

Onbenut potentieel

Kwalitatief onderzoek naar werkzame factoren in de opzet en uitvoering van de maatregel plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD)



**Thomas Martinelli, Sanne Struijk, Elske Wits, Cas Barendregt,
Michiel van der Wolf, Gera Nagelhout**



Onderzoek
naar welzijn,
zorg &
verslaving

Samenvatting

Samenvatting

Wij danken alle geïnterviewden, deelnemers aan de focusgroepen en vooral de werknemers van de vijf deelnemende ISD-locaties voor het beschikbaar stellen van hun kennis en tijd.

Uitgave

© 2022 Onderzoeksinstituut IVO

Auteursrechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, digitale verwerking of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van naam opdrachtnemer.

Auteurs: Thomas Martinelli (IVO), Sanne Struijk (EUR, RUG), Elske Wits (IVO), Cas Barendregt (IVO), Michiel van der Wolf (RUG, UL), Gera Nagelhout (IVO)

Redactie: Onderzoeksinstituut IVO

Opdrachtgever: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Justitie en Veiligheid

Postbus 30833
2500 GV Den Haag
www.ivo.nl

Hoewel grote zorgvuldigheid is betracht bij het samenstellen van dit rapport, aanvaarden Onderzoeksinstituut IVO en de betrokkenen geen enkele aansprakelijkheid uit welke hoofde dan ook voor het gebruik van de in deze publicatie vermelde gegevens. Alles uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt mits de bron wordt vermeld.

Samenvatting

Dit rapport doet verslag van een kwalitatief onderzoek naar de opzet en uitvoering van de strafrechtelijke maatregel plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). Onderzocht is hoe de ISD-maatregel tot stand is gekomen, wat de aannames zijn achter het wettelijk kader en het beleid, hoe die aannames zich verhouden tot de literatuur en wat dit betekent voor de uitvoering en mogelijke werkzaamheid van de maatregel. Kern van de onderzoeksbevindingen is dat er onduidelijkheid bestaat over het doel van de ISD. Deze maatregel behelst namelijk twee doelen met ieder een eigen perspectief. Aan de ene kant het kortetermijnperspectief: het beschermen van de samenleving tegen de criminaliteit en overlast afkomstig van stelselmatige daders, door opsluiting in een speciale inrichting binnen een Penitentiare Inrichting (PI) gedurende maximaal twee jaar. Aan de andere kant is er het langetermijnperspectief: resocialisatie via het verminderen van de problematiek van personen die tot de ISD zijn veroordeeld, door het aanbieden van een intensief zorg- en behandeltraject tijdens de vrijheidsbeneming. Deze tweeledigheid en de onvoldoende heldere uitwerking ervan in het beleid, maken het moeilijk om activiteiten die nodig zijn voor goede zorg en behandeling binnen de ISD te legitimeren in een context waar beveiliging voorop staat, alsook om ketenpartners aan te spreken op hun verantwoordelijkheden. De huidige praktijk van de ISD laat zich als gevolg hiervan moeilijk onderscheiden van de PI. Een belangrijke aanbeveling is daarom om een integrale visie op de ISD uit te werken met – meer dan in het huidige beleid – aandacht voor de zorg- en behandeltrajecten die kenmerkend zijn voor de ISD.

Aanleiding en onderzoeksvragen

De ISD-maatregel kan sinds 2004 worden opgelegd aan zeer actieve veelplegers. Het is een maximaal twee jaar durende vrijheidsbenemende maatregel, gegrond op de overlast door het criminele gedrag, het hoge risico op herhaling daarvan en de gevoelde noodzaak om de samenleving daar beter tegen te beschermen. De tenuitvoerlegging van de maatregel vindt in ieder geval (deels) intramuraal plaats in een Inrichting voor Stelselmatige Daders. Deze is ondergebracht in een PI, waar ook het huis van bewaring en een gevangenis deel van uitmaken. De ISD kan ook deels extramuraal plaatsvinden, bijvoorbeeld in een instelling voor forensische zorg of in een (beschermde of begeleide) woonvorm onder toezicht. De ISD is gematigd effectief in het verminderen van recidive. Het ontvangen van forensische zorg tijdens de ISD lijkt daarbij een extra dempend effect op recidive te hebben. Er is echter nog weinig inzicht in hoe dit wordt bereikt. Bovendien blijkt na enkele in 2009 doorgevoerde verbetermaatregelen de recidive (één tot drie jaar) na ISD hoger te zijn dan voorheen. Dit vormde aanleiding voor het ministerie van Justitie en Veiligheid om de ISD-maatregel te evalueren en te bekijken of er mogelijkheden voor verbetering zijn te vinden. Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) gaf Onderzoeksinstituut IVO de opdracht om de plan- en procesevaluatie uit te voeren. Het onderzoek is verricht in vijf van de negen penitentiare inrichtingen waarin de ISD ten uitvoer wordt gelegd, te weten de PI Rotterdam locatie Hoogvliet, PI Veenhuizen, PI Vught, PI Zaanstad en PI Zwolle.

In dit rapport staan de volgende vragen centraal:

Planevaluatie

- Wat is de beleidstheorie van de ISD, inclusief de rol van de forensische zorg en de re-integratie na de ISD daarin, en hoe verhoudt deze zich tot de literatuur?

Procesevaluatie deel 1

- Hoe zijn (beleids)procedures van de ISD vormgegeven en hoe verhouden deze zich tot de beleidstheorie?

Procesevaluatie deel 2

- Hoe wordt in de praktijk invulling gegeven aan de ISD en hoe staat deze praktijk in relatie tot het beleid van de PI?
- Hoe wordt geprobeerd om beoogde en behaalde resultaten vast te houden na uitstroom?
- Hoe verhoudt de praktijk zich tot de (beleids)procedures en beleidstheorie?
- Welke verbeterpunten zijn daarin te benoemen?

Om deze vragen te beantwoorden werden de volgende methoden ingezet:

- Beleidsanalyse;
- Literatuuronderzoek en documentstudie;
- Semigestructureerde (groeps)interviews met bij de ISD betrokken professionals en experts;
- Focusgroepen met bij de ISD betrokken professionals en experts, inclusief ervaringsdeskundigen.

Planevaluatie: Beleidstheorie ISD

In de reconstructie van de beleidstheorie van de ISD wordt in dit rapport eerst de historische context beschreven: hoe is de ISD ontstaan uit de maatregel Strafrechtelijke Opvang van Verslaafden (SOV)? De SOV maakte voor het eerst vrijheidsbeneming mogelijk voor mannen met een harddrugverslaving die een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormden. Het doel van de SOV was het terugdringen van overlast en beheersbaar maken van de verslavingsproblematiek voor het individu en de samenleving. Ten behoeve van zowel resocialisatie als beëindiging van de recidive. De ISD vergrootte het bereik van deze gedwongen vrijheidsbeneming naar een heterogene doelgroep van zowel mannelijke, als vrouwelijke zeer actieve veelplegers, zonder verslaving als voorwaarde. Daarbij benadrukte de beleidsdoelstelling van de ISD – meer dan van de SOV – de maatschappijbescherming door vrijheidsbeneming, en minder het oplossen van de persoonlijke problematiek en resocialisatie.

In lijn met deze nadruk veronderstelt de huidige ISD-beleidstheorie dat met het langer vasthouden van stelselmatige daders de criminaliteit (en daarmee onveiligheid en overlast) afneemt, doordat hen het plegen van nieuwe delicten tijdens de detentieperiode onmogelijk wordt gemaakt. Dit is het zogenoemde incapacitatie-effect. De wetenschappelijke literatuur bevestigt dit veronderstelde effect van detentie op criminaliteit en recidive op de korte termijn.

De ISD heeft echter ook als subsidiair doel om een bijdrage te leveren aan het oplossen van de persoonlijke problematiek van de ISD'er via een intensieve aanpak met zorg en begeleiding, om daarmee de (kans op) recidive en maatschappelijke overlast op lange termijn te verminderen. De veronderstelling hierbij is dat de persoonlijke problematiek van de ISD'er samenhangt met het delictgedrag. De beleidstheorie is echter minder duidelijk op dit punt en het uitgangspunt hierover is bovendien sinds de invoering van de ISD gewijzigd. Zo werd eerst verondersteld dat de ISD-maatregel in een zeer beperkt regime zou plaatsvinden. Een intensieve interventie zou pas plaatsvinden als daarvoor duidelijke aanknopingspunten en motivatie aanwezig waren bij de ISD'er. In deze zin was de ISD dus in de eerste plaats een maatregel om veelplegers van de straat te houden. Het huidige uitgangspunt daarentegen is juist een ISD mét een intensief zorgtraject. Pas wanneer zonder succes al het mogelijke is aangeboden en geprobeerd om iemand te motiveren, wordt overgegaan op een beperkt regime. De ISD is zodoende meer een zorgmaatregel geworden. De maatregel vormt als zodanig ook een forensische zorgtitel. Hoe het (gedragsbeïnvloedende) zorgdoel wordt bereikt, hangt volgens de beleidstheorie af van de persoon in kwestie en heeft maatwerk als uitgangspunt. In ieder geval kunnen

een doorlopende fasering (intramurale-, tussen- en extramurale fase) in de ISD en ondersteuning van ketenpartners (inclusief forensische zorg en woonvoorzieningen) worden ingezet.

Dat het invullen van de ISD met zorg, behandeling en (gedrags)interventies kan bijdragen aan stabilisering en vermindering van de persoonlijke problematiek, en daarmee het recidiverisico, is plausibel en kan op onderdelen worden onderbouwd met literatuur. De gewenste verhouding tussen de zorgbehoeften van de ISD-doelgroep enerzijds, en de duur en inhoudelijke invulling van het strafrechtelijk kader voor vrijheidsbeneming anderzijds, is echter onduidelijk. Er ontbreekt daarmee een uitgewerkte (behandel)visie op hoe (en hoe lang) stelselmatige daders met multiproblematiek en middelenverslaving in een detentie of extramurale setting zouden moeten worden begeleid en behandeld om te komen tot (duurzame) gedragsverandering. Er wordt ook niet verwezen naar visies die hierover ontwikkeld zijn in de forensische zorgsector, zoals het Kwaliteitskader Forensische Zorg, het Basis Zorgprogramma Forensische Zorg of het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg.

Procevaluatie deel 1: ISD-procedures

Bij de tenuitvoerlegging van de ISD zijn veel actoren betrokken die samenwerken in de keten van justitie, zorg en gemeenten. Verschillende documenten geven hier op landelijk of lokaal niveau invulling aan. Na uitraag bleken dergelijke documenten met visies of procedures niet bij alle ISD-locaties bekend of aanwezig te zijn. De status en mate van implementatie van gevonden documenten is tevens onduidelijk.

In lijn met de eerder genoemde uitgangspunten van de beleidstheorie, beschrijft de landelijke productspecificatie ISD op hoofdlijnen hoe de ISD dient te worden ingevuld. De inhoud van de productspecificatie is weinig concreet. Zo staat er beschreven welke functies (personeel) beschikbaar dienen te zijn in een ISD, maar wordt niet het (minimale) aantal fte, benodigde kennis en expertise of taken waar zij aan bij dienen te dragen in een ISD-traject beschreven. Beknopt worden er verschillende rollen, vaardigheden en activiteiten van personeel beschreven voor het stimuleren en motiveren tot gedragsverandering van de ISD'er. Ook in de productspecificatie is maatwerk het uitgangspunt. Net als in de beleidstheorie ontbreekt echter een uitgewerkte zorgvisie (of verwijzing daarnaar). Het belang van samenwerking met ketenpartners wordt steeds benadrukt, maar net als in de beleidstheorie wordt niet uitgewerkt hoe deze samenwerking kan worden gerealiseerd of geborgd.

Lokaal, op het niveau van de ISD-locatie, zijn procedures zeer verschillend ingevuld en in twee van de vijf onderzochte locaties ontbraken documenten die de tenuitvoerlegging van de ISD beschrijven. De visiedocumenten, handboeken en een werkmap (bedoeld voor ISD'ers) verkregen voor dit onderzoek zijn zeer verschillend en globaal van karakter. Algemene uitspraken over hoe de lokale procedures zich verhouden tot de beleidstheorie zijn daardoor niet mogelijk. Overkoepelend kan wel worden gesteld dat de lokale documenten de gefaseerde opzet van de ISD volgen en beschrijven.

Uit de documenten blijkt dat de intramurale fase van de ISD niet primair draait om het bieden van intensieve zorg en behandeling, maar meer om het doen van psychologisch onderzoek en trajectbepaling (voor een vervolg buiten de PI). ISD'ers volgen in deze fase een dagprogramma en zijn onderworpen aan dezelfde regels en procedures als reguliere – op een andere justitiële titel geplaatste – gedetineerden. De uitvoering van de tussenfase is niet uitgewerkt in procedures. Ook is de beschrijving van de uitvoering van de extramurale fase zeer beperkt. Het is op basis van de verkregen documenten niet af te leiden hoe ISD-locaties dit faciliteren.

De reikwijdte van de documenten betreft dus voornamelijk de intramurale fase van de ISD. Daar waar het gaat om (het organiseren van of toeleiden naar) zorg en behandeling wordt het weinig concreet. De invulling van deze taken lijkt daarmee afhankelijk te zijn van ketenpartners, de beschikbaarheid van lokaal hulpaanbod en (expertise en netwerken van) individuele professionals. Ook blijkt uit de lokale documenten dat alle activiteiten binnen de ISD ondergeschikt zijn aan en ingekaderd worden door de strakke (veiligheids)kaders van de PI, die dus ook voor de ISD gelden. Het onderscheidende karakter van de ISD ten opzichte van andere detentieregimes – qua doelgroep en qua nadruk op zorg en behandeling – wordt hiermee ondermijnd. Zo geldt in de ISD een dagprogramma voor ISD'ers dat nagenoeg gelijk is aan die van de reguliere regimes in de PI met een grote nadruk op arbeid en weinig ruimte voor diagnostiek, zorg en begeleiding. In twee bestudeerde visiedocumenten wordt extra aandacht gevraagd voor het leefklimaat op de ISD. Hierin wordt de behoefte geuit om de beperkende kaders van de PI minder van toepassing te laten zijn voor de ISD. In plaats daarvan roepen de documenten op om het eigen karakter van de ISD en de overige (forensische zorg)regimes meer te benadrukken. Dit punt komt ook naar voren in de analyse van de uitvoeringspraktijk, zoals hieronder zal blijken.

Procesevaluatie deel 2: Praktijkervaring met de ISD

Met ISD-medewerkers en ketenpartners (vertegenwoordigers van reclassering, forensische zorginstellingen en gemeenten) is gesproken over praktijkervaringen met personeelscapaciteit, de setting en context van de PI waar de ISD zich in bevindt, de rol en inzet van forensische zorg en de re-integratie en recidive van ISD'ers. Opvallend in deze praktijkverkenning is dat de aanpak en (fysieke en inhoudelijke) inrichting van de vijf bezochte ISD-locaties behoorlijk blijken te verschillen. De ene ISD-locatie legt de nadruk bijvoorbeeld meer op diagnostiek en doorverwijzing naar zorg buiten de PI, terwijl bij een andere locatie de nadruk meer ligt op ondersteuning via een therapeutisch leefklimaat binnen de PI. Deze verschillen zijn onder meer het gevolg van de ontstaansgeschiedenis van de ISD-locatie, de expertise en ervaring van het personeel, het gebouw (van de PI), de directie en de aanwezigheid van bepaalde faciliteiten in de PI (zoals een Penitentiair Psychiatrisch Centrum, PPC).

Op vrijwel elke locatie ervaren betrokkenen de ISD als een ondergeschoven kindje van de PI (en van de Dienst Justitiële Inrichtingen, DJI). Men vindt bijvoorbeeld dat de gedragsbeïnvloedende zorgdoelstelling van de ISD in het gedrang komt door zowel de dominante regels en het klimaat van de PI (en DJI) gericht op risicobeheersing, als de beperkte beschikbaarheid van gedragsdeskundig personeel. Betrokkenen zijn ervan overtuigd dat de doelgroep van de ISD zich onderscheidt van die van de rest van de PI wat betreft hun bejegening-, zorg- en ondersteuningsbehoeften. Zij vinden ook de aard van de ISD-maatregel duidelijk anders dan die van een reguliere gevangenisstraf. In de huidige praktijk komt het onderscheidende karakter van de ISD echter onvoldoende – of enkel met veel moeite en strijd van het betrokken ISD-personeel – tot uiting in de tenuitvoerlegging. Dit wordt ook zo ervaren door ketenpartners van de ISD.

Financiering en capaciteit personeel

Op alle bezochte locaties wordt de beschikbare inzet van gedragsdeskundigen als onvoldoende ervaren. Diagnostiek en psychologisch onderzoek wordt niet uitgevoerd of is van onvoldoende kwaliteit. Netwerken met ketenpartners in de forensische zorg worden door het tekort minder goed dan gewenst onderhouden. Deze ervaren krapte is deels te verklaren uit de normeringen van DJI voor het financieren van het personeel van de ISD. De integrale dagprijs per capaciteitsplaats van de intramurale fase van de ISD (€ 360) is iets hoger, dan die van het huis van bewaring (€ 297) en van de gevangenis (€ 304), maar

een stuk lager dan die van een PPC (€ 706). Dit terwijl betrokkenen aangeven dat het werk op de ISD en de ISD-doelgroep veel meer lijkt op die van de PPC, dan van de reguliere regimes. Sinds 2008 is het budget voor de personeelsformatie van de ISD licht gestegen, maar deze is nog altijd lager dan destijds voor de SOV (tot 2004).

Verder blijken betrokken psychologen en psychiaters niet enkel voor de ISD te werken, maar ook voor andere afdelingen en regimes van de PI. De ervaren personeelscapaciteit van zorg- en behandelinrichtingswerkers (ZBIW'ers), senior casemanagers en afdelingshoofden wordt als beter ervaren. De lage bezettingsgraad van de ISD-cellen in de coronaperiode liet echter zien wat een relatief grotere personeelsformatie aan mogelijkheden biedt om de ISD-maatregel beter uit te voeren: meer persoonlijke aandacht, meer begeleiding van ISD'ers bij extramurale activiteiten en meer ruimte voor therapeutische activiteiten.

Lokale invulling ISD

Er zijn aanzienlijke verschillen in de dagelijkse uitvoering en werkcultuur tussen de verschillende ISD-locaties. Deze ontstaan vooral door de manier waarop de inrichtingen zijn georganiseerd, zowel fysiek als inhoudelijk. Eén bezochte locatie kent bijvoorbeeld aparte inkomsten- en tussenfase-afdelingen, waartussen ISD'ers kunnen worden door- of teruggeplaatst. Een andere locatie hanteert vier afdelingen, waar ISD'ers op basis van bepaalde persoonskenmerken of gedrag kunnen worden ingedeeld. Andere ISD-locaties maken geen inhoudelijk onderscheid tussen afdelingen. In een aantal gevallen is de inrichting van de afdeling een bewuste keuze, gebaseerd op verwachte positieve effecten van een bepaalde inrichting. Dergelijke verwachte effecten verschillen tussen ISD-locaties. In andere gevallen is de inrichting toevallig of het gevolg van mogelijkheden (of beperkingen) van het gebouw. Ondanks lokale variatie in de organisatie en werkcultuur tussen ISD-locaties drukken betrokken medewerkers het eigen karakter van de ISD vergeleken met reguliere regimes in de PI op dezelfde wijze uit: minder nadruk op beveiligen en sanctioneren en meer nadruk op zorg en het traject van de ISD. Ter illustratie, (terugval in het) gebruik van drugs of incidenten op de afdeling, worden gezien als zaken om te bespreken en van te leren en niet om (enkel) te sanctioneren.

Contextfactoren van de PI

De context van de PI als organisatie en als terrein waarbinnen de ISD zich bevindt, blijkt een grote invloed te hebben op de tenuitvoerlegging van de ISD. Deze PI-context wordt hoofdzakelijk als beperkend ervaren. Betrokken personeel ervaart zoals gezegd vaak een strijd met het management en beveiligingspersoneel van de PI. Zo delen ISD-medewerkers de mening dat het bijna niet mogelijk is om een therapeutisch leefklimaat te realiseren op de ISD-afdelingen, door de beperkende regels en beperkte ruimte die de PI biedt. Er is bijvoorbeeld een PI-breed, op sanctionering gericht, drugsontmoedigingsbeleid (lees: verbod) dat ook voor de ISD geldt. Het ontbreekt echter aan ondersteuning die ISD'ers nodig hebben om zich daaraan te houden, terwijl de meeste ISD'ers een drugsverslaving hebben in combinatie met andere psychische problemen.

Naast de al genoemde krapte in middelen en personeel, ervaren ISD-professionals een contrasterende werkcultuur tussen de ISD en de rest van de PI, omdat risicobeheersing en een dagprogramma voor gedetineerden leidend zijn voor laatstgenoemde. Bovendien ontbreken voor de ISD geschikte systemen om in te rapporteren en om een dossier (voortgangs- en eindverslagen) in bij te houden. Ten slotte wordt ook het fysieke terrein van de PI als beperkend ervaren, omdat het moeilijk is voor gedetineerden om van binnen naar buiten (en andersom) te bewegen. Het ISD-personeel en de ISD'ers stuiten regelmatig

op onbegrip van medewerkers wanneer zij (werk of behandel) activiteiten buiten de ISD doen. Iets dat voor ISD'ers in de tussenfase juist cruciaal is. De ISD loopt met haar andere werkwijze dus op allerlei manieren tegen de grenzen van het PI-klimaat aan.

Rol en inzet forensische zorg

Forensische zorg is in de context van de ISD iets dat wordt 'toegevoegd' aan het ISD-traject. Ondanks de aanwezigheid van gedragsdeskundigen en ZBIW'ers in de ISD, is verblijf op een ISD-locatie op zich geen behandeling. ISD-personeel beperkt zich tot beheersen, stabiliseren, diagnosticeren en trajectbepalen. Behandeling wordt altijd ingekocht en door externen uitgevoerd. In een trajectbepalingsoverleg bepalen de betrokken professionals of zij gaan inzetten op een *klinisch* of een *praktisch* (ook wel *ambulant*) ISD-traject. Bij een klinisch traject blijven ISD'ers doorgaans intramuraal totdat er plaats is in een forensische kliniek. Vanuit de kliniek beginnen ze vervolgens met het opbouwen van vrijheden. Bij een praktisch traject krijgen ISD'ers vaak eerst 'ambulante behandeling in huis' (behandeling van een externe zorginstelling geleverd binnen de muren van de PI). Als dat goed gaat, wordt dat gevolgd door activiteiten, behandeling en sociaal verlot buiten de PI. Diagnostiek kan, afhankelijk van de beschikbare informatie vóór de start van de ISD (bijvoorbeeld uit een reclasseringsadvies), onderdeel zijn van de trajectbepaling.

Hoewel de (intramurale) beginfase van de ISD een kans (tijd en ruimte) biedt om gedegen diagnostiek uit te voeren, kan deze kans in veel gevallen niet worden benut vanwege onvoldoende personeelscapaciteit. Het ontbreken van gedegen diagnostiek kan het moeilijk maken om ISD'ers op de juiste plek (forensische zorginstelling) te krijgen en hen te motiveren voor een traject. Daarnaast hangt het nog af van de regio waar de locatie zich bevindt en van de netwerken van het ISD-personeel of die juiste plek (aanbod forensische zorg) überhaupt beschikbaar is. In sommige regio's is voldoende aanbod met de juiste specialismen voor de ISD-populatie, terwijl dit in andere regio's beperkt is. Gevolgen van een beperkt aanbod zijn bijvoorbeeld wachtlijsten, maar ook (tijdelijke) terugplaatsingen vanuit de klinieken naar de PI. Wanneer ISD'ers ergens geplaatst worden waar er plek is, maar waar niet de juiste expertise aanwezig is, komt het voor dat zij teruggeplaatst worden vanwege problematisch gedrag. Het beperkt beschikbare zorgaanbod geldt nog sterker voor vrouwen in de ISD.

Re-integratie

Het ondersteunen van re-integratie heeft als doel om recidive op lange termijn te voorkomen. Betrokken professionals geven aan dat met name de intramurale fase gericht is op kleine doelen, zoals het bieden van structuur en een veilige omgeving waarin de ISD'er kan stabiliseren. Hiervoor worden extern ingekochte interventies aangeboden, zoals mentoren, kook- en kunstprojecten, re-integratietrainers, trainingen van de reclassering (zoals de Leefstijltraining) en cognitieve vaardigheidstrainingen. Een beperking van deze intramurale activiteiten is dat ISD'ers niet kunnen oefenen met naar buiten gaan. Dit is anders voor de extramurale fase van de ISD, die juist in het teken staat van re-integratie. Ketenpartners, waaronder forensische zorgaanbieders, de reclassering en gemeenten, voeren deze activiteiten uit of houden toezicht. Ondanks dat ketenpartners betrokken waren bij de (groeps)interviews, is het nog onvoldoende helder hoe deze activiteiten eruit kunnen zien. Wel geven betrokkenen aan dat afstemming en het vroeg betrekken van ketenpartners in een ISD-traject essentieel is voor een soepel verloop. De mate waarin dit lukt verschilt per locatie en ketenpartner.

De samenwerking met de reclassering en forensische zorgaanbieders verloopt over het algemeen goed. Beide ketenpartners geven echter aan dat zij meer zouden kunnen betekenen wanneer zij vanaf de start

van de ISD op een meer structurele manier zouden worden betrokken, bijvoorbeeld bij diagnostiek en begeleiding. De samenwerking met gemeenten verloopt wisselend. Sommige gemeenten zijn afwachtend en komen pas in actie op het moment dat een ISD'er 'extramuraal gaat'. Terwijl andere gemeenten via de Zorg- en Veiligheidshuizen wel vanaf het begin betrokken zijn bij de trajecten.

Recidivevermindering

Een belangrijk doel van de ISD is om bij te dragen aan het beëindigen van recidive. Betrokken professionals achten dit doel in veel gevallen onhaalbaar en recidive komt dan ook veel voor. Een realistischer doel is om de frequentie of tijd tot eerste recidive omlaag te krijgen, of de ernst van delicten te verminderen. Welke uitkomstmaat ook wordt gekozen, verminderen van de recidive blijft moeilijk vanwege de langdurige complexe problematiek van ISD'ers. Twee jaar is niet altijd genoeg om grote stappen te maken. Na de ISD-maatregel blijven er vaak nog ondersteuningsbehoeften, terwijl er dan geen juridisch kader meer is om forensische zorg te bieden. Ook zijn de huidige ondersteuningsmogelijkheden te minimaal. Met name de overgang van een gesloten inrichting of een forensische kliniek naar de samenleving is erg groot.

Er zijn verschillende middelen om ondersteuning te kunnen blijven bieden na de ISD, zoals met een WLZ-indicatie of zorgmachtiging, maar er zijn niet altijd geschikte plekken beschikbaar. De reguliere ggz is bovendien vaak onvoldoende uitgerust voor de complexe ISD-populatie. Dit resulteert in terughoudendheid van ggz locaties, uit angst voor overlast en onveilige situaties.

Op de vraag wat een verklaring kan zijn voor de hogere recidivecijfers na de verbetermaatregelen van 2009, geven betrokkenen aan dat de populatie in de ISD (en in het gehele gevangeniswezen) 'zwaarder' en 'kanslozer' is geworden en de problematiek complexer. Tegelijk is de maatschappij complexer geworden en wordt meer zelfredzaamheid van burgers verwacht. Als verklaring voor het zwaarder worden van de populatie, worden grote maatschappelijke transities genoemd, zoals bezuinigingen en ambulantisering in de ggz - met als gevolg gebrek aan geschikte plekken met begeleiding om na de ISD uit te stromen in de maatschappij.

Conclusies

Uit het voorgaande concluderen we dat de beleidstheorie van de ISD in eerste instantie gestoeld is op de uitgangspunten van de SOV, maar met een ruimere doelgroep en meer nadruk op detentie en minder op resocialisatie en zorg. Een kenmerk van de ISD is daarnaast dat de maatregel het gedragsbeïnvloedende doel beoogt te bereiken via maatwerk, afhankelijk van de problematiek en motivatie van de ISD'er. Een aantal onderdelen van de beleidstheorie van de ISD-maatregel kan worden onderbouwd met wetenschappelijke inzichten en is waarschijnlijk valide. Andere onderdelen zijn onvoldoende uitgewerkt om te kunnen toetsen aan wetenschappelijke inzichten.

De beleidstheorie is bijvoorbeeld onduidelijk en onvolledig over hoe activiteiten in het ISD-traject bij kunnen dragen aan het oplossen of verminderen van persoonlijke problematiek van de ISD'er, zoals drugsverslaving. En maakt hierbij geen verwijzing naar bestaande visies en richtlijnen uit de forensische zorg. Er is weinig aandacht voor de verhouding tussen aan de ene kant zorg en behandeling en aan de andere kant detentie en beveiliging. Dit belemmert de vertaling van beleid naar procedures en de praktijk. Dit is onder andere terug te zien in de uiteenlopende invulling van het secundaire zorg- en behandelingsdoel van de ISD en het grotendeels ontbrekende eigen karakter van de ISD vergeleken met de rest van PI.

Terwijl de beleidstheorie en landelijke procedures weinig kaders geven, zijn op lokaal niveau van de ISD-locaties eigen visies en procedures ontstaan over hoe invulling wordt gegeven aan de ISD. Uit onze verkenning van de praktijk blijkt echter ook dat de ISD ondergeschikt is aan en wordt ondermijnd door de beperkende setting (van de PI) waarin het zich bevindt en door de beperkte uitwerking van hoe men recidivevermindering denkt te bereiken. Wel biedt de (maximaal) tweejarige vrijheidsbeneming een kans om betere diagnostiek te doen en om structuur en behandeling in een therapeutisch klimaat aan te bieden. Dit potentieel wordt echter door de onvoldoende uitgewerkte beleidsvisie – en daarbinnen een behandelvisie – in de huidige praktijk nog onvoldoende benut, ondanks de hoge motivatie en inzet van het ISD-personeel.

Verder blijken procedures en documenten over hoe de ISD-maatregel dient te worden uitgevoerd – landelijk en lokaal – moeilijk te achterhalen. Van een aantal gevonden documenten is de status en mate van implementatie onduidelijk. De landelijk opgestelde productspecificatie beperkt zich hoofdzakelijk tot de plichten en verantwoordelijkheden die de ISD kent vanuit wets- en beleidsperspectief. Lokaal zijn er verder handboeken die de werkwijze en verantwoordelijkheden van bepaalde functies in de ISD beschrijven. In een tweetal bezochte ISD-locaties poogt men daarnaast via visiedocumenten meer duidelijkheid en richting te geven over het doel en de verwachtingen van de ISD en hoe activiteiten, bejegening en een leefklimaat binnen de ISD daaraan bij kunnen dragen. Het bestaan van deze lokale visiedocumenten wijst volgens de praktijk op omissies in het beleid. Het is onduidelijkheid in de beleidstheorie hoe de ISD beoogt bij te dragen aan het verminderen van problematiek en wat daarvan de verwachte uitkomsten zijn, afgezien van een kortstondige beëindiging van de recidive gedurende de vrijheidsbeneming.

Samenvattend probeert men in de dagelijkse praktijk zo goed mogelijk invulling te geven aan de ISD met nadruk op het wettelijk als secundair geformuleerd zorg- en behandelgoal van deze maatregel, met de beperkte middelen die er zijn en in de beperkende setting van de PI. De tweeledigheid van de wettelijke ISD-doelen en de onvoldoende uitgewerkte beleidsvisie – en daarbinnen een behandelvisie – belemmert dus ook de praktijk.

Verbetermogelijkheden voor de ISD zijn:

- Het versterken van het eigen karakter van de ISD, zodat het zorg- en behandelgoal beter uit de verf komt.
- Om dit te realiseren is het nodig om een gezamenlijke landelijke ISD-visie te ontwikkelen, met concrete en voorwaardenscheppende kaders om gedragsverandering binnen de twee jaar van de ISD te stimuleren.
- Belangrijk is om als onderdeel van deze ISD-visie ook een multidisciplinaire behandelvisie te ontwikkelen, die onderbouwt hoe en welke forensische zorg op de lange termijn de kans op, frequentie van en ernst van recidive kan verkleinen.
- Hiervoor is het ook belangrijk dat de ISD niet, of in mindere mate, wordt beperkt door het beheersmatige klimaat van de setting (PI) of het gebouw waarin het zich bevindt.
- Ten slotte zijn er mogelijkheden om de ketensamenwerking te verbeteren en te borgen, via structurele afspraken waarin de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van de ISD, de PI en haar ketenpartners concreet zijn uitgewerkt.