

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/280619678>

# Problematiek en zorgbehoefte van gedetineerden met een ISD-maatregel in JJ Vught

Book · January 2009

CITATIONS

2

READS

229

4 authors:



**Dr Soenita Ganpat**

University of Derby

16 PUBLICATIONS 121 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Elske Wits**

IVO Addiction Research Institute

31 PUBLICATIONS 38 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Tim Schoenmakers**

University of Amsterdam

126 PUBLICATIONS 2,150 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Peter G J Greeven**

Verslavingszorg Novadic-Kentron

23 PUBLICATIONS 111 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

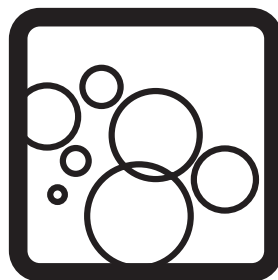


Improved access to addiction treatment for individuals with intellectual disabilities and substance use disorder [View project](#)



Addiction [View project](#)

# **Problematiek en zorgbehoefte van gedetineerden met een ISD-maatregel in JI Vught**



Soenita Ganpat  
Elske Wits  
Tim Schoenmakers,  
Peter Greeven



NOVADIC  KENTRON •  
*netwerk voor verslavingszorg*

**Problematiek en zorgbehoefte van gedetineerden met een ISD-maatregel in JI Vught**  
Soenita Ganpat (IVO), Elske Wits (IVO), Tim Schoenmakers (IVO) & Peter Greeven (Novadic-Kentron)

Met medewerking van:  
Mijke van Gogh (Novadic-Kentron), Kim Lens (IVO) en Estella van der Wal (IVO)

Maart 2009

**IVO**  
Heemraadssingel 194  
3021 DM Rotterdam  
T 010 425 33 66  
secretariaat@ivo.nl

ISBN xxx-xx-xxxxx-xx-xx

Ontwerp en druk: Basement Grafische Producties, Den Haag

# Inhoudsopgave

|                                                      |           |
|------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Samenvatting</b>                                  | <b>5</b>  |
| <b>1 Inleiding</b>                                   | <b>8</b>  |
| 1.1 Achtergrond                                      | 8         |
| 1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen                 | 9         |
| 1.3 Leeswijzer                                       | 9         |
| <b>2 Methoden van onderzoek</b>                      | <b>12</b> |
| 2.1 Onderzoeksdesign                                 | 12        |
| 2.2 In- en exclusiecriteria gedetineerden            | 12        |
| 2.3 Meetinstrumenten interviews                      | 13        |
| 2.4 Verloop dataverzameling                          | 15        |
| 2.5 Statistische analyses                            | 16        |
| 2.6 Bepalen van de zorgbehoefte: focusgroepdiscussie | 17        |
| <b>3 Kenmerken en problematiek</b>                   | <b>20</b> |
| 3.1 Achtergrondkenmerken                             | 20        |
| 3.2 Delictgegevens                                   | 22        |
| 3.3 Intelligentie en psychische problematiek         | 24        |
| 3.4 Middelengebruik                                  | 31        |
| 3.5 Waargenomen subgroepen                           | 35        |
| <b>4 Zorgbehoefte</b>                                | <b>40</b> |
| 4.1 Diagnostiek                                      | 40        |
| 4.2 Motivatie                                        | 41        |
| 4.3 Zorgbehoefte subgroep 1                          | 41        |
| 4.4 Zorgbehoefte subgroep 2                          | 42        |
| 4.5 Zorgbehoefte subgroep 3                          | 43        |
| <b>5 Conclusies</b>                                  | <b>46</b> |
| 5.1 Onderzoeksopzet en verloop dataverzameling       | 46        |
| 5.2 Problematiek ISD-ers en niet-ISD-ers, subgroepen | 47        |
| 5.3 Zorgbehoefte                                     | 49        |
| 5.4 Tot slot                                         | 50        |

|             |                                                        |
|-------------|--------------------------------------------------------|
| Referenties | 51                                                     |
| Bijlage     |                                                        |
| I           | Tabel middelengebruik 54                               |
| II          | Betekenis schalen MMPI 55                              |
| III         | Diagnoses MINI 57                                      |
| IV          | Variabelen opgenomen in clusteranalyses 58             |
| V           | Toelichting op uitvoering van de clusteranalyse 59     |
| VI          | Deelnemers focusgroepdiscussie zorgbehoefte ISD-ers 60 |
| VII         | Overzicht leden ISD-stuurgroep 60                      |

## Samenvatting

In de afgelopen jaren is er een groeiend besef dat het behandelen van gedetineerden met een ISD-maatregel een meerwaarde kan hebben bij het terugdringen van de recidivekans. Novadic-Kentron, zorgaanbieder voor ISD-gemaatregelden (ISD-ers) in de JI Vught, heeft IVO in 2008 gevraagd onderzoek uit te voeren naar de problematiek van ISD-ers en niet-ISD-ers. Daarbij is voortgebouwd op eerder onderzoek onder ISD-ers door Novadic-Kentron. Het onderzoek onder 99 gedetineerden in JI Vught bevestigt dat het primaire delictpatroon bij de ISD-ers vaak gerelateerd is aan middelengebruik, veel vaker dan bij de niet-ISD-ers. Daarbij maken ISD-ers zich vooral schuldig aan vermogensdelicten, wat typerend is voor een groep met een - eveneens vastgesteld - hoog drugsgebruik. De problematiek onder ISD-ers is complex. Zij hebben gemiddeld een lagere geschatte IQ-score dan niet-ISD-ers. Ook hebben meer ISD-ers last van zware depressies. De groep ISD-ers wordt tenslotte gekenmerkt door gebrek aan diploma's, lange periodes van werkloosheid en een forse schuldenproblematiek.

Behalve het onderscheid tussen ISD-ers en niet-ISD-ers is onderscheid gemaakt naar drie subgroepen in de totale onderzoeksgroep (ISD-ers en niet-ISD-ers), die relevant zijn voor de hulpverleningspraktijk. De eerste groep wordt gekenmerkt door gebruik van meerdere middelen (ooit) waaronder harddrugs, veel actuele psychische problematiek en een laag geschat IQ ten opzichte van de andere groepen. In deze groep komen de meeste ISD-ers voor. De tweede groep valt op door gebruik van meerdere middelen (ooit) waaronder harddrugs, maar de volledige afwezigheid van actuele psychische stoornissen. Op andere kenmerken neemt deze groep een middenpositie in. De derde groep, waar de meeste niet-ISD-ers in voorkomen, is jonger en naar schatting intelligenter. Het merendeel heeft maar één middel ooit gebruikt (voornamelijk alcohol- of cannabis) en bij de helft doet zich actuele psychische problematiek voor. Ook wat betreft achtergrondkenmerken en maatschappelijke problematiek zijn deze groepen verschillend van elkaar. De relevantie van de gevonden indeling wordt bevestigd door zorgprofessionals die in het kader van dit onderzoek zijn geraadpleegd (zie § 5.3). De resultaten laten zien dat 'de' ISD-er niet bestaat: immers, de meeste ISD-ers zijn terug te vinden in subgroep 1 met de meest zware en complexe problematiek, maar ook in subgroep 2 zonder actuele psychische stoornissen en in subgroep 3 waarin het middelengebruik minder op de voorgrond staat, zijn ISD-ers terug te vinden.

De zorgbehoefte is onderzocht aan de hand van de hierboven beschreven drie subgroepen. Zes zorgprofessionals hebben zich in een focusgroepdiscussie over dit onderwerp gebogen. Voor de deelnemers blijken de drie subgroepen duidelijk herkenbaar te zijn. De conclusies ten aanzien van de zorgbehoefte zijn:

- Voor alle subgroepen dient de screening & diagnostiek te worden verbeterd. Daarbij moet meer dan nu gebeurt worden gefocust op de persoonlijkheidskenmerken en sociale problemen. Randvoorwaarde voor een goede diagnostiek/screening is een betere gegevensuitwisseling tussen betrokken partijen, om bijvoorbeeld zicht te krijgen op de hulpverleningsgeschiedenis.

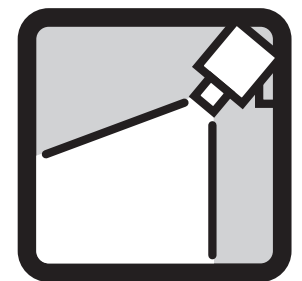
- Gebrek aan motivatie voor zorg en behandeling is een groot probleem bij deze subgroepen, zeker in een gedwongen setting. Aandacht hiervoor is van groot belang, vanaf de start van een begeleidings-traject. Aandacht is ook nodig voor verbetering van de huidige methodieken zoals Motivational Interviewing (MI), omdat die bij de subgroep met complexe problematiek niet altijd het gewenste resultaat geeft. De mogelijkheid van een voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) biedt kansen voor het slagen van een nazorg/re-integratietraject. Wanneer deze drang wegvalt is de kans op terugval echter groot.
- De subgroep met de meest complexe problematiek (groep 1) moet bij voorkeur levenslang zorg (zoals wonen en dagbesteding) worden geboden. Daarbij moet het mogelijk zijn om drugs te blijven gebruiken; abstinentie is niet of nauwelijks haalbaar. Klinische behandeling is zelden zinvol. De continuïteit in de begeleiding van deze groep verdient eveneens veel aandacht. De partij die verantwoordelijk is voor het toezicht na fase 2 of na detentie dient bij voorkeur al vóór fase 2 of vroeg in de detentieperiode betrokken te worden bij de begeleiding van de cliënt.
- Bij subgroep 2 bieden begeleiding en behandeling voldoende kansen op resultaat. Met name voor deze groep is in het begin van de detentieperiode veel te winnen, omdat goede diagnostiek mogelijk is. Abstinentie zou niet per se moeten worden nagestreefd (m.a.w. er is een zorgaanbod nodig waar gebruik is toegestaan), maar een stoppoging moet wel worden aangemoedigd en ondersteund. Voor een groot deel van deze subgroep is na afloop van de detentieperiode een begeleide woonvorm aangewezen, plus het aanleren van woonvaardigheden. Al tijdens detentie (fase 2 voor ISD-ers) moet worden toegewerkt naar resocialisatie en het aanleren van nieuwe copingstrategieën. Ook bij deze groep moet rekening worden gehouden met een mogelijk laag IQ.
- Subgroep 3 heeft een hoge mate van zelfredzaamheid en goede opleidingskansen (gemiddeld normaal IQ). Deze groep is wellicht minder “beschadigd” (minder harddruggebruik in verleden), heeft weinig schuldbesef en heeft naar verwachting verhoudingsgewijs meer persoonlijkheidsstoornissen dan groep 1 en 2. Vooral praktische ondersteuning is nodig via ambulante zorg (wonen, werk, geld) en het steunsysteem dient in de volle breedte te worden aangesproken (bijvoorbeeld middels Community Reinforcement Approach). Bij deze groep is daadwerkelijk nazorg nodig, en nauwelijks vervolgzorg.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat met name het middelengebruik onder ISD-ers hoog is in vergelijking met niet-ISD-ers, evenals de verwevenheid hiervan met het plegen van (vermogens)delicten. De combinatie en onderlinge verwevenheid van druggebruik, psychische problemen, criminaliteit en maatschappelijke problemen maakt deze problemen hardnekkig en laten zien dat de ISD-ers een kwetsbare groep vormen. Uit het onderzoek wordt duidelijk dat moet worden geïnvesteerd in aanbodontwikkeling voor ISD-ers. De insteek voor de subgroep met de meest complexe problemen is daarbij stabilisatie of schadebeperking en langdurige begeleiding, en niet behandeling.

# hoofdstuk 1

## inleiding

### Inleiding



# Hoofdstuk 1

## Inleiding

### 1.1 Achtergrond

Een relatief groot deel van alle geregistreerde criminaliteit wordt gepleegd door daders die stelselmatig delicten plegen (ook wel veelplegers genoemd). Veelplegers zorgen voor maatschappelijke overlast en bewerkstelligen onveiligheidsgevoelens onder burgers.

Sinds 2004 is de ISD<sup>1</sup>-maatregel ingevoerd en kan door de strafrechter worden opgelegd om meerderjarige stelselmatige plegers van misdrijven langer van hun vrijheid te beroven (maximaal twee jaar). Doel van de ISD-maatregel is tweeledig: enerzijds beveiliging van de maatschappij (primaire doel) en anderzijds de mogelijkheid om door middel van gedragsbeïnvloeding het recidiverisico te verminderen (secundair) (Ministerie van Justitie, 2004).

De psychische en psychosociale problematiek onder gedetineerden en met name onder ISD-ers, en de gebrekkige zorg voor deze doelgroep is een kwestie die de afgelopen jaren veel ter discussie heeft gestaan (Gemeentelijke Ombudsman Amsterdam, 2007; Ist, 2008; Kerkhof, 2008; RMO, 2007; RSJ, 2007; Struijk, 2005). Sinds de invoering van de maatregel in 2004 is duidelijk geworden dat de populatie ISD-ers met grotere problemen te kampen had dan verwacht, en is er meer aandacht ontstaan voor de mogelijkheid om via een persoonsgerichte aanpak te werken aan resocialisatie van veelplegers (Ministerie van Justitie, 2008a). Dit laatste is mede ingegeven door het streven naar een vermindering van de recidive met 10% in de huidige kabinetsperiode (vanaf 2007).

De huidige visie van het Ministerie van Justitie is dat de tijd die gedetineerden vast zitten effectiever dient te worden benut, om te voorkomen dat zij na detentie opnieuw de fout in gaan. Op grond van een zorgvuldige screening van problemen wordt vanaf 2009 voor elke gedetineerde een individueel re-integratieplan opgesteld. Voor de komende twee jaar is meer dan een verdubbeling van het aantal zorgplaatsen voor gedetineerden met psychiatrische problemen voorgenomen (Ministerie van Justitie, 2008b).

<sup>1</sup> De afkorting ISD staat voor Inbewaringstelling Stelselmatige Daders.

Dit voornemen is onderdeel van een brede modernisering van het gevangeniswezen, met als uiteindelijk doel het terugdringen van de recidive. Om de nazorg en re-integratie een meer verplichtend karakter te geven kan bovendien vanaf medio 2008 gebruik worden gemaakt van de voorwaardelijke invrijheidstelling.

Er bestaat nog veel onduidelijkheid over de omvang van de problematiek en de zorgbehoefte van ISD-ers (Adriaens et al., 2007). Bij de begeleiding van ISD-ers in de Justitiële Inrichting (JI) Vught worden met name knelpunten ervaren in de omgang met de relatief grote groep ISD-ers met psychiatrische problematiek en/of een verstandelijke handicap. Daarnaast zijn er knelpunten geconstateerd in de aansluiting tussen intramurale en extramurale zorg (de moeizame instroom en het verblijf in vervolgvoorzieningen) en in het feitelijke zorgaanbod dat ISD-ers kan worden geboden (Biesma, Zwieten, Snippe & Bieleman, 2006).

Vanwege het gebrek aan inzicht in de problematiek van ISD-ers zijn in 2006/2007 reeds kenmerken van ISD-ers in Vught onderzocht (Adriaens et al., 2007). Daartoe zijn destijds 41 ISD-ers geïnterviewd. Om statistische toetsing mogelijk te maken is besloten om het bovengenoemde onderzoek uit te breiden met interviews onder ISD-ers en onder een vergelijkingsgroep van niet-ISD-ers. Novadic-Kentron heeft begin 2008 het IVO gevraagd dit vervolgonderzoek uit te voeren. Dit in verband met haar rol als zorgaanbieder voor ISD-ers in deze JI. In onderliggende rapportage worden de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd.

### 1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het onderzoek heeft tot doel inzicht te geven in de specifieke (psychische) problematiek van ISD-ers en de zorgbehoefte van ISD-ers, in vergelijking met niet-ISD-ers.

In deze rapportage wordt antwoord gegeven op de volgende twee onderzoeksvragen:

1. In hoeverre verschillen ISD-ers van niet-ISD-ers in de JI Vught, als het gaat om demografische kenmerken, delictgegevens, psychische problematiek en verstandelijke vermogens?
2. Wat is de zorgbehoefte van ISD-ers en niet-ISD-ers in JI Vught volgens zorgprofessionals, en in hoeverre zijn er verschillen in de waargenomen zorgbehoefte van deze twee groepen?

### 1.3 Leeswijzer

Om antwoord te krijgen op deze onderzoeksvragen zijn twee methoden toegepast: het afnemen van gestructureerde interviews met gedetineerden en het raadplegen van zorgprofessionals in een focus-groepdiscussie. Bij het analyseren van de interviewdata is onder meer nagegaan of subgroepen van gedetineerden (ISD-ers en niet-ISD-ers) te herkennen zijn. Deze werkwijzen worden in hoofdstuk 2 toegelicht, zowel voor het oorspronkelijke onderzoek in 2006/2007 als voor het vervolgonderzoek in 2008. Vervolgens komen in hoofdstuk 3 de resultaten van de interviews met gedetineerden aan de orde, en de gevonden subgroepen met hun kenmerken. Hoofdstuk 4 bespreekt de zorgbehoefte van deze subgroepen. In hoofdstuk 5 tenslotte zijn de conclusies te vinden.

# methoden

## hoofdstuk 2

### Methoden van onderzoek



# Hoofdstuk 2

## Methoden van onderzoek

### 2.1 Onderzoeksdesign

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn zoals gezegd twee onderzoeksmethoden toegepast:

1. aanvullend onderzoek (interviews) onder ISD-ers en een groep niet-ISD-ers (§2.2 – 2.5);
2. focusgroepdiscussie met experts (§ 2.6).

Het aanvullende onderzoek onder gedetineerden is deels door een medewerker van Novadic-Kentron uitgevoerd (interviews ISD-ers), en deels door interviewers van het IVO (niet-ISD-ers).

### 2.2 In- en exclusiecriteria gedetineerden

In 2006/2007 zijn alleen ISD-ers geïnterviewd. In 2008 zijn zowel ISD-ers als niet-ISD-ers geïnterviewd. In deze paragraaf wordt de selectie van de onderzoeksgroep beschreven.

#### Algemeen

Alle gedetineerden die in het eerdere en huidige onderzoek zijn betrokken (resp. 2006/2007 en 2008), verbleven ten tijde van het onderzoek in JI Vught. Zij hebben schriftelijk toestemming verleend voor deelname aan dit onderzoek. Voor zowel ISD-ers als niet-ISD-ers geldt dat zij voldoende Nederlands moesten kunnen spreken om deel te nemen aan het onderzoek. Respondenten die geen Nederlands konden lezen hebben de schriftelijke vragenlijsten niet hoeven invullen. Ook zijn respondenten met een beperkt verstandelijk vermogen (een IQ score van circa 65-70) niet meer uitgenodigd voor het derde interview (MMPI, zie paragraaf 2.3). Dit instrument is te moeilijk voor respondenten met een verstandelijke beperking. De instrumenten die wel afgenomen zijn bij deze respondenten zijn in de analyses meegenomen.

#### ISD-ers

In de onderzoeksperiode in 2008 heeft de medewerker van Novadic-Kentron vrijwel alle ISD-ers geïnterviewd die in Vught aanwezig waren (zie § 2.4). Hiervoor golden geen inclusie- of exclusiecriteria. Voor zover bekend golden in 2006/2007 ook geen criteria voor in- of exclusie in de onderzoeksgroep.

#### Niet-ISD-ers

Inclusiecriteria voor niet-ISD-ers waren de volgende:

- Verblijf op een afdeling (Unit 3) waar een regulier regime wordt gedraaid, en waar lang- en kort-gestraften worden ondergebracht die als relatief ongevaarlijk worden beschouwd in verhouding tot andere afdelingen in JI Vught.
- Daadwerkelijk afgestraft zijn, dat wil zeggen dat de gedetineerde geen arrestant is of in preventieve hechtenis zit (= PH-A status).

Uitgesloten van deze onderzoeksgroep waren:

- Tbs-passanten: hierbij gaat het om gedetineerden die zware delicten hebben gepleegd en tot op zekere hoogte ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard.
- Gedetineerden met de status 'overig': onbekend is wat voor soort gedetineerden (of wat voor soort maatregel) dit betreft.

### 2.3 Meetinstrumenten interviews

#### Keuze van meetinstrumenten

Om een vergelijking tussen kenmerken en problematiek van ISD-ers en niet-ISD-ers te kunnen maken, is gebruik gemaakt van de reeds bestaande gegevens uit het onderzoek dat is uitgevoerd in 2006/2007. Gegevens uit dat onderzoek zijn aangevuld met nieuwe interviews met ISD-ers en met interviews onder een groep niet-ISD-ers, met grotendeels dezelfde meetinstrumenten. Deze meetinstrumenten zijn gestandaardiseerde vragenlijsten die deels mondeling en deels schriftelijk dienen te worden afgenomen.

Vanwege inhoudelijke redenen zijn sommige instrumenten in de onderzoeksopzet van 2008 niet meer ingezet. Dit had te maken met het feit dat deze instrumenten onvoldoende meerwaarde voor het onderzoek bleken te hebben. Uiteindelijk zijn de volgende zeven instrumenten zowel onder ISD-ers als niet-ISD-ers afgenomen (zie ook tabel 1):

1. European Addiction Severity Index (EuropASI)<sup>2</sup>: middelengebruik, sociale relaties, werk en opleiding. Deze lijst is in zijn geheel afgenomen met uitzondering van het justitiële deel en het onderdeel psychische en emotionele klachten, vanwege overlap met andere instrumenten.
2. Meten van Addictie voor Triage en Evaluatie – Crimineel gedrag (MateCrimi): onderdeel relatie middelengebruik en crimineel gedrag;
3. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): screener meest voorkomende As I stoornissen;

<sup>2</sup> De ernstscores van de EuropASI zijn in het onderzoek niet meegenomen.

- 4. Verkorte Groninger Intelligentie Test (Verkorte GIT): schatting verstandelijke vermogens (IQ-score). Deze is minder betrouwbaar dan de volledige GIT, maar geeft wel een ruwe indicatie van de verstandelijke vermogens.
- 5. Zelfrapportage Vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit (ADHD screener): aandachtsstoornis en/of hyperactiviteit of impulsiviteit in kindertijd en volwassenheid;
- 6. Beck Depression Inventory (BDI): mate van depressie;
- 7. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2): persoonlijkheidsstructuur.

Procedure afname instrumenten

Omdat afname van alle instrumenten ongeveer 3,5 uur per gedetineerde in beslag neemt, zijn de instrumenten over drie afspraken verspreid afgenomen. De eerste drie instrumenten zijn mondeling afgenomen en de laatste drie instrumenten schriftelijk (tabel 1). Een aantal onderdelen van het totale interview is door een interviewer individueel afgenomen en een aantal schriftelijke in groepsverband.

Tabel 1. Overzicht meetinstrumenten

| Instrumenten              | Relevante onderdelen                                                                    | Afname                              |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| EuropAsi                  | Middelengebruik, sociale relaties, werk en opleiding                                    | Mondeling                           |
| MateCrimi                 | Relatie middelengebruik en crimineel gedrag                                             | Mondeling                           |
| MINI                      | Meest voorkomende As I stoornissen                                                      | Mondeling                           |
| Verkorte GIT <sup>1</sup> | Verstandelijke vermogens                                                                | Deels mondeling, deels schriftelijk |
| ADHD                      | Aandachtsstoornis en/of hyperactiviteit of impulsiviteit in kindertijd en volwassenheid | Schriftelijk                        |
| BDI                       | Mate van depressie                                                                      | Schriftelijk                        |
| MMPI-2                    | Persoonlijkheidsstructuur                                                               | Schriftelijk                        |

<sup>1</sup> De onderdelen legkaarten, cijferen en woordmatrizen zijn afgenomen. Bij het bepalen van de IQ-score is rekening gehouden met geslacht en leeftijd.

Een aantal gedetineerden heeft besloten om bepaalde instrumenten niet af te ronden of af te breken (tabel 2). In de meeste gevallen betrof dit het instrument MMPI: een aantal respondenten gaf aan geen zin meer te hebben in het interview, concentratieproblemen te hebben, of vond de vragen te persoonlijk. Bovendien bleek een aantal gedetineerden ten tijde van het derde interview niet meer in detentie te verblijven of in een isoleercel te verblijven. Bij een enkeling is de MateCrimi en/of MINI niet afgenomen omdat de respondent de vragen te persoonlijk vond (tabel 2). De gegevens die wel gemeten zijn, zijn meegenomen in de analyses.

Tabel 2. Aantal respondenten per instrument

| Instrumenten | ISD-ers (N=58) | Niet-ISD-ers (N=41) |
|--------------|----------------|---------------------|
| EuropAsi     | 58             | 41                  |
| MateCrimi    | 57             | 40                  |
| MINI         | 58             | 40                  |
| Verkorte GIT | 56             | 39                  |
| ADHD         | 55             | 40                  |
| BDI          | 54             | 40                  |
| MMPI-2       | 48             | 24                  |

2.4 Verloop dataverzameling

Omvang onderzoeksgroep: ISD-ers en niet-ISD-ers

In totaal zijn 58 interviews onder ISD-ers afgenomen: 39<sup>3</sup> interviews uit het eerder uitgevoerde onderzoek van Adriaens et al. (2007) en 19 interviews uit het huidige onderzoek. Oorspronkelijk was het de bedoeling om over 54 interviews met ISD-ers en over 50 interviews met niet-ISD-ers te beschikken. Hoewel het aantal wel gehaald is voor de groep ISD-ers (58 ISD-ers), is dit niet gehaald voor de groep niet-ISD-ers (41 niet-ISD-ers). Gedurende de looptijd van dit onderzoek verbleven onvoldoende geschikte kandidaten op Unit 3 omdat er gelijktijdig een reorganisatie plaatsvond in de JI in de tijd dat de dataverzameling plaatsvond.

Verloop van dataverzameling in 2006/2007 onder ISD-ers

In de periode juli 2006 tot en met februari 2007 hebben Adriaens et al. onderzoek verricht naar de groep ISD-ers in Vught. In totaal werden 56 ISD-ers benaderd voor het onderzoek. Vanaf september 2006 zijn de interviews onder ISD-ers afgenomen. Uiteindelijk hebben 40 ISD-ers meegewerkt, waarvan 1 dossier is zoekgeraakt. 15 ISD-ers wilden niet deelnemen aan het onderzoek, bijvoorbeeld met de reden dat zij al vaak zijn getest en dit te weinig voor hen heeft opgeleverd. Andere redenen die ISD-ers noemden is dat zij zich te ziek voelden, aan het einde van hun traject zitten en het onderzoek daardoor voor hen geen nut meer heeft, dat er beter naar hen geluisterd moet worden of dat de ISD-maatregel beter uitgevoerd zou moeten worden.

Verloop van dataverzameling in 2008 onder ISD-ers

In het kader van het huidige onderzoek heeft een trajectpsycholoog van JI Vught de 39 interviews uit het onderzoek van Adriaens et al. (2007) aangevuld met 19 nieuwe interviews onder ISD-ers (totaal 58). Zij heeft sinds 1 oktober 2007 alle nieuwe instromers met een ISD-maatregel benaderd. In totaal zijn 7 ISD-ers uitgesloten van het onderzoek: 2 ISD-ers bleken reeds in het eerdere onderzoek geïnterviewd te zijn, op

<sup>3</sup> 1 ISD-er bleek twee keer in het bestand te staan. Deze is daarom niet meer in het huidige onderzoek opgenomen.

eigen initiatief is 1 ISD-er halverwege gestopt, 1 ISD-er is niet getest vanwege een psychotische stoornis en 3 ISD-ers zijn overgeplaatst (twee vanwege psychotische stoornis en één vanwege agressiviteit).

#### Verloop van dataverzameling in 2008 onder niet-ISD-ers

De interviews met niet-ISD-ers vond plaats in de periode april tot en met augustus 2008 en zijn afgenomen door twee getrainde onderzoeksassistenten. Ondanks training van de onderzoeksassistenten in de afname van de MINI zijn deze uitkomsten mogelijk minder betrouwbaar, omdat de benodigde praktijkervaring met het instrument ontbrak.

Middels het opvragen van zogenaamde BSD-lijsten (inventarisatielijst van gedetineerden per unit) is de (nieuwe) instroom van gedetineerden op Unit 3 geïnventariseerd. Uiteindelijk hebben 21 niet-ISD-ers geen medewerking verleend aan het onderzoek. Twaalf niet-ISD-ers gaven als reden hiervoor op dat zij geen zin of geen interesse hadden om mee te werken, 4 gedetineerden bleken onvoldoende Nederlands te spreken, 4 gedetineerden gaven aan dat het onderzoek niets voor hen kon betekenen, en tot slot gaf 1 gedetineerde aan dat er al teveel onderzoek loopt. De interviewers kregen echter de indruk dat de relatief hoge non-respons van de niet-ISD-ers wellicht te maken zou kunnen hebben met de angst die onder sommige gedetineerden leeft om een ISD-maatregel opgelegd te krijgen. Zo is het een aantal keren voorgevallen dat sommige gedetineerden bij de uitleg van het onderzoek meteen afhaakten op het moment zij het woord ISD te horen kregen, of in een defensieve houding expliciet benadrukten dat zij geen ISD-maatregel opgelegd hadden gekregen.

## 2.5 Statistische analyses

#### Verschillen ISD-ers en niet-ISD-ers

De data zijn voornamelijk via beschrijvende analyses in SPSS verwerkt. Significantietoetsen geven een indicatie van de kans dat de relatie tussen de variabelen op toeval berust. Indien de overschrijdingskans kleiner of gelijk aan 0.05 is, dan is de kans klein tot zeer klein dat de relatie tussen de variabelen op toeval berust. Een dergelijke relatie noemen we significant. Met kruistabellen kan achterhaald worden of en in wat voor mate er een samenhang bestaat tussen bepaalde variabelen via bijvoorbeeld een chi-kwadraat toets. Indien net niet aan deze overschrijdingskans is voldaan, is gekeken of er wellicht sprake is van een trend: hiervan is sprake indien de overschrijdingskans tussen 0.05 en 0.10 ligt. Dit betekent dat in deze situatie met een veel minder grote betrouwbaarheid kan worden gesteld dat de groepen van elkaar verschillen. De t-toets is toegepast om te achterhalen of de gemiddelde waarde van een aantal kenmerken van de groep ISD-ers en niet-ISD-ers (bijvoorbeeld beginleeftijd van het middelengebruik) significant van elkaar verschilt. Daarbij is de standaarddeviatie (SD) in acht genomen: dit is een maat voor spreiding (ten opzichte van het gemiddelde). Hoe groter de standaarddeviatie, des te verder de gemiddelde afstand van de waarnemingen ten opzichte van het gemiddelde. Een van de voorwaarden van de t-toets is dat er sprake moet zijn van een normale verdeling. Indien er geen sprake was van een normale verdeling, is een non-parametrische toets toegepast, in dit geval de Mann-Whitney toets. Tot slot zijn hiërarchische regressieanalyses uitgevoerd bij variabelen waar voor bijvoorbeeld leeftijd gecontroleerd moest worden. Dit is een lineaire regressieanalyse waarbij een aantal onafhankelijke

variabelen stapsgewijs in een model worden toegevoegd, om te achterhalen of deze een significante voorspeller zijn van een afhankelijke variabele (zoals het aantal jaren dat iemand alcohol in grote hoeveelheden heeft gebruikt). Wanneer in de resultaten (hoofdstuk 3) deze controle voor leeftijd niet wordt genoemd, betekent dit dat controle voor leeftijd ons inziens niet nodig of nuttig was.

#### Psychische problematiek: subgroepen

Door middel van een hiërarchische clusteranalyse is nagegaan of subgroepen zijn te onderscheiden in onze steekproef, zonder bij voorbaat uit te gaan van een verschil tussen ISD-ers en niet-ISD-ers. Om de clusteranalyse uit te voeren moet een keuze gemaakt worden uit kenmerken (variabelen) op basis waarvan we subgroepen willen onderscheiden. De behoefte aan kennis over subgroepen komt voort uit de vraag of, en zo ja, hoe de zorgverlening moet worden aangepast op specifieke eigenschappen van subgroepen gedetineerden. Het gaat dan met name om zorg vanwege psychische problematiek, inclusief verslaving. Daarom is gekozen om in de clusteranalyse kenmerken mee te nemen aangaande, of gerelateerd aan psychiatrische problematiek: gebruik van verschillende middelen (ooit in het leven; gemeten met de EuropASI), de actuele aanwezigheid van stemmings-, angst- en psychotische stoornissen (gemeten met de MINI), en tot slot niveau van intelligentie (IQ; gemeten met de GIT).

Nadat door middel van de analyse groepen zijn onderscheiden, wordt vervolgens gekeken op welke wijze deze groepen van elkaar verschillen, en of dit betekenisvolle verschillen zijn. Hiervoor is ten eerste gekeken naar verschillen tussen groepen op de variabelen uit de clusteranalyse. Ten tweede is gekeken hoe ISD-ers en niet-ISD-ers verdeeld zijn over de groepen.

In bijlage V wordt nader ingegaan op de uitvoering van de clusteranalyses (transformeren van variabelen en invullen van ontbrekende waarden).

## 2.6 Bepalen van de zorgbehoefte: focusgroepdiscussie

Om de resultaten te vertalen naar de praktijk zou oorspronkelijk met behulp van de methode Matching Needs & Services (MNS) (Melamid & Brodhar, 2003) de zorgbehoefte van ISD-ers en niet-ISD-ers worden bepaald. Op basis van beschrijvingen van alle casussen zou door zorgprofessionals worden bepaald wat de individuele zorgbehoefte op een aantal levensterreinen is, en welke subgroepen kunnen worden herkend. Mede gezien de complexiteit van de problematiek op individueel niveau, en gebrek aan inzicht in de probleemgeschiedenis (woonsituatie, hulpverleningsgeschiedenis) en gebrek aan informatie over de motivatie van de gedetineerde bleek het onmogelijk om via MNS een betrouwbaar en valide antwoord op onderzoeksvraag 2 te verkrijgen. Gekozen is daarom voor een alternatieve opzet (zie hoofdstuk 4), waarmee een oordeel van zorgprofessionals op groepsniveau is verkregen.

In een focusgroepdiscussie met 6 behandelaars, trajectbegeleiders en programmamanagers (zie bijlage VI) is nagegaan wat de uitkomsten van het onderzoek onder gedetineerden in de praktijk betekenen. Centraal in de discussie heeft gestaan de zorgbehoefte van ISD-ers en van de onderscheiden subgroepen, waarin ook niet-ISD-ers zijn meegenomen. Uitgangspunt in de discussie was het professionele oordeel over welke zorg nodig is gezien het beeld van de problematiek in de drie onderscheiden groepen. Over de motivatie van de gedetineerden zijn geen gegevens verzameld. Uit de praktijk weten we dat het gebrek aan motivatie een groot probleem is en de onvrijwillige setting van de behandeling maakt dit tot een lastig probleem, waar vanzelfsprekend veel aandacht aan dient te worden besteed. In hoofdstuk 5 wordt hierop teruggekomen.

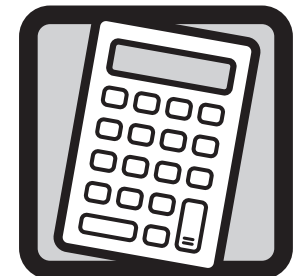
Allereerst is nagedacht over de lange termijn: wat is het behandelperspectief van deze drie doelgroepen? Vervolgens is per fase van de detentieperiode (intake/diagnostiek, 1e jaar, 2e jaar, nazorg) gediscussieerd over de zorgbehoefte en het verschil tussen de onderscheiden subgroepen. Bij aanvang van de bijeenkomst werd benadrukt dat de discussie om de benodigde **inhoud** van de zorg gaat, niet om de praktische haalbaarheid (proces/samenwerking/financiën). Bovendien was het uitgangspunt van de discussie: wat is goede/passende zorg (en niet alleen: wat is nodig om recidive te voorkomen).

Het verslag van de bijeenkomst is ter verifiëring en aanvulling verstuurd aan alle acht genodigden, waarvan 6 aanwezig waren op de bijeenkomst en 2 afwezig. Dit verslag vormde een belangrijke basis voor hoofdstuk 4, waarin antwoord wordt gegeven op de tweede onderzoeksvraag (zorgbehoefte ISD-ers).

## hoofdstuk 3

# kenmerken

## Kenmerken en problematiek



# Hoofdstuk 3

## Kenmerken en problematiek

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kenmerken en problematiek van ISD-ers en niet-ISD-ers, zoals naar voren gekomen uit de interviews (zelfrapportage). Hieronder wordt besproken in hoeverre ISD-ers en niet-ISD-ers van elkaar verschillen ten aanzien van achtergrondkenmerken, delictgegevens, psychische problematiek en middelengebruik.

### 3.1 Achtergrondkenmerken

Alle respondenten zijn mannen. ISD-ers zijn gemiddeld ouder dan niet-ISD-ers (Mann-Whitney toets,  $p \leq .01$ ). De gemiddelde leeftijd van ISD-ers bedraagt 37 jaar, niet-ISD-ers hebben een gemiddelde leeftijd van 30 jaar. Bijna de helft van de niet-ISD-ers (44%) valt in de leeftijdscategorie 18 tot en met 24 jaar (tabel 3). Een kleine minderheid (7%) van de ISD-ers is 18 tot en met 24 jaar oud; de meerderheid (79%) is 25 - 44 jaar.

Tabel 3. Leeftijdsopbouw

|                    |         | ISD<br>(N=58) | Niet-ISD<br>(N=41) |
|--------------------|---------|---------------|--------------------|
| Leeftijdscategorie | 18 - 24 | 7%            | 44%                |
|                    | 25 - 44 | 79%           | 51%                |
|                    | 45 - 64 | 14%           | 5%                 |
|                    | >64     | 0%            | 0%                 |

Er is sprake van een significant verschil in de afkomst tussen ISD-ers en niet-ISD-ers ( $p \leq .01$ ). ISD-ers zijn minder vaak van niet-westerse allochtone<sup>4</sup> afkomst dan niet-ISD-ers (tabel 4). De helft van de niet-ISD-ers is niet-westers allochtoon, tegenover 17% van de ISD-ers.

Tabel 4. Afkomst

|                                               | ISD*<br>(N=58) | Niet-ISD*<br>(N=41) |
|-----------------------------------------------|----------------|---------------------|
| Autochtoon: beide ouders in Nederland geboren | 66%            | 42%                 |
| Niet-westers allochtoon                       | 17%            | 51%                 |
| Westers allochtoon                            | 17%            | 7%                  |

\* $p \leq .01$ , Chi-kwadraat toets toegepast.

Zowel onder ISD-ers als onder niet-ISD-ers is het percentage dat nooit is gehuwd hoog (respectievelijk 88% en 73%, geen significant verschil). Er is sprake van een trend: ISD-ers zijn vaker nooit gehuwd geweest dan niet-ISD-ers ( $p = .07$ , chi-kwadraat toets). ISD-ers hebben significant vaker de middelbare school niet afgemaakt dan niet-ISD-ers. 67% van ISD-ers heeft geen middelbare school diploma behaald tegenover 39% niet-ISD-ers. ISD-ers zijn gemiddeld langer (8 jaar) aaneengesloten werkloos geweest dan de groep niet-ISD-ers (3 jaar) ( $p \leq .01$ , t-toets; tabel 5). Dit verschil kan worden veroorzaakt door de gemiddeld hogere leeftijd van ISD-ers. Na correctie voor leeftijd blijkt dit verschil nog steeds aanwezig te zijn ( $p \leq .05$ ). In de duur van de periode waarin men wel heeft gewerkt is geen significant verschil gevonden.

Tabel 5. Werksituatie

|                                   | ISD<br>Gemiddeld | SD   | N  | Niet-ISD<br>Gemiddeld | SD   | N  | p  |
|-----------------------------------|------------------|------|----|-----------------------|------|----|----|
| Aantal jaren aansluitend werkloos | 8                | 6,79 | 57 | 3                     | 5,94 | 40 | ** |
| Aantal jaren aansluitend gewerkt  | 5                | 4,90 | 56 | 5                     | 6,11 | 41 | ns |

\* $p \leq .05$ , \*\* $p \leq .01$ , ns= niet significant, SD=standaarddeviatie

Beide groepen gedetineerden hebben een flinke schuldenproblematiek: 18% van de ISD-ers en 29% van de niet-ISD-ers hebben een schuld van meer dan 10.000 euro (tabel 6). Dit verschil is niet significant, hoewel er wel een trend valt op te maken ( $p = .08$ ) in de richting van hogere schulden onder niet-ISD-ers.

<sup>4</sup> Conform definitie Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): 'Autochtonen zijn personen van wie beide ouders in Nederland zijn geboren, ongeacht het land waar ze zelf zijn geboren. Tot de categorie 'niet-westers' behoren allochtonen uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië met uitzondering van Indonesië en Japan.'

Tabel 6. Schulden

|                              | ISD*<br>(N=51) | Niet-ISD*<br>(N=41) |
|------------------------------|----------------|---------------------|
| Minder dan 6.000 euro schuld | 63%            | 66%                 |
| 6.000-10.000 euro schulden   | 20%            | 5%                  |
| Meer dan 10.000 schuld       | 18%            | 29%                 |

\* Trend (p=.08). Chi-kwadraat toets toegepast.  
 Door afronding tellen percentages niet op tot exact 100%

### 3.2 Delictgegevens

ISD-ers en niet-ISD-ers verschillen van elkaar ten aanzien van het soort delict waarvoor zij in de afgelopen vijf jaar in contact zijn geweest met politie of justitie. Er zijn meer ISD-ers vanwege diefstal en/of inbraak in contact geweest met politie en justitie dan niet-ISD-ers (tabel 7). Ook zijn meer ISD-ers in contact geweest met politie of justitie vanwege vandalisme, overlast of ander asociaal of antisociaal gedrag dan niet-ISD-ers. Daarentegen zijn meer niet-ISD-ers, in vergelijking met ISD-ers, in contact geweest met politie of justitie vanwege geweld tegen personen, al dan niet in combinatie met een vermogensdelict.

Tabel 7. Delictgegevens afgelopen 5 jaar (meerdere delicten mogelijk)

|                                                                    | ISD  | N  | Niet-ISD | N  | p  |
|--------------------------------------------------------------------|------|----|----------|----|----|
| Geweld tegen personen <sup>2</sup>                                 | 24%  | 42 | 53%      | 40 | ** |
| Geweld tegen personen met vermogensdelict <sup>3</sup>             | 7%   | 41 | 33%      | 40 | ** |
| Brandstichting                                                     | 3%   | 40 | 3%       | 40 | -  |
| Diefstal en/of inbraak <sup>4</sup>                                | 100% | 54 | 40%      | 40 | ** |
| Vandalisme, overlast en ander asociaal en antisociaal gedrag       | 24%  | 41 | 8%       | 40 | *  |
| Illegale productie, grootschalig bezit, handel of smokkel in drugs | 19%  | 42 | 30%      | 40 | ns |
| Rijden onder invloed                                               | 29%  | 42 | 15%      | 40 | ns |

\*p≤.05, \*\*p≤.01, ns= niet significant, -= geen uitspraken mogelijk over significantie vanwege kleine n. Chi-kwadraat toets toegepast.  
<sup>2</sup> Geweld tegen personen omvat moord, doodslag, bedreiging met wapen, mishandeling, aanranding, verkrachting.  
<sup>3</sup> Geweld tegen personen met een vermogensdelict omvat (roof)overval.  
<sup>4</sup> Hierbij gaat het om diefstal en/of inbraak in een woning, auto of winkel.  
 (Conform indeling MateCrimi)

#### Primair patroon

Bij meer ISD-ers is er sprake van een primair patroon<sup>5</sup> (91%) dan bij niet-ISD-ers (68%) (p≤.01, chi-kwadraat toets). Bovendien is er een significant verschil tussen beide groepen in de aard van het primaire delict-patroon (p≤.01) (tabel 8). Meer ISD-ers hebben als primair patroon diefstal en/of inbraak dan niet-ISD-ers. Het primaire patroon bij niet-ISD-ers omvat vaker geweld tegen personen (al dan niet in combinatie met een vermogensdelict).

Tabel 8. Inhoud primair patroon (recidive in soortgelijk crimineel gedrag)

|                                                                    | ISD*<br>(N=46) | Niet-ISD*<br>(N=27) |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|
| Diefstal en/of inbraak                                             | 96%            | 37%                 |
| Geweld tegen personen                                              | 2%             | 30%                 |
| Geweld tegen personen met vermogensdelict                          | 2%             | 15%                 |
| Illegale productie, grootschalig bezit, handel of smokkel in drugs | 0%             | 11%                 |
| Rijden onder invloed                                               | 0%             | 7%                  |
| Vandalisme, overlast en ander asociaal en antisociaal gedrag       | 0%             | 0%                  |
| Brandstichting                                                     | 0%             | 0%                  |

\*p≤.01, Chi-kwadraat toets toegepast.

#### Relatie primair patroon en middelengebruik

Er is bij meer ISD-ers een relatie tussen het primaire delictpatroon en middelengebruik dan bij niet-ISD-ers (tabel 9, p≤.01, chi-kwadraat toets). Ruim een derde van de ISD-ers vertoont het primaire delictpatroon alleen onder invloed, terwijl bijna tweederde van de niet-ISD-ers het gedrag alleen vertoont als hij **niet** onder invloed is.

Tabel 9. Relatie primair patroon en middelengebruik

|                                                                                                                                       | ISD*<br>(N=50) | Niet-ISD*<br>(N=27) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|
| Ja, de persoon vertoont het gedrag alleen als hij onder invloed is                                                                    | 38%            | 19%                 |
| Nee, er is geen relatie want de persoon vertoont het gedrag zowel als hij niet onder invloed is, als wanneer hij wel onder invloed is | 34%            | 11%                 |
| Nee, de persoon vertoont het gedrag alleen als hij niet onder invloed is                                                              | 16%            | 63%                 |
| Nee, er is geen relatie vast te stellen om dat de persoon vrijwel altijd onder invloed is                                             | 12%            | 7%                  |

\* p≤.01, Chi-kwadraat toets toegepast

<sup>5</sup> Primair patroon betekent dat er herhaaldelijk sprake is van min of meer hetzelfde crimineel gedrag dat in vergelijkbare omstandigheden en uit dezelfde motieven is voorgekomen (definitie conform MateCrimi).

### 3.3 Intelligentie en psychische problematiek

#### Intelligentie

ISD-ers hebben gemiddeld een significant lagere geschatte IQ-score dan niet-ISD-ers ( $p \leq .05$ , t-toets). Gemiddeld hebben ISD-ers een benedengemiddelde IQ-score (IQ-score 91), terwijl niet-ISD-ers een gemiddelde IQ-score hebben (IQ-score 98).

Meer dan de helft van de ISD-ers heeft een zeer lage tot benedengemiddelde geschatte IQ-score, terwijl het merendeel van de niet-ISD-ers een gemiddelde tot ruim bovengemiddelde geschatte IQ-score heeft (tabel 10, figuur 1). Een score van minder dan 75 (d.w.z. een laag tot zeer laag IQ) heeft 10% van de ISD-ers. Bij niet-ISD-ers komt deze lage score niet voor.

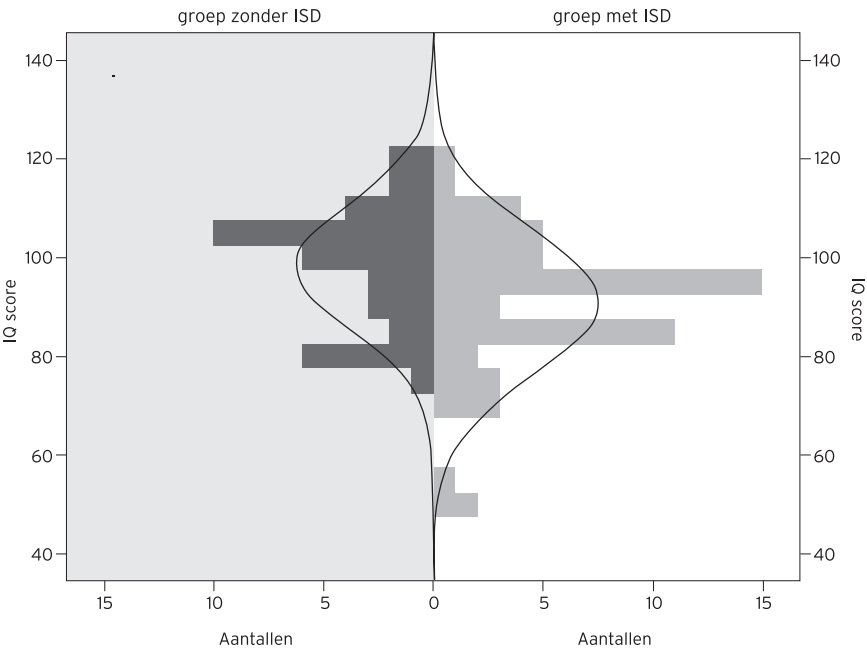
Tabel 10. IQ indeling<sup>6</sup>

|                        | ISD*<br>(N=56) | Niet-ISD*<br>(N=39) |
|------------------------|----------------|---------------------|
| Zeër laag              | 5%             | 0%                  |
| Laag                   | 5%             | 0%                  |
| Ruim beneden gemiddeld | 9%             | 18%                 |
| Beneden gemiddeld      | 32%            | 18%                 |
| Gemiddeld              | 36%            | 28%                 |
| Bovengemiddeld         | 9%             | 28%                 |
| Ruimbovengemiddeld     | 4%             | 8%                  |

\* geen uitspraken mogelijk over significantie vanwege kleine n.

<sup>6</sup> Conform BDI indeling: zeer laag (64 en lager), laag (65 t/m 74), ruim beneden gemiddeld (75 t/m 84), beneden gemiddeld (85 t/m 94), gemiddeld (95 t/m 104), bovengemiddeld (105 t/m 114), ruimbovengemiddeld (115 t/m 124).

Figuur 1. Verdeling intelligentiescore ISD-ers en niet ISD-ers



#### Depressie

De mate van depressie is gemeten met behulp van het instrument BDI<sup>7</sup>. De gemiddelde score op deze depressieschaal is van ISD-ers significant hoger (17) dan onder niet-ISD-ers (10) ( $p \leq .01$ , t-toets). Een score van 17 duidt op een lichte depressie, terwijl een score van 10 duidt op een minimale depressie. Wanneer de respondenten individueel worden ingedeeld naar zwaarte van de depressie (minimaal, licht, matig ernstig en ernstig) dan ontstaat het beeld van tabel 11, waar per categorie de gevonden percentages zijn gespecificeerd.

<sup>7</sup> Minimale depressie is score 0-13; lichte depressie is score 14-19; matig ernstig depressie is score 20-28; ernstige depressie is score 29-63.

Tabel 11. Mate van depressie (BDI)

|                          | ISD*<br>(N=54) | Niet-ISD*<br>(N=40) |
|--------------------------|----------------|---------------------|
| Minimale depressie       | 50%            | 73%                 |
| Lichte depressie         | 11%            | 15%                 |
| Matig ernstige depressie | 26%            | 10%                 |
| Ernstige depressie       | 13%            | 3%                  |

(Conform BDI- indeling).  
 \* geen uitspraken mogelijk over significantie vanwege kleine n. Door afronding tellen percentages niet op tot exact 100%

Aandachtstoornis en hyperactiviteit-impulsiviteit

Hoewel ISD-ers en niet-ISD-ers niet significant van elkaar verschillen als het gaat om de aanwezigheid van een aandachtstoornis in de kindertijd, is er wel sprake van een trend: ISD-ers lijken vaker een aandachtstoornis te hebben in de kindertijd dan niet-ISD-ers (p=.06, tabel 12).

Tabel 12. Aandachtstoornis en hyperactiviteit-impulsiviteit

|                                             | ISD | N  | Niet-ISD | N  | p  |
|---------------------------------------------|-----|----|----------|----|----|
| Aandachtstoornis kindertijd                 | 33% | 55 | 15%      | 39 | ns |
| Aandachtstoornis volwassenheid              | 9%  | 55 | 0%       | 40 | -  |
| Hyperactiviteit-impulsiviteit kindertijd    | 16% | 55 | 5%       | 39 | -  |
| Hyperactiviteit-impulsiviteit volwassenheid | 4%  | 55 | 3%       | 40 | -  |

\*p≤.05, \*\*p≤.01, ns= niet significant. Chi-kwadraat toets toegepast  
 - = geen uitspraken mogelijk over significantie vanwege kleine n.

Persoonlijkheidsstructuur

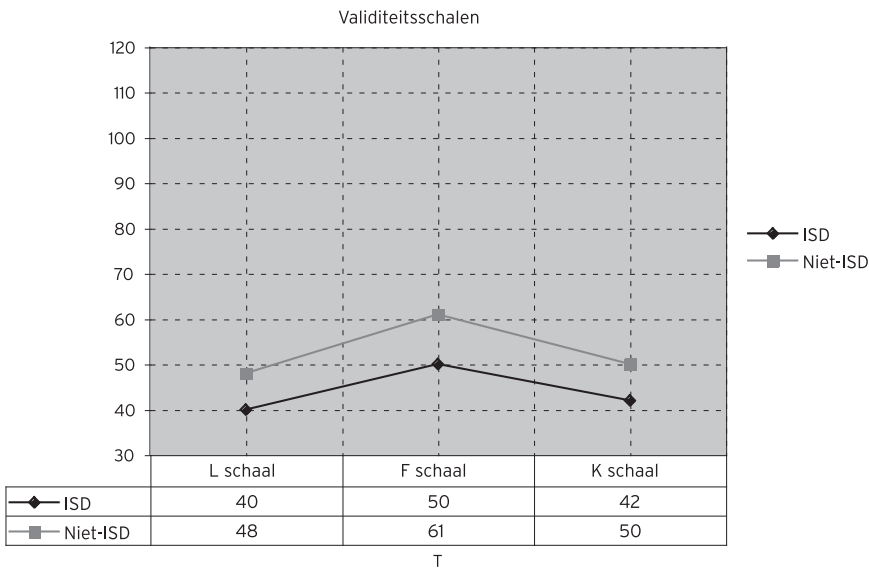
Het instrument MMPI-2 (zie Snellen & Eurelings-Bontekoe, 2003) wordt doorgaans gebruikt om aspecten van persoonlijkheid of psychopathologie te meten. Het instrument bestaat uit enkele schalen om de betrouwbaarheid van de test te bepalen (in de MMPI worden dit validiteitsschalen genoemd<sup>8</sup>), en uit een aantal klinische schalen. In dit onderzoek is bij 72 gedetineerden de MMPI-2 afgenomen: 48 ISD-ers en 24 niet-ISD-ers. Echter, de analyse heeft zich uiteindelijk beperkt tot 55 profielen (36 ISD, 19 niet-ISD), aangezien sommige uitkomsten niet valide waren. De uitkomsten zijn geïnterpreteerd aan de hand van de MMPI-2 handleiding (Derksen et al., 2006).

<sup>8</sup> De validiteitschalen L, F en K geven een indicatie van de betrouwbaarheid van het profiel. In het huidige onderzoek zijn de profielen die op minstens één van deze schalen een T-score hebben van 80 of hoger, aangemerkt als niet valide of niet betrouwbaar.

Hieronder worden de bevindingen op de MMPI uiteengezet voor de ISD-groep en de niet-ISD groep. Het bespreken van de MMPI op groepsniveau heeft als nadeel dat men de individuele en klinisch relevante profielen niet kan onderscheiden. Toch is het een methode die vaker wordt gehanteerd om op groepsniveau de persoonlijkheidsprofielen die uit een dergelijke (zelfrapportage-)vragenlijst voortkomen te onderzoeken (Bannatyne et al., 1999). Het gaat in deze rapportage vooral om de analyse van het totaalbeeld van de scores van de ISD-groep en de tendensen die daaruit naar voren komen. Alleen de verschillen tussen ISD-ers en niet-ISD-ers op de scores van de afzonderlijke schalen zijn op significantie getoetst (zie bijlage II). De maximum score op een schaal is 120; een score boven de 60 wordt aangemerkt als verhoogd<sup>9</sup>.

Bij de MMPI controleert men als eerste de validiteit van het protocol. Uit de analyse voor beide groepen blijkt dat men deze valide heeft ingevuld (figuur 2). De niet-ISD-groep scoort gemiddeld wel hoger op de L-F-K configuratie. Dit betekent dat men (meer dan de ISD-ers) problemen ervaart, maar tegelijk aangeeft dat men daarbij geen hulp behoeft. De ISD-groep geeft nadrukkelijker aan dat men behoefte heeft aan hulp en dat men niet in staat is om effectief om te gaan met alledaagse problemen. Ook hebben ISD-ers als groep minder inzicht in de eigen motieven en gedrag.

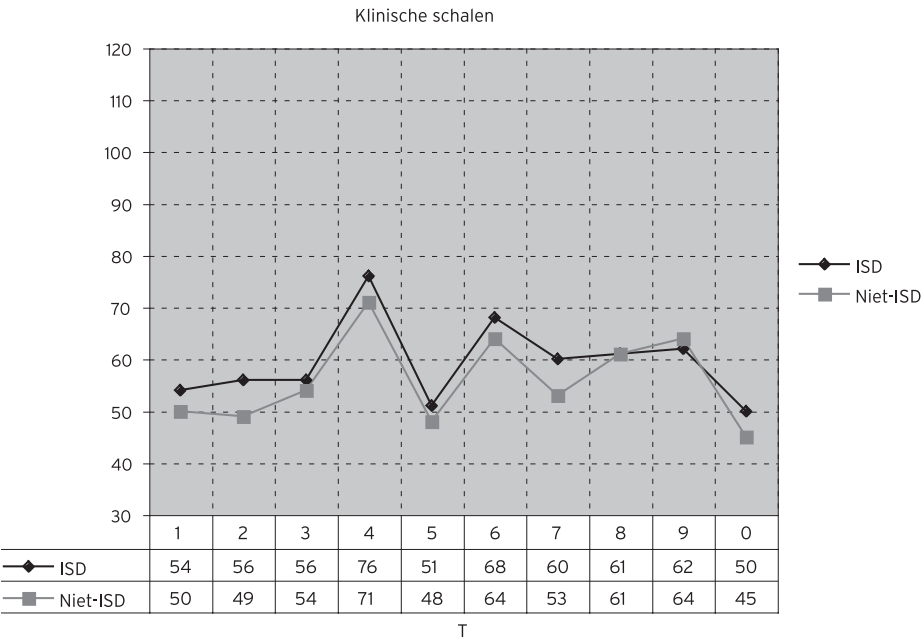
Figuur 2. Gemiddelde scores op validiteitsschalen MMPI van ISD-ers (n=36) en niet ISD-ers (n=19)



<sup>9</sup> In Derksen et al. (2006) wordt een score van 60-64 als een gematigde verhoging aangemerkt; een score van 65 of hoger wordt als een klinisch interpreteerbare verhoging gezien.

Interpretatie van de klinische hoofdschalen maakt inzichtelijk dat bij de ISD groep, meer nog dan bij de niet-ISD-groep, sprake is van een 4-6 (8-9) profiel<sup>10</sup> (figuur 3). Deze schalen geven een indicatie van desintegratieve tendensen en impulsiviteit. Vooral de relatief verhoogde score op schaal 4 geeft aan dat er sprake is van impulsiviteit, maar ook een samenhang met sensitiviteit en kwetsbaarheid (schaal 6). De verhoogde score op schaal 8 geeft aan dat de sociale aanpassing beperkt is. Samenvattend geeft het een profiel van een groep die onder druk niet in staat zal blijken om negatieve emoties op een acceptabel niveau te houden. Onder druk zal men reageren met agressieve impulsdoorbraken en daarbij zeer weinig in staat zijn om rekening te houden met de omgeving. Wat daarnaast opvalt is dat de ISD-groep eerder de neiging zal hebben om alles naar zich toe te trekken. Men is weinig sociaal vaardig en zal eerder zichzelf belasten dan anderen, waardoor intern de druk meer oploopt (schalen 1-2-3). Bij de niet-ISD groep is er eerder sprake van een defensieve houding, waarmee men zichzelf meer afbakent ten opzichte van de omgeving.

Figuur 3. Gemiddelde scores op validiteitsschalen MMPI van ISD-ers (n=36) en niet ISD-ers (n=19)



Uit de verhouding van de scores op de 4-5-6 schaal kan men afleiden dat de ISD groep, evenals de niet-ISD groep overigens, onder krenking en negatieve emoties, de neiging zal hebben om deze emoties actief uit te leven: angst en boosheid worden omgezet in agressie, er is onvoldoende controle over agressieve impulsen, bij een te hoge druk zal dit leiden tot ontladingen. Wat opvalt is dat de ISD-groep aangeeft over iets meer rationele controlemogelijkheden te beschikken. Dit blijkt met name uit de hogere scores bij de

<sup>10</sup> Zie in de bijlage tabel B2voor de betekenis van de schalen.

ISD-groep op schaal 6 (duidend op rationalisatie) en schaal 7 (duidend op controlegerichtheid). Dit lijkt op overdekking bij de ISD-groep: men probeert vriendelijk over te komen en bewust meer controle te houden, maar onder druk wordt men minder vriendelijk en onaangenaam. Dan wordt men impulsief, agressief of ongeduldig. Op de achtergrond spelen gevoelens van minderwaardigheid, waarin men de fantasie veelvuldig gebruikt ter verdediging van innerlijke onvrede. De gehele 6-7-8 configuratie voor beide groepen geeft overigens aan dat men sensitief is en dat men snel angstig en bozig zal worden en een gevoeligheid heeft voor de omgeving, maar dit geldt dus sterker voor de ISD-groep.

Wat opvalt is dat de 9-schaal gemiddeld (licht) hoger wordt gescoord door de niet-ISD groep. Deze schaal duidt op een hedonistische instelling, opportunisme, egocentrisme en het voortdurend testen van grenzen en zich uitleven in prikkelzoekend gedrag. In combinatie met de verlaging op de 0-schaal geeft dat voor de niet-ISD groep een ongunstiger beeld in termen van: “ik zie wel”, doet geen poging zichzelf af te remmen/ te controleren, sprake van onvermogen (of psychopathie), te weinig remmingen, lage frustratietolerantie, lacunaire gewetensfuncties, oppervlakkigheid in omgang en primitieve trekken. Het bovenstaande geldt wat specifiekier voor de niet-ISD groep, die daarnaast aangeeft zich sociaal beter meer op zijn gemak te voelen, en een sterkere behoefte hebben aan status, macht en erkenning. In z’n totaliteit kan men stellen dat de ISD-groep sensitiever is, sociaal angstiger en minder vaardig dan de niet-ISD groep. De ISD-groep is dan ook minder te typeren als een **hard core** crimineel vanuit karakter: men is door een zekere gevoeligheid, in combinatie met een verslavingsgeschiedenis, gekomen tot een veelal indrukwekkende criminele carrière. Dit wordt bevestigd door de significante verschillen op de sub-schalen (zie bijlage II), zoals bij schaal 2 Depressie (hoewel bij de MMPI een profiel analyse te prefereren is, zoals bovenstaand weergegeven).

Meest voorkomende As I stoornissen

Aan de hand van het instrument MINI zijn de meest voorkomende AS I stoornissen in kaart gebracht. Er zijn geen significante verschillen tussen ISD-ers en niet-ISD-ers als het gaat om de meest voorkomende stoornissen (tabel 13). Er is wel een trend waarneembaar: ISD-ers hebben vaker een actuele stemmingsstoornis dan niet-ISD-ers (p=.08, chi-kwadraattoets). Gegeneraliseerde angststoornis, psychotische stoornis, posttraumatische-stresstoornis, en depressie zijn de meest voorkomende stoornissen bij de ISD-ers. Psychotisch stoornis, manische episode en agorafobie zijn de meest voorkomende stoornissen bij de niet-ISD-ers (bijlage tabel B3). Wanneer de stoornissen gecategoriseerd worden naar angst-, stemmings-, en psychotische stoornis valt het volgende op: 46% van de ISD-ers en 40% van de niet-ISD-ers heeft een actuele angststoornis en een derde van de ISD-ers heeft een actuele stemmingstoornis (tabel 13).

Het overgrote deel van de ISD-ers en niet-ISD-ers heeft geen lifetime stoornis gehad. Een minderheid van de ISD-ers heeft geen actuele stoornis, terwijl meer dan de helft van de niet-ISD-ers geen actuele stoornis heeft. Bij 39% van de ISD-ers was sprake een enkelvoudige lifetime stoornis; 32% van de niet-ISD-ers heeft een enkelvoudige lifetime stoornis gehad. Van de ISD-ers heeft 5% een meervoudige lifetime stoornis gehad en bij niet-ISD-ers was dit bij 10% het geval. 28% van de ISD-ers heeft een actuele meervoudige stoornis; bij de niet-ISD-ers is dit 18%. Daarbij is de combinatie stemmingsstoornis en psychotische stoornis bij zowel de ISD-ers als niet-ISD-ers de meestvoorkomende lifetime stoornis, en als het gaat om

de actuele stoornis is de combinatie stemmingsstoornis en angststoornis bij zowel de ISD-ers als niet-ISD-ers het meestvoorkomende.

Tot slot valt op dat 18% van de ISD-ers en 13% van de niet-ISD-ers een suïcidaal risico heeft.

Tabel 13. As I stoornissen

|                                | ISD | N  | Niet-ISD | N  | p  |
|--------------------------------|-----|----|----------|----|----|
| Stemmingsstoornis: actueel     | 33% | 57 | 18%      | 40 | ns |
| Stemmingsstoornis: ooit        | 19% | 57 | 20%      | 40 | ns |
| Angststoornis: actueel         | 46% | 56 | 40%      | 38 | ns |
| Angststoornis: ooit            | 7%  | 58 | 11%      | 38 | -  |
| Psychotische stoornis: actueel | 10% | 58 | 8%       | 40 | -  |
| Psychotische stoornis: ooit    | 22% | 58 | 20%      | 40 | ns |
| Eetstoornis actueel            | 0%  | 57 | 0%       | 40 | -  |
| Geen actuele stoornis          | 42% | 55 | 55%      | 38 | ns |
| Geen stoornis ooit             | 56% | 57 | 58%      | 38 | ns |
| Enkelvoudige stoornis actueel  | 29% | 55 | 26%      | 38 | ns |
| Enkelvoudige stoornis ooit     | 39% | 57 | 32%      | 38 | ns |
| Meervoudige stoornis actueel   | 28% | 58 | 18%      | 40 | ns |
| Meervoudige stoornis ooit      | 5%  | 58 | 10%      | 40 | -  |
| Suïcidaal risico actueel       | 18% | 57 | 13%      | 40 | ns |

\*p≤.05, \*\*p≤.01, ns= niet significant, Chi-kwadraat toets toegepast, -= geen uitspraken mogelijk over significantie vanwege kleine n.

### 3.4 Middelengebruik

Aan de hand van het instrument EuropASI is het alcohol- en drugsgebruik in kaart gebracht. **Voor alle middelen geldt - conform de EuropASI - dat van 'gebruik' wordt gesproken wanneer het middel tenminste drie dagen in de week (ongeacht de dosering) gebruikt wordt óf voor ten minste twee opeenvolgende dagen per week, dusdanig veel dat normale activiteiten bemoeilijkt worden** (Hartgers, 1994). Gevraagd is ook naar de beginleeftijd en de duur van het gebruik (het aantal jaren dat de persoon een bepaald middel heeft gebruikt).

#### Alcoholgebruik

In vergelijking met de niet-ISD-ers geven significant meer ISD-ers aan dat zij in hun leven een periode minimaal drie keer per week alcohol dronken of twee opeenvolgende dagen zoveel gedronken hebben dat functioneren de dag erna beperkt was. Bovendien rapporteren significant meer ISD-ers dat zij in hun leven overmatig alcohol hebben gebruikt: een periode vijf of meer glazen per dag op drie of meer dagen per

week, óf twee opeenvolgende dagen per week, dusdanig veel dat normale activiteiten bemoeilijkt worden (zgn. binge drinken). De overige verschillen zijn niet significant (tabel 14b). Wel is er sprake van een trend: het aantal jaren van alcoholgebruik is bij de ISD-ers hoger dan bij niet-ISD-ers (p=.09, Mann-whitney toets).

Tabel 14a. Gebruik van alcohol

|                    | ISD        | N  | Niet-ISD   | N  | p  |
|--------------------|------------|----|------------|----|----|
| Alcoholgebruik     | 86% (n=48) | 56 | 44% (n=18) | 41 | ** |
| ≥ 5 glazen per dag | 54% (n=31) | 57 | 34% (n=14) | 41 | *  |

Tabel 14b. Gemiddelde beginleeftijd en duur van het alcoholgebruik

|                                  | ISD<br>Gemiddeld | SD   | N  | Niet-ISD<br>gemiddeld | SD   | N  | p  |
|----------------------------------|------------------|------|----|-----------------------|------|----|----|
| Beginleeftijd alcoholgebruik     | 16               | 3,85 | 48 | 16                    | 5,07 | 18 | ns |
| Aantal jaren alcoholgebruik      | 15               | 9,34 | 42 | 11                    | 7,22 | 18 | #  |
| Beginleeftijd ≥ 5 glazen per dag | 19               | 6,41 | 31 | 17                    | 3,93 | 14 | ns |
| Aantal jaren ≥5 glazen per dag   | 10               | 8,41 | 31 | 8                     | 7,04 | 14 | ns |

\*p≤.05, \*\*p≤.01, #= trend: p>.05 en ≤.1, ns= niet significant, SD=standaarddeviatie

#### Heroïne, methadon, cocaïne, opiaten en amfetamine

Significant meer ISD-ers rapporteren het gebruik van heroïne en methadon dan niet-ISD-ers. Aangezien zeer weinig niet-ISD-ers aangegeven dat zij heroïne of methadon hebben gebruikt, kunnen tussen beide groepen het verschil in de beginleeftijd en het aantal jaren van het gebruik van deze middelen niet statistisch getoetst worden. Cocaïnegebruik komt eveneens significant meer voor bij ISD-ers dan bij niet-ISD-ers (tabel 15a). Ook het aantal jaren van cocaïnegebruik ligt bij de ISD-ers significant hoger dan bij niet-ISD-ers, ook wanneer gecontroleerd wordt voor leeftijd (p≤.01). Meer ISD-ers geven aan opiaten en amfetamine te gebruiken dan niet-ISD-ers, maar aangezien dit verschil niet significant is of de groep dermate klein is, kunnen er geen verder uitspraken worden gedaan. Overige verschillen zijn niet significant (tabel 15b).

Tabel 15a. Gebruik van heroïne, methadon, cocaïne, opiaten en amfetamine

|                                                          | ISD        | N  | Niet-ISD   | N  | p  |
|----------------------------------------------------------|------------|----|------------|----|----|
| Heroïne                                                  | 69% (n=40) | 58 | 7% (n=3)   | 41 | ** |
| Methadon                                                 | 42% (n=24) | 57 | 5% (n=2)   | 41 | ** |
| Cocaïne                                                  | 83% (n=48) | 58 | 32% (n=13) | 41 | ** |
| Ander opiaten (opium, morfine, pijnstillers met opiaten) | 9% (n=5)   | 58 | 0% (n=0)   | 41 | -  |
| Amfetamine                                               | 25% (n=14) | 57 | 12% (n=5)  | 41 | ns |

Tabel 15b. Gemiddelde beginleeftijd en duur van het cocaïnegebruik

|                              | ISD<br>Gemiddeld | SD   | N  | Niet-ISD<br>gemiddeld | SD   | N  | p  |
|------------------------------|------------------|------|----|-----------------------|------|----|----|
| Beginleeftijd cocaïnegebruik | 21               | 5,75 | 48 | 23                    | 8,58 | 13 | ns |
| Aantal jaren cocaïnegebruik  | 12               | 7,00 | 47 | 5                     | 2,93 | 13 | ** |

\*p≤.05, \*\*p≤.01, ns= niet significant, SD=standaarddeviatie, -= geen uitspraken mogelijk over significantie vanwege kleine n

Cannabis

Significant meer ISD-ers rapporteren cannabisgebruik dan niet-ISD-ers (tabel 16a). Tussen beide groepen is er geen significant verschil in de beginleeftijd en het aantal jaren dat cannabis is gebruikt. Wel is er een trend zichtbaar: het aantal jaren van cannabisgebruik is bij de ISD-ers hoger dan bij niet-ISD-ers (p=.08, Mann-whitney toets).

Tabel 16a. Gebruik van cannabis

|          | ISD        | N  | Niet-ISD   | N  | p |
|----------|------------|----|------------|----|---|
| Cannabis | 83% (n=48) | 58 | 63% (n=26) | 41 | * |

Tabel 16b. Gemiddelde beginleeftijd en duur van het cannabisgebruik

|                               | ISD<br>gemiddeld | SD   | N  | Niet-ISD<br>gemiddeld | SD   | N  | p  |
|-------------------------------|------------------|------|----|-----------------------|------|----|----|
| Beginleeftijd cannabisgebruik | 16               | 4,96 | 48 | 15                    | 2,89 | 48 | ns |
| Aantal jaren cannabisgebruik  | 14               | 9,43 | 47 | 10                    | 7,34 | 47 | #  |

\*p≤.05, #= trend: p>.05 en ≤.1, ns= niet significant, SD=standaarddeviatie

Medicijnen

ISD-ers gebruiken gemiddeld significant langer medicijnen (voor de roes) dan de niet-ISD-ers (respectievelijk 8 jaar en 3 jaar). Indien er gecontroleerd wordt voor leeftijd, is het verschil tussen de groepen niet meer significant (p=.07). De overige verschillen zijn niet statistisch significant (tabel 17b).

Tabel 17a. Gebruik van medicijnen (voor de roes)

|                                                                      | ISD        | N  | Niet-ISD   | N  | p  |
|----------------------------------------------------------------------|------------|----|------------|----|----|
| Medicijnen/pillen (barbituraten, kalmerende middelen, slaapmiddelen) | 39% (n=22) | 57 | 24% (n=10) | 41 | ns |

Tabel 17b. Gemiddelde beginleeftijd en duur van het medicijngebruik

|                               | ISD<br>gemiddeld | SD   | N  | Niet-ISD<br>gemiddeld | SD   | N  | p  |
|-------------------------------|------------------|------|----|-----------------------|------|----|----|
| Beginleeftijd medicijngebruik | 29               | 8,15 | 22 | 27                    | 8,40 | 10 | ns |
| Aantal jaren medicijngebruik  | 8                | 6,32 | 22 | 3                     | 2,75 | 10 | ** |

\*p≤.05, \*\*p≤.01, ns= niet significant, SD=standaarddeviatie

Hallucinogenen en andere middelen

Meer ISD-ers lijken aan te geven hallucinogenen en vluchtige stoffen gebruikt te hebben dan niet-ISD-ers (tabel 18), maar aangezien zeer weinig niet-ISD-ers aangegeven dat zij ooit dergelijke middelen hebben gebruikt, kunnen er geen uitspraken worden gedaan over eventuele significante verschillen. Overige verschillen die wel getoetst konden worden zijn niet significant. Ook kunnen tussen beide groepen de beginleeftijd en het aantal jaren van het gebruik van deze middelen niet met elkaar worden vergeleken.

Tabel 18. Hallucinogenen en andere middelen

|                                                       | ISD        | N  | Niet-ISD  | N  | p  |
|-------------------------------------------------------|------------|----|-----------|----|----|
| Hallucinogenen                                        | 9% (n=5)   | 57 | 2% (n=1)  | 41 | -  |
| Vluchtige stoffen (inhalantia)                        | 0% (n=0)   | 54 | 10% (n=4) | 41 | -  |
| Andere middelen (XTC, antidepressiva, antipsychotica) | 25% (n=13) | 53 | 15% (n=6) | 41 | ns |

\*p≤.05, \*\*p≤.01, ns= niet significant, -= geen uitspraken mogelijk over significantie vanwege kleine n

Poly(drugs)gebruik

Significant meer ISD-ers rapporteren poly(drugs)gebruik<sup>11</sup> dan niet-ISD-ers (tabel 19a). Gemiddeld genomen gebruiken ISD-ers voor een langere periode meerdere middelen dan niet-ISD-ers (t- toets). Wanneer gecon- troleerd wordt voor leeftijd, verschillen de groepen nog steeds significant van elkaar (p≤.05). Overige verschillen zijn niet significant (tabel 19b).

Tabel 19a. Poly(drugs)gebruik

|                    | ISD        | N  | Niet-ISD   | N  | p  |
|--------------------|------------|----|------------|----|----|
| Poly(drugs)gebruik | 71% (n=37) | 52 | 24% (n=10) | 41 | ** |

<sup>11</sup> Bij gebruik van meerdere middelen tegelijkertijd worden alcohol of cannabis alleen meegerekend als er sprake is van grote hoeveelheden (alcohol) of overmatig gebruik (cannabis).

Tabel 19b. Gemiddelde beginleeftijd en duur van het polydrugsgebruik

|                                  | ISD<br>gemiddeld | SD   | N  | Niet-ISD<br>gemiddeld | SD   | N  | p  |
|----------------------------------|------------------|------|----|-----------------------|------|----|----|
| Beginleeftijd poly(drugs)gebruik | 20               | 5,98 | 37 | 21                    | 8,16 | 10 | ns |
| Jaren ooit poly(drugs)gebruik    | 14               | 7,80 | 31 | 5                     | 3,29 | 10 | ** |

\*p≤.05, \*\*p≤.01, ns= niet significant, SD=standaarddeviatie

In bijlage I wordt een overzicht gegeven van alle gegevens rondom middelengebruik.

### 3.5 Waargenomen subgroepen

Uit de clusteranalyse (zie § 2.5) komen duidelijk drie subgroepen binnen de totale onderzoeksgroep van ISD-ers en niet-ISD-ers naar voren: groep 1 (meest zware en complexe problematiek), groep 2 (minder zware problematiek zonder actuele psychische stoornissen), en groep drie (enkelvoudig middelengebruik ooit in het leven, relatief hoog geschat IQ).

In tabel 20 staat het percentage personen per groep dat voldoet aan de kenmerken uit de clusteranalyse. Op basis van de tabel valt op te maken dat gedetineerden uit groep 3 voornamelijk slechts één middel gebruikt hebben (70%), en voor de helft geen actuele psychische stoornis hebben. Gedetineerden uit groepen 1 en 2 hebben allen meerdere middelen gebruikt. Verder zijn groep 1 en 2 te onderscheiden naar het wel of niet hebben van een psychische stoornis; in groep 1 heeft iedereen een of meerdere stoornissen, in groep 2 niemand. Wat tot slot opvalt, is dat groep 3 relatief het intelligentst is: 37% heeft een naar schatting bovengemiddeld IQ, tegenover 8% en 21% in groep 1 en 2<sup>12</sup>. Samengevat heeft groep 1 de meest complexe problematiek. Tussen groep 2 en 3 zijn duidelijke verschillen in aard van de problematiek te zien (2: polydrugsgebruik; 3: actuele psychische stoornissen), maar ze lijken niet sterk te verschillen in de mate waarin problemen voorkomen. De leden van groep 3 hebben daarentegen wel het hoogste gemiddelde IQ, waarmee het algemene beeld beter is dan groep 2.

De resultaten dienen echter met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien de gegevens gebaseerd zijn op zelfrapportage. Daarbij zijn de uitkomsten afhankelijk van de mate waarin gedetineerden zelfinzicht hebben.

<sup>12</sup> De gemiddelde geschatte IQ score voor groep 3 (gemiddeld geschat IQ van 99), is ook enigszins hoger dan voor groepen 1 en 2 (respectievelijk 90 en 94). Alleen het verschil in gemiddelde geschatte IQ score tussen groep 1 en 3 is significant.

Tabel 20. Percentages per kenmerk voor het deel gedetineerden uit groep 1, 2, en 3<sup>13, 14</sup>

|                  |                       | Groep 1<br>(N=37) | Groep 2<br>(N=34) | Groep 3<br>(N=27) | p <sup>1</sup> |    |
|------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|----|
| Middelenmisbruik |                       |                   |                   |                   |                |    |
|                  | Alcohol               | 54                | 56                | 22                |                | *  |
|                  | Heroïne/methadon      | 65                | 56                | 0                 |                | ** |
|                  | Cocaine               | 97                | 74                | 0                 |                | ** |
|                  | Cannabis              | 87                | 85                | 48                |                | ** |
|                  |                       |                   |                   |                   |                |    |
|                  | Geen middel           | 0                 | 0                 | 26                | }              | ** |
|                  | Gebruik 1 middel      | 0                 | 0                 | 70                |                |    |
|                  | Gebruik >1 middel     | 100               | 100               | 4                 |                |    |
| Stoornissen      |                       |                   |                   |                   |                |    |
|                  | Stemmingsstoornis     | 57                | 0                 | 19                |                | ** |
|                  | Angststoornis         | 84                | 0                 | 37                |                | ** |
|                  | Psychotische stoornis | 19                | 0                 | 7                 |                | *  |
|                  |                       |                   |                   |                   |                |    |
|                  | Geen stoornis         | 0                 | 100               | 57                | }              | ** |
|                  | 1 stoornis            | 51                | 0                 | 26                |                |    |
|                  | >1 stoornis           | 49                | 0                 | 19                |                |    |
| Intelligentie    |                       |                   |                   |                   |                |    |
|                  | Benedengemiddeld IQ   | 54                | 47                | 41                | }              | *  |
|                  | Gemiddeld IQ          | 38                | 32                | 22                |                |    |
|                  | Bovengemiddeld IQ     | 8                 | 21                | 37                |                |    |

<sup>1</sup> De p-waarde geeft het significantie niveau aan van de Chi-kwadraat toets of (en in het geval van continue variabelen de Linear-by-linear association test) waarmee verschillen in percentages tussen de groepen geanalyseerd zijn. \*p≤.05, \*\*p≤.01, ns= niet significant (p>.05).

#### Verschil tussen subgroepen op achtergrondvariabelen

Voor bovenstaande drie subgroepen is nagegaan of ze van elkaar verschillen op achtergrondvariabelen. De gemiddelde leeftijd van groep 3 is 31 jaar, daarmee zijn ze de jongste groep en verschillen ze significant van groep 1 (35 jaar). Groep 2 (gemiddelde leeftijd 34 jaar) verschilt niet significant van de andere groepen.

<sup>13</sup> In deze tabel zijn ook de deelnemers meegenomen waarvoor ontbrekende waarden zijn ingevuld. Per variabele gaat het slechts om 0 tot maximaal 5 deelnemers met ontbrekende waarden. De resultaten in de tabel verschillen niet van de resultaten wanneer de deelnemers met missende waarden worden geëxcludeerd.

<sup>14</sup> Door afrondingen tellen voor groep 3 de percentages voor geen, 1 en > 1 stoornis niet op tot 100%.

Uit de tabel 21 blijkt verder dat er een samenhang is tussen in welke groep iemand zit en jaren van werkloosheid: de helft van groep 3 was namelijk niet werkloos, terwijl het grootste gedeelte uit groepen 1 en 2 langere tijd werkloos was. Ook is er in groep 3 minder vaak sprake van een primair patroon dan in de andere groepen. Op basis van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat de derde groep relatief het minst problematisch is en groep 1 het meest problematisch.

Tabel 21. Percentages per achtergrondkenmerk voor gedetineerden uit groep 1, 2, en 3

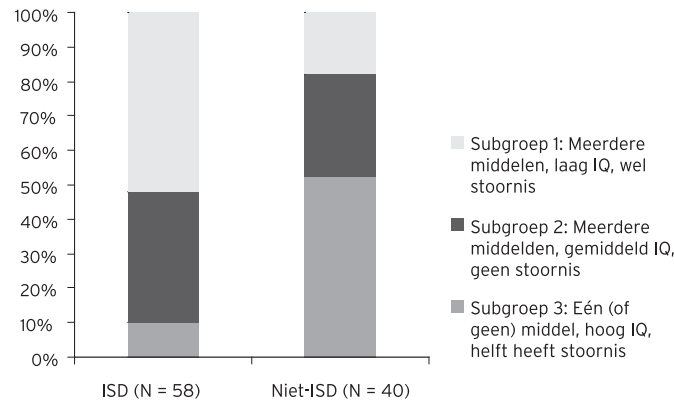
|                              |                         | Groep 1 | Groep 2 | Groep 3 | p <sup>1</sup> |    |
|------------------------------|-------------------------|---------|---------|---------|----------------|----|
| Culturele achtergrond        |                         |         |         |         |                |    |
|                              | Autochtoon              | 62      | 62      | 41      | }              | #  |
|                              | Niet-westers allochtoon | 19      | 27      | 52      |                |    |
|                              | Westers allochtoon      | 19      | 12      | 7       |                |    |
| Werkloosheid                 |                         |         |         |         |                |    |
|                              | Niet werkloos           | 8       | 21      | 50      | }              | ** |
|                              | Kort werkloos           | 8       | 9       | 15      |                |    |
|                              | Lang werkloos           | 84      | 70      | 35      |                |    |
| Schulden                     |                         |         |         |         |                |    |
|                              | Laag                    | 56      | 66      | 72      | }              | ns |
|                              | Middel                  | 18      | 16      | 4       |                |    |
|                              | Hoog                    | 27      | 19      | 24      |                |    |
| Aanwezigheid primair patroon |                         | 97      | 94      | 58      | **             |    |

<sup>1</sup> De p-waarde geeft het significantie niveau aan van de Chi-kwadraat toets waarmee verschillen in percentages (en in het geval van continue variabelen de Linear-by-linear association test) tussen de groepen geanalyseerd zijn. \*p≤.05, \*\*p≤.01, # .05< p≤.10, ns= niet significant (p>.10)

Verdeling ISD-ers/niet-ISD-ers over de subgroepen

Vervolgens kunnen we analyseren hoe de ISD-ers en niet-ISD-ers over de drie subgroepen uit de eerste clusteranalyse verdeeld zijn. Dit is weergegeven in figuur 4. Hier is te zien dat de ISD-ers zich in de minst intelligente groep bevinden, waarin iedereen meerdere middelen heeft gebruikt. De niet-ISD-ers zijn enigszins gelijkmatiger verdeeld over de genoemde factoren (intelligentie, stoornissen en middelengebruik). Wanneer men groep 1 als de meest problematische groep en groep 3 als minst problematische groep beschouwt valt het op dat het aantal ISD-ers per groep toeneemt naarmate de groepen problematischer worden. Het omgekeerde is het geval voor de niet-ISD-ers. Dit is een significante tendens (p≤.01).

Figuur 4. Gemiddelde scores op validiteitsschalen MMPI van ISD-ers (n=36) en niet ISD-ers (n=19)



## hoofdstuk 4

### Zorgbehoefte



# Hoofdstuk 4

## Zorgbehoefte

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de zorgbehoefte van de drie subgroepen zoals in 3.5 beschreven. Deze zorgbehoefte is bepaald in een focusgroepdiscussie met 6 behandelaars, trajectbegeleiders en programmamanagers (zie bijlage VI). Algemeen werd opgemerkt dat er op dit moment grote lokale verschillen zijn in het zorgaanbod voor ISD-ers. De JI in Vught is relatief zorggericht. Over het geheel genomen zijn de experts van mening dat de zorg voor de kwetsbare groep ISD-ers nog gebrekkig is. Daarbij komt dat fase 1 van de ISD-maatregel (het eerste jaar in detentie) vaak veel te lang duurt (langer dan een jaar of zelfs bijna twee jaar).

De aanwezigen onderschreven allen de inhoudelijke relevantie van de drie gevonden subgroepen. Per subgroep worden hieronder de uitkomsten van de discussie besproken. Daarbij wordt per subgroep ingegaan op het lange-termijn perspectief en de zorgbehoefte op kortere termijn (eerste twee jaren en directe nazorg of vervolgzorg). Allereerst wordt in 4.1 en 4.2 ingegaan op enkele algemene constatering.

### 4.1 Diagnostiek

Voor alle subgroepen geldt dat screening & diagnostiek dient te worden verbeterd. Daarbij dient (meer dan nu gebeurt) te worden gelet op de persoonlijkheidsstructuur en sociale problemen (inclusief het sociaal netwerk). Insteken op het sociaal netwerk is overigens vaak lastig uitvoerbaar omdat bij de gedetineerde vaak de motivatie ontbreekt om hieraan mee te werken. Aandacht voor motivering (en eventuele methodiek-ontwikkeling op dit terrein) is dan ook essentieel. Overigens is de gedeelde mening dat er bij de screening & diagnostiek door gedetineerden veel wenselijke (of strategisch handige) antwoorden worden gegeven. De periode van screening is vaak te kort om de persoonlijkheid en het sociaal functioneren goed in kaart te brengen. Na de screening en eventuele diagnostiek dient hieraan een periode aandacht te worden besteed. Opgemerkt wordt dat ook bij groep 3 breed moet worden ingezet op screening, juist op de genoemde punten (persoonlijkheid en sociaal functioneren).

Randvoorwaarde voor een goede screening & diagnostiek is een (betere) gegevensuitwisseling tussen betrokken partijen (hulpverleningsgeschiedenis in kaart brengen). De RISc wordt als screeningsinstrument door de aanwezigen positief beoordeeld.

### 4.2 Motivatie

Bij aanvang van de discussie werd snel duidelijk dat onder andere gegevens over motivatie van de gedetineerden ontbraken, en dat deze van belang zijn voor het beantwoorden van de vraag wat de zorgbehoefte is. Geconstateerd werd dat in de praktijk het gebrek aan motivatie voor zorg en behandeling een groot probleem is bij deze subgroepen, mede vanwege de gedwongen setting. Aandacht hiervoor is van groot belang, mede omdat de huidige methodieken zoals Motivational Interviewing (MI) bij de doelgroep met complexe problematiek niet altijd het gewenste resultaat geeft<sup>15</sup>. Ook werd opgemerkt dat vervolgzorg - zoals verplichte ambulante behandeling - meer kans van slagen heeft door drang via een voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.). Wanneer deze drang wegvalt is de kans op terugval echter groot. De conclusie op dit punt is dan ook dat gebrek aan motivatie een knelpunt is, en vanaf het moment van screening tot en met de nazorg (of 'vervolgzorg') aandacht behoeft. In 4.3 is te lezen dat deze nazorg voor de subgroep met de meest complexe problematiek (groep 1) bij voorkeur levenslang wordt geboden. Juist bij deze subgroep ontbreekt vaak de motivatie voor behandeling. Men is berekenend, of helemaal niet met de mogelijkheden voor behandeling bezig. Daarom moet in de 1<sup>e</sup> fase of bij aanvang van detentie geïnvesteerd worden in motivatie. Die kan uiteindelijk alleen uit de persoon zelf komen. Daarbij komt de interne motivatie meestal voort uit toenemende lijdensdruk.

### 4.3 Zorgbehoefte subgroep 1

#### Korte schets van de subgroep

Van de drie subgroepen heeft groep 1 de meest complexe problematiek; hierin komen zoals verwacht ook de meeste ISD-ers voor (52%, tegenover resp. 38% en 10% in groep 2 en 3). Alle gedetineerden uit groep 1 hebben ooit meerdere soorten middelen gebruikt (alcohol en/of drugsgebruik), vrijwel altijd ook harddrugs. In groep 1 heeft iedereen daarnaast een of meerdere actuele stoornissen (stemmingsstoornis, angststoornis en/of psychotische stoornis). Bij ruim de helft is het IQ benedengemiddeld en 38% heeft een gemiddeld IQ. Hiermee scoort deze groep lager dan de andere twee groepen. De gemiddelde leeftijd is het hoogst (35 jaar, tegenover resp. 34 en 31 jaar in groep 1 en 2). Groep 1 bevat relatief veel autochtonen en westers allochtonen, die vaak lange periodes van werkloosheid kennen en vaak schulden hebben.

<sup>15</sup> De effectiviteit van motiverende gespreksvoering voor de behandeling van verslaving bij mensen die tevens een psychiatrisch ziektebeeld hebben, is onderzocht in de Nederlandse richtlijn voor dubbele diagnose (Parnassia Addiction Research Center, 2003). Aan de hand van buitenlands onderzoek concludeert de richtlijn dat motiverende gespreksvoering een effectieve interventie is als voorbereiding op gedragsverandering bij verslaving. Het effect neemt toe wanneer de methode gecombineerd wordt met intensieve vervolgbehandelingen.

#### Lange-termijn perspectief

Als eerste werd gesteld dat deze subgroep permanente ondersteuning bij wonen en dagbesteding nodig zal blijven hebben om op een aanvaardbaar niveau te kunnen functioneren. Denk aan hostels en werkprojecten of combinaties daarvan (Woon-Zorg-Werk Rotterdam). De verwachting is dat bij deze subgroep veel AS II persoonlijkheidsstoornissen voorkomen. Bij deze subgroep moet het mogelijk zijn om in zorg drugs te blijven gebruiken; abstinentie is niet of nauwelijks haalbaar. Dit betekent echter niet dat abstinentie niet kan worden nagestreefd.

#### Fase 1 en 2 van de ISD-maatregel (eerste twee jaar detentie)

Wanneer gedurende fase 1 van de ISD-maatregel of in de eerste periode van detentie blijkt dat problemen van een gedetineerde (deels) behandelbaar zijn dan kan opname op een behandelafdeling of kliniek overwogen worden. De experts zijn hier terughoudend in: deze subgroep moet “alleen overwogen de kliniek in”. Wanneer er niets te behandelen valt is reguleren van de problemen de enige optie.

#### Nazorg

Als eerste wordt opgemerkt dat bij deze subgroep de term ‘nazorg’ misplaatst is: men kan beter spreken van ‘vervolg zorg’ (of: continuering van zorg). Langdurige begeleiding, gericht op stabilisatie, c.q. schadebeperking is voor deze groep noodzakelijk. De begeleiding moet qua aard en intensiteit soepel afgestemd kunnen worden op de wisselende behoefte van de cliënt. Geconstateerd wordt dat er te weinig voorzieningen zijn voor langdurig verblijf. Ook is de continuïteit in de begeleiding een probleem. Na fase 2 (de fase waarin de ISD-er de benodigde zorg of behandeling wordt geboden, in detentie of daarbuiten) is er een paar jaar ambulant toezicht door de reclassering/ forensisch casemanagement. Deze zouden bij voorkeur al vóór fase 2 betrokken moeten worden bij de begeleiding van de cliënt. In het algemeen geldt dat de fasen meer zouden moeten ‘overlappen’.

## 4.4 Zorgbehoefte subgroep 2

#### Korte schets van de subgroep

Alle gedetineerden uit subgroep 2 hebben in het verleden meerdere middelen gebruikt (alcohol en/of drugsgebruik). Onderscheidend met groep 1 is de totale afwezigheid van actuele psychische stoornissen; in problematiek voert het middelengebruik duidelijk de boventoon. Het gemiddelde IQ neemt een middenpositie in tussen groep 1 en 3. Ook op andere kenmerken neemt deze groep een middenpositie in: net als in groep 1 veel autochtonen maar daarnaast meer niet-westers allochtonen, en een middenpositie wat betreft duur van de werkloosheid en schulden. De gemiddelde leeftijd is 34 jaar.

#### Lange-termijn perspectief

Het algemene beeld na de discussie over de zorgbehoefte van subgroep 2 is dat begeleiding en behandeling zinvol is. Een flinke investering (cognitieve therapie, praktische vaardigheden, Community Reinforcement

Approach (CRA)<sup>16</sup> (Hunt & Azrin, 1973), terugvalpreventie o.a. door aanleren van adequate copingstrategieën) kan tot een goed resultaat leiden. Abstinentie moet niet per se worden nagestreefd (m.a.w. er is een zorgaanbod nodig waar gebruik geen principieel beletsel is voor behandeling of het zorgaanbod), maar een stoppoging moet wel worden aangemoedigd en ondersteund. Voor een groot deel van deze subgroep is een woonvorm met het karakter van bijvoorbeeld een Domushuis (Leger des Heils) nodig.

#### Fase 1 en 2 van de ISD-maatregel

De aanwezigen benadrukken dat in fase 1 van de detentieperiode veel te winnen is, omdat goede diagnostiek mogelijk is. Er kunnen stoornissen naar boven komen bij abstinentie. In de 2<sup>e</sup> fase zou de nadruk moeten liggen op het aanleren van nieuwe copingstrategieën. Over nut en noodzaak van drugscontrole verschillen de deelnemers van mening. Op dit moment is er niet veel zorgaanbod voor deze subgroep, zeker niet voor gedetineerden met een lager IQ. Het aanleren van betere copingsvaardigheden is met de bestaande interventies voor deze laatste groep te hoog gegrepen. Er moet worden geïnvesteerd in aanbodontwikkeling voor gedetineerden met een laag IQ.

#### Nazorg

Bij subgroep 2 geldt hetzelfde als bij subgroep 1: het gaat om vervolgzorg en niet om nazorg. Deze subgroep heeft behoefte aan het aanleren van woonvaardigheden (woontraining). In fase 2 moet al worden toegewerkt naar resocialisatie. Ook in de vervolgzorg moet rekening worden gehouden met een mogelijk laag IQ. Knelpunt in de huidige woonzorg voor deze subgroepen is dat veelal eerst behandeling vereist is. Ook moet de communicatie/afstemming tussen instellingen voor zorg en instellingen voor woonzorg worden verbeterd.

## 4.5 Zorgbehoefte subgroep 3

#### Korte schets van de subgroep

Gedetineerden uit subgroep 3 hebben voornamelijk slechts één middel gebruikt (70%), waarbij het gebruik van cannabis en alcohol het meest voorkomen. De helft heeft geen actuele psychische stoornis. Tussen groep 2 en 3 zijn duidelijke verschillen in aard van de problematiek te zien (2: polydrugsgebruik; 3: actuele psychische stoornissen). Wat opvalt, is dat groep 3 relatief jong (gemiddeld 31 jaar) en intelligent is: 37% heeft een bovengemiddeld IQ, tegenover 8% en 21% in groep 1 en 2. De maatschappelijke problematiek (werkloosheid, schulden) is in deze groep het laagst, maar daarbij dient te worden opgemerkt dat net als in groep 1 ongeveer een kwart hoge schulden heeft. Het algemene beeld is dat de kans op re-integratie van de leden van groep 3 het grootst is.

<sup>16</sup> CRA is een effectieve gedragstherapeutische interventie die gericht is op de behandeling van middelengebruik waarbij o.a. een alternatief levensstijl wordt aangeleerd en beloningen een prominente rol inneemt.

### Lange-termijn perspectief

De deelnemers verwachten dat deze subgroep een hoge mate van zelfredzaamheid heeft en goede opleidingskansen (gemiddeld normaal IQ). Deze groep is wellicht minder “beschadigd” (minder harddrugs-gebruik in verleden), heeft weinig schuldbesef en heeft wellicht verhoudingsgewijs meer persoonlijkheidsstoornissen dan groep 1 en 2. Deze subgroep heeft praktische ondersteuning nodig via ambulante zorg (wonen, werk, geld). Bij deze groep moet het steunsysteem in de volle breedte worden aangesproken (bijvoorbeeld middels Community Reinforcement Approach).

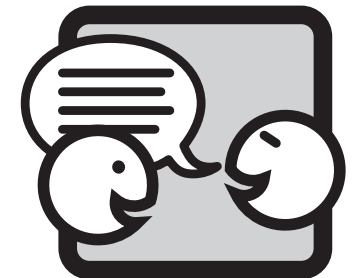
### Fase 1 en 2 van de ISD-maatregel

In fase 1 is het van belang eerst vast te stellen welke psychische stoornissen aan de orde zijn. Indien er persoonlijkheidsstoornissen spelen, dan heeft het de voorkeur om in fase 2 de behandelbaarheid te onderzoeken en een passende behandeling aan te bieden. Als dat niet haalbaar is, dan insteken op het aanleren van praktische vaardigheden (wonen – arbeid – financiën). De aanpak van schulden dient al in fase 1 te beginnen.

### Nazorg

Bij deze groep is **nazorg** wel de juiste term; slechts in sommige gevallen is vervolgzorg geïndiceerd. Gesuggereerd wordt dat veel leden van deze subgroep voldoende hebben aan een “noodnummer” dat zij in probleemsituaties kunnen bellen. Voor sommigen is wel een vast contact nodig. De nazorg moet worden afgestemd op de individuele problematiek.

## hoofdstuk 5 conclusies



# Hoofdstuk 5

## Conclusies

### 5.1 Onderzoekopzet en verloop dataverzameling

Zowel bij de opzet van het onderzoek als bij de uitvoering ervan zijn enkele opmerkingen te plaatsen. Zo eenvoudig en doelgericht als de onderzoekopzet op papier was, zo ingewikkeld en intensief was de uitvoering ervan. Dit betrof zowel de beantwoording van onderzoeksvraag 1 als die van onderzoeksvraag 2.

#### Vaststellen problematiek: afname interviews gedetineerden

Als eerste willen we benadrukken dat de problematiek onder ISD-ers en niet-ISD-ers is vastgesteld door middel van zelfrapportage door de gedetineerden. Dat betekent dat de resultaten mede afhankelijk zijn van de mate waarin iemand zelfinzicht heeft, of eerlijk is bij het beantwoorden van de vragen. Dit kan onder- of overrapportage van problematiek veroorzaken. De resultaten dienen dan ook met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Bij het bepalen van de problematiek van niet-ISD-ers bleek het moeilijk om een geschikte vergelijkingsgroep te vinden: een afdeling met 'gemiddelde' gedetineerden bestaat in de JI Vught niet, en werving van de groep niet-ISD-ers over de verschillende afdelingen was om allerlei praktische redenen (zoals veiligheid) onmogelijk. De resultaten van de vergelijking van de groep ISD-ers met de groep niet-ISD-ers van Unit 3 geven o.i. echter een goed beeld van de specifieke problematiek van ISD-ers in vergelijking tot een gemiddelde groep gedetineerden, die geen aanleiding hebben gegeven om hen op een van de andere (speciale) afdelingen in Vught te plaatsen. Ook was er bij aanvang van het onderzoek onvoldoende zicht op het praktische verloop van de dataverzameling in 2006/2007, en de leerpunten die daar mogelijk uit naar voren zijn gekomen. Tenslotte is ruime ervaring met zowel de omgang met gedetineerden en met de afname van de verschillende meetinstrumenten een vereiste om de dataverzameling onder de gedetineerden vlekkeloos te laten verlopen. Dankzij de training en intensieve dagelijkse begeleiding van de eerder genoemde trajectpsychologe kon het onderzoek worden uitgevoerd.

#### Bepalen van de zorgbehoefte: expertmeeting

Het bepalen van de zorgbehoefte van ISD-ers en niet-ISD-ers zou plaatsvinden met behulp van de methode Matching Needs & Services (MNS), waarbij in twee expertmeetings op basis van beschrijvingen van alle casussen zou worden bepaald wat de individuele zorgbehoefte op een aantal levensterreinen is, en welke subgroepen kunnen worden herkend. Mede gezien de complexiteit van de problematiek op individueel niveau, en gebrek aan inzicht in de probleemgeschiedenis (woonsituatie, hulpverleningsgeschiedenis) en gebrek aan informatie over de motivatie van de gedetineerde bleek het onmogelijk om via MNS een betrouwbaar en valide antwoord op onderzoeksvraag 2 te verkrijgen. Gekozen is daarom voor een alternatieve opzet (zie § 2.6 en hoofdstuk 4), waarmee een oordeel van zorgprofessionals op groepsniveau is verkregen. Ook in deze discussie werden sommige gegevens gemist (met name persoonlijkheidsstoornissen, woonsituatie en hulpverleningsgeschiedenis), maar door de duidelijke herkenbaarheid van de gevonden subgroepen konden deze door de zorgprofessionals worden ingeschat. Het antwoord dat wij via deze methode hebben verkregen is globaler dan de in eerste instantie beoogde MNS-methode, maar naar verwachting meer valide en betrouwbaar. Het huidige onderzoek geeft echter geen afdoende antwoord op de vraag hoe enkele hardnekkige problemen waar hulpverleners op individueel niveau tegenaan lopen, zoals het gebrek aan motivatie voor zorg en behandeling, dienen te worden opgelost.

### 5.2 Problematiek ISD-ers en niet-ISD-ers, subgroepen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de gevonden problematiek onder ISD-ers en niet-ISD-ers enerzijds, en subgroepen van gedetineerden anderzijds.

#### ISD-ers versus niet-ISD-ers

De resultaten van het onderzoek laten zien dat ISD-ers en niet-ISD-ers met name van elkaar verschillen op het punt van type delictpatroon en lifetime ('ooit') middelengebruik. Bij ISD-ers gaat het vaker om diefstal en/of inbraak, vandalisme, overlast of ander asociaal of antisociaal gedrag. Bij niet-ISD-ers betreft het vaker geweld tegen personen, al dan niet in combinatie met een vermogensdelict. Het middelengebruik is onder ISD-ers aanzienlijk hoger en veelal langduriger dan onder niet-ISD-ers. Polydrugsgebruik komt bijna driemaal vaker voor onder ISD-ers dan onder niet-ISD-ers. Bij ISD-ers is er bovendien vaker een relatie tussen het primaire delictpatroon en middelengebruik dan bij niet-ISD-ers, en gaat het vooral om vermogensdelicten. Deze verwervingscriminaliteit is typerend voor een groep met een dergelijk hoog middelengebruik. Om de recidivekans bij ISD-ers terug te dringen is er dus vooral aandacht nodig voor het middelengebruik. Op individueel niveau dient te worden nagegaan wat haalbare doelen zijn op dit vlak (zie ook § 5.3).

De verschillen in psychische problemen tussen ISD-ers en niet-ISD-ers zijn minder groot dan die in het middelengebruik en type delicten. Wel hebben ISD-ers gemiddeld een significant lagere geschatte IQ-score dan niet-ISD-ers. Van de ISD-ers heeft 11% een laag tot zeer laag IQ (< 75). Ook hebben ISD-ers vaker zwaardere depressies. In de prevalentie van overige AS I stoornissen zijn geen significante verschillen tussen beide groepen gevonden. Een analyse op groepsniveau van persoonlijkheidskenmerken laat zien

dat ISD-ers een groep vormen die onder druk naar verwachting niet in staat zal blijken om negatieve emoties op een acceptabel niveau te houden. Er is sprake van impulsiviteit, in samenhang met sensitiviteit en kwetsbaarheid.

Kijkend naar de achtergrondkenmerken en maatschappelijke problemen van beide groepen zien we veel verschillen. Een relatief klein deel van de ISD-ers is niet-Westers allochtoon, driemaal minder vaak dan niet-ISD-ers. Dit is opvallend, aangezien criminaliteitsstatistieken laten zien dat bepaalde etnische groepen (uit Marokko, Antillen/Aruba en Somalië) in verhouding oververtegenwoordigd zijn in de meerderjarige veelplegersgroep (Tollenaar et al., 2007). Wellicht wordt de ISD-maatregel minder snel opgelegd bij allochtonen, bijvoorbeeld vanwege het niet goed beheersen van de Nederlandse taal. Tweederde van de ISD-ers heeft geen middelbare school diploma behaald, en gemiddeld zijn de ISD-ers 8 jaar aaneengesloten werkloos geweest. Op deze punten scoren ISD-ers aanzienlijk slechter dan niet-ISD-ers. Hoewel er geen significante verschillen tussen ISD-ers en niet-ISD-ers zijn gevonden in schuldenproblematiek, zijn de schulden wel dermate ernstig dat ook zij relevant zijn voor het bepalen van de zorgbehoefte: de combinatie van een hoog (poly-)middelengebruik, een relatief laag IQ en de ernstige maatschappelijke problemen maakt de ISD-gemaatregelden tot een zeer kwetsbare groep.

#### Onderscheiden subgroepen

Een clusteranalyse binnen de totale onderzoeksgroep (ISD-ers en niet-ISD-ers) resulteerde in drie subgroepen. In **groep 1**, met de meest zware en complexe problematiek, komen zoals verwacht de meeste ISD-ers voor. Het lifetime middelengebruik en de actuele psychische problematiek (stemmingsstoornis, angststoornis en/of psychotische stoornis) is zeer hoog. Het geschatte IQ is relatief laag en de maatschappelijke problemen (werkloosheid en (hoge) schulden) groot. **Groep 2** (minder zware problematiek zonder actuele psychische stoornissen) valt op door een hoog lifetime middelengebruik (alcohol en/of drugsgebruik) en het volledig ontbreken van actuele psychische stoornissen; in de problematiek voert het middelengebruik duidelijk de boventoon. Op alle andere kenmerken (geschat IQ, maatschappelijke problemen, achtergrondkenmerken) neemt deze groep een middenpositie in. Gedetineerden uit **groep 3** (enkelvoudig middelengebruik ooit in het leven, relatief hoog IQ) hebben in hun leven vaak slechts één middel gebruikt, vooral cannabis of alcohol. De helft heeft geen actuele psychische stoornis. Er komt beduidend minder vaak een primair patroon in het delictgedrag voor dan bij groep 1 en 2. Tussen groep 2 en 3 zijn dus duidelijke verschillen in aard van de problematiek te zien, maar er lijkt geen verschil in de algehele omvang van de problematiek. Echter, de leden van groep 3 zijn relatief jong (gemiddeld 31 jaar) en intelligent. Periodes van werkloosheid komen hier het minst voor, maar - net als in groep 1 - heeft ongeveer een kwart hoge schulden. Daarmee is het toekomstbeeld van deze groep het meest positief.

De conclusie is dat de clusteranalyse drie duidelijk verschillende subgroepen heeft opgeleverd, op basis van enkele voor de (zorg)praktijk relevante kenmerken (middelengebruik, psychische problematiek, geschat IQ). De verschillen komen ook naar voren in de achtergrondkenmerken en maatschappelijke problematiek. De relevantie van de gevonden indeling wordt bevestigd door zorgprofessionals die in het kader van dit onderzoek zijn geraadpleegd (zie § 5.3). De meeste ISD-ers zijn terug te vinden in subgroep 1 met de meeste (complexe) problematiek, maar ook in de subgroep zonder actuele psychische stoornissen en in de subgroep waarbij het middelengebruik minder op de voorgrond staat zijn ISD-ers terug te vinden.

ISD-ers vormen wat betreft problematiek dus geen homogene groep. Omgekeerd is ook een klein deel van de niet-ISD-ers terug te vinden in de subgroep met de meest complexe problematiek.

## 5.3 Zorgbehoefte

De zorgbehoefte is onderzocht aan de hand van de hierboven beschreven drie subgroepen. Zes zorgprofessionals hebben zich in een focusgroepdiscussie over dit onderwerp gebogen. Voor de deelnemers blijken de drie subgroepen duidelijk herkenbaar te zijn.

De conclusie is dat voor alle subgroepen de screening en diagnostiek dienen te worden verbeterd (met name op persoonlijkheidsstructuur en sociaal netwerk). Al in dit stadium is aandacht voor motivatie essentieel, omdat het gebrek aan motivatie voor zorg en behandeling een groot probleem is, zeker in een gedwongen setting. De voorwaardelijke invrijheidstelling biedt mogelijkheden voor drang en dwang. De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) stelde in 2007 dat de wettelijke mogelijkheden voor externe zorg en voor continuering van zorg na detentie nog niet voldoende worden benut. Desondanks dient de motivatie uiteindelijk uit de persoon zelf komen, anders is de kans op terugval in verslaving en/of crimineel gedrag na beëindiging van de toegepaste drang groot. Bij de subgroepen 1 en 2 moet al vanaf het moment van screening rekening worden gehouden met een mogelijk laag IQ. Om de aansluiting met de nazorg en de continuïteit in de begeleiding te vergroten dient de partij die verantwoordelijk is voor nazorg bij voorkeur al vóór fase 2 betrokken te worden bij de begeleiding van de cliënt.

Specifiek voor de subgroep met de meest complexe problematiek (groep 1) dient bij voorkeur levenslang nazorg of vervolgzorg (wonen en dagbesteding) te worden geboden. Daarbij moet het mogelijk zijn om drugs te blijven gebruiken. Klinische behandeling is zelden zinvol. Het algemene beeld van subgroep 2 is dat begeleiding en behandeling voldoende kansen bieden op resultaat. Ook voor deze subgroep dient een zorgaanbod beschikbaar te zijn waar gebruik geen principieel beletsel is voor behandeling of toegang tot het zorgaanbod, maar een stoppoging moet wel worden aangemoedigd en ondersteund. De leden van deze groep moeten woonvaardigheden aanleren en hebben woonbegeleiding nodig. Al tijdens detentie (fase 2 voor ISD-ers) moet al worden toegewerkt naar resocialisatie en het aanleren van nieuwe copingstrategieën. Subgroep 3 is wellicht minder “beschadigd” (minder harddruggebruik in verleden), heeft weinig schuldbesef en heeft naar verwachting verhoudingsgewijs meer persoonlijkheidsstoornissen dan groep 1 en 2. Naar verwachting is er een hoge mate van zelfredzaamheid en zijn er goede opleidingskansen. Vooral praktische ondersteuning is nodig (wonen, werk, geld). Het sociale steunsysteem dient daarbij te worden aangesproken.

In dit onderzoek is de door de gedetineerden zelf ervaren zorgbehoefte niet aan bod gekomen. Eerder onderzoek laat zien dat deze ervaren zorgbehoefte afwijkt van de (op basis van de vastgestelde problematiek) door professionals geformuleerde zorgbehoefte van gedetineerden (Oliemeulen et al., 2007). De belangrijkste hulpbehoefte van gedetineerden na detentie ligt op het vlak van basale beperkingen (wonen en gezondheid) en relationele beperkingen. Professionals noemen vooral het vinden van dagbesteding of werk. Alvorens

aandacht te besteden aan dagbesteding of werk is het daarom aan te bevelen om na te gaan of voldoende wordt voorzien in basale behoeften als wonen, gezondheid en relaties.

## 5.4 Tot slot

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat het middelengebruik onder ISD-ers hoog is in vergelijking met niet-ISD-ers, evenals de verwevenheid hiervan met het plegen van delicten. ISD-ers hebben bovendien naar schatting een relatief laag IQ en hebben vaker last van een ernstige depressie. Ook de maatschappelijke problematiek is groot, al zijn deze problemen niet altijd significant zwaarder dan onder de niet-ISD-ers. Echter, juist de combinatie en onderlinge verwevenheid van drugsgebruik, psychische problemen, criminaliteit en maatschappelijke problemen maakt deze problemen hardnekkig. Uit het onderzoek wordt duidelijk dat moet worden geïnvesteerd in aanbodontwikkeling voor gedetineerden met complexe problematiek, waaronder ISD-ers oververtegenwoordigd zijn. De insteek voor deze subgroep is daarbij stabilisatie of schadebeperking en langdurige begeleiding, en niet behandeling.

De Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) stelde in 2007 vast dat, terwijl de verslavingsgerelateerde criminaliteit en de prevalentie van verslaving onder gedetineerden groeien, de mogelijkheden voor zorg aan verslaafden in detentie afnemen. Sindsdien lijkt het besef te zijn gegroeid dat deze tendens moet worden gekeerd. De aanbeveling van de RSJ om de zorg aan gedetineerden met een psychische stoornis of een verslaving op hetzelfde niveau te brengen als in de vrije samenleving is, gezien de resultaten van het huidige onderzoek, nog steeds relevant.

## Referenties

Adriaens T, P Thiemann & T Riezebos (2007). Eindverslag onderzoek 'Zorg in de PI'. Interne rapportage Novadic-Kentron.

Bannatyne LA, CB Gacono & RL Greene (1999). Differential patterns of responding among three groups of chronic, psychotic, forensic outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1553-1565.

Biesma S, M Zwieten, J Snippe & B Bieleman (2006). ISD en SOV vergeleken: eerste inventarisatie meerwaarde Inrichting Stelselmatige Daders boven eerdere Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden. Groningen: Intraval.

Derksen JJL, HRA de Mey, H Sloore & G Hellenbosch (2006). MMPI-2. Handleiding voor afname, score en interpretatie. Nijmegen: Pen Psychodiagnostics.

Gemeentelijke Ombudsman Amsterdam (2007). Tekortschietende nazorg bij ISD-maatregel.

Hartgers C (1994). European Addiction Severity Index (EuropASI). Handleiding voor de training en afname van EuropASI vraaggesprekken. Amsterdam: AIAR.

Hunt G & N Azrin (1973) A community-reinforcement approach to alcoholism. **Behaviour Research and Therapy**. 11: 91-104.

Inspectie voor de Sanctietoepassing (2008). Inspectierapport Inrichtingen voor Stelselmatige Daders. Themaonderzoek. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Kerkhof MPN van (2008). Problemen van veelplegers zwaar onderschat. *Psy*, nr. 7.

Melamid E & Brodhar G (2003). Matching needs and services: an assessment tool for community-based service systems. *Child Welfare*, nr. 4, p. 397-412.

Ministerie van Justitie (2004) Factsheet Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (ISD), oktober 2004, F&A 4829.

Ministerie van Justitie (2008a). Voortgangsrapportage Modernisering Gevangeniswezen. Bijlage bij brief van de Staatssecretaris van Justitie aan de Tweede Kamer, 9 december 2008.

Ministerie van Justitie (2008b). Modernisering Gevangeniswezen. Brief van de Staatssecretaris van Justitie aan de Tweede Kamer, 9 december 2008.

Oliemeulen Lisette, Patricia Vuijk, Ben Rovers & Regina van den Eijnden (2007). Problematische alcohol-gebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen. Den Haag: WODC.

Parnassia Addiction Research Centre (2003). Dubbele diagnose, dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2007). Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen. Amsterdam: SWP.

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007). De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving.

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007). De Inrichting voor Stelselmatige Daders: De ISD-maatregel in theorie en praktijk.

Snellen WM & EHM Eurelings-Bontekoe (2003). Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek met behulp van theoriegestuurde profielinterpretatie van de MMPI-2. In: EHM Eurelings-Bontekoe & WM Snellen, **Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek** (pp. 109-141). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Struijk S (2005). Het eerste bestaansjaar van de ISD-maatregel bekenen; een gretig gebruik door de rechterlijke macht of een zekere terughoudendheid? DD, nr. 8, jaargang 67.

Tollenaar N, R Meijer, G Huijbrechts, M Blom & S el Harbachi (2007) Monitor veelplegers. Jeugdige en zeer actieve veelplegers in kaart gebracht. Onderzoek en beleid, nr. 256. Den Haag: Boom juridische uitgevers/WODC.

# bijlage

## Bijlage 1 t/m 7



## Bijlage I

### Tabel middelengebruik

Tabel B1. Totaal overzicht middelengebruik in percentages

|                                                                     | ISD |        | N  | Niet-ISD |        | N  | p  |
|---------------------------------------------------------------------|-----|--------|----|----------|--------|----|----|
| Alcohol <sup>5</sup>                                                | 86% | (n=48) | 56 | 44%      | (n=18) | 41 | ** |
| Alcohol: 5 of meer glazen per dag                                   | 54% | (n=31) | 57 | 34%      | (n=14) | 41 | *  |
| Heroïne                                                             | 69% | (n=40) | 58 | 7%       | (n=3)  | 41 | ** |
| Methadon                                                            | 42% | (n=24) | 57 | 5%       | (n=2)  | 41 | ** |
| Ander opiaten (opium, morfine, pijnstillers met opiaten)            | 9%  | (n=5)  | 58 | 0%       | (n=0)  | 41 | -  |
| Medicijnen/pillen (barbituaren, kalmerende middelen, slaapmiddelen) | 39% | (n=22) | 57 | 24%      | (n=10) | 41 | ns |
| Cocaïne                                                             | 83% | (n=48) | 58 | 32%      | (n=13) | 41 | ** |
| Amfetamine                                                          | 25% | (n=14) | 57 | 12%      | (n=5)  | 41 | ns |
| Cannabis                                                            | 83% | (n=48) | 58 | 63%      | (n=26) | 41 | *  |
| Hallucinogenen                                                      | 9%  | (n=5)  | 57 | 2%       | (n=1)  | 41 | -  |
| Vluchtige stoffen (inhalantia)                                      | 0%  | (n=0)  | 54 | 10%      | (n=4)  | 41 | -  |
| Andere middelen (XTC, antidepressiva, antipsychotica)               | 25% | (n=13) | 53 | 15%      | (n=6)  | 41 | ns |
| Polygebruik                                                         | 71% | (n=37) | 52 | 24%      | (n=10) | 41 | ** |

\*p≤.05, \*\*p≤.01, ns= niet significant, -= geen uitspraken mogelijk over significantie vanwege kleine n  
<sup>5</sup> 1 of meer glazen per dag voor tenminste drie dagen per week, of twee opeenvolgende dagen waarbij normale activiteiten bemoeilijkt worden.

## Bijlage II

### Betekenis schalen MMPI

Tabel B2a. Betekenis schalen MMPI

| Schaal    | Inhoud                       | Omschrijving                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L schaal  | Validiteitschalen            | Detecteert of iemand de neiging heeft zichzelf zo positief mogelijk te presenteren. Personen met een hoge score op deze schaal zijn niet bereid hun tekortkomingen toe te geven.                                                                                                                                |
| F schaal  | Validiteitschalen            | Deze schaal geeft aanwijzingen over de test-attitude en detecteert afwijkende antwoordensets. Bij een hoge score kan sprake zijn van ‘faking good’ of ‘faking bad’.                                                                                                                                             |
| K schaal  | Validiteitschalen            | Detecteert, net als de L schaal, of iemand de neiging heeft zichzelf zo positief mogelijk te presenteren. Deze schaal laat dit op een meer subtiele manier zien.                                                                                                                                                |
| Schaal 1  | Hypochondrie                 | Bedoeld om overmatige bezorgdheid over het lichamelijk functioneren te ontdekken. Personen met een hoge score zijn overdreven ongerust over hun gezondheidstoestand.                                                                                                                                            |
| Schaal 2  | Depressie                    | Meet de mate van depressie, gekarakteriseerd door een weinig hoopvol toekomstbeeld en algemene ontevredenheid over het leven. Een hoge score kan duiden op een depressie.                                                                                                                                       |
| Schaal 3  | Hysterie                     | Deze schaal identificeert hysterische reacties in stressvolle situaties.                                                                                                                                                                                                                                        |
| Schaal 4  | Psychopathische deviatie     | Meet mate van sociale deviatie, gebrek aan acceptatie van autoriteit en amoreel gedrag. Bij hoogscoorders is vaak sprake van een persoonlijkheidsstoornis.                                                                                                                                                      |
| Schaal 5  | Mannelijkheid/vrouwelijkheid | Oorspronkelijk ontwikkeld om homoseksuele neigingen te identificeren, maar bleek hier niet effectief voor te zijn. Hoge scores zijn gerelateerd aan factoren als intelligentie, sociaal-economische status en opleiding. Verhoogde scores bij vrouwen duiden op afwijzing van de traditionele rol van de vrouw. |
| Schaal 6  | Paranoïa                     | Meet paranoïde symptomen als wantrouwen, overgevoeligheid, grootheidswaan en vervolgingswaan.                                                                                                                                                                                                                   |
| Schaal 7  | Psychastenie                 | Deze schaal was ontworpen om obsessies, compulsies en excessieve twijfels te meten. Dit diagnostisch label wordt weinig meer gebruikt.                                                                                                                                                                          |
| Schaal 8  | Schizofrenie                 | Laat onder andere de aanwezigheid van ongewone belevingen en gedragingen, sociale vervreemding en concentratieproblemen van een persoon zien.                                                                                                                                                                   |
| Schaal 9  | Hypomanie                    | Hypomanie is hyperactiviteit in denken en handelen, en is een lichte vorm van manie. Hieronder vallen bijvoorbeeld overmatige vreugde, prikkelbaarheid en versnelde spraak.                                                                                                                                     |
| Schaal 10 | Sociale introversie          | Deze schaal wordt gebruikt om de tendens tot het vermijden van sociaal contact te meten.                                                                                                                                                                                                                        |

Toelichting bij gemiddelde scores (tabel B2b):

De ISD-groep geeft, op grond van de score op schaal 2, meer dan de ISD-groep aan dat men ontevreden is over hun levensomstandigheden, dat ze zich meer sociaal zullen isoleren, introvert zijn en in conflict zullen geraken met autoriteitsfiguren. Daarnaast is men meer geneigd zich zorgen te maken, geeft men snel op en mogelijk is er sprake van een gebrek aan zelfvertrouwen. Ook op schaal 7 Psychastenie ziet men dit terug. De ISD-groep geeft aan dat men zich over het algemeen meer angstig, gespannen, oncomfortabel en onzeker voelt. Daarnaast een gebrek aan zelfvertrouwen, besluiteloosheid, verlegen en introvert.

Tabel B2b. Gemiddelde T-scores MMPI

|           | ISD<br>(N=36) | SD    | Niet-ISD<br>(N=19) | SD    | p  |
|-----------|---------------|-------|--------------------|-------|----|
| L schaal  | 40            | 21,29 | 48                 | 9,65  | ns |
| F schaal  | 50            | 22,63 | 61                 | 10,36 | ns |
| K schaal  | 42            | 18,04 | 50                 | 12,29 | ns |
| Schaal 1  | 54            | 13,89 | 50                 | 12,16 | ns |
| Schaal 2  | 56            | 10,52 | 49                 | 14,60 | *  |
| Schaal 3  | 56            | 16,13 | 54                 | 12,41 | ns |
| Schaal 4  | 76            | 9,68  | 71                 | 12,24 | ns |
| Schaal 5  | 51            | 10,74 | 48                 | 9,19  | ns |
| Schaal 6  | 68            | 9,61  | 64                 | 13,22 | ns |
| Schaal 7  | 60            | 10,42 | 53                 | 10,55 | *  |
| Schaal 8  | 61            | 9,56  | 61                 | 8,71  | ns |
| Schaal 9  | 62            | 13,33 | 64                 | 16,64 | ns |
| Schaal 10 | 50            | 9,13  | 45                 | 13,01 | ns |

\*p<.05, \*\*p<.01, ns= niet significant, Mann-Whitney toets, t-toets.

De overige verhoogde scores van beide groepen kunnen als volgt worden uitgelegd:

Verhoging schaal 4:

- ISD (T 76): Slechte aanpassing aan sociale omstandigheden en intieme relaties, diffuse beleving van de eigen identiteit en/ of van de sociale identiteit, antisociaal gedrag, moeilijkheden met justitie.
- Niet-ISD (T 71): Opstandig ten opzichte van autoriteiten, er kunnen problemen met justitie zijn, familie- en/of gezinsmoeilijkheden, onderpresteerder, zwakke arbeidsgeschiedenis, impulsief, zwak beoordelingsvermogen, ongeduldig, vijandig, kan zich verveeld voelen, leeg, somber.

Verhoogde schaal 6:

- ISD (T 68): Achterdochtig, voelt zich slecht behandeld, overmatig sensitief en responsief ten opzichte van opties van anderen, geeft anderen snel de schuld, vijandig, emotioneel labiel, geneigdheid dingen te gaan beargumenteren.
- Niet-ISD (T 64): Overgevoelig, op zijn hoede, wantrouwend, boos, verwijtend.

## Bijlage III

### Diagnoses MINI

Tabel B3. Gestelde diagnose MINI: stoornissen (meerdere stoornissen mogelijk)

|                                                              | ISD | N  | Niet-ISD | N  | p  |
|--------------------------------------------------------------|-----|----|----------|----|----|
| Depressieve episode: actueel                                 | 14% | 58 | 8%       | 40 | ns |
| Depressieve episode: ooit                                    | 10% | 58 | 3%       | 40 | ns |
| Depressieve episode met melancholische kenmerken: actueel    | 16% | 58 | 8%       | 40 | ns |
| Dysthymie actueel                                            | 9%  | 58 | 5%       | 40 | ns |
| Suïcidaal risico actueel                                     | 18% | 57 | 13%      | 40 | ns |
| Hypomane episode actueel                                     | 0%  | 57 | 0%       | 40 | -  |
| Hypomane episode ooit                                        | 4%  | 57 | 5%       | 40 | ns |
| Manische episode actueel                                     | 2%  | 57 | 5%       | 40 | ns |
| Manische episode ooit                                        | 7%  | 57 | 13%      | 40 | ns |
| Paniekstoornis ooit                                          | 7%  | 58 | 11%      | 38 | ns |
| Paniekstoornis actueel                                       | 3%  | 58 | 3%       | 37 | ns |
| (Paniekstoornis) Beperkte symptoomaanvallen ooit             | 0%  | 58 | 0%       | 37 | -  |
| Agorafobie actueel                                           | 9%  | 58 | 15%      | 40 | ns |
| Paniekstoornis zonder agorafobie actueel                     | 3%  | 58 | 3%       | 40 | ns |
| Paniekstoornis met agorafobie actueel                        | 5%  | 58 | 0%       | 40 | ns |
| Agorafobie actueel zonder paniekstoornis in voorgeschiedenis | 9%  | 58 | 13%      | 40 | ns |
| Sociale fobie actueel                                        | 5%  | 58 | 3%       | 40 | ns |
| Obsessieve compulsieve stoornis actueel                      | 3%  | 58 | 10%      | 40 | ns |
| Posttraumatische-stresstoornis                               | 18% | 57 | 2%       | 40 | ns |
| Psychotische Stoornis actueel                                | 10% | 58 | 8%       | 40 | ns |
| Psychotisch Stoornis ooit                                    | 22% | 58 | 20%      | 40 | ns |
| Stemmingsstoornis met psychotische kenmerken                 | 0%  | 58 | 0%       | 40 | -  |
| Anorexia Nervosa actueel                                     | 0%  | 57 | 0%       | 40 | -  |
| Bulimia Nervosa actueel                                      | 0%  |    | 0%       | 40 | -  |
| Anorexia Nervosa vreetbuien/purgerende type actueel          | 0%  | 58 | 0%       | 40 | -  |
| Gegeneraliseerde angststoornis actueel                       | 32% | 57 | 15%      | 40 | ns |

\*p≤.05, \*\*p≤.01, ns= niet significant. Chi-kwadraat toets toegepast, -= geen uitspraken mogelijk over significantie vanwege kleine n

## Bijlage IV

### Variabelen opgenomen in clusteranalyses

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alcohol                | Ooit een periode vijf of meer glazen per dag op drie of meer dagen per week, óf twee opeenvolgende dagen per week, dusdanig veel dat normale activiteiten bemoeilijkt worden (zgn. binge drinken)                                                                                                    |
| Heroïne en/of methadon | Ooit een periode heroïne of methadon gebruikt (minimaal 3x per week, of 2 opeenvolgende dagen zoveel dat functioneren de volgende dag beperkt was).                                                                                                                                                  |
| Cocaïne                | Ooit een periode cocaïne gebruikt (minimaal 3x per week, of 2 opeenvolgende dagen zoveel dat functioneren de volgende dag beperkt was).                                                                                                                                                              |
| Cannabis               | Ooit een periode cannabis gebruikt (minimaal 3x per week, of 2 opeenvolgende dagen zoveel dat functioneren de volgende dag beperkt was).                                                                                                                                                             |
| Geen middel            | Nooit is er een middel voor genoemde periode met genoemde effecten gebruikt.                                                                                                                                                                                                                         |
| Gebruik 1 middel       | Er is één middel (en niet meer) voor genoemde periode met genoemde effecten gebruikt.                                                                                                                                                                                                                |
| Gebruik >1 middel      | Er zijn meer dan 1 middelen voor genoemde periode met genoemde effecten gebruikt.                                                                                                                                                                                                                    |
| Beneden gemiddeld IQ   | Geschatte IQ score onder 95                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Gemiddeld IQ           | Geschatte IQ score tussen 95 en 105                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Bovengemiddeld IQ      | Geschatte IQ score van 105 of hoger                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Stemmingsstoornis      | Er is sprake van een actuele ( <b>current</b> ) stemmingsstoornis. Bij dit type stoornis is sprake van een of meer van de volgende specifieke stoornissen: depressieve episode met of zonder melancholische kenmerken, dysthymie, hypomane episode, manische episode.                                |
| Angststoornis          | Er is sprake van een actuele ( <b>current</b> ) angststoornis. Bij dit type stoornis is sprake van een of meer van de volgende specifieke stoornissen: paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, obsessieve compulsieve stoornis, post-traumatische stressstoornis, gegeneraliseerde angststoornis. |
| Psychotische stoornis  | Er is sprake van een actuele ( <b>current</b> ) psychotische stoornis.                                                                                                                                                                                                                               |
| Geen stoornis          | Er is momenteel geen enkel type stoornis (stemming, angst of psychose).                                                                                                                                                                                                                              |
| 1 stoornis             | Er is momenteel sprake van één (niet meer) type stoornis.                                                                                                                                                                                                                                            |
| >1 stoornis            | Er is momenteel sprake van twee of drie typen stoornissen.                                                                                                                                                                                                                                           |

## Bijlage V

### Toelichting op uitvoering van de clusteranalyse

#### Transformeren van variabelen

Het merendeel van de variabelen voor de clusteranalyse is binair, wat wil zeggen dat er bijvoorbeeld sprake is van het wel of niet problematisch gebruik van een middel, of het wel of niet hebben van een psychiatrische stoornis. Een hiërarchische clusteranalyse werkt met variabelen van dezelfde soort, dus niet-binaire variabelen zijn getransformeerd tot binaire variabelen.

Voor actuele psychische stoornissen zijn twee variabelen gemaakt die aangeven of er wel of geen sprake is van (tenminste) een stemmings-, of angststoornis. Onder actuele stemmingsstoornis vallen depressie met of zonder melancholische kenmerken, dysthymie, manie en hypomanie. Onder actuele angststoornis vallen paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, obsessief compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis, en gegeneraliseerde angststoornis. Daarnaast is de bestaande binaire variabele ‘psychotische stoornis’ meegenomen in de clusteranalyse.

De IQ score is een continue variabele. Voor de clusteranalyse is deze onderverdeeld in benedengemiddeld (IQ score onder de 95), gemiddeld (tussen 95 en 105), en bovengemiddeld (hoger dan 105). Om ook deze variabele om te zetten in ‘ja/nee vragen’ zijn vervolgens zogenoemde dummy variabelen aangemaakt voor de drie niveaus, zoals een dummyvariabele ‘gemiddeld IQ’ met de scores ‘ja, heeft een gemiddeld IQ’ en ‘nee, heeft geen gemiddeld IQ’.

Tot slot zijn er dummy variabelen aangemaakt voor middelenmisbruik, namelijk ‘misbruik van geen enkel middel’ (scores: ja, nee), ‘misbruik van één middel’ (scores: ja, nee), en ‘misbruik van meerdere middelen’ (score: ja, nee). Een lijst met de variabelen uit de clusteranalyse is opgenomen in bijlage IV.

#### Ontbrekende waarden (Missing values)

Een persoon had op extreem veel gekozen variabelen een ontbrekende waarde (6 uit 17, 35%). Deze persoon is daarom niet meegenomen in de clusteranalyses. Wanneer een persoon op één variabele een ontbrekende waarde heeft, zou deze persoon automatisch worden verwijderd uit de clusteranalyse. Daarom zijn voor de overige 98 personen eventuele ontbrekende waarden vervangen door een andere waarde. Op deze manier kunnen alle 98 gedetineerden worden meegenomen in de clusteranalyse. De ontbrekende waarden zijn op de volgende manier vervangen: bij binaire variabelen is de meest voorkomende waarde op de betreffende variabele (over de totale groep) gebruikt. Voor de continue variabele IQ is de gemiddelde IQ score voor de hele groep gebruikt, en zijn vervolgens opnieuw de drie dummy-variabelen aangemaakt.

## Bijlage VI

### Deelnemers focusgroepdiscussie zorgbehoefte ISD-ers

- Dhr. Wim Bootink (Novadic-Kentron), psychotherapeut, o.a. behandeling justitiabelen en veelplegers
- Dhr. Daan van den Enden, justitieel casemanager Novadic-Kentron
- Dhr. Harrie van Gestel (Novadic-Kentron), regionaal voorzitter IC, indicatiestelling forensische zorg
- Mw. Amanda Kruit (Delta Psychiatrisch Centrum), psychiatrisch verpleegkundige, Nieuwe Haven (woon-zorg-werk voorziening voor dak- en thuislozen met complexe problematiek)
- Dhr. Armand van der Kruit (GGZ Eindhoven), GZ psycholoog, programmacoördinator forensische behandeling en behandelaar op de Ponder
- Mw. Karlijn de Vos (Novadic-Kentron), reclasseringswerker binnen de JI Vught.

Verhinderd waren:

- Dhr. Marc Bosma, Psycholoog en senior beleidsmedewerker Research & Development, Novadic-Kentron
- Mw. Hanneke Gijsbers, Gz-psycholoog JI Vught

## Bijlage VII

### Overzicht leden ISD-stuurgroep

1. Dhr. dr. P. Greeven, Hoofd Research & Development, Novadic-Kentron.
2. Mw. drs. M. van Gogh, Trajectpsychologe, Novadic-Kentron
3. Dhr. drs. M. Bosma, Psycholoog en senior beleidsmedewerker Research & Development, Novadic-Kentron
4. Dhr. drs. M. van Heek, Hoofd Verslavingsreclassering, Novadic-Kentron
5. Dhr. drs. R. Engel, Unitdirecteur, JI Vught
6. Mw. Ir. E. Wits, Projectleider, IVO
7. Mw. S. Ganpat MSc, Criminologisch onderzoeker, IVO