. Didden & X. Moonen (red.), *Met het oog op behandeling: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 129-135). Utrecht/Den Dolder: LKLVG/De Borg.
- Didden, R., Korzilius, H., Van Oorsouw, W., & Sturmey, P. (2006). Behavioral treatment of challenging behavior in individuals with mild mental retardation: A meta-analysis of single subject research. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 290-298.
- Didden, R., & Moonen, X. (red.) (2007). *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Dolder: LKLVG/De Borg.

- EK (2000-2001). *Wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering, de Wet op de rechterlijke organisatie en het voorstel voor een Penitentaire beginselwet (strafrechtelijke opvang verslaafden): Nadere memorie van antwoord*. Den Haag: Sdu Uitgevers. Publicatienummer 26 023, nr. 16a.
- EMCDDA (nog te verschijnen). *EMCDDA Annual Report 2009: The state of the drugs problem in Europe*. Lissabon: EMCDDA.
- Erve, N. van, & Poiesz, M. (2003). *Contact met de cliënt: Een profiel voor hulpverlenersgedrag ten aanzien van een juiste bejegening* (Doctoraalscriptie Katholieke Universiteit Nijmegen, sectie Orthopedagogiek, Gezin & Gedrag).
- Ganpat, S., Wits, E., Schoenmakers, T., & Greeven, P. (2009). *Problematiek en zorgbehoefte van gedetineerden met een ISD-maatregel in JI Vught*. Rotterdam/Dn Bosch: IVO, Novadic-Kentron.
- Gezondheidsraad (2002). *Behandeling van drugverslaafde gedetineerden*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Goderie, M. (2009). *Problematiek en hulpvragen van stelselmatige daders*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Goderie, M., & Lünemann, K. (2008). *De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders, procesevaluatie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Hassiotis, A., & Hall, I. (2008). *Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities*. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3.
- Hurk, A.A. van den (1998). *Tussen de helpende en de harde hand: Een studie naar mogelijkheden van succesvolle zorg voor verslaafde gedetineerden*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Inrichting Stelselmatige Daders (ISD)*. (2007) Den Haag: Ministerie van Justitie, Directie Sanctie- en Preventiebeleid.
- Koeter, M. (2002). *Vroeghulp aan verslaafden: Het effect van de Vroeghulp Interventie Aanpak op criminele recidive en verslavingsgedrag*. Amsterdam: Amsterdam Institute for Addiction Research. AIAR-reeks 8.
- Koeter, M.W.J., & Luhrman, G.C. (1998). *Verslavingsproblematiek bij justitiabele drugverslaafden*. Amsterdam: Amsterdam Institute for Addiction Research. AIAR-reeks 5.
- Koeter, M., & Maastricht, A. van (2006). *De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving.
- Koeter, M., & Bakker, M. (2007). *Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Korf D.J., Wijngaarden B. van, Koeter M.W.J., Riper, H., & Seeman C. (2000). *Vroeghulp aan verslaafden. Evaluatie van de vroeghulp interventie aanpak (VIA) van de justitiële verslavingszorg*. Amsterdam: AIAR. AIAR reeks 6.
- Laar, M.W. van, Cruets, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Ooyen-Houben, M.M.J. van, & Meijer, R.F. (2008). *Nationale Drug Monitor, Jaarbericht 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Laar, M. van, & Ooyen-Houben, M. van (red.). (2009). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid*. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.
- Laar, M. van, Cruets, A., Gageldonk, A. van, Ooyen-Houben, M. van, Croes, E., Meijer, R., & Ketelaars, A. (2009). *The Netherlands Drug Situation 2008: Report to the EMCDDA by the Reitox Nationa Focal Point*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Land, H. van 't, Duijvenbooden, K. van, Plas, A. van der & Wolf, J. (2005). *Opgevangen onder dwang: Procesevaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Leger des Heils, Jeugdzorg en Reclassering (LJ&R). (2009). *Factsheet CoVa Plus*. Reclassering Nederland.

- Lindsay, W. (2007). Offenders with mild intellectual and developmental disabilities: Epidemiology, assessment and treatment. In R. Didden & X. Moonen (red.), *Met het oog op behandeling: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 41-53). Utrecht/Den Dolder: LKLVG/De Borg.
- Lindsay, W.R., Allan, R., Macleod, F., & Smith, A.H.W. (2003). Long term treatment and management of violent tendencies of men with intellectual disabilities convicted of assault. *Mental Retardation*, 41, 47-56.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., et al. (2002). *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports (10^e ed.)*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Marle, H. van (2004). Hulpverlening of justitie: Keuzes in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. In R. Geus & L. Roelvink (red.), *Verstandelijk gehandicapten in aanraking met politie en justitie: Verslag van een congres*. Utrecht/Borne: NIZW/Avelijn.
- McCombs, K., & Moore, D. (2002). *Substance abuse prevention and intervention for students with disabilities: A call to educators. ERIC Digest*. Arlington, VA.: ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.
- McGillicuddy, N. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 41-47.
- McGillicuddy, N., & Blane, H. (1999). Substance use in individuals with mental retardation. *Addictive Behaviors*, 24, 869-878.
- Meer, C. van der, Hendriks, V., & Vos, R. (2003). *Dubbele diagnose Dubbele hulp: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag: GGZ Nederland/Parnassia.
- Meghelen, P. van, & Pronk, E. (2005). *Verslaving*. Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving.
- Mendel E., & Hipkins J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: A pilot study. *British Journal of Learning Disabilities*, 30, 153-158.
- Meyers, R.J., & Miller, W.R. (2001). *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge: University Press.
- Meyers, R.J. (2008). *Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving: De Community Reinforcement Approach*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Miller, E.J. (2001). Practice and promise: The Azrin Studies. In R.J. Meyers & W.R. Miller (red.), *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge: University Press.
- Moonen, X. (2007). Samen met jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking de behandeling vormgeven. In R. Didden & X. Moonen (red.), *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (pp. 9-17). Utrecht/Den Dolder: LKLVG/De Borg.
- Moonen, X., & Versteegen, H. (2006). LVG-Jeugd met ernstige gedragsproblematiek met in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk*, 4(1), 23-28.
- Mutsaers, K., Blekman, J.W., & Schipper, H.C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik: Wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B., & Eijnden, R. van den (2007). *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*. Rotterdam: IVO.

- Ooyen-Houben, M. van (2004). Drang bij criminele harddruggebruikers, een onderzoek naar de toepassing van drang in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 46(3), 233-248.
- Ooyen, M. van (2008). Quasi-compulsory treatment in the Netherlands: Promising theory, problems in practice. In A. Stevens (red.), *Crossing frontiers, International developments in the treatment of drug dependence – lessons for UK* (pp. 131-152). Londen: Pavilion Publishers.
- Ooyen-Houben, M. van (2009). Delicten gepleegd door drugsgebruikers. In M. van Laar & M. van Ooyen-Houben (red.), *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid* (pp. 267-292). Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2007). *Straf en zorg: Een paar apart*. Den Haag: RMO.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007a). *De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving: Advies d.d. 2 april 2007*. Den Haag: RSJ.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007b). *De Inrichting voor Stelselmatige Daders: De isd-maatregel in theorie en praktijk. Advies d.d. 4 april 2007*. Den Haag: RSJ.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2008). *Gedetineerden met een verstandelijke beperking: Advies d.d. 5 juni 2008*. Den Haag: RSJ.
- Reuter, P., & Stevens, A. (2007). *An analysis of UK drug policy: A monograph prepared for the UK Drug Policy Commission*. Londen: UK Drug Policy Commission.
- Schoemaker, C., & Zessen, G. van (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden: Een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schutte, S.J.M., & Bleker, R.W. (2001) *Vooronderzoek Evaluatie Forensische Verslavingsklinik*. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting.
- Singh, N., Lancioni, G., Winton, A., Adkins, A., Wahler, R., Sabaawi, M., & Singh, J. (2007). Individuals with mental illness can control their aggressive behavior through mindfulness training. *Behavior Modification*, 31, 313-328.
- Stel, J. van der (2006). *Co-morbiditeit: Verslaving plus een psychische stoornis*. Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving.
- Stevens, A. (2008). *Crossing frontiers: International developments in the treatment of drug dependence*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Taggart, L., Mc Laughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006): An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(8), 588 – 597.
- TK (vergaderjaar 1987-1988). *Dwang en drang in de hulpverlening aan verslaafden*. Den Haag: Staatsuitgeverij. Publicatienummer 20 415, nrs. 1-2.
- TK (vergaderjaar 1994-1995). *Drugbeleid; Nota 'Het Nederlandse drugbeleid: Continuïteit en verandering'*. Den Haag: Sdu Uitgeverij. Publicatienummer 24 077, nr. 3.
- TK (vergaderjaar 2002-2003). *Nota 'Naar een veiliger samenleving'*. Den Haag: Sdu Uitgeverij. Publicatienummer 28 684, nrs. 1 en 2.
- TK (vergaderjaar 2006-2007). *Justitieel Verslavingsbeleid; Brief ministers en staatssecretaris over het terugdringen van criminaliteit door verslavingszorg*. Den Haag: Sdu Uitgeverij. Publicatienummer 31 110, nr. 1.
- TK (vergaderjaar 2007-2008). *Justitiële inrichtingen*. Den Haag: Sdu Uitgeverij. Publicatienummer 24 587, nr. 299.
- Tollenaar, N., Huijbregts, G., Meijer, R., & Dijk, J. van (2008). *Monitor veelplegers 2008: Samenvatting van de resultaten*. Den Haag: WODC. Fact sheets 2008-1.

- Tollenaar, N. (2008). De monitor veelplegers: Jeugdige en zeer actieve volwassen veelplegers gevolgd in Nederland. In F. Gilleir (red.), *Veelplegers* (pp. 103-121). Brussel: Uitgeverij Politeia nv.
- Tollenaar, N., Dijk, J. van, & Alblas, J. (2009). *Monitor veelplegers 2003-2006: Cijfermatige ontwikkelingen*. Den Haag: WODC. Fact sheets 2009-1.
- Tymchuk, A., Lakin, K. & Luckasson, R. (2001). *The forgotten generation: The status and challenges of adults with mild cognitive limitations*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Uchtenhagen, A., Schaaf, S., Bock, I., Frick, U., Grichting, E., & Bolliger, H. (2006). *QCT Europe – Quasi-compulsory and compulsory treatment of drugdependent offenders in Europe: Final report on quantitative evaluation*. Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction, Zurich University
- Vogelvang, B.O., Burik, A. van, Knaap, L.M. van der, & Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Woerden/Den Haag: Adviesbureau van Montfoort/WODC.
- Westermeyer, J. Kemp, K., & Nugent, S. (1996). Substance disorder among persons with mild retardation. *American Journal on Addictions, 5*, 23-31.
- Willner, P. (2005). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: A critical overview. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 73-85.

Bijlage 1 Experts

Sprekerslijst expertmeeting IVO, gehouden op 18 juni 2009 ten kantore van het Ministerie van Justitie te Den Haag, 10.00 uur tot 16.00 uur.

- 1 Mw. L. Koning (Leger des Heils, Afdeling The Goodwill Centra)
- 2 Mw. drs. M.J. Trentelman (Stichting Trajectum Hoeve Boschoord)
- 3 Dhr. N. Overvest MHA (Stichting De Borg)
- 4 Dhr. H. Oud (PI Amsterdam, Locatie Tafelbergweg (ISD))
- 5 Mw. drs. M.G.M. Clerkx (Altrecht)
- 6 Prof. dr. R. Didden (Radboud Universiteit)
- 7 Mw. drs. E.A.S.M. Cramer (AIAR, Academic Medical Center)
- 8 Mw. M. Galema (DJI, Afdeling Directie Forensische Zorg)
- 9 Mw. drs. M.T. van Gogh PioG (Novadic-Kentron/ JI Vught)
- 10 Dhr. J.H. Cordia (NIFP)
- 11 Drs. W. Buisman (Resultaten Scoren)
- 12 Mw. B. Scholten (Basisberaad GGZ)
- 13 Mw. H. Oberman (Basisberaad GGZ)

Namens de opdrachtgever waren aanwezig

- 14 Mw. mr. drs. T. van den Hoogen (Ministerie van Justitie, JVZ)
- 15 Mw. dr. H.L. Kaal (Ministerie van Justitie, WODC)

Discussieleiders

- 16 Mw. ir. E. Wits (IVO)
- 17 Mw. drs. A. van der Poel (IVO)

Bijlage 2 Telefonische interviews

Functie en instelling

- 1 Programmamanager Stichting De Borg.
- 2 Hoogleraar Radboud Universiteit Nijmegen.
- 3 Programmamanager ISD-afdeling, PI Amsterdam.
- 4 Senior beleidsmedewerker afdeling Uitvoeringsbeleid, Sector Gevangeniswezen, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- 5 Behandelverantwoordelijke afdeling Dubbele Diagnose, programmaleider verslaving van FPC Hoeve Boschoord.
- 6 Werkbegeleider Jellinek Verslavingsreclassering.
- 7 Waarnemend teamhoofd en reclasseringswerker bij Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN).
- 8 Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige bij FPK AMC De Meren.
- 9 Projectleider LVG binnen Novadic-Kentron, Verslavingszorg.
- 10 Reclasseringswerker en tbs-medewerker (tbs met voorwaarden) bij Bouman Reclassering.
- 11 Onderzoeker 'In een spiraal naar boven' bij AIAR (Amsterdam Institute for Addiction Research).
- 12 Medewerker Domus+ van het Leger des Heils, Maatschappelijke Opvang.

Bijlage 3 Mogelijkheden voor toepassing van justitiële drang in het strafrechtelijk systeem

Fase in strafrechtelijk proces	Drangmogelijkheden
Politiefase	Alleen vrijwillige instroom in zorgtraject mogelijk ^a
Voorlopige hechtenis	Schorsing voorlopige hechtenis onder voorwaarden (art. 80 Sv)
Ter gerechtszitting/beslissing rechter	Aanhouding van de zitting/uitstel van vonniswijzing (art. 281 Sv) (Gedeeltelijk) voorwaardelijke straf; tot de voorwaarden hoort het accepteren van de behandeling (art. 14a en 14c Sr) ISD of TBS met voorwaarden (art. 38m-u Sr of art. 38a Sr)
Gedurende detentie	Behandeling buiten de gevangenis in een daartoe bestemde instelling (art. 43 Pbw) Deelname aan Penitentiair Programma ^b (art. 2 Pbw)
Na detentie	Voorwaardelijke invrijheidsstelling (art. 15a Sr)
Na afloop straf en voorwaarden	Geen strafrechtelijke opties. Wel vrijwillige instroom en civielrechtelijke dwang/drang mogelijk

^a In deze fase wordt bij (licht) crimineel gedrag door JIB's (Justitie in de Buurt) en Veiligheidshuizen wel een aanbod gedaan tot hulpverlening. Formeel kan het Openbaar Ministerie seponeren onder voorwaarden, maar ook dit is alleen in lichtere gevallen een optie.

^b Bij een penitentiair programma kunnen gedetineerden aan het eind van hun detentieperiode onder supervisie gebruik maken van voorzieningen of sociale activiteiten extern. Bron: Van Ooyen, 2009

Bijlage 4 Overzicht bestaande interventies geschikt voor LVG-groep

- Crisisinterventie
- Medicatie en medicatiebegeleiding
- Motiverende gespreksvoering
- Persoonlijke en groepsgerichte begeleiding
- Psycho-educatie en zelfhulp
- Maatschappelijk werk / systeembegeleiding
- Casemanagement
- Cognitieve vaardigheidstraining (Cova)
- Sociale vaardigheidstraining (Sova, Goldstein)
- Liberman modules:
 - Omgaan met vrije tijd
 - Omgaan met verslaving
 - Omgaan met werk
 - Omgaan met sociale relaties en intimiteit
- Delictanalyse
- Delictscenario
- Delictgerelateerde terugvalpreventie en signalering
- Stoornisgerelateerde terugvalpreventie / vroegsignalering
- Agressiehanteringstherapie (AHT) / agressieregulatietherapie (ART)
- Maatschappelijke en materiële dienstverlening (MMD)
- Creatieve therapieën (beeldende, dans- en beweging-, drama- en muziektherapie)
- Bewegingsactivering en psychomotorische therapie
- Praktische vaardigheidstraining:
 - Budgettraining
 - ADL-training (kooktraining, schoonmaken, gezondheid en hygiëne)
 - Woonbegeleiding
 - Arbeidstherapie

(Bron: Boerema et al., 2008)

Auteur	Soort studie	Onderzoeks-populatie	Behandeling / interventie	Resultaten
Degenhardt, 2000	Review van interventies die mogelijk geschikt zouden kunnen zijn voor LVG'ers met middenproblematiek.	LVG'ers met middenproblematiek	Effectieve interventies gericht op middelengebruik bij normaal-begaafden, zijn onderzocht op geschiktheid voor LVG'ers met middenproblematiek.	<ul style="list-style-type: none"> • De CRA-methode (Communicity Reinforcement Approach) lijkt een veel-belovende methode voor cliënten met een licht verstandelijke beperking. • Bij cliënten met een licht verstandelijke beperking zou er specifieke aandacht moeten zijn voor de methoden en presentatie van de behandeling. De sessies zouden kort en sterk gestructureerd moeten zijn. • Onderzoeksresultaten lijken te ondersteunen dat grote nadruk op zware cognitieve aspecten moet worden vermeden. Meer nadruk zou moeten liggen op gedragsmatige mogelijkheden en bekrachtiging en minder nadruk op het abstract analyseren van de redenen waarom cliënten gebruiken (zoals bij het psychodynamische werken). • Bij LVG'ers met middelengebruik lijken vaardigheidstrainingen niet alleen effectief te kunnen zijn als het gaat om het weigeren / vermijden van alcoholgebruik, maar ook als het gaat om het verbeteren van de vaardigheden in sociale interacties. Om te oefenen met de vaardigheden zouden rollenspelen en 'modelling' ingezet kunnen worden.
Didden et al., 2006	Meta-analyse van single subject studies, lvg-groep	LVG'ers	Effectiviteit van gedraginterventies en psychotherapeutische interventies voor LVG'ers	Behandeling waarbij een functieanalyse van het probleemgedrag (ook ten aanzien van agressief gedrag) voorafgaand aan de behandeling heeft plaatsgevonden is over het algemeen effectiever dan behandelingen waarbij deze analyse niet heeft plaatsgevonden. Het wordt dan ook in de literatuur sterk aanbevolen om een functieanalyse te maken voorafgaand aan de behandeling voor deze doelgroep.
Hassiotis & Hall, 2008	Review t.a.v. de effectiviteit van gedragsinterventies en cognitieve gedragsinterventies gericht op het agressief gedrag van LVG'ers	LVG'ers met agressieproblematiek	Interventies gericht op gedragsverandering (zoals het stimuleren van ander gedrag) en cognitieve gedragtherapie, zoals agressieregulatie training en probleemoplossende vaardigheidstraining	Onderzoeksresultaten suggereren dat interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie agressieproblematiek bij volwassen LVG'ers kan verminderen.
Lindsay et al., 2003	Single case study met herhaalde metingen	LVG'ers die veroordeeld zijn voor gewelddelicten (N=6)	Lange termijnbehandeling van een aangepaste agressieregulatietraining waarbij cognitieve herstructurering en vermindering van opwinding (arousal) onderdeel vormen.	<ul style="list-style-type: none"> • In de follow-up periode van 10 jaar blijkt dat minder LVG'ers opnieuw veroordeeld zijn voor gewelddelicten. • Agressieregulatietraining als cognitieve gedragstherapie lijkt effectief te werken voor LVG'ers die veroordeeld zijn voor geweldsdelicten.

Auteur	Soort studie	Onderzoeks-populatie	Behandeling / interventie	Resultaten
McGillicuddy & Blane, 1999	Effectstudie	LVG'ers	Twee interventies: <ul style="list-style-type: none"> • Assertiviteitstraining waarbij LVG'ers geleerd werden om 'nee' te zeggen tegen middelengebruik. • Interventie waarbij gedragsmodellering centraal staat 	<ul style="list-style-type: none"> • Beide interventies blijken effectief te zijn voor LVG'ers als het gaat om het realiseren van kennisvermeerdering over middelengebruik. • Beide interventies blijken voor LVG'ers effectief als het gaat om het verbeteren van de vaardigheden om 'nee' te zeggen tegen middelengebruik en een verbetering ten aanzien van gedragsmodellering. • De interventies hadden geen effect op het middengebruik, wat wellicht te verklaren is door het feit dat het middelengebruik onder deze groep LVG'ers al relatief laag was.
Mendel & Hipkins, 2002	Effectstudie (kleinschalig)	LVG'ers (N=7) die veroordeeld zijn voor alcohol-gerelateerde overtredingen	Groepsinterventie met gebruikmaking van interactieve leermethoden en Motivational Interviewing; drie bijeenkomsten van 1 uur.	<ul style="list-style-type: none"> • Voor- en nametingen lieten een toename zien in motivatie van cliënten om het drinkgedrag te veranderen en een toename in self-efficacy.
Singh et al., 2007	Single case study	Volwassenen met psychische problematiek en bijkomende agressieproblematiek (N=3)	Mindfulness-training. Hierbij worden cliënten getraind in het herkennen van spanningen en opwinding bij zichzelf, om uiteindelijk ontspanning te verwezenlijken. Geleerd wordt om agressief gedrag te voorkomen.	<ul style="list-style-type: none"> • Afname van verbale en fysieke agressie. • Deze training wordt in de literatuur aangemerkt als veelbelovend vanwege de relatief eenvoudige procedure die een zeer beperkt beroep doet op cognitieve processen.
Willner, 2005	Review	LVG'ers	Review t.a.v. de effectiviteit van een drietal psychotherapeutische interventies bij LVG'ers: psychodynamische therapie, cognitieve gedragstherapie en cognitieve therapie.	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeksresultaten tonen aan dat deze drie psychotherapeutische interventies effectief kunnen zijn voor LVG'ers. Echter, onderzoek op dit gebied is zeer beperkt en er is een groot tekort aan RCT-onderzoek. • Onderzoeksresultaten lijken te ondersteunen dat de 'doe'-aspecten (rolspel, oefeningen, ontspanningstechnieken) bij cognitieve gedragstherapie een prominentere rol vervullen bij de effectiviteit van de therapie dan de 'denk'-aspecten. • Een aspect dat de effectiviteit van de behandeling lijkt te vergroten is aanwezigheid van begeleiders bij de therapiesessies.

Instelling, doelgroep	Zorgaanbod	Bijzonderheden
<p><i>Tactus Verslavingszorg</i> Doelgroep: LVG'ers met middelengebruik</p>	<p><i>Status: huidige zorgaanbod en deels implementatiefase</i> Aangepast voor cliënten met middelengebruik én verstandelijke beperking:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verslavingsbehandelingen bijvoorbeeld in de vorm van de leefstijltraining • Psycho-educatie over middelengebruik aan cliënten en hun zorgsysteem • Aggressietraining en individuele behandeling voor huiselijk-geweldplegers • Psycho-motore therapie • Systeemtherapie waarbij aandacht uitgaat naar het verbeteren van de relaties m.n. binnen het gezin/omgeving en systeemgerichte benadering gericht op algemeen sociaal-maatschappelijk functioneren. • Outreachende hulpverlening • Tijdelijke opname detox-afdeling • Langdurige en laagdrempelige behandeling – gericht op resocialisatie – met vooral aandacht voor het aanleren van praktische, basale aspecten zoals het hebben van een dagritme en dagbesteding. 	<p><i>Contra-indicaties voor detox-afdeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • (ernstig) agressief gedrag; • automutilatie; • suicidaliteit; • psychotische verschijnselen.
<p><i>Novadic-Kentron Verslavingszorg</i> Doelgroep: LVG'ers met middelengebruik</p>	<p><i>Status: huidig zorgaanbod, wordt o.b.v. best practice nader vormgegeven</i> Aangepast zorgaanbod voor licht verstandelijke handicap met middelengebruik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terugvalpreventiemodule • Leefstijltraining <p>Ontwikkelingen om het volgende zorgaanbod tevens aan te passen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libermanmodule in een aangepaste groepsvorm (kleinere groepen) specifiek voor de LVG-doelgroep. <p>CRA-module (Community Reinforcement Approach)</p>	
<p><i>Bouman GGZ</i> Doelgroep: cliënten met een verstandelijke beperking.</p>	<p><i>Status: huidig zorgaanbod</i> Aangepast voor cliënten met een verstandelijke beperking:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggressieregulatietherapie • (Intensief) beschermd wonen, met daaraan gekoppeld meer of minder intensieve ambulante behandeling/begeleiding <p>Ambulante behandeling in een ACT team</p>	
<p><i>Parnassia Bavo Groep</i> Doelgroep: LVG'ers met psychiatrische problematiek</p>	<p><i>Status: huidig zorgaanbod:</i> Aangepast voor cliënten met een verstandelijke beperking:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie middelengebruik • Psychotherapie <p>In ontwikkeling: Groepsmodule waarbij leefstijladvies wordt gegeven over basale aspecten, zoals bewegen en eten.</p>	

Bijlage 6 Voorbeelden van zorgaanbod anno 2009 in schema

Instelling, doelgroep	Zorgaanbod	Bijzonderheden
<p><i>De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie van de Van der Hoeven Stichting</i></p> <p>Doelgroep: plegers van geweldsdelicten en zedendelicten met een verstandelijke beperking</p>	<p><i>Status: huidig zorgaanbod</i></p> <p>Aparte groepen voor cliënten met een licht verstandelijke beperking:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensieve groepsbehandelingen voor plegers van agressieve delicten met een verstandelijke beperking. Behandeldoel is om agressiebeheersing aan te leren binnen de mogelijkheden van de cliënt. Onderdelen van behandeling: <ul style="list-style-type: none"> – agressietraining door middel van theorie en activiteiten zoals sport – individuele, begeleidende gesprekken • Intensieve groepsbehandelingen voor plegers van zedendelicten met een verstandelijke beperking. Behandeldoel is om zelfcontrole aan te leren binnen de mogelijkheden van de cliënt. Onderdelen die daarbij aanbod komen: <ul style="list-style-type: none"> – terugvalpreventie; – sociale vaardigheidstraining; – seksuele voorlichting. 	<p><i>Contra-indicaties</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ernstige verslaving; • ernstige psychiatrische problemen, zoals psychose of zware depressie; • onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal • geen enkele motivatie om iets aan het gedrag te veranderen.
<p><i>PI Amsterdam</i></p> <p>Doelgroep: ISD'ers met een licht verstandelijke handicap</p>	<p><i>Status: implementatiefase</i></p> <p>Aangepast zorgaanbod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • COVA+ • 'In een spiraal naar boven' (functie van en controle over druggebruik) – Aangepast op niveau cliënten • Deeltijdbehandeling voor psychisch kwetsbaren': 4 modules; <ol style="list-style-type: none"> 1 Psychomotorische therapie (beweging) 2 Health 4 u (training in een gezonde leefstijl) 3 Libermantraining Omgaan met (gecontroleerd) middelengebruik 4 Agressiehantering/sociale vaardigheden 	
<p><i>Bijzonder zorg afdeling in detentie (PPC-afdelingen)</i></p> <p>Doelgroep: gedetineerden met psychiatrische problemen die meer zorg nodig hebben en niet plaatsbaar zijn binnen de GGZ.</p>	<p><i>Status: afdelingen in ontwikkeling, implementatiefase</i></p> <p>Aangepast aan detentiesituatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgprogramma licht verstandelijke beperking • Zorgprogramma verslaving • Zorgprogramma angststoornis • Zorgprogramma stemmingsstoornis • Zorgprogramma psychotische stoornis • Zorgprogramma persoonlijkheidsstoornis 	

Instelling, doelgroep	Zorgaanbod	Bijzonderheden
<p><i>Extramurale woonvoorziening Domus + van het Leger des Heils</i></p> <p>Doelgroep:</p> <ul style="list-style-type: none"> – IQ 50-70 / 85 – Justitieel kader, bijvoorbeeld ISD – Problematisch middelengebruik – Sterk gedragsgestoord – Eventueel bijkomend psychiatrische stoornis 	<p><i>Status: aanbod in ontwikkeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dagbesteding • Vrijtijdsvoorziening (zoals sporten) • Verschillende trainingen b.v. in de Algemene Dagelijkse levensverrichtingen (ADL): het aanleren van basale vaardigheden zoals omgaan met financiën, boodschappen doen, koken etc.). 	
<p><i>FPC Hoeve Boschoord</i></p> <p>Doelgroep:</p> <p>SGLVG-doelgroep (LVG + bijkomende psychiatrische problematiek, meestal ook verslaving)</p> <p>IQ lager dan 80</p> <p>Beperkt sociaal emotioneel niveau</p> <p>Leeftijdgrens vanaf 15</p>	<p><i>Status: huidig zorgaanbod</i></p> <p>Twee verslavingafdelingen waar verslaving de kernproblematiek is. Hoeve Boschoord beschikt over een gespecialiseerde verslavingsprogramma, specifiek voor deze doelgroep:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Delictketen-training': tijdens deze training worden de omstandigheden rondom het plegen van het indexdelict in kaart gebracht. Risicofactoren voor het plegen van het delict worden inzichtelijk gemaakt. • Training specifiek gericht op verslaving: 1) 'Het begin': een motivatietraining waarbij cliënten geleerd worden om te praten over middelengebruik (om schaamtegevoel te doorbreken) en mét elkaar te leren praten over gebruik. De training heeft tevens als doel om bewustwording van eigen verslavingsproblematiek te bewerkstelligen en motivatie te vergroten om zich in te zetten bij de behandeling. • Training specifiek gericht op verslaving 2) 'Mijn gebruik': De voor- en nadelen van het middelengebruik worden inzichtelijk gemaakt. Ook wordt inzichtelijk gemaakt wat de gevolgen zijn van het middelengebruik voor het lichaam, geest en sociale leven. Risicovolle situaties worden bovendien in kaart gebracht. Terugvalpreventieplan: plan om terugval in middelengebruik (en/of crimineel gedrag) te voorkomen. • Vaardigheidstraining die aansluit op datgene dat de cliënt nog tekort schiet. Dit is een eenvoudige versie van de Liberman-training waarbij vaardigheden worden aangeleerd om met middelengebruik en verslaving om te gaan. Vaardigheden richten zich op het leren 'nee' zeggen tegen middelengebruik in verleidelijke situaties. Daarbij gebruik gemaakt van rollenspel en videomateriaal. • Individuele terugvalpreventieplan up-to-date maken waarbij signalen m.b.t. herkenning van risicosituaties en alternatieven worden opgenomen. • Psychomotorische therapie, en er zijn ook dramagroepen waarbij cliënten kunnen oefenen met de geleerde kennis en vaardigheden in nagebootste risicovolle situaties. • Veel aandacht voor de dagelijkse routine en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). 	<p>Geen harde criteria, wel dient er sprake te zijn van enige bereidheid om te praten over verslaving, deelnemen aan verslavingsprogramma, en meewerken aan controlemaatregelen (urinetest e.d.).</p>

Instelling, doelgroep	Zorgaanbod	Bijzonderheden
	<ul style="list-style-type: none"> • Modules waarbij ingegaan wordt op sociale vaardigheden, praktische en maatschappelijke vaardigheden, probleem-oplossen, omgaan met vrije tijd, sport, groepsgesprek en seksuele educatie • Bij ernstige craving kan er eventueel medicatie worden voorschreven <p>Er is een deeltijdbehandeling: cliënten van andere instellingen kunnen dan ook profiteren van de zorgprogramma's van Hoeve Boschoord.</p>	
<p><i>SGLVG- instellingen:</i> <i>Stichting De Borg</i> Doelgroep: cliënten vanaf 18 jaar met een verstandelijke beperking of zwakbegaafd intelligentieniveau en ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen</p>	<p><i>Status: huidig zorgaanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Voorlichtingsmodules (gericht op het 'kennen') zoals modules over verslaving, seksualiteit, gezondheid, omgaan met verstandelijke handicap. • Therapeutische modules (gericht op het 'kunnen') zoals agressie-regulatie, weerbaarheid/grenzen, emotieherkenning, spanning/ontspanning, delictanalyse en delict-/probleemscenario. • Vaardigheidstrainingen (gericht op het 'doen') zoals sociale vaardigheden, werkvaardigheden, vakbekwaamheden, omgaan met geld, omgaan met vrije tijd, omgaan met relaties en schoolse vaardigheden. • Aangepaste zorgprogramma's voor LVG'ers (status: aanpassings-/ implementatiefase) <ul style="list-style-type: none"> – Agressie-regulatieprogramma – Verslavingsprogramma – Zedenprogramma voor seksuele delinquenten 	