

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

Rapportage

Colofon

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 dit rapport 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

Oprachtgever: 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.

Inhoudsopgave

Colofon	2
Inhoudsopgave	3
Samenvatting	5
Lijst met afkortingen.....	12
1 Onderzoeksofzet en methoden.....	13
1.1 Aanleiding voor het onderzoek.....	13
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	15
1.3 Methoden.....	16
1.3.1 Planevaluatie: reconstructie beleidstheorie.....	17
1.3.2 Procesevaluatie: procedures en praktijkvoering.....	18
1.3.3 Afbakening.....	22
1.3.4 Begeleidingscommissie.....	22
1.4 Leeswijzer.....	22
2. Planevaluatie ISD-beleid: wat is de beleidstheorie van de ISD-maatregel?.....	23
2.1 Historische context: van SOV naar ISD	23
2.1.1 Invoering ISD-maatregel	24
2.1.2 Wettelijke criteria en ISD-doelgroep.....	25
2.2 Beleidstheorie deel 1: Hoe de ISD criminaliteit en recidive op de korte termijn vermindert via detentie (onderzoeksvraag 1).....	26
2.3 Beleidstheorie deel 2: Hoe de ISD via een intensieve aanpak met zorg en begeleiding criminaliteit en recidive vermindert (onderzoeksvraag 1)	29
2.3.1 Forensische zorg	29
2.3.2 Ketenpartners	30
2.3.3 Doorlopende fasering	31
2.3.4 Motivatie	33
2.3.5 Drugsontmoedigingsbeleid	34
2.4 Beoordeling van de validiteit van de beleidstheorie (onderzoeksvraag 3, 4 en 5)	35
2.4.1 Validiteit beleidstheorie deel 1: Hoe de ISD-maatregel criminaliteit en recidive op de korte termijn vermindert via detentie.....	35
2.4.2 Validiteit beleidstheorie deel 2: Hoe de ISD via een intensieve aanpak met zorg en begeleiding criminaliteit en recidive vermindert	37
2.4.3 Inzichten over verslavingsbehandeling ter aanvulling van de beleidstheorie (onderzoeksvraag 5).....	41
2.4.4 Kanttekeningen beoordeling beleidstheorie	45
3. Procesevaluatie deel 1: invulling van de ISD op basis van documenten en procedures	46
3.1 Landelijke procedures en invulling ISD	46
3.1.1 Fasering van de maatregel	47
3.1.2 Motiverende omgeving.....	47
3.1.3 Personeel.....	48
3.1.4 Ketenpartners	49
3.2 Lokale invulling uitvoering ISD	49
3.3 Hoe zijn de lokale procedures vormgegeven? (Onderzoeksvraag 6).....	50
3.3.1 Landelijke Productspecificatie DJI	51
3.3.2 Bespreking lokale documenten	51
3.3.3 Rol forensische zorg en re-integratie	53
3.4 Hoe verhouden de procedures van de ISD-locaties zich tot de beleidstheorie? (Onderzoeksvraag 7 en 8)	53

4. Procevaluatie deel 2: praktijkervaring met de ISD	55
4.1 Casusbeschrijvingen	55
4.2 Financiering en capaciteit van personeel (onderzoeksvraag 9)	56
4.2.1 Hoe is de financiering geregeld?	57
4.2.2 Hoe wordt de financiering en personeelscapaciteit ervaren?	59
4.2.3 Verbetermogelijkheden financiering en personeel	61
4.3 Contextfactoren van de PI (onderzoeksvraag 12)	62
4.3.1 Inrichting ISD: differentiatie in fases en afdelingen	62
4.3.2 Een eigen werkcultuur	64
4.3.3 Leefklimaat en intramurale zorg	64
4.3.4 De context van de PI als gebouw	66
4.3.5 De context van de PI als organisatie met een werkklimaat, regels en procedures	67
4.3.6 Het Drugsontmoedigingsbeleid van de PI	69
4.3.7 Risicoscreener (Wet Straffen en Beschermen)	70
4.3.8 Verbetermogelijkheden contextfactoren PI	71
4.4 Rol en inzet forensische zorg (onderzoeksvraag 10 en 11)	71
4.4.1 In hoeverre is forensische zorg toereikend voor de ISD-doelgroep?	71
4.4.2 Diagnostiek en trajectbepaling	74
4.4.3 Motivatie en motiveren	75
4.4.4 Verbeterpunten voor inzet forensische zorg	75
4.5 Re-integratie en recidive (onderzoeksvraag 13, 14 en 15)	76
4.5.1 Hoe wordt volgens de betrokken professionals invulling gegeven aan het re-integratietraject?	77
4.5.2 Welke middelen kunnen worden ingezet voor succesvolle re-integratie?	77
4.5.3 Verklaring verhoging recidivecijfers na 2009	79
4.5.4 Verbetermogelijkheden voor re-integratie	80
5. Conclusie en discussie	82
5.1 Kanttekeningen bij het onderzoek	82
5.1.1 Planevaluatie: analyse van de beleidstheorie	82
5.1.2 Procevaluatie deel 1: documentanalyse	82
5.1.3 Procevaluatie deel 2: (groeps)interviews en landelijke focusgroep	82
5.2 Conclusie en discussie	83
5.2.1 Hoe verhoudt de praktijk van de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel en nazorg zich tot de procedures en de (getoetste) beleidstheorie, zowel per ISD-locatie (en betreffende gemeenten), als in vergelijking met elkaar? (onderzoeksvraag 16)	83
5.2.2 Wat zijn vanuit de praktijk de mogelijkheden ('kansrijke verbeterpunten') om de recidive van deze groep ISD'ers verder terug te dringen? (onderzoeksvraag 17)	84
5.2.3 Wat zijn de mogelijkheden om de rol van forensische zorg (verder) te intensiveren? (onderzoeksvraag 18)	87
5.2.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	88
5.3 Tot slot	89
Literatuurlijst	91
Bijlagen	100
Bijlage 1: Figuur Pijlschema beleidstheorie	100
Bijlage 2: Figuur Schematische weergave van ISD-traject	101
Bijlage 3: Procesbeschrijving ISD 2009	102
Bijlage 4: Stroomschema ISD	105
Bijlage 5: Topiclijsten	107
Bijlage 5.1 Topiclijst groepsinterview 1	107
Bijlage 5.2 Topiclijst groepsinterview 2	108
Bijlage 5.3 Stellingen focusgroepen 1 en 2	109
Bijlage 6: Begeleidingscommissie	110

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 Penitentiaire 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 penitentiaire 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 harddrugsverslaving 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.

Procesequaaliatie 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

uitvraag 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 behandelingswerkers (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 behandeldoel 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 behandeldoel 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 behandeldoel 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.

Lijst met afkortingen

CoVa-training	Cognitieve vaardigheidstraining
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DOB	Drugsontmoedigingsbeleid
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
fte	Fulltime-equivalent
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
ISD	Inrichting Stelselmatige Daders
LVB	Licht verstandelijke beperking
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
PI	Penitentiaire Inrichting
Pm	Penitentiaire maatregel
PPC	Penitentiair psychiatrisch centrum
SOV	Strafrechtelijke Opvang van Verslaafden
TBO	Trajectbepalingsoverleg
VC	Vrijhedencommissie
Wfz	Wet forensische zorg
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
ZBIW	Zorg- en behandelinrichtingswerkers

1 Onderzoeksopzet en methoden

Voor u ligt de rapportage van het kwalitatieve onderzoek naar de opzet en uitvoering van de maatregel plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) en naar mogelijkheden voor verbetering hiervan. In dit eerste hoofdstuk worden de aanleiding, doelstellingen, onderzoeksvragen en de bijbehorende methodiek van het onderzoek weergegeven.

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

De ISD-maatregel kan sinds 2004¹ worden opgelegd aan personen die zijn aan te merken als zeer actieve veelplegers². Op grond van de ISD-maatregel kan voor maximaal twee jaar de vrijheid worden ontnomen van deze personen. De eerste fase bestaat uit plaatsing in de ISD, binnen de muren van een Penitentiaire Inrichting (PI). Vervolgens kan er, afhankelijk van de persoon en het verloop van het ISD-traject, een halfopen (of 'tussen-')fase met extramuraal activiteiten en een volledig extramuraal fase volgen ten behoeve van behandeling en resocialisatie.

De ISD-maatregel volgde de 2001 ingevoerde maatregel Strafrechtelijke Opvang van Verslaafden (SOV) op, die beperkt was tot vrijheidsontneming in het kader van criminele overlast van aan harddrugs verslaafde mannen.³ De ISD-maatregel is gegrond op de maatschappelijke overlast die wordt veroorzaakt door het stelselmatige criminele gedrag van de dader, het hoge risico op herhaling daarvan en de gevoelde noodzaak om de samenleving daartegen te beschermen. In het wettelijk kader van de ISD-maatregel staan de doelstellingen van maatschappijbeveiliging en recidivebeëindiging voorop (art. 38m, tweede lid, Sr). Een tweetal ISD-effectevaluaties toonde inmiddels aan dat deze maatregel gematigd effectief is in het terugdringen van recidive.⁴ De ISD leidt tot een lichte vermindering in de prevalentie van recidive en vermindert bovendien de recidive bij de doelgroep in hogere mate dan een veroordeling tot een standaard gevangenisstraf.

Toch gaf de uitvoeringspraktijk in de beginjaren van de ISD aanleiding om een aantal verbetermaatregelen door te voeren. Dit leidde in 2009 onder meer tot aanbevelingen voor maatregelen langs de volgende lijnen:⁵

- (1) *Verbeterde diagnostiek en verblijfsplan*: met als doel de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen en/of detentieongeschiktheid vast te stellen.
- (2) *Kwalitatief goed toegerust personeel en uitbreiding dagprogramma*: personeel dient minimaal op MBO-niveau te functioneren om de complexe doelgroep goed te kunnen begeleiden, motiveren en door te leiden naar een zorgtraject. Meer ruimte in het dagprogramma is nodig om deel te nemen aan een dergelijk zorgtraject.
- (3) *Doorstroom naar zorginstellingen*: inkopen van forensische zorg; registratie van welke strafrechtelijke titel de grond vormt voor de bekostiging, voor beter inzicht in de bestaande behoefte aan zorgcapaciteit.
- (4) *Onderzoek naar zorgprogramma's*: het onderzoeken van effectieve interventies die geschikt zijn voor de doelgroep in de ISD die vanwege verstandelijke beperkingen of een psychiatrische stoornis niet in aanmerking komt voor reguliere gedragsinterventies.
- (5) *Gemeenten tijdig betrekken bij uitvoering extramuraal activiteiten*: om gemeenten zo goed mogelijk in staat te stellen de extramuraal fase vorm te geven, dienen zij tijdig bij re-integratieplannen te worden betrokken en zal Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) meer gebruik gaan maken van ketenbrede overlegvormen (bijvoorbeeld in Veiligheidshuizen).

¹ Wet van 9 juli 2004, *Stb.* 2004, 351, i.w.tr. op 1 oktober 2004 (*Stb.* 2004, 471).

² De Richtlijn voor strafvordering bij meerderjarige veelplegers (2013R017)² verstaat onder een zeer actieve veelpleger: "een persoon van 18 jaar of ouder die over een periode van vijf jaren processen-verbaal tegen zich opgemaakt zag worden voor meer dan tien misdrijven, waarvan ten minste één misdrijf in de laatste twaalf maanden, terug te rekenen vanaf de pleegdatum van het laatst gepleegde misdrijf".

³ Wet van 21 december 2000, *Stb.* 2001, 28, i.w.tr. op 1 april 2001, *Stb.* 2001, 158.

⁴ Tollenaar, Van der Laan & Beijersbergen 2014; Tollenaar e.a. 2019.

⁵ *Kamerstukken II 2007/08*, 31110, nr. 4.

- (6) *Halfopen fase*: ervoor zorgen dat elke ISD-locatie de mogelijkheid heeft om een geleidelijke overgang van de intramurale naar extramurale fase te bieden door een halfopen fase, om ISD'ers⁶ stapsgewijs te leren omgaan met vrijheden en verantwoordelijkheden.

Tegengesteld aan de verwachting, blijkt uit de meest recente effectevaluatie⁷ dat in de jaren na de implementatie van deze verbeteringen relatief meer ISD'ers recidiveren, waarbij ze dat bovendien per persoon vaker doen dan voor de implementatie. Het is onbekend waar dit tegenvallende resultaat aan toe te schrijven is. Desondanks blijft de ISD-maatregel enigszins effectiever in het verminderen van recidive, dan een reguliere gevangenisstraf. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat, binnen een ISD-traject, het ontvangen van forensische zorg een extra dempend effect heeft op recidive (Tollenaar, Beerhuizen, Drieschner & Van der Laan, 2019). Echter, de precieze aard en intensiteit van deze forensische zorg in het licht van de ISD-maatregel is nog onduidelijk, zoals in dit rapport geschetst zal worden.⁸ Tijdens een ISD-traject zijn er bijvoorbeeld mogelijkheden om ISD'ers te verwijzen naar ambulante forensische zorg⁹ of om hen te plaatsen in een forensische kliniek¹⁰. Bovendien kan de inhoud van de behandeling binnen deze forensische zorg uiteenlopen van bijvoorbeeld behandeling van middelenverslaving tot allerlei andere psychiatrische aandoeningen. Dit alles bij elkaar maakt dat de inzichten in de werkzaamheid van de ISD nog onvoldoende is.

Kijkend naar het achterliggende beleid en de bedoeling van de ISD, is in de eerste plaats onduidelijk wat de beleidstheorie van de ISD-maatregel is. Met name de rol van de forensische zorg daarin en bij de re-integratie na de ISD verdient verduidelijking. Belangrijk is vervolgens om te bepalen hoe de aannames in de beleidstheorie zich verhouden tot inzichten uit de wetenschappelijke literatuur.

In de tweede plaats ontbreekt inzicht in de (beleids)procedures van de ISD op lokaal niveau en hoe deze zich verhouden tot de beleidstheorie. Onduidelijk is hoe vervolgens in de dagelijkse praktijk invulling wordt gegeven aan de ISD en hoe deze praktijk in relatie staat tot het beleid van de PI. Ook de manieren waarop men de in de ISD beoogde en behaalde resultaten probeert vast te houden na uitstroom zijn onbekend. Tot slot zou moeten worden bepaald hoe de uitvoeringspraktijk zich verhoudt tot de (beleids)procedures en beleidstheorie, en welke verbeterpunten voor beleid en praktijk te benoemen zijn.

In de beleidsreactie op onder meer de voornoemde meest recente ISD-effectevaluatie, onderkende de toenmalige minister voor Rechtsbescherming het belang van nader (wetenschappelijk) inzicht in de werking van de ISD-uitvoering en de mogelijke kansrijke verbeterpunten om de recidive van stelselmatige daders verder omlaag te krijgen.¹¹ Op verzoek van het Directoraat-Generaal 'Straffen en Beschermen' van het ministerie van Justitie en Veiligheid gaf het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) vervolgens Onderzoeksinstituut IVO de opdracht om dit nader te onderzoeken.

⁶ Met de term ISD'er(s) verwijzen we in deze onderzoeksrapportage naar personen die een ISD-maatregel opgelegd kregen bij hun veroordeling. We benadrukken dat deze personen nog meer levensrollen en kenmerken hebben dan we met deze term duidelijk kunnen maken. De groep die tot ISD veroordeeld wordt is heterogeen: 'de ISD'er' bestaat dus niet. Het is belangrijk om hiervan bewust te zijn bij het lezen van dit rapport. Voor de leesbaarheid van het rapport is wel gekozen voor deze korte aanduiding van deze personen.

⁷ Tollenaar e.a. 2019.

⁸ De ISD-maatregel betreft zelf ook een forensische zorgtitel, maar enkel verblijf in de ISD wordt niet als forensische zorg gezien. Een forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding door het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) op grond waarvan forensische zorg kan worden ingekocht. Er zijn 28 forensische zorgtitels waarvan de ISD-maatregel er één is. Zie <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorgtitels>

⁹ Ambulante forensische zorg kan zowel binnen de muren van de PI geboden worden ('in huis') als buiten de muren. In dat laatste geval krijgt de ISD'er verlof om naar zijn of haar behandeling te gaan.

¹⁰ Er bestaan verschillende soorten forensische klinische zorgsettings waar een ISD'er geplaatst kan worden, zo zijn er: Penitentiaire psychiatrische centra (PPC's); Forensisch psychiatrische centra (FPC's); Forensisch psychiatrische klinieken (FPK's); Forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's); Forensische verslavingsklinieken (FVK's); en Forensische verslavingsafdelingen (FVA's).

¹¹ Kamerstukken II 2019/20, 31110, nr. 20.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Dit onderzoek kent een vierledige doelstelling:

- Zichtbaar maken waarom de ISD-maatregel een dempend effect op recidive kan hebben vergeleken met reguliere detentie.
- Bepalen hoe de uitvoering van de maatregel verder kan worden verbeterd.
- Bepalen wat kansrijke verbeterpunten zijn om de recidive verder omlaag te krijgen.
- Opstellen van aanbevelingen over verschillende mogelijke scenario's via welke de verbeteringen kunnen worden geïmplementeerd.

Omdat uit de meest recente effectevaluatie voorzichtig naar voren lijkt te komen dat forensische zorg in het kader van een ISD-maatregel een dempend effect kan hebben op de recidive, zal ook worden nagegaan of het intensiveren van de inzet van forensische zorg in dit verband mogelijk is en of dit de effectiviteit zal vergroten.

De focus van dit onderzoek ligt nadrukkelijk op de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel en de kennis en ervaringen van de partijen die de maatregel uitvoeren. Het onderzoek ziet dus niet toe op de oplegging (of instroom) van de ISD, en is in mindere mate gericht op de kennis en ervaringen van de partijen die na beëindiging van de justitiële titel zorgen voor opvang en begeleiding.

Centraal in het onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen:¹²

Planevaluatie ISD-maatregel

1. Wat is de beleidstheorie (doelen/instrumenten/middelen, inclusief verbeterplan 2009), zowel voor:
 - a) specifiek de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel en de rol van de forensische zorg daarin, als voor;
 - b) de periode van nazorg om de behaalde resultaten van behandeling en het re-integratieplan vast te houden?In hoeverre is de beleidstheorie toegespitst op de doelgroep met zware problematiek zoals verslaving, persoonlijkheidsstoornissen, (licht) verstandelijke beperkingen (LVB) en multiproblematiek? En wat is de beoogde rol van de wil/motivatie en vaardigheden van de ISD'er daarin?
2. Hoe verhoudt de beleidstheorie zich tot de literatuur over de werkzame factoren van de reguliere zorg en de forensische (penitentiaire) zorg bij deze (te onderscheiden) doelgroep?
3. Hoe is de verhouding van de beleidstheorie tot de literatuur over de werkzame factoren voor succesvolle re-integratie en behoud van behaalde resultaten bij deze doelgroep?
4. Zijn er aldus op onderdelen omissies in de beleidstheorie ten aanzien van de literatuur? Zo ja, op welke onderdelen? Kijkend naar de grondslag van de ISD-maatregel, het doel waarmee het wordt opgelegd en de invulling van de forensische zorg, alsmede de periode van nazorg, om de behaalde resultaten van behandeling en het re-integratieplan vast te houden. Uitgaande van een doelgroep met complexe en zware problematiek, is de beleidstheorie voldoende robuust voor deze doelgroep?
5. Wat zijn 'kansrijke verbeterpunten' voor het aanvullen van de beleidstheorie en daarmee het verder terugdringen van de recidive van ISD'ers op basis van de literatuur? Hoe kunnen deze verbeterpunten tijdens de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel volgens de literatuur het beste worden geïmplementeerd, en hoe dient hier aandacht te zijn voor de wil/motivatie en vaardigheden van de ISD'er daarin?

Proceसेvaluatie ISD-maatregel deel 1: invulling van de ISD op basis van documenten en procedures

6. Hoe zijn de (beleids)procedures van de ISD-locaties vormgegeven t.a.v. de uitvoering van de ISD-maatregel?
 - 6a: Wat is daarin de rol van de forensische zorg en de nazorg, gericht op het vasthouden van de behaalde resultaten van behandeling en re-integratie?
 - 6b: Welk doel hebben deze (beleids)procedures per fase, per type problematiek van de ISD'er?

¹² De onderzoeksvragen volgen uit een door het WODC opgestelde startnotitie.

7. Hoe verhouden de procedures van de ISD-locaties zich tot de beleidstheorie (inclusief verbeterplan 2009)? Is duidelijk in de procedures welk onderdeel forensische zorg is? En hoe wordt deze forensische zorg geregistreerd?
8. Worden in de procedures van de ISD-locaties eventuele, in de planevaluatie gevonden, omissies in de beleidstheorie geadresseerd? Hoe zijn de procedures van de ISD-locatie t.a.v. de ISD'er met gebrek aan behandelmotivatie?

Procesevaluatie ISD-maatregel deel 2: Praktijkervaring met de ISD

9. Hoe is in de praktijk per ISD-locatie de financiering van gekwalificeerd personeel (capaciteit) om de ISD-maatregel ten uitvoer te brengen geregeld? Hoe wordt volgens de betrokken professionals, inclusief gemeente en reclassering, de capaciteit van inzet ervaren? En voor welke onderdelen kunnen daarin verbeteringen worden aangebracht?
10. In hoeverre vinden de betrokken professionals dat het aanbod van begeleiding en forensische zorg toereikend is om de specifieke (multi)problematiek te stabiliseren en te behandelen? Wat zijn daarin verbeterpunten? Is de verwachting om binnen twee jaar de complexe (multi)problematiek te stabiliseren realistisch?
11. Hoe zou forensische zorg volgens de betrokken professionals geïntensiveerd kunnen worden en met welke doelen?
12. Hoe staat de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel, met name de secundaire doelstelling met betrekking tot het aanpakken van onderliggende (multi)problematiek, in verhouding tot het drugsontmoedigingsbeleid in de praktijk binnen de PI, of andere contextfactoren van de setting van de PI?
13. Hoe wordt volgens de betrokken professionals, inclusief gemeente en reclassering, invulling gegeven aan het re-integratietraject na detentie, zoals toeleiding naar (begeleid)wonen en werk? Welke verbeterpunten zijn daarin te benoemen?
14. Welke middelen kunnen nog meer ingezet worden om de resultaten van de behandeling na afloop in de praktijk vast te houden?
15. Wat is volgens professionele betrokkenen de oorzaak van de verhoging van de recidivecijfers na het verbeterplan in 2009? Hoe is er in de praktijk invulling gegeven aan de wijzigingen van 2009?

Conclusies

16. Hoe verhoudt de praktijk van de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel en nazorg zich tot de procedures en de (getoetste) beleidstheorie, zowel per ISD-locatie (en betreffende gemeenten), als in vergelijking met elkaar?
17. Wat zijn vanuit de praktijk de mogelijkheden ('kansrijke verbeterpunten') om de recidive van deze groep ISD'ers verder terug te dringen?
18. Wat zijn de mogelijkheden om de rol van forensische zorg (verder) te intensiveren?

1.3 Methoden

Het onderzoek bestaat uit twee delen, te weten een planevaluatie en een procesevaluatie:

- *Planevaluatie*: deze omvat de inventarisatie van de beleidstheorie en de beoordeling hiervan op basis van interne logica en het bestuderen van (wetenschappelijke) literatuur.
- *Procesevaluatie*: deze bestaat uit de evaluatie van de werkwijze van vijf ISD-locaties. De procesevaluatie omvat
 - a) de analyse van documenten met (beleids)procedures van de geselecteerde ISD-locaties, en;
 - b) de analyse van de huidige uitvoeringspraktijk via (groeps)interviews met medewerkers en betrokken ketenpartners, en observaties tijdens locatiebezoeken. Voor de interpretatie van tussentijdse resultaten en voor het formuleren van aanbevelingen organiseerden we tot slot een focusgroep met stakeholders en experts op landelijk niveau.

Hieronder wordt de methodologie van elk onderdeel van het onderzoek afzonderlijk toegelicht.

1.3.1 Planevaluatie: reconstructie beleidstheorie

De analyse van de beleidstheorie richtte zich op onderzoeksvraag 1 tot en met 5 (zie paragraaf 1.2). Een beleidstheorie is meestal niet expliciet omschreven in beleidstukken. Daarom is beleidsanalyse nodig om inzicht te krijgen in de theorie en de veronderstelde mechanismen die achter een beleid zitten. Het beleidsonderzoek richt zich daarmee op de onderliggende aannames van een beleid. Volgens Rogers et al. (2000) omvat de beleidstheorie een model dat laat zien *waarom* en *hoe* een beleid de beoogde of waargenomen resultaten zou moeten veroorzaken.¹³

Opzet

Bij het analyseren van de beleidstheorie voor het tenuitvoerleggen van de ISD-maatregel is gekozen voor een *beleidswetenschappelijke aanpak*, zoals beschreven door Leeuw (2003).¹⁴ Hierbij worden de volgende stappen gevolgd:

1. Het identificeren van doelstellingen en mechanismen die naar verwachting het probleem zullen oplossen.
2. Het maken van een overzicht van uitspraken over de verklarende mechanismen en het koppelen van de mechanismen aan de doelstellingen.
3. Het herformuleren van de uitspraken uit stap 2 in voorwaardelijke 'als-dan'-stellingen of stellingen met een vergelijkbare structuur.
4. Het zoeken naar *warrants* (rechtvaardigingen)¹⁵, om omissies in of tussen verschillende proposities te identificeren door middel van argumentatieanalyse.
5. Het herformuleren van deze warrants in termen van voorwaardelijke 'als-dan'-stellingen (of stellingen met een vergelijkbare structuur) en het maken van een getekend overzicht van de verbanden.
6. Het evalueren van de geldigheid van de stellingen door te kijken naar:
 - a. de logische consistentie van de verzameling stellingen;
 - b. hun empirische inhoud, oftewel de mate waarin de theorie en in het bijzonder de veronderstelde impact van de gedragsmechanismen onderbouwd is door wetenschappelijke literatuur over deze mechanismen en;
 - c. de mate waarin de theorie zich richt op variabelen die kunnen worden 'gemanipuleerd' of 'gestuurd' via beleidsprogramma's.

In lijn met de bovengenoemde aanpak is deze analyse van de beleidstheorie te positioneren binnen de traditie van realistische evaluatie (*realistic evaluation*), zoals beschreven door Pawson en Tilley (1997).¹⁶ Realistische evaluaties proberen vragen te beantwoorden als 'wat werkt?', 'voor wie?', 'in welke omstandigheden?' en 'waarom?'.

In dit rapport worden enkel de resultaten van de reconstructie van de beleidstheorie gepresenteerd (in hoofdstuk 2 en bijlage 1), en niet de stellingen (stap 3, 4 en 5) die zijn geformuleerd om tot deze resultaten te komen.

Bronnen voor de planevaluatie

Voor de beleidstheorie analyse van dit onderzoek zijn verschillende bronnen gebruikt, die we hieronder toelichten.

a) Documenten

Verschiedende soorten schriftelijke bronnen zijn bestudeerd, waaronder kamerstukken (parlementaire geschiedenis), beleidsdocumenten en procedures (van DJI, PI's en ISD-locaties), en het proefschrift over de ISD-maatregel van Struijk (2011)¹⁷. Dit proefschrift bevat een zeer uitvoerige analyse van het

¹³ Rogers e.a. 2000.

¹⁴ Leeuw, *American Journal of Evaluation* 2003, vol. 24(1), p. 5-20.

¹⁵ Een *warrant* is het "omdat"-deel van een argument: het zegt dat B uit A volgt vanwege een (algemeen) geaccepteerd principe.

¹⁶ Pawson & Tilley 1997, p. 405-418.

¹⁷ Struijk 2011.

beleid in aanloop naar en bij de totstandkoming van de ISD-maatregel en is gebruikt als startpunt voor de analyse.¹⁸ Alle hierna verschenen kamerstukken en procedures inzake de ISD of andere hieraan verwante onderwerpen zijn aanvullend hierop geïnccludeerd in de analyse.

b) *Interviews met experts*

Gedurende het onderzoek zijn verschillende bij de ISD betrokken experts gesproken. Voor de planevaluatie is een interview met twee rechters (van de rechtbank Rotterdam) gehouden. Ook hebben de individuele interviews en de landelijke focusgroepen (zie tabel 1 en 2 in paragraaf 1.3.2) bijgedragen aan de analyse van de beleidstheorie. In deze interviews en in de focusgroepen werden onze bevindingen over de beleidstheorie voorgelegd aan experts ter verdieping en bevestiging.

c) *(Wetenschappelijke) Literatuur* ten behoeve van de beoordeling van de beleidstheorie

Geïncventariseerd is welke onderbouwing bestaat voor de gevonden beleidstheorie. Als aanvulling op de beleidstheorie is ook gezocht naar literatuur over werkzame elementen die de problematiek van de doelgroep¹⁹ in een vergelijkbare context als het strafrechtelijk kader van de ISD kunnen verminderen. Voor deze literatuurzoektocht zijn eerst enkele zorgstandaarden van de Nederlandse GGZ²⁰, het Kwaliteitskader Forensische Zorg, het Basis Zorgprogramma en het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) geraadpleegd. In deze documenten is de actuele wetenschappelijke, praktijk- en ervaringskennis op het gebied van (forensische) zorg gecombineerd. Daarnaast is de literatuurstudie van Baas (1998) over de onderbouwing van de SOV geraadpleegd.²¹

Deze eerste verkenning gaf inzichten over de onderbouwing van de beleidstheorie en over een aantal factoren en aanbevelingen die relevant zijn voor de ISD-maatregel, -doelgroep en -setting. Volgend hierop werd ook een aantal kennishiaten vastgesteld. Deze hebben ertoe geleid dat er meer specifieke literatuur is gezocht over het effect van detentie op recidive (bijvoorbeeld het incapacitatie-effect), over het effect van detentiefasering (het geleidelijk krijgen van meer vrijheden als voorbereiden op de terugkeer in de samenleving), over de relatie tussen middelengebruik en delictgedrag en over herstelprocessen bij verslaving en ggz-problematiek. Dit betroffen relatief eenvoudige en afgebakende zoekopdrachten, in vakgebieden waar één of meerdere onderzoekers al expertise hebben.

1.3.2 *Procesevaluatie: procedures en praktijkvoering*

Voor de procesevaluatie zijn vijf ISD-locaties geselecteerd waarvan de uitvoeringspraktijk werd onderzocht. De selectie vond plaats in overleg met DJI en de begeleidingscommissie van dit onderzoek (inclusief een contactpersoon van het WODC). De onderzoekers deden een voorstel om zoveel mogelijk een representatieve afspiegeling te verkrijgen van de negen ISD-locaties waar de maatregel wordt toegepast. Bij deze selectie is rekening gehouden met:

- diversiteit qua doelgroep (mannen, vrouwen, vreemdelingen²²);
- de historie van de ISD-locatie (het al dan niet reeds ervaring hebben met de SOV-maatregel als voorloper van de ISD-maatregel);
- de aan- of juist afwezigheid van een zogeheten Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) binnen de PI waar de ISD zich bevindt en;
- het aantal en de capaciteit van de ISD-afdelingen binnen een ISD-locatie.

Een overzicht van deze kenmerken in de geselecteerde ISD-locaties is weergegeven in tabel 1.

¹⁸ Deze analyse is gedaan vanuit historisch juridisch-dogmatisch perspectief, wettelijk perspectief, beleidsmatig perspectief en jurisprudentieel perspectief.

¹⁹ Complexe multiproblematiek, inclusief persoonlijkheidsstoornissen, delictgedrag en middelenverslaving.

²⁰ De eerste zorgstandaarden zijn in 2017 gepubliceerd en bevatten uitgebreide documenten rondom specifieke aandoeningen, bijvoorbeeld opiaatverslaving, als meer algemeen geldende zaken zoals herstelondersteuning of het betrekken van naasten bij behandeling. De onderzochte zorgstandaarden betreffen: Alcohol; Comorbiditeit; Drugs (niet-opioiden); Dubbele diagnose; Herstelondersteuning; Opiatverslaving en; Persoonlijkheidsstoornissen. Een overzicht is te vinden op <https://www.ggzstandaarden.nl/>

²¹ Baas 1998.

²² De term vreemdeling verwijst in dit rapport naar een persoon die niet de Nederlandse nationaliteit of een nationaliteit die daarmee gelijk wordt gesteld bezit. Vreemdelingen die in Nederland een misdrijf plegen, worden in de regel ook in Nederland vervolgd. In deze context wordt naar hen verwezen als 'vreemdelingen in de strafrechtketen' (VRIS).

Tabel 1. Voor het onderzoek geselecteerde ISD-locaties en hun kenmerken^A

Penitentiaire Inrichting	Doelgroep(en)	SOV-historie	PPC aanwezig	Aantal afdelingen	Capaciteit
JC Zaanstad	Mannen	Ja (via personeel uit Amsterdam)	Ja	2	48 plaatsen
PI Rotterdam, locatie Hoogvliet	Mannen	Ja	Nee	2	48 plaatsen
PI Vught	Mannen	Ja	Ja	4	60 plaatsen
PI Veenhuizen	mannen en (mannelijke) vreemdelingen	Nee	Nee	4	72 plaatsen
PI Zwolle	Vrouwen	Nee	Ja	1	22 plaatsen

^A Niet-geselecteerde locaties waar de ISD ook ten uitvoer wordt gelegd zijn: PI Alphen aan den Rijn, PI Nieuwegein (tijdelijk in locatie Zeist), PI Achterhoek en PI Sittard.

Documentenanalyse

Om de (beleids)procedures en uitvoering van de ISD-maatregel per ISD-locatie te achterhalen, zijn de volgende gegevens opgevraagd bij elke geselecteerde locatie:

- Actuele en/of gemiddelde bezetting van de ISD-afdeling(en);
- Een overzicht van voor de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel bestemde personeelscapaciteit (welke functies en hoeveel fte's);
- Werkbeschrijving of uitvoeringsprotocol van de ISD (lokaal);
- Dagprogramma's van de verschillende units, inclusief de ISD;
- Relevante stukken op het niveau van de PI, zoals lokale visiedocumenten, beleidsnotities, evaluaties en audits.

In de documentenanalyse waren de eerder beschreven (zie paragraaf 1.2) onderzoeksvragen van de procesevaluatie leidend (onderzoeksvraag 6, 7 en 8). Om de documenten te analyseren, werkten we met een data-extractieformulier waarin informatie aan de hand van de onderzoeksvragen werd gecategoriseerd. Door deze informatie in een vroege fase te bestuderen, werd duidelijk welke informatie nog ontbrak en welke vragen daarover moesten worden meegenomen in de interviews. Gedurende het onderzoek werd duidelijk dat twee van de vijf ISD-locaties niet beschikten over voor de ISD relevante (beleids)documenten met procedures en visies. Personeel op deze locaties gaf aan dat dergelijke documenten niet bestaan of worden gebruikt.

Interviews

In de geselecteerde ISD-locaties zijn in totaal 7 groepsinterviews gehouden met medewerkers van de ISD-locatie en betrokken ketenpartners, in wisselende samenstelling (zie tabel 2). Afhankelijk van de samenstelling van de groep werden één of twee groepsinterviews per ISD-locatie gehouden. Deze professionals staan in contact met de doelgroep en ervaren dagelijks hoe het is om de ISD-maatregel uit te voeren en wat het effect daarvan is op hun cliënten. Daarnaast zijn in totaal 12 individuele interviews gehouden (zie tabel 3). In overleg met een vertegenwoordiger van de ISD-locatie (bijvoorbeeld een afdelingshoofd of een plaatsvervangend directeur) bepaalden we het aantal en de selectie van te interviewen personen, alsook de groepssamenstelling.

De onderzoeksvragen 9 tot en met 15 (zie paragraaf 1.2) waren leidend voor het samenstellen van de topiclijsten voor de groepsinterviews en individuele interviews. Centraal in de interviews stonden de ervaringen van de deelnemers met de huidige uitvoeringspraktijk en gewenste verbeterpunten. Er werden verschillende topiclijsten gemaakt, afgestemd op de samenstelling van de groep (zie bijlage 5): één voor gedragsdeskundigen (psychologen en psychiaters) die betrokken zijn bij de ISD en één voor de rest van het afdelingspersoneel (afdelingshoofden, casemanagers en ZBIW'ers). Het kwam voor dat de samenstelling van de groep bij het interview afweek van deze beoogde samenstelling (zie tabel 2), in dat geval zijn beide topiclijsten naast elkaar gehouden bij de interviews. De topiclijsten waren bovendien dynamisch.

Elk afgenomen interview gaf input voor additionele topics voor de volgende interviews, bijvoorbeeld om bepaalde thema's verder uit te diepen of om deze te verifiëren. De interviews vonden plaats op locatie. Alle zeven groepsinterviews werden afgenomen door de eerste auteur van dit rapport, in gezelschap van een stagiaire van Onderzoeksinstituut IVO die ook de transcripten maakte van de interviews. Bij vier van deze interviews was ook de tweede auteur aanwezig. Bij ieder groepsinterview werd een rondleiding gekoppeld aan het bezoek, waarbij de onderzoekers uitleg kregen over de ISD-afdelingen, observaties konden doen en in gesprek konden gaan met enkele ISD'ers om een goed beeld te krijgen van de lokale situatie.

De individuele interviews (N=12, zie tabel 3) zijn eveneens door de eerste auteur afgenomen en vonden op één interview na, telefonisch of via videobellen plaats. De topics voor de individuele interviews werden steeds toegespitst op de functie van de respondent en aangevuld met topics volgend uit eerdere interviews. Deze interviews waren aanvullend en verifiërend van aard ten opzichte van de groepsinterviews.

Alle interviews zijn na toestemming van de respondenten opgenomen en getranscribeerd. De groepsinterviews duurden elk ongeveer twee uur en de individuele interviews duurden tussen de 30 en 60 minuten.

Tabel 2. Samenstelling groepsinterviews

Organisatie	Functie
Groepsinterview PI Rotterdam, locatie Hoogvliet 1	Afdelingshoofd (2x) Senior casemanager (2x) Psycholoog (2x) Psychiater
Groepsinterview PI Rotterdam, locatie Hoogvliet 2	Afdelingshoofd Senior casemanager (2x) ZBIW'er (4x)
Groepsinterview PI Vught 1	Psycholoog Behandelcoördinator Psycholoog in opleiding (2x) Psychiater Verpleegkundig specialist Stafffunctionaris
Groepsinterview PI Vught 2	Psycholoog Behandelcoördinator Psycholoog in opleiding (2x) Psychiater Verpleegkundig specialist Stafffunctionaris
Groepsinterview PI Zaanstad	Afdelingshoofd Senior casemanager ZBIW'er (3x) Psycholoog
Groepsinterview PI Veenhuizen	Afdelingshoofd Senior casemanager Psycholoog ZBIW'er (2x) Verpleegkundig specialist Teamleider beveiliging Plaatsvervangend hoofd D&R
Groepsinterview PI Zwolle	Afdelingshoofd Senior casemanager (2x) ZBIW'er (2x) Psycholoog (2x)

Tabel 3. Individuele interviews

Organisatie	Functie
PI Vught	Staffunctionaris en projectleider ISD
PI Hoogvliet	Afdelingshoofd ISD
PI Veenhuizen	Plaatsvervangend directeur en beleidsmedewerker ISD
PI Zaanstad	Afdelingshoofd ISD
DJI	Selectiefunctionaris
DJI	Financieel economisch adviseur
DJI	Senior adviseur zorginkoop
DJI	Senior adviseur financiën, analyse & integratie
DJI	Coördinerend financieel adviseur en Plaatsvervangend afdelingshoofd
SVG Reclassering	Reclasseringswerker
SVG Reclassering	Beleidsadviseur
Reclassering Nederland	Beleidsadviseur

Landelijke focusgroep

Na afronding van de kwalitatieve analyses is een puntsgewijs verslag opgesteld van de tussentijdse resultaten. Dit is voorgelegd in twee, voor dit onderzoek georganiseerde, landelijke focusgroepen die elk twee en een half uur duurden. Het doel hiervan was om met ISD-professionals en experts nader van gedachten te wisselen over de interpretatie van de onderzoeksresultaten en om aanbevelingen te formuleren en bespreken. De onderzoeksvragen 16, 17 en 18 (zie paragraaf 1.2) waren leidend in de focusgroepen.

Voor deze focusgroepen zijn (bij de ISD betrokken) medewerkers van DJI, forensische (verslavings)zorg, gemeenten, reclassering en Openbaar Ministerie uitgenodigd, alsook vertegenwoordigers van cliënten, die ervaring hebben met forensische (verslavings)zorg (zie tabel 4). De kennis en inzichten van deze ervaringsdeskundigen vormen een aanvulling op de wetenschappelijke en professionele kennis in het veld. Sommige personen die deelnamen aan de focusgroep zijn ook eerder voor dit onderzoek (individueel of in groepsverband) geïnterviewd.

Tabel 4. Samenstelling focusgroepen

Focusgroep 1		Focusgroep 2	
Organisatie	Functie	Organisatie	Functie
DJI	Ervaringsdeskundige	DJI	Ervaringsdeskundige
DJI, HVO Querido	Ervaringsdeskundige	DJI, HVO Querido	Ervaringsdeskundige
Leger des Heils reclassering	Beleidsmedewerker	Leger des Heils reclassering	Beleidsmedewerker
Verslavingsreclassering GGZ	Beleidsmedewerker	Reclassering Nederland	Beleidsmedewerker
Reclassering Nederland	Beleidsmedewerker	DJI, PI Zwolle	Senior casemanager
DJI, PI Zwolle	Senior casemanager	DJI, PI Vught	Staffunctionaris
DJI, PI Vught	Staffunctionaris	DJI, PI Vught	Psychiater
DJI, PI Vught	Psychiater	DJI, PI Veenhuizen	Hoofd D&R
DJI, PI Veenhuizen	Hoofd D&R	DJI, PI Veenhuizen	Plaatsvervangend directeur
DJI, PI Veenhuizen	Plaatsvervangend directeur	DJI, divisie forensische zorg	Landelijk coördinator psychische zorg Gevangeniswezen
DJI, PI Hoogvliet	Afdelingshoofd		
DJI, PI Hoogvliet	Senior casemanager		

Focusgroep 1 was specifiek gericht op de situatie in de intramurale fase van de ISD en focusgroep 2 was specifiek gericht op de extramurale fase van de ISD en terugkeer naar de maatschappij na de ISD. In elke focusgroep werd discussie gevoerd aan de hand van een aantal stellingen en één vraag (zie bijlage 5).

Data en analyse

Alle opgenomen en getranscribeerde data uit de interviews en focusgroepen zijn op een veilige en afgeschermd locatie bewaard bij Onderzoeksinstituut IVO. Deze data zijn enkel toegankelijk voor de betrokken onderzoekers. Voor de rapportage zijn uitspraken en gegevens voor zover mogelijk en relevant geanonimiseerd ten behoeve van de privacybescherming van respondenten.

Voor de analyse van de transcripten van interviews en focusgroep is gebruik gemaakt van het kwalitatieve analyse programma Nvivo 12. De transcripten zijn door de hoofdonderzoeker™ met behulp van dit programma gecodeerd in voor de onderzoeksvragen relevante thema's.

1.3.3 Afbakening

Zoals eerder vermeld, richt dit onderzoek zich nadrukkelijk op de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel, en niet op de fase van de oplegging (of instroom) van de ISD, of de fase na beëindiging van de justitiële titel. Omdat de tenuitvoerlegging echter in grote mate wordt beïnvloed door de (individuele problematiek van de) instroom, komt die instroom wel zijdelings aan bod. Datzelfde geldt voor de uitstroom, zij het dat deze enkel wordt belicht vanuit de tenuitvoerleggingsfase en de mogelijke werkzame factoren ten behoeve van de (aansluiting op de) nazorg en re-integratie. Tot slot is van belang dat dit onderzoek uitdrukkelijk gaat over de onvoorwaardelijke modaliteit van de ISD-maatregel. De voorwaardelijke modaliteit wordt dus buiten beschouwing gelaten, omdat dit een ander (type) evaluatieonderzoek zou vergen. Bovendien betreft het overgrote deel van de ISD-opleggingen de onvoorwaardelijke modaliteit.

1.3.4 Begeleidingscommissie

Gedurende de gehele looptijd van het onderzoek was een begeleidingscommissie betrokken onder leiding van prof. mr. P.C. Vegter, vanwege het WODC ingesteld.²³ De onderzoekers en leden van de begeleidingscommissie kwamen op verschillende momenten bijeen, in totaal viermaal. Eenmaal in de beginfase, tweemaal gedurende het onderzoek en eenmaal om het conceptrapport te bespreken. De onderzoekers zijn de leden van de begeleidingscommissie veel dank verschuldigd voor hun behulpzame commentaar gedurende het verloop van het onderzoek en op het conceptrapport.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de bevindingen van de planevaluatie beschreven, gericht op het achterhalen van de beleidstheorie van de ISD-maatregel. In hoofdstuk 3 worden de bevindingen van het eerste deel van de procesevaluatie weergegeven, wat betreft de bestaande beschreven procedures omtrent de ISD-tenuitvoerlegging. In hoofdstuk 4 volgt het tweede deel van de procesevaluatie, met de onderzoeksbevindingen over de tenuitvoerleggingspraktijk van de ISD-maatregel. In hoofdstuk 5 volgen tot slot de overkoepelende conclusies en de aanbevelingen.

²³ Zie voor de samenstelling van de begeleidingscommissie bijlage 6.

2. Planevaluatie ISD-beleid: wat is de beleidstheorie van de ISD-maatregel?

In dit hoofdstuk beschrijven we de reconstructie van de beleidstheorie van de ISD. Eerst belichten we de aard en historische context van waaruit de ISD is ontstaan, alsook de invoering van de ISD (2.1). Vervolgens worden twee, uit de analyse volgende hoofdonderdelen van de beleidstheorie van de ISD nader belicht:

- *de aanname in het beleid dat de (relatief) langdurige vrijheidsbeneming van stelselmatige daders effectief is in het terugdringen van maatschappelijke overlast. Het gaat hierbij om de verklaring hoe de ISD de overlast van criminaliteit op korte termijn vermindert via detentie (2.2).*
- *de activiteiten die in het kader van de tenuitvoerlegging van de ISD worden verricht. Het gaat hierbij om de verklaring hoe deze activiteiten effect kunnen hebben op het verminderen van de problematiek en het verbeteren van de resocialisatie van stelselmatige daders, en daarmee op het terugdringen van de overlast van criminaliteit op de langere termijn. Oftewel: de mechanismen achter de duurzame gedragsverandering die met de ISD wordt beoogd (2.3).*

Ten slotte wordt naast deze reconstructie van de beleidstheorie ook gezien in hoeverre de (wetenschappelijke) literatuur de aangenomen mechanismen ondersteunt (2.4). In bijlage 1 is de hieronder beschreven beleidstheorie in een pijlschema uitgebeeld.

2.1 Historische context: van SOV naar ISD

De achtergrond van de ISD-maatregel reikt uitdrukkelijk verder dan de inwerkingtreding van deze maatregel op 1 oktober 2004. De maatregel trad namelijk rechtstreeks in de plaats van de in 2001 ingevoerde maatregel strafrechtelijke opvang van verslaafden (SOV).²⁴ Behandeling van personen met een verslaving kon vóór de invoering van de SOV enkel plaatsvinden op vrijwillige basis.²⁵ Alleen als iemand een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormde, kon onder nadere voorwaarden opname in een psychiatrische inrichting op grond van de toen geldende Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) worden bevolen. Aan verslaving gerelateerde verwervingscriminaliteit kon op zich zelf wel strafrechtelijk worden aangepakt. Meestal betrof dit feiten waarvoor de rechter ten hoogste enkele maanden gevangenisstraf oplegde. Dit is te kort om de problematiek die ten grondslag ligt aan verslaving en criminaliteit zodanig in beeld te brengen dat een behandelplan kon worden gemaakt en uitgevoerd. Om die reden werd vervolgens een maatregel (de SOV) door de wetgever ingevoerd die een duur van twee jaar kan hebben. Niet het incidentele delict, maar het veroorzaken van structurele overlast werd gezien als een legitimatie voor en legitimeerde vrijheidsontneming van deze (lange) duur. Tegelijk werd in zekere zin een intensief behandelaanbod gezien als een compensatie van de disproportionaliteit tussen duur van de vrijheidsbeneming en het relatief lichte misdrijf waarvoor de maatregel opgelegd kon worden.²⁶

Het vergroten van de mogelijkheden om plaatsing op te leggen via het strafrecht door de SOV zou het beperkte bereik en het beperkte effect op de behandelretentie van dranginterventies moeten verbeteren.²⁷ Met de nieuwe maatregel werd een nieuwe soort penitentiaire inrichting ingevoerd bestemd voor de strafrechtelijke opvang van justitiabelen met een verslaving, voor maximaal twee jaar. Deze maatregel was specifiek gericht op de doelgroep van aan harddrugsverslaafde, mannelijke veelplegers. Omdat deze langdurige sanctionering niet berustte op de grondslag van de (ernst van de) afzonderlijk gepleegde strafbare feiten, maar op de frequentie en ernst van de maatschappelijke overlast, werd de SOV uitdrukkelijk vormgegeven als een maatregel ter beveiliging van de maatschappij door het voorkomen van toekomstige feiten, en niet als een straf ter vergelding van reeds gepleegde feiten.²⁸ Daarmee samenhangend werd aan de SOV de volgende tweeledige doelstelling toegekend:

²⁴ Wet van 21 december 2000, Stb. 2001, 28, i.w.tr. op 1 april 2001, Stb. 2001, 158.

²⁵ Struijk 2011.

²⁶ Kooijmans 2002.

²⁷ Kamerstukken I 1999/00, 26023, nr. 215b.

²⁸ Het Nederlandse strafrecht kent naast straffen (met als hoofdstraffen: de gevangenisstraf, de taakstraf en de geldboete) ook maatregelen. Dit heet het tweesporstelsel. Zie nader over dit stelsel en het verschil in aard en grondslag van de straf en de maatregel Van der Landen 1992 en Kooijmans 2002.

1. het terugdringen van ernstige overlast als gevolg van door drugsverslaafden gepleegde strafbare feiten en;
2. het oplossen, althans beheersbaar maken van de individuele (verslavings)problematiek van verslaafde delinquenten ten behoeve van hun terugkeer in de maatschappij en met het oog op beëindiging van de recidive.²⁹

Uit de parlementaire geschiedenis valt op te maken dat de SOV uitdrukkelijk zou (moeten) worden opgelegd om *beide* doelstellingen te realiseren en dat bij afwezigheid van een reële kans op succes op resocialisatie, de langdurige vrijheidsontneming niet gerechtvaardigd was.³⁰ Met andere woorden, het maatschappelijke doeleinde (overlastvermindering) prevaleerde niet boven het individuele doeleinde (vermindering van verslavingsproblematiek). Daarbij werd overigens gesteld dat pas gedurende de tenuitvoerlegging van de opgelegde SOV zou blijken of er sprake was van een reële kans op succes op resocialisatie. Dit blijkt uit onderstaand citaat van toenmalig minister van Justitie Korthals:

“Indien tijdens de tenuitvoerlegging van de SOV blijkt dat het afstand nemen van drugs en het resocialiseren niet of in onvoldoende mate gelukken, wordt de maatregel op andere wijze tenuitvoergelegd. Onvoldoende succes bij verwezenlijking van het tweede doel levert geen grond op om de maatregel te beëindigen. Dat zou ook een ongewenste premie kunnen zijn op het niet meedoen aan de in de SOV geboden zorgvoorzieningen. De omstandigheid dat de SOV voor betrokkene geen effect heeft gehad, zal er wel toe leiden dat hij in de toekomst naar verwachting niet meer in aanmerking komt voor oplegging van de maatregel.”³¹

Dat dit alles bij de huidige ISD-maatregel principieel anders wordt opgevat, zal nog blijken uit het vervolg van dit onderzoeksrapport.³²

De vrijheidsontnemende SOV-maatregel werd door de wetgever gezien als een *ultimum remedium* in een keten van eerder (bij een individuele veroordeelde) beproefde (minder ingrijpende drang)interventies ter bestrijding van de verslavingsoverlast.³³ De komst van de SOV-maatregel betekende een omslag in het Nederlandse verslavingsbeleid: van een nadruk op volksgezondheid, naar een nadruk op justitiële overlastbestrijding.³⁴ Vanwege de gevoeligheden om overlast grond te laten zijn voor langdurige, maximaal tweejarige vrijheidsontneming werd de SOV-maatregel eerst als een experiment ingevoerd. Een aantal jaar na de invoering vonden van dat experiment een procesevaluatie (van 't Land et al, 2005) en een effectevaluatie (Koeter en Bakker, 2007) plaats, maar de maatregel zelf was toen al komen te vervallen door de komst van de ISD-maatregel in 2004.³⁵

2.1.1 Invoering ISD-maatregel

Aan de basis van de ISD-maatregel stond de nota *Naar een veiliger samenleving*.³⁶ In het kader van de hiermee beoogde criminaliteits- en overlastreductie van 20 tot 25%, vooral in de publieke ruimte en via een geïntensiveerde aanpak van recidiverende, overlastgevendende daders, werd de SOV-maatregel als te beperkend beschouwd. De maatschappij zou volgens deze nota pas werkelijk effectief kunnen worden beveiligd als de mogelijkheid tot langdurige vrijheidsbeneming niet slechts beperkt zou zijn tot aan harddrugs verslaafde mannen waar de SOV op was gericht. Het zou in plaats daarvan nodig zijn om het toepassingsbereik te verbreden naar de heterogene doelgroep van zogeheten stelselmatige daders. Het kabinet achtte het aangewezen noch nodig de evaluatiebevindingen van de experimentele SOV af te

²⁹ Kamerstukken II 1997/98, 26023, nr. 3, p. 1.

³⁰ Kamerstukken II 1998/99, 26023, nr. 5, p. 13. Zie ook de uitgebreide analyse in Kooijmans 2002, p. 185-188 en Struijk 2011.

³¹ Kamerstukken II 1998/99, 26 023, nr. 5, p. 13.

³² Uit de procesevaluatie van de praktijk (Hoofdstuk 4) blijkt dat de ISD meerdere malen aan eenzelfde persoon wordt opgelegd.

³³ Kamerstukken II 1999/00, 26023, nr. 8, p. 1-2.

³⁴ Zie daarvoor uitvoerig Kooijmans 2002 en Struijk 2011.

³⁵ Dit ondanks de herhaalde ministeriële toezeggingen voorafgaand aan en na de invoering van de SOV-maatregel dat vooralsnog geen uitbreiding van deze sanctie werd overwogen en dat eerst de evaluatie zou worden afgewacht (*Handelingen II 2001/02*, nr. 21, p. 1507 en *Kamerstukken II 2002/03*, 27834, nr. 13, p. 4).

³⁶ Kamerstukken II 2002/03, 28684, nr. 1, p. 4 en 7.

wachten³⁷ en met breed gedragen steun van het parlement werd het ISD-wetsvoorstel aangenomen. Op 1 oktober 2004 trad deze nieuwe maatregel in werking.³⁸

2.1.2 Wettelijke criteria en ISD-doelgroep

De strafrechter is bij de beslissing tot oplegging van de ISD gebonden aan de volgende wettelijke criteria (art. 38m, eerste lid, Sr):

1. Het door de verdachte begane feit betreft een misdrijf waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten;
2. De verdachte is in de vijf jaren voorafgaand aan het door hem begane feit ten minste driemaal wegens een misdrijf onherroepelijk tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel, een vrijheidsbeperkende maatregel of taakstraf veroordeeld dan wel bij onherroepelijke strafbeschikking een taakstraf opgelegd. Ook dient het feit te zijn begaan na tenuitvoerlegging van deze straffen of maatregelen. Voorts dient er ernstig rekening mee gehouden te worden dat de verdachte wederom een misdrijf zal begaan;
3. De veiligheid van personen of goederen eist het opleggen van de maatregel.

Deze wettelijke criteria geven uitdrukking aan de bewuste keuze van de wetgever om de ISD-doelgroep breed en heterogeen te laten zijn. De onderliggende criminaliteit waarvoor de ISD opgelegd kan worden is bijvoorbeeld niet nader genormeerd. Er is enkel de ondergrens dat de verdachte een misdrijf moet hebben begaan waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Dat betreft als zodanig een breed palet van misdrijven waarop vier jaar of meer gevangenisstraf is gesteld, aangevuld met enkele specifiek in de wet opgesomde misdrijven zoals bedreiging, eenvoudige mishandeling, zaaksbeschadiging, verduistering en oplichting (art. 67 Sv). Zodoende is er op grond van het wettelijk kader geen bovengrens aan de (ernst van de) misdrijven waarvoor de ISD opgelegd kan krijgen. Bovendien beperkt de wet de rechter ook niet met een criterium over de aard van de onderliggende criminaliteit. Dit betekent dat de ISD kan worden opgelegd voor zowel vermogens- als geweldsmisdrijven. De wet sluit het zelfs niet uit voor zedendelicten of voor levensdelicten. Al ligt bij dergelijke delicten de oplegging van deze maatregel niet voor de hand.

Bij de parlementaire behandeling van het ISD-wetsvoorstel zijn de bovengrens van ernst en aard van de delicten waarvoor ISD opgelegd dient te worden enigszins, zij het nogal minimaal gespecificeerd. Met de wettelijke criteria gerelateerd aan de vereiste maatschappelijke veiligheid, heeft de regering namelijk tot uitdrukking willen brengen “dat de nieuwe maatregel is gericht op daders die de veiligheid van het publieke domein in gevaar brengen, en deswege voor grote overlast zorgen”, waarbij werd gedacht “aan delicten als (openlijk) geweld, bedreiging met geweld, mishandeling, straatroof, winkeldiefstal en vernieling”.³⁹ Ook hier wordt binnen een zekere restrictie een breed palet van type misdrijven beschreven. In de rechtspraak heeft dat tot verschil van opvatting geleid over de vraag voor welk type veelpleger met welk type onderliggende criminaliteit de ISD nu precies een passende sanctie is.⁴⁰

Tot slot is ook het criterium van recidive ruim geformuleerd. Bij de parlementaire behandeling werd betoogd dat dit nader zou moeten worden gespecificeerd, maar toenmalig minister Donner achtte dit niet “nodig noch wenselijk”:

“De voorgestelde uit de SOV-regeling afkomstige begrenzing geeft de uiterste grenzen aan waarbinnen de ISD-maatregel kan worden opgelegd. De ISD is gericht op de groep van hardnekkige veelplegers. Het is niet praktisch om deze begrenzing verder wettelijk te nuanceren. De Aanwijzing voor het OM inzake de toepassing van de nieuwe regeling kan deze groep desgewenst nader omschrijven. Het ligt niet voor de hand dat de maatregel zich richt op stelselmatige daders die drie maal tot een (lichte) taakstraf zijn veroordeeld. Het is daarom niet

³⁷ Kamerstukken II 2003/04, 28980, nr. 5, p. 10.

³⁸ Wet van 9 juli 2004, tot plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders, *Stb.* 2004, 351 (i.w.tr. 1 oktober 2004, *Stb.* 2004, 471).

³⁹ Kamerstukken II 2002/03, 28980, nr. 3, p. 13.

⁴⁰ Zie bijvoorbeeld Rb. 's-Gravenhage 6 december 2006, ECLI:NL:RBSGR:2006:AZ5126 en Rb. Dordrecht 28 september 2006, ECLI:NL:RBDOR:2006:AZ0048 in verhouding tot Rb. Rotterdam 20 april 2010, ECLI:NL:RBROT:2010:BM1694. Nader in Struijk 2011, p. 479, alsook Struijk, *Sancties* 2013/1, p. 1-5.

verstandig om drempels zoals door deze leden gesuggereerd in de wettelijke regeling in te bouwen.”⁴¹

Het citaat maakt duidelijk dat er van het OM wordt verwacht het ruime wettelijke toepassingskader nader af te bakenen. Dit geschiedt aan de hand van het ISD-vorderingsbeleid. Centraal daarin staat de afbakening dat het moet gaan om een zeer actieve veelpleger. De Richtlijn voor strafvordering bij meerderjarige veelplegers (2013R017) verstaat onder een zeer actieve veelpleger:

“een persoon van 18 jaar of ouder die over een periode van vijf jaren processen-verbaal tegen zich opgemaakt zag worden voor meer dan tien misdrijf feiten, waarvan ten minste één misdrijf in de laatste twaalf maanden, terug te rekenen vanaf de pleegdatum van het laatst gepleegde misdrijf feite.”⁴²

Behalve door de wettelijke criteria wordt de ISD-doelgroep dus ook bepaald door dit beleidsmatige kader. De richtlijn heeft namelijk bindende werking voor zowel het OM bij het vorderen, als voor de rechter bij het opleggen van de ISD.⁴³ Het toepassingskader van de richtlijn is na invoering van de ISD verruimd. Een belangrijke ontwikkeling daarbij is bijvoorbeeld de mogelijke toepassing van de ISD op de tot vreemdeling verklaarde stelselmatige daders.⁴⁴ Ten grondslag daaraan lag het beveiligingskarakter van de ISD.

Tot slot is van belang dat uit verschillende onderzoeken die zijn uitgevoerd naar de ISD-doelgroep⁴⁵ komen de volgende veel (en vaak gecombineerd) voorkomende kenmerken⁴⁶ naar voren:

- Op jonge leeftijd begonnen met het plegen van delicten
- Achtergrond van niet-succesvolle hulpverleningstrajecten en/of zorgmijndend
- Psychiatrische problematiek waaronder persoonlijkheidsstoornissen
- Verslaving (drugs en/of alcohol)
- Licht verstandelijk beperkt
- Sociaaleconomische problemen (opleiding, werk en schulden)

2.2 Beleidstheorie deel 1: Hoe de ISD criminaliteit en recidive op de korte termijn vermindert via detentie (onderzoeksvraag 1)

Bij de parlementaire behandeling van de ISD werd betoogd dat “door het oppakken en langer vasthouden van stelselmatige daders meer criminaliteit van de straat wordt gehaald, waardoor de onveiligheid, de (drugs)overlast en de verloedering in het publieke domein zullen afnemen” en dat hen het plegen van nieuwe delicten voor de detentieperiode “feitelijk onmogelijk” wordt gemaakt.⁴⁷ Deze doelstelling betreft het zogenoemde *incapacitatie*-effect en is ook de beleidsmatige insteek in de eerder genoemde Richtlijn van het Openbaar Ministerie inzake vordering van de ISD.⁴⁸ Zoals eerder genoemd is de ISD gegrond op de noodzaak om de samenleving te beveiligen tegen de maatschappelijke overlast als gevolg van de stelselmatige criminaliteit en het hoge risico op herhaling daarvan. Sterker dan bij de SOV het geval was, heeft de wetgever bij de ISD onderkend dat deze sanctie “uitdrukkelijk in de sleutel van de beveiliging van de samenleving” staat.⁴⁹ Bij de invulling van die gewenste maatschappijbeveiliging werd vervolgens de nadruk gelegd op de (duur van de) vrijheidsontneming en het daarin gelegen maatschappelijk belang. Veelzeggend in dat opzicht is bijvoorbeeld het volgende drietal citaten uit de parlementaire geschiedenis:

⁴¹ *Kamerstukken II 2003/04, 28980, nr.5, p. 16.*

⁴² *Stcrt. 2013, 35061, i.w.tr. op 1 januari 2014.* Dit betreft de meest recente versie van deze Richtlijn.

⁴³ De Richtlijn wordt namelijk beschouwd als ‘recht’ in de zin van art. 79 RO, waardoor beginselen van behoorlijke rechtspleging eraan in de weg staan dat de rechter, die vaststelt dat een ISD-vordering is gedaan in strijd met de Richtlijn, niettemin de ISD oplegt. Zie HR 7 januari 2020, ECLI:NL:HR:2020:2 en HR 7 juli 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH9943.

⁴⁴ Overigens is het vorderingsbeleid in de afgelopen tien jaar continu verruimd. Zo ook nog in de huidige Richtlijn door bij de kwalificatiecriteria in plaats van processen-verbaal voortaan misdrijf feiten te tellen.

⁴⁵ Zie bijvoorbeeld Ganpat e.a. 2009; Raaijmakers e.a. 2014 alsook Beerthuizen, Tollenaar & Van der Laan 2018.

⁴⁶ Deze kenmerken betreffen veelal criminogene factoren.

⁴⁷ *Kamerstukken II 2002/03, 28980, nr. 3, p. 1 en 8.*

⁴⁸ *Stcrt. 2013, 35061, i.w.tr. op 1 januari 2014.*

⁴⁹ *Kamerstukken I 2003/04, 28980, D, p. 6.*

“Het gaat om een uitzonderlijke maatregel die is bedoeld om de meest hardnekkige stelselmatige daders langere tijd aan het vrije maatschappelijk verkeer te onttrekken. Het plegen van nieuwe delicten wordt daarmee voor de detentieperiode feitelijk onmogelijk.”⁵⁰

“Hardnekkige veelplegers moeten weten dat de overheid hun gedrag niet accepteert, hen niet loslaat en niet aan hun lot overlaat, maar aanpakt en aanspreekt op hun gedrag. De samenleving kan en mag niet aanvaarden dat hardnekkige veelplegers maar doorgaan met hun gedrag. Volharden zij in hun gedrag, dan is een strenge reactie passend. Het is nodig dat de wetgever dat signaal afgeeft.”⁵¹

“Doordat veelplegers steeds zo kort gedetineerd worden, heeft het huidige sanctiebeleid slechts een beperkt effect op de criminaliteit die zij plegen. Het stelselmatig plegen van delicten wordt immers slechts kort onderbroken. Bovendien zijn de opgelegde vrijheidsstraffen te kort om het criminele gedrag door middel van gerichte interventies effectief te kunnen beïnvloeden.”⁵²

Men lijkt met het langer detineren en ‘aanpakken’ van de stelselmatige daders, zowel een korte termijn (incapacitatie), alsook een lange termijn (beëindigen van recidive) doelstelling te beogen ter bescherming van de maatschappij. Ook het wettelijk ISD-kader valt vanuit deze beschermingsgedachte te bezien. Met aanpassing van de voorheen onder de wettelijke SOV-regeling geldende formulering is thans in art. 38m, tweede lid, Sr neergelegd dat de ISD strekt tot beveiliging van de maatschappij en de beëindiging van de recidive van de verdachte. Daarmee is recidivebeëindiging – dat volgens de wetsgeschiedenis oorspronkelijk op de korte termijn werd bezien – een zelfstandig wettelijk doeleinde geworden bij de ISD, zonder dat dit nader wordt geduid of van een uitkomstmaat wordt voorzien.

Dit is een wezenlijk verschil met de SOV-maatregel die, naast overlastbestrijding, de hoofddoelstelling van resocialisatie kende. De SOV diende dus om *beide* doeleinden te verwezenlijken. Wanneer er geen reële kans op succesvolle resocialisatie werd gezien, verviel de grond voor de oplegging van de SOV.⁵³ Enkel detentie was dus nadrukkelijk niet de bedoeling.⁵⁴ Hoewel detentie kan werken voor de korte termijn – het bovengenoemd incapacitatie-effect – zou voor de langere termijn het effect ervan op de problematische doelgroep te beperkt zijn. Omdat bij de SOV veiligheid ook op lange termijn werd nagestreefd, kende de regering daarom nadrukkelijk een lange termijnperspectief toe aan de SOV: het doorbreken van criminele carrières.⁵⁵ Zowel het oplossingsgerichte behandelingsdoel, als de beoogde recidivebeëindiging diende daarmee wettelijk in het teken te staan van resocialisatie.⁵⁶ In vergelijkbare zin worden korte termijn en langetermijndoelen ook expliciet aan elkaar gekoppeld bij bijvoorbeeld de TBS-maatregel:

“De beveiliging is primair en valt uiteen in beveiliging op korte termijn door middel van verpleging in een meer of minder gesloten setting en beveiliging op langere termijn door middel van behandeling, welke ernstige recidive beoogt te voorkomen.”⁵⁷

Hoewel ook in het wettelijk ISD-kader een behandelingsdoel is opgenomen⁵⁸, wordt hier geen koppeling met recidivebeëindiging en resocialisatie op de lange termijn gemaakt (art. 38m, derde lid, Sr). Over deze wezenlijk andere formulering en insteek van de resocialisatiedoelstelling is opmerkelijk genoeg geen verklarende duiding gegeven.⁵⁹ Voor de rechtvaardiging van de langdurige ISD-vrijheidsbeneming wordt slechts verwezen naar de primaire doeleinden van maatschappijbeveiliging en recidivebeëindiging (op de korte termijn) en subsidiair met het oplossingsgerichte behandelingsdoel.⁶⁰ Deze insteek heeft bij

⁵⁰ Kamerstukken II 2002/03, 28980, nr. 3, p. 8.

⁵¹ Kamerstukken I 2003/04, 28980, D, p. 9-10; alsook in soortgelijke bewoordingen Kamerstukken II 2003/04, 28980, nr. 5, p. 1.

⁵² Kamerstukken II 2002/03, 28980, 3, p. 2.

⁵³ Kamerstukken II 1998/99, 26023, nr. 5, p. 13.

⁵⁴ Kamerstukken II 1997/98, 26023, nr. 3, p. 9.

⁵⁵ Kamerstukken II 1997/98, 26023, nr. 3, p. 9.

⁵⁶ Struik 2011, paragraaf 3.5.3.

⁵⁷ Kamerstukken II 1982/83, 11932, nr. 10, p. 6.

⁵⁸ Indien de stelselmatige dader een verslaving heeft, of andere specifieke problematiek kent waarmee het plegen van strafbare feiten samenhangt, strekt de ISD er volgens deze doelstelling mede toe een bijdrage te leveren aan de oplossing van deze (verslavings)problematiek.

⁵⁹ Struik 2011, paragraaf 3.6.2.

⁶⁰ Kamerstukken I 2003/04, 28980, F, p. 2.

de parlementaire behandeling forse kritiek gekregen, waarbij onder meer werd betoogd dat de ISD hierdoor een verkapte straf zou zijn.⁶¹ Ook wezen enkele Kamerleden er op dat de regering aanvankelijk met de ISD een bijkomende straf voor ogen had gestaan en dat zij pas na de consultatiefase in het werkelijke wetsvoorstel had geopteerd voor de modaliteit van een maatregel.⁶² De regering volstond met de verklaring dat de argumenten die pleiten voor de maatregel-modaliteit “bij nader inzien sterker” zijn.⁶³ Ondanks de kritiek op de initiële insteek kan het accent dat de ISD-maatregel legt op beveiliging van de maatschappij door onschadelijkmaking gezien worden in een bredere ontwikkeling naar meer beheersen en repressie in de strafrechtelijke cultuur.⁶⁴

Herhaalde oplegging van de ISD

De beleidsgedachte over de ISD-maatregel heeft dus vanaf het begin een zekere vaagheid gekend en kan als ambigu worden getypeerd waarbij korte en langetermijndoelen door elkaar lopen. Deze vaagheid is ook terug te zien in enige verdeeldheid in de rechtspraak, onder meer als we kijken naar de mogelijkheid om de ISD meerdere malen op te leggen aan stelselmatige daders die na beëindiging van een ISD-maatregel opnieuw recidiveren.⁶⁵ Zo zijn er rechters die de korte termijn insteek onderschrijven en overgaan tot herhaalde ISD-oplegging aan eenzelfde stelselmatige dader, ondanks het ontbreken van een recidiveverminderend effect van de eerder opgelegde ISD-maatregel(en).⁶⁶ Het maatschappelijk veiligheidsbelang op de korte termijn geeft hier de doorslag, hoewel het ook van belang wordt geacht dat deze persoon gedurende langere tijd intensief kan worden behandeld, begeleid en aangestuurd om de nodige stappen te zetten die dienstig zijn aan een noodzakelijke gedragsverandering en een (veilige en) zo stabiel mogelijke terugkeer in de maatschappij.⁶⁷ Andere rechterlijke colleges gaan juist bewust niet over tot herhaalde ISD-oplegging, omdat het niet te legitimeren is om een maatregel van langdurige vrijheidsontneming toe te passen zonder de mogelijkheid (hoe gering ook) op een zinvolle behandeling.⁶⁸ De geïnterviewde rechters (zie paragraaf 1.3.1) onderkennen de ambiguïteit van de ISD, die vanuit de wet een nadruk op maatschappijbescherming kent, maar waarbij de praktijk juist de nadruk legt op behandelen en een zinvolle lange termijn-benadering. Zij voegen daaraan toe dat de beeldvorming van de ISD vanuit verdachten ook erg negatief is omdat het wordt ervaren als een lange straf en dat zij er daarom op voorhand vaak negatief instaan.

Eenzelfde ambigue houding over het doel van de ISD en in hoeverre de langdurige vrijheidsbeneming dient te (kunnen) worden benut voor meer lange termijn-doelen dan enkel de (tweejarige) duur van opsluiting, wordt ook geconstateerd in de uitvoeringspraktijk, zoals in hoofdstuk 4 zal blijken. Voor nu is van belang af te sluiten met de conclusie dat de beleidstheorie vanaf de start van de ISD op twee gedachten lijkt te hinken over wat de precieze aard en insteek van deze sanctie is.

⁶¹ *Handelingen II* 2003/04, nr. 34, p. 2415; *Handelingen II* 2003/04, nr. 34, p. 2413 en *Handelingen II* 2003/04, nr. 34, p. 2417.

⁶² Rouvoet (Christen-Unie) merkte bijvoorbeeld het volgende op: “Aanvankelijk was het een bijkomende straf in de benadering van de minister. Naar aanleiding van adviezen is het een maatregel geworden, maar de gedachte dat het eigenlijk een straf is, zit nog wel in de stukken en in de toelichting en de formuleringen die de minister de vorige week koos: als het niet lukt en wij niets kunnen doen, zijn ze in ieder geval wel twee jaar van de straat geweest en hebben ze niet nog meer delicten kunnen plegen.” *Handelingen II* 2003/04, nr. 34, p. 2417. Zie voor woorden van soortgelijke strekking van SGP-zijde *Handelingen II* 2003/04, nr. 34, p. 2419.

⁶³ *Kamerstukken II* 2002/03, 28980, nr. 3, p. 5.

⁶⁴ Het onderwerp van de preadviezen van de Nederlandse Juristen Vereniging luidde in 2022: ‘de repressieve samenleving’. De preadviseurs constateren vanaf “ruwweg de laatste eeuwwisseling” een ontwikkeling naar meer repressie. Zie Bakhuysen e.a. 2022.

⁶⁵ *Kamerstukken I* 2003/04, 28980, D, p. 2; *Kamerstukken I* 2003/04, 28980, F, p. 4.

⁶⁶ In de praktijk worden stelselmatige daders zelfs voor een derde of een vierde keer veroordeeld tot de ISD, zoals in respectievelijk Rb. Limburg 7 juli 2021, ECLI:NL:RBLIM:2021:5400 en Rb. Amsterdam 21 oktober 2020, ECLI:NL:RBAMS:2020:5128. Zie nader over de herhaalde ISD-oplegging Struijk 2011, paragraaf 5.5, alsook Struijk, *Strafblad* 2014/33, p. 213-220.

⁶⁷ Bijvoorbeeld in Rb. Roermond 29 januari 2010, ECLI:NL:RBROE:2010:BL1085 en Rb. Utrecht 16 september 2011, ECLI:NL:RBUTR:2011:BU7152.

⁶⁸ Onder meer Rb. Groningen 9 augustus 2007, ECLI:NL:RBGRO:2007:BB1454; Rb. Utrecht 12 april 2010, ECLI:NL:RBUTR:2010:BM5031 en Rb. Zeeland-West-Brabant 2 september 2016, ECLI:NL:RBZWB:2016:5625.

2.3 Beleidstheorie deel 2: Hoe de ISD via een intensieve aanpak met zorg en begeleiding criminaliteit en recidive vermindert (onderzoeksvraag 1)

Ondanks de mogelijkheden die de ISD biedt om een op de individuele problematiek van de dader afgestemde behandeling in te zetten⁶⁹, is er van meet af aan in de parlementaire geschiedenis geuit dat de langdurige vrijheidsbeneming niet per definitie gepaard hoeft te gaan met een behandeltraject. In de memorie van toelichting werd voor de ISD-uitvoering het volgende uitgangspunt gehanteerd:

*“[E]en langere vrijheidsbeneming in een zeer beperkt regime. Een intensieve interventie zal alleen plaatsvinden als daarvoor bij betrokkene een duidelijk aanknopingspunt is”.*⁷⁰

De verwachtingen van het aantal beïnvloedbare en voor een behandeltraject te motiveren stelselmatige daders waren bij invoering van de ISD laag.⁷¹ Maar al snel na de invoering bleek dat de maatregel voornamelijk werd toegepast op stelselmatige daders met een ander profiel dan tevoren werd aangenomen. In plaats van de verwachte calculerende veelpleger die uit is op snel economisch gewin en voor twee jaar intramuraal zou verblijven in een zeer beperkt regime (basisregime), bleek de instroom vooral te bestaan uit personen met comorbide problematiek van verslaving én een psychische stoornis, niet zelden in combinatie met een (lichte) verstandelijke beperking.⁷² Deze als 'zorgwekkende zorgmijders' geduide groep justitiabelen werd doorgaans door de reguliere hulpverlening niet (meer) bereikt en kwam nu via de ISD weer in zicht. Daardoor was bij de ISD-uitvoering meer zorg(toeleiding) vereist dan gedacht en bleek slechts een kleine minderheid van de tot ISD-veroordeelden hun tijd in een zeer beperkt regime door te brengen.⁷³

Nadat dit ook door de regering werd onderkend, werd een aantal verbetermaatregelen voor de ISD-uitvoering doorgevoerd.⁷⁴ Deze, in hoofdstuk 1 belichte, verbetermaatregelen zijn onder meer gericht op de opleiding en kunde van het inrichtingspersoneel, het dagprogramma en de doorstroom naar zorginstellingen. Het (gedragsbeïnvloedende) behandeldoel kreeg hiermee een versterkte plaats in het beleid. De kern van het ISD-beleid is nog steeds langdurige vrijheidsbeneming waardoor voortzetting van het criminele gedragspatroon feitelijk onmogelijk wordt gemaakt, maar in die gevallen dat er duidelijke aanknopingspunten zijn voor gedragsverandering en een reële kans op recidivevermindering aanwezig lijkt, moeten (intensieve) behandelprogramma's met dat doel worden aangewend via aanbieders van forensische zorg. De achterliggende gedachte is dus dat forensische zorg kan leiden tot recidivevermindering bij ISD'ers. In de hierop volgende paragraaf wordt besproken wat over deze forensische zorg voor ISD'ers bekend is.

2.3.1 Forensische zorg

De ISD bestond al voordat de forensische zorg als beleidsterrein werd geïntroduceerd vanaf 2008.⁷⁵ Forensische zorg is, vrij vertaald vanuit de Wet forensische zorg (Wfz), zorg in strafrechtelijk kader die wordt bekostigd door het ministerie van Justitie en Veiligheid op basis van een forensische zorgtitel.⁷⁶ De ISD is op zichzelf een forensische zorgtitel, dus een titel op grond waarvan bekostiging van forensische zorg kan plaatsvinden en speelt als zodanig dus ook een rol in het bereiken van de doelen van de Wfz.⁷⁷

⁶⁹ Hetgeen in de parlementaire geschiedenis ook uitdrukkelijk is erkend, in de bewoordingen van een gedifferentieerde tenuitvoerlegging (*Kamerstukken II 2002/03*, 28980, nr. 3, p. 7) en maatwerk (*Kamerstukken II 2003/04*, 28980, nr. 5, p. 3).

⁷⁰ *Kamerstukken II 2002/2003*, 28980, nr. 3, p. 4.

⁷¹ *Kamerstukken I 2003/04*, 28980, D, p. 7.

⁷² *Kamerstukken II 2006/07*, 31110, nr. 4, p. 2. Dit beeld kwam onder meer naar voren uit Tollenaar e.a. 2006; Tollenaar e.a. 2008; Inspectie voor de Sanctietoepassing 2008; Goderie en Lünemann, a.w. en Goderie e.a. 2009.

⁷³ Inspectie voor de Sanctietoepassing 2008, p. 18.

⁷⁴ *Kamerstukken II 2006/07*, 31110, nr. 4 en *Kamerstukken II 2008/09*, 31110, nr. 10.

⁷⁵ Zie bijvoorbeeld Van der Wolf, Reef & Wams 2020.

⁷⁶ Er zijn 28 forensische zorgtitels waarvan de ISD-maatregel er één is. Zie

<https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorgtitels>.

⁷⁷ Te weten: Patiënt op de juiste plek; Voldoende forensische zorgcapaciteit; Kwalitatief goede forensische zorg; en een Goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg. Zie voor een planevaluatie van de Wfz Burger & De Kogel 2022.

Enkel plaatsing in een ISD is echter geen forensische zorg. Alleen als er forensische zorg wordt toegevoegd aan een ISD-traject op andere titel⁷⁸ is er sprake van ISD mét forensische zorg. Dit kan bijvoorbeeld zijn een interne overplaatsing naar een PPC, overbrenging vanuit de ISD-afdeling naar de ggz of een poliklinische (ambulante) verrichting van de ggz op de ISD-afdeling. Forensische zorg vindt in alle gevallen plaats nadat daarvoor een indicatie is gesteld. Een indicatie wordt alleen vertrekt indien een gedetineerde gemotiveerd is voor forensische zorg, waardoor er enige voorselectie is in wie wel of geen forensische zorg ontvangt. Hoewel de ISD-maatregel een vrijheidsbeneming betreft, kan er namelijk (buiten noodgevallen) geen dwangbehandeling worden opgelegd in de ISD.

Over forensische zorg die in het kader van de ISD-maatregel wordt ingekocht, concludeert de minister voor Rechtsbescherming in 2020 (in reactie op een effectevaluatie van het WODC) het volgende:

“Vooral de conclusie dat het krijgen van forensische zorg tijdens de ISD leidt tot significant minder recidive maakt het belang van behandeling tijdens de ISD duidelijk. Het gaat immers om een doelgroep met relatief zware problematiek die in de loop van de jaren mogelijk steeds ernstiger wordt. Telkens een korte gevangenisstraf is niet genoeg voor de groep zeer actieve veelplegers. Zij moeten een intensieve aanpak zoals de ISD krijgen om de recidive en de maatschappelijke overlast die zij veroorzaken terug te brengen.”⁷⁹

Er bestaat echter inhoudelijk veel variatie tussen de mogelijke vormen van forensische zorg: plaatsing in een PPC binnen een PI verschilt immers aanzienlijk in aard en intensiteit van een extramurale ambulante behandeling. Uit de hiervoor genoemde effectiviteitsevaluatie van de ISD⁸⁰, noch uit de recidivestudies ten aanzien van verschillende vormen van forensische zorg,⁸¹ is af te leiden welke vorm van forensische zorg voor significante recidivevermindering zorgt bij de doelgroep in de ISD. Het is dus onduidelijk welke vorm van forensische zorg (het meest) werkzaam is. In verschillende beleidsstukken wordt met betrekking tot forensische zorg tijdens de tenuitvoerlegging van de ISD slechts gesproken van een persoonsgerichte aanpak, gekenmerkt door een trajectmatige benadering en ketensamenwerking. De (minimale) inhoud van zorg van deze aanpak wordt nergens expliciet gemaakt. In plaats daarvan worden enkel aanwijzingen over de organisatie van (forensische) zorg beschreven ('maatwerk', 'persoonsgericht' en 'toegesplitst op de problematiek').⁸² Ook hieruit is dus niet op te maken welke vormen van forensische zorg als werkzaam worden beschouwd.

2.3.2 Ketenpartners

Uit beleidsstukken blijkt verder dat ketenpartners van DJI worden geacht een belangrijke rol te spelen bij de tenuitvoerlegging van de ISD.⁸³ Dit betreffen externe partijen waaronder het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), gemeenten, reclassering en (forensische) ggz- en zorginstellingen. Alvorens de ISD wordt opgelegd bijvoorbeeld, formuleert de reclassering op basis van de Risico Inschatting Schalen (RISC-instrument) en mogelijk ook een trajectconsult van het NIFP een advies voor de rechter dat tevens door DJI gebruikt wordt als "leidraad bij het opstellen van het verblijfsplan".⁸⁴ Ketenpartners worden hierbij betrokken, omdat zij op basis van de inschatting die wordt gemaakt voor het verblijfsplan mogelijk ook een rol spelen in de uitvoering van het plan. Het benadrukken van het belang van een goede ketensamenwerking laat zien dat, volgens de beleidstheorie, de (met name secundaire) doelen van de ISD niet behaald kunnen worden door DJI alleen. Echter, verantwoordelijkheden van ketenpartners en de taakverdeling tijdens de tenuitvoerlegging

⁷⁸ Op de website van het ministerie van J&V wordt genoemd onder het kopje "Zorg in detentie, tijdens tenuitvoerlegging vrijheidsstraf of ISD-maatregel":

17) overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 Pbw).

18) overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Pbw).

19) plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (art. 38p WvSr) (art. 38m WvSr jo art. 44b-44q Pm).

20) plaatsing in een instelling voor stelselmatige daders met voorwaarden (art. 38p WvSr).

21) penitentiaal programma met zorg (art. 5 Pm).

22) interne overplaatsing naar penitentiaal psychiatrisch centrum in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw).

23) poliklinische verrichtingen door de ggz in het gevangeniswezen (art. 42 Pbw).

⁷⁹ Kamerstukken II 2020, 31110, 20, p. 4.

⁸⁰ Tollenaar e.a. 2019.

⁸¹ Drieschner e.a. 2020 en Drieschner, Hill & Weijters 2018.

⁸² Een nadere beschrijving van de organisatie van zorg in de ISD volgt in Hoofdstuk 3.

⁸³ Zie bijvoorbeeld *Kamerstukken II 2007/08, 31110, nr. 4*.

⁸⁴ *Kamerstukken II 2007/08, 31110, nr. 4, p. 7*.

van de ISD zijn nauwelijks expliciet gemaakt en hangen voornamelijk af van het te bepalen persoonlijke traject.

2.3.3 Doorlopende fasering

Bij de voorloper van de ISD (SOV) was nog sprake van een gefaseerde opzet met drie op elkaar aansluitende fasen, namelijk een intramurale fase, een tussenfase en een extramurale fase, “waarin het accent van de begeleiding geleidelijk steeds meer wordt verschoven van het afstand nemen van het patroon van verslaving en criminaliteit naar de concrete voorbereiding op een ander, meer geregeld bestaan”.⁸⁵ Echter, bij de invoering van ISD bestond deze niet uit drie, maar uit twee fasen: een intramurale en extramurale fase.⁸⁶ Die keuze is niet nader toegelicht dan wel (wetenschappelijk) onderbouwd. Opmerkelijk, omdat uit een literatuurverkenning ten tijde van het toenmalige SOV-wetsvoorstel nog was gebleken dat de kans op succes toeneemt naarmate de behandeling tijdens een dergelijke justitiële interventie langer duurde en waarbij een gefaseerde aanpak meer effect heeft dan uitsluitend een intra- of extramurale behandeling.⁸⁷ Hier werd bij de behandeling van het ISD-wetsvoorstel niet meer op ingegaan. Wel werd het verschil tussen de SOV en de beoogde ISD benadrukt, door onder meer het volgende op te merken:

“Kenmerk voor de SOV is een programmatische aanpak van harddrugs verslaafde veelplegers in drie fasen. De ISD is een algemene maatregel, gericht op de aanpak van verschillende soorten van veelplegers. In de ISD wordt alleen een programma aangeboden, wanneer zulks zinvol is. Daarom wordt de SOV geïncorporeerd in de ISD, niet andersom.”⁸⁸

Ondanks de kennis over en ervaring met een tussenfase, werd bij invoering van de ISD dus van een dergelijke fase afgezien. Zowel de inrichting als capaciteit van de tenuitvoerlegging waren enkel gericht op de intramurale en de extramurale fase. Zoals verderop in dit hoofdstuk zal blijken, is de tussenfase later weer toegevoegd aan de ISD.

Aan het in aanmerking komen voor de extramurale fase zijn van meet af aan voorwaarden verbonden, waarover het volgende is opgemerkt bij de parlementaire behandeling:

“Voor het doorlopen ervan komen alleen personen in aanmerking die bereid en in staat moeten worden geacht aan die voorwaarden te voldoen. Deze personen zullen voldoende drang gevoelen om aan die laatste fase mee te doen. Indien betrokkene niet meer in staat of bereid is deel te nemen aan het programma in de laatste fase buiten de inrichting of te voldoen aan de gestelde voorwaarden kan hij worden teruggeplaatst in de inrichting. Dat is de stok achter de deur om mee te blijven doen.”⁸⁹

Het juridisch kader voor de extramurale fase is hoofdzakelijk neergelegd in de Penitentiaire maatregel (Pm), te weten in hoofdstuk 9a. Artikel 44d, derde lid. Pm biedt de grondslag voor buiten de inrichting laten plaatsvinden van de ‘tenuitvoerlegging van de laatste fase van de maatregel’. De algemene verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van deze extramurale fase ligt bij de directeur van de PI waar de ISD'er de intramurale fase doorbracht. Terwijl de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van

⁸⁵ Kamerstukken II 1998/99, 26023, nr. 5, p. 17. De drie fasen besloegen elk zes maanden, met per fase een uitloopmogelijkheid van negen maanden, afhankelijk van de ontwikkeling van het gedrag van de betrokkenen, en uiteraard met inachtneming van de maximale totale duur van 24 maanden. De eerste, gesloten fase stond voornamelijk in het teken van het motiveren van de deelnemer, het fysiek aansterken, het aanbrengen van structuur, het aanleren van sociale vaardigheden, het ombuigen van gedrag en het inventariseren van de stand van zaken op een aantal gebieden waarna – toegespitst op de individuele behoeften en mogelijkheden – keuzes voor de toekomst konden worden uitgewerkt, die reeds in de volgende fasen konden worden aangepakt. De tweede, halfopen fase bood de deelnemer de mogelijkheid om vanuit een nog relatief besloten omgeving te oefenen met nieuw geleerd gedrag en door middel van arbeid, scholing en schuldsanering langzaam toe te werken naar doorstroming naar de open fase. Deze open (en derde) fase bood ten slotte de deelnemer de mogelijkheid om met aanwending van de aangeleerde vaardigheden zelfstandig te functioneren in de maatschappij. Het was met name deze extramurale fase waarin de stap naar de samenleving feitelijk werd gezet en ‘het proces van steeds meer op eigen benen staan’ werd doorgezet vanuit een zelfstandige woonruimte.

⁸⁶ Kamerstukken I 2003/04, 28980, D.

⁸⁷ Baas 1998.

⁸⁸ Kamerstukken I 2003/04, 28980, D, p.1.

⁸⁹ Kamerstukken I 2003/04, 28980, D, p. 4.

deze fase bij het college van burgemeester en wethouders ligt (artikel 44^e Pm). Hierover worden tussen het Rijk en de gemeenten nadere afspraken gemaakt. Hierbij komen – net als bij de uitvoering van de SOV – de kosten van de tenuitvoerlegging van de extramurale fase ten laste van de gemeente, onverminderd het recht van betrokkene op een socialezekerheidsuitkering (artikel 44f Pm).

De vaststelling van het verblijfsplan voor deze fase geschiedt vanuit deze achtergrond door de directeur van de PI en het college van burgemeester en wethouders tezamen (artikel 44g, eerste lid, Pm). Het is de selectiefunctionaris van DJI die uiteindelijk beslist over plaatsing in de extramurale fase, op de grondslag van een advies van de directeur van de PI en het college van burgemeester en wethouders van de gemeente (artikel 44l, eerste lid, Pm). Bij deze beslissing worden in ieder geval de volgende aspecten betrokken (artikel 44l, tweede lid, Pm):

- a) het verloop van de tenuitvoerlegging, waaronder het gedrag van betrokkene, het nakomen van afspraken door de ISD'er en zijn of haar gemotiveerdheid;
- b) het gevaar voor recidive;
- c) de mate waarin hij of zij in staat zal zijn de met de grotere vrijheden gepaard gaande verantwoordelijkheid te dragen.

Door de directeur of het college van burgemeester en wethouders kunnen bijzondere voorwaarden gesteld worden aan plaatsing in de extramurale fase (artikel 44l, derde lid, Pm). Daarnaast worden in ieder geval de volgende algemene voorwaarden gesteld (artikel 44l, derde lid, Pm):

- a) betrokkene gedraagt zich overeenkomstig de aanwijzingen van de trajectcoördinator van de PI en degenen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het programma en verschaft aan dezen alle verlangde inlichtingen;
- b) betrokkene doet van tevoren melding aan de trajectcoördinator van een verandering van betrekking of woonplaats;
- c) betrokkene maakt zich niet schuldig aan een strafbaar feit;
- d) betrokkene onthoudt zich van het gebruik van middelen, vermeld op de bij de Opiumwet behorende lijst I.

Indien de extramuraal geplaatste ISD'er niet of niet meer in staat of bereid is deel te nemen aan het programma in de laatste fase buiten de inrichting, dan wel te voldoen aan de daaraan verbonden voorwaarden, kan de selectiefunctionaris hem op de grondslag van een advies van de directeur en met inachtneming van het oordeel van het college van burgemeester en wethouders en de trajectcoördinator terugplaatsen in de (penitentiaire) inrichting (artikel 44m, eerste en tweede lid, Pm). Tegen de beslissing tot terugplaatsing staat een bezwaarschriftprocedure open voor de ISD'er (derde artikellid). Bij overtreding van de in artikel 44l, derde lid, Pm bedoelde voorwaarden kan de directeur bovendien beslissen tot:

- a) het geven van een waarschuwing aan betrokkene;
- b) wijziging of aanvulling van de aan plaatsing buiten de inrichting gestelde bijzondere voorwaarden.

Enkele jaren na de invoering van de ISD bleek uit onderzoek dat het ontbreken van de tussenfase minder effectief was.⁹⁰ Als reactie op deze en andere onderzoeksbevindingen werd de invoering van de tussenfase onderdeel van de ISD-verbetermaatregelen uit 2009.⁹¹ Tijdens de tussenfase wordt gedragsverandering gestimuleerd door de ISD'er te leren omgaan met vrijheden, verleidingen en de consequenties van verkeerde keuzes. In de Pbw, het Drugs Ontmoediging Beleid (DOB) en vrijhedenbeleid staan voorbeelden van beleid voor de toekenning van vrijheden en consequenties bij overtreding van de voorwaarden of regels die daaraan gesteld worden.

Deze opzet komt deels overeen met het proces van detentiefasering. Hierbij heeft het gevangeniswezen verschillende mogelijkheden in de plaats waar een gedetineerde van zijn vrijheid wordt beroofd, het

⁹⁰ Tollenaar, Van der Laan & Beijersbergen 2014; Tollenaar e.a. 2019.

⁹¹ *Kamerstukken II* 2006/07, 31110, nr. 4. Zie voor deze en overige aanpassingen in het ISD-beleid nader hoofdstuk 1.

regime en beveiligingsniveau dat op hem van toepassing is en de mate waarin en het tempo waarop hij kan toewerken naar meer *interne en externe vrijheden*.⁹² Het is een geleidelijke schaal waarlangs gedetineerden de overgang van detentie naar opbouwende vrijheden kunnen ondergaan. De beleidsgedachte hierbij is dat met het belonen (met vrijheden) en sanctioneren (met terugplaatsen) het gedrag van de gedetineerde kan worden geconditioneerd en verbeterd. In het kader van de beleidstheorie van de ISD vormt de fasering in dit opzicht een 'stok achter de deur' om iemand gemotiveerd te houden om mee te werken met het behandel- en resocialisatietraject, alsook om een zo passend mogelijk verloop van de tenuitvoerlegging te kunnen genereren.

Samenvattend is er in een ISD-traject in ieder geval een intramurale fase. Deze vindt plaats in de ISD-inrichting en kan gevolgd worden door een tussenfase die ook intramuraal wordt doorgebracht, zij het met de mogelijkheid om tijdelijke (en eventueel geleidelijk steeds meer) extramurale activiteiten (zoals behandeling of werk) te verrichten. Ten slotte kunnen deze twee fases worden gevolgd door een extramurale fase met verblijf buiten de ISD, in een instelling voor forensische zorg of woonvorm. Of en wanneer de tussen- en extramurale fases worden ingezet, hangt af van het gedrag van de ISD'er en de op maat gemaakte trajectplannen.

2.3.4 Motivatie

De (extern gedreven) motivatie om mee te werken aan een traject speelt een belangrijke rol in het beleid van de ISD. Zoals benoemd in paragraaf 2.1.1, betekende de SOV voor het eerst een wettelijke mogelijkheid tot langdurige vrijheidsbeneming zonder instemming van de verdachte. Deze ontwikkeling volgt uit de context van de jaren negentig van de vorige eeuw, waarin de overheid instak op een omslag van 'drang' naar 'dwang'. Het was volgens de regering nodig om via vrijheidsontneming, een *ultimum remedium*, een groep van overlastgevende mannen met een verslaving en crimineel gedrag te bereiken en bewegen tot medewerking aan een behandeltraject. Het Nederlands medisch(-ethisch) normerend kader volgend werd echter ook in de SOV niet aan dwangbehandeling gedaan, maar werd er wel geprobeerd om voorwaarden te scheppen waaronder veroordeelden gemotiveerd konden worden voor deelname aan een behandeltraject. De ISD zet deze gedachte voort en kan zodoende ook worden opgelegd aan verdachten die (nog) niet bereid zijn mee te werken aan een dergelijk traject. Dit wordt gerechtvaardigd door te stellen dat "de wetgever de oplegging van de ISD-maatregel niet afhankelijk heeft gesteld van de voorafgaande instemming van de verdachte".⁹³

Sterker nog, al dan niet aanwezige motivatie om mee te werken aan een 'intensieve aanpak' binnen de ISD, was in het licht van het eerder benoemde uitgangspunt bij invoering van de ISD dat de maatregel in een 'zeer beperkt regime' zou worden voltooid, al van ondergeschikt belang. In de rechtspraak is dit, na enige aarzeling, bevestigd.⁹⁴ De in de rechtspraak heersende opvatting is dat een initieel gebrek aan (behandel)motivatie van de verdachte niet in de weg hoeft te staan aan de oplegging van de ISD.

*"Ook het feit dat verdachte uitdrukkelijk te kennen heeft gegeven niet te willen meewerken aan een behandeling staat aan bedoelde plaatsing niet in de weg. De maatregel is immers in de eerste plaats een instrument om (ernstige) overlast door criminaliteit terug te dringen."*⁹⁵

Motivatie en ontvankelijkheid voor interventies werden in dit verband uitdrukkelijk als dynamische begrippen gezien, waartoe de ISD-veroordeelden gedurende de gehele maatregel dienen te worden aangespoord.⁹⁶ Deze dynamische beschouwing werd nog versterkt, toen al snel na invoering van de ISD bleek dat de ISD-populatie wel degelijk deelnam aan behandel- en resocialisatietrajecten. Dit blijkt onder andere uit de verbetermaatregelen die in 2009 zijn ingevoerd, bijvoorbeeld uit de minimale opleidingseisen (mbo-niveau) van personeel in een ISD-inrichting, waardoor zij worden geacht beter te kunnen motiveren, het beleid dat tot ISD veroordeelden zoveel mogelijk bij elkaar geplaatst dienen te worden voor een 'veilig en motiverend klimaat' en dat steeds geprobeerd zal worden om ongemotiveerde

⁹² Struijk, *Sancties* 2020/13.

⁹³ Rb. Maastricht 31 januari 2006, ECLI:NL:RBMAA:2006:AV0701 en Rb. Alkmaar 28 juni 2005, ECLI:NL:RBALK:2005:AT8607.

⁹⁴ Rb. Dordrecht 20 maart 2007, ECLI:NL:RBDOR:2007:BA1269 en Rb. Dordrecht 12 januari 2006, ECLI:NL:RBDOR:2006:AV0757.

⁹⁵ Hof Arnhem 1 februari 2010, ECLI:NL:GHARN:2010:BL1597.

⁹⁶ HR 6 maart 2007, ECLI:NL:HR:2007:AZ7777.

veroordeelden “te motiveren alsnog deel te nemen aan het programma-aanbod van interventies en/of zorg op maat”.⁹⁷

2.3.5 Drugsontmoedigingsbeleid

Bij de invoering van de ISD werd erkend dat het merendeel van de doelgroep waar de ISD op toeziet verslaafd is aan harddrugs en daarmee voor een groot deel overeen komt met de doelgroep van de SOV.⁹⁸ Een expliciet beleid over het gebruik van drugs of beleid over omgaan met middelenverslaving in de ISD ontbreekt echter. Van bijvoorbeeld de mogelijkheid tot het verstrekken van heroïne werd in ieder geval niet veel verwacht voor de ISD:

“Vooralsnog kan worden gezegd dat het niet geheel om dezelfde doelgroepen gaat. De heroïneverstrekking richt zich op een beperkte doelgroep van oudere, ernstig zieke therapieresistente heroïneverslaafden (conform de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 11 december 2003, Kamerstukken II, 2003/04, 24 077, nr. 123). De ISD richt zich op (verslaafde) delinquenten met een hoge recidive in een hoge criminele fase van de carrière. Dit is in de regel een eerdere en actievere fase dan de fase waarin de heroïneverstrekking plaatsvindt.”⁹⁹

Omdat de ISD-inrichting zich bevindt op het terrein en daarmee binnen de organisatorische kaders van een penitentiaire inrichting, betekent het ontbreken van een eigen drugsbeleid van de ISD impliciet dat op de tenuitvoerlegging van de ISD het penitentiair drugsontmoedigingsbeleid (DOB) van toepassing is. Dit DOB is in 2009 aangepast, naar aanleiding van de constatering dat verschillende PI's uiteenlopend drugsbeleid uitvoerden – iets dat ook in de ISD voorkwam. Het aangepaste beleid kent de volgende uitgangspunten:

1. Invoer en gebruik van drugs en de handel in drugs zijn verboden en worden gesanctioneerd.
2. Met preventieve maatregelen en controle in de inrichting wordt de invoer en het gebruik van drugs zoveel mogelijk voorkomen.
3. Gedetineerden worden gestimuleerd en geholpen om hun verslaving aan te pakken.
4. Maatregelen worden binnen de penitentiaire inrichtingen eenduidig en consequent uitgevoerd.¹⁰⁰

Daarnaast werd een reeks van nieuwe of aangescherpte maatregelen ingevoerd, waaronder striktere en meer frequente (urine)controles. Ook is het protocol aangescherpt voor de uitkomst van een urinecontrole, op grond waarvan wordt gesanctioneerd, met een duidelijke opbouw in de sanctionering.¹⁰¹ Een dergelijk eenduidige uitvoering van het penitentiair drugsbeleid werd noodzakelijk geacht om de invoer en het gebruik van drugs in detentie te kunnen minimaliseren.

Volgens het implementatieplan ISD van de DJI (2004) dienen alle ISD'ers van wie duidelijk is dat drugsgebruik speelt of gespeeld heeft, minimaal drie maal per week een urinecontrole te ondergaan. In de praktijk gebeurt dit in de meeste ISD-locaties minder frequent:

*“De hierover geïnterviewde gesprekspartners in die inrichtingen geven aan dat het landelijk voorgescreven intensieve drugsbestrijdingbeleid voor ISD'ers niet uitvoerbaar is”.*¹⁰²

In het kader van het drugs- (en andere verslavende middelen) ontmoedigingsbeleid worden de ISD'ers wekelijks – vaker dan in andere regimes in de PI – onderworpen aan urinecontroles. Ook vinden er dagelijks (steekproefsgewijze of op basis van vermoeden) controles plaats. Sancties worden na geconstateerd drugsgebruik bepaald aan de hand van maatwerk. Sinds november 2019 is ook de invoer van contrabande, waaronder drugs, strafbaar als overtreding (art. 429a Sr).

⁹⁷ Kamerstukken II 2007/08, 31110, 4, p. 7.

⁹⁸ Kamerstukken II 2007/08, 31110, nr. 4, p. 6.

⁹⁹ Kamerstukken II 2007/08, 31110, nr. 4, p. 10.

¹⁰⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31110, nr. 8, p. 2.

¹⁰¹ Kamerstukken II 2008/09, 31110, nr. 8, p. 4. Bij het sanctioneren wordt in het aangepaste protocol onderscheid gemaakt tussen softdrugs en harddrugs, personen die preventief gehecht zijn en personen die veroordeeld zijn, met of zonder traject en er wordt gekeken of er sprake is van een eerste positieve urinecontrole of dat vaker positief is gescoord.

¹⁰² Inspectie voor de Sanctietoepassing 2008, p. 40.

2.4 Beoordeling van de validiteit van de beleidstheorie (onderzoeksvraag 3, 4 en 5)

In dit onderdeel worden de aannames in de hierboven beschreven beleidstheorie op validiteit beoordeeld, op basis van interne logica en wetenschappelijke literatuur.

2.4.1 Validiteit beleidstheorie deel 1: Hoe de ISD-maatregel criminaliteit en recidive op de korte termijn vermindert via detentie

Het *probleem* waarvoor de ISD in het leven is geroepen, is de ernstige maatschappelijke overlast veroorzaakt door de stelselmatige criminaliteit van de dader en het hoge risico op herhaling daarvan. Uit beleidsstukken uit de periode voor de invoering van de ISD werd gesteld dat een relatief groot deel van de overlast van criminaliteit in Nederland wordt veroorzaakt door het gedrag van deze stelselmatige daders.¹⁰³ In overeenstemming hiermee, laat criminologisch onderzoek consistent zien dat een relatief kleine groep zeer actieve daders verantwoordelijk is voor een disproportioneel aandeel in de totale criminaliteit.¹⁰⁴

Incapacitatie-effect

De beleidstheorie neemt op basis van dit gegeven aan dat het selectief detineren van deze zeer actieve veelplegers de criminaliteit fors kan doen dalen. Of dit criminaliteit voorkomt, is per definitie een hypothetische 'wat als'-vraag: Wat als de veroordeelde persoon niet opgesloten was, hoeveel criminaliteit had deze dan gepleegd? Dit effect van detentie op recidive wordt vaak het *incapacitatie*-effect genoemd.¹⁰⁵ Wetenschappelijk onderzoek naar deze vraag kent een aantal belangrijke beperkingen¹⁰⁶ en hoewel er consensus is dat detentie over het algemeen criminaliteit vermindert, lopen de schattingen van de hoeveelheid criminaliteit die wordt voorkomen uiteen.¹⁰⁷ Een kanttekening hierbij is dat detentie enkel crimineel gedrag *buiten* de inrichting voorkomt. Detentie sluit als zodanig crimineel gedrag *binnen* de inrichting niet uit.¹⁰⁸ Wel wordt de voortzetting van de carrière als veelpleger tijdens detentie uitgesloten. Het Basis Zorgprogramma van de forensische zorg beschrijft detentie als onderdeel van preventie van criminaliteit – specifiek als fysieke preventie – maar doet verder geen uitspraken over de effectiviteit daarvan.¹⁰⁹

De incapacitatie-gedachte bij veelplegers kan door de lens van verschillende wetenschappelijke theorieën over de ontwikkeling van crimineel gedrag worden gezien. Blokland en Nieuwbeerta beschrijven dat met name theorieën waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende typen daders hierbij van belang zijn.¹¹⁰ Op basis van dergelijke theorie worden zogenoemde 'persistente daders' en 'adolescentie-gebonden daders' van elkaar onderscheiden. Relevant in de context van de ISD is dat de eerste groep zich kenmerkt door een criminele carrière met een vroege start, een hoge delictfrequentie en een lange duur daarvan. Gedragsverandering zou in deze groep hoogst onwaarschijnlijk zijn, wat het detineren rechtvaardigt als enige manier om de criminaliteit te doen dalen.¹¹¹ Deze theorie wordt echter bekritiseerd door criminologen, die meer algemene verklaringen van crimineel gedrag zien in de data. Zij stellen dat criminele carrières, inclusief die van veelplegers, over het algemeen genomen hetzelfde verlopen: een snelle stijging van het criminele gedrag tijdens de vroege tienerjaren, een piek tegen het einde van de adolescentie en een gestage daling tijdens de volwassenheid.¹¹² Bovendien wordt gesteld dat met name impactvolle, en deels onvoorspelbare, levensgebeurtenissen (denk aan het krijgen van een kind of het vinden of verliezen van werk) van

¹⁰³ Zie bijvoorbeeld *Kamerstukken II* 2002/03, 28980, nr. 3, p. 1.

¹⁰⁴ Zie bijvoorbeeld voor internationale studies Auerhahn, *Criminology* 1999; Greenwood & Abrahamse 1982; Visher 1986; Wikstrom 1991; Wolfgang, Figlio & Sellin 1972; Wolfgang, Thornberry & Figlio 1987. En zie voor Nederlandse studies Block & Van der Werff 1991; Meeus & 't Hart 1993; Meeus e.a. 2001.

¹⁰⁵ Voor het reduceren van criminaliteit en recidive, zijn grofweg drie strategieën te onderscheiden: *afschrikking* (door de negatieve consequenties van crimineel gedrag durft de dader dit in de toekomst niet meer te vertonen), *incapacitatie* (daders worden onschadelijk gemaakt door hun bewegingsvrijheid te beperken) en *resocialisatie* (het verminderen van criminogene factoren om de dader weerbaar te maken tegen het plegen van delicten).

¹⁰⁶ Onderzoekers kunnen bijvoorbeeld de populatie in detentie vergelijken met een gelijkaardige populatie buiten detentie om schattingen te maken, maar een gerandomiseerd experiment is om o.a. ethische redenen niet mogelijk.

¹⁰⁷ Levitt & Miles 2007.

¹⁰⁸ Denk bijvoorbeeld aan diefstal, geweldpleging en het verhandelen van drugs.

¹⁰⁹ Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2020, p. 7.

¹¹⁰ Blokland & Nieuwbeerta 2006.

¹¹¹ Haapanen 1990.

¹¹² Zie Gottfredson & Hirschi 1990; Laub & Sampson 2003; Sampson, Robert & Laub, *Criminology* 2003.

invloed zijn op de ontwikkeling van het criminele gedrag.¹¹³ Vanuit deze theorie gedacht, is het selectief detineren van veelplegers juist niet gerechtvaardigd. Zo zou de frequentie van crimineel gedrag tegen de tijd dat deze veelplegers worden geïdentificeerd inmiddels al aan het afnemen zijn en is reeds vertoond crimineel gedrag geen goede voorspeller voor toekomstig gedrag. Uit de Monitor Veelplegers uit 2017 blijkt dat de gemiddelde leeftijd tijdens de eerste strafzaak 18,7 jaar is en dat de personen pas met gemiddeld 34,7 jaar worden geïdentificeerd als zeer actieve veelpleger.¹¹⁴ Als de daling van het plegen van delicten dan al aan het plaatsvinden is, zal het detineren van veelplegers op deze leeftijd in beperkte mate de totale criminaliteit doen dalen.

Er bestaan ook theorieën die stellen dat detentie de kans op criminaliteit juist verhoogt. In Wermink vinden we bijvoorbeeld dat Hirschi's sociale-controletheorie en Sampson's en Laub's theorie van informele sociale controle beide als uitgangspunt hebben dat bepaalde controlemechanismen personen van delinquent gedrag kunnen weerhouden.¹¹⁵ De mate waarin personen crimineel gedrag vertonen, zou geassocieerd zijn met de mate waarin zij geloven in heersende normen, de inzet in en tijd en energie besteed aan conventionele activiteiten, en de mate waarin personen affectieve bindingen hebben met naasten die deviant gedrag afkeuren, zoals ouders, vrienden en collega's.¹¹⁶ Deze controlemechanismen kunnen worden aangetast door detentie, waarbij iemand voor een bepaalde tijd uit zijn of haar sociale omgeving en conventionele routines wordt gehaald. Of detentie kan, door de gesloten setting, de ontwikkeling van dergelijke mechanismen bemoeilijken. De negatieve gevolgen hiervan kunnen zich opstapelen over de levensloop en zo de kans op criminaliteit zelfs verhogen.¹¹⁷ Er bestaat daarnaast wetenschappelijke literatuur rondom de populaire notie van 'de gevangenis als universiteit voor de misdaad', die laat zien hoe sociale netwerken en interacties tussen personen in detentie een stimulerend effect kunnen hebben op later crimineel gedrag.¹¹⁸

Uit de meest recente Monitor Veelplegers blijkt dat in 2015 zowel het relatieve, als absolute, aantal 'zeer actieve veelplegers' bijna is gehalveerd ten opzichte van 2003 en 2004.¹¹⁹ Het aandeel processen-verbaal dat toe te rekenen is aan veelplegers neemt tussen 2003 en 2007 ook af, van 10% tot 7%.¹²⁰ De onderzoekers van de Monitor Veelplegers geven diverse verklaringen voor de afname in aantallen zeer actieve veelplegers.¹²¹ Zo is in Nederland de algemene (ook in andere populaties) criminaliteit gedaald en het heroïnegebruik is afgenomen.¹²² De daling kan ook mede een gevolg zijn van de zogenoemde *beveiligingshypothese* van Farral e.a., die inhoudt dat geliefde doelen van veelplegers steeds beter beschermd zijn, waardoor veelplegers minder kans van slagen hebben.¹²³ Ten slotte stellen de onderzoekers dat ook de invoering van de ISD-maatregel – immers, speciaal gericht op zeer actieve veelplegers – zou kunnen hebben bijgedragen aan de afname. Het is echter onduidelijk of en in welke mate de ISD bijdraagt aan het verminderen van de 'ernstige maatschappelijke overlast', veroorzaakt door stelselmatige daders. Vollaard poogde deze vraag al eerder te beantwoorden door de mogelijke effecten van de insluiting van veelplegers op gemeentelijk niveau te berekenen en concludeerde dat dit leidde tot ongeveer 30% reductie in auto- of woninginbraak.¹²⁴ Deze, op gemeentelijk niveau geaggregeerde bevinding zegt echter weinig over de effecten van criminaliteitsreductie van individuele veelplegers die een ISD-maatregel opgelegd krijgen. Een andere kanttekening bij het onderzoek van Vollaard is dat de focus op auto- en woninginbraken beperkt is, omdat ISD-veelplegers juist met name eenvoudige diefstallen en geweldsdelicten plegen.¹²⁵ De prevalentie van laatstgenoemde delicten in de politiecijfers zijn ook sterk afhankelijk van de mate van (gerichte) opsporing door de politie. Uit een onderzoek uit 2006 blijkt daarnaast dat er verschillen bestonden tussen regio's in de mate waarin

¹¹³ Laub & Sampson, *Criminology* 1993; Sampson & Laub, 1995.

¹¹⁴ N. Tollenaar et al., Monitor veelplegers, WODC-recidivestudies 2017.

¹¹⁵ Wermink e.a., *Tijdschrift voor Criminologie* 2009; Hirschi 1969; Sampson & Laub, *Criminology* 1993.

¹¹⁶ Hirschi 1969.

¹¹⁷ Sampson & Laub, 1993.

¹¹⁸ Zie bijvoorbeeld: Damm & Gorinas, *The Journal of Law and Economics* 2020; Harris, Nakamura & Bucklen, *Criminology* 2018; Stevenson, *The Review of Economics and Statistics* 2017.

¹¹⁹ Beerthuizen, Tollenaar & Van der Laan 2018.

¹²⁰ Tollenaar & Van der Laan 2010.

¹²¹ Tollenaar & Van der Laan 2010.

¹²² N. Tollenaar et al., Monitor veelplegers, WODC-recidivestudies 2017, p. 45.

¹²³ Farral e.a., *Australian & New Zealand Journal of Criminology* 2011.

¹²⁴ Vollaard 2010.

¹²⁵ Goderie & Lünemann 2008.

veelplegers een ISD-maatregel krijgen opgelegd en dus in hoeverre de ISD-capaciteit wordt benut.¹²⁶ Zo kan het dus per regio verschillen in hoeverre de ISD heeft bijgedragen aan de reductie van veelplegers.

Als laatste verwijzen we naar een beoordeling van het effect van detentie op veelplegers uit een eerdere (2008) beleidstheorie analyse van de opeenvolgende en aansluitende veiligheidsprogramma's van de kabinetten-Balkenende, waarin ook de ISD is geïntroduceerd.¹²⁷ Hierin wordt geconstateerd dat zowel uit Nederlands en internationaal onderzoek blijkt dat detentie effectief is voor de acute maatschappijbeveiliging voor de duur van de detentie. Echter, er worden ook nadelige neveneffecten benoemd volgend op het niet selectief toepassen van deze vrijheidsbeneming. Volgens de literatuur zou vrijheidsbeneming gereserveerd moeten blijven voor misdadigers die herhaaldelijk *ernstige* vormen van criminaliteit plegen. Echter, de veelplegeraanpak heeft juist als doel om zoveel mogelijk veelplegers van *lichtere* criminaliteit langer te detineren. Dit kan een ongunstige kosten-batenanalyse opleveren.¹²⁸

Conclusie deel 1

In overeenstemming hiermee concluderen we dat de aanname dat detentie op korte termijn criminaliteit en recidive van stelselmatige daders vermindert valide is als het gaat om crimineel gedrag buiten de PI gedurende de detentie. Het dempende effect van detentie op criminaliteit en recidive op de langere termijn (na afloop van de maatregel) is echter niet te onderbouwen met beschikbare literatuur en beschikbare literatuur wijst eerder op een tegenovergesteld effect.

2.4.2 Validiteit beleidstheorie deel 2: Hoe de ISD via een intensieve aanpak met zorg en begeleiding criminaliteit en recidive vermindert

De ISD vormt mede door de hierboven beschreven kennis, naast een mogelijkheid tot vrijheidsbeneming, ook een belangrijke justitiële titel op grond waarvan (doorgeleiding naar) (forensische) zorg en behandeling kan worden verleend. Naast het verminderen en voorkomen van overlast op korte termijn wordt hiermee, indien mogelijk, ook een gedragsbeïnvloedend en recidiveverminderend effect op de lange termijn beoogd.

Forensische zorg en ketenpartners

De beleidstheorie (zoals vastgesteld in paragraaf 2.3) stelt dat het voorkomen en verminderen van recidive alleen kan worden bereikt als de doelgroep, die kampt met meerdere problemen, intensieve, forensische zorg wordt aangeboden. Dit deel van de beleidstheorie past goed binnen de expliciete doelstellingen van forensische zorg, waarin het belang van zowel beveiliging van de maatschappij, als behandeling van de forensische patiënt wordt benadrukt:

“Met inachtneming van het karakter van de vrijheidsbenemende straf of maatregel wordt de tenuitvoerlegging hiervan zo veel als mogelijk aangewend voor herstel van de forensische patiënt en vermindering van de kans op recidive, ten behoeve van de veiligheid van de samenleving.”¹²⁹

Zoals eerder genoemd, is echter onduidelijk welke vorm van forensische zorg werkzaam is. Bovendien blijkt uit onderzoek naar ‘*Recidive na forensische zorgtrajecten*’ uit 2020 dat van alle personen die tussen 2013 en 2015 forensische zorg ontvingen, de groep met een ISD-maatregel “met afstand” het hoogste percentage recidivisten (81%) kent twee jaar na uitstroom.¹³⁰ Gevolgd door de groep die forensische zorg ontvangt en een vrijheidsstraf ondergaat en de groep aan wie forensische zorg wordt verstrekt in het kader van een voorwaardelijke modaliteit. Uit deze recidivestudie is verder af te leiden dat het recidivepercentage hoger is, als de forensische zorg tijdens een ISD-traject vooral heeft bestaan uit zorg in detentie¹³¹ (88%). Als de zorg vooral extramuraal¹³² plaatsvond, zowel ambulante als klinische, is het recidivepercentage lager. Overigens kan dit, net als het verhoudingsgewijs hoge recidivecijfer van ISD'ers in het algemeen, mogelijk ook verklaard worden door een selectie-effect: de grootste recidivisten krijgen ISD en binnen de ISD krijgen de lastigste gevallen de minste vrijheden en zullen enkel degenen

¹²⁶ Snippe, Ogier & Bieleman 2006.

¹²⁷ Sociaal en Cultureel Planbureau 2008.

¹²⁸ Sociaal en Cultureel Planbureau 2008.

¹²⁹ Artikel 2.1 lid 1 Wet forensische zorg.

¹³⁰ Drieschner e.a. 2020.

¹³¹ In dit geval zorg die geleverd wordt binnen de muren van de PI.

¹³² Zorg die buiten de muren van de PI wordt geleverd.

die gemotiveerd zijn deelnemen aan behandeling.¹³³ Mogelijk zegt ook dit cijfer dus niets over de werkzaamheid van forensische zorg voor ISD'ers in het algemeen.

De werkzaamheid van de verschillende typen forensische zorg zijn vooral onderzocht zonder onderscheid te maken of dat type is gegeven aan een ISD'er of aan iemand met een andere strafrechtelijke titel – over het algemeen zal de groep ISD'ers daarbinnen klein zijn. Hoewel de daarin gevonden cijfers dus niet precies aangeven waarnaar wij in dit onderzoek op zoek zijn, geven ze wel een indicatie. Na interne overplaatsing naar een PPC is sprake van een algemene en ernstige recidive na twee jaar van respectievelijk 57% en 51%. Een dergelijke overplaatsing vindt veelal plaats op basis van het criterium van de beheersbaarheid op een afdeling (voorheen 'detentieongeschiktheid'). Het betreft veelal crisisplaatsingen gericht op een zo snel mogelijke terugkeer naar de oorspronkelijke afdeling. Zo kan het zijn dat voor uitstroom uit detentie iemand eerst weer op een reguliere afdeling heeft verbleven. Het recidivepercentage na een poliklinische behandeling van de ggz in detentie is 56,5%.¹³⁴ De externe overplaatsingen naar zorginstellingen via artikel 15 lid 5 Pbw (algemene en ernstige recidive van 64 om 62%) en artikel 43 lid 4 Pbw (algemene en ernstige recidive van 61% om 51%) geschieden volgens die artikelen respectievelijk om in geval van een psychische stoornis, diens recht op zorg en hulp te verwezenlijken. Deze overplaatsingen zijn sinds het recidive-onderzoek op basis van de aangescherpte eisen na het geval Michael P.¹³⁵ minder voorgekomen.¹³⁶

De meest specifieke indicatie voor werkzaamheid van een bepaald traject is waarschijnlijk dat uit analyse van recidive na forensische zorgtrajecten blijkt dat wie direct uit de extramurale fase van de ISD is gestroomd, zonder tussentijdse terugplaatsing naar de PI, een nagenoeg twee keer kleinere kans heeft om te recidiveren.¹³⁷ In deze gevallen kan een gecontroleerde en gefaseerde resocialisatie¹³⁸ plaatsvinden. Uit onderzoek blijkt echter dat een dergelijke afronding van forensische zorgtrajecten (ook buiten de ISD-context) niet veel voorkomt.¹³⁹

Eerder onderzoek naar knelpunten die worden ervaren door Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's) en Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's) wijst erop dat als gevolg van de ambulantisering van de forensische zorg, de patiëntenpopulatie van de FPK's en FPA's zo zwaar is geworden, dat een verantwoorde afbouw van het beveiligingsniveau binnen de vaak vrij korte titelperiode niet haalbaar is.¹⁴⁰ Daar komt nog bij dat een aanzienlijk deel van de titelperiode wordt besteed aan een langdurig plaatsingsproces zonder behandeling. Dit geldt in het bijzonder voor de ISD. Ook het feit dat in deze gevallen de verantwoordelijke directie van de PI toestemming voor uitbreiding van vrijheden moet geven, zou afschaling in het kader van resocialisatie bemoeilijken. De samenhang tussen de hogere recidive en het vroegtijdig beëindigen van forensische zorg kan echter ook te maken hebben met de aard van de ISD-doelgroep: het zijn immers *stelselmatige* daders. Bovendien, als tijdens de ISD de regels al op zo'n manier worden geschonden dat werd besloten tot terugplaatsing, kan dat een teken zijn van het niet gemotiveerd zijn voor of het niet aanslaan van het traject. Dat beeld is ook terug te zien in de cijfers van de onttrekkingen tijdens de ISD: wanneer een ISD'er zich onttrekt, is de kans op recidive 59% hoger. Voor een zeer ernstig delict¹⁴¹ wordt de verhoogde kans zelfs op 162% geschat.

De veronderstelling in de beleidstheorie is, in ieder geval sinds de verbetermaatregelen in 2009, dat de ISD bestaat uit een traject met forensische zorg en behandeling. Er wordt uitgegaan van een traject met op zijn minst meer dan basiszorg. Deze intensieve aanpak met forensische zorg dient bij te dragen aan het verminderen van de problematiek van de doelgroep en daarmee het beëindigen van de recidive. Deze conclusie wordt getrokken op basis van recidiveonderzoek. Zoals gezegd is het echter onduidelijk waar deze forensische zorg precies uit bestaat en of, en welke, forensische zorg daadwerkelijk verleend

¹³³ Van der Vis, Struijk & Van der Wolf, AA 2020, p. 321-330.

¹³⁴ Drieschner, Hill & Weijters 2018.

¹³⁵ Het ernstige incident uit 2017 waarbij Michael P., patiënt in de psychiatrische kliniek in Den Dolder, veroordeeld werd voor het ontvoeren, verkrachten en doden Anne Faber.

¹³⁶ *Kamerstukken II* 2018/19, 33628, nr. 44.

¹³⁷ Drieschner, Hill & Weijters 2018.

¹³⁸ Dat wil zeggen geleidelijke vermindering van het niveau van beveiliging en toezicht, naarmate de delictgevaarlijkheid van de justitiabele door beïnvloeding van dynamische risicofactoren is afgenomen.

¹³⁹ Drieschner, Hill & Weijters 2018.

¹⁴⁰ Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming 2018.

¹⁴¹ Misdriften waar een gevangenisstraf van acht jaren of meer op is gesteld.

wordt en aan wie binnen de ISD-doelgroep. Zo is dus ook weinig te zeggen over de werkzaamheid van (het type) forensische zorg in het kader van de ISD.

De opvatting dat recidive kan worden voorkomen en verminderd via zorg en behandeling past verder bij de internationale en in Nederland steeds vaker gehanteerde *What Works* principes¹⁴² en het Risk-Need-Responsivity (RNR) model, dat één van de uitgangspunten vormt in het Kwaliteitskader Forensische Zorg, het Basis Zorgprogramma en het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg.¹⁴³ Daarin wordt onder andere onderbouwd dat interventies die zorg, behandeling en/of begeleiding hoog in het vaandel hebben staan vaker positieve effecten vertonen, dan interventies waarbij repressie het uitgangspunt vormt. Dergelijke bevindingen zijn ook gevonden voor in Nederland uitgevoerde interventies.¹⁴⁴ Deze forensische (zorg)interventies dienen afgestemd te zijn op de risico's (recidive kans) en de behoefte en responsiviteit¹⁴⁵ van de cliënt.¹⁴⁶ De doelgroep in de ISD heeft naar verwachting een hoge kans op recidive, kampt met veel problematiek en kan moeilijk gemotiveerd worden voor behandeling. Een intensief zorgprogramma in een gedwongen kader kan in dat geval dus passend zijn. Reviews van het RNR-model laten zien dat toepassing van de principes kan leiden tot een aanzienlijke vermindering van recidive.¹⁴⁷

Verscheidene wetenschappers plaatsen echter kanttekeningen bij het onderzoek dat de *What Works* principes onderbouwd: de selectie van onderzoeken en de onderlinge vergelijkbaarheid (van onderzoeken en populaties) zou beperkt zijn.¹⁴⁸ Bovendien komt dit bewijs voornamelijk voort uit studies in het gevangeniswezen en is er veel minder bewijs over toepassing van het model in de forensische zorg. De ISD bevindt zich als *maatregel* op het snijvlak tussen deze twee settings en het is dus onbekend in hoeverre het beschikbare bewijs voor de ISD geldt.

Uit eerder onderzoek is verder bekend dat de doelgroep van de ISD in grote mate kampt met complexe problematiek en dat het primaire delictpatroon vaak gerelateerd is aan middelengebruik of -verslaving (veel vaker dan bij gedetineerden zonder ISD-maatregel).¹⁴⁹ Ook wordt de doelgroep gekenmerkt door een relatief hoge prevalentie van licht verstandelijke beperking (LVB), psychische- en persoonlijkheidsstoornissen, sociaaleconomische problemen (opleiding, werk en schulden), en combinaties hiervan. Uit onderzoek blijkt dat met name de combinatie van dergelijke problematiek behandeling bemoeilijkt.¹⁵⁰ De complexiteit van de doelgroep maakt dat doorverwijzing naar externe gespecialiseerde (forensische) zorg, ondersteuning en andere begeleiding nodig is om de doelgroep in behandeling te houden en te werken aan gedragsverandering. Het is dus logisch dat hiervoor een goede samenwerking en continuïteit tussen de ISD en de ketenpartners gewenst is.

De aanname dat recidive op lange termijn kan worden verminderd door het samenwerken met ketenpartners en het (volgens RNR-principes) aanbieden van forensische zorg, kan dus deels worden onderbouwd op basis van de beschikbare informatie over de kenmerken van de doelgroep in de ISD. Het is echter nog de vraag waarom na de invoering van de verbetermaatregelen voor de ISD in 2009,

¹⁴² Dit betreft een stroming in het evaluatieonderzoek waarin op systematische wijze wordt ingegaan op de uitkomsten van afzonderlijke effectevaluaties op het terrein van de tenuitvoerlegging van straffen en de condities waaronder interventies effectief zijn.

¹⁴³ Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2022; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2020; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2017.

¹⁴⁴ Wartna, Alberda & Verweij 2013.

¹⁴⁵ Het responsiviteitsprincipe bestaat uit algemene responsiviteit en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit houdt in dat cognitieve gedragstherapeutische interventies het meest effectief zijn in het aanleren van nieuw gedrag, ongeacht de problematiek (Andrews e.a., *Criminology* 1990). Specifieke responsiviteit verwijst naar het rekening houden met het leervermogen, de leerstijl, omstandigheden en demografische kenmerken van individuen, zoals geslacht, leeftijd en etniciteit (Andrews e.a., *Criminal Justice and Behavior* 2011; Bonta & Andrews, *Rehabilitation* 2007; Bonta & Andrews 2016).

¹⁴⁶ Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2022; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2020; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2017.

¹⁴⁷ Andrews & Bonta 2017.

¹⁴⁸ Zie bijvoorbeeld Van den Hurk & Nelissen, *Sancties* 2004; Petersilia, *Federal Probation Journal* 2004; Rovers, *Tijdschrift voor Veiligheid* 2007.

¹⁴⁹ Ganpat e.a. 2009.

¹⁵⁰ Beschreven in Raaijmakers e.a. 2014 en Beerthuizen, Tollenaar & Van der Laan 2018.

waarbij er in principe meer nadruk werd gelegd op forensische zorg, de recidivecijfers van de ISD hoger zijn ten opzichte van eerder onderzoek.¹⁵¹

Doorlopende fasering

In de beleidstheorie van de ISD wordt ook verondersteld dat via het toepassen van verschillende fases, gekoppeld aan het verkrijgen van meer vrijheden (en daarmee meer behandel- en re-integratiemogelijkheden) en minder beveiliging, het gedrag van de ISD'er kan worden geconditioneerd en verbeterd. Een systeem van belonen (met vrijheden) en sanctioneren (met terugplaatsen), dat overeenkomsten vertoont met detentiefasering in het gevangeniswezen. In literatuuronderzoek in aanloop naar de invoering van de SOV¹⁵² en uit de evaluatie van de SOV¹⁵³ bleken de doorlopen fasen voorspellers voor succes te zijn. Ook uit onderzoeken naar detentiefasering komt naar voren dat een geleidelijke terugkeer naar de samenleving, mits onder begeleiding, het risico op recidive kan terugdringen.¹⁵⁴ Echter, zoals in 2.3.1 benoemd, lukt het in de praktijk in veel gevallen niet om deze fases te doorlopen. De relatie tussen betere uitkomsten en het doorlopen van een resocialisatieproces kan bovendien een selectie-effect zijn omdat met name gemotiveerde cliënten het gehele proces doorlopen. Dit onderdeel van de beleidstheorie kan dus deels onderbouwd worden met wetenschappelijke literatuur. In de specifieke setting van de ISD kunnen er naast vrijheden ook meer behandel- en re-integratiemogelijkheden worden verworven door de ISD'er via het vertonen van gewenst gedrag. Wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van dit specifieke mechanisme is niet gevonden.

Motivatie

Een ander doel van de vrijheidsbeneming uit de beleidstheorie van de ISD is dat deze dient te leiden tot verbetering van het bereik en de behandelretentie van dranginterventies. In een literatuurverkenning naar voor de SOV relevantie studies over het onvrijwillig detineren van justitiabele personen met een verslaving, onderzocht Baas (1998) verbanden tussen het effect van een behandelprogramma en de wijze van plaatsing: al dan niet onder formele (strafrechtelijke) druk.¹⁵⁵ Baas presenteert onder andere onderzoek naar het effect van externe druk op het behandelresultaat van verslavingszorg en constateert dat met enkel externe drukmiddelen geen blijvende verbetering wordt bereikt en dat intrinsieke motivatie en betrokkenheid bij een behandeling cruciaal zijn. Die hoeft echter niet noodzakelijk bij de aanvang van de behandeling aanwezig te zijn, maar kan zich gedurende de periode onder vrijheidsbeneming ontwikkelen. De geraadpleegde experts in Kaal et al. (2009), de literatuurstudie van Koeter en Van Maastricht (2006) en de overzichtsstudie van Van Ooyen-Houben et al. (2008) bevestigen dat intrinsieke motivatie zich kan ontwikkelen, startende met drang of dwang¹⁵⁶. De gedwongen situatie geldt dan als randvoorwaarde om te kunnen werken aan het ontwikkelen van intrinsieke motivatie. Daarbij biedt een langer durende detentie meer kans om gedetineerden te motiveren om (drang)behandeling te accepteren.¹⁵⁷ De subjectieve ervaring van drang speelt daarbij ook een rol. Uit diverse onderzoeken blijkt namelijk dat het niveau van justitiële drang slechts beperkt samenhangt met de door de cliënt ervaren drang.¹⁵⁸

¹⁵¹ Beerthuizen, Tollenaar & Van der Laan 2018.

¹⁵² Baas 1998.

¹⁵³ Koeter en Bakker 2007, hoofdstuk 6.

¹⁵⁴ Zie de literatuur die wordt genoemd in Nagtegaal, *Sancties* 2014/22.

¹⁵⁵ Baas 1998.

¹⁵⁶ Van dwang wordt gesproken als iemand tegen zijn of haar wil wordt opgenomen of geplaatst in een inrichting of als een vrijheidsbenemende maatregel wordt opgelegd voor de opname of het verblijf in een inrichting. Drang is minder ingrijpend en hierbij behoudt de persoon enige keuzevrijheid. Bepaalde keuzeopties worden echter meer of minder aantrekkelijk gemaakt, bijvoorbeeld doordat ze aan bepaalde voorwaarden worden verbonden. Denk aan een voorwaardelijke straf die niet ingaat zolang een persoon meewerkt aan een opname.

¹⁵⁷ Baas 1998.

¹⁵⁸ Personen die onder dwang waren opgenomen in de SOV en personen die onder drang opgenomen waren in de Forensische Verslavingskliniek (FVK) ervoeren externe druk (Koeter en Bakker 2007). Echter de meerderheid van de dwangcliënten in de SOV en van de drangcliënten in de FVK gaf aan dat de instroom (overwegend) naar eigen wens was. Zo gaven ze aan dat ook familie of vrienden drang hadden uitgeoefend en dat ze ook zélf in zorg wilden. Er was zelfs een groep (een derde tot bijna de helft) die nauwelijks tot geen externe drang had ervaren.

Erkend wordt dat dwangbehandeling bij verslaving kan leiden tot meer wilsbekwaamheid en motivatie, maar dat dit een controversieel onderwerp is waarvan weinig bekend is over de effectiviteit.¹⁵⁹ Daarbij plaatst het de kanttekening dat er weinig beschikbare plaatsen zijn waar in een gesloten setting kan worden gewerkt aan ernstige verslavingsproblematiek. Dit geldt des te meer wanneer er sprake is van comorbiditeit. Ook is er de beperking dat iemand in een gesloten setting waar drugsgebruik niet is toegestaan, niet kan leren hoe men in de buitenwereld geen verslavende middelen neemt. Kortom, de grenzen tussen dwang, drang, niet-vrijwillige en vrijwillige zorg zijn vaag en hoewel dit onderdeel van de beleidstheorie dus deels is onderbouwd, kent het ook kanttekeningen.

Drugsontmoedigingsbeleid

Omdat een eigen drugsbeleid van de ISD ontbreekt in de beleidstheorie geldt voor de ISD het penitentiair drugsontmoedigingsbeleid (DOB). Volgens het DOB leidt in beginsel ieder geconstateerd drugsgebruik tot een interne disciplinaire sanctie met als doel de invoer en het gebruik van drugs uit te bannen, ter bestraffing van dat drugsgebruik en om het signaal af te geven dat drugsgebruik de orde en veiligheid in de PI verstoort. In het kader van de ISD kan de impliciete veronderstelling van de beleidstheorie zijn dat een middelenvrije setting bijdraagt aan het ontvankelijk maken van ISD'ers voor diagnostiek en behandeling, en aan het verhelpen van middelenverslaving en daarmee het verminderen van het recidiverisico. Wanneer de middelen er niet zijn, kan men immers minder snel in verleiding worden gebracht om te gebruiken en is men beter in staat te reflecteren op het eigen gedrag. Een kanttekening hierbij is de realiteit dat ondanks vele inspanningen dergelijke middelen vrijwel niet uit te bannen blijken te zijn, getuige de grote hoeveelheden drugs die ieder jaar worden aangetroffen in de cellen van gedetineerden.¹⁶⁰ Daarbij constateerde de inspectie al in 2008 dat medewerkers van de ISD het DOB "niet uitvoerbaar"¹⁶¹ achten. Ook stellen de zorgstandaard Opiaatverslaving, zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving en de forensische zorgprogramma's dat een terugval in middelengebruik een belangrijk onderdeel kan zijn van de behandeling van verslaving. Terugval is namelijk veelvoorkomend, en het is dus essentieel voor de cliënt om hiermee om te leren gaan of om te leren dit te voorkomen of de negatieve effecten hiervan te beperken. In een setting waar drugsgebruik niet is toegestaan en ieder gebruik gesanctioneerd wordt, kan een terugval niet of moeilijker als leermoment worden gebruikt. In dit laatste geval zou het DOB niet bijdragen aan vermindering van problematiek en recidive van de ISD'er. Een drugsbeleid specifiek voor de ISD is dus een belangrijke omissie in de beleidstheorie. Terwijl het geldende DOB bovendien onvoldoende onderbouwd is voor het merendeel van de ISD-doelgroep.

Conclusie deel 2

Het deel van de beleidstheorie dat uitgaat van de veronderstelling dat het invullen van detentie met zorg, behandeling en (gedrags)interventies bijdraagt aan resocialisatie en het verminderen van het recidiverisico is plausibel en kan onderbouwd worden met literatuur. Er zijn in deze beleidstheorie analyse echter ook een aantal lacunes geconstateerd. Zo is onbekend welke zorg, behandeling en gedragsinterventies worden toegepast in de ISD, deze invulling is namelijk gebaseerd op maatwerk. Daarnaast is onbekend of de behandeling van ISD'ers in een kader van vrijheidsbeneming effectiever is dan in een (voorwaardelijk) drangkader. Ten slotte ontbreekt een specifiek drugsbeleid voor de ISD, waardoor het DOB van de PI, waar de ISD zich bevindt, eveneens voor de ISD geldt. Het DOB houdt echter onvoldoende rekening met personen met een drugsverslaving door een gebruiksverbod te hanteren en hiermee bijvoorbeeld te weinig ruimte laat om te kunnen leren van een terugval. Dit terwijl in zorgprogramma's en kwaliteitskaders rondom (forensische) verslavingszorg dergelijke ruimte nadrukkelijk als werkzame aanpak genoemd wordt.

2.4.3 Inzichten over verslavingsbehandeling ter aanvulling van de beleidstheorie (onderzoeksvraag 5)

Zoals gezegd, heeft het zoeken naar literatuur die iets zegt over de algemene werkzaamheid van interventies voor afzonderlijke aandoeningen beperkt nut voor de ISD, omdat er onder de ISD-populatie vaak sprake is van multiproblematiek, en dit apart onderzoek vereist dat er niet of nauwelijks is. Toch is

¹⁵⁹ Zorgstandaard Opiaatverslaving, in 7.2 Generieke Module Drang en Dwang. Stichting Akwa heeft verschillende kwaliteitsstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg ontwikkeld met patiënten, hun naasten en professionals. Deze standaarden geven aanbevelingen en richtlijnen voor preventie, herkenning, diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen. Zie www.ggzstandaarden.nl

¹⁶⁰ Zie <https://www.dji.nl/justitiabelen/onderwerpen/contrabande/cijfers-contrabande-gevangeniswezen>

¹⁶¹ Inspectie voor de Sanctietoepassing 2008, p. 40.

het belangrijk dat de beleidstheorie wordt aangevuld met inzichten over de mogelijke effecten van de ISD-maatregel op verslaving en de mechanismen die tot deze effecten leiden. Uit de voorgaande analyse van de beleidstheorie blijkt dat de aanpak rondom het DOB en drugsverslaving nog onvoldoende onderbouwd is in de beleidstheorie. Alcohol- en/of drugsverslaving is veruit de meest voorkomende problematiek in de ISD.¹⁶² Bovendien is bekend uit internationaal onderzoek dat bij veelplegers, verslaving vaak sterk verweven is met andere psychische problematiek en delictgedrag.^{163,164} Aandacht voor de effectiviteit van activiteiten gericht op de aanpak van deze aandoening in het kader van de ISD is dus gerechtvaardigd. Een goede aanpak voor verslaving zou een belangrijke aanvulling op de huidige beleidstheorie kunnen zijn (zie onderzoeksvraag 5).

Kennis over effecten van SOV

Zoals benoemd in de paragraaf over de historische context van ISD (2.1) hebben twee effectevaluaties naar de drangvariant van de SOV positieve effecten laten zien op verslavingsproblematiek: deelnemers plegen significant minder delicten (en de afmakers minder dan de afhakers) in vergelijking met de controlegroep.¹⁶⁵ De laatste evaluatie vergeleek de SOV-deelnemers met personen uit twee intensieve drangvoorzieningen (Triple-Ex en de Forensische Verslavingskliniek) en met regulier gedetineerde personen met een verslaving. Zowel het aandeel recidivisten, als het aantal gepleegde delicten verschilde nauwelijks tussen de SOV en de drangvoorzieningen, maar waren significant lager vergeleken met reguliere detentie. De ISD-maatregel (en eerder al de SOV) is hiermee een verbetering ten opzichte van reguliere detentie, maar vrijheidsbeneming is mogelijk overbodig (vergeleken met drang). Een vertaling van de uitkomsten van de SOV-effectevaluatie naar de ISD is echter niet vanzelfsprekend. Hoewel de ministers van Justitie en Volksgezondheid in hun beleidsbrief over de justitiële verslavingsproblematiek¹⁶⁶ stellen dat de positieve SOV-resultaten het nut bevestigen van de basisprincipes die ook aan de ISD-maatregel ten grondslag liggen, zijn hier kanttekeningen bij te plaatsen. Geconcludeerd kan worden dat de ISD enerzijds inderdaad in grote lijnen voortbouwt op de SOV-fundamenten. Anderzijds wijkt de ISD daar wezenlijk van af, als gevolg van a) het niet-experimentele, landelijk karakter van de ISD-maatregel en b) de – ten opzichte van de SOV - bredere sterk heterogene doelgroep van zowel mannelijke als vrouwelijke stelselmatige daders, al dan niet kampende met een (drugs)verslaving of psychische stoornis.¹⁶⁷ Hiermee is het de vraag in hoeverre de werkzame elementen van de SOV van toepassing zijn bij de ISD. Gezien de beperkte onderbouwing van het drugs- en verslavingsbeleid in de ISD, is aannemelijk dat belangrijke werkzame elementen van de SOV bij de ISD ontbreken.

Internationale standaarden voor drugsverslaving in detentie

Een overzicht van literatuur over het effect van de behandeling van problematisch drugsgebruik bij strafrechtelijke populaties is te vinden bij het vooraanstaande National Institute on Drug Abuse.¹⁶⁸ Het is bedoeld als hulpmiddel voor betrokken professionals en behandelaars die werken met personen met een drugsverslaving in een justitieel kader. De publicatie vat 20 jaar (1994-2014) onderzoek samen en formuleert richtlijnen voor op *evidence-based* praktijken en identificeert algemene principes voor het effectief aanpakken van de drugsproblemen van personen die betrokken zijn bij het strafrechtelijk systeem. Tabel 5 hieronder beschrijft de dertien principes en geeft aan of deze aanwezig zijn in de huidige beleidstheorie van de ISD. We concluderen hieruit dat er op acht van de dertien principes ruimte is voor verbetering in de huidige uitvoering van de ISD.

¹⁶² Ganpat e.a. 2009.

¹⁶³ Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2020; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2017.

¹⁶⁴ MacKenzie, *Crime & Delinquency* 2000; Mitchell e.a. 2012.

¹⁶⁵ Biesma e.a. 2006; Koeter & Bakker 2007.

¹⁶⁶ *Kamerstukken II* 2006/07, 31110, nr. 1.

¹⁶⁷ Hoewel in theorie verslaving niet expliciet gekoppeld is aan de ISD lijkt dit in de praktijk wel zo te zijn. In 2009 constateren onderzoekers bijvoorbeeld dat alle ISD'ers verslavingsproblematiek hebben (Goderie e.a. 2009).

¹⁶⁸ NIDA is het internationaal gezien het meest invloedrijke kennisinstituut op het gebied van verslaving en problematisch middelengebruik. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de principes: <https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations-research-based-guide/principles>

Tabel 5. In hoeverre zijn de principes van de behandeling van drugsmisbruik voor strafrechtelijke populaties (NIDA) aanwezig in de beleidstheorie van de ISD?

Principe	Aanwezig in beleidstheorie ISD?
Drugsverslaving is een aandoening dat invloed kan hebben op de werking van hersenmechanismen en kan daarmee het gedrag van mensen beïnvloeden. Dit tast de mate waarin iemand verantwoordelijk kan worden gehouden voor dat gedrag aan.	Nee.
Herstel van drugsverslaving vereist een effectieve behandeling, gevolgd door een therapeutisch proces gedurende langere tijd.	Deels. Behandeling kan aanwezig zijn in ISD. Van een langdurig therapeutisch proces na behandeling is echter geen sprake in de beleidstheorie.
Behandeling moet lang genoeg duren om stabiele gedragsveranderingen teweeg te brengen.	Nee. De duur van de ISD is niet gebaseerd op wat er nodig is om stabiele gedragsverandering teweeg te brengen. Al vanaf de invoering van de maatregel bestaat er discussie over een mogelijkheid tot verlenging, na twee jaar. ¹⁶⁹
Evaluatie (van de problematiek) is de eerste stap in de behandeling.	Ja. Diagnostiek vormt een belangrijk onderdeel van ISD beleidstheorie.
Het afstemmen van diensten op de behoeften van het individu is een belangrijk onderdeel van een effectieve behandeling.	Ja. Maatwerk is een belangrijk uitgangspunt in de ISD beleidstheorie.
Middelengebruik dient zorgvuldig te worden gemonitord tijdens de behandeling.	Ja. Regelmatige controles op middelengebruik zijn onderdeel van het verscherpte drugsbeleid op de ISD-afdelingen.
De behandeling moet gericht zijn op factoren die verband houden met crimineel gedrag.	Nee. De beleidstheorie is hier onvoldoende expliciet over.
Strafrechtelijk toezicht moet een behandelingsplan bevatten, en externe behandelaars moeten in samenwerking met het strafrechtelijk toezicht dat plan evalueren.	Ja. Een trajectplan en ketensamenwerking vormen belangrijke onderdelen van de ISD beleidstheorie.
Continuïteit van de zorg is essentieel voor een succesvolle terugkeer in de gemeenschap.	Deels. Ketenpartners zijn mede verantwoordelijk voor terugkeer in de gemeenschap (reclassering, forensische zorg en gemeenten). Het is echter onduidelijk hoe continuïteit wordt gewaarborgd in dat proces. Bovendien is resocialisatie na de ISD onvoldoende beschreven in de beleidstheorie.
Een evenwichtige balans tussen beloningen en sancties stimuleert prosociaal gedrag en deelname aan de behandeling.	Ja. De te doorlopen fases kunnen ingezet worden als beloning of sanctie (terugplaatsing in eerdere fase) om motivatie voor behandeling te stimuleren.
Daders met gelijktijdig voorkomend drugsgebruik en psychische problemen hebben vaak een geïntegreerde behandelaanpak nodig.	Nee. De beleidstheorie is niet expliciet over dat multiproblematiek geïntegreerd aangepakt dient te worden. Het is aannemelijk dat dit wel het geval is in de forensische zorg die deel uit kan maken van een ISD traject.
Medicijnen (bijvoorbeeld substitutiebehandeling) zijn een belangrijk onderdeel van de behandeling.	Nee. De beleidstheorie noemt niet de mogelijk werkzame rol voor medicijnen als onderdeel van behandeling.
Het behandelplan tijdens de terugkeer in de gemeenschap moet strategieën bevatten die	Nee. De beleidstheorie noemt niet hoe ernstige, chronische medische aandoeningen kunnen

¹⁶⁹ Daar is tot nu toe bewust vanaf gezien. De zorg is dat de proportionaliteit van vrijheidsbeneming, gelet op het lichte karakter van het delict dat de aanleiding vormt voor oplegging van de ISD, dan uit verhouding is. Een verlengingsmogelijkheid werd dan ook resoluut van de hand gewezen en gezien als 'een oneigenlijk en onevenredig zwaar middel' om als stok achter de deur te fungeren voor een succesvolle nazorg en resocialisatie. *Kamerstukken I* 2003/04, 28980, D, p. 2.

Principe	Aanwezig in beleidstheorie ISD?
ernstige, chronische medische aandoeningen, zoals hiv/aids, hepatitis B en C en tuberculose, tegengaan en/of behandelen.	worden voorkomen tijdens de terugkeer in de gemeenschap.

Herstelondersteunende zorg

Buiten de strafrechtketen, is in de laatste twintig jaar een internationale beweging ontstaan met nieuwe theorieën over hoe mensen duurzaam herstellen na een verslaving. Dit zogenoemde *herstelmodel* kenmerkt zich door de visie dat herstel geen uitkomst is (bijvoorbeeld het bereiken van abstinentie), maar in plaats daarvan een langdurig proces waarin persoonlijke, alsook functionele en sociaal-maatschappelijke levensdomeinen op een positieve manier ontwikkelen.¹⁷⁰ Bij de ondersteuning van dit herstelproces hoort een persoonsgerichte en brede welzijnsgerichte benadering.¹⁷¹ Hoewel dit herstelmodel is ontwikkeld in de context van de geestelijke gezondheidszorg, zijn er verschillende wetenschappers die de link maken met het herstelproces en het in de criminologie beschreven proces van *desistance*, oftewel het afnemen van criminaliteit.¹⁷² Uit onderzoek naar dit proces waarin een persoon stopt of mindert met crimineel gedrag, wordt voorzichtig duidelijk dat dit ook samenhangt met persoonlijke en sociale drijfveren en levensdomeinen, zoals met de wens om goede dingen te doen en om het leven anders in te richten.¹⁷³ Onderzoek naar *desistance* bij mensen met delinquent gedrag die verslaafd zijn aan drugs laat bovendien zien dat het proces van *desistance* samenhangt met het herstelproces, maar dat *desistance* ondergeschikt is aan het herstelproces van drugsverslaving.¹⁷⁴ Het blijkt dat mensen met een verslaving die delinquent gedrag vertonen zichzelf vooral zien als 'drugsgebruikers' en niet als 'criminelen'. Hun primaire doel is daarom het herstellen van drugsverslaving en zij zijn ervan overtuigd dat dit leidt tot het beëindigen van recidive.

Hoewel afzonderlijke verslavingsinterventies over het algemeen niet bepaald effectief zijn in het beëindigen van middelengebruik, wordt uit herstelonderzoek steeds duidelijker dat, op de lange termijn, het cumulatieve effect van verschillende interventies over verloop van tijd bijdraagt aan een positieve ontwikkeling en vermindering van de verslavingsproblematiek.¹⁷⁵ Een persoonsgerichte en brede welzijnsgerichte benadering van verslaving, die ook rekening houdt met dit lange termijn perspectief, lijkt dus beter te passen bij het verweven en chronische karakter van verslaving. Hier is een duidelijke parallel te zien met het Good Lives Model, zoals ook beschreven in het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg.¹⁷⁶ Veelbelovend in deze context lijken zogenoemde herstelmanagement check ups. Hierbij nemen behandelaars gedurende een langere periode regelmatig contact op met ex-patiënten om na te gaan of ze ondersteuning nodig hebben. Onderzoek naar behandelingen waarin dit principe geïmplementeerd is, laat zien dat patiënten eerder (opnieuw) in behandeling gaan (voordat hun problematiek weer uit de hand loopt) en in behandeling blijven en dat de lange termijn uitkomsten verbeteren.¹⁷⁷

Een vergelijkbaar model is in Nederland ook uitgetoetst en onderzocht in vier forensisch psychiatrische ziekenhuizen.¹⁷⁸ Uit dit onderzoek bleek dat patiënten later en in mindere mate recidiveerden, dan patiënten uit twee controlegroepen zonder (vrijwillige) check-ups. Daarnaast bieden sommige ggz-instellingen in Nederland patiënten een strippenkaart aan na behandeling. Hiermee kunnen cliënten na de behandeling vrijblijvend ondersteuning blijven aanvragen.¹⁷⁹ Of dergelijke vrijwillige vormen van ondersteuning ook in het kader van (gedwongen) ISD zullen werken, is te bezien, maar de resultaten in forensisch psychiatrische instellingen zijn hoopvol. Duidelijk is dat recente ontwikkelingen in het veld van verslaving en herstel aanknopingspunten bieden voor de verbetering van

¹⁷⁰ Martinelli e.a. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2020.

¹⁷¹ Martinelli e.a., *Journal of Drug Issues* 2022.

¹⁷² Best 2019.

¹⁷³ Maruna 2001 en Nelissen, *Proces* 2008.

¹⁷⁴ Colman & Van der Laenen, *Mental Health, Recovery, and the Community* 2012.

¹⁷⁵ Hser, *Journal of Addictive Diseases* 2007.

¹⁷⁶ Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2020; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2017.

¹⁷⁷ Dennis, Scott & Funk, *Evaluation and Program Planning* 2003; Dennis & Scott, *Drug and Alcohol Dependence* 2012; Scott, Dennis & Foss, *Drug and Alcohol Dependence* 2005; Scott e.a., *Journal of Substance Abuse Treatment* 2021.

¹⁷⁸ Zie Schaftenaar e.a., *International Journal of Law and Psychiatry* 2018.

¹⁷⁹ Zie bijvoorbeeld Van den Reek & De Muijnck 2015.

herstelondersteuning in de ISD. De beleidstheorie zou een herstelvisie voor verslaving met lange termijn perspectief direct kunnen onderschrijven en implementeren in de ISD. Of zou explicieter de principes uit de forensische zorgprogramma's en het kwaliteitskader onderdeel kunnen maken van de ISD. In het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg wordt bijvoorbeeld het herstelmodel ook onderschreven.

2.4.4 Kanttekeningen beoordeling beleidstheorie

Een kanttekening die gemaakt dient te worden, is dat het besluit tot de invoering van de ISD (volgens op de SOV) niet is ontstaan uit inzichten die voortkwamen uit wetenschappelijk onderzoek.¹⁸⁰ In plaats daarvan kwam deze beleidsbeslissing vanuit een politiek gedreven behoefte aan een veiligere samenleving. Dit betekent dat de meest werkzame aanpak van stelselmatige daders mogelijk buiten de kaders van het huidige ISD-beleid ligt. Voor dit deel van het onderzoek is daarom ook buiten de kaders van de ISD gezocht naar mogelijk werkzame elementen die kunnen bijdragen aan recidivevermindering bij de doelgroep van de ISD (zie paragraaf 2.3.5). In deze zoektocht zijn een aantal potentiële aanvullingen op de huidige beleidstheorie gevonden, met name bij de aanpak van verslaving. Of deze aanvullingen werkzaam zullen zijn binnen de kaders van de huidige opzet van de ISD is echter niet te bepalen zonder aanvullend (empirisch) onderzoek.

Verder is de beleidstheorie voor zover mogelijk onderbouwd op basis van interne logica en literatuur. Het blijkt echter lastig empirische wetenschappelijke evidentie te vinden, zoals in de wetenschap vaak wordt bereikt door het uitvoeren van bijvoorbeeld randomized controlled trials (RCT's). Dergelijke studies kunnen niet op de gangbare manier verkregen worden voor de ISD-doelgroep en de breed beschreven aanpak in de ISD. Het is immers niet mogelijk (en ethisch onwenselijk) om vergelijkbare personen willekeurig verschillende strafrechtelijke maatregelen op te leggen.¹⁸¹ Als laatste constateren we aan de hand van deze beleidsanalyse dat het in de ISD draait om een persoonlijke aanpak waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is. Daarmee staat dus niet vast welke exacte behandelingen en zorg, in welke combinaties en op welk moment in het proces, worden geboden. Dit maakt het uitermate ingewikkeld om deze 'interventie' te monitoren en wetenschappelijk te onderbouwen.

¹⁸⁰ Uit recent onderzoek blijkt dat beleid van het ministerie van Justitie en Veiligheid zelden *evidence-based* is. Regelmatig staat politieke dynamiek het gebruik van wetenschappelijke inzichten in de weg. Wanneer politieke waardeoordelen haaks op wetenschappelijke inzichten staan, wordt vaak voorkeur gegeven aan het eerste. Torenvlied e.a. 2022.

¹⁸¹ Koeter en Bakker schreven bijvoorbeeld in hun effectevaluatie van de SOV dat "noch de officier van justitie noch de rechter bereid was zijn vordering c.q. uitspraak te laten afhangen van het toeval" (Koeter & Bakker 2017).

3. Procesevaluatie deel 1: invulling van de ISD op basis van documenten en procedures

In dit eerste onderdeel van de procesevaluatie worden de op papier beschreven procedures voor de uitvoering van de ISD besproken en geanalyseerd. Eerst beschrijven we hoe de uitvoering van de ISD is beschreven in documenten met een landelijke reikwijdte (3.1). Vervolgens bespreken we enkele 'lokale' documenten van de vijf aan het onderzoek deelnemende ISD-locaties (3.2). Ten slotte reflecteren we in dit hoofdstuk op hoe de procedures voor de uitvoering van de ISD zijn vormgegeven (3.3) en hoe deze zich verhouden tot de beleidstheorie (3.4). Het belangrijkste beeld dat hieruit naar voren komt is dat er weinig eenduidigheid en concrete uitwerking bestaat over hoe de ISD-maatregel in de verschillende ISD-locaties uitgevoerd kan worden.

3.1 Landelijke procedures en invulling ISD

Bij de totstandkoming van een ISD-traject zijn veel actoren betrokken die samenwerken in de keten van justitie, zorg en gemeenten. Zij zijn grotendeels van elkaar afhankelijk en een goede samenwerking is daarom van essentieel belang voor een succesvolle tenuitvoerlegging. In bijlage 2 en 3 is een volledige procesbeschrijving toegevoegd van de stappen die worden doorlopen bij een ISD-proces en een stroomschema van de ISD.¹⁸² Het begint bij de politie die op basis van een herkenningssysteem (lokale) veelplegerslijsten opstelt. De politie doet dit op basis van landelijke richtlijnen die beschrijven waar personen aan dienen te voldoen om aangemerkt te worden als potentiële ISD-kandidaten (zie paragraaf 2.1.2). In een (lokaal) casuoverleg tussen justitie, zorg en gemeenten, vaak gevoerd in het regionale Veiligheidshuis, worden individuele casussen besproken en wordt bepaald wie in aanmerking komt voor een ISD-traject. Vervolgens komt de reclassering in beeld voor vroeghulp in het kader van inverzekeringstelling. De reclassering stelt een vroeghulpproject op waarin een ISD-traject wordt geadviseerd aan de Rechter-Commissaris. De Rechter-Commissaris kan vervolgens de inbewaringstelling bevelen. In deze periode van preventieve hechtenis werkt de reclassering met behulp van de RISC aan een adviesrapport en wordt het NIFP gevraagd een trajectconsult uit te voeren. Op basis van deze, en mogelijk aanvullende informatie van deskundigen, wordt de verdachte veroordeeld tot een ISD-maatregel en in een ISD geplaatst. Afhankelijk van beschikbare informatie en problematiek van de tot ISD-veroordeelde dient op bepaalde vlakken verdiepingdiagnostiek plaats te vinden in de ISD. Op basis hiervan volgt een indicatiestelling voor de benodigde zorg.¹⁸³ Ook dient er in de eerste weken in de ISD een verblijfsplan (ook wel 're-integratieplan') te worden opgesteld waarin per fase staat beschreven welke organisatie verantwoordelijk is voor het re-integratietraject.

In de in 2021 vastgestelde Productspecificatie ISD, wordt verder beschreven hoe DJI verder invulling geeft aan de uitvoering van de ISD-maatregel. Vergelijkbaar met de uitgangspunten die in de beleidstheorie naar voren komen, worden de volgende uitgangspunten als meest belangrijk benoemd in de productspecificatie voor de uitvoering:¹⁸⁴

1. Langdurige vrijheidsbeneming, waardoor voortzetting van het criminele gedragspatroon feitelijk onmogelijk wordt gemaakt.
2. De persoonsgerichte aanpak, waarbij op individuele basis wordt gekeken naar aanknopingspunten voor gedragsverandering en een reële kans op recidivevermindering, waarbij (intensieve) programma's met dat doel worden aangewend. Waar nodig zal, indien geïndiceerd, doorgeleiding plaatsvinden naar ambulante zorg en/of externe klinische zorgvoorzieningen en/of begeleide woonvoorzieningen. Zijn er geen aanknopingspunten voor zorg of gedragsinterventies dan krijgt men een persoonsgericht activiteitenprogramma binnen

¹⁸² Deze bijlage hoorde oorspronkelijk bij een kamerbrief over Justitieel Verslavingsbeleid: Kamerstukken II, 2008/09, 31110, 9, Bijlage 1: Procesbeschrijving ISD.

¹⁸³ Ten aanzien van deze indicatiestelling en zorg bestaat een document: *Best Practice: Psychologische en Psychiatrische Zorg in ISD-inrichtingen* (2012). Een geïnterviewde ISD-psychiater geeft echter aan dat dit document niet leeft onder gedragsdeskundigen van de ISD-afdelingen en dat het gedateerd is. Mogelijk wordt er binnenkort een poging gedaan om tot een nieuw document te komen.

¹⁸⁴ Productspecificatie Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) Mannen, vrouwen en vreemdelingen. Vastgesteld op 02-08-2021. (p.3).

de basis-ISD geboden en tracht men justitiabelen alsnog te motiveren tot gedragsverandering en/of acceptatie van zorg.

3. De continuïteit van de in te zetten trajecten, te waarborgen door de activiteiten binnen en buiten het netwerk op elkaar aan te laten sluiten. Politie, Openbaar Ministerie, Zittende Magistratuur (ZM), DJI, Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V), reclasseringsorganisaties, zorginstellingen en gemeenten dienen nauw samen te werken om de aanpak van veelplegers succesvol te maken. Justitie staat de levensloopbenadering voor. Dit betekent bijvoorbeeld dat de in gang gezette behandeling en scholing van justitiabelen waar nodig na de justitiële titel wordt gecontinueerd.

Het activiteitenprogramma binnen de ISD-inrichting wordt, evenals bij de andere regimes van PI's, geclusterd in de thema's: veiligheid, resocialisatie en menswaardigheid en zorg. De intensiteit waarmee wordt ingezet op deze thema's verschilt. In het activiteitenprogramma ISD wordt met de hoogste intensiteit ingezet op resocialisatie (niveau 4: 'in zeer sterke mate') en met de één na hoogste intensiteit op veiligheid (niveau 3: 'in normale mate') en menswaardigheid en zorg (niveau 3: 'intensieve zorg'). Het is in de productspecificatie niet beschreven hoe dit zich verhoudt tot bijvoorbeeld andere regimes in de PI.

3.1.1 Fasering van de maatregel

De productspecificatie van de ISD-maatregel beschrijft drie verschillende fasen die kunnen worden doorlopen, afhankelijk van de motivatie tot gedragsverandering van de gedetineerde:

1. De intramurale (gesloten) fase: de ISD'er verblijft op een ISD-afdeling of in een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC).¹⁸⁵ Deze fase dient vooral te worden benut voor het bieden van structuur, stabilisatie en motivering. Hiernaast vindt screening, diagnose en indicatiestelling voor zorg plaats. In deze fase kan ook ambulante zorg worden aangeboden. Op basis van uitkomsten van de RISC¹⁸⁶ kunnen ook erkende gedragsinterventies worden aangeboden.
2. De tussenfase (ofwel halfopen fase): ISD'er verblijft op een ISD-afdeling maar mag activiteiten buiten de inrichting verrichten, bijvoorbeeld werk, dagbesteding of verloven.
3. De extramurale fase: deze kan bestaan uit een verblijf in een kliniek, in een begeleid of beschermd wonen voorziening of in een eigen woning met dagbesteding en/of ambulante zorg en ondersteuning. De verantwoordelijkheid voor de basisvoorzieningen (zoals inkomen, werk en/of dagbesteding, huisvesting en ondersteuning) in deze fase ligt bij het college van Burgemeester en Wethouders (college van B&W) van de desbetreffende gemeente. Forensische zorg wordt gedurende de justitiële titel door Justitie bekostigd. De directeur van de Penitentiaire Instelling (PI) blijft te allen tijde eindverantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de maatregel.

De duur van de afzonderlijke fasen staat niet vast en evenmin is er sprake van een vaste, dwingende volgorde.¹⁸⁷ Dit alles wordt per ISD'er bepaald op basis van maatwerk. Bepalende factoren hierbij zijn bereidheid om mee te werken aan behandeling en gedragsinterventies, de aard en ernst van de individuele problematiek, en het veiligheidsrisico. De vrijhedencommissie (VC) van de PI dient te beoordelen of bepaalde vrijheden zoals dagbesteding, behandeling en verlof buiten de inrichting kunnen plaatsvinden.

3.1.2 Motiverende omgeving

De productspecificatie spreekt ook van het belang van een motiverende omgeving op de ISD-afdeling. De volgende opgesomde factoren worden geacht bij te dragen aan een motiverende omgeving:

- a) het concentreren van ISD'ers op één afdeling met een ISD-bestemming;
- b) het beperkt houden van de grootte van de afdeling (maximaal 24 plaatsen);

¹⁸⁵ Wanneer nodig kan een ISD'er ook op een afdeling voor 'Beheers Problematische Gedetineerden' (BPG) worden geplaatst.

¹⁸⁶ De RISC is een risicotaxatie- en adviesinstrument waarmee de reclassering op gestructureerde wijze risico- en beschermende factoren in beeld brengt.

¹⁸⁷ ISD'ers kunnen van een extramurale of tussenfase bijvoorbeeld worden teruggeplaatst naar de intramurale fase en soms kan een ISD'er direct van de intramurale naar extramurale fase gaan zonder tussenfase.

- c) het beperkt houden van de groepsgrootte bij gedragsbeïnvloedende programmaonderdelen;
- d) bij noodzakelijke plaatsing in combinatie met andere regimes, bij voorkeur met een ander zorgregime en/of langgestrafte justitiabelen (minimaal 4 maanden) en op afdelingen die niet groter zijn dan 24 plaatsen;
- d) het zorgen dat activiteiten uit het programma niet gezamenlijk met justitiabelen uit een huis van bewaring worden georganiseerd.¹⁸⁸

3.1.3 Personeel

In de ISD dient doorgaans personeel met de volgende functies beschikbaar te zijn volgens de productspecificatie:¹⁸⁹

- *Afdelingshoofd (leefafdeling)*
Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor de professionele uitvoering van de dagelijkse begeleiding en zorg van gedetineerden volgens het vastgestelde detentieplan. Hiertoe zit het afdelingshoofd een multidisciplinair overleg (MDO) voor, waarin de voortgang van gedetineerdttrajecten wordt besproken en adviezen en besluiten worden voorbereid. Het afdelingshoofd is daarbij verantwoordelijk voor het aansturen, ontwikkelen en motiveren van de (senior) medewerkers. Het afdelingshoofd legt verantwoording af aan de (plaatsvervangend) vestigingsdirecteur.
- *Zorg- en behandelinrichtingswerker (ZBIW'er)*
De ZBIW'er is belast met de bewaring en beveiliging van personen geplaatst binnen de inrichting. Daarnaast is de ZBIW'er belast met intensieve individuele begeleiding van justitiabelen in de woon- en leefsituatie en bij activiteiten, met het bejegenen van justitiabelen en met het verlenen van intensieve zorg aan justitiabelen. De ZBIW'er dient bij te dragen aan een humane uitvoering van de detentie, aan een beperking van de detentieschade en aan voorkoming van recidive. De ZBIW'er is verantwoording schuldig aan het afdelingshoofd.
- *Senior Casemanager*
De senior casemanager is integraal verantwoordelijk voor het detentie- en re-integratieproces voor zowel de intramurale als extramurale detentie van de toegewezen gedetineerde en houdt regie hierop. De senior casemanager legt verantwoording af aan het (plaatsvervangend) hoofd Detentie en Re-integratie.
- *GZ-psycholoog*
De GZ-psycholoog is verantwoordelijk voor het goed functioneren van het gehele psycho-medische zorgsysteem binnen een penitentiaire inrichting en geeft richting aan de op het individu gerichte geestelijke gezondheidszorg, inclusief de eventuele nazorg. De GZ-psycholoog pleegt psychologische interventies, doet diagnostiek en indicatiestelling bij justitiabelen die extra psycho-medische zorg en/of forensische zorg in het kader van recidivevermindering nodig hebben. De GZ-psycholoog werkt met grote autonomie en werkt vaak alleen of met twee GZ-psychologen binnen een vestiging.
- *Psychiater*
De psychiater is verantwoordelijk voor het psychiatrisch onderzoek en de psychiatrische behandeling van justitiële patiënten in bewaring inclusief de eventuele nazorg. De psychiater verzorgt de psychiatrische diagnostiek en stelt de psychiatrische behandelindicatie vast voor het op te stellen behandelplan. De psychiater werkt in een multidisciplinair team en adviseert samen met de psycholoog over psycho-medische aspecten in de begeleiding van justitiabelen en over het zorgbeleid en begeleidingsklimaat ter verstrekking van de vereiste zorg.

Het personeel op de ISD dient te beschikken over voldoende vaardigheden op het gebied van motiverende en stimulerende bejegening. Hiervoor bestaat een verplichte ISD-basisopleiding voor de ZBIW'er en senior casemanager en is er aanvullende (optionele) bijscholing beschikbaar. Ook moet het personeel, net als in andere regimes, de-escalerend kunnen optreden om de veiligheid en leefbaarheid in de inrichting te waarborgen. De nadruk in de ISD ligt echter op het stimuleren en motiveren tot

¹⁸⁸ Productspecificatie Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) Mannen, vrouwen en vreemdelingen. Vastgesteld op 02-08-2021.

¹⁸⁹ De functiebeschrijvingen gepresenteerd in de opsomming zijn gebaseerd op de doelbeschrijvingen in de algemene functieprofielen van DJI en betreffen daarmee niet specifiek functieprofielen voor de ISD.

gedragsverandering van de ISD'er. Over de taakbeschrijving van het personeel zegt de productspecificatie ISD het volgende:¹⁹⁰

Om dit te creëren zet DJI in op intensieve individuele begeleiding door (medior en senior) ZBIW'ers (MBO c.q. HBO opgeleid), senior casemanagers en andere professionals voor het voeren van individuele (mentor-, hulpverlenings)gesprekken, het aanbieden van dagbesteding, het bieden van structuur, zorgen voor stabilisatie en medische zorg. Daarnaast vindt screening, diagnose en indicatiestelling voor zorg plaats door (externe) gedragskundige experts (psychologen en psychiaters).

De dagelijkse begeleiding wordt dus met name door de ZBIW'ers gedaan. De casemanagers gaan gericht ter werk via afspraken en gesprekken met de ISD'ers. Tijdens de extramurale fase fungeert de senior casemanager tegelijk als intermediair tussen de directeur van de PI en andere ketenpartners (bijvoorbeeld de gemeente, reclassering of een zorginstelling). De senior casemanager is ook betrokken bij het proces van tijdelijke en definitieve terugplaatsingen¹⁹¹.

3.1.4 Ketenpartners

De ISD kent verschillende ketenpartners die betrokken kunnen zijn bij de tenuitvoerlegging. In de intramurale fase van de ISD kan bijvoorbeeld een forensische zorginstelling gevraagd worden om zorg in de ISD aan te bieden.¹⁹² Voor de tussen- en extramurale fase zijn er per definitie ketenpartners betrokken die activiteiten voor ISD'ers buiten de muren van de PI verzorgen. Dit kan gaan om instellingen voor forensische zorg die ambulante of klinische zorg aanbieden, de reclassering die toezicht houdt tijdens de extramurale fase, aanbieders van plaatsen voor begeleid of beschermd wonen en gemeenten die mede verantwoordelijk zijn voor zowel de extramurale fase van de ISD (op grond van art. 44e Penitentiaire maatregel) als de verdere re-integratie van ISD'ers. In het geval van ISD'ers die als Vreemdelingen in de Strafrechtketen (VRIS) zijn aangeduid¹⁹³ kan ook de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) en de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) betrokken zijn. De productspecificatie beschrijft dat de ISD-inrichtingen verschillende verantwoordelijkheden hebben richting alle ketenpartners, waaronder:

- Het betrekken van netwerkpartners bij opstellen en uitvoering van het verblijfsplan.
- Het verstrekken van de daarvoor benodigde informatie.
- Het faciliteren van toegang van de netwerkpartners tot de ISD'er.
- Aansluiting op zorg vanuit de ggz of de gemeente (vooraf en achteraf).
- Realiseren van randvoorwaarden voor de extramurale fase.

De verantwoordelijkheden en rollen van ketenpartners bij de tenuitvoerlegging van de ISD worden niet beschreven.

3.2 Lokale invulling uitvoering ISD

Zoals in paragraaf 1.3.2 beschreven bleken twee van de vijf geselecteerde locaties niet te beschikken over voor de ISD relevante (beleids)documenten met procedures en visies. De uiteindelijk verkregen documenten van ISD-locaties over uitvoering van de ISD-maatregel blijken in grote mate te verschillen van inhoud en karakter en zijn onderling moeilijk vergelijkbaar. In het ene document is de uitvoering gedetailleerd beschreven, terwijl in het andere document slechts een globale beschrijving is te vinden. We introduceren hieronder eerst de bestudeerde documenten en gaan vervolgens dieper in op enkele deelaspecten.

¹⁹⁰ Productspecificatie Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) Mannen, vrouwen en vreemdelingen. Vastgesteld op 02-08-2021, p.19.

¹⁹¹ Een terugplaatsing kan in verschillende situaties plaatsvinden. Bijvoorbeeld wanneer een ISD'er zich niet houdt aan gemaakte afspraken, ontoelaatbaar gedrag vertoont of wanneer deze onbeheersbaar is in een extramurale setting.

¹⁹² In het geval van de intramurale fase van de ISD gaat het om zogenoemde 'ambulante zorg in huis'. De behandelaar komt in dat geval naar de PI in plaats van dat de ISD'er naar de behandelaar gaat.

¹⁹³ Dit gaat om gedetineerden zonder verblijfsvergunning of Nederlandse identiteit.

- Het plan (2021) van de ISD in PI a¹⁹⁴, beschrijft welke accenten centraal staan en hoe deze (in 2021) worden geïmplementeerd in de organisatie. Het document reflecteert de ambitie van deze ISD om de intramurale fase van de ISD optimaal te benutten, teneinde het ISD traject als geheel succesvol te laten verlopen. Aanleiding voor het plan was de ingebruikname van een vernieuwd gebouw voor de ISD op het terrein van de PI, als moment om met een nieuwe ISD-werkwijze te starten. Het plan tracht te voldoen aan de geldende landelijke normen, waarbij wordt verwezen naar (een versie van) de ISD productspecificatie (geen jaartal). Het beschrijft vooral voornemens over een te introduceren nieuwe aanpak en niet een beschrijving van de manier waarop de feitelijke uitvoering in de huidige situatie eruit dient te zien. Enkele van de beoogde resultaten worden omschreven als een '(concept) notitie' of een 'overzicht'. Andere beoogde resultaten impliceren dat een activiteit of werkwijze is geïmplementeerd of afgerond, zoals 'evaluatieverslag' of een 'ingericht proces'.
- Het visiedocument ISD van de ISD-locatie in PI b (10 pagina's, 2022) heeft tot doel de ISD naar een hoger niveau te brengen. Het document volgt het jaarplan van PI b en volgt de missie van de DJI. Het document beschrijft op hoofdlijnen wat de ISD maatregel inhoudt, het doel, de doelgroep en de fasering van de maatregel. Daarnaast wordt een zestal thema's benoemd waarop deze ISD zich wil ontwikkelen en onderscheiden teneinde de geambieerde kwaliteitsverbetering te realiseren. In het visiedocument wordt verwezen naar een handboek. Dit handboek is nog in ontwikkeling op het moment van schrijven van dit rapport.
- De ISD-locatie in de PI c leverde drie documenten aan: een Handboek ISD (48 pagina's), een handboek voor senior casemanagers (42 pagina's), beide uit 2019, en een werkmap voor ISD'ers die al wordt ingezet maar nog steeds in ontwikkeling is. Het Handboek ISD kent geen expliciete uitgangspunten of doelstelling. Het beschrijft wat de ISD is en hoe de uitvoering ervan wordt vormgegeven. Het handboek oogt als een naslagwerk voor (nieuwe) medewerkers. Het handboek voor senior casemanagers beschrijft met name interne processen en heeft tot doel vorm te geven aan een "meer praktische uitvoering" van wettelijke kaders, om zodoende meer draagvlak te creëren in de organisatie. De werkmap is bestemd voor de ISD'er, en is bedoeld om deze te betrekken bij diens eigen ontwikkeling. De werkmap volgt de op maat bepaalde fasering van de ISD en biedt ruimte voor de ISD'er om zelf afspraken en doelen op te schrijven, waardoor het proces gepersonaliseerd en overzichtelijk wordt en de ISD meer grip krijgt over zijn traject.

Wanneer in het vervolg van deze paragraaf wordt verwezen naar PI a, PI b en PI c, vormen de hierboven beschreven documenten daarbij de bron.

3.3 Hoe zijn de lokale procedures vormgegeven? (Onderzoeksvraag 6)

Onderzoeksvragen 6a en 6b informeren naar de (beleids)procedures voor de uitvoering van de ISD en de rol daarin van forensische zorg. Op grond van het beschikbare bronnenmateriaal uit drie locaties kunnen we deze vragen slechts beperkt beantwoorden.

De termen procedure en proces worden in de bestudeerde documenten soms door elkaar gebruikt.¹⁹⁵ In deze studie vallen voorgeschreven werkwijzen die de uitvoering van (onderdelen) van de ISD structureren onder (beleids)procedures. Ze bevatten verwijzingen naar handelingen, naar situaties waarin de handeling dient plaats te vinden, naar rollen of functionarissen die de handelingen dienen uit te voeren, en naar termijnen waarbinnen de handelingen dienen te worden uitgevoerd. In het navolgende wordt besproken hoe de (beleids)procedures in de beschikbare documenten zijn beschreven. De meeste uitgebreide beschrijvingen van de procedures in de ISD staan in het handboek voor de senior casemanager ISD en het Handboek ISD van PI c. Het document van PI b is een visiedocument gericht op kwaliteitsverbetering. Het plan van PI a beschrijft (nog) niet bestaande procedures, maar werkt een visie uit op het (beter) benutten van de intramurale fase van de ISD.

Hieronder wordt eerst gereflecteerd op hoe de landelijk vastgestelde productspecificatie ISD is vormgegeven en daarna volgt een bespreking van de lokale documenten.

¹⁹⁴ De PI's zijn in dit deel van de rapportage geanonimiseerd; we spreken over de documenten van PI a, PI b, PI c.

¹⁹⁵ Er is overlap tussen beide begrippen maar ze zijn niet hetzelfde. Een proces duidt op een reeks handelingen of gebeurtenissen, waarbij een beginsituatie verandert in een nieuwe situatie. Een procedure is een voorgeschreven manier om een proces vorm te geven.

3.3.1 Landelijke Productspecificatie DJI

De productspecificatie met landelijke reikwijdte (zie ook 3.1 voor een beschrijving van de inhoud) beschrijft veelal dezelfde uitgangspunten die in de beleidstheorie naar voren komen en beschrijft op hoofdlijnen hoe de ISD ingevuld dient te worden, maar blijft daarin globaal. Zo wordt bijvoorbeeld genoemd welke functies aan personeel beschikbaar dienen te zijn in een ISD, maar ontbreekt het (minimale) aantal FTE. Ook in de productspecificatie is maatwerk het uitgangspunt: impliciet blijft hoe het ISD-personeel tot gedragsverandering komt, wie daarin welke rol heeft, of hoe wordt bepaald of iemand gemotiveerd is. Het belang van samenwerking met ketenpartners wordt steeds benadrukt, echter wordt, eveneens als in de beleidstheorie, niet uitgewerkt hoe deze samenwerking geborgd is. De productspecificatie kaart ook het belang aan van een motiverende omgeving. De invulling hiervan is echter beperkt tot een aantal factoren die toezien op de (groeps)grootte in de ISD en het gescheiden houden van ISD'ers van andere regimes in de PI. Factoren zoals bejegening of leefklimaat blijven in deze context onbenoemd.

3.3.2 Bespreking lokale documenten

Handboek voor senior casemanagers ISD & Handboek ISD (PI c)

Het handboek voor senior casemanagers van de ISD in PI c maakt een onderscheid in hoofd- en deelprocessen en heeft als doel de werkzaamheden te uniformeren en te structureren. Het handboek beoogt van globale processen procedures te maken door wettelijke kaders te vertalen "naar een werkvorm die voor de betrokken disciplines herkenbaar en ook navolgbaar zal zijn" (p1). Het hoofdproces bestaat uit een vijf stappen:

1. pré-ISD;
2. inkomst;
3. intramurale fase;
4. extramurale fase; en
5. re-integratie en nazorg.

De eerste en de laatste stap zijn geen onderdeel van de werkzaamheden van de ISD-locatie in de PI. De stappen 2, 3 en 4 worden wel door de ISD uitgevoerd of gemonitord. Deze drie onderdelen van het hoofdproces bestaan elk uit een aantal deelprocessen die in het handboek worden beschreven (zie tabel 6). De deelprocessen zijn gevisualiseerd in stroomdiagrammen, waarin de handelingen van de betrokken actoren worden benoemd. De processtappen worden onderbouwd met verwijzingen naar de wettelijke kaders waarop deze zijn gebaseerd.

Tabel 6. Deelprocessen beschreven in het handboek voor senior casemanagers in PI c

Processen	Opmerkingen
Inkomst IIa: Plaatsing IIb: Trajectbepaling IIc: Toetsing	Het verblijfsplan en D&R plan (standaard in PI) zijn niet als deelprocessen opgenomen in het handboek. Ze worden wel kort beschreven. Aanvullend kent de ISD een trajectplan voor de gemotiveerde ISD-er. Dit wordt beschreven in deelproces Trajectbepaling.
Intramurale fase IIIa: Klinisch traject IIIb: Praktisch traject	Tijdens de intramurale fase verwijst de deelprocedure klinisch traject niet naar behandeling maar naar de (procedurele) voorbereiding op een behandeling buiten de PI. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor het praktische traject. Als een ISD-er niet wil deelnemen aan een trajectplan, geldt het reguliere dagprogramma. Het toestemming vragen voor vrijheden in het klinisch traject verloopt via reguliere PI procedures.
Extramurale fase IVa Klinische opname IVb Uitplaatsen naar huisvesting IVc Toeleiding naar dagbesteding IVd Ambulante zorg IVd Terugplaatsing	De tussenfase wordt wel genoemd in het handboek, maar niet uitgewerkt in procedures. Deelprocessen in de extramurale fase zijn summier beschreven en beperkt tot dat wat onder de verantwoordelijkheid van de PI valt, zoals het vrijhedenbeleid en terugplaatsingen.

De beschrijving van de deelprocessen bevat, naast de volgorde van het proces, ook een omschrijving van de rollen van de betrokken interne functionarissen en (externe) instanties, systemen en functies, documenten en formulieren, en een opsomming van de proceseigenaren. Op diverse plaatsen in dit handboek wordt verwezen naar processen en procedures die niet specifiek voor de ISD zijn, maar onderdeel van reguliere werkwijzen in de PI. Inhoudelijk wordt er rekening gehouden met “omstandigheden per casus” waardoor de beoordeling op maat is.

Het Handboek ISD kent grote tekstuele overlap met het handboek voor senior casemanagers. Het is eveneens gericht op de beschrijving van de processen, verantwoordelijkheden (wie doet wat, wanneer) en procedures. De procesbeschrijvingen zijn, meer dan in het handboek voor senior casemanagers, ingebed in een toelichting van de werkwijze in samenhang met doelstelling van de ISD en de samenhang met andere procedures van de PI. Het Handboek ISD is in die zin veelomvattender, omdat het stilstaat bij inhoudelijke aspecten van de uitvoering, zoals de behandelvisie, motiverende bejegening en gedragsinterventies. Dit handboek bevat daarnaast toelichtingen op enkele procedures die worden uitgevoerd door ZBIW'ers, zoals het doen van urinecontroles en (beknopt) het dagprogramma.

De twee handboeken bieden tezamen een compleet beeld van de beoogde tenuitvoerlegging van de ISD maatregel in deze PI voor betrokken medewerkers. Het Handboek ISD lijkt bedoeld als naslagwerk voor (nieuwe) medewerkers. Het is een document dat de procedures beschrijft, inclusief toelichting. Het handboek voor senior casemanagers is sterker gericht op procedures, rollen en taakverdelingen. Daarmee lijkt het niet alleen een naslagwerk, maar ook een document dat de werkwijze van de senior casemanager onderbouwt en legitimeert. De handboeken beschrijven de benodigde werkwijze voor de ISD en helpen de procedures op de ISD te onderscheiden van de procedures in andere regimes van de PI. De handboeken kunnen medewerkers mogelijk gebruiken om ruimte te claimen voor de speciale bejegening die de ISD'ers nodig hebben ten opzichte van de andere gedetineerden.

Werkmap (PI c)

In de werkmap van de ISD in PI c staat onder andere een “tijdlijn van mijn ISD traject” (een stroomdiagram) waarin geen onderscheid wordt gemaakt tussen de intramurale en extramurale fase, maar enkel tussen een klinisch traject en een praktisch traject. De werkmap, dat als het ware praat tegen de ISD'er, legt de verschillende procedures uit, zoals het trajectbepalingsoverleg en wat er gebeurt wanneer voor een klinisch of praktisch traject is gekozen. Procedures met betrekking tot verlof worden niet beschreven: het bevat enkel de voorwaarden waaraan moet worden voldaan. In de werkmap worden enkele hulpbronnen beschreven die beschikbaar zijn tijdens de intramurale fase, zoals (gedrags)trainingen, onderwijs en werk. Uit de werkmap wordt niet duidelijk of deze activiteiten exclusief toegankelijk zijn voor mensen met een ISD-maatregel. De werkmap geeft ISD'ers verschillende handvatten om meer vat te krijgen op hun eigen traject door de doelen van de maatregel en ontwikkelingsmogelijkheden overzichtelijker te maken. Het doel daarvan is om bij te dragen aan het gevoel dat het traject op maat wordt gemaakt en om de ISD'er te helpen zich aan het traject te verbinden. De werkmap onderstreept het idee dat ISD een traject is waarbij het de bedoeling is er 'beter' uit te komen. Deze lokale oplossing laat mogelijk zien dat de standaard DJI-procedures niet toereikend genoeg zijn om de doelgroep in de ISD voldoende aan te spreken en verantwoordelijk te maken voor hun eigen traject, al zegt dit mogelijk ook iets over de kenmerken en (beperkte intellectuele) capaciteiten van de ISD-doelgroep.

Visiedocument (PI b)

De beschrijving van (beleids)procedures in dit visiedocument is beperkt tot de globale fasering van de ISD-maatregel, inclusief de opsplitsing in een basisregime voor mensen die nog niet zijn gemotiveerd en een trajectregime voor hen die dat wel zijn. Ook wordt globaal de fase voorafgaand aan de feitelijke tenuitvoerlegging van de maatregel beschreven (pré-ISD). Het visiedocument noemt verder de wettelijk verplichte halfjaarlijkse bespreking van een evaluatieverslag met de ISD'er (art. 18c PBW) en op welke aspecten daarbij moet worden ingegaan (conform art. 44q PM). Het document betreft daarmee voornamelijk een beschrijving van landelijk vastgestelde procedures en voegt daar geen lokale accenten of invulling aan toe.

Plan van aanpak (PI a)

Het plan van aanpak van de ISD in PI a is doordrongen van de visie dat de intramurale fase van de ISD optimaal benut dient te worden. In dit document worden echter geen procedures beschreven die houvast

bieden bij de uitvoering van de ISD maatregel. Veeleer is het plan een opmaat naar te ontwikkelen procedures die recht doen aan de kenmerken van de ISD-doelgroep. Het kan worden gezien als uitwerking van de artikelen 44i (ISD verblijfsplan) en 44j (ISD programma) van de Penitentiaire maatregel.¹⁹⁶ Het document thematiseert onderwerpen die raken aan het verblijf van 'de gemaatregelde', zoals onderwijs, sport en arbeid. Hierbij worden geen procedures beschreven, maar wordt juist de behoefte aan een notitie, overzicht of evaluatie rondom het betreffende thema aangekaart. De bedoeling hiervan is om input te verzamelen voor het concreet inrichten en vormgeven van 'de dag' van de ISD'ers. Bij het thema 'arbeid', bijvoorbeeld, wordt gesteld dat dit een therapeutisch karakter zou kunnen hebben. Daarmee is het doel van het plan om vooral op inhoudelijke gronden een sturend en motiverend verblijfsklimaat te realiseren. Het plan houdt rekening met het reguliere aanbod in de PI, maar vraagt nadrukkelijk om uitwerking en toespitsing op de kenmerken van de ISD-doelgroep. Dit accent, op een het creëren van een sturend en motiverend verblijfsklimaat, is ingebed in een levensloopenadering waarin per ISD-fase wordt toegewerkt naar de beoogde eindsituatie. Ook onderdeel van het plan is het opleveren van een overzicht van gemaakte en nog te maken procesafspraken met externe ketenpartners, teneinde de samenwerking te verbeteren. In dat kader voorziet het plan ook in het uitwerken van een "eenduidig werkproces" met ketenpartners waarin de totstandkoming, monitoring en overdracht van verblijfs- en trajectplannen is beschreven.

Het plan suggereert dat de invulling van de intramurale fase van de ISD onvoldoende uitgewerkt is. Het is daarmee een aanvulling op de productspecificatie en probeert het doel van de intramurale fase te verheffen van een fase waarin enkel wordt gestabiliseerd en doorverwezen naar een fase waarin een ISD'er zich kan ontwikkelen. Mogelijk is deze invulling het gevolg van de specifiek aangewezen doelgroep die in de ISD in PI a verblijft, namelijk de Vreemdelingen in de Strafrechtketen (VRIS). Deze ISD'ers hebben vaak geen recht op sociale voorzieningen en kunnen daardoor vaak niet doorverwezen worden naar klinieken of extramurale voorzieningen. Voor deze ISD'ers is het dus extra belangrijk dat de intramurale fase goed wordt benut.

3.3.3 Rol forensische zorg en re-integratie

Over de rol van forensische zorg en re-integratie na afloop van de maatregel wordt weinig gesproken in de verkregen documenten. In het handboek voor senior casemanagers, beschrijven de deelprocessen van de extramurale fase alleen de verantwoordelijkheid van het toezicht, zonder veel toelichting. In het Handboek ISD staan de verantwoordelijkheden en daaraan gekoppelde processen gedetailleerder beschreven. De rol van de forensische zorg en nazorg in het vasthouden van behaalde resultaten van de behandeling en re-integratie komt in beide documenten slechts in algemene zin aan de orde. Genoemd wordt dat de basisvoorwaarden in orde moeten zijn (huisvesting, dagbesteding/arbeid en kosten van levensonderhoud). Hiertoe worden nadere afspraken gemaakt met de betreffende gemeente. De documenten beschrijven in het re-integratieplan waaraan in de extramurale fase nog gewerkt moet worden, de gemeente is verantwoordelijk voor invulling hiervan. Genoemd wordt dat een naadloze aansluiting van nazorg op het beëindigen van de maatregel "cruciaal is voor het welslagen van de maatregel als geheel."

Bij het eindigen van de maatregel is er geen juridische titel meer om iemand in zorg te houden. De kunst is, zo staat in het Handboek ISD, om iemand te 'verleiden' in zorg te blijven voor zover dat nodig of wenselijk wordt geacht. Wat de best passende zorg is, wordt tijdens de ISD-maatregel met externe partners besproken. Verder geldt het 'Samenwerkingsmodel Nazorg volwassenen (ex-)gedetineerde burgers, gemeente – Justitie' waarin de taken van Justitie en gemeenten op het gebied van informatie-uitwisseling op een aantal leefgebieden zijn beschreven. Dit is niet specifiek voor mensen met een ISD-maatregel, maar geldt ook voor andere gevangenisregimes. De documenten geven de indruk dat de zorg voor nazorg meer een kwestie van goede wil en zorgprofessionaliteit is, dan onderdeel van een vastgelegd proces met beschreven rollen, taken en verantwoordelijkheden.

3.4 Hoe verhouden de procedures van de ISD-locaties zich tot de beleidstheorie? (Onderzoeksvraag 7 en 8)

De beleidstheorie van de ISD, zoals beschreven in hoofdstuk 2, stoelt op twee gedachten: (1) bescherming van de samenleving door incapacitatie en (2) het voorkomen van recidive door het bieden

¹⁹⁶ Zie hoofdstuk 9A van de Penitentiaire maatregel.

van intensieve zorg en behandeling. Op basis van de verkregen documenten over de ISD is het niet mogelijk valide uitspraken te doen over hoe de landelijke en lokale procedures zich verhouden tot de beleidstheorie, onder andere vanwege het globale karakter van de verkregen documenten. De verscheidenheid in aard van de ontvangen documenten is ook groot.

Het eerste onderdeel van de beleidstheorie (incapacitatie) is niet terug te vinden in de procedures voor de uitvoering van de ISD van de PI. Mogelijk omdat dit onderdeel niet enkel voor de ISD geldt, maar voor de gehele PI. Over de invulling van het tweede onderdeel van de beleidstheorie is meer te vinden. De handboeken van de ISD in de PI c bevatten uitleg over de uitvoering van de ISD en wat er kan worden aangeboden, met name tijdens de intramurale fase. Het plan van de ISD in de PI a drukt de zoektocht uit naar een scherpere doelstelling van de intramurale fase en de potentie om het verblijf in de ISD therapeutisch te maken. Mogelijk biedt deze aanpak aanknopingspunten voor de ISD'ers met gebrek aan behandelmotivatie of met beperkte toegang tot extramurale zorg. Het visiedocument van de ISD in de PI b volgt voornamelijk de productspecificatie en benadrukt met name het belang van het ontwikkelen van goede samenwerkingsrelaties met externe partners, waaronder zorginstellingen, en benadrukt het belang van een goede voorbereiding op de extramurale fase. Procedures rondom forensische zorg worden echter nauwelijks genoemd in de documenten. Het lijkt erop dat er vanuit wordt gegaan dat procedures voor forensische zorg voor ISD'ers voldoende zijn uitgewerkt door de aanbieders van forensische zorg. Daarmee ontbreekt een overkoepelende behandelvisie voor de ISD-maatregel.

Concluderend kan gezegd worden dat de lokale documenten de gefaseerde opzet van de ISD volgen en beschrijven en vooral inhoud trachten te geven aan de intramurale fase. De bestudeerde documenten zijn met name gericht op het zo goed mogelijk beschrijven van deze fase, veelal los van (al dan niet extramurale) forensische zorg en extramurale trajecten. Het vastleggen van de werkwijze in procedures betreft de wettelijk vastgelegde verplichtingen. Daar waar het gaat om (het organiseren van) zorg en behandeling, vrijwel altijd extramuraal, wordt er veel – zo niet bijna alles – open gelaten. De invulling van deze taken lijkt daarmee eerder afhankelijk te zijn van netwerken met ketenpartners, de (lokale) beschikbaarheid van hulpbronnen en expertise van individuele professionals en afdelingen dan op procedures.

Deze 'open' kaders die vaak kenmerkend (en nodig voor maatwerk) zijn in de forensische zorgsector, lijken in de documenten voor ISD-locaties onderschikt te zijn en ingekaderd te worden door de consequente en strakke (veiligheids)kaders die door DJI worden gegeven voor PI's in het algemeen (en die dus ook voor de ISD gelden). In de intramurale fase lijkt er sowieso geen sprake te zijn van 'intensieve zorg en behandeling'. Duidelijk is dat de ISD'ers grotendeels het reguliere dagprogramma van de PI volgen en zijn onderworpen aan dezelfde regels en procedures. Net als bij regulier gedetineerden wordt er voor ISD'ers een verblijfsplan en een detentie- en re-integratieplan gemaakt. Met name het Plan van de ISD in de PI a probeert de intramurale kaders te verruimen door aandacht te vragen voor het leefklimaat en daarmee het onderscheid tussen de ISD en de rest van de PI te benadrukken. Verder lijkt de intramurale fase van de ISD in de praktijk voornamelijk als doel te hebben om (psychologisch) onderzoek te doen en het vervolgtraject (buiten de PI) te bepalen, en veel minder het bieden van een therapeutisch leefklimaat waarin voorwaarden worden geschapen voor positieve ontwikkeling van de ISD'ers. De doelen en de uitvoering van de tussenfase is nog onduidelijker en is niet uitgewerkt in procedures. Volgens de beleidstheorie staat deze fase in het teken van resocialisatieactiviteiten en zorg en behandeling buiten de PI. Het is echter op basis van de verkregen documenten onduidelijk hoe ISD-locaties dit faciliteren. In het volgende hoofdstuk wordt een en ander duidelijker op basis van praktijkervaringen van bij de ISD betrokken professionals.

4. Procevaluatie deel 2: praktijkervaring met de ISD

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de uitvoering van de ISD-maatregel in de praktijk verloopt. De (groeps)interviews met medewerkers in de vijf bezochte ISD-locaties en met experts en ketenpartners vormen hiervoor de informatiebron, tenzij anders aangegeven. Aansluitend op de onderzoeksvragen (beschreven in paragraaf 1.2) komen aan bod: casusbeschrijvingen (4.1), de financiering en capaciteit van personeel (4.2), contextfactoren van de PI (4.3), de rol en inzet van forensische zorg (4.4) en re-integratie en recidive (4.5). Het belangrijkste beeld dat uit deze verschillende onderdelen naar voren komt is dat de ISD zich, met name in de intramurale fase, nauwelijks onderscheidt (en kan onderscheiden) van andere reguliere regimes in de PI.

4.1 Casusbeschrijvingen

Een schematische weergave van hoe een ISD-traject doorgaans verloopt is terug te vinden in Bijlage 2. Voordat de resultaten uit de (groeps)interviews worden beschreven volgen ter illustratie eerst enkele casusbeschrijvingen die een levendiger beeld geven van de doelgroep in de ISD en hoe een ISD-traject in de praktijk kan verlopen. Vanwege de heterogene doelgroep in de ISD en het uitgangspunt van maatwerk bij de trajecten, zijn deze voorbeelden mogelijk niet representatief.

Leo

Leo is een 32-jarige man, geboren in één van de Baltische staten. Zijn moeder overleed toen hij 1 jaar oud was, waarna hij met zus door zijn oma liefdevol, maar in armoede is opgevoed. Naar zijn zeggen is hij door mensenhandelaars naar Nederland gebracht, verslaafd gemaakt en ingezet voor criminele activiteiten. Zo'n tien jaar terug pleegde hij een aantal strafbare feiten in Nederland, waarna hij vluchtte naar Frankrijk om daar een aantal jaar te verblijven. Leo zegt dat hij daar geen strafbare feiten heeft gepleegd. Terug in Nederland gaat hij weer verder met het plegen van vermogensdelicten. Hij gebruikt dan ook regelmatig cocaïne en heroïne. Zijn middelenafhankelijkheid maakte hem depressief en hij heeft eenmaal een suïcidepoging in zijn cel gedaan. Ook maakte hij een drugsgerelateerde psychose mee. Sinds vorig jaar loopt er een IND-procedure om zijn verblijfsrecht in te trekken. De reclassering verwacht echter dat hij ongeacht de uitkomst naar Nederland zal blijven terugkeren. Omdat Leo geen verblijfsvergunning heeft, komt hij alleen in aanmerking voor een praktisch ISD-traject zonder behandeling. Zijn traject is gericht op het zoeken van werk buiten de PI. Hij heeft geen recht op uitkeringen of verblijf in sociale woonvoorzieningen en kan ook niet aangemeld worden voor ambulante of klinische psychiatrische zorg. Bij de ISD-intake en het trajectbepalingsoverleg toont hij zich desondanks gemotiveerd om zo snel mogelijk, zij het zonder behandeling, van zijn verslaving af te komen en om via een praktisch traject aan het werk te gaan. Hij wilt zo geld opsparen om nog voor het einde van de ISD zelfstandig een kamer te huren. In de ISD blijft Leo doelgericht aan het werk in de PI en hij blijft vragen om stapsgewijs zijn methadon en kalmerende medicatie af te bouwen. Dit doet hij uiteindelijk consequent, zonder te morren. Vier maanden na het trajectbepalingsoverleg start hij goedgehumt met werk bij een aannemer. Hiervoor mag hij naar buiten vanuit de resocialisatieafdeling. Hij heeft inmiddels ook contact en steun aan een naaste die ook in Nederland woont. De ZBIW'ers van de resocialisatieafdeling hebben goede hoop dat hij op eigen kracht zijn ISD succesvol zal afronden. Het is echter nog onbekend hoe de IND-procedure zal aflopen.

Romeo

Romeo is een 38-jarige man, geboren in Suriname. Hij is sinds zijn twaalfde jaar bekend bij Justitie en heeft sindsdien verschillende gewelds- en vermogensdelicten gepleegd, maar ook tweemaal een zedendelict. Hij heeft diverse jeugdmaatregelen (waaronder een PIJ-maatregel), reclasseringstoezichten, werkstraffen, boetes en detenties op zijn naam. Hij is dus een goede bekende bij het regionale Veiligheidshuis. Eerder werd bij Romeo een antisociale persoonlijkheid en een licht verstandelijke beperking (IQ van rond de 65) vermoed, ook al weigerde hij om mee te werken aan het psychologisch onderzoek. Verschillende behandelingen en hulpverlening komen niet van de grond. Deze worden niet uitvoerbaar geacht. Hij is onvoldoende behandeltrouw en laat grensoverschrijdend en dwingend gedrag zien. Romeo krijgt een ISD-maatregel opgelegd voor mishandeling (onder invloed van alcohol) van zijn ex-partner en zijn zoon en feitelijke aanranding van de eerbaarheid. Tijdens zijn ISD-maatregel is hij gewelddadig en vinden andere gedetineerden hem dreigend. De reclassering schrijft een

uitgebreid plan van aanpak met risicotaxatie. Hierop volgend wordt Romeo extramuraal geplaatst met enkelband in een beschermde woonvorm. Hij krijgt daar ambulante zorg van het forensisch FACT team, volgt dagbesteding en krijgt schuldhulpverlening. In de beschermde woonvorm komt hij echter verschillende keren in aanraking met politie vanwege zijn versturende gedrag, zwartrijden in het openbaar vervoer en vanwege het vermoeden dat hij in drugs handelt. Hij overtreedt het contactverbod met zijn zoon en wordt dan tijdelijk teruggeplaatst naar de ISD. Daar is hij grensoverschrijdend naar verpleegkundigen en bedreigt een medewerker op de werkplaats. Hierop volgt een strafoverplaatsing naar een andere PI. Ondanks dit alles wordt hij binnen twee weken alsnog terug in de beschermde woonvorm geplaatst. Daar maakt hij meermaals ongepaste opmerkingen naar het vrouwelijk personeel en randt hij een klant en een medewerker aan bij de fysiotherapie. Een definitieve terugplaatsing naar volgt en van zijn ISD-traject resteren nu nog vier maanden. Romeo weigert na zijn terugkomst met de psychiater in gesprek te gaan. Om toch nog een vervolgbehandeling mogelijk te maken wordt een zorgmachtiging aangevraagd en verleend. Ondanks verschillende inspanningen is er geen plek beschikbaar voor Romeo in een SGLVG-kliniek aansluitend aan de ISD. Hij weigert bovendien mee te werken aan intakes. De zorgmachtiging vervalt dan bij gebrek aan een borgende zorginstelling. Na het eindigen van zijn ISD-maatregel trekt hij in bij zijn moeder.

Rayan

Rayan is een 43-jarige man uit de Randstad en is sinds zijn dertiende jaar bekend bij Justitie. Na de scheiding van zijn ouders belandde hij al snel in de jeugdgevangenis. Hij ging het criminele pad op. Hij is inmiddels meer dan 70 keer veroordeeld, vooral voor vermogens- en geweldsdelicten. Ooit heeft hij, met twee anderen, iemand zwaar mishandeld met blijvend ernstig letsel bij het slachtoffer als gevolg. Rayan leerde in een behandeling op de forensisch psychiatrische polikliniek dat hij dit soort gedrag niet meer moet vertonen. Hij verwacht zelf dat dit moeilijk zal zijn, want hij heeft 'nu eenmaal de genen van zijn vader'. Er is wel eens door een behandelaar tegen hem gezegd dat hij ADHD heeft, maar hij heeft weerzin tegen medicatie daarvoor. Maat houden met middelengebruik kan hij niet. Vooral bij tegenslagen verliest hij zich in alcohol en cocaïne. Terugvallen, na eerdere forensische behandelingen, verklaart hij als *coping* voor het verliezen van naasten. Hij kreeg een ISD-maatregel opgelegd vanwege winkeldiefstal en verduistering. Hij begint enthousiast aan zijn traject en dat lijkt kansrijk, want na langdurige periodes van detentie heeft hij inmiddels een huurwoning en kreeg hij ambulante behandeling voor trauma en agressie. In het Veiligheidshuis constateert men tegelijk dat hij de afgelopen jaren vanuit de woning veel overlast heeft veroorzaakt. Ook vertelt Rayan dat hij te vroeg gestopt is met zijn behandeling. In het trajectbepalingsoverleg voor zijn ISD wordt gekozen voor een klinisch traject met aanmelding voor een Forensisch Psychiatrische Afdeling. In afwachting daarvan wordt in de ISD op basis van een screener de diagnose ADHD aannemelijk genoeg geacht om een proefbehandeling met medicatie te beginnen. Rayan en zijn familie merken dat hij veel rustiger wordt van de ADHD-medicatie. Na plaatsing op de Forensische Psychiatrische Afdeling wordt de diagnose ADHD bevestigd, en Rayan maakt het klinisch traject bijna geheel af. Hij heeft al halve dagen verlof als hij zich uiteindelijk toch definitief aan het programma onttrekt, met de medicatie stopt en het huis van een naaste vernielt. Na terugplaatsing op de ISD is hij wel gemotiveerd om na afloop van de ISD-maatregel in behandeling te gaan bij een forensische polikliniek en om medicatie voor ADHD te blijven nemen. Hij heeft nog een reclasseringstoezicht open staan en informeert de reclassering beperkt over zijn dagbesteding. Door extra inspanningen van zijn senior casemanager van de ISD kan hij na de ISD verder met ambulante behandeling vanuit de begeleide woonvorm waar hij in het laatste deel van zijn ISD-traject geplaatst werd.

4.2 Financiering en capaciteit van personeel (onderzoeksvraag 9)

Omdat afdoende financiering en capaciteit van gekwalificeerd personeel op de ISD belangrijke voorwaarden zijn voor een goede uitvoering van de ISD-maatregel, gaan we als eerste in op de manier waarop deze zaken in de praktijk zijn geregeld. Ook komt aan de orde hoe de personele capaciteit wordt ervaren door de geïnterviewden en welke verbeteringen er mogelijk zijn (onderzoeksvraag 9). De informatie over hoe de financiering is geregeld, is deels afkomstig uit documentatie van DJI en deels uit de administratie van de geselecteerde locaties.

Het beeld dat hier wordt geschetst is van een situatie die vlak na de coronapandemie plaatsvond. Zoals uit bezettingscijfers van de ISD (zie tabel 7a en 7b) en interviews blijkt, was de bezetting vergeleken met voorgaande jaren relatief laag in de hierop volgende periode (2021-2022) en dus ook nog in de periode

waarin dit onderzoek is uitgevoerd. Het lagere bezettingspercentage in het jaar 2017 (78%, tabel 7) kan worden verklaard door opstartfase van de ISD in JC Zaanstad.

Tabel 7a. Gemiddelde intramurale bezetting in de onderzochte ISD-locaties¹⁹⁷

ISD-locatie	Capaciteit	2017	2018	2019	2020	2021	2022
JC Zaanstad	48 ^A	-	4	55	47	43	38
PI Rotterdam, Hoogvliet	48	45	43	46	43	30	25
PI Veenhuizen	60/72 ^B	59	71	71	72	64	64
PI Vught	48	44	47	49	51	40	31
PI Zwolle	22	19	21	18	21	17	14
Totale capaciteit		178	238	238	238	238	238
Totaal bezette plekken		167	186	239	234	194	172
Percentage bezet		94%	78%	100%	98%	82%	72%

^A JC Zaanstad opende officieel in september 2016.

^B Vanaf 2018 nam de capaciteit van de ISD in PI Veenhuizen toe door een verhuizing van 60 plaatsen naar 72 plaatsen.

Tabel 7b. Intramurale en extramurale bezettingscijfers van alle ISD-locaties in Nederland op peildatum 30 september van elk jaar

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Intramuraal	359	400	405	373	365	317
Extramuraal	252	249	260	276	226	161
Totaal	611	649	665	649	591	478

4.2.1 Hoe is de financiering geregeld?

De bekostiging van de ISD door DJI wordt bepaald door het aantal ingeslotenen, de strafmodaliteiten (productenmix) en de doelmatigheid van de bedrijfsvoering. Voor het financieren van het personeel van de vestigingen van de PI's hanteert DJI algemeen en gemiddelde normeringen. Hoe deze normbedragen worden vastgesteld verschilt per functietype. Voor sommige functietypen geldt een algemeen referentiekader op basis waarvan de beschikbare financiering wordt berekend, terwijl de normeringen van andere functies worden vastgesteld op basis van het aantal ingeslotenen (PxQ). Het komt in de praktijk voor dat vestigingen meer gefinancierd krijgen dan deze gemiddelde normen. Wanneer de invulling van dagprogramma's en roosters daarom vraagt, kan bijvoorbeeld van de normen worden afgeweken. Ook is het mogelijk voor PI's om intern (binnen een beperkte bandbreedte) een eigen invulling te geven aan de gefinancierde formatie.

Uit de opgevraagde documentatie van DJI blijkt dat de integrale normprijs van de ISD € 360 per capaciteitsplaats per dag bedraagt. Dit bedrag omvat zowel personeelskosten als materieelkosten en DJI-brede overhead tijdens de intramurale fase van de ISD. Ter vergelijking, een dergelijke normprijs bedraagt voor het huis van bewaring € 297; voor de gevangenis € 304; en voor de PPC¹⁹⁸ € 706 (zie tabel 8). De dagprijs van de ISD lijkt aan de lage kant gezien de complexe problematiek die de ISD-populatie kenmerkt en de doelen van de intramurale fase van de ISD (zoals beschreven in de procedures in paragraaf 3.1.1): het bieden van structuur, stabilisatie en motivering, en er dient screening, diagnose en indicatiestelling voor zorg plaats te vinden.

¹⁹⁷ Volgens registratie opgevraagd bij DJI.

¹⁹⁸ Een kanttekening hierbij is dat de financiering van de PPC niet vanuit het Gevangeniswezen wordt gefinancierd, maar vanuit de Divisie Forensische Zorg en het daarbij behorende (in 2021 geïntroduceerde) Zorgprestatie-model (ZPM).

Tabel 8. Gefinancierde gemiddelde normeringen van inzet in ISD, HvB en Gevangenis per capaciteitsplaats per dag in 2021

Regime	Normprijs
Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) ^A	€ 360
Huis van Bewaring	€ 297
Gevangenis	€ 304
Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC)	€ 706
Verblijfsdag in een instelling voor forensische zorg ^B	€ 246 - € 872

^A Dit betreft enkel de dagprijs voor de intramurale fase exclusief eventuele ambulante zorg.

^B De minimale prijs geldt voor een verblijfsdag met beveiligingsniveau 1 en een beperkte verzorgingsgraad (prestatiecode VD0010) en de maximale prijs voor een verblijfsdag met beveiligingsniveau 4 en zeer intensieve verzorgingsgraad (prestatiecode VD0056). Deze prijzen zijn exclusief (individuele of groeps)consulten, toeslagen en overige zorgprestaties.

Het aantal ingesloten en de eigenschappen van gedetineerden zijn voor het gevangeniswezen een gegeven dat niet kan worden beïnvloed. Echter, het blijkt dat de samenstelling van de instroom van ingesloten de afgelopen jaren van aard is veranderd. DJI heeft in toenemende mate te maken met personen die onbegrepen gedrag vertonen en ingesloten met psychische problemen of licht verstandelijke beperkingen.¹⁹⁹ Dergelijke ontwikkelingen hebben de taken van DJI verzaaid. Ook voor de ISD zijn er signalen dat de doelgroep zwaarder is geworden. In de startnotitie voor dit onderzoek, opgesteld door de opdrachtgever, staat vermeld dat *“uit de gesprekken met DJI alsmede portefeuillehouders ISD van J&V is gebleken dat de problematiek van de doelgroep de laatste jaren zwaarder is geworden”*. In de ISD gaat het thans om een doelgroep die veelal kampt met middelenverslaving en persoonlijkheidsstoornissen, al dan niet in combinatie met een LVB. Dit vergt veel van het personeel op de ISD-afdelingen.

Om te bezien of de financiering van de ISD is toegenomen met het zwaarder worden van haar populatie, zijn vergelijkbare normprijzen door de jaren heen voor de financiering van personeelsformatie opgevraagd bij DJI. Tabel 8 geeft een overzicht van de ontwikkeling van deze financiering vanaf 2004 (het jaar waarin de SOV werd vervangen door de ISD) tot en met 2022. Sinds 2008 is de beschikbare formatie voor de ISD toegenomen over de jaren. De formatie ratio totale inzet ISD betrof 0.83 in 2008 en 0.93 in 2022 (tabel 8), wat wijst op een toename van de financiering van de ISD. Ten opzichte van de SOV is de formatie per plaats van de ISD echter op alle meetmomenten lager.²⁰⁰ Ter vergelijking zijn ook de formaties over de jaren tussen 2004 en 2022 van het huis van bewaring en de gevangenis toegevoegd aan tabel 8. Beide regimes hebben minder financiering voor formatie ten opzichte van 2004, met de grootste daling tussen 2004 en 2008. De financiering voor personeel van het huis van bewaring is vervolgens na 2008 iets afgenomen, terwijl de formatie van de gevangenis iets is toegenomen.

Tabel 9. Normprijzen per capaciteitsplaats inclusief overhead van ISD, HvB en Gevangenis in 2022

	2004	2008	2013	2018	2022
Formatie ratio totale inzet SOV	1,1053	-	-	-	-
Formatie ratio totale inzet ISD	-	0,8344	0,9023	0,8933	0,9261
Formatie ratio totale inzet HvB	0,8271	0,6812	0,6665	0,6647	0,6766
Formatie ratio totale inzet Gevangenis	0,8446	0,6919	0,6903	0,6849	0,7028

De reeds genoemde formaties betreffen meerdere functiegroepen binnen de regimes. Om meer gericht inzicht te krijgen in de financiering en samenstelling van het personeel in de ISD is daarom ook de personeelscapaciteit in de zogenoemde *Fulltime-equivalent* (fte) eenheid opgevraagd bij de ISD-locaties die voor dit onderzoek bezocht zijn (zie tabel 9). Te zien is dat de beschikbare inzet van ZBIW'ers en afdelingshoofden vergelijkbaar is tussen de vijf geselecteerde locaties (tussen de 0.38 en 0.42 fte per plaats). De beschikbaarheid van senior casemanagers kent grotere verschillen tussen de locaties (tussen 0.08 en 0.18 fte per plaats). Data over andere functiegroepen zijn onvolledig. Daarnaast zijn de functies van psycholoog, psychiater en verpleegkundige (en in een enkel geval ook senior

¹⁹⁹ Den Bak e.a., 2018; Koopmans e.a., 2021; PwC 2020.

²⁰⁰ In eerder onderzoek uit 2006 bleek ook al dat de vergoeding per ingeslotene per dag bij de SOV hoger lag (€ 208,30) dan bij de ISD (€ 169,03). Zie daarvoor het onderzoek van Biesma e.a. 2006.

casemanagers) niet enkel voor de ISD beschikbaar, maar ook voor andere regimes binnen de PI. Dit maakt vergelijking lastig. Dit laatste gegeven maakt wel duidelijk dat ondanks de aanwezigheid van bepaalde functies, dit niet betekent dat de ISD er ook volledige beschikbaarheid over heeft. In de hierop volgende onderdelen wordt besproken hoe betrokken medewerkers dit ervaren.

Overzicht beschikbaar personeel

Figuur 1 (volgende pagina) geeft een overzicht van welk personeel er beschikbaar is voor de bezochte ISD-locaties en in welke verhouding ten opzichte van elkaar. Er zijn echter nog een aantal kanttekeningen bij deze cijfers. Ten eerste, zijn niet alle cijfers van de beschikbare fte's van de gedragskundige functies compleet (aangegeven met een vraagteken in de figuur). Dit komt doordat deze functionarissen niet enkel voor de ISD, maar ook voor andere afdelingen beschikbaar zijn. Het exacte aandeel ter beschikking van de ISD bleek niet te achterhalen. Het aantal fte van de (GZ-)psychologen en psychiaters moet om deze reden, ook voor de locatie waar wel cijfers van zijn ontvangen, met enige voorzichtigheid gelezen worden. Ten tweede is er voor de ISD-locatie in PI Hoogvliet 2 fte beschikbaar, maar is op het moment van het onderzoek (juni, 2022) slechts 1,5 fte ingevuld.

4.2.2 Hoe wordt de financiering en personeelscapaciteit ervaren?

Naast het opvragen van cijfers over personeelsbezetting, is ISD-medewerkers ook gevraagd naar hoe zij de personeelscapaciteit ervaren. Op vrijwel alle locaties onderschrijft men dat met name de formatie van gedragsdeskundigen (psychologen en psychiaters) “aan de krappe kant” is (Afdelingshoofd, 21-3). Over de andere functies zijn de meningen wisselender. Zo geven de meeste ZBIW'ers en Senior casemanagers aan dat ze geen hoge werkdruk ervaren. Hoewel ze vinden dat het werk intensief is en zwaar kan zijn, helpen factoren zoals een goede werksfeer en een hecht team waarop men kan terugvallen bij het ervaren van minder druk. Afdelingshoofden op de ISD vinden dat hun werk zwaarder is dan dat van afdelingshoofden van andere (niet-ISD) afdelingen binnen een PI. Ze geven aan dat er geen financiële compensatie tegenover deze extra werkdruk staat: “niet iedereen kan dit vak aan, je moet er van houden” (Afdelingshoofd, 21-3).

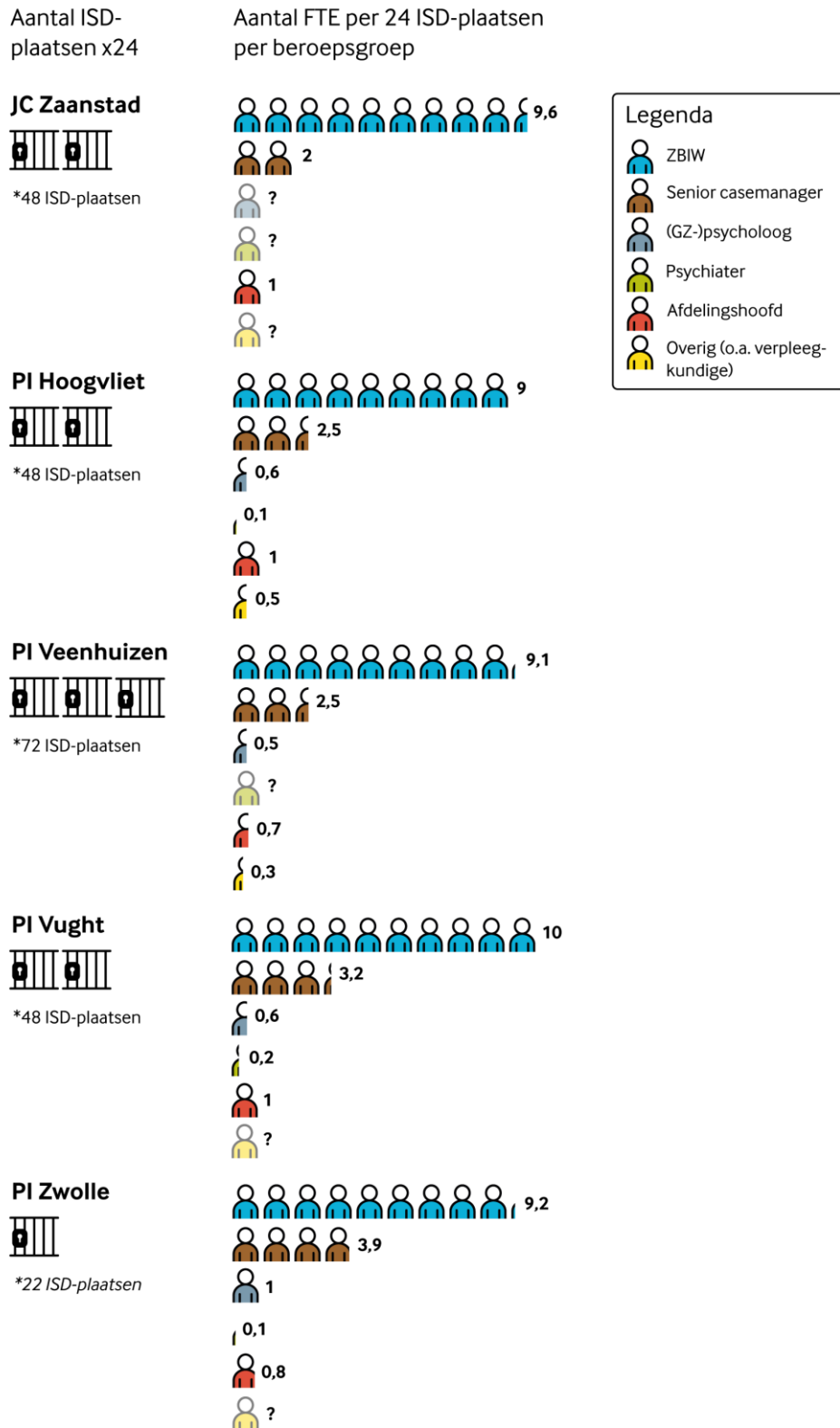
Tegelijk zijn de geïnterviewden het er over eens dat meer formatie voor het afdelingspersoneel en de afdelingshoofden gewenst is, omdat het mogelijkheden biedt om de ISD-maatregel beter uit te voeren. Dit houdt in dat kerntaken, zoals diagnostiek, stabilisatie en motivatie regelmatig niet of onvoldoende uitgevoerd kunnen worden en dat medewerkers kansen laten liggen om iets extra's te doen voor de ISD'ers. Het komt nu regelmatig voor dat er onvoldoende bezetting is om de benodigde diagnostiek uit te voeren. Met name bij kleinere ISD-locaties, en bij locaties waar geen PPC aanwezig is in de PI, is dit een veelvoorkomend probleem. Daarnaast geven gedragsdeskundigen zelf aan dat hun functie ook cruciaal is in het onderhouden van een goed netwerk met ketenpartners, met name in de forensische zorg. Dit belang onderschrijven de afdelingshoofden. Een extra belemmerende factor hierbij is dat het verloop onder gedragsdeskundigen hoog is. Dat geldt niet alleen voor de ISD-afdelingen, maar voor de gehele PI. Een andere belemmerende factor voor gedragsdeskundigen op de ISD is dat zij vaak ook beschikbaar dienen te zijn voor andere afdelingen en regimes binnen de PI:

“Waar we voornamelijk last van hebben is eigenlijk dat de ISD valt onder het reguliere regime. Het zou mooi zijn als dat gewoon losgekoppeld kan worden en we een ISD-regime krijgen. Waarom hebben we daar last van? We willen het leefklimaat veranderen op de afdeling. Het is een maatregel. We willen dat de overstap naar de kliniek kleiner wordt. Maar daar is geen geld voor. We merken het ook in de dagelijkse zorg. Ze hebben meer zorg nodig, maar een psychiater... Dat is moeilijk, want dat is voor het PPC. Dat is niet voor regulier. Ik vind onszelf eigenlijk meer PPC dan regulier. De kwetsbaarheid, de grilligheid..” (Afdelingshoofd, 20-5).

Ook geven medewerkers aan dat zij bepaalde bij de ISD behorende ondersteuning, zoals stabilisatie, motivatie en begeleiding, in de huidige situatie niet kunnen bieden vanwege de krappe bezetting van afdelingspersoneel: “de kwaliteit neemt ook wel af hè, want dan is het allemaal snel, snel” (senior casemanager, 12-4). Zo geeft een ZBIW'er aan dat hij in het afgelopen jaar, toen de instroom op zijn ISD-afdeling uitzonderlijk laag was²⁰¹, meer tijd kon investeren in zijn relatie met de ISD'ers op zijn

²⁰¹ Gerelateerd aan de coronamaatregelen.

Figuur 1. Personeelscapaciteit in de vijf bezochte ISD-locaties: juni, 2022



Legenda

- ZBIW
- Senior casemanager
- (GZ-)psycholoog
- Psychiater
- Afdelingshoofd
- Overig (o.a. verpleegkundige)

afdeling en aan het begeleiden van hen: *“En natuurlijk merk ik dat ik veel meer betrokken ben bij de jongens”* (ZBIW'er, 12-4). Ook andere collega's op zijn afdeling merkten dat: *“Nu kun je wat dieper kijken en zaken navragen en daadwerkelijk doen. Ja, dat je meer rust hebt om het beter te kunnen beoordelen dan in crisis. (...) Het verschil voel je gewoon, dat is gewoon kwaliteit en levert meer op”* (senior casemanager, 12-4). In de drukke periodes die eerder voorkwamen voelde het voor het personeel soms als “aanmodderen”. Ze zien er tegenop om weer een dergelijk hoge caseload te krijgen wanneer de instroom weer op normaal niveau komt. In de situatie met normale instroom is er dus niet of nauwelijks een buffer in de capaciteit: *“in PI [geanonimiseerd, red], waren twee basispsychologen en één GZ-psycholoog. Die [GZ-psycholoog, red] gaat met zwangerschapsverlof, geen vervanging. Dan stort het hele kaartenhuis in”* (senior casemanager, 21-3). In één van de locaties geven geïnterviewden aan niet genoeg personeel te hebben om ISD'ers naar buiten te begeleiden. Hierdoor kan er per dag maar maximaal één ISD'er naar buiten.

Daarnaast geven medewerkers ook aan dat er nauwelijks geld beschikbaar is voor “extra” of “leuke” activiteiten: *“De financiering is gebaseerd op een basisregime. Als je iets extra's wilt doen, moet je elders compenseren. De organisatie is daar heel erg rigide in.”* (Plaatsvervangend directeur, 16-3). Enerzijds zijn het krappe budgetten en anderzijds de houding van de organisatie die beperkend zijn om activiteiten te organiseren in de ISD. Meerdere geïnterviewden geven aan dat het moeilijk is om bepaalde activiteiten te verantwoorden richting DJI: *“Jullie doen maar wat horen we vaak”* (Afdelingshoofd, 14-4). Zo werd er bijvoorbeeld in één van ISD-locaties de behoefte uitgesproken door ISD'ers en het afdelingspersoneel om een oude motorfiets aan te schaffen om aan te sleutelen of om een keer met een groepje ergens koffie te drinken of te gaan vissen: *“Dat was een no-go.”* (Plaatsvervangend directeur, 16-3).

4.2.3 Verbetermogelijkheden financiering en personeel

Op basis van de hierboven geschetste resultaten en aanbevelingen van geïnterviewde betrokkenen kunnen de volgende verbetermogelijkheden worden geformuleerd:

- Medewerkers van de ISD ervaren een hoge doorstroom van personeel, met name bij gedragsdeskundigen en zijn van oordeel dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van uitvoering van de ISD. Het is daarom belangrijk om doorstroom van personeel zoveel mogelijk te voorkomen. Vaak kost het jaren om een netwerk met ketenpartners en een bepaalde werkcultuur op de afdeling te realiseren, doorstroom van personeel breekt dat af.
- In de huidige situatie worden op de ISD ook niet-geregistreerde psychologen (in opleiding) ingezet. Zij mogen minder dan geregistreerde psychologen, maar kunnen alsnog een belangrijke ondersteunende rol spelen voor de ISD. Als hun rol beter wordt uitgewerkt en beschreven dan kunnen zij de personeelscapaciteit structureel vergroten en de kwaliteit van uitvoering van de ISD vergroten.
- Er lijkt structureel te weinig financiering te zijn om een bezetting neer te zetten die nodig is voor de ISD en de daarbij behorende doelgroep. Bovendien is er op veel locaties geen buffer bij uitval van personeel. Met name gedragsdeskundigen (psychiaters en psychologen) zijn ‘dun uitgesmeerd’ over de gehele PI en zijn daardoor onvoldoende beschikbaar voor de ISD.
- Betrokken medewerkers op de ISD ervaren dat qua kenmerken en behoeften, de ISD-doelgroep meer op de PPC-doelgroep lijkt dan op die van de Gevangenis of het HvB. In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk (4.2.1) wordt echter duidelijk dat qua financiering, de ISD meer op de laatstgenoemde reguliere regimes lijkt. Een verbetermogelijkheid is dus om de financiering van de ISD meer richting die van de PPC te laten gaan. Verken hierbij ook de mogelijkheid om de ISD, net als de PPC, via het Zorgprestatie-model van de Forensische Zorg te financieren, in plaats van via de PI.
- De inschaling van een Afdelingshoofd ISD is even hoog als bij andere PI-afdelingen, maar de ISD kent meer complexe problematiek. Het vergt veel van mensen om dag in dag uit alles in goede banen te leiden en een adequate bejegening en begeleiding te kunnen bieden. Een verbetermogelijkheid is om de inschaling op de ISD hoger te maken.
- De ISD vraagt soms meer flexibiliteit, ruimte in regels en tijd en bijzondere activiteiten vanwege de bijzondere doelgroep. De huidige financiële kaders bieden die ruimte echter niet. De uitvoering van de ISD zou dus verbeterd kunnen worden als er vrij budget komt voor op maatwerk afgestemde activiteiten.

4.3 Contextfactoren van de PI (onderzoeksvraag 12)

Onderzoeksvraag 12 heeft betrekking op hoe de tenuitvoerlegging van de ISD in verhouding staat met factoren die te maken hebben met de context van de PI. De ISD bevindt zich namelijk altijd binnen de muren van het PI-complex met verschillende inrichtingen. Deze context is erg bepalend voor hoe de ISD-maatregel uitgevoerd kan worden. In een PI gelden bepaalde interne regels en procedures, en er is bijvoorbeeld op het gehele terrein van de PI sprake van een beveiligingsniveau waarbij gedetineerden niet zomaar naar binnen of naar buiten kunnen. In deze paragraaf worden daarom de voor de ISD relevante contextfactoren van de PI besproken, waaronder de inrichting van de ISD (in fases en afdelingen), de werkcultuur in de ISD (versus die van de rest van de PI), het leefklimaat op de ISD, de fysieke context (het gebouw), het drugsontmoedigingsbeleid en de recent ingevoerde Wet Straffen en Beschermen (en de bijbehorende risicoscreener). De ervaringen met deze context van de geïnterviewde professionals die bij de ISD betrokken zijn staan centraal. Ten slotte worden er op basis van de resultaten een aantal verbetermogelijkheden geformuleerd.

4.3.1 Inrichting ISD: differentiatie in fases en afdelingen

Op basis van de beschikbare informatie over de beoogde procedures rondom de ISD zoals beschreven in hoofdstuk 3, blijkt dat ISD-locaties verschillende verplichtingen hebben rond de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel. Ook is eerder in dit rapport (Hoofdstuk 3) geconstateerd dat de beschreven beleidstheorie en landelijke procedures ruimte laten voor lokale invulling van de ISD. Dit verschil in invulling en uitvoering van de ISD werd in de groepsinterviews in de vijf geselecteerde locaties bevestigd: *“er is geen uniforme werkwijze”* (Afdelingshoofd, 20-5).

Kijk, in de tijd dat de ISD ontstond ging het allemaal een beetje gezamenlijk op. Er waren gezamenlijke plannen, gezamenlijk werd er uitvoering aan gegeven en er was landelijke sturing. Maar gaandeweg zie je het product in allerlei inrichtingen verschuiven, het raakt een beetje in het verdomhoekje. Er worden ook nieuwe afdelingen opgestart die zelf opnieuw het wiel willen uitvinden met de ISD, met de informatie die ze op dat moment hebben. Zo zijn er gewoon dingen waardoor je een beetje scheefgroei in de uitvoering krijgt. (Afdelingshoofd, 21-3)

Voor dit onderzoek zijn alle ISD-afdelingen van de vijf geselecteerde locaties door de onderzoekers bezocht en geobserveerd tijdens rondleidingen. De observaties van de onderzoekers bevestigen al enkele verschillen tussen locaties. In drie bezochte locaties is er bijvoorbeeld een ‘huiselijke’ gemeenschappelijke ruimte op de afdeling tussen de cellen, met een paar banken, een televisie en een keuken. In de twee andere bezochte locaties, zijn de gemeenschappelijke ruimtes aanzienlijk soberder en kaal.²⁰² Verder werd in de (groeps)interviews duidelijk dat er verschillen zijn in de manier waarop de locaties de ISD inrichten in verschillende afdelingen. Hierop gaan we hieronder verder in.

Onderscheid in fasering of persoonskenmerken

Op één locatie na hebben alle bezochte ISD-locaties meerdere afdelingen binnen de ISD. Eén van de vijf bezochte locaties onderscheidt een inkomsten-afdeling en de tussenfase-afdeling. Op een andere ISD-locatie worden vier verschillende afdelingen gehanteerd waar ISD’ers op basis van bepaalde persoonskenmerken of gedrag kunnen worden ingedeeld: ‘inkomsten’, ‘teruggeplaatsten’, ‘kwetsbaren’ (of LVB) en ‘reguliere’. Op de overige drie locaties zijn de afdelingen gemengd. Op drie locaties geven de geïnterviewden aan dat er een duidelijke visie achter de inrichting van de afdelingen schuilt. Op deze locaties vinden de medewerkers over het algemeen dat deze visie van hun eigen aanpak beter is dan wat er elders gebeurt, ongeacht of er gefaseerd onderscheid wordt gemaakt in afdelingen of dat deze gemengd zijn. Op één locatie bestonden er tot voor kort een inkomsten- en een tussenfaseafdeling, maar zijn deze afdelingen ‘gelijk getrokken’. De reden achter het gelijktrekken van de afdelingen is volgens een geïnterviewd afdelingshoofd onbekend.

Medewerkers van ISD-locaties waar bewust onderscheid gemaakt wordt in gefaseerde afdelingen beschrijven enkele voordelen van hun aanpak. Zo kan doorplaatsing naar een tussenfase-afdeling als beloning voor goed gedrag worden ingezet en terugplaatsing als sanctie. Zo is er een zogenoemde stok achter de deur. Op de inkomstenafdeling wordt in zo’n geval ook een andere nadruk gelegd ten opzichte

²⁰² Waar de drie afdelingen met een gemeenschappelijke keuken en zitruimte meer lijken op een woongroep, lijken de overige 2 afdelingen meer op het huis van bewaring en gevangenis afdelingen.

van de tussenfase-afdeling: *“continu op die structuren zitten, de dingen in kaart brengen, continu op de regels zitten”* (Afdelingshoofd, 21-3). Deze inkomstenafdeling draait tevens om het voorbereiden op de volgende fase door veel aandacht te besteden aan indicatiestelling en uitzetten van een trajectplan. Op de tussenfase-afdeling kan het personeel “de teugels een beetje loslaten” en wordt verwacht dat de ISD’ers meer zelfstandig zijn.

Op een andere ISD-locatie zijn de afdelingen niet gefaseerd, maar wordt het onderscheid meer gemaakt op basis van kenmerken van de ISD’ers. Hoewel er een inkomstenafdeling is, worden de overige afdelingen niet als tussenfase-afdeling bestempeld. In plaats daarvan wordt op de inkomstenafdeling voor elke ISD’er bekeken op welke afdeling deze het best zou passen, bijvoorbeeld aan de hand van persoonlijkheid, bepaalde persoonskenmerken of niveau van motivatie om mee te werken: *“vaak hebben we dan al een indicatie naar welke afdelingen ze naartoe gaan. Als het bijvoorbeeld echt een L-klant is, dan kan het best zijn dat we die al vrij snel doorplaatsen naar L, naar de LVB-afdeling. Er is niet echt een concrete tijdsfactor van zoveel dagen of zoveel weken op de inkomstenafdeling”* (ZBIW’er, 30-5). Op deze locatie hangt de tussenfase dus niet samen met de afdeling waarop de ISD’er verblijft, maar van zijn traject.

Geen onderscheid tussen afdelingen binnen de ISD

Medewerkers van locaties waar bewust geen verschillende afdelingen worden gehanteerd, merken op dat dit verschillende voordelen heeft voor zowel de ISD’ers als het personeel. Het voorkomt bijvoorbeeld onrust onder de ISD’ers, omdat ze minder spanning ervaren zonder ‘dreiging’ van een terug- of overplaatsing. In het verleden toen er nog verschillende afdelingen waren, merkten medewerkers bijvoorbeeld dat iemand die teruggeplaatst werd van een tussenfase-afdeling naar een inkomstenafdeling de sfeer en behandelingsmotivatie op de inkomstenafdeling kon verstoren. De anderen op die afdeling krijgen die negatieve ervaring met het traject van een ander mee en dat kan de verwachtingen over hun eigen traject aantasten. Een andere reden die wordt genoemd om geen verschillende afdelingen te hanteren is dat op deze manier meer een *“vaste club waar er af en toe eentje wisselt”* (GZ psycholoog, 14-4) kan ontstaan met ‘bekende gezichten’. Dat zorgt voor een betere continuïteit van het traject. Voor het personeel maakt dit het beheersen van de groepsdynamiek eenvoudiger, omdat de mensen op de afdeling beter bekend zijn met elkaar. Ook zorgt het voor meer variatie voor het personeel op de afdeling, doordat zij de ISD’ers in verschillende fasen moeten begeleiden: *“het is wel heel saai als je alleen maar de inkomstenafdeling doet”* (Afdelingshoofd, 14-4).

Op één van de ISD-locaties wordt geen onderscheid gemaakt tussen afdelingen, vanwege fysieke beperkingen van het gebouw. Op deze locatie geven geïnterviewde medewerkers aan dat er ook gedetineerden met andere titels verblijven op dezelfde gang als de ISD, bijvoorbeeld gedetineerden van de terroristenafdeling (TA) en langgestraften (Gevangenis). Een aantal cellen op deze afdeling heeft formeel de bestemming voor niet-ISD’ers, maar soms worden de voor de ISD bestemde cellen toegewezen aan overige gedetineerden: *“Het is vaak lastig [voor personeel] om te schakelen, ‘oké, wacht even, met wie ben ik nu.’”* (ZBIW’er, 20-5). Hoewel ze erkennen dat deze keuzes vaak uit nood worden gemaakt, zijn de geïnterviewde medewerkers niet tevreden over deze gang van zaken. Zij hebben het gevoel dat de ISD niet serieus genomen wordt. Ze omschrijven de ISD’ers als een kwetsbare doelgroep die onder druk kan worden gezet en wordt beïnvloed door de ‘sterkere’ gedetineerden uit andere regimes als ze zo dicht bij elkaar zitten en dus contact met elkaar hebben.²⁰³ Bijvoorbeeld voor het invoeren van drugs, omdat tijdens de tussenfase de ISD’ers vaker extramuraal gaan (voor ambulante behandeling of re-integratieactiviteiten). Dit zorgt voor onrust op de afdeling en gaat ten koste van het traject-klimaat voor de ISD’ers.

Combinatie van ISD en PPC

Ten slotte is er één locatie die sinds ongeveer een jaar experimenteert met een zogenoemde ISD-PPC afdeling. Deze afdeling bevindt zich fysiek in het gebouw bij de andere PPC-afdelingen (en dus los van de andere ISD-units) en is ook ingericht als een PPC-afdeling. Hier verblijven echter enkel ISD’ers (N=12). De afdeling is volgens de medewerkers opgericht voor een doelgroep in de ISD die behandeling nodig heeft, maar door *“hun problematiek gaan ageren, gaan gebruiken, gaan terugvallen,*

²⁰³ Zoals eerder genoemd is het volgens beleidsstukken en de productspecificatie ISD nadrukkelijk de bedoeling dat ISD’ers zo min mogelijk met gedetineerden uit andere regimes in contact komen. Dit blijkt dus in de praktijk niet overal mogelijk.

probleemgedrag laten zien, en worden teruggestuurd [uit klinieken]” (GZ-psycholoog, 22-3). Een ISD-traject op de ISD-PPC wordt beschreven als een intramurale klinische behandeling, omdat er meer behandel­faciliteiten (en personeel) zijn op deze afdeling. Bijkomend voordeel is dat de ISD'er niet weggestuurd hoeft te worden vanwege zijn gedrag. Een nadeel dat genoemd wordt van deze aanpak is dat verlof krijgen op de PPC moeilijker is, waardoor minder geoefend kan worden met extramurale vrijheden. Een kanttekening hierbij is dat de ISD-PPC is opgestart tijdens de coronapandemie, toen verlof helemaal niet mogelijk was. Er is dus nog weinig ervaring opgedaan met verlof op deze nieuwe afdeling.

4.3.2 Een eigen werkcultuur

De verschillen in uitvoering tussen ISD-locaties komen ook uit tot uitdrukking in de ‘eigen aanpak’ die medewerkers beschreven. Deze verschillende aanpakken weken niet sterk af van het algemene doel van de ISD, maar kende vooral eigen accenten: *“Wij springen er samen met [naam andere PI] uit ten opzichte van de andere ISD-locaties op het gebied van zorg. We passen meer behandel­technieken toe in de PI.”* (Afdelingshoofd, 20-5). Kenmerkend voor alle aanpakken is dat medewerkers het belang van een ‘hecht’ teamgevoel of werkcultuur onder medewerkers op de ISD benadrukken. Op alle locaties wordt het belang van met ‘de neuzen dezelfde kant op staan’ benadrukt. Dit gaat bijvoorbeeld over het faciliteren van ‘korte lijnen’ in de onderlinge communicatie, waardoor ISD'ers weinig tot geen ruimte krijgen om te ‘sjacheren’.²⁰⁴ De werkcultuur gaat bovendien over gedeelde visies, bijvoorbeeld over hoe om te gaan met bepaald gedrag en de trajecten van de ISD'ers. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 is in één van de locaties een specifieke visie over de invulling van de ISD op papier gezet (Plan van PI a). De medewerkers van deze locatie onderschrijven het belang van deze visie en kunnen beschrijven hoe dit zich uit in het dagelijks handelen op de afdeling. Ook beschrijven zij hoe ze vaak vragen krijgen van collega's van andere regimes binnen de PI over deze ‘eigen’ werkwijze omdat deze zo afwijkt van wat andere regimes doen. Op een andere locatie is geen visie op papier gezet, maar maakt men gebruik van een lokaal ontwikkelde methode (zie hoofdstuk 3, werkmap van PI c) die ISD'ers helpt om vat te krijgen op hun traject. In een overzichtelijke, voor deze methode ontwikkelde, map staat in simpel taalgebruik uitgelegd wat er mogelijk is in het traject en welke afspraken er zijn gemaakt met medewerkers. Het werken met deze map helpt de medewerkers ook om op één lijn te zitten, omdat alle afspraken en voortgang geregistreerd staan.

Vrijwel alle geïnterviewde medewerkers zien hun werkwijze als ‘anders’ ten opzichte van andere regimes en afdelingen in de PI. Er is overeenstemming over dat men in de ISD minder ‘blauw’ is. Dat wil zeggen, dat men minder de nadruk legt op beveiligen en sanctioneren en meer nadruk op zorg en het traject van de ISD, inclusief het bespreken en leren van incidenten. Dit komt, volgens geïnterviewden, doordat de ISD met een andere doelgroep te maken heeft vergeleken met de reguliere afdelingen. Er is een bepaalde begrip nodig voor deze doelgroep bij het personeel. Een van de afdelingshoofden beschrijft dat hij wel eens psychologen en casemanagers inzet om het gedrag van de ISD'ers uit te leggen aan beveiligers, om dit begrip te kweken bij nieuwkomers of tijdelijke invalkrachten. Vaak wordt er geprobeerd om bij het werven van nieuwe medewerkers, mensen uit te zoeken die goed bij deze manier van werken passen en om de benodigde vaardigheden en houding te ontwikkelen bij nieuwe medewerkers.

4.3.3 Leefklimaat en intramurale zorg

Hoewel onbenoemd in de onderzoeksvragen, lieten de geïnterviewden betrokkenen bij de ISD regelmatig de term ‘leefklimaat’ vallen bij het bespreken van de intramurale ISD. Dit kwam onder andere voort uit het gegeven dat de ISD een maatregel betreft en geen straf, en dat daarmee het ondersteunen van de ISD'er bij diens problematiek een belangrijke doelstelling is. Volgens deze gedachte dient verblijf op de ISD tot meer dan enkel het detineren van een persoon. Een aantal geïnterviewden spraken in die context van het belang van een ‘therapeutisch’ of ‘pedagogisch’ leefklimaat in de ISD. Hiermee bedoelen zij, dat alleen al het verblijven op de ISD een therapeutische werking zou moeten hebben en dat dit niet alleen bijdraagt aan het stabiliseren van problematiek, maar ook aan het verbeteren ervan.

²⁰⁴ Medewerkers omschrijven dat de ISD'ers goed zijn in het tegen elkaar uitspelen van medewerkers. Bijvoorbeeld door dezelfde vraag aan meerdere medewerkers te stellen en de verschillen in antwoorden te gebruiken voor eigen gewin. Door de zogenoemde ‘korte lijnen’ die verschillende functies die op de ISD werken met elkaar hebben wordt dit voorkomen.

Er bestaan verschillende gedachten over hoe dit leefklimaat het beste vormgegeven kan worden. Bijvoorbeeld over hoe een bepaalde attitude van afdelingspersoneel hieraan bij kan dragen. Sommige geïnterviewden vinden bijvoorbeeld dat een meer autoritaire en strenge houding richting de ISD'ers het beste is om het gedrag te conditioneren ('de teugels straks houden'), terwijl andere geïnterviewden meer heil zien in een 'vergevend' leefklimaat, waar de ISD'er juist meer ruimte heeft om de fout in te gaan om daarvan te kunnen leren ('ze horen hun hele leven al dat ze alles fout doen'). Op alle bezochte locaties vinden medewerkers de omgangsvormen tussen medewerkers en gedetineerden in de ISD anders dan op de reguliere gevangenisafdelingen: *"Niet te strak, maar een beetje losjes. HvB is veel meer pappen en nathouden. Eigenlijk zorgen we ervoor dat we achter ze komen te staan. Dat ze het gevoel hebben dat je met ze mee wil denken en dan krijgen ze op een gegeven moment een bepaalde bereidheid."* (Senior casemanager, 10-5). ISD-medewerkers die nog in de SOV hebben gewerkt noemen daarnaast dat in de SOV het personeel in burgerkleding werkte ten behoeve van het therapeutisch klimaat: *"Maar ik merk ook.. Heel af en toe loop ik hier [op de ISD-afdeling] in burger. Dan heb je gelijk een hele andere connectie. Ze zoeken op een andere manier contact met je. Omdat je misschien een meer open uitstraling hebt, omdat je je misschien ook fijner voelt in je burgerkleding. Ik weet niet wat het is, maar je ziet wel dat er anders op gereageerd wordt."* (ZBIW'er, 10-5). In één van de locaties werd ter aanvulling van het leefklimaat ook genoemd dat een standaard behandelaanbod op de ISD wenselijk is: *"Ik zou eigenlijk ook graag een basisaanbod willen bieden op de afdeling zelf: 'een verslavingsbehandelingsgroep'. Dat lijkt me gewoon noodzakelijk. Met deze doelgroep kan je hier eigenlijk niet omheen, maar het is er niet. (..) Het is nu eigenlijk meer regulier plus."* (Psycholoog, 20-5). Volgens deze psycholoog is een standaard intramuraal behandelaanbod ook nodig om de ISD meer te onderscheiden van de rest van de PI.

Zoals uit hoofdstuk 3 blijkt, zijn er geen onderbouwde landelijke richtlijnen of doelen voor een therapeutisch leefklimaat geformuleerd. In de huidige situatie blijkt de invulling van het leefklimaat met name afhankelijk van de (team)visie van het lokale ISD-personeel. Dit verschilt dus per locatie en in sommige gevallen zelfs per afdeling. Er is wel overeenstemming onder de geïnterviewden dat het realiseren van een leefklimaat, dat daadwerkelijk therapeutisch kan zijn, in de huidige situatie bijna niet mogelijk is. Daarvoor wordt de personeelscapaciteit en het feit dat de ISD zich in een PI bevindt als te beperkend ervaren. Over de personeelscapaciteit is het een en ander beschreven in paragraaf 4.1 en in het onderdeel hierna volgt meer uitleg over hoe de context van de ISD in een PI als beperkend kan worden ervaren.

Ten slotte zijn er door geïnterviewde betrokkenen verschillende opmerkingen gemaakt over beperkingen van het dagprogramma voor de ISD, dat leidend is wanneer ISD'ers intramuraal verblijven. Uit interviews (maar ook uit de Productspecificatie ISD) blijkt dat het dagprogramma voor de ISD nauwelijks verschilt van het reguliere dagprogramma van het Gevangeniswezen. Omdat het dagprogramma leidend is, moeten verschillende begeleidings- of behandelactiviteiten binnen bepaalde blokken plaatsvinden: *"of het nu een CoVa-training is of een keer naar het REC - het moet in dat vierkantje"* (Staf functionaris, 30-5). Activiteiten die bij moeten dragen aan de gedragsveranderende doelstelling van de ISD mogen bijvoorbeeld arbeid niet overschrijden: *"Terwijl het gros hier nooit betaald werk zal gaan verrichten. Zeg maar gerust 90% niet. Je moet dan meer kijken naar dagbesteding. Maar hierbinnen [in de PI] naar dagbesteding kijken.. Dat kan niet. De arbeid is hier zo heilig, terwijl voor vele dagbesteding het hoogst haalbare is."* (Staf functionaris, 30-5). Zo komt het regelmatig voor dat er van ISD'ers die al een Wajong-uitkering hebben verwacht wordt dat zij arbeidsproductie draaien. Het volle programma maakt verder lastig voor het afdelingspersoneel om rustige momenten te hebben: *"Je hebt heel beperkte tijd voordat ze achter de deur gaan - tijdens de pauze bijvoorbeeld - om even met iemand te spreken. Het is in alle gevallen ondergeschikt aan het dagprogramma."* (Senior casemanager, 20-5). Hoewel het afdelingspersoneel erkent dat een dagprogramma ook helpend kan zijn bij het creëren van structuur, vinden ze dat niet het programma, maar de ISD'ers leidend moeten zijn, *"en daar omheen maak je een programma"* (Afdelingshoofd, 20-5). Overigens kan een ISD'er vrijstelling van het dagprogramma krijgen (na toestemming van de VC) op dagen dat hij of zij extramuraal activiteiten heeft. Echter, uit deze verder vrij rigide toepassing van het dagprogramma, gevonden in alle bezochte ISD-locaties, blijkt hoe moeilijk het is voor de ISD om een eigen werkwijze te hanteren binnen de PI.

4.3.4 De context van de PI als gebouw

Zoals blijkt uit het voorgaande is de setting waar de ISD ten uitvoer wordt gelegd, bepalend voor hoe deze kan worden uitgevoerd. Deze context, van de PI (en soms DJI) als organisatie en van het fysieke gebouw (of complex), vormt een belangrijke verklaring voor de knelpunten die worden ervaren voor de uitvoering van de ISD. Een aantal geïnterviewden beschreef het als een strijd tussen de belangen van de ISD aan de ene kant en die van de PI aan de andere kant.

In twee van de vijf bezochte locaties bevindt de ISD zich in een apart losstaand gebouw binnen het PI-complex. Deze ISD's staan wel op het complex van de PI en daarmee achter dezelfde beveiligde grenzen van de voor de hele PI geldende Binnenkomst Afdeling Delinquenten (BAD), waar iedere gedetineerde wordt gecontroleerd bij binnenkomst, bijvoorbeeld op het bezit van in de inrichting niet toegestane voorwerpen. In de overige drie locaties, bevindt de ISD zich in hetzelfde gebouw (en soms zelfs vleugel) als bijvoorbeeld het Huis van Bewaring of de Gevangenis. Geïnterviewden beschreven verschillende gevolgen van het al dan niet los staan van de ISD van andere regimes. Zo heeft de losstaande paviljoengebouw, zoals in één van de bezochte locaties, als voordeel dat *“alleen ISD'ers in kleine groepen met hun eigen behandelteam erop en eigen ZBIW'ers voor langere tijd bij elkaar zitten. Dus de continuïteit in de persoon en de zorg is daar goed gegarandeerd. Dat vind ik een groot verschil met afdelingen van andere instellingen waarbij er in hetzelfde gebouw een mix is van mensen die in bewaring zitten, kort en langgestraften enzovoorts.”* (psychiater, 22-3). Enerzijds biedt een apart gebouw continuïteit en rust, omdat de ISD'ers steeds met hetzelfde personeel te maken hebben. Anderzijds is het voordelig omdat de ISD'ers minder in contact komen met niet-ISD-gedetineerden, een middel dat ook in de beleidstheorie terugkomt om de traject-motivatie te stimuleren en te behouden. Daarnaast heeft een aparte locatie als voordeel dat het ISD-personeel in nabijheid van elkaar kan werken: *“We zitten allemaal bij elkaar en niet op verschillende eilandjes.”* (afdelingshoofd, 14-4). Wat betreft de grootte van de afdeling heeft het afdelingspersoneel voorkeur voor kleinere ISD-afdelingen, omdat deze beter beheersbaar zijn.

Het meest duidelijk kwamen de verschillen tussen gebouwen naar voren bij een ISD-locatie waarbij de ISD recent verhuisde naar een losstaand gebouw binnen hetzelfde terrein van de PI. Medewerkers van de betreffende ISD-afdeling vonden de nieuwe situatie een enorme verbetering. Het meest opmerkelijke verschil was dat ze een jaar lang geen positieve urinecontroles registreerden. Hierover ging het gesprek als volgt:

Afdelingshoofd: *Daar moet ooit onderzoek naar gedaan worden.*

ZBIW'er: *Maar je kan het ook wel een beetje invullen hè, waar het (drugs, red) vandaan komt. Je weet precies hoe de lijnen liepen daar (in het oude gebouw, red).*

Afdelingshoofd: *Wij dachten, dat zal wel heel erg veel vervelend hier worden, hè? Want ze gaan toch op zoek om het te krijgen. Nou, op een gegeven moment legden ze zich er bij neer. Het is toch niet te krijgen, dus dan moet ik maar andere dingen gaan doen. En dat is wel grappig, omdat wij dat heel anders hadden ingeschat.*

GZ-psycholoog: *Het creëerde een enorme rust. (14-4)*

Ondanks de verwachting dat het wegvallen van drugsnetwerken tot onrust zou leiden, bleek dit juist rust te brengen. Ook werd uitgelegd dat met deze verhuizing meer kan worden afgeweken van de reguliere regimes, aangezien er tegelijk een plan is uitgerold waarin wordt ingezet op een motiverend verblijfsklimaat, een trajectbenadering en het streven naar 'multidisciplinaire' teams die samen werken aan het traject van de gedetineerde. Dat deze extra ruimte voor de invulling van de tenuitvoerlegging van de ISD wordt ervaren naar aanleiding van de verhuizing, geeft aan dat bepaalde structuren en regimes van de PI schuren met de ISD.

Naast het gebouw werd ook de nabije omgeving genoemd als een factor die van invloed kan zijn op hoe de ISD-maatregel verloopt:

“Een voorbeeld: stel wij laten iemand naar de kwekerij hiernaast gaan. Dat is heel anders dan wanneer je iemand ergens op een industrieterrein laat lopen. [Naam andere PI] laat ze dan bijvoorbeeld richting de McDonalds gaan.. Hier kun je met iemand in het bos lopen, dat is

anders dan wanneer je midden in de stad zit. En zeker bij onze doelgroep die al gauw overvraagd, overprikkeld wordt.” (Plaatsvervangend hoofd D&R, 14-4).

De rustige en landelijke omgeving van deze betreffende locatie heeft volgens de geïnterviewde een positief effect op de ISD'ers. Het geeft minder prikkels en verleidingen die wel in een stad of drukke omgeving aanwezig zijn. Tegelijk geven medewerkers van andere ISD-locaties aan dat een afgelegen locatie nadelen heeft bij verloven. Er is maar beperkt tijd voor verlof en als een ISD'er lang moet reizen naar familie of een behandelaar en daarna vroeg moet terug zijn, bijvoorbeeld om de laatste bus te halen, dan is dat een uitdaging qua planning. Dit levert stress op en kan een trigger zijn voor een terugval of ander ongewenst gedrag.

4.3.5 De context van de PI als organisatie met een werkklimaat, regels en procedures

Een belangrijke contextfactor die door geïnterviewden herhaaldelijk werd benoemd betreft het beheers- en beveiligingsklimaat van de PI: *“We hebben hier zoveel te maken met de PI. Het BAD bijvoorbeeld, de receptiezone. Dat zijn allemaal regels voor het gevangeniswezen, niet specifiek voor de ISD'er.”* (ZBIW'er, 10-5). De ISD loopt regelmatig aan tegen de grenzen van dat klimaat. In vergelijking met andere regimes zien geïnterviewde medewerkers op de ISD zichzelf meer op zorg georiënteerd en minder denkend vanuit repressie, beheersing en straf: *“Maar ja, je valt wel onder regulier en zit binnen die kaders.”* (ZBIW'er, 20-5). Over het algemeen hebben ISD'ers, naarmate hun traject vordert, meer bewegingsvrijheid ten opzichte van andere gedetineerden in de PI. Zoals eerder uitgelegd, heeft dit proces als doel om toegang tot zorg te verlenen en om daarmee gedragsverandering en recidivevermindering te bewerkstelligen. Dat gegeven is vaak niet bekend bij alle medewerkers van PI. Zodoende lopen medewerkers van de ISD regelmatig aan tegen onbegrip van collega's of krijgen zij in sommige gevallen geen toestemming voor het verlenen van vrijheden: *“Ik kan me nog wel herinneren dat ik met deelnemers naar buiten ging met een busje vol. Nou de beveiliging stond op zijn achterste poten. Die hadden zoiets van ‘wat ga jij doen met die boeven?’ Jij komt de toko niet uit. Die begrepen er helemaal niks van.”* (ZBIW'er, 14-4).

Op een andere ISD-locatie werd de huidige situatie van de ISD vergeleken met die van de SOV om duidelijk te maken dat in de SOV de medewerkers beter wisten met wie ze te maken hadden: *“Er stond onverwachts een ISD'er bij de voorportier. Dan kon de voorportier zeggen: ‘Hé, maar Jantje, je gaat niet op verlof. Nee, je moet naar de badmeester [Binnenkomst Afdeling Delinquenten], want je gaat op transport.’ Die kende die persoon [de ISD'er]. Als je hier vraagt wat een ISD'er is bij de portier, dan weet 90% niet eens wat ISD überhaupt inhoudt, laat staan dat ze de inwoners kennen.”* (Afdelingshoofd, 10-5). De grootte van de inrichting speelt dus ook een rol, des te meer omdat de ISD vaak één van de kleinste regimes in een PI is. Hierdoor moeten ISD'ers soms ook activiteiten doen met andere gedetineerden of verblijven op reguliere afdelingen, bijvoorbeeld omdat er geen plek voor is op de ISD-afdeling: *“Dat werkt niet, want daar gaan de dingen weer anders en dat kan veel agressie oproepen. Ze zijn ook eigenlijk te kwetsbaar voor die afdelingen.”* (Plaatsvervangend directeur, 16-3).

De ISD heeft voor het verkrijgen van toestemming voor vrijheden binnen de PI te maken met de vrijhedencommissie (VC) van de PI²⁰⁵ en voor extramurale plaatsingen met de selectiefunctionaris van DJJ²⁰⁶ die daarover beslissingen nemen. De ervaringen van geïnterviewden met VC's en selectiefunctionarissen in de bezochte locaties zijn wisselend. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat de VC vooral kijkt naar veiligheid en onvoldoende naar re-integratiedoelen: *“Dat belemmert gigantisch, het is een continue strijd en vaak past het niet bij het traject wat wij voor ogen hadden.”* (Afdelingshoofd, 21-3). Andere geïnterviewden geven juist aan dat het “meestal” goed gaat. Over de selectiefunctionaris zeggen geïnterviewden dat of deze meegaat met de aanvragen van de ISD afhangt van wie er op dat moment in die functie zit. Een geïnterviewde selectiefunctionaris geeft aan dat zij over het algemeen mee gaat met de verzoeken van casemanagers. Een afweging om niet mee te gaan met een verzoek tot plaatsing in een kliniek kan een eerder incident zijn dat heeft plaatsgevonden: *“Bijvoorbeeld bij een ernstig incident in de kliniek [geweld tegen een andere patiënt of behandelaar, red]. Je moet ook*

²⁰⁵ Dit betreft de VC van de PI waar de ISD zich bevindt. In een aantal bezochte locaties bestaat een aparte VC voor de ISD. Het is bij ons onbekend of dit voor alle PI's met ISD-locaties geldt.

²⁰⁶ Selectiefunctionarissen zijn niet verbonden aan bepaalde PI's maar functioneren landelijk. Zij verdelen verzoeken op basis van thematische portefeuilles, bijvoorbeeld de portefeuille 'gevoelige zaken'.

rekening houden met de risico's en verstoring voor andere patiënten en de medewerkers in de kliniek.” (Selectiefunctionaris, 4-8).

Tegelijk heeft de selectiefunctionaris een bepalende stem bij de beslissing of een ISD'er wordt teruggeplaatst vanuit een extramurale setting. Als een ISD'er bijvoorbeeld drugs heeft gebruikt in een (verslavings)kliniek, dan dient dat gemeld te worden aan de casemanager (soms via de reclassering). Dan kan een verzoek tot terugplaatsing naar de PI volgen, het initiatief voor zo'n verzoek kan vanuit de kliniek of vanuit de PI²⁰⁷ komen. Een casemanager van de ISD bespreekt dit verzoek vervolgens met de selectiefunctionaris. De selectiefunctionaris kan afwijken van zo'n verzoek. Bijvoorbeeld wanneer de selectiefunctionaris vindt dat er nog onvoldoende geprobeerd is om het behandeltraject voort te zetten en de ISD'er te snel wordt teruggestuurd. Het kan ook voorkomen dat een selectiefunctionaris juist besluit om een ISD'er terug te plaatsen tegen het advies van de kliniek en de casemanager in. Een terugplaatsing kan definitief zijn met grote impact tot gevolg. In zo'n geval kan de behandeling niet worden afgemaakt en in de resterende tijd die de ISD-maatregel nog biedt, is niet altijd genoeg ruimte om een nieuw (zorg)traject op te starten. Het komt echter vaak voor dat de ISD en de kliniek onderling afspreken om een bed in de kliniek vast te houden bij een terugplaatsing. De eerste 14 dagen wordt het bed doorbetaald en binnen die tijd kan een nieuw verzoek tot plaatsing in de kliniek worden gedaan bij de selectiefunctionaris.

De uitvoering van de ISD-maatregel wordt in de huidige situatie dus aangepast aan de heersende normen, procedures en regels van de PI en de daarbinnen geldende reguliere regimes. Dit terwijl de ISD, volgens de geïnterviewden²⁰⁸, afwijkend is van deze reguliere regimes. Het komt regelmatig voor dat hier geen rekening mee wordt gehouden door personeel van andere afdelingen of dat zij niet weten welke regels er gelden voor de ISD:

“Een ISD'er moest een bepaalde training volgen en daardoor kon hij niet naar de arbeid. Ja, dan wordt hij niet betaald, want deze training valt niet onder de 'Arbeidsdoorbrekende trainingen'. En toen zei ik: 'Nee, het is geen arbeidsdoorbrekende training voor het GW [Gevangeniswezen], maar wij zijn niet het GW. Wij zijn een maatregel. Maar er wordt al gelijk door heel veel afdelingen gelijk getrokken met het GW. Arbeid, het RIC [Re-integratie centrum], noem maar op.” (Afdelingshoofd, 10-5)

Zodoende moeten ISD-medewerkers op hun hoede zijn en nagaan of de door de PI gestelde grenzen wel daadwerkelijk gelden voor de ISD'ers. De strenge procedures omtrent het verkrijgen van vrijheden, of het dagprogramma dat ook op de ISD leidend is, belemmert de medewerkers op de ISD om meer volgens een zorg- en trajectgerichte manier te werken, *“waardoor je veel sneller tot die doelgroep kan komen. Door allerlei dingen te ondernemen en te experimenteren en te kijken wat past wel, wat past niet. Hierbinnen zit je vaak toch gevangen.”* (ZBIW'er 14-4). Deze context geeft beperkt de ruimte om de ISD'er te laten oefenen en het voorbereiden op het leven buiten. Er is bijvoorbeeld weinig ruimte om een keer de fout in te gaan en daarvan te leren.²⁰⁹

Verder zijn de mogelijkheden om te rapporteren en om een dossier bij te houden over ISD-trajecten beperkt. Volgens een aantal geïnterviewden komt dit omdat de ISD onder de reguliere regimes valt. Deze regimes rapporteren in Tulp²¹⁰. Dat systeem is volgens één van de geïnterviewde afdelingshoofden *“echt gemaakt voor gevangenis en HvB”* (20-5), maar voor de ISD te beperkt. Zo kan het afdelingspersoneel het verblijfsplan, signaleringsplannen, rapportages van psychologen of senior casemanagers er niet in opnemen. Dit betekent bijvoorbeeld dat afdelingspsychologen moeten zoeken in verschillende systemen (PPC werkt bijvoorbeeld met User, het NIFP met Pro Justitia en de reclassering en het OM met JD-online) om cliënten te kunnen overdragen naar een kliniek. Daarnaast is er ook geen plek om voortgangs- of eindverslagen van ISD-trajecten te registreren: *“Wij mogen geen persoonsgegevens bewaren op de G-schijf. Dus je informatie, je dossiervorming kun je nergens kwijt.”*

²⁰⁷ Hier gaat zowel de casemanager van de ISD als de directie van de PI over. Zij komen in samenspraak tot een dergelijk verzoek.

²⁰⁸ Volgens de wetgeving is de ISD een op zichzelf staande autonome penitentiaire inrichting en wijkt het daarmee inderdaad af van de reguliere regimes.

²⁰⁹ Het belang hiervan wordt bijvoorbeeld onderschreven in Barendregt, Wits & De Haan 2021.

²¹⁰ Tenuitvoerlegging persoonsgebonden straffen.

Het is echt versnipperd." (Psycholoog, 20-5). Dit kan betekenen dat iemand voor de tweede keer (of vaker) een ISD-traject krijgt opgelegd, maar dat in de systemen van de ISD niet meer terug te vinden is hoe het vorige traject is verlopen.

4.3.6 Het Drugsontmoedigingsbeleid van de PI

Met behulp van diverse maatregelen wordt er met het drugsontmoedigingsbeleid (DOB) in de PI gestreefd naar handhaving van de orde en veiligheid (beheersbaarheid), zorg voor de fysieke en geestelijke gezondheid van gedetineerden (zorgdoelstelling) en het motiveren van gedetineerden om hulp te zoeken (re-integratiedoelstelling). De ISD heeft ook te maken met dit PI-brede DOB. Een deel van onderzoeksvraag 12 gaat over hoe dit DOB zich verhoudt tot het aanpakken van de onderliggende problematiek van de ISD'ers die in hoge mate met drugsverslaving kampen.

Om het DOB uit te voeren hebben medewerkers verschillende controlemiddelen tot hun beschikking, zoals speekselanalysetesten, urinecontroles, foullering, visitatie en celinspecties. Deze middelen zijn bedoeld om overtredingen van het DOB te kunnen vaststellen, zodat op basis van de uitkomst iemand gesanctioneerd kan worden volgens sanctierichtlijnen.²¹¹ De geïnterviewde medewerkers van de ISD hebben uiteenlopende ervaringen als het gaat om de uitvoering en praktijk van het DOB in de ISD. Een aantal geïnterviewden ziet voordelen van het streven naar een drugsvrije detentie in de ISD. Volgens hen komen ISD'ers die niet onder invloed zijn van drugs bijvoorbeeld eerder tot inzichten over hun gedrag. Ook het zoeken en gebruiken van middelen kan voor onrust zorgen op de afdeling. ISD'ers die gebruiken kunnen bijvoorbeeld schulden aangaan en dat kan tot onderlinge conflicten leiden. De controlemiddelen stellen medewerkers daarnaast in staat om belangrijke inzichten te verzamelen over de problematiek van de ISD'er en daarmee aanknopingspunten voor het traject.

Andere geïnterviewden ervaren juist moeilijkheden bij het toepassing van het DOB. Zij beschrijven het als een zoektocht naar een balans tussen enerzijds het ontwikkelen van een goede (behandel)relatie met de ISD'er, en anderzijds consequent (en rechtvaardig) zijn tegenover iedereen op de afdeling. Een moeilijkheid hierbij is dat ISD'ers zich onderling met elkaar vergelijken: als bij de ene persoon geen sanctie wordt toegepast maar bij de andere wel, dan kan dat voor onrust zorgen. Het is daarom van belang om het wel of niet sanctioneren goed uit te leggen. Een tegenstrijdigheid die wordt benoemd met betrekking tot het DOB, is het ontbreken van hulp bij (het herstellen van) verslaving in de ISD:

"De ISD bestaat voor een heel groot gedeelte uit mensen die verslaafd zijn. Bij het hek staat een afbeelding dat drugs verboden zijn. Maar vervolgens zit er binnen de maatregel officieel niet inbegrepen hoe dat je dat dan doet om van die middelen af te blijven en welke ondersteuning je daarbij kan krijgen." (Ervaringsdeskundige, 30-5)

Het DOB vraagt van ISD'ers dat ze zich houden aan een regel waar ze zich door hun verslavingsproblematiek juist heel moeilijk aan kunnen houden. De ISD, noch de PI, biedt daarbij toereikende hulpmiddelen om hen te helpen zich aan die regel te kunnen houden. Daarnaast zijn er buiten de PI opvangplekken en beschermd wonen plekken waar cliënten mogen blijven gebruiken omdat abstinentie of het verhelpen van de verslaving niet haalbaar blijkt. Deze mogelijkheid is er binnen het DOB niet.

Over het algemeen ervaren geïnterviewden in de ISD meer ruimte voor maatwerk bij het toepassen van de sanctierichtlijnen voor een drugsovertreding dan op reguliere afdelingen: *"Ik denk dat wij zeker als afdelingspersoneel altijd even geraadpleegd worden: 'hebben jullie er al over nagedacht?'"* (ZBIW'er, 20-5). Waar in andere regimes elk geconstateerd gebruik kan leiden tot een sanctie, hangt het bij de ISD vaak van meerdere factoren af dan enkel het gebruik, bijvoorbeeld: *"welk gedrag zit eraan vast en is hij daar open en eerlijk over? Dan heb ik zoiets van, laat hem buiten zitten of laat hem weer aan de gang gaan. Of het moet zo zijn dat er een delict aan gekoppeld zit, dan is het een ander verhaal"* (senior casemanager, 30-5). Er wordt dus wel gesanctioneerd in de ISD met disciplinaire straffen: *"Het gaat over het je houden aan regels en afspraken."* (afdelingshoofd, 10-5).

²¹¹ De voorheen bestaande sanctiekaart is per 1 juli 2021 ingetrokken met de nieuwe Wet Straffen en Beschermen.

Aanwezigheid PPC

In drie van de vijf bezochte locaties is een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) aanwezig. Deze wordt bij de tenuitvoerlegging van de ISD op verschillende manieren ingezet, met name tijdens de intramurale fase. De meest gebruikelijke toepassing van een PPC-plaatsing is bij het ontstaan van een psychische 'crisissituatie' (decompenseren). Het doel van de plaatsing is dan stabilisatie. Door geïnterviewden wordt aangegeven dat bij een PPC-plaatsing de ISD'er 'uit het traject' is. Dat wil zeggen dat de persoon officieel niet meer onder de verantwoordelijkheid van de ISD valt en het traject als het ware tijdelijk stil komt te staan tijdens het verblijf in de PPC.

Hoewel een PPC normaal gesproken vooral wordt ingezet voor psychiatrische crisissituaties en stabilisering daarvan, wordt deze in sommige gevallen ook ingezet als behandelplek (zonder crisis) voor ISD'ers. Bijvoorbeeld als een ISD'er wordt teruggeplaatst uit een extramurale setting en er onvoldoende tijd is om een nieuwe plaatsing te realiseren en er nog wel zorgbehoefte is. Opmerkelijk is dat, in het verlengde daarvan, in één van de bezochte locaties een zogenoemde ISD-PPC afdeling is ingericht waar de eerste intramurale fase al meer op een behandelsetting lijkt. In één van de groepsinterviews wordt het verschil tussen de ISD-PPC-afdeling en de reguliere ISD-afdeling als volgt uitgelegd: "Op de PPC-afdeling zijn er meer mogelijkheden om intramuraal al wat behandelingen vorm te geven" (Senior Casemanager, 30-5). "Vaktherapie, muziektherapie, dat soort dingen hebben ze daar." (ZBIW'er, 30-5). "Terwijl de reguliere ISD'er een ambulante behandeling vanuit – [zorginstelling] krijgt." (Senior Casemanager, 30-5). De PPC kent verder enkel interne zorg en geen extern ingekochte (forensische) zorg die op de ISD wel mogelijk is. Verder wordt, in het kader van de ISD, het niet kunnen oefenen met vrijheden als een nadeel genoemd van de PPC.

Naast de mogelijkheden voor behandeling blijkt de al dan niet aanwezige PPC ook gevolgen te hebben voor de mate waarin er intramuraal aan diagnostiek kan plaatsvinden. In één van de PI's mét een PPC wordt daar het volgende over gezegd: "Ik weet dat daar qua diagnostiek hele grote verschillen zitten. Wij kunnen het doen, omdat je met best wel veel psychologen bent, maar in andere PI's.. Heel vaak gaat iemand meteen de kliniek in; 'doe daar de diagnostiek maar'. Terwijl de meerwaarde hier is dat je, vóórdat je iemand het traject in stuurt, best wel een gedegen beeld hebt." (Psycholoog, 30-5). Gedragsdeskundigen die op een PPC werken zijn in principe in dienst van de PI. In de meeste gevallen kunnen deze derhalve ook op andere afdelingen ingezet worden, inclusief de ISD. Dit biedt een voordeel voor ISD-afdelingen mét een PPC in de PI. Tegelijk is dergelijke inzet van gedragsdeskundigen meer een gelegenheidsvoorziening dan een structurele oplossing voor het tekort aan gedragsdeskundigen op de ISD. In twee bezochte locaties wordt de ISD-doelgroep vergeleken met die op de PPC: "Wij zijn eigenlijk een PPC met verslaving." (Psycholoog, 20-5). Medewerkers ervaren het als frustrerend dat ze wel met een vergelijkbare doelgroep zitten, maar niet de middelen krijgen die eigenlijk nodig zijn om hiermee om te gaan. Ten slotte heeft de nabijheid van een PPC als voordeel voor de ISD dat er goede netwerken bestaan met ketenpartners die behandeling kunnen bieden.

4.3.7 Risicoscreener (Wet Straffen en Beschermen)

Met de in 2021 ingevoerde Wet Straffen en Beschermen is er voor het gehele gevangeniswezen, inclusief de ISD, de zogenaamde 'Risicoscreener Geweld' geïntroduceerd. Dit instrument inventariseert, op basis van een vragenlijst²¹², gegevens die van invloed zijn op het risico voor gewelddadig gedrag en dient te helpen bij het maken van beslissingen over het geven van vrijheden tijdens detentie. Ervaringen met de risicoscreener op de ISD-locaties zijn wisselend. Sommige geïnterviewden vinden het een mismatch met ISD, omdat het de behandeling van agressieproblemen juist belemmert. Wanneer iemand agressieproblematiek heeft, geeft de risicoscreener een 'rood' advies en beperkt dit de betreffende persoon om vervolgens extramurale behandeling voor dit probleem te volgen. Andere geïnterviewden vinden juist dat de risicoscreener meer en nuttige inzichten geeft in de problematiek van de ISD'ers. Er worden verschillende voorbeelden genoemd van casussen waarbij de casemanager zonder de risicoscreener bepaald risicogedrag niet geconstateerd zou hebben. Een aantal medewerkers ziet de risicoscreener dus ook als een nuttige toevoeging voor de ISD.

²¹² Deze wordt ingevuld door een ISD-medewerker.

4.3.8 Verbetermogelijkheden contextfactoren PI

Op basis van de hierboven geschetste resultaten en aanbevelingen van geïnterviewde betrokkenen kunnen de volgende verbetermogelijkheden worden geformuleerd:

- De intramurale fase van ISD verschilt aanzienlijk tussen de verschillende bezochte ISD-locaties zonder dat daar een duidelijke visie bij hoort. Er bestaan daarmee, min of meer toevallige, niet op recht of rede gebaseerde verschillen in de uitvoering van de maatregel. Hierdoor is niet uitgesloten dat de ISD'er in de ene inrichting aanzienlijk meer mogelijkheden worden geboden dan in andere inrichtingen. Om dit te verbeteren zijn twee scenario's mogelijk. Enerzijds kunnen de verschillen als functioneel worden gezien, bijvoorbeeld wanneer bij de selectie en plaatsing de locatie wordt afgestemd op de kenmerken van de ISD'er. Anderzijds, kan gestreefd worden om de praktijkuitvoering gelijkjer te krijgen om zo ISD'ers gelijkere kansen te geven.
- Medewerkers ervaren door de vrijheidsbeperkende context van de PI als complex met verschillende inrichtingen dat het voor ISD'ers moeilijk is om met vrijheden te kunnen oefenen. Dit maakt ook de stap naar de extramurale fase vaak (te) groot, met terugplaatsing als gevolg. Een terugplaatsing kan funest zijn voor het traject, vooral als dit pas laat in het traject gebeurt en er weinig tijd is om een nieuw traject op te starten. Ook is het lastig om op binnen de PI het benodigde leefklimaat te realiseren, ISD'ers ervaren het zelf ook vooral als in een gevangenis zitten. Overweeg daarom om de ISD buiten het terrein van een PI te vestigen, zoals een Huis van Herstel, mét een ISD-gespecialiseerd team en eventueel een PI-directie voor de beveiliging. Een apart gebouw binnen een PI, zoals Kamp Amerswiel²¹³, wordt ook genoemd als mogelijk gunstige situatie voor de ISD.
- De nabijheid van een PPC lijkt voordelen te hebben voor een bepaalde doelgroep binnen de ISD-populatie, maar ook qua beschikbaarheid van gedragskundig personeel dat kan worden uitgewisseld met de ISD. Een nader uitgewerkte samenwerking tussen de ISD en PPC kan helpen om deze voordelen voor de ISD structureler te benutten.

4.4 Rol en inzet forensische zorg (onderzoeksvraag 10 en 11)

De onderzoeksvragen 10 en 11 zijn gericht op de huidige toereikendheid van de forensische zorg voor de ISD-doelgroep en op hoe de forensische zorg eventueel zou kunnen worden geïntensiveerd volgens bij de ISD betrokken professionals. Deze vragen hebben als achterliggende context dat forensische zorg een positief effect heeft op recidivevermindering (zie paragraaf 2.3.1). Tegelijk is het nog onduidelijk waar die forensische zorg uit bestaat en hoe en wanneer deze ingezet wordt. In dit onderdeel worden de ervaringen van betrokken professionals met (het bieden van) forensische zorg besproken.

4.4.1 In hoeverre is forensische zorg toereikend voor de ISD-doelgroep?

Zoals eerder in het rapport beschreven (2.3.1) is de ISD als zodanig een zelfstandige forensische zorgtitel. Dit is echter met name voor de voorwaardelijke ISD van toepassing. Voor de onvoorwaardelijke ISD is forensische zorg iets dat wordt toegevoegd aan het traject op basis van een andere titel. Het aanbod forensische zorg is afhankelijk van wat DJI inkoop bij zorgaanbieders. Dit kan bijvoorbeeld zijn: een overplaatsing naar een PPC, plaatsing naar de ggz of een poliklinische behandeling van de ggz op de ISD-afdeling. Het verblijf op de ISD-afdeling zelf is dus geen forensische zorg. Betrokken professionals geven daarbij nadrukkelijk aan dat, ondanks de aanwezigheid van gedragsdeskundigen en zogenoemde Zorg- en Behandelingsinrichtingswerkers (ZBIW'ers), er op de ISD-afdeling zelf geen behandeling plaatsvindt door ISD-medewerkers, in engere noch in ruimere zin: er is nauwelijks sprake van een therapeutisch milieu. Behandeling en zorg is iets dat door externen wordt uitgevoerd en wordt ingekocht als forensische zorg.²¹⁴ Een afdelingshoofd geeft aan dat behandeling in de ISD moeilijk is vanwege de heterogene doelgroep:

“Ja, maar wat vergeten wordt is dat wat wij hier zitten met één groep met 24 man, met allerlei soorten problematieken die je maar kan bedenken. En dat op één afdeling. Dat moeten we leefbaar met elkaar houden. We zijn geen FPK of FPA, die speciaal ingericht is voor één type problematiek. Wij moeten het vooral leefbaar houden.” (Afdelingshoofd, 21-3)

²¹³ Dit betreft een Beperkt Beveiligde Afdeling (BBA).

²¹⁴ Forensische zorg kan wel intramuraal geboden worden op een ISD-afdeling. Dit wordt vaak 'ambulante behandeling in huis' genoemd en kan bijvoorbeeld worden ingezet om de wachttijd te overbruggen richting een extramurale plaatsing.

Ondanks de wens om meer intramurale zorg te bieden (zie 4.2.3) is het volgens één van de geïnterviewden ook goed dat zij als gedragsdeskundige in dienst van de ISD niet over de behandeling gaat: *“Ik heb pas geleden bij een gesprek gezeten met een behandelaar van [ggz-instelling]. Je ziet dat er een hele andere dynamiek is tussen de ISD’er en [naam behandelaar], en de ISD’er en mij. Ik denk dat het goed is dat dit gescheiden blijft. Dat ze zich vertrouwd voelen en de problematiek met hun behandelaar kunnen bespreken, en dat wij er zijn om het traject in goede orde te laten verlopen.”* (Psycholoog, 21-3).

Als het gaat om de inzet van forensische zorg wordt door betrokken professionals op de ISD onderscheid gemaakt tussen een praktisch (of ‘ambulant’) traject en een klinisch ISD-traject²¹⁵:

“Een klinisch traject is dat mensen binnen blijven totdat ze naar de kliniek gaan en niet eerst verlof opbouwen. Dat wil de kliniek vaak. Dat ze dat in de kliniek mondjesmaat gaan opbouwen. Als ze een ambulant [of praktisch] traject hebben, dan worden ze eerst binnen aangemeld voor ambulante behandeling. Dan komt de behandelaar eerst naar binnen. Als die behandeling goed gaat, gaan ze ook naar buiten.”²¹⁶ Dan kan soms ook dagbesteding naar buiten volgen, als de behandeling goed loopt. Vervolgens kan er ook nog eventueel sociaal verlof mogelijk zijn.” (Senior casemanager, 10-5)

Bij een trajectbepalingsoverleg (TBO) wordt de richting van het traject bepaald: *“Wordt het een klinisch traject, een praktisch traject, of moeten we het nog even parkeren omdat hij helemaal niks wil en dwars ligt?”* (Staffunctionaris, 30-5). Het komt ook voor dat een ingezet traject in de loop van het traject wordt omgeschakeld naar een ander traject.²¹⁷ Eén van de geïnterviewden noemt dat ISD’ers met een “goede basis” (minder kwetsbaar) geschikter zijn voor een klinisch traject: *“dat behandelklimaat is daar [in de kliniek] ook op ingericht”* (Psycholoog, 20-5). Een klinisch traject heeft als doelstelling om de ISD’er te plaatsen in een forensische (verslavings)zorgkliniek. Verder is er in de bezochte locatie die beschikt over een ISD-PPC-afdeling nog een traject waarbij ISD’ers in het PPC een “soort klinische behandeling” krijgen maar niet in een kliniek geplaatst worden. In vergelijking met regulier gedetineerden in het PPC krijgen deze ISD’ers in het PPC behandeling met een trajectbenadering (gericht op recidivereductie in plaats van enkel crisisinterventies. Over praktische trajecten wordt gezegd dat deze meer op maat samengesteld kunnen worden met ambulante behandelingen en trainingen binnen en/of buiten de PI.

Verder wordt genoemd dat ISD’ers die geen recht hebben op sociale voorzieningen en enkel op medisch noodzakelijk zorg niet extramuraal (in een kliniek of woonvoorziening) geplaatst worden.²¹⁸ Dit is problematisch in beide type trajecten: *“Daar [bij klinische trajecten] lopen we tegen problemen aan. Want er zijn mensen waarvan ik echt vind dat ze zorg nodig hebben op psychiatrisch vlak, ook met verslaving. (...) We begrijpen niet helemaal waarom iemand die geen sociale voorzieningen kan krijgen de ISD-maatregel krijgt.”* (Psycholoog, 21-3). In een praktisch traject is het bovendien problematisch dat er geen gemeente van binding is en iemand niet kan werken aan re-integratie en zelfredzaamheid.

Het antwoord op de vraag of het huidige aanbod van forensische zorg toereikend is voor de ISD-doelgroep kan vanuit verschillende perspectieven worden gezien. Enerzijds omvat deze vraag of er voldoende behandelcapaciteit is en anderzijds of de inhoud van het aanbod aansluit bij de zorgbehoeften van de ISD. Voor beide aspecten lijkt de toereikendheid af te hangen van het aanbod en de netwerken in de regio. Zo geven medewerkers uit twee van de drie bezochte locaties aan dat het aanbod aan forensische zorg beperkt is in hun regio. Een geïnterviewde bevestigt de regionale variatie: *“Ik kom uit [naam PI], daar was het al jaren drama. Hier draait het. Het is allemaal goed geregeld.”* (Senior casemanager, 21-3). Betrokkenen geven aan dat het belangrijk is het netwerk met ketenpartners

²¹⁵ Zie ook Bijlage 2 voor een schematische weergave van deze verschillende trajecten.

²¹⁶ Of een ISD’er naar buiten mag is afhankelijk van het gedrag en de motivatie van de ISD’er en het oordeel daarover van de vrijhedencommissie. Deze bespreekt eerst alle risico’s met de Senior casemanager en moet de aanvraag goedkeuren voordat iemand naar buiten mag.

²¹⁷ Meestal betreft dit een omschakeling van een klinische naar een praktisch traject vanwege de tijd die het kost om een klinische traject voor te bereiden, aan te melden bij een forensische zorginstelling en uit te voeren. Een klinische behandeling duurt tussen de zes en acht maanden.

²¹⁸ Dit betreft mensen zonder verblijfsstatus of Nederlandse identiteit, de zogenoemde VRIS-doelgroep. Zij hebben geen recht op voorzieningen uit publieke middelen. Dit heeft tot gevolg dat zij zich niet kunnen verzekeren tegen ziektekosten.

actief te onderhouden. Een goed netwerk draagt niet alleen bij aan snelle en soepele doorplaatsing, maar ook aan het beter uitwisselen van informatie tussen de casemanager en behandelaar(s) over bijvoorbeeld de voortgang van de behandeling en eventuele terugplaatsingen. Deze netwerken lijken tijdens de coronapandemie te zijn aangetast toen doorplaatsingen niet of nauwelijks mogelijk waren in verband met lockdownmaatregelen. Ook geven betrokkenen aan dat het wenselijk is om ketenpartners uit het forensisch veld zo vroeg mogelijk in het ISD-traject te betrekken, bijvoorbeeld al tijdens het TBO.

Als gevolg van het beperkte aanbod in sommige regio's komen er wachtlijsten voor. Voor een ISD-traject met een maximumduur kan dat problematisch zijn, omdat de behandeling binnen de twee jaar van de ISD moet zijn afgerond. Als gevolg van de wachtlijsten worden sommige ISD'ers al in het begin van hun traject voor een wachtlijst aangemeld, terwijl er op dat moment nog geen gedegen diagnostiek gedaan is. Het kan dan voorkomen dat de ISD'er dan niet op de juiste plek terecht komt. Deze situatie resulteert dan vaak in een vroegtijdige terugplaatsing, oftewel beëindiging van het traject.

Hoewel er voor de meeste bezochte locaties wel extern behandelaanbod beschikbaar is, geven betrokkenen aan dat de ingekochte forensische zorg niet altijd past bij de ISD-doelgroep. Met name de, onder ISD'ers veel voorkomende, licht verstandelijke beperkingen (LVB) of cognitieve beperkingen gecombineerd met sterke gedrags- en middelenproblematiek wordt genoemd als kenmerk waar weinig passend aanbod voor is. Ook wordt genoemd dat aanbieders die zijn ingekocht voor dergelijke problematiek, eigenlijk het juiste specialisme missen: *“die kunnen tot op een bepaalde hoogte werken met cognitieve beperkingen, maar niet zoals een specialist dat kan”* (Psycholoog, 22-3). Ook is een specialisme voor de combinatie van problematiek die kenmerkend is voor ISD'ers vaak niet aanwezig bij forensische klinieken volgens geïnterviewden. Met name de verslavingsexpertise mist. Een afdelingspsycholoog die zelf ook in een FPA gewerkt heeft stelt:

“Wat je ziet bij een FPA is dat de verslavingsbehandeling kwalitatief minder goed is. Dat is mijn ervaring ook zelf van een FPA. Dat doen ze er eigenlijk gewoon bij. De expertise is meer de psychiatrie. Het is niet slecht, maar in een echte forensische verslavingskliniek staat het van begin tot het eind van de dag alleen maar in het teken van verslaving en bijkomende gedragspatronen. Maar daar hebben ze dus weer minder verstand van de psychiatrische beelden.” (Psycholoog, 20-5)

Tegelijk is de ISD-doelgroep volgens betrokkenen 'te zwaar' voor de reguliere ggz, waar dergelijke specialismen voor de combinatie psychiatrie en verslaving beter ontwikkeld zijn, maar die missen dan weer het forensische specialisme. Zodoende vallen de ISD'ers 'tussen wal en schip'. De schaarste aan beschikbare capaciteit geldt nog sterker voor het aanbod Beschermd Wonen. Zo worden ISD'ers in één van de bezochte locaties bijvoorbeeld vaak in SGLV-instellingen geplaatst (SGLV = Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt), waarvan er slechts vier in Nederland zijn met lange wachtlijsten. Eén van de geïnterviewden vult aan: *“Het zijn ook geen mensen die, als ze uiteindelijk in beschermd wonen zitten, doorstromen. Je komt er niet meer vanaf. Daardoor slijbt die VG [sector Verstandelijk Gehandicapten], en zeker ook de woonzorg, gewoon dicht.”* (Psycholoog, 22-3).

Dat de aangeboden forensische zorg vaak niet passend is, wordt vooral ook duidelijk doordat terugplaatsingen²¹⁹ eerder regel dan uitzondering zijn. Betrokken medewerkers noemen terugval in middelengebruik en agressie als gebruikelijke aanleidingen voor zo'n terugplaatsing: *“Door hun problematiek gaan ze ageren, gebruiken, terugvallen, probleemgedrag laten zien, en dan worden ze teruggestuurd.”* (Psycholoog, 21-3). Er wordt een bepaalde tegenstrijdigheid gevoeld in het fenomeen dat ISD'ers worden teruggestuurd uit forensische (verslavings)klinieken omdat ze gedrag vertonen waarvoor ze in de eerste instantie in de betreffende kliniek zijn geplaatst. Als reactie daarop worden ISD'ers soms langer intramuraal gehouden, *“omdat ze hier alle gekkigheid uit kunnen halen en niet weggestuurd worden”* (Psycholoog, 22-3). Het niet weggestuurd kunnen worden zorgt voor meer veiligheid en continuïteit, waardoor er volgens betrokkenen ook beter een werkalliantie opgebouwd kan worden met de ISD'er. Zo bieden de kaders van de ISD dus een therapeutisch potentieel dat beter benut zou kunnen worden. Voor vrouwen in de ISD wordt specifiek genoemd dat de forensische zorg vaak niet is afgestemd op vrouwen: *“Vrouwen zijn altijd in de minderheid. Maar dat is ook krom, hé. Ze zitten hier*

²¹⁹ Dit betreft terugplaatsingen van een extramuraal (behandel)setting naar de ISD.

altijd alleen maar met vrouwen en leren eigenlijk niet om te gaan met mannen. En in een kliniek.. Hoe vaak gebeurt het wel niet dat een dame van ons de enige vrouw is op de afdeling?" (Afdelingshoofd²²⁰). Hetzelfde geldt voor instellingen voor beschermd wonen.

4.4.2 Diagnostiek en trajectbepaling

Bij het ingaan van de ISD-maatregel wordt de ISD'er door verschillende personen gezien. Er vindt een eerste gesprek plaats met een mentor op de ISD-afdeling en vervolgens probeert een psycholoog of maatschappelijk dienstverlener een eerste screening te doen. Hiervoor kan hulpverleningsgeschiedenis en reeds andere bekende diagnostiek worden opgevraagd en wordt het adviesrapport van de reclassering gebruikt. In sommige gevallen is er bijvoorbeeld vooraf een trajectconsult door het NIFP gedaan, welk verslag te raadplegen is. De geïnterviewde gedragsdeskundigen geven aan dat ondanks deze beschikbare informatie, aanvullende diagnostiek vrijwel altijd nodig blijft. De rol van de psychiater bij deze diagnostiek varieert tussen de bezochte locaties. In sommige locaties is de psychiater vanaf het begin betrokken en spreekt deze zelf met elke ISD'er. In andere locaties waar de psychiater minder tijd beschikbaar heeft voor de ISD, wordt hij of zij pas later betrokken. Bijvoorbeeld in een adviserende rol, na de intake van de psycholoog. De prevalentie van bepaalde stoornissen en/of andere problematiek die wordt gediagnosticeerd wordt niet systematisch bijgehouden. Volgens geïnterviewden bestaat de meest voorkomende problematiek uit: LVB, persoonlijkheidsstoornissen, middelenverslaving, trauma en combinaties daarvan.

De mate waarin diagnostiek nodig is, is deels afhankelijk van de beschikbare informatie uit het reclasseringsadvies. Medewerkers van de ISD geven de voorkeur aan een beknopt reclasseringsadvies, waarin een traject nog niet 'dichtgetimmerd' is. Ook de reclassering geeft aan dat aan hen gevraagd wordt om het advies beperkt te houden. Zo krijgen de ISD-locaties de ruimte om zelf te observeren en diagnostiek uit te voeren, op basis waarvan zij een passend traject kunnen inrichten.²²¹ Zoals ook besproken in 4.3.1 bij de inzet van de PPC, is gedegen diagnostiek belangrijk om te komen tot een passend traject en een goed verloop van de ISD. Een probleem is echter dat vrijwel alle geïnterviewde gedragsdeskundigen, inclusief die van de reclassering, aangeven dat er in veel gevallen niet genoeg tijd en capaciteit is voor degelijke diagnostiek. De diagnostiek wordt over het algemeen door gedragsdeskundigen als 'lastig' en 'tijdrovend' ervaren. ISD'ers worden bijvoorbeeld als 'streetwise' beschreven. Het vergt van gedragsdeskundigen een bepaalde scherpheid en tijd om te observeren 'om daar doorheen te prikken' en bijvoorbeeld de licht verstandelijke beperking te zien. Dergelijk psychologisch onderzoek kan tussen de 10 tot 12 weken duren en dergelijke tijdsinvestering is niet mogelijk voor alle ISD'ers met de huidige personeelsbezetting (zie hiervoor 4.2 Financiering en capaciteit van personeel). Een aanzienlijk deel van de ISD'ers krijgt deze gedegen diagnostiek dus niet; onbekend is hoe groot dit deel is. Voor een klinische opname is het echter een voorwaarde dat er een diagnose wordt gesteld: *"Ik vind dat je daar terughoudend in moet zijn als je niet gedegen onderzoek hebt gedaan. Je moet niet zomaar wat roepen. Ik kom dan meestal nog weg met een 'voorlopige hypothese of classificatie'. Dus dat is niet bindend. Ik wil niet maar wat overnemen en dat iemand daar vervolgens mee wordt achtervolgd, terwijl ik het niet goed heb onderzocht. Maar goed, dat is wel lastig."* (Psycholoog, 20-5).

Door een aantal gedragsdeskundigen wordt deze diagnostiek als een 'eerste interventie' beschreven, omdat meewerken aan psychologisch onderzoek een indicatie is van een bepaalde motivatie bij de ISD'er: *"dat zijn echt grote stappen"* (GZ-psycholoog, 14-4). Geïnterviewden van de reclassering geven echter juist aan dat er in de eerste weken waarin diagnostiek wordt gedaan 'niet zoveel gebeurt' en omschrijven dat als 'zonde', omdat deze fase dan te veel op kale detentie lijkt. Volgens hen kan een zekere begeleiding al in de eerste fase vóór diagnostiek plaatsvinden: *"verslaving en crimineel gedrag hoef je niet eerst te diagnosticeren, daar kun je vanaf dag één al iets mee doen"* (Reclassering, 15-6).²²²

²²⁰ De datum van het interview is hier bewust weggelaten zodat andere quotes van die datum niet terug te herleiden zijn naar de enige ISD-afdeling met vrouwen.

²²¹ Op de ISD-afdeling wordt middels een trajectbepalingsoverleg (TBO) een passend traject voor de ISD'er vastgesteld. In het TBO worden verschillende functionarissen in de PI, en in de meest gunstige situatie ook ketenpartners, geraadpleegd.

²²² De reclassering biedt bijvoorbeeld leefstijltrainingen aan. Deze trainingen zijn gericht op (verslaafd) middelengebruik (bijvoorbeeld terugvalpreventie) en crimineel gedrag en kan in groepen worden aangeboden. Dergelijke trainingen worden al gegeven op een aantal ISD-afdelingen, maar worden alleen geleverd op verzoek van de PI.

Meteen aan de slag gaan en hulp bieden kan ook bijdragen aan het verhogen van de motivatie. Dergelijke verschillen in visie zijn tevens een indicatie dat onder betrokken professionals een verschillend beeld bestaat van het doel van de eerste intramurale fase van de ISD.

4.4.3 Motivatie en motiveren

Zoals terug te vinden in de beleidstheorie speelt motivatie een belangrijke rol bij de ISD (beschreven in paragraaf 2.3.4). Door de mogelijkheid tot onvrijwillige plaatsing in de ISD, is er in eerste instantie geen motivatie nodig van de ISD'er om in aanmerking te komen voor de ISD. Een doel van de ISD is om veroordeelden vervolgens te motiveren voor deelname aan behandeling uitgevoerd door de forensische zorg (zie ook 4.3.1). Echter er wordt niet aan dwangbehandeling gedaan. Het hangt dus mede af van de motivatie van de ISD'er zelf hoe het ISD-traject er uiteindelijk uitziet. In alle bezochte locaties gaven geïnterviewden aan dat volledig ongemotiveerde ISD'ers zeldzaam zijn: *“Of je nou wilt of niet, iedereen krijgt hier altijd een traject.”* (Senior casemanager, 21-3). Op een enkeling na weten de betrokken professionals vrijwel alle ISD'ers te motiveren om mee te werken. Dit betekent echter niet altijd meewerken aan een klinische behandeling, maar kan ook motivatie voor een zogenoemd 'praktisch traject' zijn (zie paragraaf 4.3.1 voor nadere duiding van dit begrip). Dat kan bijvoorbeeld motivatie voor werk, huisvesting of andere resocialisatieactiviteiten zijn. Een 'klinisch traject' wordt alleen uitgezet als er voldoende motivatie is voor behandeling.

Het uitzicht hebben op een traject wordt in meerdere locaties motiverend genoemd. Zoals eerder vermeld kan het doen van diagnostiek hier ook bij helpen (zie 4.3.2). Betrokken professionals beschrijven verder verschillende manieren waarop ze motivatie voor behandeling stimuleren. Soms is het een kwestie van geduld en 'zaadjes planten' om voorbij weerstand te komen: *“Je blijft die toenadering zoeken, maar je moet er niet aan gaan trekken, dat heeft geen nut. Uiteindelijk ziet hij ook wel dat andere mensen stappen maken.”* (Senior casemanager, 14-4). Deze tijd die nodig is om motivatie te ontwikkelen is er enkel bij een ISD-maatregel. Met een korte detentie *“had je dat met deze man gewoon niet bereikt”* (Plaatsvervangend hoofd D&R, 14-4). Tegelijk zeggen anderen dat zelfs de relatief lange tijd die er is in een ISD-traject beperkt is, wanneer er daarna ook aan behandeling en resocialisatie gewerkt moet worden. Ook wordt het activiteitenprogramma, dat voor alle gedetineerden en dus ook de ISD'ers leidend is, als een grote beperkende factor genoemd voor het werken aan motivatie en andere voor de ISD belangrijke doelen. Een aanzienlijk deel van dat programma is bijvoorbeeld gevuld met arbeid (16-20 uur per week). Gemotiveerde ISD'ers kunnen een zogenoemd 'trajectprogramma' krijgen in plaats van een 'basisprogramma', met iets meer ruimte voor 'recreatie' (tien in plaats van zes uur).²²³

Voor het kweken van motivatie noemen geïnterviewden ook het bestaan van verschillende werkwijzen (van bejegening) en het belang dat ISD-medewerkers als één team functioneren en dezelfde werkwijze volgen, 'zonder ruis' (zie hiervoor ook paragraaf 4.3.2). In één van de locaties is dat bijvoorbeeld dat men niet snel opgeeft als een bepaalde aanpak niet gelijk aanslaat: *“In [naam andere PI] heb ik dat wel meegemaakt. Dat was heel erg. Dan was het bij een ISD'er vaak bij plan A, bijvoorbeeld klinisch gaan, 'Nee, dat ga ik echt niet doen, dit en dat.' En dan gingen ze gewoon een week later over op plan B.”* (Senior casemanager, 21-3). Medewerkers op deze afdeling vinden dat streng en sturend zijn, zonder te veel ruimte te geven aan de ISD'er, helpend is om motivatie te ontwikkelen. Op een andere ISD-locatie wordt juist bepleit om de ISD'er wel ruimte te geven, bijvoorbeeld ruimte om de fout in te gaan. Daar wordt van ISD-medewerkers vooral gevraagd om zorggericht en begripvol tegenover het probleemgedrag van de ISD'ers te zijn. Er bestaat geen eenduidige methodiek of aanpak om ISD'ers te motiveren voor behandeling, en de aanpak is enerzijds afhankelijk van de werkcultuur op de ISD-afdeling, en wordt anderzijds bepaald door die af te stemmen op bepaalde kenmerken en gedrag van de ISD'er, oftewel het bieden van maatwerk.

4.4.4 Verbeterpunten voor inzet forensische zorg

Op basis van de hierboven geschetste resultaten en aanbevelingen van geïnterviewde betrokkenen kunnen de volgende verbetermogelijkheden worden geformuleerd:

- Het is zeer complex om te achterhalen welke vorm of combinatie van forensische zorg het beste werkt voor de ISD, maar in het algemeen heeft forensische zorg een sterk effect op de

²²³ Dit is tevens terug te vinden in de Productspecificatie ISD.

recidivevermindering. Algemene investeringen in de forensische zorg zullen daarom waarschijnlijk ook voor de ISD gunstig uitpakken: meer bedden, personeel en deskundigheid zijn nodig om in de nabijheid van alle ISD-locaties een passend aanbod te realiseren. Het is daarbij belangrijk om ook te letten op de regionale spreiding van het aanbod en toegang voor speciale doelgroepen zoals vrouwen en de VRIS.

- Omdat de ISD maatwerk betreft is intensivering van (extern geleverde) forensische zorg niet voor iedereen gepast. Echter, investeren in een beter op zorg en behandeling gericht klimaat in de intramurale fase van ISD, kan er voor zorgen dat een ISD'er al eerder stappen kan maken in zijn of haar traject. Het feit dat een ISD'er zich niet kan onttrekken van de afdeling biedt een kader voor opbouw van een werkalliantie en een (socio)therapeutisch of pedagogisch milieu.²²⁴ Een dergelijke omgeving vergroot ook de kans dat ISD'ers gemotiveerd raken voor een extramurale behandeling. De eerste fase van de ISD-maatregel dient dus naast het stellen van een diagnose en werken aan de stabilisatie en motivatie, ook in het teken te staan van begeleiding met bijvoorbeeld leefstijlinterventies. Ketenpartners, zoals de reclassering, gemeenten en forensische zorgaanbieders, kunnen dergelijke begeleiding ook intramuraal leveren als daarover goede afspraken worden gemaakt.
- De PI en forensische zorginstellingen bieden soms onvoldoende ruimte aan de ISD'er om de fout in te gaan tijdens het traject, terwijl dit wel een belangrijk onderdeel van herstel kan zijn. Zij worden met regelmaat gesanctioneerd of teruggeplaatst omdat ze gedrag vertonen waarvoor ze nu juist de ISD opgelegd kregen of in een kliniek geplaatst werden; met name middelengebruik of antisociaal gedrag. Het is belangrijk dat hier een samenhangende (behandel)visie over wordt geformuleerd, bijvoorbeeld overeenkomende met de huidige forensische zorgprogramma's en het kwaliteitskader.
- Netwerken tussen ISD-locaties en forensische zorgaanbieders blijken belangrijk voor de toegang en snelle plaatsing van ISD'ers. Het is daarom belangrijk om kennismaking en -uitwisseling tussen ISD-personeel en ketenpartners te faciliteren.
- Het is momenteel voor ISD'ers zonder recht op sociale voorzieningen lastig om de juiste hulp en ondersteuning te bieden en de mogelijkheden voor re-integratieactiviteiten zijn nog beperkter. Het is belangrijk om ook voor deze (VRIS-) doelgroep voldoende ondersteuningsmogelijkheden te bieden omdat anders niet aan de doelstellingen van de ISD en de daarbij behorende zorgplicht kan worden voldoen.

4.5 Re-integratie en recidive (onderzoeksvraag 13, 14 en 15)

Investeren in een succesvolle re-integratie is, als onderdeel van preventie, een belangrijk doel van een straf of maatregel. Van gedetineerden wordt verwacht dat zij tijdens detentie werken aan een verantwoorde en succesvolle terugkeer. Zij krijgen daarbij ondersteuning van DJI, gemeenten en reclassering. In de meer specifieke context van de ISD heeft het proces van re-integratie het doel om bij te dragen aan de beëindiging van het stelselmatige delictgedrag. Zoals beschreven in de eerdere hoofdstukken wordt dit proces ondersteund door een fasering in de tenuitvoerlegging van de ISD, waarbij de ISD'er in verschillende kaders steeds meer vrijheden krijgt; en door toeleiding naar zorg, maatschappelijke ondersteuning, (begeleid of beschermd) wonen en werk. Hoewel de ISD-maatregel maximaal twee jaar duurt, kan dit re-integratieproces ook door gaan na de maatregel, bijvoorbeeld bij het zoeken van een woon- of werkplek. De justitiële instellingen (DJI en reclassering) kunnen na die twee jaar echter geen interventies of ondersteuning meer opleggen of aanbieden: er is immers geen strafrechtelijk kader meer. De verantwoordelijkheid ligt dan volledig bij de persoon zelf en eventueel bij de gemeente waar hij of zij verblijft. In sommige gevallen heeft een ISD'er nog een reclasseringstoezicht openstaan van een eerdere veroordeling, waardoor de reclassering wel betrokken blijft na de maatregel. Er viel niet te achterhalen hoe vaak dit voorkomt. In de hierna volgende paragrafen wordt besproken hoe de professionals in de praktijk invulling geven aan re-integratie (4.5.1), welke middelen zij daarbij kunnen inzetten (4.5.2) en hoe professionals de toegenomen recidivecijfers van de afgelopen jaren verklaren (4.5.3). Ten slotte worden er op basis van de verzamelde data een aantal verbetermogelijkheden ten aanzien van re-integratiedoelen van de ISD besproken (4.5.4).

²²⁴ Vergelijkbaar met de kaders van de TBS met dwangverpleging, ook wel een 'holding environment' genoemd. Onder holding verstaat men dat de cliënt zich in de psychotherapeutische setting "veilig vastgehouden" kan voelen. Dit helpt bij het naar buiten brengen van zijn of haar innerlijke wereld. Zie bijvoorbeeld Winnicott 1986.

4.5.1 Hoe wordt volgens de betrokken professionals invulling gegeven aan het re-integratietraject?

De manier waarop het betrokken afdelingspersoneel van de ISD invulling geeft aan het re-integratieproces heeft vooral betrekking op de intramurale fase van de maatregel. Een manier waarop professionals tijdens deze fase invulling geven aan re-integratie is door te richten op kleinere doelen. Dit doen ze omdat volgens vrijwel alle geïnterviewden de mogelijkheden voor succesvolle re-integratie bij de ISD-populatie beperkt zijn en alleen kleine stappen haalbaar zijn. *“Iemand heeft 20 jaar lang een bepaald gedrag aangeleerd en de verwachting is dus niet dat hij dat binnen twee jaar in één keer anders gaat doen.”* (Afdelingshoofd, 21-3). Deze moeilijkheid wordt geaccepteerd en de verwachtingen en doelen worden daarop aangepast: *“Je gaat ook naar kleine doelen kijken, dus: hoe lang blijft hij weg? (..) Je kunt wel zeggen ‘wij willen recidive verminderen en zorgen dat die gasten op het goede pad komen’, maar ja, dat is onrealistisch.”* (Afdelingshoofd, 21-3). Dit sentiment wordt breed gedeeld onder geïnterviewden als het gaat om de huidige situatie waarin de ISD ten uitvoer wordt gelegd, waarin een continue en aaneensluitend traject van hulpverlening niet vanzelfsprekend is.

Het visiedocument van de ISD in PI a (Hoofdstuk 3) is een voorbeeld van het kleiner maken van doelen. Verblif in de ISD is niet primair gericht op het oplossen van allerlei complexe problematiek, maar op het bieden van *“structuur en regelmaat en het creëren van een veilige omgeving waarbinnen de gedetineerde optimaal kan functioneren.”*²²⁵ Verder bestaat het aanbod in de ISD uit gesprekken met mentoren, re-integratietrainers, trainingen van de reclassering (zoals de Leefstijltraining), de cognitieve vaardigheidstraining CoVa²²⁶ en worden extern ingekochte interventies geleverd door regionale ketenpartners. Enkele locaties hebben ook kook- en kunstprojecten. Een beperking die hierbij wordt genoemd is dat deze activiteiten vooral binnen in de muren van de PI plaatsvinden: *“Het zou goed zijn om ook wat meer te oefenen met het daadwerkelijk naar buiten gaan. De meeste ISD’ers hebben zoiets van: ‘Ja, zo’n training, het blijft wel theoretisch en abstract’. Het zou goed zijn om te gaan oefenen met naar buiten en omgaan met de verleidingen.”* (Psycholoog, 10-5). Tegelijk wordt ook benoemd dat betrokkenen bij de ISD er naar streven dat de zorg en ondersteuning aansluitend doorloopt na beëindiging van de maatregel ten behoeve van succesvolle re-integratie. Het doel is om een fundament te leggen waar iemand op kan voortbouwen na de maatregel, bijvoorbeeld door het regelen van huisvesting en inkomen.

4.5.2 Welke middelen kunnen worden ingezet voor succesvolle re-integratie?

Met name de extramurale fase van de ISD staat in het teken van re-integratie. Hierbij spelen ketenpartners in veel gevallen een belangrijke rol. De algemene verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van de extramurale fase ligt bij de PI, maar de verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij de ketenpartners. Wanneer een ISD’er ‘extramuraal gaat’ tijdens de ISD-maatregel, bijvoorbeeld naar een kliniek of naar een (beschermd of begeleide) woning, dan wordt ook een toezicht door de reclassering opgestart. De reclassering ziet er op toe dat de ISD’er zich tijdens deze fase houdt aan de algemene en eventuele bijzondere voorwaarden. Betrokken professionals geven aan dat het voor de re-integratie essentieel is om ketenpartners zo vroeg mogelijk te betrekken bij een traject. In één van de locaties geeft het afdelingspersoneel aan dat vertegenwoordigers van de gemeente en reclassering regelmatig aansluiten bij (TBO) en dat deze input gewaardeerd wordt. Op een andere ISD-locatie zijn ze minder positief over de betrokkenheid van de gemeente: *“Wij hebben ook iemand van de gemeente erbij zitten, één keer in de maand. Maar ja, er wordt niks gezegd, dat is echt zo. Je denkt, oké, ze zitten erbij. We kunnen een aantal dingen vertellen, maar oppakken doen we uiteindelijk zelf.”* (Afdelingshoofd, 12-4). Er wordt aangegeven dat de gemeente pas in actie komt als een ISD’er aan de extramurale fase begint, terwijl: *“De winst zou zijn als ze intramuraal kunnen beginnen met heel veel dingen, desnoods helemaal af hebben.”* (Senior casemanager, 12-4).

De samenwerking met de reclassering is over het algemeen beter dan die met de gemeente, volgens medewerkers van ISD. Geïnterviewden van de reclassering zelf geven aan dat het per ISD-locatie verschilt waar in het ISD-traject zij worden betrokken bij een ISD-traject. In de huidige situatie is de reclassering altijd betrokken voordat de ISD start (bij opdracht voor een advies), maar daarna verschilt

²²⁵ Uit het plan van van PI a, p.6.

²²⁶ Zie Henskens 2016: “CoVa geeft justitiabelen handvatten om de risico’s voor een criminele carrière terug te dringen en hen te ondersteunen bij een prosociale houding. De training richt zich op het versterken van o.a. impulscontrole, probleemoplossend vermogen en kritisch redeneren. De focus ligt op het ontwikkelen van prosociale vaardigheden.”

het wanneer zij in beeld komen bij de tenuitvoerlegging. *“In de meeste gevallen proberen we een kader open te houden na de adviesopdracht, om te kijken of die opgelegd wordt en dat iemand wordt geplaatst. Maar dat krijgen we niet gefinancierd.”* (Reclassering, 15-6). Op dit moment ontwikkelt de reclassering beleid om meer samen te werken met de PI: *“We moeten eigenlijk vanaf dag 1 samenwerken en samen optrekken bij deze doelgroep. Die kaders zijn er nu niet. Dat is best wel gek, dat er niet duidelijk is wat er van ons verwacht wordt.”* (Reclassering, 15-6). Samenwerking kan bijvoorbeeld bestaan uit informatie-uitwisseling met de PI en met afdelingspersoneel zoals een ZBIW'er, bijvoorbeeld over hoe je mensen met een LVB het beste kunt bejegenen. Officieel krijgt de reclassering pas een opdracht wanneer de extramuraal fase van een ISD'er start. Zo komt het ook voor dat een PI de reclassering pas inlicht nádat een ISD'er extramuraal geplaatst is: *“Dat is niet wenselijk, want soms is het dan al te laat en heeft hij zich al misdragen of een overtreding begaan.”* (Reclassering, 15-6). Omdat het ook afhangt van de vrijhedencommissie of een ISD'er extramuraal mag gaan, is het in de huidige situatie soms moeilijk om de reclassering op tijd in te schakelen.

Klinisch traject

In een klinisch traject, waarbij het trajectplan toewerkt naar een plaatsing in een forensische zorgkliniek, wordt met name in de kliniek aan re-integratie gewerkt. De meeste forensische klinieken hebben de mogelijkheid om naarmate het traject vordert de zorgintensiteit en beveiligingsniveaus op of af te schalen. In dit proces krijgt de ISD'er steeds meer vrijheden en wordt zijn of haar terugkeer stapsgewijs voorbereid. Wanneer dit het geval is, wordt in de ISD niet of minder met vrijheden geoefend en wordt bijvoorbeeld niet gebruik gemaakt van de 'tussenfase' die hiervoor bedoeld is. Het afdelingspersoneel geeft aan dit niet te doen omdat het tot frustratie kan leiden wanneer ISD'ers in de kliniek weer 'opnieuw' moeten beginnen met het opbouwen van vrijheden.

Geïnterviewden geven ook aan dat een klinisch traject regelmatig vroegtijdig wordt afgebroken. In zo'n geval is het moeilijk om nog aan een goede re-integratie te werken: *“Voor een klinische behandeling buiten [in een kliniek] heb je gemiddeld 6 tot 9 maanden nodig. Daarvoor zit dan nog een maandje vooraleer iemand überhaupt naar een kliniek toe geleid is en geaccepteerd wordt. En dan moet die kliniek nog plaats hebben. Dus als je nog maar een half jaar de tijd meer hebt, dan is er geen enkele kliniek die hem nog wil accepteren.”* (Psycholoog 22-3). Voor zover mogelijk wordt er geprobeerd de resterende tijd in de ISD in goede banen te leiden, door in ieder geval aan de vijf basisvoorwaarden re-integratie te werken: een identiteitsbewijs; onderdak; werk en inkomen; schuldenaankpak en; zorg.²²⁷ In één van de bezochte locaties is er de mogelijkheid om de ISD'er voor de resterende tijd in het PPC te plaatsen voor *“een wat intensievere verslavingsbehandeling, vaktherapie, of dingen die op de ISD-afdeling niet mogelijk zijn”* (Psycholoog, 22-3).

Praktisch traject

Een trajectplan kan ook als doel hebben om toe te werken naar begeleid of beschermd wonen of naar een zelfstandige woning. In zo'n geval kan de extramuraal fase bestaan uit plaatsing in een woning of wooninstelling. De intramuraal fase in de ISD wordt in dit geval meer benut om te oefenen met vrijheden. In zulke 'praktische' trajecten wordt meer gebruik gemaakt van de tussenfase waarin de ISD'er meer vrijheden en activiteiten buiten de ISD kan doen. Dit kan bijvoorbeeld ambulante (forensische) zorg zijn, waarbij de ISD'er naar zijn of haar behandeling toe gaat, werk buiten de PI, of verlof om familie te bezoeken. Hoe dit traject er concreet uitziet hangt af van persoonlijk maatwerk en de mogelijkheden en motivatie van de ISD'er. Zowel geïnterviewden betrokkenen van de ISD, als de reclassering, vinden de middelen voor re-integratie bij de ISD beperkt. Dit geldt des te meer voor ISD'ers die tijdens hun traject vroegtijdig worden teruggeplaatst uit een kliniek of andere instelling. De standaard detentie- en re-integratieprocessen die gelden voor de gehele PI gelden ook voor de ISD, *“maar het is een wassen neus als je daarna gewoon op straat staat met je blauwe vuilniszak.”* (Reclassering, 16-5). Deze standaard re-integratieactiviteiten zijn dus vaak onvoldoende.

Langdurige Zorg

Geïnterviewden geven aan dat ISD'ers veelal te beperkt zijn of te veel problemen hebben om met de huidige minimale begeleiding succesvol te re-integreren en dat zij begeleiding nodig blijven hebben na de maatregel. Een verbetering in dat opzicht is de in 2015 ingevoerde Wet Langdurige Zorg (WLZ). Via

²²⁷ Dit zijn de basisvoorwaarden re-integratie die voor alle gedetineerden (ook buiten de ISD) gelden.

deze wet lukt het casemanagers vaak om een indicatie voor zorg en begeleiding na de ISD te krijgen die niet gebonden is aan een bepaalde gemeente of regio. Echter, een indicatie krijgen betekent niet altijd dat er capaciteit is bij zorginstellingen om de zorg en begeleiding ook daadwerkelijk te kunnen leveren. Verder biedt de WLZ na een ISD- maatregel geen juridisch kader meer en kan de zorg en begeleiding alleen op vrijwillige basis worden verleend. In deze context is een aantal geïnterviewden gevraagd of het nodig is om de mogelijkheid tot verlengen van ISD (of reclasseringstoezicht) toe te voegen aan de maatregel: *“Twee jaar is te kort voor sommige ISD’ers.”* (Reclassering, 30-5). *“Ze moeten oefenen met verloven, naar de kliniek, meedoen aan persoonlijkheidsonderzoek, een IQ-test. Ze moeten zo veel, maar er is zo weinig tijd en ook soms zo weinig personeel om dat op tijd te kunnen uitvoeren.”* (ZBIW’er, 10-5).

Een bijkomend probleem hierbij zijn de al eerder genoemde wachtlijsten voor behandeling en huisvesting. De wachttijd voor huisvesting kan al snel een jaar bedragen. Dat betekent dat een ISD’er idealiter binnen één jaar op een wachtlijst voor een woning gezet wordt: *“Maar soms wil je gewoon ook nog dingen zien van die jongen. Ik weet nu bijvoorbeeld van iemand die is aangemeld, dat [wooninstelling] eerst wil zien hoe de behandeling gaat. En hoe oefent hij met vrijheden buiten?”* (Senior casemanager, 10-5). In veel gevallen is het zelfs een vereiste dat een ISD’er eerst behandeling heeft gevolgd om aangemeld te kunnen worden. *“Maar ook die zorginstellingen hebben weer wachtlijsten, de FACT-teams hebben wachtlijsten en noem maar op. Dus om dat allemaal te regelen.. Ja, dat is echt een drama momenteel.”* (Senior casemanager, 10-5).

Het intramurale deel van de ISD lijkt nu op het punt van re-integratie in veel opzichten op een regulier gevangenisregime, volgens geïnterviewden. Meerdere geïnterviewden halen de inmiddels niet meer bestaande Verslavingsbegeleidingsafdelingen (VBA’s)²²⁸ en SOV aan als voorbeelden van speciale regimes die beter voldeden om re-integratie te realiseren vergeleken met de ISD: *“De SOV was al een versobering, maar bij de ISD is dat nog veel erger geworden.”* (Reclassering, 15-6). Verder zijn de middelen die kunnen worden ingezet voor re-integratie in het extramuraal deel grotendeels afhankelijk van aanbod in de regio en gemeente waar de ISD-locatie zich bevindt: *“Je hebt geluk als je Amsterdammer bent”* (Reclassering, 16-5) en *“In Zeeland is bijna niets ingekocht.”* (Senior casemanager, 30-5).

Hoewel in sommige regio’s meer plaatsingsmogelijkheden en ketenpartnernetwerken bestaan, zijn deze niet vanzelfsprekend geschikt voor ISD’ers. Over het algemeen ervaren betrokkenen een tekort aan geschikte plaatsen met de juiste specialismen (zoals omgaan met LVB en verslavingsproblematiek) tot de beschikking. Ook komt in verschillende (groeps)interviews naar voren dat de stap tussen intramuraal en extramuraal vaak te groot is. Beide zaken dragen er aan bij dat trajecten regelmatig vroegtijdig worden afgebroken, met terugplaatsing in de ISD als gevolg. Enkele geïnterviewden benoemen de behoefte aan ‘een soort tussenvorm’ ter overbrugging van de stap tussen intramuraal en extramuraal. Dit zou eigenlijk gevat moeten zijn in de ‘tussenfase’, die weliswaar op papier bestaat (zie paragraaf 3.3), maar in de praktijk op verschillende manieren en vaak zeer beperkt tot uiting komt (zie paragraaf 4.3.1). Mogelijk is de context van de PI als gebouw en organisatie (zie paragraaf 4.3.4 en 4.3.5) te beperking om zo’n gewenste tussenfase op een goede manier tot uiting te laten komen.

4.5.3 Verklaring verhoging recidivecijfers na 2009

Zoals in paragraaf 1.1 vermeld, gaf de uitvoeringspraktijk in de beginjaren van de ISD aanleiding om in 2009 een aantal verbetermaatregelen door te voeren.²²⁹ Tegengesteld aan de verwachting, blijkt uit de meest recente effectevaluatie²³⁰ dat in de jaren na de implementatie van deze verbeteringen relatief meer ISD’ers recidiveren, en dat ISD’ers bovendien per persoon vaker recidiveren dan voor de implementatie. Door betrokkenen worden verschillende verklaringen genoemd hiervoor. Ten eerste is de populatie in de ISD volgens geïnterviewden in de afgelopen tien jaar “zwaarder” en “kanslozer” geworden. De problematiek van de ISD’ers is complexer geworden en ook hebben zij meer somatische

²²⁸ De VBA’s richtten zich op beheersing van drugs- en verslavingsproblematiek en gedragsbeïnvloeding en beoogden drugsvrij te zijn, maar richtten zich daarnaast uitdrukkelijk op zorg na detentie. De VBA’s zijn afgeschaft in de tijd van strikte regimedifferentiatie van het in 2008 aangekondigde beleidsprogramma Modernisering Gevangeniswezen.

²²⁹ Zie Hoofdstuk 1, p. 13 voor een beschrijving van de maatregelen.

²³⁰ Tollenaar e.a. 2019.

klachten, met “fracturen, schotwonden, steekwonden, doorgesneden pezen, doorgesneden zenuwen, noem maar op” (Psychiater, 22-3). In sommige gevallen zijn deze klachten door verwaarlozing niet meer te verhelpen en worden ze chronisch. Geïnterviewden voegen hieraan toe dat de gehele justitiële populatie die in de PI terecht komt “zwaarder” wordt.²³¹ Als verklaring voor het zwaarder worden van de populatie worden grotere maatschappelijke transities genoemd, zoals bezuinigingen en ambulantisering in de ggz: “De PI is in feite een overloop van tekortschietende ggz.” (Psychiater, 22-3). De gedachte is dat problemen vaker uit de hand lopen doordat mensen steeds slechter in de reguliere ggz terecht kunnen of ondergediagnosticeerd worden: “Dat je er na 30 jaar achter komt dat iemand echt forse psychiatrische problematiek heeft die altijd onder gedragsproblemen is geschaard.” (Psycholoog, 22-3). Dat kan maatschappelijke overlast opleveren, waardoor mensen sneller in aanraking komen met justitie. Ten tweede zit de verklaring ook deels in hoe deze ‘zwaardere’ groep uitstroomt na de ISD. Doordat er vaak geen geschikte plek is om op een goede manier terug te keren in de samenleving komen ze vaak weer terug in de PI terecht: “hier [in de PI] problematiseert iemand verder. Wat hier zit aan problematiek, dat maakt het onmogelijk om een zorgmachtiging effectief te kunnen uitvoeren. [Reguliere] ggz-instellingen zijn helemaal niet meer geëquipeerd op deze doelgroep.” (Psychiater, 22-3). Geen van de geïnterviewden ziet de verbetermaatregelen als (onbedoelde) oorzaak van de verhoging van de recidivecijfers.

Geïnterviewden geven, zoals in 4.5.1 te lezen is, ook nuancerings bij de verwachting dat recidive überhaupt terug te dringen is bij de ISD-populatie. Kleinere doelen en verwachtingen zijn volgens betrokkenen realistischer. Bijvoorbeeld dat het langer duurt voordat een persoon recidiveert, of dat er een terugval is maar dan zonder recidive: “Kijk, we gaan geen engeltjes maken. Het zou fantastisch zijn natuurlijk. Maar dat streven we niet na. Dan ben je snel klaar met dit werk.” (Afdelingshoofd, 12-4). Voor sommige ISD’ers is er geen verwachting dat hun gedrag beter wordt: “Sommige van die mensen functioneren eigenlijk prima in deze structuur. Bij sommigen zal dat hun leven lang zo blijven.” (ZBIW’er, 12-4). In verschillende interviews komt in deze context ook de eerder onderzochte²³² verlengingsmogelijkheid van de ISD aan bod. Dit wordt echter niet als een haalbare oplossing gezien vanwege allerlei praktische en juridische haken en ogen welke ook al in het hier aangehaalde onderzoek naar voren komen.

4.5.4 Verbetermogelijkheden voor re-integratie

Op basis van de hierboven geschetste resultaten en aanbevelingen van geïnterviewde betrokkenen kunnen de volgende verbetermogelijkheden worden geformuleerd:

- Een levensstijl en gedrag waar iemand vaak al tientallen jaren mee leeft is moeilijk te veranderen in 2 jaar. Het kan nodig zijn om te accepteren dat enkel kleine stapjes mogelijk zijn en om kleinere doelen te stellen aan de ISD, zoals vermindering van de ernst en frequentie van recidive.
- Het betrekken van ketenpartners blijkt essentieel voor re-integratie. Betrokkenen geven aan dat hoe eerder zij meedenken, hoe beter dit is voor het traject. In de huidige situatie varieert de intensiteit en timing van samenwerking nog sterk per regio en zelfs per casus.
- Er is een tekort aan geschikte uitstroomplekken voor de ISD-doelgroep: begeleid of beschermd wonen, klinieken voor langdurig verblijf, woonvoorzieningen met gecombineerde specialismen (inclusief SGLVZ). Het is voor het behoud van de behaalde resultaten in de ISD dus belangrijk om te investeren in dergelijke plekken.
- Verschillende betrokkenen wijzen erop dat de stap van intramuraal naar extramuraal groot is voor ISD’ers. Het is dus belangrijk om de continuïteit in begeleiding te vergroten en de begeleiding te intensiveren tijdens de overstap naar extramuraal.
- Continuïteit van zorg na afloop van de ISD-maatregel is niet gewaarborgd. De recent verkregen mogelijkheid van een WLZ-indicatie, die het mogelijk maakt om de benodigde zorg te financieren, is een verbetering ten opzichte van vroeger. Betrokkenen geven echter aan dat een WLZ-indicatie krijgen nog niet gelijk staat aan plaatsing (bijvoorbeeld omdat er geen plek is). Bovendien biedt zorg vanuit de WLZ geen juridisch kader, en de motivatie van ISD’ers om vrijwillig in zorg te blijven is niet altijd aanwezig.

²³¹ Dit wordt ook bevestigd in Den Bak e.a. 2018, Koopmans e.a. 2021, en PwC 2020.

²³² Van Zutphen e.a. 2014.

- In deze context wordt ook het verlengen van de ISD-maatregel besproken, bijvoorbeeld via reclasseringstoezicht. Dergelijke constructies zijn echter al onderzocht, en blijken zonder succes. Het organiseren van (vrijwillige) follow-ups is mogelijk veelbelovender. Een casemanager, reclasseringswerker of behandelaar met wie de ISD'er een vertrouwensband heeft opgebouwd gaat in zo'n geval periodiek (afhankelijk van de behoefte) na of er nog ondersteuningsbehoeften zijn.²³³

²³³ Het recidive verminderende effect van contact houden werd al gevonden voor forensisch-psychiatrische patiënten in het proefschrift van P. Schaftenaar (Schaftenaar 2018).

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk komen eerst enkele kanttekeningen bij dit onderzoek aan bod (paragraaf 5.1). Hierna volgt de discussie van enkele concluderende onderzoeksvragen (paragraaf 5.2) waarin de resultaten van de voorgaande hoofdstukken gezamenlijk worden beschouwd en waar duiding en richting wordt gegeven aan de belangrijkste verbetermogelijkheden. Tot slot volgt een conclusie van het gehele onderzoek (paragraaf 5.3).

5.1 Kanttekeningen bij het onderzoek

Dit kwalitatieve onderzoek kent enkele beperkingen. In dit onderdeel noemen we per onderzoeksmethode een aantal kanttekeningen waarmee bij de interpretatie van de resultaten rekening dient te worden gehouden.

5.1.1 Planevaluatie: analyse van de beleidstheorie

Een kanttekening bij de reconstructie van de beleidstheorie is dat de wetgever de veronderstelde onderdelen van de beleidstheorie zoals besproken in hoofdstuk twee, niet expliciet op deze wijze verwoordt. De veronderstellingen in het beleid zijn afgeleid uit Kamerstukken en wetsartikelen die betrekking hebben op de ISD.²³⁴ Het doel van deze analyse was dan ook juist om meer impliciete beschrijvingen te achterhalen van veronderstelde werkzame mechanismen van de ISD. Zodoende bevat de reconstructie van de beleidstheorie een zekere interpretatie van de onderzoekers wanneer het gaat om de precieze bewoording van de veronderstellingen in de beleidstheorie. Bij de reconstructie van de beleidstheorie is nauwkeurig een beleidswetenschappelijke methode gevolgd (beschreven in paragraaf 1.3.1) en is op meerdere momenten verificatie gevraagd bij experts.

5.1.2 Procesevaluatie deel 1: documentanalyse

Een kanttekening bij het deel van de procesevaluatie dat zich toespitst op (beleids)procedures van de ISD op basis van documenten is dat het beschikbare bronnenmateriaal niet zodanig was dat de onderzoeksvragen (6a en 6b, beschreven in paragraaf 1.2) uitputtend beantwoord konden worden. Twee van de vijf locaties konden dergelijke documenten niet aanleveren en de drie overige locaties leverden documenten aan van zeer verschillende aard. Zo was vergelijking onderling niet goed mogelijk, en ontbrak met name concrete informatie waarin de landelijk opgelegde plichten en verantwoordelijkheden voor de ISD met onderbouwing naar de uitvoering van de ISD wordt vertaald.

5.1.3 Procesevaluatie deel 2: (groeps)interviews en landelijke focusgroep

Een kanttekening bij de procesevaluatie is dat deze met name gaat over de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel vanuit het oogpunt van de ISD. Dit heeft te maken met de beperkte reikwijdte in achtergrond van de respondenten en de in de interviews besproken onderwerpen, die door de complexiteit van het onderwerp en het grote aantal betrokken maatschappelijke actoren noodzakelijkerwijs niet de hele breedte van dit terrein konden bestrijken.²³⁵ Bij de groepsinterviews waren ook ketenpartners aanwezig die meer toezien op de extramurale fase van de ISD, echter de ervaringen van ketenpartners, zoals gemeenten en Zorg en Veiligheidshuizen zijn hierin nauwelijks vertegenwoordigd. Zodoende zijn er nog enkele belangrijke blinde vlekken rondom de uitvoering van de ISD die beter onderzocht dienen te worden. Hieronder vallen onder andere het advies voor, het verzoek tot en de daadwerkelijke oplegging van de ISD door respectievelijk de RM, reclassering en het OM. Maar ook de extramurale fase van de ISD, waarbij nu nog onvoldoende inzicht is in welke forensische zorg wordt ingekocht en hoe er wordt gewerkt aan re-integratie.

Een andere kanttekening is dat er in dit rapport een beeld wordt geschetst van een situatie die vlak na de coronapandemie plaatsvond. Zoals uit bezettingscijfers van de ISD (zie tabel 7a en 7b, paragraaf 4.2) en interviews blijkt, was de bezetting relatief laag tijdens de coronapandemie en dus ook nog in de periode waarin dit onderzoek is uitgevoerd. Hoewel deze periode dus mogelijk niet representatief is voor

²³⁴ In de tekst wordt telkens een verwijzing gegeven naar wetten, secties uit de memorie van toelichting of andere Kamerstukken waarop de analyse is gebaseerd.

²³⁵ Zoals gezegd viel hierdoor bijvoorbeeld de voorwaardelijke ISD buiten de scope van dit onderzoek.

de gang van zaken zoals deze voorheen is geweest, gaf de relatief rustige periode wel inzicht in hoe de ISD zou kunnen functioneren met een relatief lagere bezetting van de ISD.

Tot slot is een kanttekening dat in een procesevaluatie als deze, die zich onder andere richt op verbetermogelijkheden, een tendens bestaat om zaken die niet optimaal verlopen naar de voorgrond te brengen. Hierdoor kan een beeld ontstaan dat mogelijk negatiever is dan de werkelijkheid, omdat processen die wel goed verlopen onderbelicht blijven. Voor dit onderzoek hebben wij geprobeerd om deze bias zo veel mogelijk te ondervangen door systematisch te werken en door regelmatig experts binnen de strafrechtketen en forensische zorg te raadplegen. Bovendien hebben we onze bevindingen bediscussieerd in een landelijke focusgroep met experts om ons beeld van de ISD zo goed mogelijk te bevestigen en aan te vullen waar nodig.

5.2 Conclusie en discussie

In dit deel worden onderzoeksvragen 16, 17 en 18 (zie paragraaf 1.2) besproken. Deze onderzoeksvragen beschouwen de verschillende onderdelen van dit onderzoek in zijn geheel en vormen als zodanig de overkoepelende beantwoording van de resultaten.

5.2.1 Hoe verhoudt de praktijk van de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel en nazorg zich tot de procedures en de (getoetste) beleidstheorie, zowel per ISD-locatie (en betreffende gemeenten), als in vergelijking met elkaar? (onderzoeksvraag 16)

Zoals in hoofdstuk 2 duidelijk werd, bestaat de beleidstheorie van de ISD uit twee onderdelen:

1. hoe de ISD criminaliteit en recidive op de korte termijn vermindert via detentie (het incapacitatie-effect) en;
2. hoe de ISD via een intensieve aanpak met zorg en begeleiding criminaliteit en recidive vermindert.

Het eerste onderdeel van de beleidstheorie lijkt zowel in de praktijk als in de procedures als een vanzelfsprekendheid te worden beschouwd en krijgt weinig aandacht in de documenten en interviews. Omdat een ISD'er voor de tijd dat de maatregel duurt onder de verantwoordelijkheid valt van een PI en - bij de extramurale fase – onder toezicht van de reclassering, lijkt dit onderdeel als zodanig zowel in de procedures als de praktijk gedekt.

Het tweede onderdeel van de beleidstheorie blijkt lastiger te vertalen naar procedures en de uitvoeringspraktijk, net als de verhouding tussen de twee beleidstheorie-onderdelen. Dit is onder andere terug te zien in de uiteenlopende invulling van het secundaire zorg- en behandeldoel van de ISD. 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 te geven aan de ISD. Zo bestaan er verschillen in hoe ISD-locaties worden ingericht, zowel fysiek (huiselijk of kaal en sober) als inhoudelijk (op fase of persoonskenmerken afgestemde afdelingen). Dit betekent bijvoorbeeld dat op sommige locaties ISD'ers in de halfopen- of tussenfase enkel tussen andere ISD'ers in dezelfde fase zitten. Terwijl dit op andere locaties gemengd is. In sommige (maar niet in alle) gevallen bestaat een visie op hoe een dergelijke invulling bijdraagt aan het gedragsveranderende doel van de ISD. De onderliggende gedachten over welke aanpak tot een positieve gedragsverandering kan leiden en hoe dit verloopt verschilt dus. Verder zijn er ook verschillen tussen ISD-locaties die te wijten zijn aan de omgeving of het terrein (of gebouw) van de PI waarbinnen de ISD zich bevindt, bijvoorbeeld verschillen in hoeveel ISD'ers er per dag naar buiten kunnen worden begeleid, hoeveel personen er op een afdeling verblijven en of de ISD in een apart gebouw is gehuisvest of in een vleugel grenzend aan andere regimes.

Ook qua zorg- en behandelvisie en bejegening onderscheiden ISD-locaties zich van elkaar. Zo proberen sommige locaties meer invulling te geven aan het intramurale deel van de ISD met een therapeutisch leefklimaat en begeleiding (in huis). Terwijl andere locaties een 'kalere' intramurale fase kennen en behandeling en begeleiding meer buiten de PI laten plaatsvinden via klinische of praktische trajecten. Zoals ook de beleidstheorie onderkent, is de ISD-populatie heterogeen. Het bestaan van verschillen tussen locaties zou potentieel kunnen betekenen dat bepaalde ISD-locaties beter aansluiten op de behoeften van een subpopulatie van de ISD. In de huidige beleidstheorie en procedures wordt echter niet gerept van een dergelijk onderscheid in subpopulaties. Ook wordt hier in de oplegging en plaatsing geen rekening mee gehouden. Het uiteenlopen van de praktijk past hier dus niet bij en het wordt

bovendien door vele betrokkenen als onwenselijk gezien, omdat de verschillen tot rechtsongelijkheid zouden kunnen leiden. Het is tevens de vraag wat deze verschillen voor consequenties voor de werkzaamheid van de ISD hebben. Mogelijk staat de huidige praktijk van de ISD verder af van de oorspronkelijk onderbouwde werkzame elementen van de SOV waar de ISD uit voortvloeide.

Ondanks het uiteenlopen van de praktijk is er ook een aantal belangrijke overeenkomsten tussen de ervaringen van betrokkenen bij de ISD:

1. voorwaarden scheppen voor gedragsverandering bij de ISD-doelgroep vraagt meer dan waar op dit moment in wordt voorzien qua personele bezetting en -expertise en vergt een goede samenwerking met ketenpartners;
2. betrokken professionals lopen tegen de grenzen (en werkcultuur) aan van de PI waarbinnen de ISD zich bevindt en proberen daar op verschillende manieren ruimte in te zoeken; en
3. het bereiken van duurzame gedragsverandering binnen de twee jaar van ISD wordt niet als realistisch gezien, en tegelijk wordt de overgang naar aansluitende zorg en begeleiding na de maatregel als te groot ervaren als die al beschikbaar is.²³⁶

Het is aannemelijk dat door het gebrek aan een vertaalslag van de beleidstheorie naar de praktijk, de praktijk onvoldoende gelegitimeerd is en te weinig kaders heeft om de zaken waar ze tegen aan lopen op te lossen.

Het gebrek aan vertaalslag is ook terug te zien in onze zoektocht naar landelijke en lokale documenten met procedures. Deze blijken moeilijk te achterhalen en het blijft onduidelijk in hoeverre deze documenten zijn geïmplementeerd of worden gedragen in de praktijk. Het bestaan van lokale visiedocumenten over de ISD wijst mogelijk ook op omissies in het landelijk beleid. De beleidstheorie is, zoals geconstateerd, onduidelijk over hoe de ISD beoogt bij te dragen aan het verminderen van problematiek en wat daarvan de verwachte uitkomsten zijn – afgezien van een beëindiging van de recidive. ISD-locaties geven momenteel op verschillende manieren invulling aan deze ommissie in het beleid, maar een gemeenschappelijke en gecoördineerde aanpak mist.

Alles overziend, laat de analyse van de praktijk ook zien dat de uitvoerders van de ISD meer nadruk leggen op zorg en begeleiding en minder op detentie en beveiliging. Betrokkenen rechtvaardigen deze nadruk door te stellen dat deze aanpak, met als doel een therapeutische omgeving of leefklimaat te realiseren, het meest effectief is om tot gedragsverandering te komen bij de ISD-doelgroep.²³⁷ Zij ervaren echter daarin te worden beperkt door de (context van de) locatie en daarmee het (straf)klimaat waar de ISD zich in bevindt. Ook is er discussie over de duur van de ISD-maatregel. Deze tweejarige vrijheidsbeneming staat immers in verhouding tot de (opeenstapeling van) delicten, maar staat niet in verhouding tot de complexe en langdurige problematiek waar de doelgroep mee kampt waarvoor soms langere trajecten nodig zijn. Vanuit dit zorgperspectief is er dus behoefte aan een langere-termijnbenadering van de ISD, bijvoorbeeld via een betere continuïteit van aansluitende zorg na de maatregel.

5.2.2 Wat zijn vanuit de praktijk de mogelijkheden ('kansrijke verbeterpunten') om de recidive van deze groep ISD'ers verder terug te dringen? (onderzoeksvraag 17)

Vanuit onze verkenning van de praktijk van de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel zijn in hoofdstuk 4 verschillende verbetermogelijkheden beschreven op losse onderdelen van de ISD.²³⁸ Deze verbetermogelijkheden van verschillende orde van grootte hebben implicaties voor verschillende niveaus van organisatie voor de ISD en zijn in sommige gevallen voorwaardelijk voor elkaar. Gezamenlijk impliceren deze verbeterpunten vrij fundamentele wijzigingen van de ISD. In dit deel geven we daarom duiding over wat deze verbeterpunten bij elkaar genomen kunnen betekenen en hoe zij zich tot elkaar verhouden. In het kort gaat het om de volgende punten, die er gezamenlijk aan kunnen bijdragen om het

²³⁶ In 2009 werd ook al geconstateerd dat het zorgaanbod voor justitiabelen met complexe problemen ontoereikend is. Zie Kaal e.a. 2009.

²³⁷ Onderzoek naar verslavingszorg in detentie wijst er bijvoorbeeld op hoe belangrijk het is om op een afgesloten afdeling een stimulerend klimaat te realiseren. Personeel met affiniteit en kennis van de problematiek dat weet hoe om te gaan met bepaald gedrag levert daar een belangrijke bijdrage aan. Zie Bulten & Van den Hurk 2012.

²³⁸ Te weten, financiering en personeelscapaciteit, contextfactoren van de PI, de rol en inzet van forensische zorg en re-integratie.

potentieel van de tweejarige vrijheidsbeneming bij mensen die een ISD-maatregel opgelegd krijgen beter te benutten:

- Het versterken van het eigen karakter van de ISD, zodat men met de ISD beter kan doen waar de maatregel voor bedoeld is;
- doorontwikkelen van een gezamenlijke landelijke ISD-visie met concrete en voorwaardenscheppende kaders om gedragsverandering binnen de twee jaar van de ISD te stimuleren;
- met daarin een multidisciplinaire behandelvisie die onderbouwt hoe en met welke forensische zorg de kans op, frequentie van en ernst van recidive verkleind kan worden voor de lange termijn;
- in een setting waarin de ISD niet beperkt wordt door het beheersmatige klimaat van het gebouw van de PI waarin het zich bevindt; en
- met structurele afspraken waarin de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van de ISD, de PI en haar ketensamenwerking concreet zijn uitgewerkt en geborgd.

Ontwikkel een gezamenlijke ISD-visie met concrete en voorwaardenscheppende kaders

Een aanzienlijk deel van de verbeterpunten die worden aangedragen door de praktijk komt voort uit het gebrek aan een duidelijke en gedragen visie op de doelen van de ISD-maatregel en hoe hier uitvoering aan gegeven dient te worden. De ISD kan immers uitgelegd worden als een maatregel om stelselmatige daders voor twee jaar van de straat te halen, maar ook als een kans om hen te diagnosticeren, te motiveren en te helpen met hun problematiek om het recidiverisico op de lange termijn te verminderen. Het verschilt in de praktijk op welk van deze doelen de nadruk wordt gelegd. Dit is niet enkel een semantische discussie. Uit de praktijkverkenning komt naar voren dat de onduidelijkheid over de doelen van de ISD het moeilijk maakt om activiteiten binnen de ISD de legitimeren en om ketenpartners aan te spreken op hun verantwoordelijkheden. Duidelijk is dat vanuit de praktijk behoefte is aan een visie met (meer dan in het huidige beleid) aandacht voor de zorg- en behandeltrajecten die kenmerkend zijn voor de ISD. Dit onderscheidt de ISD immers van een reguliere gevangenisstraf. Over het ontwikkelen van een dergelijke visie geven betrokkenen uit de praktijk aan dat het cruciaal is om deze visie te formuleren met de gehele keten betrokken bij de ISD oplegging en uitvoering (inclusief nazorg en re-integratie), zodat het breed gedragen wordt en er minder diversiteit in de uitvoeringspraktijk komt.

De volgende verbeterpunten gaan verder in op de inhoudelijke richting voor deze te ontwikkelen visie die uit dit onderzoek naar voren komt.

Ontwikkel een multidisciplinaire behandelvisie

Vanwege de complexe opgave om invulling te geven aan de zorg in ISD-trajecten is er vanuit de praktijk specifiek behoefte aan een samenhangende multidisciplinaire behandelvisie voor de ISD. Een multidisciplinaire behandelvisie dient duidelijk te maken wat de behandelvisie en -doelstellingen zijn van de ISD-maatregel en voor welke doelgroep deze van toepassing zijn. Verwacht wordt, dat een multidisciplinaire visie ook duidelijkheid schept over wie welke verantwoordelijkheid draagt, wat er nodig is om een goed behandeltraject te realiseren en welke functies (personeel) er nodig zijn en in welke hoedanigheid (capaciteit en financiering).

Inhoudelijke aandachtspunten die genoemd zijn bij het ontwikkelen van een behandelvisie zijn:

- Maak in deze visie duidelijk dat de te verrichten resocialisatie-inspanningen bijdragen aan de doelstelling van maatschappijbescherming voor zowel de duur van de ISD (twee jaar), maar ook de lange termijn (na de ISD).
- Scherp de verwachtingen en doelen van re-integratie van de ISD-maatregel aan door niet alleen recidivebeëindiging, maar ook het uitstellen van recidive en/of het verminderen van de frequentie van de recidive, en/of verminderen van de ernst van de recidive na te streven.
- Ontwikkel kwaliteitsnormen waarin duidelijker wordt wie waaraan bijdraagt, zowel binnen als buiten de ISD. Kijk voor het ontwikkelen van een dergelijke behandelvisie naar de forensische zorgprogramma's en het kwaliteitskader en ga na of visies uit multidisciplinaire teams in de reguliere zorg, zoals (F)ACT, beschikbaar en toereikend zijn.
- Formuleer een duidelijker kader voor het doel van de intramurale fase. In de huidige situatie wordt de intramurale fase soms als een doorverwijsluik gezien. In de intramurale fase is het

echter belangrijk om gelijktijdig en meerzijdig (integraal) te werken aan stabilisatie, diagnostiek, motiverende bejegening, trajectbepaling en gedragsverandering. Behandeling kan hier dus een onderdeel van zijn.

- Formuleer een expliciete behandelvisie en/of -doelstellingen voor onderscheidende doelgroepen binnen de ISD, zoals de VRIS-doelgroep en vrouwen. Maak duidelijk hoe kan worden omgegaan met de variërende toegang tot zorg en sociale voorzieningen en afstand tot gemeente van binding.

Om deze te ontwikkelen ISD-visies in de praktijk te realiseren en in uitvoering te brengen, benadrukken betrokkenen dat de huidige kaders van DJI en van een PI waarbinnen de ISD zich bevindt beperkend kunnen zijn. Het volgende verbeterpunt gaat daarom in op verbetermogelijkheden die ruimte kunnen scheppen binnen of buiten deze kaders. Hierna gaan we in op verbetermogelijkheden buiten de ISD die betrekking hebben op (samenwerking met) ketenpartners.

Geef ruimte aan de eigenheid van de ISD

Uit het onderzoek wordt duidelijk dat het onderscheidende karakter van de ISD onvoldoende, of met veel moeite (of "strijd"), tot uiting komt in de tenuitvoerlegging. Betrokkenen vinden dat daardoor de gedragsbeïnvloedende behandel doelstelling van de ISD in het gedrang komt. De dominante regels en het klimaat van de PI (en DJI) gericht op risicobeheersing, zoals het drugsontmoedigingsbeleid, geven te weinig ruimte voor de bejegening-, zorg- en ondersteuningsbehoeften van de ISD-doelgroep. Hoewel een nieuwe (te ontwikkelen) visie mogelijk meer ondersteuning en legitimiteit zal geven aan de ISD om deze ruimte te claimen, zijn er meerdere verbeterpunten genoemd die hier ook aan bij kunnen dragen. Deze hebben enerzijds betrekking op het regime en het klimaat binnen de ISD en anderzijds op de locatie en omgeving rondom de ISD.

Een eigen regime en klimaat:

- Koppel het ISD-regime (inclusief dagprogramma) los van het algemene detentieregime. In de huidige situatie valt de ISD onder de 'reguliere regimes' binnen de PI. Dit betekent dat de algemene regels en het dagprogramma van de PI leidend zijn. Het dagprogramma, alsook het drugsontmoedigingsbeleid kunnen echter belemmerend werken in ISD-trajecten waar stap voor stap (met vallen en opstaan) wordt toegewerkt naar gedragsverandering. Een verbeterpunt is daarom om een apart regime voor de ISD te hanteren.
- Probeer zoveel mogelijk vermenging met andere regimes te voorkomen om het onderscheid tussen andere regimes beter tot zijn recht te laten komen. Hoewel dit in bijvoorbeeld de huidige productspecificatie ISD ook genoemd wordt als belangrijke voorwaarde voor het scheppen van een motiverende omgeving lukt het in de praktijk nog niet altijd om dit te realiseren.
- Verbeter het leefklimaat op de ISD. Vanwege het karakter van de doelgroep en het multidisciplinaire karakter van de uitvoeringsorganisaties, ligt het voor de hand om de ISD meer als een herstel- en behandelgerichte setting in te richten. Hiermee kan het (socio)therapeutische en pedagogische potentieel van verblijf op de ISD worden benut.
- Overweeg om de gehele ISD via de forensische zorg te bekostigen. De in dit onderzoek gepresenteerde verkenning van de financiering van de ISD (paragraaf 4.2) doet vermoeden dat de initiële gedachte dat de meerderheid van de doelgroep niet in aanmerking wilde of kon komen voor behandeling nog heersend is. Er is in de praktijk onvoldoende personeelscapaciteit om uitvoering te geven aan de benodigde diagnostiek en andere gedragskundige taken. Bovendien impliceren de hierboven genoemde verbeterpunten om de ISD meer als een zorg- en behandelmaatregel in te steken. De ISD is bovendien al een forensische zorgtitel, dus administratieve systemen zijn al deels in plaats. Financiering via het forensische zorgstelsel in plaats van via het budget van de PI zou dus mogelijk passender zijn voor de ISD. Het volledig karakteriseren van de ISD als forensische zorg zou ook betekenen dat het kwaliteitskader en de zorgprogramma's van de forensische zorg van toepassing zijn op de tenuitvoerlegging van de ISD en zaken als risicotaxatie en delictanalyse kunnen worden ingezet.

Een eigen locatie:

- Maak het naar binnen en naar buiten gaan (van het PI-terrein) makkelijker voor ISD'ers. Dit werkt faciliterend en stimulerend voor de extramurale activiteiten (inclusief de tussenfase) ten

behoefte van re-integratie. Dit is belangrijk om de stap van intramuraal naar extramuraal kleiner te maken.

- Overweeg om de ISD in aparte gebouwen te plaatsen met eigen personeel. Betrokkenen zijn er van overtuigd dat het hebben van een apart gebouw voor de ISD bovenstaande die de eigenheid van de ISD moeten benadrukken kan versterken (zie paragraaf 4.3.4). Een eigen gebouw binnen een PI heeft volgens betrokkenen al voordelen vergeleken met bijvoorbeeld een 'vleugel of gang'. Ook wordt de verbetermogelijkheid genoemd om de ISD in zijn geheel op een locatie buiten de PI te vestigen.

Verbeter en borg ketensamenwerking

In de huidige situatie zijn er veel partijen betrokken bij de ISD die een rol kunnen spelen in de trajecten van ISD'ers vanuit verschillende disciplines. De beschikbare kennis over de ISD-doelgroep en hun complexe problematiek, en de mate waarin ketenpartners met elkaar samenwerken en afstemmen over de zorg, verschilt in de huidige situatie per ISD-locatie, per ketenpartner, en kan zelfs per traject verschillen. Zoals hierboven genoemd kan een te ontwikkelen behandelvisie bijdragen aan het verbeteren en uniformeren hiervan, door meer duidelijkheid te scheppen over de verantwoordelijkheden en takenverdeling. Hierbij is het belangrijk dat er structurele afspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld over door- en terugplaatsingen van ISD'ers.

Daarnaast zijn er punten genoemd omtrent ketensamenwerking waarmee deze in de huidige praktijk geïntensiveerd zou kunnen worden en waarmee ketenpartners de uitvoering van de ISD kunnen helpen verbeteren.

Verbetermogelijkheden voor ketensamenwerking:

- Verbeter dossiervorming. In de huidige situatie zijn er onvoldoende mogelijkheden om voortgangs- en eindverslagen te registreren en uit te wisselen tussen ketenpartners. Het is belangrijk om dit te faciliteren, bijvoorbeeld door het mogelijk te maken om het verloop van ISD-trajecten te registreren in bestaande systemen (bijvoorbeeld User, Pro Justitia of JD-online). Dit is ook belangrijk om de overdracht van ISD'ers tussen ketenpartners te verbeteren.
- Vergroot de capaciteit van personeel in de forensische zorg en bevorder de deskundigheid daarvan ten aanzien van de ISD kaders en doelgroep, zodat de kansen die de tweejarige maatregel biedt voor gedragsverandering en het verminderen van de problematiek beter kan worden benut.

Verbetermogelijkheden voor versterking intramurale diagnostiek en begeleiding:

- Betrek ketenpartners eerder in de ISD-maatregel. Het eerder betrekken in het traject en 'naar binnen halen' van ketenpartners kan gedragsdeskundig personeel in de ISD ondersteunen (bijvoorbeeld bij diagnostiek en begeleiding). Vaak zijn ISD'ers al bekend bij zorginstellingen in de buurt en kunnen zij de beschikbare kennis meebrengen. Het kan ook zorgen voor meer continuïteit van zorg gedurende het ISD-traject, omdat ISD'ers zo al eerder bekend kunnen raken met behandelaren van extramurale (forensische) zorginstellingen.

5.2.3 Wat zijn de mogelijkheden om de rol van forensische zorg (verder) te intensiveren? (onderzoeksvraag 18)

Geconcludeerd kan worden dat forensische zorg bij de ISD thans iets is dat toegevoegd wordt door een forensische zorgaanbieder (niet de PI) aan een traject. Of en met welke intensiteit dit aan een traject wordt toegevoegd, wordt op de persoon afgestemd en blijft dus grotendeels maatwerk. Los daarvan zijn er verbeterpunten te noemen voor de rol en inzet van forensische zorg bij de ISD. Deze gaan vooral over een passend aanbod, betere samenwerking en continuïteit.

ISD-professionals lopen tegen een aantal knelpunten aan bij de samenwerking met instellingen voor forensische zorg. Zo is er niet in elke regio voldoende en passend aanbod voor de ISD-doelgroep gekenmerkt door: complexe langdurige problematiek met vaak een combinatie van middelenverslaving, persoonlijkheidsstoornissen, LVB en crimineel, antisociaal of agressief gedrag. Ook komen (tijdelijke en definitieve) terugplaatsingen vanuit de forensische zorg naar de PI (vanwege terugval of risicovol gedrag) vaak voor, waardoor zorgtrajecten niet afgemaakt worden. Verder wordt een grote kloof ervaren tussen het regime van de ISD in de PI en het leefklimaat in de forensische zorg (bijvoorbeeld op het

gebied van bejegening en beveiliging), met als gevolg dat ISD'ers lang moeten wennen en kunnen ontregelen omdat zij plotseling met andere regels en vrijheden te maken krijgen. Dit alles bij elkaar maakt dat er een gebrek aan continuïteit wordt ervaren bij ISD-trajecten. Enerzijds gaat dit over de continuïteit tussen de ISD in de PI en ketenpartners. Anderzijds gaat dit over de continuïteit van zorg, ondersteuning en begeleiding die nodig is na de ISD-maatregel.

Mogelijkheden om de rol en inzet van forensische zorg (verder) te verbeteren op basis van dit onderzoek gaan daarom over het verbeteren van deze continuïteit, door ervoor te zorgen dat ISD-trajecten geleidelijk verlopen en dat er een soepele overdracht tussen ketenpartners is, ook na de ISD.

Aandachtspunten hierbij zijn:

- Faciliteer tijd en ruimte voor ketenpartners om elkaar te ontmoeten en te leren kennen op casusoverstijgend niveau. Uit het onderzoek komt naar voren dat ketenpartners niet goed weten wat er in de ISD gebeurt en andersom, dat ISD-personeel niet goed weet wat er extramuraal gebeurt. Wanneer zij elkaar beter leren kennen kunnen zij beter inschatten wat zij van elkaar kunnen verwachten.
- Verklein de kloof tussen de ISD en extramuraal zorg door middel van voorlichting en voorbereiding voor de ISD'er en met een warme overdracht naar ketenpartners, bijvoorbeeld met begeleiding.²³⁹ Investeer daarbij in een behandelrelatie met iemand die over verschillende ketenpartners heen met de ISD'er meebeweegt, ook naar eventuele aansluitende zorg na de ISD-maatregel. Wat dit laatste punt betreft is inspiratie te vinden bij een recente pilot rond de gemaximeerde TBS (die eveneens een vastgestelde einddatum kent, net als de ISD). Daarin vindt een zogenaamd 'zorgafstemmingsgesprek' (ZAG) plaats aan het eind van het traject. Het doel van een ZAG is het zorgen voor een goede afstemming en samenwerking tussen de cliënt, de naasten en betrokken professionals voor optimale aansluiting (of continuïteit) van zorg, ook zonder strafrechtelijk of gedwongen kader.
- Zorg voor voldoende en geschikte uitstroomekken voor de ISD-doelgroep. Creëer met name woonvoorzieningen en langdurig klinische voorzieningen met stevige begeleiding en expertise op het gebied van forensische zorg, LVB en verslaving.
- Verbeter het vasthouden van de positieve effecten na de ISD op lange termijn door (vrijwillige) follow-ups te organiseren. Een mogelijkheid is bijvoorbeeld dat een casemanager, reclasseringswerker of behandelaar met wie de ISD'er een vertrouwensband heeft opgebouwd periodiek (afhankelijk van de behoefte) met een cliënt nagaat welke ondersteuningsbehoeften er zijn.²⁴⁰

5.2.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoeksrapport geeft inzichten in welke elementen van de ISD als werkzaam en als minder werkzaam worden gezien. Ook zijn er in dit onderzoek een aantal voor de ISD belangrijke zaken onderbelicht gebleven die mogelijk aanknopingspunten kunnen zijn voor vervolgonderzoek. Hieronder staan enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Kwalitatieve casestudies

In de ISD is sprake van een heterogene doelgroep die naast veelvoorkomende middelenverslavingen een variatie aan andere problematiek kan kennen, met een diversiteit aan combinaties van problemen. Zowel de justitiële als behandelinhoudelijke benadering hiervoor bestaat uit maatwerk en kent daarmee tal van mogelijkheden in het verloop van de maatregel, bijvoorbeeld op gebied van aangeboden zorg. Vanwege dit gegeven is een kwantitatieve evaluatie van de effecten van de ISD zeer complex. Van kwalitatief onderzoek naar het verloop van ISD-trajecten valt om die reden meer te verwachten. Denk hierbij aan casestudies, levensloop studies, of etnografisch onderzoek op ISD-afdelingen. In de lijn van *desistance* onderzoek bij gedetineerden zou het bestuderen van succesverhalen – wat werkte en waarom? – van waarde kunnen zijn.²⁴¹

²³⁹ Het eerder genoemde verbeterpunt om het verblijf op de ISD-afdeling al meer als forensische zorg - in brede zin – (therapeutisch) te benaderen, zou deze kloof ook al grotendeels kunnen dichten.

²⁴⁰ Het recidive verminderende effect van contact houden werd al gevonden voor forensisch-psychiatrische patiënten in het proefschrift van P. Schaftenaar (Schaftenaar 2018).

²⁴¹ Zie voor dergelijk onderzoek bijvoorbeeld het proefschrift van J. Doekhie (Doekhie 2019).

Zicht op en verbeteren extramurale fase en re-integratiemogelijkheden

Uit dit onderzoek blijkt dat de geïnterviewde personen op de bezochte ISD-locaties weinig zicht hebben op activiteiten in het kader van de ISD in de extramurale fase en de re-integratie na de ISD. Het mogelijke verloop hiervan is daardoor onderbelicht gebleven. Een goede uitvoering van deze onderdelen is echter essentieel om tot de gewenste resultaten te komen en om deze daarna te behouden. Omdat per regio de context, de ISD-doelgroep en het aanbod verschilt, is een procesevaluatie van deze vervolgfases om na te gaan hoe de uitvoering verloopt en wat verbeterpunten zijn nodig. Vergelijkbaar met de procesevaluatie in het huidige onderzoek, maar met een andere focus. Wat in dit onderzoek wel naar voren komt, is dat het succes van de extramurale fase en re-integratie aankomt op een soepele samenwerking tussen alle betrokken ketenpartners: de juiste expertise op het juiste moment op de juiste plek. Vervolgonderzoek naar de mogelijkheden en wenselijkheid van benaderingen om die samenwerking te verbeteren - zoals het in dit onderzoek genoemde 'zorgafstemmingsgesprek' dat als pilot heeft plaatsgevonden bij de gemaximeerde TBS - is dus ook belangrijk om inzicht te krijgen hoe de ISD verder verbeterd kan worden.

5.3 Tot slot

In 2004 volgt de ISD-maatregel de in 2001 ingevoerde SOV op, dat een strafrechtelijk vrijheidsbenemend instrument betrof voor aan harddrugs verslaafde mannen van wie langdurig maatschappelijke overlast werd ervaren. De ISD vergroot het bereik naar een heterogene doelgroep van zowel mannelijke als vrouwelijke zeer actieve veelplegers. Daarbij benadrukt de beleidsdoelstelling van de ISD - meer dan de SOV - de maatschappijbescherming door vrijheidsbeneming, en minder het oplossen van de persoonlijke problematiek en resocialisatie. In lijn met deze nadruk veronderstelt de 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. Een andere veronderstelling in de beleidstheorie is dat via een intensieve aanpak met zorg en begeleiding de (kans op) recidive en maatschappelijke overlast op lange termijn te vermindert. Deze uitgangspunten zijn deels met wetenschappelijke evidentie te onderbouwen. Zo is het veronderstelde effect van detentie op criminaliteit en recidive op de korte termijn aannemelijk. Tegelijk is de aanpak om via zorg en begeleiding het cyclische criminele gedrag en de hoge kans op recidive daarvan terug te dringen onvoldoende uitgewerkt in het beleid. Dit maakt het moeilijk om de beleidstheorie die hierachter zit te toetsen. Hoewel er evidentie is dat forensische zorg bijdraagt aan het herstel van de forensische patiënt en daarmee het risico op recidive vermindert, blijft het onduidelijk of en welke forensische zorg effectief is binnen het tweejarig kader van de ISD dat zich, in tegenstelling tot de meeste forensische zorglocaties, in het gebouw en regime van een PI bevindt. Wetenschappelijk evident is wel dat elke vorm van forensische zorg effectiever is in dit kader dan sobere detentie.

De landelijke voor DJI geldende documenten met procedures voor de ISD beschrijven dezelfde uitgangspunten die in de beleidstheorie naar voren komen. Hoe de ISD dient te worden uitgevoerd, staat enkel in hoofdlijnen beschreven in de documenten. Lokaal, op het niveau van de ISD-locatie, zijn procedures zeer verschillend ingevuld en staat er niet overal iets op papier. Overkoepelend kan gezegd worden dat de lokale documenten de gefaseerde opzet van de ISD volgen en beschrijven. De reikwijdte van de documenten betreft voornamelijk de intramurale fase van de ISD. De uitvoering van de tussenfase en de extramurale fase is niet uitgewerkt in procedures. Het is op basis van de verkregen documenten niet af te leiden hoe ISD-locaties dit concreet faciliteren. Wel blijkt uit de documenten dat de activiteiten binnen de ISD ondergeschikt zijn en ingekaderd worden door de strakke (veiligheids)kaders van de PI, die ook voor de ISD gelden. Het onderscheidende karakter van de ISD – qua doelgroep en qua nadruk op zorg en behandeling - ten opzichte van andere regimes wordt hiermee ondermijnd. Dit punt komt ook naar voren in de analyse van de uitvoeringspraktijk.

Op vrijwel elke voor dit onderzoek bezochte locatie ervaren betrokkenen de ISD als een 'ondergeschoven kindje' van de PI (en DJI). Men vindt dat de gedragsbeïnvloedende behandeldoelstelling van de ISD in het gedrang komt door de dominante regels en het klimaat van de PI (en DJI) gericht op risicobeheersing en doordat er onvoldoende middelen zijn. 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 dus onvoldoende, of met veel moeite en strijd, tot uiting in de tenuitvoerlegging. Dit



Onderzoek
naar welzijn,
zorg &
verslaving

Rapportage

wordt ook zo ervaren door ketenpartners van de ISD. Samenvattend ervaart men in de dagelijkse praktijk beperkende kaders die het moeilijk maken om een goede invulling te geven aan de zorg- en behandeldoelen van de ISD. Dit terwijl forensische zorg en behandeling het meest werkzame element is om recidive terug te dringen op de lange termijn. In dit rapport zijn daarom verschillende verbeterpunten genoemd die verruiming van deze kaders voor de praktijk kunnen faciliteren om daarmee de werkzaamheid van de ISD te vergroten.

Ondanks deze verbetermogelijkheden om het potentieel van de tweejarige vrijheidsbeneming bij de ISD beter te benutten, moet ook het enthousiasme en de betrokkenheid van de geïnterviewde in de ISD-praktijk werkzame professionals worden benadrukt. Zij lieten zien hoe elke dag alle beschikbare kennis en middelen worden ingezet om het allesomvattende doel van maatschappijbeveiliging (op korte en lange termijn) te dienen. Zij verrichtten ondanks alle beperkingen die in dit rapport benoemd zijn indrukwekkend werk voor de ISD en de personen die daar terechtkomen.

Literatuurlijst

Andrews e.a., *Criminology* 1990

D.A. Andrews e.a., 'Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis', *Criminology* 1990, vol. 28(3), p. 369-404 (<https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x>).

Andrews e.a., *Criminal Justice and Behaviour* 2011

D.A. Andrews e.a., 'The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention?', *Criminal Justice and Behavior* 2011, vol. 38(7), (<https://doi.org/10.1177/00938548114063>).

Andrews & Bonta 2017

D.A. Andrews & J. Bonta, *The psychology of criminal conduct*, New Providence: LexisNexis 2017.

Auerhahn, *Criminology* 1999

K. Auerhahn, 'Selective incapacitation and the problem of prediction', *Criminology* 1999, vol. 37(4), p. 703-734.

Baas 1998

N.J. Baas, *Strafrechtelijke Opvang Verslaafden: Een literatuurverkenning naar voor de SOV relevante ervaringen met onvrijwillig geplaatste justitiabele verslaafden in binnen- en buitenland*, Den Haag: WODC 1998.

Den Bak e.a. 2018

R.R. den Bak e.a., *Psychosociale criminogene factoren en neurobiologische kenmerken van mannelijke gedetineerden in Nederland*, Den Haag: WODC 2018.

Bakhuysen e.a. 2022

T. Bakhuysen e.a., *De repressieve samenleving Vanuit civiel-, bestuurs- en strafrechtelijk perspectief*, Deventer: Wolters Kluwer 2022.

Barendregt, Wits & De Haan 2021

C. Barendregt, E. Wits & H. de Haan, *Kwaliteit van leven en middelengebruik: Handreiking voor het toepassen van maatwerk en belonen in de klinische forensische zorg*, Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg 2021

Beerthuizen, Tollenaar & Van der Laan 2018

M.G.C.J. Beerthuizen, N. Tollenaar & A.M. van der Laan, *Monitor Veelplegers 2017 (Cahier 2018-5)*, Den Haag: WODC 2018.

Best 2019

D. Best, *Pathways to Recovery and Desistance*, Bristol: Policy Press 2019.

Biesma e.a. 2006

S. Biesma e.a., *ISD en SOV vergeleken. Eerste inventarisatie meerwaarde Inrichting voor Stelselmatige Daders boven eerdere Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden*, Den Haag: WODC 2006.

Block & Van der Werff 1991

C.R. Block & C. van der Werff, *Initiation and continuation of a criminal career: Who are the most active and dangerous offenders in the Netherlands*, Den Haag: WODC 1991.

Blokland & Nieuwbeerta 2006

A. Blokland & P. Nieuwbeerta, *Selectieve aanpak van veelplegers? Kosten en baten van verschillende strafscenario's* (rapport 2006-3), Leiden: NSCR 2006.

Bonta & Andrews, *Rehabilitation* 2007

J. Bonta & D.A. Andrews, 'Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation', *Rehabilitation* 2007, vol. 6(1), p. 1-22.

Bonta & Andrews 2016

J. Bonta & D.A. Andrews, *The Psychology of Criminal Conduct*, New York: Routledge 2016.

Bulten & Van den Hurk 2012

E. Bulten & A. van den Hurk, 'Verslavingsproblematiek in detentie', in: E. Blaauw & H. Roozen (red.), *Handboek forensische verslavingszorg*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2012, p. 185-204.

Burger & De Kogel 2022

A.M. Burger & C.H. de Kogel, *Planevaluatie Wet forensische zorg. Reconstructie en evaluatie van de beleidstheorie* (Cahier 2022-4), Den Haag: WODC 2022.

Colman & Van der Laenen, *Mental Health, Recovery, and the Community* 2012

C. Colman & F. van der Laenen, "Recovery Came First": Desistance versus Recovery in the Criminal Careers of Drug-Using Offenders', *Mental Health, Recovery, and the Community* 2012 (<https://doi.org/10.1100/2012/657671>).

Damm & Gorinas, *The Journal of Law and Economics* 2020

Damm & Gorinas, 'Prison as a Criminal School: Peer Effects and Criminal Learning behind Bars', *The Journal of Law and Economics* 2020, vol. 63(1) (<https://doi.org/10.1086/706820>).

Dennis & Scott, *Drug and Alcohol Dependence* 2012

M.L. Dennis & C.K. Scott, 'The first 90 days following release from jail: Findings from the Recovery Management Checkups for Women Offenders (RMCWO) experiment', *Drug and Alcohol Dependence* 2012, vol. 125(1-2), p. 110-118.

Dennis, Scott & Funk, *Evaluation and Program Planning* 2003

M.L. Dennis, C.K. Scott & R. Funk, 'An experimental evaluation of recovery management checkups (RMC) for people with chronic substance use disorders', *Evaluation and Program Planning* 2003, vol. 26(3), p. 339-352.

Doekhie 2019

J.V.O.R. Doekhie, *Dimensions of desistance: A qualitative longitudinal analysis of different dimensions of the desistance process among long-term prisoners in the Netherlands* (diss. Leiden), Leiden: Universiteit Leiden 2019.

Drieschner e.a. 2020

K.H. Drieschner e.a., *Recidive na forensische zorgtrajecten met uitstroom 2013-2015*, Den Haag: WODC 2020.

Drieschner, Hill & Weijters 2018

K.H. Drieschner, J. Hill & G. Weijters, *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg* (Cahier 2018-22), Den Haag: WODC 2018.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2017

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, *Basis Zorgprogramma. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten*, Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2017.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2020

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, *Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg*, Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2020.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2022

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, *Kwaliteitskader Forensische Zorg 2022 - 2028*, Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie 2022.

Ganpat e.a. 2009

S. Ganpat e.a., *Problematiek en zorgbehoefte van gedetineerden met een ISD-maatregel in JI Vught*, Rotterdam: IVO 2009.

Goderie e.a. 2009

M. Goderie e.a., *Problematiek en hulpvragen van stelselmatige daders*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2009.

Goderie & Lünemann 2008

M. Goderie & K.D. Lünemann, *De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2008.

Gottfredson & Hirschi 1990

M.R. Gottfredson & T. Hirschi, *A general theory of crime*, Stanford: Stanford University Press 1990.

Greenwood & Abrahamse 1982

P.W. Greenwood & A.F. Abrahamse, *Selective incapacitation*, Santa Monica: RAND 1982.

Haapanen 1990

R. Haapanen, *Selective Incapacitation and the Serious Offender; A Longitudinal Study of Criminal Career Patterns*, New York: Springer-Verlag 1990.

Harris, Nakamura & Bucklen, *Criminology* 2018

H.M. Harris, K. Nakamura & K.B. Bucklen, 'Do cellmates matter? A causal test of the schools of crime hypothesis with implications for differential association and deterrence theories', *Criminology* 2018, vol. 56(1), p. 87-122 (<https://doi.org/10.1111/1745-9125.12155>).

Henskens 2016

R. Henskens, *Beschrijving CoVa 2.0.*, Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut (online via: justitieinterventies.nl).

Hirschi 1969

T. Hirschi, *Causes of delinquency*, Berkeley/Los Angeles: University of California Press 1969.

Hser, *Journal of Addictive Diseases* 2007

Y.I. Hser, 'Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a 33-year follow-up study', *Journal of Addictive Diseases* 2007, vol. 26(1), p. 51-60.

Van den Hurk & Nelissen, *Sancties* 2004

A.A. van den Hurk & P.Ph. Nelissen, 'What works'. Een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten', *Sancties* 2004, nr. 5, p. 280-297.

Inspectie voor de Sanctietoepassing 2008

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

Kaal e.a. 2009

H.L. Kaal e.a., *Een complex probleem: Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*, Den Haag: WODC 2009.

Koeter & Bakker 2007

M.W.J. Koeter & M. Bakker, *Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*, Den Haag: Boom juridische uitgevers 2007.

Koeter & Van Maastricht 2006

M.W.J. Koeter & A.S. van Maastricht, *De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*, Den Haag: NWO-ZonMw 2006.

Kooijmans 2002

T. Kooijmans, *Op maat geregeld? Een onderzoek naar de grondslag en de normering van de strafrechtelijke maatregel*, Deventer: Kluwer 2002.

Koopmans e.a. 2021

C. Koopmans e.a., *Continuïteit in de bekostiging van politie, openbaar ministerie en rechtspraak*, Den Haag: WODC 2021.

Van der Landen 1992

L. van der Landen, *Straf en maatregel*, Arnhem: Gouda Quint 1992.

Laub & Sampson, *Criminology* 1993

J.H. Laub & R.J. Sampson, 'Turning points in the life course: why change matters to the study of crime', *Criminology* 2003, vol. 31(3), p. 301-325 (<https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1993.tb01132.x>).

Laub & Sampson 2003

J.H. Laub & R.J. Sampson, *Shared beginnings, divergent lives: Delinquent boys to age 70*, Cambridge: Harvard University Press 2003.

Leeuw, *American Journal of Evaluation* 2003

F.L. Leeuw, 'Reconstruction program theories: Methods available and problems to be solved', *American Journal of Evaluation* 2003, vol. 24(1), p. 5-20 ([https://doi.org/10.1016/S1098-2140\(02\)00271-0](https://doi.org/10.1016/S1098-2140(02)00271-0)).

Levitt & Miles 2007

S.D. Levitt & T.J. Miles, 'Empirical Study of Criminal Punishment', in: M. A. Polinsky & S. Shavell (Red.), *Handbook of Law and Economics*, Amsterdam: Elsevier 2007, p. 455-495.

MacKenzie, *Crime & Delinquency* 2000

D.L. MacKenzie, 'Evidence-Based Corrections: Identifying What Works', *Crime & Delinquency* 2000, vol. 46(4), p. 457-471.

Martinelli e.a., *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2020

T.F. Martinelli e.a., 'Comparing three stages of addiction recovery: long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2020, vol. 27(5), p. 387-396.

Martinelli e.a., *Journal of Drug Issues* 2022

T.F. Martinelli e.a., 'Addiction and Recovery in Dutch Governmental and Practice-Level Drug Policy: What's the Problem Represented to be?', *Journal of Drug Issues* 2022, vol. 52(4), p. 547-567.

Maruna 2001

S. Maruna, *Making Good: How Ex-Convicts Reform and Rebuild their Lives*, Washington DC: American Psychological Association 2001.

Meeus e.a. 2001

W. Meeus e.a., 'De harde kern: ernstige gewelddadige en persistente jeugd criminaliteit in Nederland', in: J.A. Sergeant (red.), *Ernstig een Gewelddadige Jeugd delinquentie; omvang, oorzaken en interventies*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2001, p.51-72.

Meeuws & 't Hart 1993

W. Meeus & H. 't Hart, *Jongeren in Nederland; een nationaal survey naar ontwikkeling in de adolescentie en naar intergenerationele overdracht*, Amersfoort: Academische Uitgeverij 1993.

Mitchell e.a. 2012

O. Mitchell e.a., *The Effectiveness of Incarceration-Based Drug Treatment on Criminal Behavior: 2012 Update*, Oslo: The Campbell Collaboration, Crime and Justice Group 2012.

Nagtegaal, Sancties 2014/22

M. Nagtegaal, 'Herinvoering van elektronische detentie in Nederland: oude kleren in een nieuw jasje?', *Sancties* 2014/22, p. 167-178.

Nelissen, Proces 2008

P. Nelissen, 'Interventies op basis van bevindingen uit de levensloopcriminologie: een nieuw paradigma voor verbetering?', *Proces* 2008, afl. 3, p. 31-42.

Pawson & Tilley 1997

R. Pawson & N. Tilley, 'An Introduction to Scientific Realist Evaluation', in: E. Chelimsky & W. Shadish (red.), *Evaluation for the 21st Century. A Handbook*, New York: Sage Publications 1997, p. 405-418.

Petersilia, Federal Probation Journal 2004

J. Petersilia, 'What Works in Prisoner Reentry? Reviewing and Questioning the Evidence', *Federal Probation Journal* 2004, vol. 68(2).

PwC 2020

PwC, *Doorlichting strafrechtketen. Nieuwe uitdagingen vragen op optimalisatie van samenwerking*, Amsterdam: PwC 2020.

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming 2018

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Advies 'Ontwikkelingen en Knelpunten bij Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen'*, Den Haag 29 maart 2018.

Raaijmakers e.a. 2014

L. Raaijmakers e.a., *Achtergrondrapport bij de richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg 2014.

Van den Reek & De Muijnck 2015

E. van den Reek & J. de Muijnck, *Waarom is er behoefte aan de BOR/TOR en wat zijn alternatieven? Onderzoek naar de behoefte aan en gelijkwaardige alternatieven voor de BOR en de TOR, vanuit het perspectief van cliënten*, Groningen: EEVAA 2015.

Rogers e.a. 2000

P.J. Rogers e.a., *Program Theory in Evaluation: Challenges and Opportunities*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers 2000.

Rovers, Tijdschrift voor Veiligheid 2007

B. Rovers, 'What works; kanttekeningen bij een populair programma', *Tijdschrift voor Veiligheid* 2007, jrg. 6, nr. 3, p. 7-22.

Sampson & Laub 1993

R.J. Sampson & J.H. Laub, *Crime in the Making: Pathways and Turning Points Through Life*, Cambridge: Harvard University Press 1993 (1st Edition).

Sampson & Laub 1995

R.J. Sampson & J.H. Laub, *Crime in the Making: Pathways and Turning Points Through Life*, Cambridge: Harvard University Press 1995 (2nd Edition).

Sampson, Robert, & Laub, *Criminology* 2003

R.J. Sampson, J. Robert & J.H. Laub, 'Life-Course Desisters? Trajectories of Crime Among Delinquent Boys Followed to Age 70', *Criminology* 2003, p. 301-339.

Schaftenaar 2018

P. Schaftenaar, *Contact gezocht. Relatieel werken en het alledaagse als werkzame principes in de klinische forensische zorg* (diss. Utrecht), Utrecht: Universiteit voor Humanistiek 2018.

Schaftenaar e.a., *International Journal of Law and Psychiatry* 2018

P. Schaftenaar e.a., 'Relational caring and contact after treatment. An evaluation study on criminal recidivism', *International Journal of Law and Psychiatry* 2018, vol. 60, p. 45-50.

Scott e.a., *Journal of Substance Abuse Treatment* 2021

C.K. Scott e.a., 'Improving retention across the OUD service cascade upon reentry from jail using Recovery Management Checkups-Adaptive (RMC-A) experiment', *Journal of Substance Abuse Treatment* 2021, vol. 128.

Scott, Dennis & Foss, *Drug and Alcohol Dependence* 2005

C.K. Scott, M.L. Dennis & M.A. Foss, 'Utilizing Recovery Management Checkups to shorten the cycle of relapse, treatment reentry, and recovery', *Drug and Alcohol Dependence* 2005, vol. 78(3), p. 325-338.

Snippe, Ogier & Bieleman 2006

J. Snippe, C. Ogier & B. Bieleman, *Lokale aanpak zeer actieve veelplegers: justitieel traject*, Rotterdam-Groningen: Intraval 2006.

Sociaal en Cultureel Planbureau 2008

Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociale veiligheid ontsleuteld. Veronderstelde en werkelijke effecten van veiligheidsbeleid*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2008.

Stevenson, *The Review of Economics and Statistics* 2017

M. Stevenson, 'Breaking Bad: Mechanisms of Social Influence and the Path to Criminality in Juvenile Jails', *The Review of Economics and Statistics* 2017, vol. 99(5), p. 824-838 (https://doi.org/10.1162/REST_a_00685).

Struijk 2011

S. Struijk, *De ISD in perspectief: Een studie naar de ISD-maatregel in het licht van het Nederlands strafrechtelijk sanctiestelsel ter bestrijding van recidive en criminele overlast*, Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2011.

Struijk, *Sancties* 2013/1

S. Struijk, 'De hedendaagse veelpleger: een nieuwe sanctionering gevergd?', *Sancties* 2013/1, p. 1-5.

Struijk, *Strafblad* 2014/33

S. Struijk, 'Tien jaar ISD-tenuitvoerlegging: werk in uitvoering', *Strafblad* 2014/33, p. 213-220.

Struijk, *Sancties* 2020/13

S. Struijk, 'Wetsvoorstel Straffen en beschermen: wordt het kind met het badwater weggegooid?', *Sancties* 2020/13, p. 56-65.

Tollenaar e.a. 2006

N. Tollenaar e.a., *Monitor veelplegers 2006. WODC-recidivestudies fact sheet*, Den Haag: WODC 2006.

Tollenaar e.a. 2008

N. Tollenaar e.a., *Monitor veelplegers 2008. WODC-recidivestudies fact sheet*, Den Haag: WODC 2008.

Tollenaar e.a. 2019

N. Tollenaar e.a., *Effectiviteit van de ISD-maatregel - 2e replicatie*, Den Haag: WODC 2019.

Tollenaar & Van der Laan 2010

N. Tollenaar & A.M. van der Laan, *Monitor veelplegers: Trends in de populatie zeer actieve veelplegers uit de periode 2003-2007*, Den Haag: WODC 2010.

Tollenaar, Van der Laan en Beijersbergen 2014

N. Tollenaar, A.M. van der Laan & K.A. Beijersbergen, *Korte- en langetermijneffecten van de ISD-maatregel*, Den Haag: WODC 2014.

Torenvlied 2022

R. Torenvlied e.a., *Naar meer evidence-based beleid binnen JenV*, Den Haag: WODC 2022.

Visher 1986

C.A. Visher, 'The RAND inmate survey: area analyses', in: C.A. Visher (red.), *Criminal Careers and career Criminals*, Washington D.C.: National Academy Press 1986, p. 161-211.

Van der Vis, Struijk & Van der Wolf, AA 2020

C.L. van der Vis, S. Struijk & M.J.F. van der Wolf, 'Recidivecijfers na forensische zorg: een juridische 'proof of the pudding'', *Ars Aequi* 2020, p. 321-330.

Vollaard 2010

B. Vollaard, *Het effect van langdurige opsluiting van veelplegers op de maatschappelijke veiligheid*, Tilburg: Tiltec 2010.

Wartna, Alberda & Verweij 2013

B.S.J. Wartna, D.L. Alberda, & S. Verweij, *Wat werkt in Nederland en wat niet? Een meta-analyse van Nederlands recidiveonderzoek naar de effecten van strafrechtelijke interventies*, Den Haag: WODC 2013.

Wermink 2009

H. Wermink, A. Blokland, P. Nieuwbeerta, N. Tollenaar, Recidive na werkstraffen en na gevangenisstraffen, *Tijdschrift voor Criminologie* 2009, 51(3), 211-227.

Wikstrom 1991

P.O.H. Wikstrom, *Urban Crime, Criminals, and Victims*, New York: Springer-Verlag 1991.

Winnicott 1986

D.W. Winnicott, *Home is where we start from. Essays by a psychoanalyst*, Londen: Penguin Books 1986.

Wolfgang, Figlio & Sellin 1972

M.E. Wolfgang, R.M. Figlio & T. Sellin, *Delinquency in a Birth Cohort*, Chicago: University of Chicago Press 1972.

Wolfgang, Thornberry, & Figlio 1987

M.E. Wolfgang, T.P. Thornberry & R.M. Figlio, *From boy to man; from delinquency to crime*, Chicago: University of Chicago Press 1987.

Van der Wolf, Reef & Wams 2020

M.J.F. van der Wolf, J. Reef & A.C. Wams, *Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*, Den Haag: Textcetera 2020.

Van Zutphen e.a. 2014

Van Zutphen e.a., *De maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (ISD): Maatschappelijke kosten-batenanalyse van een eventuele verlenging*, Rotterdam: Van Zutphen Economisch Advies 2014.

Parlementaire stukken**Eerste Kamer der Staten-Generaal**

Kamerstukken I 1999/00, 26023, nr. 215b.

Kamerstukken I 2003/04, 28980, D.

Kamerstukken I 2003/04, 28980, F.

Tweede Kamer der Staten-Generaal

Handelingen II 2001/02, nr. 21.

Handelingen II 2003/04, nr. 34

Kamerstukken II 1982/83, 11932, nr. 10.

Kamerstukken II 1997/98, 26023, nr. 3.

Kamerstukken II 1998/99, 26023, nr. 5.

Kamerstukken II 1999/00, 26023, nr. 8.

Kamerstukken II 2002/03, 27834, nr. 13.

Kamerstukken II 2002/03, 28684, nr. 1.

Kamerstukken II 2002/03, 28980, nr. 3.

Kamerstukken II 2003/04, 28980, nr. 5.

Kamerstukken II 2006/07, 31110, nr. 1.

Kamerstukken II 2006/07, 31110, nr. 4.

Kamerstukken II 2007/08, 31110, nr. 4.

Kamerstukken II 2008/09, 31110, nr. 8.

Kamerstukken II 2008/09, 31110, nr. 9.

Kamerstukken II 2008/09, 31110, nr. 10.

Kamerstukken II 2018/19, 33628, nr. 44.

Kamerstukken II 2019/20, 31110, nr. 20.

Jurisprudentieregister**Hoge Raad**

HR 6 maart 2007, ECLI:NL:HR:2007:AZ7777

HR 7 juli 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH9943

HR 7 januari 2020, ECLI:NL:HR:2020:2

Gerechtshoven

Hof Arnhem 1 februari 2010, ECLI:NL:GHARN:2010:BL1597

Rechtbanken

Rb. Alkmaar 28 juni 2005, ECLI:NL:RBALK:2005:AT8607

Rb. Dordrecht 12 januari 2006, ECLI:NL:RBDOR:2006:AV0757

Rb. Maastricht 31 januari 2006, ECLI:NL:RBMAA:2006:AV0701

Rb. Dordrecht 28 september 2006, ECLI:NL:RBDOR:2006:AZ0048

Rb. 's-Gravenhage 6 december 2006, ECLI:NL:RBSGR:2006:AZ5126

Rb. Dordrecht 20 maart 2007, ECLI:NL:RBDOR:2007:BA1269

Rb. Groningen 9 augustus 2007, ECLI:NL:RBGRO:2007:BB1454

Rb. Roermond 29 januari 2010, ECLI:NL:RBROE:2010:BL1085

Rb. Utrecht 12 april 2010, ECLI:NL:RBUTR:2010:BM5031

Rb. Rotterdam 20 april 2010, ECLI:NL:RBROT:2010:BM1694

Rb. Utrecht 16 september 2011, ECLI:NL:RBUTR:2011:BU7152

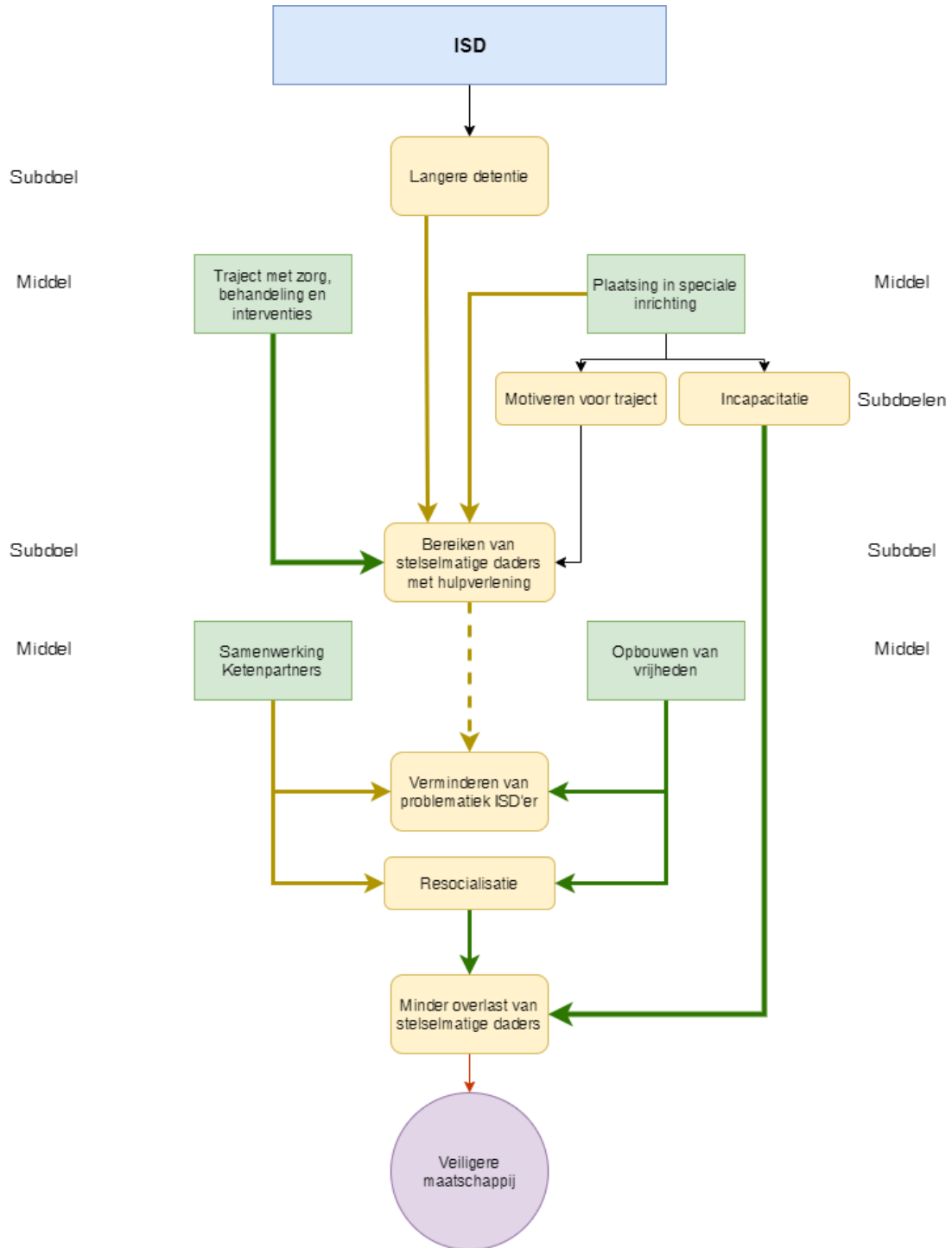
Rb. Zeeland-West-Brabant 2 september 2016, ECLI:NL:RBZWB:2016:5625

Rb. Amsterdam 21 oktober 2020, ECLI:NL:RBAMS:2020:5128

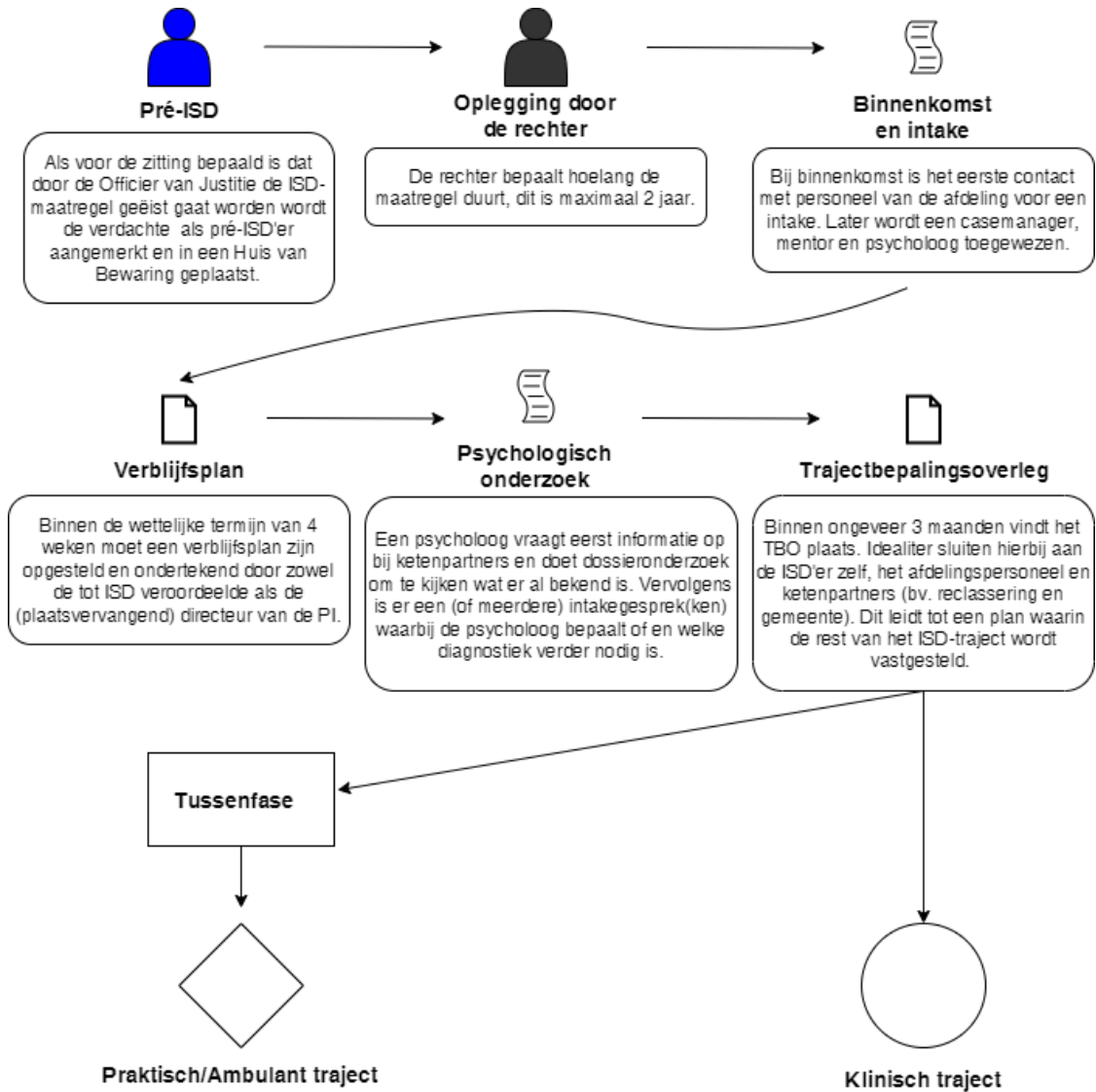
Rb. Limburg 7 juli 2021, ECLI:NL:RBLIM:2021:5400

Bijlagen

Bijlage 1: Figuur Pijlenschema beleidstheorie



Bijlage 2: Figuur Schematische weergave van ISD-traject



Bijlage 3: Procesbeschrijving ISD 2009²⁴²

Hieronder volgt een beschrijving van de stappen die in het ISD-proces worden doorlopen. Het geeft inzicht in de veelheid van actoren en hun onderlinge afhankelijkheid. De samenwerking in de (lokale) keten van justitie, zorg en gemeenten is van essentieel belang voor een succesvolle tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel.

1. Lokale Veelplegerlijsten

Op lokaal niveau stelt de politie aan de hand van hun herkenningssysteem de veelplegerlijsten samen. Op basis van de landelijke definitie voor zeer actieve veelplegers/stelselmatige daders²⁴³ worden personen die daaraan voldoen aangemerkt als potentiële ISD-kandidaten.

2. Lokaal casusoverleg

In het lokaal casusoverleg, bijvoorbeeld in het Veiligheidshuis, bespreken de ketenpartners (justitie, zorg en gemeenten) de individuele casussen en wordt bepaald wie nog een mogelijkheid krijgt onder 'dreiging van de ISD-maatregel' met een voorwaardelijke veroordeling naar zorg te worden doorgeleid (drangvoorziening) of voor wie bij een volgende arrestatie het ISD-traject wordt ingegaan.

3. Inverzekeringstelling en vroeghulp

De reclassering bezoekt de arrestant tijdens de vroeghulp en stelt ten behoeve van de voorgeleiding bij de Rechter-Commissaris (RC) een vroeghulprapport op waarin met argumenten omkleed een ISD-traject wordt geadviseerd.

4. Voorgeleiding en preventieve hechtenis

De RC beveelt de inbewaringstelling. Bij aanvang van de preventieve hechtenis vraagt het Openbaar Ministerie bij de reclassering om een adviesrapport en wordt het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP) gevraagd een trajectconsult uit te voeren. De periode van de preventieve hechtenis biedt een eerste mogelijkheid tot stabilisatie, structuur en medische verzorging van de groep 'zorgwekkende zorgmijders'.

5. Trajectconsult en Adviesrapport

Tijdens de preventieve hechtenis voert het NIFP een trajectconsult uit. Dat is een eenmalige screening op basis waarvan een eerste indruk wordt verkregen van de verstandelijke vermogens, de psychiatrische en psychische stoornissen en of iemand detentiegeschikt wordt geacht. Als er sprake is van een psychische stoornis of verstandelijke beperking kan in een later stadium (tijdens detentie ten behoeve van het verblijfsplan) verdiepingsdiagnostiek door het NIFP worden uitgevoerd. De reclassering stelt op basis van het risico-diagnose-instrument RISC een adviesrapport op voor de rechterlijke macht. Het rapport bevat informatie over de achtergrondgeschiedenis, de risicofactoren voor herhaling van delictgedrag en een advies voor een tijdens de maatregel uit te voeren re-integratietraject (gedragsinterventies of toeleiding naar zorgvoorzieningen waarvoor eventuele nadere verdiepingsdiagnostiek noodzakelijk is).

6. Veroordeling tot de maatregel ISD en plaatsing in de ISD-inrichting

Op grond van het adviesrapport van de reclassering, het trajectconsult van het NIFP en mogelijk andere informatie van deskundigen wordt de verdachte ter zitting veroordeeld tot een ISD-maatregel.

7. Plaatsing in de ISD-inrichting

De veroordeelde wordt vervolgens in een ISD-inrichting geplaatst, bij voorkeur in de regio waaruit hij/zij afkomstig is. Alleen die personen bij wie op basis van de beschikbare informatie wordt verwacht dat er een re-integratietraject gestart kan worden, worden in het trajectregime geplaatst. Voor de overige ISD'ers volgt plaatsing in een basisregime, waar zij het reguliere dagprogramma volgen. Op het moment

²⁴² Bron: Kamerstukken II, 2008/09, 31110, 9, Bijlage 1: Procesbeschrijving ISD.

²⁴³ Wettelijk criterium voor het vorderen van de ISD maatregel is dat iemand in de afgelopen vijf jaar voorafgaand aan het laatste feit drie maal wegens een misdrijf onherroepelijk is veroordeeld.

dat er voldoende aanleiding is om wel een re-integratietraject te starten kan iemand alsnog worden overgeplaatst naar het trajectregime.

8. Verdiepingsdiagnostiek

Indien er alleen sprake is van verslavingsproblematiek kan de verslavingsreclassering of verslavingszorg een nadere (verslavings)verdiepingsdiagnostiek uitvoeren. Als er (tevens) sprake is van een ernstige psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking voert het NIFP op verzoek van de ISD-inrichting verdiepingsdiagnostiek uit.

Op basis daarvan wordt vervolgens een indicatiestelling voor de zorg afgegeven.

9. Verblijfsplan

Mede op basis van de uitgevoerde verdiepingsdiagnostiek wordt voor iedere ISD'er een verblijfsplan (re-integratieplan) opgesteld. Daarin wordt het re-integratietraject vastgelegd en in welke fase welke organisatie waarvoor verantwoordelijk is. Het verblijfsplan wordt gezamenlijk vastgesteld door de trajectbegeleider van de DJI, het Psycho Medisch Overleg in de penitentiaire inrichting en de reclasseringswerker.

10. Intramurale fase binnen het trajectregime of basisregime

Indien er een zorgindicatie is afgegeven wordt de ISD 'er tijdens de intramurale fase voorbereid op doorplaatsing naar een ggz-voorziening (o.a. een forensische psychiatrische kliniek, forensische verslavingskliniek of een RIBW-voorziening). Waar geïndiceerd wordt voorafgaand aan de overplaatsing binnen de detentiefase ambulante ggz zorg geboden. Bij overplaatsing naar de zorgvoorziening start de extramurale fase van de ISD en houdt de reclassering toezicht. Indien geïndiceerd komt een ISD'er voorts in aanmerking voor plaatsing in een zorglocatie. Wie niet wordt toegeleid naar een zorgvoorziening, maar wel wil meewerken aan zijn re-integratie, neemt, indien daar aanleiding toe is, deel aan gedragsinterventies van de reclassering, wordt voorbereid op leer/woontrajecten na de detentiefase en wordt bijgestaan door een trajectbegeleider van de penitentiaire inrichting. Veroordeelden die niet gemotiveerd zijn tot gedragsverandering/ hulpverlening of weigeren daaraan mee te werken worden in het basisregime geplaatst. Daar volgen zij het dagprogramma en wordt geprobeerd hen alsnog te motiveren. Lukt dat, dan volgt alsnog plaatsing in het trajectregime.

11. Half open fase

Gedetineerden in het trajectregime zijn gebaat bij een geleidelijke overgang naar de extramurale fase. Daarvoor wordt de mogelijkheid van een tussenfase geboden. Daarin werkt de gedetineerde overdag buiten de penitentiaire inrichting of onderneemt daarbuiten activiteiten ter voorbereiding op de extramurale fase. Op die manier kunnen zij de hun aangeleerde vaardigheden in de praktijk van alle dag oefenen 's Avonds en 's nachts verblijven zij in de penitentiaire inrichting. Het beoogde verlengde dagprogramma biedt dan 's avonds de mogelijkheid voor persoonlijke begeleiding door een mentor.

12. Extramurale fase

Zoals ik eerder aangaf start de extramurale fase voor wie geïndiceerd zijn tot opname in een zorgvoorziening op het moment dat zij daar geplaatst zijn. Voor de anderen geldt dat zij, al dan niet via een tussenfase, in overleg met de trajectbegeleider, reclassering en gemeenten, naar de extramurale fase doorstroomt. Zij verblijven veelal in begeleide woonvormen en hebben dagactiviteiten. In alle gevallen beslist de directeur van de penitentiaire inrichting over het moment dat de extramurale fase aanvangt. Tijdens de extramurale fase houdt de reclassering toezicht. Bij het niet nakomen van afspraken en /of het zich onttrekken aan opname of begeleiding volgt (tijdelijke) terugplaatsing in de penitentiaire inrichting.

13. Overdracht nazorg gemeenten

De gemeenten van terugkeer worden bij de voorbereiding op de extramurale fase reeds betrokken bij het ISD-proces. Dit is met het oog op continuïteit van zorg na beëindiging van de maatregel van essentieel belang. De reclassering draagt tijdens de extramurale fase zorg voor informatieoverdracht naar de gemeente. Indien iemand in het basisregime verblijft en niet in aanmerking komt voor een extramurale fase zijn Medewerkers Maatschappelijke Dienstverlening verantwoordelijk voor een tijdige informatievoorziening naar de gemeenten van terugkeer.



Onderzoek
naar welzijn,
zorg &
verslaving

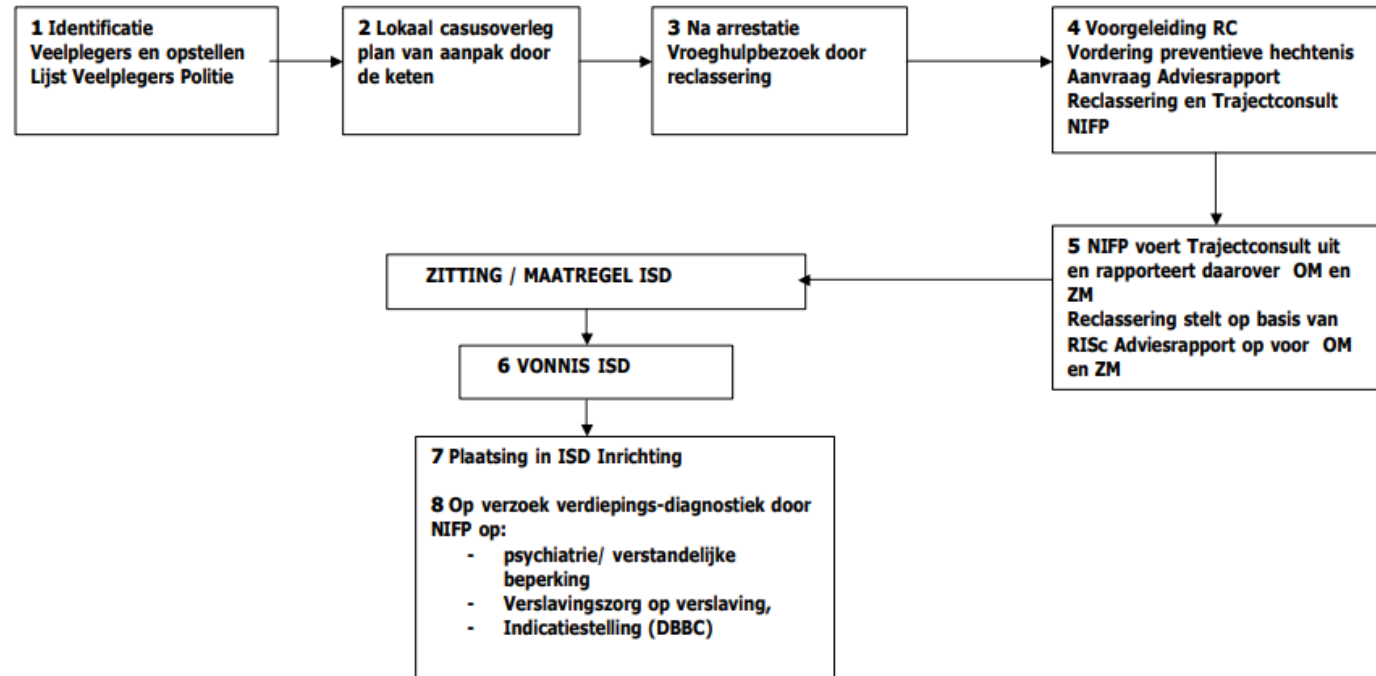
Rapportage

14. Beëindiging van de maatregel

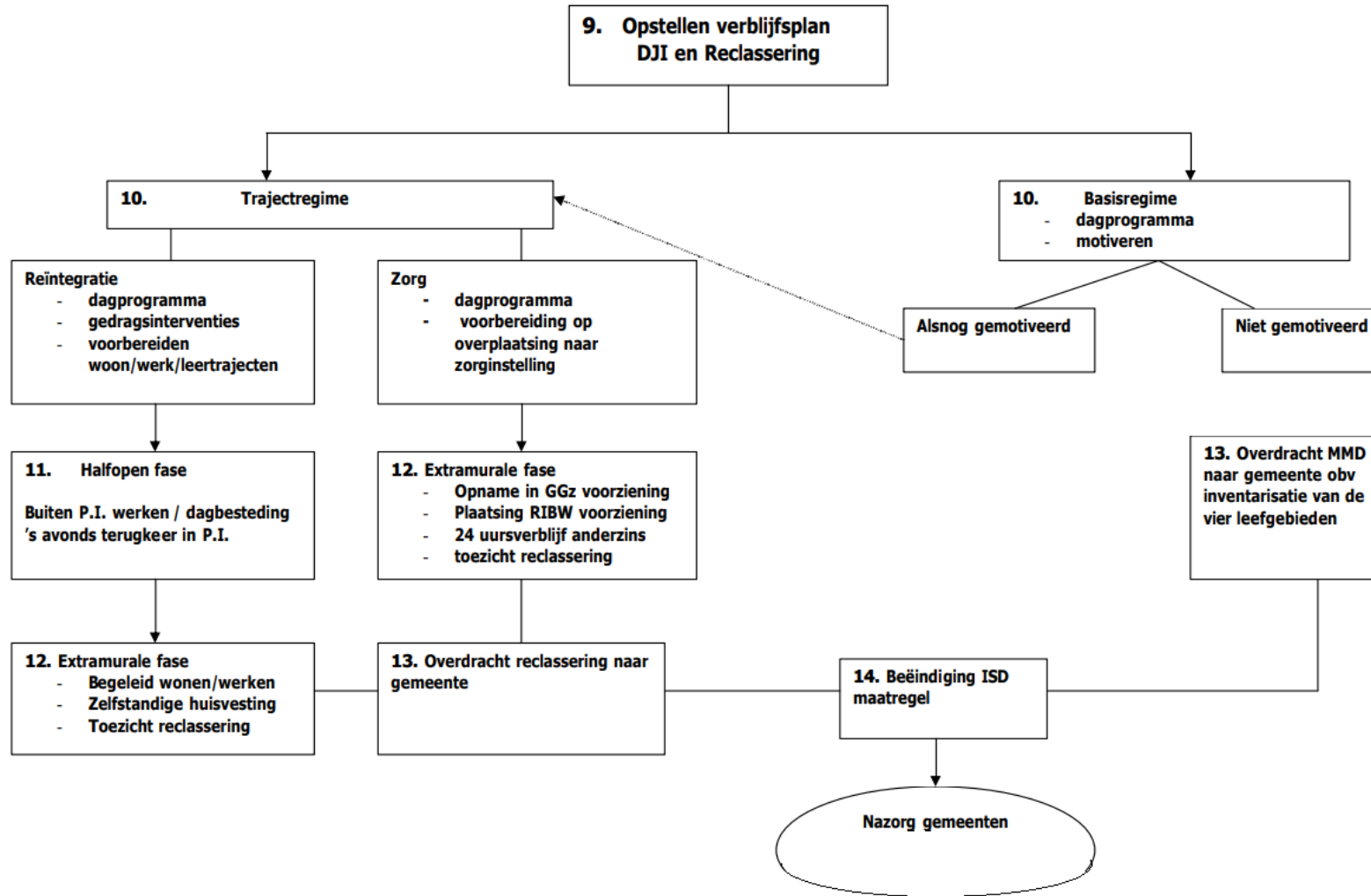
Na maximaal twee jaar wordt de ISD-maatregel beëindigd. Gemeenten nemen de begeleiding over. In het kader van het GSB-beleid zijn voor de nazorg van veelplegers financiële middelen beschikbaar gesteld.

Bijlage 4: Stroomschema ISD²⁴⁴

STROOMSCHEMA ISD



²⁴⁴ Kamerstukken II 2008/09, 31110, nr. 9, Bijlage 2: Procesbeschrijving ISD.



Bijlage 5: Topiclijsten

Bijlage 5.1 Topiclijst groepsinterview 1

Beoogde deelnemers: Afdelingshoofd, casemanager, ZBIW'er(s)

1. **Introductie onderzoek**
2. **Voorstelrondje**
3. **Inzicht in uitvoering en doelen (onderzoeksvraag 6)**
 - Wat kenmerkt jullie ISD aanpak? Wat gaat bij jullie goed? En waar ligt dat aan?
 - Hoe ziet jullie ISD eruit? Welke afdelingen zijn er? (inkomst, tussenfase etc.)
 - Eerst fase, iemand komt binnen. Hoe gaat dat in zijn werk?
 - Wat wordt er aan diagnostiek gedaan op de ISD-afdeling?
 - Wat voor doelen heeft een traject? Welke trajecten zijn er?
 - Wanneer gaat iemand naar tussenfase en extramurale fase? Hoe snel? Wat is de rol van de VC en SF hierbij?
 - Hebben jullie zicht op extramurale fase? In hoeverre werken jullie samen met ketenpartners in de forensische zorg?
 - Wat kunnen jullie vertellen over (tijdelijke en definitieve) terugplaatsingen?
 - Wanneer is een traject geslaagd?
 - Wat gaat minder goed op jullie afdeling?
 - Missen jullie bepaalde expertise of voorzieningen?
 - Hoe zijn de verhoudingen tussen de ISD en de PI als geheel (incl. andere afdelingen)? En met DJI?
4. **Capaciteit (onderzoeksvraag 9)**
 - Heb je genoeg tijd en ruimte om je werk goed te doen?
 - Hoe organiseren jullie teamoverleg, casusbesprekingen en bezetting?
5. **Motivatie (onderzoeksvraag 8)**
 - Wat zijn voor jullie tekenen dat iemand wel/niet meewerkt of gemotiveerd is?
 - Komt het voor dat iemand geen behandeling wil? Wat kenmerkt hen?
 - Hoe gaan jullie om met iemand die niet gemotiveerd is om mee te werken aan diagnostiek of behandeling?
 - Wat kunnen jullie doen om zo'n persoon te stimuleren en motiveren? En hoe lang kun je dat blijven doen? Kan iemand later wel nog naar een traject-programma? Tot wanneer?
6. **Drugsbeleid in PI (onderzoeksvraag 12)**
 - Wat gebeurt er als jullie iemand betrappen op middelengebruik op de ISD-afdeling? Hoe is dat op andere afdelingen in de PI? Strenger/minder streng?
 - Hoe gaan jullie om met het drugsontmoedigingsbeleid van de PI? Levert dit wel eens dilemma's op wanneer je iemands verslaving probeert te stabiliseren of behandelen?
7. **Re-integratie (onderzoeksvraag 13-14)**
 - Wat kunnen jullie tijdens de tenuitvoerlegging van de ISD-maatregel doen om ISD'ers te ondersteunen bij re-integratie?
 - Hoe zou (het voorbereiden van) de kans succesvolle re-integratie van de ISD'er verbeterd kunnen worden? Zijn er meer middelen die ingezet kunnen worden?
8. **Reflectie op beleidstheorie en effectiviteit (onderzoeksvraag 7)**
 - Wat vinden jullie van de opdracht die de ISD krijgt (uitleg beleidstheorie)? In hoeverre is het mogelijk/realistisch om te doen wat er van jullie gevraagd wordt?
 - Hoe zou de ISD er in de ideale situatie uitzien?

- Wat maakt volgens jullie dat de ISD effectiever is dan een reguliere gevangenisstraf? Welke aspect(en) van de ISD is/zijn dat?

9. Verklaring stijgende recidivecijfers (onderzoeksvraag 15)

- Wat zou volgens jullie de oorzaak kunnen zijn van de stijgende recidivecijfers (of verminderde effectiviteit) uit de effectmonitor?
- In hoeverre is volgens jullie de doelgroep/instream in de ISD veranderd tussen 2007-2014? En in welk opzicht?

Bijlage 5.2 Topiclijst groepsinterview 2

Beoogde deelnemers: behandelaren (psychiater, psycholoog, behandelcoördinator)

1. Introductie onderzoek

2. Voorstelrondje

3. Openingsvraag

- Hoe zouden jullie de ISD-aanpak in PI beschrijven?
- Wat gaat doorgaans goed op uw afdeling? En waar ligt dat aan?

4. Doelen en activiteiten in ISD (onderzoeksvraag 6, 8, 12)

- Kunt u omschrijven hoe de ISD-maatregel doorgaans wordt uitgevoerd in de fase(s) waarin u betrokken bent.
- Welk **doel** hebben de procedures per fase?
- Welke **beperkingen** zijn er om aan de problematiek en duurzame gedragsverandering van de ISD'ers te werken?
- Hoe wordt omgegaan met iemand die niet **gemotiveerd** is om te werken aan zijn problematiek? (hoe) Verschilt dit per fase?
- Hoe gaat u om met het **drugsontmoedigingsbeleid** in de PI? En levert dit wel eens dilemma's op wanneer u iemands verslaving probeert te stabiliseren of behandelen?

5. Doelgroep en behandeling (onderzoeksvraag 10)

- Welk deel van de doelgroep **verwijst u door** naar behandeling? En door wie wordt die behandeling geboden?
- Wat **kenmerkt** de groep die **geen behandeling** krijgt?
- Is er goed **zicht op de problematiek** van de personen die op de ISD terecht komen? Kan diagnostiek goed worden uitgevoerd?
- Hoe maakt u **onderscheid** tussen verschillende vormen van problematiek? In hoeverre kan de behandeling **geïntegreerd** worden voor verschillende vormen van problematiek?
- Met betrekking tot **verslaving**: In hoeverre worden middelen (incl. medicijnen) en opiaten worden afgebouwd? En hoe vind hierna de overdracht naar de huisarts en/of ambulante zorg vorm?
- Met betrekking tot **LVB**: In hoeverre wordt voor deze doelgroep gebruik gemaakt van interventies en ambulante forensische zorg geleverd binnen de penitentiaire inrichting?

Los van wat er op dit moment mogelijk is op de ISD-afdeling..

- **Welke expertise en welke setting** is nodig om de multiproblematiek die deze doelgroep kenmerkt effectief te behandelen? En hoe veel tijd kost dit?
- Wat kan daarvan **nu wel/niet** geboden worden op de ISD-afdeling? En wat kan extern worden aangevraagd?
- Vindt u de huidige behandelmogelijkheden **toereikend en samenhangend** genoeg om problematiek en recidive te verminderen?

6. Capaciteit (onderzoeksvraag 9)

- Hoe ervaart u de **werkdruk**? Heeft u genoeg tijd en ruimte om te doen wat nodig is?

7. Toereikendheid van kennis en middelen (onderzoeksvraag 7, 10)

- In hoeverre vindt u dat de kennis en middelen (bv personeel, expertise, interventies) die er zijn op de ISD-afdeling toereikend zijn om de ISD'ers te **stabiliseren**? En wat verstaat u onder stabiliseren?
- In hoeverre kan er door u of uw collega's gewerkt worden aan **conditieverbetering** op de ISD-afdeling? En hoe kunt u dit doen?
- Ontbreekt er op dit moment iets dat zou kunnen helpen bij deze eerste fase van de ISD? Zo ja, wat is dat? Wat is nodig om de eerste fase van de ISD beter te laten verlopen?
- Wat kan er realistisch bereikt worden bij deze doelgroep in twee jaar met betrekking tot verbeteren van de problematiek? Varieert dit veel per persoon (bv door variërende complexiteit van de problematiek)?
- In hoeverre is het uitvoerbaar om aan het einde van de ISD nog een juridisch kader aan te vragen voor gevaarlijk gedrag voortvloeiende uit psychiatrische problematiek?

8. Forensische zorg (onderzoeksvraag 6a, 7, 11)

Volgens de effectstudies van het WODC lijkt een ISD-traject waarbij forensische zorg wordt ingezet effectiever dan een traject zonder forensische zorg.

- Herkent u dit beeld? En hoe verklaart u dit? Wat zou effectief kunnen zijn aan de forensische zorg?
- Zou het mogelijk zijn om forensische zorg vaker en intensiever in te zetten in een ISD-traject? Waarom wel/niet? En zo ja, hoe zou dit kunnen? Zou er meer kunnen worden ingezet op bv motiveren voor behandeling? Wat is daarvoor nodig?

9. Verbeterplan 2009 (onderzoeksvraag 15)

In 2009 is er landelijk een pakket met verbetermaatregelen voor de tenuitvoerlegging van de ISD uitgerold.

- Wat heeft u gemerkt van deze verbetermaatregelen sinds 2009?
- Kunnen deze veranderingen impact hebben gehad op het verloop en de uitkomst van de ISD-maatregel? Zo ja, hoe?

*Bijlage 5.3 Stellingen focusgroepen 1 en 2***Stellingen focusgroep 1**

- “Er is een duidelijke landelijke visie op uitvoering van de ISD in de praktijk.”
- “Het is onduidelijk waartoe de intramurale fase van de ISD dient.”
- “Het leefklimaat dat nodig is op een ISD-afdeling kan niet in hetzelfde gebouw van een PI bereikt worden.”
- Reserve stelling:
- “De uitkomsten van de ISD kunnen worden verbeterd door ketenpartners¹ structureel vanaf het begin te betrekken.”

Stellingen en vraag focusgroep 2

- “De beleidsdoelstelling van recidivebeëindiging verloopt tweeledig - via detentie én via zorg/behandeling - en is zodoende verwarrend en tegenstrijdig.”
- “De taakverdeling tussen de ketenpartners en de regio over terugkeer zijn duidelijk omschreven en goed geregeld.”
- Hoe kunnen de uitkomsten van de ISD-maatregel worden verbeterd?

Bijlage 6: Begeleidingscommissie

De volgende personen namen deel in de begeleidingscommissie van dit onderzoek:

- Prof. mr. P.C. Vegter (voorzitter), emeritus hoogleraar penitentiair recht aan de Radboud Universiteit en advocaat-generaal parket bij de Hoge Raad in Buitengewone Dienst.
- Mr. E.C. van Ginkel (opdrachtgever), projectbegeleider bij het WODC voor de afdeling Extern Wetenschappelijk Beleidsonderzoek (EWB).
- Dr. A.A. van den Hurk, adviseur wetenschappelijk onderzoek bij DJI.
- Dr. H. Keijer, forensisch psychiater op onder andere een ISD in PI Alphen aan den Rijn.
- Prof. dr. V. de Vogel, bijzonder hoogleraar forensic mental health care aan de Maastricht University, lector Werken in Justitieel Kader bij het Kenniscentrum Sociale Innovatie aan de Hogeschool Utrecht en onderzoeker Van der Hoeven Kliniek, De Forensische Zorgspecialisten.
- Drs. M.M. Padmos, senior beleidsmedewerker Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen, Team Sancties Intramuraal.