**OnderzoeksrapportTitelpagina**

Naam studenten: Verda Betrian en Moniek van Dijk

Adres: Waldeck Pyrmont kade 36

 Meerburgerkade 7A

Plaats: ‘s-Gravenhage en Leiden

Mobiel: 06-34193710/ 06-54927875

E-mail: verdabetrian@hotmail.com/ mvandijk84@gmail.com

Studentennummer: 08067775/ 10097104

Titel van het rapport: De kronieken van behandeling en begeleiding

School: De Haagse Hogeschool

Adres: Johanna Westerdijkplein 75

Plaats: ’s-Gravenhage

Naam begeleider: Britt Fontaine

Telefoon: 070-4458583

E-mail: B.J.M.Fontaine@hhs.nl

Instelling onderzoek: De Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier

Adres: Nico Broekhuysenlaan 45

Plaats: ’s-Gravenhage

Naam begeleider: Taco Coenders

Telefoon: 070-3916545

E-mail: T.Coenders@palier.nl

onderzoeksperiode: januari 2011 tot en met april 2011

**Voorwoord**

In de afgelopen maanden hebben wij met heel veel plezier en enthousiasme gewerkt aan ons afstudeeronderzoek waarvan het resultaat nu voor u ligt. We hebben dit onderzoek niet kunnen realiseren zonder de hulp en medewerking van een aantal mensen.

Wij willen in de eerste plaats de Forensische Psychiatrische Afdeling van Palier bedanken, met name de heer T. Coenders. Hij gaf ons de mogelijkheid om onderzoek te doen binnen de FPA. Vanaf dag één mochten we volledig gebruik maken van alle faciliteiten en informatiebronnen die de FPA te bieden heeft.

In de tweede plaats willen we de medewerkers van de Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier bedanken voor hun tijd en expertise die ze met ons hebben gedeeld in deze periode. Ze waren niet bang om hun mening te geven en hebben ons hierdoor een interessant en volgens ons volledig beeld laten zien van hoe de behandeling en begeleiding van de ISD’er plaatsvindt op de Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier.

In de derde plaats willen we de reclassering bedanken voor hun kennis en dat ze veel tijd hebben vrijgemaakt in hun drukke schema om ons terzijde te staan. Hun kennis van het vakgebied heeft ons enorm geholpen bij ons afstudeeronderzoek.

Als laatste willen wij mevrouw B. Fontaine bedanken voor de strenge maar ook heel erg behulpzame begeleiding vanuit de opleiding Sociale Pedagogische Hulpverlening. Zij accepteerde niet minder dan 100% inzet van onze kant. Wat ervoor zorgde dat wij een goed staand product hebben geleverd.

Verda Betrian en Moniek van Dijk

**Inhoudsopgave**

**Samenvatting** 6

**Summary** 8

**Inleiding** 9

**Hoofdstuk 1: Aanleiding en opzet van het onderzoek** 10

1.1 Introductie 10

1.2 Aanleiding onderzoek 10

1.3 Doel van het onderzoek en vraagstelling 10

**Hoofdstuk 2: De Forensische psychiatrische Afdeling van Palier** 12

2.1 Introductie 12

2.2 Forensische Psychiatrische Afdeling 12

*2.2.1 Doelgroep FPA* 14

*2.2.1.1 Schizofrenie* 15

*2.2.1.2 Schizoaffectieve stoornis* 16

*2.2.1.3 Psychotische stoornis Niet Anders Omschreven* 16

2.3 Modules 17

*2.3.1 Module omgaan met psychotische stoornis* 17

*2.3.2 Omgaan met verslaving* 17

*2.3.3 Impuls module* 18

*2.3.4 Het “What Works” principe* 19

2.4 De Erkenningscommisie 21

2.5 Teamsamenstelling 22

*2.5.1 Behandelend medewerkers* 22

*2.5.2 Maatschappelijk werker* 23

*2.5.3 Maatschappelijk Juridische Dienst* 23

*2.5.4 Psychologen* 23

*2.5.5 Activiteitenbegeleiding* 23

*2.5.6 Arts* 23

2.6 Behandeling patiënten 23

*2.6.1 Routine Outcome Measurement* 24

*2.6.2 De Health of the Nation Outcome Scales* 25

*2.6.3 Manchester Short Assessment of quality of life* 25

*2.6.4 De GGZ thermometer* 25

*2.5.5 Historisch Klinisch en Toekomst cluster* 25

*2.6.6 Nazorg* 25

**Hoofdstuk 3: Inrichting Stelselmatige Daders** 26

3.1 Introductie 26

3.2 Maatregel ISD 26

3.3 Reclassering 28

*3.3.1 De reclasseringsmedewerker 29*

*3.3.2 De reclassering en de FPA 30*

**Hoofdstuk4: Relevantie en opzet van het onderzoek** 31

4.1 Introductie 31

*4.2* Hoofdvragen en onderzoeksvragen *31*

4.3 Maatschappelijke discussie en relevantie van het onderzoek 32

*4.3.1 Relevantie 33*

*4.3.2 Hypothese 34*

4.4 Onderzoeksontwerp en Onderzoeksmethode 34

*4.4.1 Data bronnen 35*

*4.4.2 Populatie en selectie 35*

*4.4.3 Betrouwbaarheid en Geldigheid 36*

4.4.4 *Wijze van analyseren van de interviews* 37

4.4.5 *Samenwerking* 37

**Hoofdstuk 5: Onderzoek naar huidige behandeling**

**van de ISD’ers op de FPA en Analyse hiervan** 38

5.1 Introductie 38

5.2 Vermindering terug plaatsing 38

5.3 Contra indicatie en opname 39

5.4 Dagstructuur en het volgen van een dagprogramma 42

5.5 Modules 43

5.6 Druggebruik en sancties 46

5.7 Oversteek naar de reguliere GGZ 48

5.8 De ISD maatregel 49

5.9 Reclassering en de FPA 51

**Hoofdstuk 6: Conclusies en aanbevelingen** 52

6.1 Introductie 52

6.2 Conclusies 52

**Literatuurlijst** 55

**Bijlage interviewvragen** 58

 **Samenvatting: De kronieken van behandeling en begeleiding**

Ondanks de inzet van de FPA worden de ISD’ers terug gestuurd naar de PI omdat ze zich niet aan de voorwaarden van de ISD maatregel hebben gehouden. ISD’ers blijven hierdoor de tijd uit zitten in een cel van de Penitentiaire Inrichting zonder hierbij de nodige zorg te krijgen. Dit heeft als gevolg dat het aanpakken van de kernproblematiek bij deze doelgroep achterwege blijft.
Dit is het sterkst bij de ISD’ers die een psychiatrische stoornis hebben en verslaafd zijn.

De FPA wilde weten hoe de huidige behandeling en begeleiding van de ISD’ers verlopen. Aan de hand van een inhoudelijk onderzoek hebben wij getracht antwoord te vinden op de hoofdvraag: “*Op welke wijze kan de Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier haar behandeling en begeleiding, gericht op stelselmatige daders, optimaliseren waardoor het aantal terugplaatsingen naar de Penitentiaire Inrichting  vermindert?*”.

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden hebben wij de volgende deelvragen opgesteld:

* Hoe verloopt de begeleiding en behandeling van ISD'ers op de FPA op dit moment?
* In hoeverre sluit deze behandeling en begeleiding aan op de doelgroep ISD?
* Wordt er rekening gehouden met de contra-indicaties voor een plaatsing op de FPA?
* In welk stadium van verandering van “het Prochaska en DiClemente wiel” vindt er meestal terugval bij de ISD patiënten plaats?
* In welke fase van de behandeling zijn de meeste terugplaatsingen naar de Penitentiaire Inrichting?
* Hoe verloopt het contact en voorbereiding van de reclasseringsmedewerker ten opzichte van de ISD’er?
* Welke knelpunten zitten er in de behandeling van de ISD'er op de FPA?
* Op welke wijze dienen die aanpassingen in de behandeling toegepast te worden?
* Hoeveel kans op succes van het volbrengen van de behandeling kan je verwachten?
* Wat zijn de consequenties voor de FPA als deze aanpassingen worden toegepast?

Aan de hand van dossieronderzoek en interviews, gehouden met medewerkers, teamleider, psycholoog en behandelaar van de FPA en twee reclasseringsmedewerkers hebben wij de deelvragen beantwoord en verwerkt in de verschillende hoofdstukken in ons rapport.

De conclusie voortvloeiend uit ons onderzoek is, dat er gekeken moet worden naar de mogelijkheden op een betere voorbereiding van de ISD’ers voor een opname op de FPA, er meer kennis moet komen wat betreft het behandelen van verslaving bij het team van de FPA en dat er eventueel gekeken moet worden naar een meer uitdagend dagprogramma voor de ISD doelgroep.

**Summary**

Despite the work of the FPA, repeat offenders (ISD’ers) are being sent back to the PI because they haven't followed the conditions of the ISD measure. Because of this, repeat offenders (ISD’ers) do their time inside the PI, without getting the needed care/therapy. Consequentially, the core problems of this group remain untended.
This is worst with ISD’ ers with a psychiatric disorder and an addiction.

The FPA wants to know how the current treatment and counseling of ISD’ers goes. The leading question of our research was: “In what way the Forensisch Pyschiatrische Afdeling of Palier can optimize its treatment of repeat offenders, so less of them are sent back to the PI?”.

In order to answer the leading question of our research we developed the following sub questions:

* What is the current method of treating and counseling ISD’ers at the FPA?
* Does this method connect well with the target ISD?
* In which stadium of change on "the Prochaska and Diclimente model" do most ISD patients relapse?
* In which phase of the treatment are most patients sent back to PI?
* How is the contact and preparation of the probation officer towards the ISD’er?
* What are the points of difficulty in the treatment of ISD’ers at the FPA?
* In which way should treatment be adjusted?
* What is the chance of success of the treatment?
* What are the consequences for the FPA if these adjustments are made?

By researching files and having interviews with employees, the team leader, and a psychologist of the FPA, as well as two probation workers, we have been able to answer these questions in this report.

We can conclude from our research that the following things should be looked into:
A better preparation for ISD’ers before intake at the FPA.
More specialization in the treatment of addiction within the FPA team.
More enganging daily activities for the ISD target group.**Inleiding**

In het vierde studiejaar wordt de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening afgerond met een afstudeeropdracht, waarbij het zelfstandig aanpakken van een vraagstuk in opdracht van een werkveldinstelling centraal staat.

De Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA) van Palier heeft ons benaderd om een onderzoek te doen naar hun behandeling en werkwijze met betrekking tot de “Inrichting Stelselmatige Daders (ISD)”. Daar wij zeer geïnteresseerd zijn in de forensische hulp- en dienstverlening en onze kennis hiervan verder willen ontwikkelen, hebben wij ingestemd om onderzoek te doen naar deze tak van de hulpverlening. Wij zijn geïnteresseerd in de forensische psychiatrie omdat het om een complexe doelgroep gaat. In deze sector van hulpverlening is er vaak een vorm van uitdaging en spanning aanwezig. Die spanning kom je tegen bij het werken met criminelen en de uitdaging zit hem in het werken met mensen met een justitiële titel die eigenlijk ziek zijn. Hierbij moet je je wel realiseren dat het mensen zijn. Dit spreekt ons aan omdat wij beiden leergierig en avontuurlijk zijn ingesteld. Verder zijn we geïnteresseerd in een toekomstige carrière in de forensische zorg.

In ons onderzoek zullen we het hebben over de FPA, hiermee bedoelen we de FPA dat onderdeel is van Palier.[[1]](#footnote-1) Als we een FPA elders in het land bedoelen zullen we het dan ook duidelijk vermelden.

In dit onderzoeksrapport wordt de behandeling en begeleiding besproken van de ISD'ers die opgenomen zijn op de FPA. Er zal uitleg worden gegeven over wat voor instelling de FPA is, ook wordt er uitleg gegeven over de ISD maatregel. Als laatste zullen we de resultaten van ons onderzoek analyseren en een conclusie en aanbeveling geven aan de FPA.

**Hoofdstuk 1: Aanleiding van het onderzoek**

*1.1 Introductie*

ISD’ers kunnen worden aangemeld voor een behandeling op de FPA. Helaas verloopt deze behandeling niet altijd vlekkeloos. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat ertoe heeft geleid om dit onderzoek te willen doen. Het doel van het onderzoek en de vraagstelling zullen ook behandeld worden in dit hoofdstuk. Verder zullen we globaal aangeven wat voor informatie er te vinden zal zijn in de andere hoofdstukken van het onderzoeksrapport.

*1.2 Aanleiding onderzoek*

In 2010 waren er in Nederland ongeveer 5000 tot 6000 geregistreerde veelplegers. Jaarlijks krijgen ongeveer 300 mensen de ISD maatregel opgelegd (van der Spek, 2010). Een deel van de ISD’ers kunnen buiten de Penitentiaire Inrichting een interventietraject doorlopen bij een zorginstelling, bijvoorbeeld op de FPA. Uit jaarlijkse cijfers afkomstig van de Forensisch Psychiatrische Afdeling is echter gebleken dat ondanks het volgen van een geïntrigeerde behandeling gericht op het stoppen met drugs, de behandeling van de ISD’ers niet het gewenste effect van onthouding van druggebruik had, ondanks de inzet van de Forensisch Psychiatrische Afdeling. Dit leidt dan meestal tot terug plaatsing naar de Penitentiaire Inrichting.

Door te analyseren en te onderzoeken waar de knelpunten zitten in de huidige situatie en te achterhalen wat de gewenste situatie is, kan dit onderzoek leiden tot een innovatieve verbetering.

*1.3 Doel van het onderzoek en vraagstelling*

Het doel van het onderzoek luidt:

De knelpunten onderzoeken binnen de huidige behandeling van ISD’ers op de FPA. Een adviesrapport opstellen over deze knelpunten binnen de behandeling en wat er eventueel veranderd moet worden en kijken of er verder onderzoek moet worden gedaan, zodat de behandeling beter kan verlopen.

Uit deze doelstelling hebben we de volgende vraagstelling afgeleid:“*Op welke wijze kan de Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier haar behandeling en begeleiding gericht op stelselmatige daders optimaliseren omwille het aantal terugplaatsingen naar de Penitentiaire Inrichting doen verminderen?*”.

In de volgende hoofdstukken zullen we wat meer informatie geven over de FPA en de behandeling die hier wordt gegeven, uitleg geven over de ISD maatregel, onze onderzoeksopzet en ontwerp verder uitwerken, de resultaten van ons onderzoek behandelen en analyseren en als laatste een conclusie en aanbeveling geven.

**Hoofdstuk 2: Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier**

*2.1 Introductie*

ISD’ers kunnen tijdens hun extramurale[[2]](#footnote-2) fase opgenomen worden in een behandelinstelling. Eén van die behandelinstellingen is de FPA van Palier. In dit hoofdstuk wordt er uitleg gegeven over wat de FPA precies is, wat de doelgroep van de FPA is en wat voor soort behandeling en begeleiding er wordt gegeven. Verder zal er ook worden benoemd welke disciplines er op de FPA werken.

*2.2 Forensisch Psychiatrische Afdeling*

De Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) maakt deel uit van de forensische ketenzorg. De FPA waar wij onderzoek verrichten is een onderdeel van Palier, die patiënten met psychiatrische problematiek helpt om de oversteek te maken tussen justitie en de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Op de website van Palier wordt de volgende beschrijving gegeven: “*Palier forensische en intensieve zorg, biedt zorg- en reclasseringsprogramma's voor mensen met complexe problemen op psychiatrisch, verslaving, of forensisch gebied. De programma's zijn gericht op persoonlijke verbetering van de patiënten en dragen tegelijkertijd bij aan de maatschappelijke veiligheid*” (z.j.).

 In de informatie folder van de FPA is te vinden dat zij behandeling en begeleiding bieden aan psychiatrische patiënten met een strafrechtelijke maatregel opgelegd door de rechter.

Op de FPA wordt gewerkt vanuit de volgende normen en waarden:

 Optimistisch: optimisme overbrengen aan de patiënten

 Deskundig: vanuit een deskundig kader omgaan met de patiënten

 Respectvol: de patiënten altijd met respect behandelen

De FPA werkt vanuit de volgende visie: “*de FPA zet zich in bij het verminderen van de verschijnselen van psychiatrische ziekte en om terugval in crimineel gedrag te voorkomen.”*

 De FPA heeft als missie: “*zorgvuldig de overstap maken naar Justitie en de reguliere geestelijke gezondheidszorg”.* Om zorgvuldig de overstap te kunnen maken naar de reguliere geestelijke gezondheidzorg is samenwerking met patiënten, verwijzers, zorgbedrijven en bedrijven in het verzorgingsgebied van FPA in het algemeen en binnen de Parnassia Bavo Groep in het bijzonder, essentieel. Daarmee wil de FPA tevens een bijdrage leveren aan de vermindering van de kans op recidive (z.j).

In het informatie boekje van de FPA (2004) worden de volgende behandeldoelstellingen gegeven.

 Vermindering van symptomen van de psychiatrische stoornis

 Verkleinen van de kans op een terugval in psychiatrische symptomen

 Verkleinen van de kans op herhaling van een delict (in relatie tot psychiatrische stoornis)

 Leren omgaan met de gevolgen van een psychose

 Leren omgaan met het gebruik van medicatie

 (terug)krijgen en vergroten van eigen verantwoordelijkheden

 Optimaliseren en verstevigen van de gezonde mogelijkheden en vaardigheden.

De FPA heeft vijf afdelingen (units). Unit 1 en 2 zijn de crisis units, hier worden de patiënten aan het begin van hun behandeling opgenomen. Als de patiënten zijn ingesteld op medicatie inname en klaar zijn voor de volgende stap van behandeling kunnen zij doorstromen naar unit 3.

Unit 3 is voor de stabilisatie, hier wordt aan de hand van structuur en begeleiding gewerkt aan het verminderen van recidive. Unit 4A en 4C zijn de resocialisatie units, hier wordt er gewerkt aan de eventuele terug keer naar de samenleving.

Iedere patiënt heeft zijn eigen dagprogramma, hierin staat per dag aangegeven wat voor activiteiten de patiënt heeft. In de ochtend moeten alle patiënten de therapie activiteiten volgen, zoals de sport activiteit of de creatieve tijd. De doelstelling van de sport activiteit is om patiënten fysiek te activeren, wanneer patiënten zich inspannen kunnen ze wat energie kwijt raken en achteraf geeft het ook weer energie. Bij de creatieve activiteit gaat het vooral om inlevingsvermogen en het laten zien van creatieve expressie. Verder bestaat ook de mogelijkheid tot werken bij REAKT[[3]](#footnote-3). Het werken bij REAKT bestaat uit productiewerk wat zich vertaalt naar bijvoorbeeld het vullen van zakjes met snoep of doosjes vullen met spijkers, of de patiënten kunnen bij Klein Westland werken, wat werk in de agrarische sector inhoudt. Verder bestaat er ook de mogelijkheid om te worden aangemeld bij het Filiaal[[4]](#footnote-4). De patiënten kunnen bij het Filiaal kiezen voor het traject metaaltechniek/fietswerkplaats, het traject groenvoorziening, het traject kookles (horeca), de Nederlandse les, het High Q traject (een cateringbedrijf), de computer educatie of rekenlessen. Verder worden er ook trainingen aangeboden zoals solliciteren/presenteren en budgetteren (Brijder, 2010).

De dag begint altijd met een dagopening, patiënten dienen hierbij aanwezig te zijn. Tijdens de opening vertellen de patiënten wat er op het programma staat. Na de dagopening gaan sommige patiënten werken en anderen doen mee met de therapie activiteiten. Om twaalf uur wordt er geluncht, aanwezigheid is hierbij verplicht. Na de lunch worden er meestal modules gegeven.

Om half zes is het etenstijd, aanwezigheid is hierbij ook verplicht. Direct na het eten wordt er een dagafsluiting gehouden, hier wordt er van de patiënt verwacht dat hij/zij vertelt hoe de dag is gegaan en wat de invulling voor de rest van de avond zal zijn. Op woensdagavond is er altijd huiskamerbespreking, waarbij er afspraken worden gemaakt, over welke patiënt op welke dag huishoudelijke taken heeft. De wasdagen van alle patiënten en de maaltijden die ze de komende week gaan koken komen hierbij ook aan bod. Verder hebben de patiënten om de week of om de twee weken gesprekken met hun behandelaren. Afspraken met de behandelaren kunnen de hele dag worden ingepland. Per patiënt wordt er gekeken naar de mate van gesprekken die er nodig zullen zijn tussen behandelaar en patiënt.

*2.2.1 Doelgroep FPA*

Om geplaatst te worden op de FPA moet er een indicatie van (vermoedelijke) psychiatrische ziekte zijn vast gesteld en er moet sprake zijn van een strafrechtelijke maatregel. Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie stelt deze indicatie vast. Er zijn verschillende indicatie criteria om op de FPA geplaatst te kunnen worden. Ten eerste dient er sprake te zijn van een strafrechtelijke titel. Ten tweede moet er een vermoeden zijn tot het hebben van een psychiatrische stoornis of een al gediagnosticeerd psychiatrische stoornis op AS 1 van de DSM-IV[[5]](#footnote-5). Verder dient de patiënt tussen de achttien en de vijfenzestig jaar te zijn en als laatste moet de patiënt afkomstig zijn uit de regio Zuid- Holland.

Er zijn ook patiënten die niet geholpen kunnen worden op de FPA.

 De contra-indicatie hierbij zijn dan:

 Als er bij de patiënt een acuut of ernstig delictrecidive risico bestaat.

 Als de patiënt niet te hanteren is binnen de behandel inhoudelijke grenzen van de FPA.

 Als er een groot vermoeden is van het vertonen van crimineel gedrag tijdens de opname.

 Als verslaving de hoofddiagnose bij de patiënt is.

 Als de patiënt een IQ van minder dan 80 heeft.

 Als er sprake is van een chronische lichamelijke stoornis of aandoening.

 Als de hoofddiagnose een persoonlijkheidstoornis uit cluster B van de DSM-IV is.[[6]](#footnote-6)

 Als de contra-indicatie criteria de behandelprognose van de patiënt op de FPA langer dan twee jaar is.

De leeftijd van de patiënten op dit moment varieert tussen de achttien en de vijfenzestig jaar. Er zijn eenenvijftig patiënten opgenomen. Achtenveertig mannen en drie vrouwen. De patiënten zijn verdeeld over de vijf units. Mannen en vrouwen wonen gemengd op de units. Elke patiënt beschikt over zijn eigen kamer en toilet. Er is een gezamenlijke rokersruimte, woonkamer en keuken per unit.

Gedetineerden die door een psychiatrische stoornis ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard voor gepleegde strafbare feiten en waarbij het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie een indicatie heeft gesteld voor specialistische forensische behandeling en/of intensieve begeleiding kunnen op de FPA worden geplaatst. Deze patiënten hebben dan als strafrechtelijke titel “een artikel 37”. Op de FPA worden ook patiënten geplaatst vanuit een forensisch psychiatrische instelling, zoals een TBS instelling. De patiënten afkomstig van een TBS instelling komen in een resocialisatie- en/of rehabilitatiefase terecht. Patiënten met een TBS transmuraal komen hiervoor in aanmerking. Deze patiënten zitten dan in een overgangsperiode tussen het verblijven in een TBS kliniek en de FPA. De TBS kliniek blijft dan verantwoordelijk voor de patiënt. Ook kunnen er op de FPA ernstig verwarde gedetineerden worden opgenomen, die binnen detentie niet optimaal behandeld kunnen worden. Deze patiënten zijn dan detentie ongeschikt en hebben als strafrechtelijke titel “een artikel 15.5”. Patiënten met een artikel 15.5. blijven onder de verantwoording van de officier van justitie. In specifieke situaties kan op de FPA gedragsdeskundig onderzoek worden uitgevoerd in opdracht van justitie. Dit onderzoek wordt uitgevoerd als er een indruk of vermoeden aanwezig is van een psychiatrische stoornis en/of ontregelde persoonlijkheid bij een gedetineerde, dit is het pro justitia rapportage. De duur van dit onderzoek is maximaal zes weken en de patiënt heeft dan als strafrechtelijke titel “een artikel 196”.

Op de FPA kunnen gedetineerden met een ISD maatregel worden opgenomen indien er behoefte bestaat aan een intensief zorgprogramma dat gericht is om recidive te beperken (Toepassing ISD op de FPA, 2007).

De meest voorkomende psychiatrische stoornis op de FPA is schizofrenie. Ook komen er patiënten voor met een schizoaffectieve stoornis of een psychotische stoornis NAO.

*2.2.1.1 Schizofrenie*

Schizofrenie is een stoornis die vaak ernstige psychische en sociale gevolgen heeft. Schizofrenie komt in de meeste gevallen voor bij mannen en openbaart zich in de late pubertijd.

 Volgens de DSM-IV wordt schizofrenie samengevat in vijf kenmerken:

 Wanen: de persoon beeldt zich dingen in die niet kloppen met de werkelijkheid. Zoals het gevoel van achtervolgd te worden of denken dat hij een hogere macht is.

 Hallucinaties: een waarneming die anderen niet kunnen zien. Stemmen horen en dingen zien zijn de meest voorkomende.

 Negatieve symptomen: de persoon is erg in zichzelf gekeerd. Zijn gevoel en emoties zijn afgevlakt.

 Onsamenhangend gedrag: in spraak is de persoon vaak moeilijk te volgen, erg van de hak op de tak.

 Ernstig chaotisch en katatoon gedrag (aannemen van bizarre houdingen)

Als tenminste twee van deze verschijnselen worden vertoond, en beroepsmatig en sociaal niet gefunctioneerd wordt, kan de diagnose schizofrenie worden gesteld.

Als de verschijnselen niet ernstig genoeg zijn, of lang genoeg duren, kan er ook de volgende diagnose worden gesteld: waanstoornis, kortdurende psychotische stoornis en schizoaffectieve stoornis.

(van ’t Land et. al., 2008).

*2.2.1.2 Schizoaffectieve stoornis*

De symptomen bij een schizoaffectieve stoornis, lijken op die van schizofrenie. Ook heeft deze stoornis kenmerken van een stemmingsstoornis.

Criteria volgens de DSM-IV bij deze stoornis zijn:

 Periodes met manische en depressieve buien.

 Tijdens deze periode treden er voor minimaal twee weken wanen en hallucinaties op. De stemmingsymptomen moeten hierbij op de voorgrond treden

 De stemmingswisselingen moeten voldoen aan de DSM-IV criteria

 De stoornis mag geen gevolg zijn van bijvoorbeeld het innemen van drugs.(van ’t Land et. al., 2008).

*2.2.1.3 Psychotische stoornis Niet Anders Omschreven*

Deze stoornis is eigenlijk een “restcategorie”. Alle patiënten die een schizofrenieachtige stoornis hebben, maar niet onder een duidelijke categorie vallen, worden omschreven als psychotische stoornis niet anders omschreven (NAO). Patiënten worden op deze manier niet gedwongen om onder een categorie te vallen waar ze niet helemaal thuis horen. Vaak worden patiënten die in de beginperiode van de ziekte zijn, bij dit kopje ondergebracht. Pas later wordt de werkelijke stoornis gediagnosticeerd. (Tsuang en Faraone, 2005).

*2.3 Modules*

Op de FPA worden de volgende modules gegeven:

 Module omgaan met psychotische symptomen (Liberman module)

 Module omgaan met verslaving (Liberman module)

 De impuls module

De modules worden door een behandelend medewerker gegeven die hiervoor is opgeleid en door een psycholoog. De groepen bestaan uit ongeveer acht patiënten.

Liberman is een hoogleraar in de psychiatrie aan de Universiteit van Californië. Hij heeft een module ontwikkeld om cliënten die een psychose hebben gehad te helpen. Door middel van deze module probeert hij de patiënten te leren hoe ze zich kunnen handhaven in de maatschappij.

Op de FPA wordt de Liberman module door een psycholoog gegeven en door een medewerker die hiervoor bevoegd is.

“*De Liberman modules bieden cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis de mogelijkheid om op een systematische manier vaardigheden op uiteenlopende levensterreinen te leren. De Liberman modules zijn gericht op het leren van praktische en sociale vaardigheden en behandelen ieder een afgerond onderwerp*” (Training Liberman module, d.o.).

*2.3.1 Module omgaan met psychotische Symptomen*

De module omgaan met psychotische symptomen is bedoeld voor patiënten die ooit eerder een psychose hebben gehad. De Liberman module, omgaan met psychotische symptomen, probeert patiënten die een psychose hebben gehad aanpassingsvaardigheden aan te leren. Het doel van de module is om patiënten de waarschuwingssignalen van een nieuwe psychose te leren herkennen, vaardigheden aan te leren hoe om te gaan met deze signalen, wat te doen met stressfactoren en hoe te moeten leven met de blijvende symptomen van schizofrenie. Als laatste wordt er ook aandacht besteed aan het effect van drugs op een psychotische terugval. Om deze module vorm te geven is er gebruik gemaakt van theorieën uit de gedragstherapie, leertheorie en psycho-educatie (Roberts et.al, 2005).

*2.3.2 Module omgaan met verslaving*

Volgens de “professor of psychology” Alan Marlatt is de module “omgaan met verslaving” een goed doordachte benadering om mensen, waarbij er sprake is van een dubbelproblematiek, psychiatrische stoornis en verslavingsproblematiek, mee te behandelen. In het bijzonder patiënten die aan schizofrenie en middelen misbruik lijden (Roberts et.al, 2005). De “omgang met de verslaving” module kreeg gestalte na meer dan tien jaar werkervaring met patiënten met deze problemen. In de module “omgaan met verslaving” gaat men ervan uit dat de verslaving een ongezonde aangeleerde gewoonte is die kan worden afgeleerd door gezond gedrag aan te leren (Bervoets & Blankman, 2002). Patiënten die de Liberman module, omgaan met verslaving hebben gevolgd, zullen makkelijker de “triggers” (uitlokker) bij terugval identificeren en effectief leren omgaan met de druk van omgeving om weer drugs te gebruiken of om te gaan met een negatieve stemming. Voordat patiënten deze modules kunnen volgen dienen ze in een niet acute fase van schizofrenie te verkeren. Er wordt in de module rekening gehouden met het feit dat mensen met schizofrenie problemen hebben met leren. Daarom wordt er in de module in grote mate gebruik gemaakt van herhaling, mondelinge uitleg, rollenspel, videobeelden, huiswerk opdrachten en verschillende trainingen op de levensgebieden. De aangeleerde vaardigheden die deze module patiënten met een dubbele problematiek leren, zijn gericht op het herstel en het helpen bij het herintegreren in het gezin, samenleving, werk en dagbesteding. Het voorkomen van recidive en het beperken van nadelig gevolg na terugval zijn hierbij van belang. Verder dient de module ook te helpen bij het aannemen van een veiliger en evenwichtiger leefstijl (Roberts et.al, 2005).

*2.3.3 Impuls module*

De impulsmodule is speciaal voor de patiënten die moeite hebben met het onder controle houden van hun impulsen. Gedrag is impulsief als er niet eerst wordt nagedacht over het gedrag en de gevolgen hiervan. Onder impulsen valt alles, van een klap aan je baas uitdelen tot te veel eten.

De gevolgen van het toegeven aan zulke impulsen zijn meestal negatief. De patiënten die last hebben van impulscontrole nemen zich vaak voor om het nooit meer te laten gebeuren, maar ze beschikken niet over de vaardigheden om dit waar te maken. Aan de hand van de impulsmodule leren de patiënten enkele vaardigheden waarmee ze hun impulsen tijdig kunnen herkennen en leren hoe ze met deze impulsen moeten omgaan. Op de FPA wordt gewerkt met het principe van de stappen van de G-s: Gebeurtenis-Gedachten-Gevoelens-Gedrag. Wat is de gebeurtenis, welke gedachtes heb je daar bij, wat zijn je gevoelens bij de gebeurtenis en wat voor gedrag laat je dan zien. Aan de hand van situaties, rollenspel, videobeeld en huiswerk worden de vaardigheden aangeleerd die de patiënt later zou kunnen helpen bij het beheersen van de impulsen.

De Impuls module is gebaseerd op het behandelprogramma “niet meer door het lint” voor mensen met agressie problemen die moeite hebben met controle verlies. Bij dit behandelprogramma wordt er gebruik gemaakt van cognitieve gedragstechnieken zoals het zelfmonitoren van het agressie gehalte, het doorbreken van negatieve gedachteketens en probleemoplossende vaardigheden. In de handleiding van “Niet meer door het lint” wordt aangegeven dat het behandelprogramma gebaseerd is op het ‘What works’ principe.

*2.3.4 Het “What Works” principe*

“What Works” is gebaseerd op de volgende principes:

 Het risicoprincipe: bij dit principe wordt er gekeken naar het recidiverisico. Een hoger risico vergt een intensievere of langere behandeling dan een laag risico.

 Het behoefte principe: dit principe zegt dat de behandeling gericht moet zijn op het veranderen van onderdelen van de risicofactoren die veranderbaar zijn.

 Het responsiviteit principe: dit betekent dat de behandeling toegespitst moet zijn aan de leermogelijkheden van de patiënt.

 Het behandelingsintegriteit principe: dit houdt in dat de behandeling alleen werkt als de zorgprofessionals die de module geven daadwerkelijk de instructies opvolgen van de module en de effecten van de behandeling steeds blijven evalueren ( van Dam et al, 2009).

In de bovengenoemde modules wordt gebruik gemaakt van de Prochaska en DiClemente stadia van veranderingen. Volgens Prochaska en DiClemente wordt “*motivatie voor gedragsverandering in een draaideurmodel ontwikkeld*” (Menger & Krechtig, 2006).

 De eerste fase is de voorbeschouwing: Anderen signaleren het probleem maar de patiënt heeft nog geen last van de problemen en erkent ze ook niet.

 De tweede fase is de overpeinzing: Er is een beginnend idee bij de patiënt dat verandering mogelijk is. De patiënt is nog steeds ambivalent over het veranderen, voordelen van het oude gedrag staan nog op de voorgrond.

 De derde fase is de besluitvorming: De patiënt neigt naar een besluit om wel of niet te veranderen. Wel of niet mee doen met de module. Het derde stadium is een kritiek stadium waarin terugval vaak voorkomt.

 De vierde fase is veranderen/ actie: De patiënt werkt in dit stadium actief aan het in kaart brengen van zijn problemen en wensen. Terugval is hier mogelijk.

 De vijfde fase is consolidatie: Het nieuwe aangeleerde gedrag staat op de voorgrond. De patiënt zal in deze fase de veranderingen een plek in zijn leven geven. Terugval is mogelijk.

 De zesde fase is de terugval of de definitieve verandering: Valt de patiënt terug dan is het aan de module leiders om de patiënt te ondersteunen en begeleiden om opnieuw te beginnen in de motivatiecirkel.



Terugval is in elk stadium van het Prochaska en DiClemente model mogelijk (Menger & Krechtig, 2006). Sommige patiënten moeten meerdere keren de cirkel van Prochaska en DiClemente hebben doorlopen voordat er sprake is van verandering.

Om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van hulpverlening op de FPA volgens de GGZ richtlijnen loopt, wordt er gebruik gemaakt van deze modules. De modules worden gegeven op basis van ‘evidence based’ principes. Met het “evidence based” principe wordt bedoeld dat de richtlijnen gebaseerd en gevormd zijn uit de uitkomsten van verschillende wetenschappelijke onderzoeken, ervaringskennis en opinievorming van beroepsbeoefenaars en patiënten. De multidisciplinaire richtlijnen zijn op de ggz richtlijnen website van het Trimbos instituut te vinden (z.j.). De multidisciplinaire richtlijn schizofrenie is ontwikkeld door een werkgroep bestaande uit verschillende leden van beroepsverenigingen, familie en patiëntenorganisaties en kennisinstituten zoals de Ypsilon, Trimbos instituut, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen en Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland. De multidisciplinaire richtlijnen schizofrenie zijn een bundeling van handelsinstructies en recommendaties voor zorgprofessionals die met mensen werken die aan de stoornis schizofrenie lijden. Het literatuuronderzoek dat is gebruikt bij de meta analyse om het effect van de Liberman module “omgaan met psychose” te meten, werd in Medline, Psychlit, Embase, Cinahl gevonden. Op de website van het Trimbos instituut ggz richtlijnen is in de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie te vinden, dat de Liberman module “omgaan met psychotische symptomen” is getoetst en bij patiënten met schizofrenie te implementeren is, en dat dit zal leiden naar een toename van kennis over de stoornis en vaardigheden om er mee om te gaan (2005). De “omgaan met verslaving” module was echter een recente module in de periode dat de multidisciplinaire richtlijn was gerealiseerd en er waren toen nog geen onderzoeken gedaan naar de wetenschappelijke evidentie ervan. In september 2008 is het Trimbos instituut begonnen aan een herzieningen van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie 2005. Dit wordt aan de hand van verschillende resultaten uit wetenschappelijke onderzoeken en nieuwe wetenschappelijke kennis die sinds 2003 beschikbaar zijn teweeg gebracht (2011). Er wordt nergens in de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie benoemd, dat de modules ook bij psychiatrische patiënten met een verslaving te implementeren zijn.

*2.4 De Erkenningscommisie*

De bovengenoemde modules die op de FPA worden gegeven zijn echter niet te vinden onder getoetste interventies in de publicatie van de Erkenningscommissie Gedragsinterventie Justitie, die in 2010 was gepubliceerd. De Erkenningscommissie Gedragsinterventie Justitie is een toetsende commissie die de effectiviteit van gedragsinterventie programma’s voor volwassen en jongeren toetst. Van de getoetste interventies die goed zijn gekeurd kan worden verwacht dat ze de recidive van deelnemers doen verminderen of voorkomen. De Erkenningscommissie is een onafhankelijke groep waarvan de leden vanwege hun expertise op het gebied van gedragsinterventies worden uitgekozen. De Erkenningscommisie acht zich van toegevoegde waarde te zijn bij het proces dat leidt tot “evidence based” interventies aan mensen die met justitie in aanraking zijn gekomen.

De organisaties die gedragsinterventies voor volwassenen door de Erkenningscommissie kunnen laten toetsen zijn:

 Het Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering;

 Reclassering Nederland

 Stichting Verslavingsreclassering GGZ-Nederland (SVG)

 Gevangeniswezen Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

 Sanctie- en Preventiebeleid (DSP) van het ministerie van Justitie.

Aan de hand van de kwaliteitscriteria van de Erkenningscommissie worden de interventies getoetst op effectiviteit. Het laatste jaarverslag van de Erkenningscommissie was het jaarverslag van 2009 en deze is in juli 2010 uitgebracht (Erkenningscommissie Gedragsinterventie Justitie, 2010).

In het jaarverslag van 2009 wordt aangegeven dat de Erkenningscommissie openstaat voor de taakuitbreiding om behandelprogramma’s die in de forensische zorg worden gegeven te toetsen. De plannen van de Erkenningscommissie voor 2010 zijn doorgaan met toetsen van interventies die door organisaties worden ingediend. Ook gaan ze de eerste stappen zetten in het toetsen van bepaalde behandelmethodes en zorgprogramma’s in de GGZ forensische zorg (Erkenningscommissie Gedragsinterventie Justitie, 2010).

 We zullen aan de hand van de verkregen beschrijving, kwaliteitscriteria van de Erkenningscommissie voor Gedragsinterventie Justitie, samen met de psycholoog en de medewerker die de modules op de FPA geven evalueren of de modules aan de criteria van de Erkenningscommissie voldoen.

De Erkenningscommisie (2010) kent de volgende kwaliteitscriteria:

 Theoretische onderbouwing: van het behandel model moet de werking wetenschappelijk worden aangetoond.

 Selectie van veelplegers: de groep van veelplegers, moet duidelijk geselecteerd zijn.

 Criminogene factoren en protectieve factoren: de interventie moet gericht zijn op de verandering die samenhangen met het criminele gedrag.

 Effectieve behandel methode: de toegepaste methode moet aantoonbaar veelbelovend zijn.

 Vaardigheden: de aanpak moet gericht zijn op de sociale, probleemoplossende en praktische vaardigheden.

 Intensiteit en duur: de methode moet aansluiten op de hulpvraag van de cliënt.

 Betrokkenheid en motivatie: de betrokkenheid en motivatie van de cliënt moet gestimuleerd worden.

 Continuïteit: er moet een duidelijke verbinding zijn tussen de interventie en de rest van de begeleiding.

 Interventie integriteit: de interventie moet uitgevoerd worden op de manier waarvoor het bedoeld is.

 Evaluatie: op die manier heeft het zicht op de effectiviteit.

*2.5 Teamsamenstelling*

Het team van de FPA bestaat uit verpleegkundig personeel, ervaringsdeskundige (geen specifieke opleiding gedaan), sociaal pedagogische hulpverleners, GZ psychologen, psychiaters, nurse practitioners, een maatschappelijk werker, de maatschappelijk juridische dienst, activiteiten begeleiders en de somatische arts.

*2.5.1 Behandelend medewerkers*

Er zijn tweeënveertig behandelend medewerkers in dienst op de FPA. Dit zijn het verpleegkundig personeel, ervaringsdeskundige en sociaal pedagogische hulpverleners die op de units werken en de patiënten begeleiden. Zij zorgen ervoor dat de patiënten het dagprogramma volgen, dat ze de behandel afspraken nakomen en zorgen voor rust en orde op de afdelingen. Verder is de taak van het verpleegkundig personeel om medicatie te verstrekken, dagopening doen, dagafsluiting, en huiskamerbespreking voor te zitten. Door sommige begeleiders worden ook modules gegeven. Er zijn drie diensten die deze medewerkers kunnen draaien. De dagdienst van half acht tot vier, de avonddienst van drie tot elf en de nachtdienst van kwart voor elf tot half acht.

*2.5.2 Maatschappelijk werker*

Er is één maatschappelijk werker in dienst bij de FPA. De maatschappelijk werker houdt zich bezig met de maatschappelijke kant van de opname, ontslag en het regelen van een intake gesprek bij de vervolgzorg van de patiënt.

*2.5.3 Maatschappelijk Juridische Dienst*

Er zijn twee mensen werkzaam bij de maatschappelijk juridische dienst van de FPA. De maatschappelijk juridische dienst houdt zich bezig met het regelen van de financiële en de justitiële zaken van de patiënten.

*2.5.4 Psychologen*

Er zijn twee psychologen, twee artsen in opleiding en twee psychiaters werkzaam op de FPA. De psychologen, psychiaters en de artsen in opleiding dienen minimaal één keer per twee weken gesprekken te hebben met hun patiënten. De psychiaters en artsen in opleiding schrijven de medicatie voor.

*2.5.5 Activiteiten begeleiding*

Er zijn drie activiteitenbegeleiders in dienst bij de FPA. Zij begeleiden de sporttherapie, de creatieve activiteit en zij bedenken ook andere recreatieve activiteiten die ze met de patiënten kunnen ondernemen.

*2.5.6 Arts*

Er is één somatische arts en één nurse practitioner werkzaam bij de FPA. De somatische arts en de nurse practitioner houden zich bezig met de somatische kant van de behandeling.

*2.6 Behandeling patiënten*

Tijdens de eerste fase van behandeling bij de FPA is vaak intensieve, specialistische behandeling nodig, waarbij veel aandacht uit gaat naar het instellen van medicatie gebruik. Vervolgens richt de behandeling zich op stabilisatie, rehabilitatie, het opstarten van continuïteit van zorg en preventie van recidive. Met continuïteit van zorg als uitgangspunt tracht de FPA een belangrijke bijdrage te leveren aan de vermindering van het risico op herhaling van het delict.

Patiënten worden normaal gesproken op de crisis units van de FPA opgenomen. Dat zijn unit 1 of 2.

Dit kan wel verschillen bij de ISD’ers die worden opgenomen. Zij kunnen meteen op unit 3 of zelfs op unit 4A of 4C worden opgenomen. De reden hiervoor is dat er bij deze patiënten geen sprake is van crisis.

Tijdens de opname wordt er een opnamegesprek gevoerd met een behandelaar en eventueel een medewerker. In dit gesprek komt de reden van opname naar voren, eventuele beperkingen van de patiënt, zijn verleden en wat de FPA voor hem zou kunnen betekenen. Op de afdeling krijgt de patiënt uitleg van de regels en wat er van hem verwacht wordt op de afdeling. De patiënt krijgt twee persoonlijke begeleiders aangewezen (pb’ers). Deze moeten dan in overleg met de patiënt gaan kijken naar de daginvulling en dagprogramma. Afhangend van het ziektebeeld, de vrijheden en de mate van motivatie kan hij worden aangemeld voor REAKT of het Filiaal. Elke patiënt krijgt een behandelaar aangewezen, deze heeft om de week of om de twee weken gesprekken met de patiënt. Met alle patiënten wordt bij de start van de behandeling een behandelplan opgesteld, welke duidelijkheid biedt voor zowel de patiënt, als voor het team. Hierin worden de te volgen behandeling en de gemaakte afspraken beschreven. Verder worden er ook behandeldoelen in opgenomen. Een voorbeeld van een behandeldoel kan zijn het regelen van huisvesting. Dan wordt er tijdens de behandeling gekeken waar de patiënt aan het einde van het traject terecht kan. Er wordt gekeken of de patiënt in staat is om zelfstandig te wonen. Dan is de vraag of hij moet worden aangemeld voor een zelfstandige woonruimte, of voor begeleid wonen. Een andere behandeldoel kan zijn het aflossen van de eventuele schulden. Dit wordt dan samen met de maatschappelijk juridische dienst opgepakt.

Het behandelplan wordt geregeld besproken met de patiënt en om de zes weken met de patiënt en alle andere betrokken partijen die invloed hebben op de behandeling van de patiënt. Dan wordt er gekeken en geëvalueerd hoe ver men is gekomen in het behalen van de doelen en of de doelen zo nodig aangepast moeten worden.

*2.6.1 Routine Outcome Measurement*

Aan het begin van de behandeling, tijdens de behandeling en aan het einde van de behandeling worden ROM metingen gedaan. ROM staat voor Routine Outcome Measurement. Dit zijn korte meetmomenten, die als doel hebben de voortgang van de behandeling in kaart te brengen. Op deze manier wordt getracht te kijken of de behandeling effectief genoeg is. Onderzoeken die ze in de ROM gebruiken zijn, de HoNOS , de Mansa en de GGZ thermometer.

*2.6.2 De Health of the Nation Outcome Scales*

De afkorting HoNOS staat voor de “De Health of the Nation Outcome Scales”. Deze meting wordt gebruikt om de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van de patiënt te meten. De HoNOS kan ook veranderingen meten, in de mate van de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren (GGZ onderzoekcentrum, 2009).

*2.6.3 Manchester Short Assessment of quality of life*

 De afkorting MANSA staat voor “Manchester Short Assessment of quality of life” en naar het Nederlands vertaald luidt het “verkorte Kwaliteit van Leven meting”. De MANSA meet hoe tevreden de patiënt is op een aantal levensgebieden.

*2.6.4 De GGZ thermometer*

De GGZ thermometer wordt aan het einde van de behandeling afgenomen. Dit instrument meet de mate van tevredenheid over de behandeling. Verder is er nu de afspraak dat er ook HKT 30 moet worden afgenomen. De planning is om de HKT 30 ook in de ROM op te nemen.

*2.6.5 Historisch Klinisch en Toekomst cluster*

HKT 30 is een risicotaxatie die wordt gebruikt in de forensische GGZ. HKT 30 meet vooral het risico van gewelddadig gedrag naar derden. De HKT 30 bestaat uit een Historisch, een Klinisch en een Toekomst cluster. De HKT 30 moet vlak na opname worden afgenomen. Na negen maanden wordt er een her meting gedaan.

*2.6.6 Nazorg*

Tijdens de behandeling wordt ook in overleg met pb’ers, behandelaren en reclassering gekeken naar de nazorg van de ISD’er. Afhangend van de hulpvraag van de ISD’er wordt hij aangemeld voor een passend nazorgtraject. Een deel van de patiënten gaat zelfstandig wonen zonder enige vorm van hulp, anderen krijgen ambulante zorg, welke per persoon verschilt. De patiënten die niet zelfstandig kunnen wonen worden aangemeld bij een Regionaal Instelling Begeleid Wonen (RIBW). De overige patiënten die hier niet voor in aanmerking komen, stromen door naar de reguliere gezondheidszorg.

In het volgende hoofdstuk gaan we de ISD maatregel verder uitleggen, vervolgens de taak van de reclassering bij het begeleiden van een ISD’er.

**Hoofdstuk 3: Inrichting Stelselmatige Daders (ISD)**

*3.1. Introductie*

De doelgroep van ons onderzoek zijn de criminelen met een Inrichting Stelselmatige Dader maatregel (ISD maatregel). In dit hoofdstuk zullen we uitleg geven over de ISD maatregel en deze doelgroep verder uitwerken. Verder zal er ook wat informatie worden gegeven over de reclassering en hun taak bij het begeleiden van de ISD’er.

*3.2. Maatregel ISD*

 Op de website van het openbare ministerie is te lezen dat de ISD maatregel een maatregel is om meerderjarige stelselmatige daders (veelplegers) te plaatsen in een daartoe aangewezen inrichting. De wet is op 1 oktober 2004 in werking getreden. De ISD maatregel vervangt de voormalige Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden (SOV). In tegenstelling tot de SOV maatregel komen nu ook vrouwen, niet verslaafden en personen met psychiatrische problematiek in aanmerking voor de ISD maatregel. Het gaat vaak om veelplegers die relatief kleine vergrijpen, meestal diefstal, plegen. Hierdoor kregen ze voor de ISD maatregel lagere straffen. Waardoor ze snel weer terug keerden naar de maatschappij en weer door gingen met het hardnekkig en veelvuldig plegen van delicten. Dit zorgde voor ten eerste heel veel werk voor justitie en regering en ten tweede voor veel ergernis bij de maatschappij (Janssen, 2008).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Doelgroep | Opzet |
| SOV Maatregel | Mannelijk HarddrugsverslaafdenContra indicatie: psychisch problematiek | Gefaseerde opzet 3 fasen;gesloten fasehalfopen faseopen faseAdvies: gedragsdeskundige |
| ISD Maatregel | Alle stelselmatige daders:zowel mannen als vrouwenVerslaafden en niet verslaafdenPsychische problematiek en niet psychische problematiek | Gefaseerde opzet 2 fasen;intramurale faseextramurale faseAdvies: reclassering |

*Maatregel SOV en ISD vergelijking, Bron: WODC, 2009.*

Op de website van het Openbare Ministerie is te vinden dat met de ISD maatregel de wetgever beoogt, stelselmatige daders, die door het plegen van reeksen delicten veel criminaliteit en onveiligheid veroorzaken, voor een periode van maximaal twee jaar in een inrichting te plaatsen die specifiek voor hen bestemd is (z.j.).

De ISD- maatregel kan worden opgelegd door het Openbaar Ministerie als er aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

 Er is een misdrijf begaan waarop voorlopige hechtenis staat.

 Vijf jaar voorafgaand moet er tenminste drie keer een vrijheidsbenemende straf opgelegd zijn.

 De maatregel moet gezien “de veiligheid van personen en goederen” noodzakelijk zijn. (Janssen, 2008).

De ISD maatregel heeft de volgende doelstellingen: Het terugdringen van ernstige criminaliteit en onveiligheid, als gevolg van door stelselmatige daders gepleegde strafbare feiten en het verminderen van recidiverende ISD’ers. Met deze maatregel wordt beoogd het uitzichtloze patroon van vastzitten, vrijkomen en terugvallen, kenmerkend bij deze doelgroep, te doorbreken (Openbaar Ministerie, z.j.)

De reclassering onderzoekt de ISD’ers door middel van de Recidive Inschattings Schalen (RISc ). Dit is een toetsmodel om een advies van geschiktheid voor de ISD maatregel te kunnen geven. In de Penitentiaire Inrichting wordt een verblijfsplan opgesteld en uitgevoerd. Er volgt een periode van observatie en stabilisatie. De bedoeling van de maatregel is dat er in de Penitentiaire Inrichting gedragsinterventies worden aangeboden. Als de ISD’er er klaar voor is en gemotiveerd, kan hij worden overgeplaatst, voor de extramurale fase naar bijvoorbeeld de FPA. Dit wordt getoetst aan de hand van casusoverleg met medewerkers van de Penitentiaire Inrichting en een reclasseringsmedewerker (WODC, 2009).

De begeleiding van een ISD’er door de reclasseringsmedewerker vindt altijd in een gedwongen kader plaats. Dit kader beperkt het handelen van de ISD’er en geeft grenzen aan waarbinnen de ISD’er zich mag begeven. De ISD’er is door een rechterlijke uitspraak verplicht contact met de reclassering te houden. De ISD’er krijgt een vaste reclasseringsmedewerker toegewezen.

Deze reclasseringsmedewerker is dan ook het aanspreekpunt voor de ISD’er en vormt zo de schakel tussen de verschillende interventies in het gedwongen begeleidingskader. De reclasseringsmedewerker dient tijdens de ISD maatregel de ISD’er voortdurend in de gaten te houden. Er wordt gelet op, of de ISD’er zich aan de hier onder genoemde voorwaarden van de maatregel houdt, of hij de aangewezen behandelingen daadwerkelijk volgt, biedt ondersteuning en aansporing aan de ISD’er en evalueert of de behandeling wel werkt. De reclassering evalueert samen met de behandelaren door te kijken naar de behandeldoelen die er aan het begin van de opname zijn opgesteld voor de ISD’ er. Enkele voorbeelden van behandeldoelen die aan het begin van de opname worden gesteld zijn, mee doen met bijvoorbeeld modulen “omgaan met verslaving”, onthouding van drugs en de patiënt te stabiliseren zodat hij terug kan keren naar de maatschappij. Het is belangrijk dat tijdens de opname in een behandelinstelling, de reclassering contact houdt met de instelling en duidelijke afspraken maakt over de specifieke rol ten opzichte van de ISD’er. De reclassering houdt toezicht namens justitie en blijft verantwoordelijk voor de ISD’er (Menger & Krechtig, 2006).

Tijdens het reclasseringstoezicht bij de ISD maatregel worden bepaalde voorwaarden gesteld door justitie en reclassering. Deze bijzondere voorwaarden die justitie en reclassering aan een ISD’er kan stellen verschillen per persoon.

De meest voorkomende voorwaarden zijn:

 Geen drugs gebruiken

 Wekelijkse urine controle

 Opname in een behandelinrichting

 Behandeling door verslavingszorg (Menger &Krechtig, 2006)

Als de ISD’er tijdens de behandeling op de FPA één of meerdere van de voorwaarden schendt dan krijgt hij eerst een gesprek met zijn behandelaar en persoonlijke begeleiders. In dit gesprek wordt er besproken wat er precies is gebeurd, waarom de ISD’er zich niet aan de voorwaarden heeft gehouden. Hierna wordt er contact opgenomen met de reclassering. De reclassering gaat ook in gesprek met de ISD’er en met de behandelaar van de ISD’er. Als de reclassering en de FPA het er over eens zijn dat ze de ISD’er niet meer kunnen helpen, dan wordt er door de reclasseringsmedewerker een onderbouwd voorstel tot ontheffing van begeleidingsverplichting van de ISD’er gestuurd naar justitie. Hierin wordt duidelijk aangegeven waarom de reclassering de ISD’er niet meer kan helpen. Deze ISD’er wordt dan vroegtijdig terug gestuurd naar de Penitentiaire Inrichting omdat hij zich niet aan de bovengenoemde voorwaarden, die reclassering en justitie hebben gesteld, heeft gehouden . Dit heeft als gevolg dat de ISD’er geen verdere behandelingen krijgt tijdens zijn verblijf in de Penitentiaire Inrichting. Onder het kopje probleemstelling wordt aangegeven hoe vaak dit is gebeurd met ISD’ers op de FPA.

*3.3 Reclassering*

Op dit moment is de reclassering een vorm van maatschappelijk werk die zich ondermeer bezig houdt met de individuele beïnvloeding van de sociale aanpassing van personen. Met name houden zij zich bezig met de strafrechtelijk meerderjarige.

*3.3.1 De reclasseringsmedewerker*

De taken van een reclasseringsmedewerker zijn:

* *De intake:* wordt gestart op het moment dat er een verzoek komt om een rechterlijke macht aan het OM te adviseren.
* *De diagnose:* met behulp van de Risico Inschatting Schalen wordt er een diagnose vast gesteld.
* *Opstellen plan van aanpak:* hierin staan alle gemaakte afspraken, behandeldoelen en de intensiteit en duur van de behandeling.
* *Uitvoeren:* er wordt in de gaten gehouden of de cliënt zich aan de bijzondere voorwaarden houdt.
* *Risicomanagement:* niet alleen wordt er gekeken of de cliënt zich aan de vastgestelde voor waarden houdt, maar ook wordt er op toegezien dat de cliënt zich begeeft op de afgesproken plaats of instelling.
* *Toeleiding zorg:* de reclasseringsmedewerker gaat op zoek naar een passend vervolgtraject.
* *Gedragsinterventies:* er wordt gekeken naar passende vervolgtrajecten, en de cliënt wordt gemotiveerd om hier aan deel te nemen.
* *Evalueren en bijstellen:* evaluatie vindt eens per zes maanden plaats.
* *Afsluiten traject*
* *Verantwoorden traject:* er wordt een rapport opgesteld aan justitie.

Het reclasseringstoezicht is een combinatie van het controleren op naleving van de bijzondere voorwaarden en het begeleiden van gedragsverandering. Het doel van dit toezicht is om de kans op recidive te verkleinen. De twee functies van het reclasseringstoezicht zijn dus:

* Risicobeheersing
* Gedragsbeïnvloeding

Om dit toezicht op een juiste manier uit te voeren zijn hier de volgende instrumenten voor:

* *Diagnose:* door middel van een juiste diagnose, is het duidelijk om inzicht te krijgen in de risicofactor van de patiënt.
* *Delictscenario:* door middel van een delictscenario, is er in kaart gebracht onder welke omstandigheden en gedragingen het risico op recidive het grootst is.
* *Plan van aanpak:* naar aanleiding van de diagnose wordt het plan van aanpak opgesteld. Hierin worden onder andere de behandeldoelen genoemd.
* *Aanwijzingen:* een aanwijzing is een regel die vanuit de reclassering komt. De bijzondere voorwaarden worden door de rechter opgelegd.
* *Controleren:* de reclassering controleert de cliënt door middel van: in gesprek gaan met derden, steekproeven met huis bezoeken of telefoontjes, urine controles en elektronisch toezicht.
* *Inschakelen sociaal netwerk:* hier gaat de reclasseringsmedewerker in gesprek met het sociale netwerk van de cliënt. Familie en vrienden spreken dan af hoe er gehandeld moet worden, bij waarneming van recidive.
* *Inschakelen andere professionele instellingen:* de cliënt wordt dan bijvoorbeeld geplaatst op de FPA, maar de reclassering blijft verantwoordelijk voor de cliënt. (Menger &Krechtig, 2006)

*3.3.2 De reclassering en de FPA*

De reclasseringsmedeweker die ISD’ers onder zijn hoede heeft, heeft via justitie een verzoek tot toezicht gekregen. Het is de bedoeling dat de reclasseringsmedewerker de bijzondere voorwaarden van de ISD’er kent en toezicht houdt of deze voorwaarden ook nageleefd worden. Deze voorwaarden zijn persoonsgebonden, er wordt gekeken naar hoe een cliënt de behandeling doorloopt. Het kan zijn dat een patiënt een voorwaarde overtreedt maar toch op de FPA mag blijven. Deze beslissing wordt vaak gemaakt omdat de cliënt zich verder goed ontwikkeld binnen de FPA. Als een ISD’er een voorwaarde overtreedt kan het ook voorkomen dat hij een “time-out” krijgt. Hij wordt dan terug geplaatst naar de PI, meestal gaat de cliënt dan na een week of twee weer terug naar de FPA. Tijdens een “time-out” blijft er contact tussen de cliënt en de reclasseringsmedewerker.

Bij volledige terugplaatsing naar de PI houdt het contact tussen de patiënt en de reclasseringsmedewerker op. Op het moment dat de terug geplaatste cliënt weer herplaatst wordt op de FPA krijgt de reclasseringsmedewerker opnieuw een verzoek tot toezicht van justitie. Op het moment dat de client volledig teruggeplaatst wordt en geen reclasseringscontact meer heeft, betekent dat, dat er niet wordt gewerkt aan eventuele nazorgtrajecten of aan schulden en huisvesting. Hierdoor wordt er in de praktijk meer gekozen voor een “time-out” dan een volledige terug plaatsing.

In het volgende hoofdstuk komen onze deelvragen ter sprake, er wordt dieper ingegaan in  de relevantie van het onderzoek en verder komen de onderzoeksopzet en onderzoeksmethode ook aan bod.

**Hoofdstuk 4: Relevantie en Opzet van het onderzoek**

*4.1 Introductie*

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen, voortvloeiend uit de hoofdvraag, verder behandeld. De maatschappelijke discussie en relevantie van dit onderzoek zal ook ter sprake komen.

De hypothese, onderzoeksontwerp en de gebruikte onderzoeksmethode worden uitgelegd. De databronnen die wij hebben gebruikt voor dit onderzoek, de populatie en selectie worden ook uitgewerkt en als laatst geven wij aan hoe we ervoor hebben gezorgd dat het onderzoek betrouwbaar en geldig is.

*4.2. Hoofdvraag en Onderzoeksvragen*

Zoals eerder aangegeven is ons onderzoeksdoel: De knelpunten onderzoeken binnen de huidige behandeling van ISD’ers op de FPA. Een adviesrapport opstellen over deze knelpunten binnen de behandeling en wat er eventueel veranderd moet worden en kijken of er verder onderzoek moet worden gedaan, waardoor de behandeling beter kan verlopen.

Uit deze doelstelling hebben wij de volgende vraagstelling afgeleid:“*Op welke wijze kan de Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier haar behandeling en begeleiding gericht op stelselmatige daders optimaliseren omwille van het aantal terugplaatsingen naar de Penitentiaire Inrichting te doen verminderen?*”.

Om onze hoofdvraag te kunnen beantwoorden hebben we de volgende onderzoeksvragen opgesteld.

 Hoe verloopt de begeleiding en behandeling van ISD'ers op de FPA op dit moment?

 In hoeverre sluit deze behandeling en begeleiding aan op de doelgroep ISD?

 Wordt er rekening gehouden met de contra-indicaties voor een plaatsing op de FPA?

 In welk stadium van verandering van “het Prochaska en DiClemente wiel” vindt er meestal terugval bij de ISD patiënten plaats?

 In welke fase van de behandeling zijn de meeste terug plaatsingen naar de Penitentiaire Inrichting?

 Hoe verloopt het contact en voorbereiding van de reclasseringsmedewerker ten opzichte van de ISD’er?

 Welke knel punten zitten er in de behandeling van de ISD'er op de FPA?

 Op welke wijze dienen die aanpassingen in de behandeling toegepast te worden?

Hoeveel kans op succes van het volbrengen van de behandeling kan je verwachten?

 Wat zijn de consequenties voor de FPA als deze aanpassingen worden toegepast?

*4.3 Maatschappelijke discussie en relevantie van het onderzoek*

De maatschappelijke belangstelling gaat de laatste jaren uit naar de term dwang en drang, die in relatie staat tot een gevangenisstraf en behandeling van verslaafde criminelen. Een oorzaak hiervoor is dat de maatschappelijke tolerantie voor de druggerelateerde criminaliteit is afgenomen. Een veel voorkomende maatschappelijke discussie is het “behandelen of straffen van criminelen”. Hebben sommige criminelen meer baat bij een straf of is het beter om criminelen een behandelingstraject aan te bieden in een zorginstelling? Tegenwoordig is de discussie of criminelen zwaarder moeten worden gestraft of juist behandeld moeten worden, terwijl geestelijke gezondheidsproblemen vaak één van de oorzaken zijn van ontsporing of crimineel gedrag (GGZ Reclassering, 2007). Zelfs de politieke partijen houden zich bezig met het wel of niet straffen van criminelen. Wij hebben ervoor gekozen om de visie van de partijen in ons onderzoek te benoemen, die een duidelijk standpunt hebben over de betreffende doelgroep. De Socialistische Partij vindt dat de maatregel Inrichting Stelselmatige Daders veel nuttiger moet worden besteed. Volgens de partij wordt er nog niet genoeg aandacht besteed aan een intensieve verslavingsbegeleiding bij de ISD maatregel. Groen links wil dat criminelen met een psychiatrisch en verslavingsprobleem de behandeling moeten krijgen die ze nodig hebben. Als dat niet gebeurt zou dat, volgens de partij, de maatschappij veel meer geld kosten. In tegenstelling tot Groen links streeft de Partij Van de Vrijheid voor afschaffing van de Ter beschikking stelling. Zij willen hogere straffen invoeren en degene die nogmaals de fout in gaat (recidiveren) moet minimaal een gevangenisstraf van twintig jaar krijgen.

In Nederland wordt het aantal veelplegers geschat rond 20.000. Deze criminelen zorgen ongeveer voor 70% van gepleegde (relatief kleine) delicten, met name diefstal. De relatie tussen verslaving en overlast is duidelijker geworden. Uit de vraag naar een meer passende aanpak en behandeling van de doelgroep die verslaafd is en voor overlast zorgt, is de ISD maatregel tot stand gekomen (WODC, 2009)

Delinquenten die een maatregel opgelegd hebben gekregen veranderen van benaming: eerst was je een gevangene, maar door opname in een instelling wordt je een patiënt. Met het plaatsen in een instelling moet niet alleen de maatschappij worden beschermd van de veelpleger maar de patiënt moet ook worden verpleegd en behandeld. De veelplegers zijn meestal verslaafd en hebben soms een psychische stoornis. De zorg voor veroordeelden tot de ISD maatregel blijft volgens de Raad voor de Strafrechtstoepassing grotendeels achterwege, omdat ze niet de nodige zorg krijgen die ze nodig hebben (GGZ Reclassering, 2007). De kans dat deze groep recidiveert is hierdoor groot. Het is de bedoeling dat de ISD’er een langdurig zorgtraject krijgt van minimaal twee jaar. Uit onderzoek is gebleken dat het toepassen van de ISD maatregel niet zonder slag of stoot verloopt. De zorgtrajecten wordt voor een te groot deel in de gevangenis doorgebracht zonder de nodige behandeling te hebben gekregen. (Goderie & Lünnemann, 2008).

Cijfers, gepubliceerd door de Dienst Justitiële Inrichting in juni 2010 laten zien dat het aantal ISD’ers is toegenomen sinds 2005. In 2005 was er sprake van driehonderd en zevenentwintig mensen met de ISD maatregel, in 2009 waren dat vijfhonderd en acht mensen. (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2010). Hieruit is af te leiden dat de vraag naar een passende behandeling is gegroeid. Terwijl deze bronnen aangeven dat de vraag naar een passende behandeling groeit vragen we ons af hoe de huidige behandeling en begeleiding van de ISD’er verloopt.

*4.3.1 Relevantie*

In een brief van de staatssecretaris, aangehaald in het onderzoek van de onderzoekers Goderie en Lünnemann naar “De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders” staat dat het algemene aanbod van trainingen en interventies te beperkt zijn en niet genoeg toegesneden zijn op de ISD doelgroep. De ISD’er blijft zijn tijd uit zitten in een cel van de Penitentiaire Inrichting zonder hierbij de nodige zorg te krijgen. Dit heeft als gevolg dat het aanpakken van de kernproblematiek bij deze doelgroep achterwege blijft. Dit is het sterkst bij de ISD’ers die een psychiatrische stoornis hebben en verslaafd zijn. In het onderzoek komt naar voren dat er bij ongeveer 70% van de onderzochte ISD mannen sprake was van een psychiatrische stoornis (2008).

Cijfers afkomstig uit het Gevangeniswezen van 2007 over ISD’ers die een behandelingstraject buiten (bij bijvoorbeeld de FPA) de Penitentiaire Inrichting hebben gevolgd, laten zien dat een kleinere groep recidiveert (52%) na één à twee jaar vergeleken met de ISD’ers die in de Penitentiaire Inrichting verbleven (66%) (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2010).

Uit bovenstaande informatie concluderen wij dat de kans groter is voor de ISD’er om te recidiveren na het vroegtijdig beëindigen van het behandelingstraject op de FPA. Als de ISD’er terug gestuurd wordt naar de Penitentiaire Inrichting, omdat hij zich niet aan de justitie en reclassering gestelde voorwaarden heeft gehouden, dan zal er na twee jaar bij het beëindigen van de ISD maatregel, een ex-gedetineerde zijn die niet of nauwelijks adequate zorg heeft gekregen.

Van de negen ISD’ers die er in 2009 waren opgenomen op de FPA hebben er zeven de voorwaarden overtreden. Van die zeven zijn er zes vanwege het overtreden van de voorwaarden teruggestuurd naar de Penitentiaire Inrichting door een ontheffing van begeleidingsverplichting van de reclassering. Eén heeft een extra kans gekregen en mocht op de FPA blijven. Van de tien ISD’ers die er in 2010 waren opgenomen op de FPA, hebben er zeven drugs gebruikt. Uit die zeven patiënten heeft één zich aan de behandeling ontrokken, één is doorgestuurd naar de afdeling Duurzaam Verblijf (richt zich op langdurig verslaafden), en vier zijn terug gestuurd naar de Penitentiaire Inrichting door een ontheffing van begeleidingsverplichting van de reclassering. De overgebleven patiënt heeft na overleg met de behandelaar en reclasseringsmedewerker een tweede kans gekregen. De ISD’ers die terug zijn gestuurd naar de Penitentiaire Inrichting moeten dan de resterende strafperiode uitzitten zonder behandeling. Tijdens ons vooronderzoek op de FPA en uit een gesprek met de teamleider is het ons duidelijk geworden dat de werknemers menen dat de ISD’er zelf verantwoordelijk is voor het nakomen van de afgesproken voorwaarden met de reclassering en justitie.

*4.3.2 Hypothese*

Waar zou het aan kunnen liggen dat er structureel ISD’ers terug gestuurd worden naar de Penitentiaire Inrichting? Is het de behandeling die wellicht niet goed aansluit op de doelgroep? Is het de begeleiding die te wensen over laat? Is de FPA zelf niet voldoende voorbereid op de behandeling van ISD’ers? Is de oorzaak dat er geen rekening wordt gehouden met de contra-indicaties? Is het behandelen van een ISD’er met verslaving als hoofddiagnose niet geschikt voor de FPA? Of is het toch het gebrek aan motivatie bij de ISD’er zelf? Uit een gesprek met onze begeleider van de opdracht gevende instelling blijkt dat hij van mening is dat de ISD’ers zelf verantwoordelijk zijn voor de terugplaatsing naar de Penitentiaire Inrichting. Volgens hem komt dat door de verleiding en het gemakkelijk voorhanden hebben van drugs. Als de ISD’ers eenmaal vrijheden hebben, mogen ze zonder begeleiding over het terrein van Parnassia wandelen, hier worden de ISD’ers overspoeld met verleidingen. Wij kiezen er voor om te kijken naar hoe de behandeling en begeleiding van ISD’ers verloopt.

*4.4 Onderzoeksontwerp en Onderzoeksmethode*

Wij hebben ervoor gekozen om een kwalitatief onderzoek te doen. We hebben in een natuurlijke setting ons onderzoek uitgevoerd, namelijk op de FPA zelf. De data verzamelingtechnieken die we in ons onderzoek hebben gebruikt zijn interviews en inhoudsanalyse. Door middel van de door ons opgestelde gestructureerde vragenlijsten hebben we interviews gedaan bij de medewerkers van de FPA, de teamleider, behandelaren en de reclasseringsmedewerkers. We hebben getracht een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de huidige gang van zaken omtrent de behandeling van de ISD’er op de FPA. We hebben face to face interviews gehouden. Dit bood de mogelijkheid om dieper in te gaan op de meningen en ervaringen van de respondenten en sleutelinformanten. Doordat één persoon de vragen stelde en de andere aan het typen was konden we direct de antwoorden op de interviewvragen verwerken. Ook doordat we gelijk de gegevens verwerkt hadden, hadden we het interview bijna letterlijk uitgeschreven. Hierdoor kregen we dus zeer betrouwbare interviews.

Hierna hebben we gebruik gemaakt van coderen. Op paragraaf 4.4.4 komen wij hier op terug.

Met inhoudsanalyse bedoelen we de techniek waarmee we gegevens, verkregen uit het dossier onderzoek, met name de behandelplannen en ROM resultaten, analyseren. We hebben de dossiers, specifiek de behandelplannen, gebruikt bij deze techniek. We hebben voor behandelplannen gekozen omdat er hierin informatie staat over de behandeling, de behandeldoelen en eventuele misstappen van de ISD’er en de gevolgen hiervan.

*4.4.1 Data bronnen*

We hebben voor ons onderzoek de volgende data bronnen gebruikt.

 Personen: we hebben zes groepsmedewerkers van de FPA geïnterviewd, twee behandelaren die op de FPA werken en ervaringen hebben met ISD’ers, de teamleider van de FPA en twee reclasseringsmedewerkers.

 Documenten: We hebben gebruik gemaakt van de dossiers van de ISD’ers die aanwezig zijn op de FPA. Tijdens de onderzoeksperiode waren er drie ISD’ers opgenomen waarvan we de dossiers konden bekijken. Ook zullen we rapporten en protocollen die geschreven zijn over de ISD maatregel raadplegen. Dit doen we om een zo duidelijk mogelijk antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen.

 Literatuur: Hier bedoelen we heel nadrukkelijk de verkregen literatuur in ons vooronderzoek. De vakliteratuur, boeken over ISD’ers en over de hulpverlening.

 Databanken: We hebben informatie gebruikt uit databanken, onder anderen cijfers van de Dienst Justitiële Inrichting en cijfers uit de databanken van Palier.

Door middel van deze bronnen krijgen wij zo volledig mogelijke antwoorden op de onderzoeksvragen.

*4.4.2 Populatie en selectie*

We hebben de volgende personen geïnterviewd tijdens ons onderzoek:

 Een teamleider, dit omdat hij een goed algemeen beeld van de ISD’ers op de gehele FPA kan geven en ons begeleidt in ons onderzoek. Hij is een sleutelinformant.

 De hoofdbehandelaar, omdat hij op het gebied van behandeling de meest volledige informatie kan verstrekken. Hij is een sleutelinformant.

 De psycholoog die de modules geeft, zij kan ons informatie geven over de ISD’ers. En informatie geven over de huidige behandeling en de modules die er worden gegeven op de FPA. Zij is een sleutelinformant

 Zes groepsmedewerkers, we willen de groepsmedewerkers interviewen die persoonlijk begeleiders waren of zijn van één of meerdere ISD patiënten. De groepsmedewerkers zijn respondenten.

 Twee reclasseringsmedewerkers waarvan de ISD cliënten die zij begeleiden op de FPA zitten of hebben gezeten. Deze twee reclasseringsmedewerkers kiezen we door te kijken naar de ISD’ers die nu het langst op de FPA zitten en te kijken wie hun reclasseringmedewerker is.

Door middel van deze interviews, hebben we een beeld van hoe werknemers, teamleider, behandelaren en reclasseringsmedewerkers over de ISD maatregel denken, hoe de behandeling verloopt, wat er wel goed gaat in de behandeling van de ISD’ers en waar de knelpunten zitten. Aan de hand van deze interviews kunnen we onze deelvragen beantwoorden.

*4.4.3 Betrouwbaarheid en Geldigheid*Om te zorgen dat ons onderzoek zo betrouwbaar mogelijk is, hebben we goed onderbouwde keuzes van onze onderzoekseenheden aangegeven. We hebben aangegeven waarom we de teamleider, psycholoog, hoofdbehandelaar en groepsmedewerkers willen interviewen. Om te zorgen dat ons onderzoek betrouwbaar is hebben we ervoor gekozen om zes groepsmedewerkers te interviewen die in ieder geval persoonlijke begeleiders zijn of waren van een ISD’er. We hebben de namen van de groepsmedewerkers in een “hoge hoed” gestopt en vervolgens zes namen getrokken. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek. We hadden verschillende contactmomenten met onze begeleider over de voortgang van het onderzoek, hierdoor dacht zij ook mee met ons en zorgde ze ervoor dat we de juiste richting van het onderzoek in zicht hielden. Met het oog op de betrouwbaarheid van het onderzoek hebben we de interviews in twee tal uitgevoerd om meteen de interviews te verwerken. Aangezien we weinig tijd hadden om het onderzoek uit te voeren was het niet mogelijk om meerdere momenten in tijd interviews uit te voeren. We hebben onze hoofdvraag zo goed mogelijk proberen te operationaliseren met deelvragen. We hebben gebruikt gemaakt van verschillende onderzoeksmethodes (triangulatie), onder andere interviews en data analyse. We hebben zo volledig mogelijk literatuur onderzoek gedaan. Hierbij hebben we gelet op het publicatie jaar. Onderzoeken of boeken die voor 2000 zijn geschreven hebben we bewust niet gebruikt. We hebben bij voorkeur gebruik gemaakt van de meest recente literatuur.

Voor de interviews met de respondenten hebben we vragenlijsten opgesteld die als leidraad fungeren. Op deze manier bespraken we alle vooraf gestelde punten. Voor de sleutel informanten hebben we gestructureerde vragenlijsten gebruikt om te interviewen. We hebben ervoor gezorgd dat we ruim de tijd namen om de interviews uit te voeren. Door deze manier van rustig werken zijn de interviews van een hogere kwaliteit. Omdat één van ons de medewerkers, behandelaren en teamleider al kent hebben we zo getracht om de geïnterviewde op hun gemak te stellen. Verder hebben we telkens aan het begin van een interview aangegeven dat de informatie verkregen uit de interviews ook anoniem zullen blijven. Dit heeft er ook voor gezorgd dat mensen vrijuit konden praten. Tijdens het afnemen van de interviews hebben we toestemming gevraagd om gebruik te maken van de laptop. Omdat we duidelijk de rolverdeling van de één doet het interview en de ander typt wist de respondent waar hij aan toe was en wat de bedoeling was. Bij de start van het interview gaven we een korte introductie waar het onderzoek over ging en wat de meerwaarde is van de interviews.

*4.4.4 Wijze van analyseren van de interviews*Wij hebben gebruik gemaakt van gestructureerde vragenlijsten. Tijdens de interviews bleek dat er vaak meer informatie naar voren kwam wat niet helemaal relevant was voor dit onderzoek. We hebben de informatie die niet relevant was geschrapt, op deze manier hielden we alleen de nodige informatie over. Deze “opgeschoonde” interviews hebben we naast elkaar gehouden en gecodeerd. Doordat we dezelfde volgorde van vragen hebben aangehouden, was er al een logische volgorde. Per vraag hebben we gekeken wat de uitkomsten van de verschillende respondenten waren, deze uitkomsten hebben we verwerkt. Per vraag hebben we een geheel gemaakt van alle respondenten, en hier onze conclusie uit gehaald.

*4.4.5 Samenwerking*Wij hebben er voor gekozen om dit onderzoek samen te doen. We hebben beide verschillende kwaliteiten, we vullen elkaar aan, zorgen dat we elkaar uitdagen, stimuleren en we hebben elkaar scherp gehouden. Als de één het even niet meer zag zitten motiveerde de ander haar weer. We waren een goed functionerend team, die keihard hebben gewerkt en een goed duidelijk rapport hebben samengesteld.

In het volgende hoofdstuk zullen we de onderzoeksresultaten weergeven en de analyse hiervan behandelen.

**Hoofdstuk 5: Onderzoek naar huidige behandeling van de ISD’ers op de FPA en Analyse hiervan**

*5.1 Introductie*
In dit hoofdstuk worden de resultaten van de afgenomen interviews besproken en de informatie die we uit de dossiers hebben vergekregen worden ook behandeld. De onderwerpen die behandeld zullen worden zijn contra- indicatie en opname, dagstructuur en volgen van een programma, modules, druggebruik en sancties die hierbij horen, oversteek naar de reguliere GGZ, vermindering terugplaatsing en als laatste de ISD maatregel. In elke paragraaf trachten wij de deelvragen te beantwoorden. Na elke paragraaf wordt er een analyse gegeven over de verkregen resultaten.

*5.2 Vermindering terugplaatsing*

In deze paragraaf zullen de volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

* Welke knelpunten zitten er in de behandeling en begeleiding van de ISD’ers op de FPA?
* Op welke wijze dienen er aanpassingen in de behandeling en begleiding toegepast te worden?

Zowel de medewerkers als de psycholoog geven aan dat de voorbereiding vanuit de PI veel beter zou kunnen. Eén medewerker geeft hierbij als voorbeeld dat de FPA meer informatie moet geven over wat de FPA nou eigenlijk is omdat dit volgens hem nog niet duidelijk genoeg is. Volgens de psycholoog moet de FPA zelf veel meer voorlichting geven in de PI over wat de FPA nou precies is en wat ze doen. Er moet sprake zijn van een betere afstemming tussen die PI en de FPA voor de ISD doelgroep. Er moet ook meer contact komen tussen de afdelingen onderling. Volgens een medewerker zou het veel beter zijn als de FPA een verlengstuk zou worden van de PI. Dat de ISD’er in de PI al kan beginnen met bepaalde modules en dat er intensiever wordt gewerkt aan de motivatie voor behandeling zodat de overgang naar de FPA minder groot zal zijn. Er moet volgens de medewerkers veel meer samenwerking komen tussen de FPA en de PI. De mogelijkheid tot onderling overleg moet er zijn. Eén medewerker geeft aan dat de ISD'ers vaak denken dat er op de FPA van alles voor ze wordt geregeld en dat ze gelijk alle vrijheden hebben. De overgang van de PI naar de FPA verloopt niet soepel. Patiënten moeten duidelijker weten wat er van ze verwacht wordt op de FPA. Ook geven een aantal medewerkers aan dat het personeel van de FPA beter geschoold moet worden in het omgaan met verslaving. De FPA is niet gespecialiseerd in deze problematiek, terwijl de meeste ISD'ers met een verslaving te kampen hebben. Een van de medewerkers weet niet zo goed wat de FPA anders kan doen omdat het gaat om een complexe doelgroep. Volgens haar zijn alle ISD’ers anders, er is hier geen prototype voor.

Zowel de medewerkers, de teamleider en de psycholoog zijn het er over eens dat er bij de ISD’er ook sprake moet zijn van enige vorm van motivatie om te willen veranderen anders zou de behandeling op de FPA hoe dan ook niet kunnen werken. De ISD’ers zitten op de FPA met een gedwongen opname maar je kunt ze niet gedwongen behandelen. Volgens de hoofdbehandelaar is het motiveren van patiënten de kern van het vak in de GGZ. En dan dien je als medewerker/ behandelaar de patiënt altijd blijven proberen te motiveren. Hij geeft aan dat het niet erg is als een ISD’er wordt terug gestuurd mits je hem/ haar de kans biedt om eventueel weer terug te komen en opnieuw te proberen.

Volgens één van de reclasseringsmedewerker zou het beter zijn als er minder werkdruk was zowel voor de reclassering zelf als voor de FPA zodat er meer aandacht gegeven kan worden aan de patiënt.

*5.3 Contra-indicatie en opname*In deze paragraaf zal de volgende onderzoeksvraag worden beantwoord:

* Wordt er rekening gehouden met de contra-indicaties voor een plaatsing op de FPA?

Er zijn verschillende contra-indicaties voor opname op de FPA. Onder andere verslaving is een contra-indicatie. Uit het interview met de teamleider en de psycholoog is naar voren gekomen dat het middelen misbruik bij de ISD’ers ook wordt gezien als psychiatrische stoornis. Het is wel een contra-indicatie voor de opname, maar de ISD’ers worden toch opgenomen. De gedachten of vermoedens hier achter zijn, dat er psychisch gezien nog veel meer aan de hand is bij deze patiënten. De hoofdbehandelaar sluit zich hierbij aan. De teamleider gaf aan dat de FPA zelf met het idee kwam om ISD’ers op te nemen en te behandelen. Op de FPA werd opgemerkt dat er een groep was die niet de juiste behandeling kreeg die ze nodig hadden (ISD’ers). Dus werd er op de FPA voorgesteld om deze patiënten te gaan behandelen. Verder geeft de teamleider aan dat de ISD’er ook wel geld oplevert. De psycholoog geeft aan dat opname van de ISD’er af hangt van hoe ver iemand gemotiveerd is en hoeveel informatie er beschikbaar is vanuit de PI. Hiermee bedoelt ze welke onderzoeken zijn er allemaal gedaan bij de ISD’er, bestaan er vermoedens voor andere stoornissen. Dus er wordt gekeken of er al behandelinformatie is in het dossier. Verder wordt er ook gekeken naar de kans van slagen op de FPA, de motivatie van de ISD’er en of de ISD’er ergens anders kan worden opgenomen waar hij/ zij beter geholpen kan worden. Ook al is verslaving een contra-indicatie, geeft de psycholoog aan dat de FPA wel bereid is om patiënten op te nemen die één of meerdere stoornissen hebben naast hun verslaving. Is er sprake van alleen verslaving of verslaving met persoonlijkheidsproblematiek, dan wordt de ISD’er volgens de psycholoog niet opgenomen. Volgens de hoofdbehandelaar wordt er meer rekening gehouden met de contra-indicatie van persoonlijkheidsstoornissen en of iemand heel erg agressief is.

De ISD’ers komen tijdens het eindtraject bij de FPA terecht. De psycholoog geeft aan dat het doel van opname op een FPA, minimaliseren op delict recidive, is. Dit kan heel veel inhouden en is voor iedereen anders, soms hoort hier ook bij het psychiatrisch toestandbeeld te stabiliseren.

De afspraak met justitie is dat de ISD’ers minimaal drie maanden moeten worden opgenomen op de FPA. De teamleider geeft aan dat ze veel liever hebben dat de ISD’er de laatste negen maanden van de maatregel wordt opgenomen op de FPA. Volgens hem is drie maanden niet genoeg om daadwerkelijk iets te bereiken wat betreft nazorg, schuldsanering of enige behandeling te bieden. Er is geen voorwaarde om hier geplaatst te kunnen worden. De PI kijkt naar de ISD’ers die doorgestuurd kunnen worden en gemotiveerd zijn om naar de FPA te gaan. De teamleider vertelde in het interview dat er bij de opname ook wordt gekeken of iemand met een artikel ook geld oplevert, maar hij weet niet zeker of ISD’ers onder de regeling vallen van ingekochte zorg door justitie. Wat ervoor kan zorgen dat opname van een ISD’ er verplicht is voor de FPA.

Vijf van de geïnterviewde medewerkers geven aan dat er weinig sprake is van motivatie bij de ISD’ers. Volgens hen weet de ISD’er bij instemming voor opname en behandeling op de FPA niet wat er van hen wordt verwacht. De hoofdbehandelaar is van mening dat motivatie moeilijk te meten is want iemand kan in de ochtend gemotiveerd zijn maar in de middag weer een andere gedachte hebben over zijn behandeling. Volgens de psycholoog is het voor de ISD’er kiezen tussen twee slechten en dan is FPA vergeleken met de PI het minst slechte. Omdat er op de FPA verschillende dingen voor hen worden geregeld zoals schuldsanering, huisvesting, uitkering, kortom ze hebben een bed en krijgen vrijheden. Maar als ze worden opgenomen en ze zien dat ze een dagprogramma hebben en dat ze verschillende modules moeten volgen is de motivatie ver te zoeken. Eén medewerker geeft aan dat de ISD’ers niet inzien dat ze een probleem hebben en dat er met hen niets mis is. Het is altijd de ander die de schuld krijgt. Volgens de teamleider zijn ze gemotiveerd en willen er ook iets van maken maar het opbouwen van een nieuw leven valt niet mee, het is niet gemakkelijk. De reclasseringsmedewerkers geven aan dat ze pas bij opname op de FPA echt contact krijgen/ maken met de ISD’er. Ze weten niet of de ISD’ ers vanuit de PI worden voorbereid op hun opname op de FPA. Een van de reclasseringsmedewerker geeft aan dat het wel eens is voorgekomen dat een ISD’er naar de FPA is gestuurd terwijl de ISD’er zelf naar een andere instelling wilde gaan. Dit gebeurt volgens hem als de Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie en psychologie (NIFP) een indicatie tot opname op de FPA afgeeft. Dit gebeurt dan als er een vermoeden is van een psychiatrische stoornis die op de FPA kan worden behandeld. Er wordt volgens hem wel enigszins rekening gehouden met de wensen van de ISD’er zelf maar lang niet altijd en ook niet in grote mate.

 De teamleider gaf aan dat ISD’ers meestal op unit 3 worden geplaatst zodat zij de daginvulling kunnen regelen en om te kijken of iemand wel zo goed is en door kan naar de andere unit. De eerste week heeft de ISD’er geen vrijheden. Als de vrijheden wat zijn uitgebreid en de staf denkt dat de ISD’er het aan kan en er is plek op unit 4A of 4C, kunnen ze daar worden geplaatst. Is er geen plek op unit 3 dan kan de ISD’ er meteen worden opgenomen op unit 4A of 4C. Vrijheden moeten altijd besproken worden met de reclassering. Drie medewerkers geven aan dat de stap van justitie naar de FPA, vooral unit 4A of 4C volgens hen te groot is. Vrijheden op het hoofdgebouw (unit 1,2 &3) gebeurt in stappen, zoals begeleid wandelen, wandelen in groepsverband en dan een half uur individueel. Op unit 4A en 4C gaat de ISD’er gelijk van geen vrijheden naar half uur individuele vrijheden. Iemand die vrijheden opneemt kun je niet observeren en in de gaten houden. Eén medewerker geeft aan dat hij het eens is met de gefaseerde vrijheden. Zo kan je dan waarnemen hoe iemand met zijn vrijheden omgaat en heb je in de beginfase nog enig toezicht over de cliënt. Een andere medewerker vindt de vrijheden prima, de ISD’ers moeten uiteindelijk toch de maatschappij weer in. Als ze in de PI waren gebleven hadden ze na de twee jarige maatregel ook meteen weer vrijheden gekregen. Eén van de geïnterviewde reclasseringsmedewerkers vindt het moeilijk te zeggen of de vrijheden wel juist zijn. Aan de ene kant vindt ze het wel goed omdat de ISD’er uiteindelijk toch naar buiten moeten. Aan de andere kant is er tijdens de opgenomen vrijheden weer sprake van druggebruik. Dan is het volgens haar toch belangrijk om de ISD’er op zijn verantwoordelijkheden te wijzen. Het blijft volgens haar moeilijk want je kunt hen niet beschermen en het verslavingsprobleem blijft.

Wij vinden het opmerkelijk dat één van de contra-indicaties voor opname, verslaving is, maar dat er dan toch patiënten worden opgenomen die een verslaving hebben, ook al bestaat het vermoeden dat er psychisch ook wat anders aan de hand is. De contra-indicaties zijn volgens ons met reden opgesteld. FPA wilde geen patiënten met verslaving in eerste instantie opnemen omdat ze

* De deskundige kennis niet in huis heeft om die bepaalde problematiek te behandelen
* De middelen niet heeft om de patiënten te behandelen
* De programma’s die er worden aangeboden niet aansluiten op de problematiek.

Wil je deze patiënten toch opnemen dan moet je ervoor gaan zorgen dat je de nodige kennis, middelen en programma’s binnen je instelling hebt om deze doelgroep de behandeling te bieden die ze daadwerkelijk nodig heeft. Verder is het opmerkelijk dat de teamleider zegt dat de ISD’ers wel willen veranderen maar dat de medewerkers en de psycholoog vinden dat de motivatie voor verandering ver te zoeken is. Je kunt iemand die niet wil veranderen niet helpen, vooral als deze persoon niet inziet dat hij een probleem heeft. Verder vragen we ons af in hoeverre het eigenlijk wel klopt dat een ISD’er zelf kan kiezen voor een opname op de FPA terwijl er een indicatie tot opname wordt afgegeven door de NIFP. Dan blijft er inderdaad een keuze over tussen, of worden opgenomen op de FPA, of blijven zitten in de Penitentiaire Inrichting.

*5.4 Dagstructuur en het volgen van een dagprogramma.*In deze paragraaf zal de volgende vraag worden beantwoord:

* Hoe verloopt de behandeling en begeleiding van de ISD’ers op de FPA op dit moment?

Zoals eerder aangegeven hebben alle patiënten op de FPA een dagprogramma. Deze begint om half tien en loopt tot half zes. De patiënten dienen het dagprogramma te volgen. De medewerkers die de verantwoording hebben voor de groep moeten ervoor zorgen dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Uit ons onderzoek is naar voren gekomen dat alle medewerkers, teamleider en psycholoog die we hebben geïnterviewd de patiënten ook proberen te motiveren in het volgen van de geboden programma’s. Ze vinden het allemaal ook belangrijk dat de patiënten een dagprogramma hebben. Bij het analyseren van de behandelplannen is het ons opgevallen dat er tijdens de behandelplanbespreking het hebben van een dagindeling/ dagprogramma ook hier wordt besproken. Tijdens de behandelplanbespreking wordt dan overlegd, eventueel met patiënt erbij, wat voor daginvulling hij/ zij kan hebben. De medewerkers zijn het er over eens dat de patiënten die zijn opgenomen op de FPA allemaal een bepaalde mate van structuur nodig hebben. Twee medewerkers geven aan dat er vooral bij de ISD’er heel strak moet worden omgegaan met de afdelingsregels en de dagstructuur. Zij zijn van mening dat het voor de ISD’ers  belangrijk is om het dagprogramma te volgen omdat ze bepaalde afspraken met de reclassering en de behandelaren hebben wat betreft de behandeling. De medewerkers geven aan dat er streng gelet moet worden op de ISD’ers. Volgens hen heeft de ISD’er door de jaren heen een bepaald gedrag ontwikkeld die hem in moeilijkheden kan brengen in de maatschappij. Ze moeten heel strak begeleid worden en hen wordt duidelijk gemaakt dat bepaald gedrag niet getolereerd wordt. Volgens een medewerker is een straf en beloningssysteem zinvol bij de ISD’er. Een andere medewerker geeft aan dat je af en toe wel kan afwijken van bepaalde regels maar dat het dan heel belangrijk is om dit eerst met je collega’s te overleggen en ook de ISD’er goed uitleg te geven waarom er nu wordt afgeweken van de regels. De medewerkers zijn het er wel allemaal over eens dat een ISD’er begeleiden iets heel anders is dan het begeleiden van de patiënten met een ander artikel. Een medewerker ervaart dat mensen met een ander artikel veel meer bezig zijn met hun stoornis, terwijl de ISD’ers zich veel meer bezig houden met hun druggebruik en met het verlangen naar drugs. Wat betreft het programma zijn de medewerkers en de psycholoog het erover eens dat de FPA niet veel te bieden heeft. De FPA biedt wel wat sport mogelijkheden en creatieve activiteiten, maar de groep patiënten die hier aan mee doen is gering. Voor ISD’ers die op unit 4A en 4C zitten worden de meesten aangemeld om bij REACT of bij Klein Westland te werken. Pas als ze vrijheden buiten het terrein hebben kan er gekeken worden naar activiteiten buiten het terrein. Volgens de medewerkers zijn de werkactiviteiten niet echt uitdagend, waardoor de motivatie voor behandeling weer kan verminderen.  Hoewel de mogelijkheid bestaat om de ISD’ers andere werk of cursussen te laten doen, bijvoorbeeld via het Filiaal, gebeurt dit niet. Het is voor ons niet duidelijk of de medewerkers vergeten dat ze de ISD’ers bij het Filiaal kunnen aanmelden, of liever voor REAKT kiezen omdat ze dat gewend zijn, of dat ze niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden bij het Filiaal. De hoofdbehandelaar geeft aan dat ze nu bezig zijn om de activiteiten begeleiders te betrekken bij de behandelplanbesprekingen, waardoor zij ook kan helpen brainstormen op een passend dagprogramma. Eén van de medewerkers geeft aan dat men de ISD’ers intensiever werk moet geven. De ISD’er moet een dagactiviteit hebben waarbij hij vroeg in de ochtend moet beginnen met intensieve werkzaamheden, waarna hij dan om vijf uur of zes uur weer naar huis kan en dan zo moe is dat hij geen tijd heeft om aan drugs te denken of zich te vervelen. Als een ISD’er zijn programma weigert te volgen, wordt er contact worden opgenomen met de reclassering aangezien het volgen van een behandeling ook een voorwaarde van de ISD maatregel is. Uit het dossier onderzoek blijkt dat alle ISD’er daadwerkelijk een dagprogramma hebben en er wordt per dag gerapporteerd of de ISD’er zijn dagprogramma heeft gevolgd of niet. Verder wordt er in de dagrapportage aangeven wat de consequenties waren van het niet volgen van het dagprogramma.

 Het hebben van een dagprogramma met duidelijke structuur, regelmaat en wat uitdaging hierin is dus van belang bij de doelgroep ISD. Alle medewerkers doen hun best om dit ook te kunnen bieden. Het valt echter op dat de medewerkers niet verder zoeken dan productie of werken bij Klein Westland. Terwijl er wel een mogelijkheid bestaat tot meer uitdaging en afwisseling in een programma van een ISD’er. Bijvoorbeeld aanmelden bij het Filiaal.

*5.5 Modules*

In deze paragraaf zullen de volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

* In hoeverre sluit de behandeling en begeleiding aan op de doelgroep ISD?
* In welk stadium van verandering van “het Prochaska en DiClemente wiel” vindt er meestal terugval bij de ISD’ers plaats?
* Hoeveel kans op succes van het volbrengen van de behandeling kan je verwachten?

Uit de zes geïnterviewde medewerkers hebben vijf van hen weleens een module gegeven. De geïnterviewde psycholoog heeft ook een periode de “Omgaan met verslaving” module gegeven en is nu bezig met het opstellen van een nieuwe “Impuls module”. De medewerkers zijn het er over eens dat de inhoud van de module wel goed is. Ze twijfelen echter of de inhoud van de modules wel aansluit op de ISD doelgroep. Een medewerker geeft aan dat de modules “omgaan met verslaving” en “de impuls module” niet bedoeld zijn om van de drugs af te blijven, maar meer om de ISD’ers vaardigheden aan te leren over hoe om te gaan met hun verslaving en de verleidingen die hierbij een rol spelen. Drie medewerkers geven aan dat de ISD’ers heel vaak melden dat ze alles al weten over wat er allemaal wordt verteld in de modules en dat ze het daarom niet willen volgen.

De medewerkers zijn het er over eens dat de motivatie bij de ISD’ers om modules te volgen heel erg laag is. Het enige wat overblijft, is om hen te verplichten om de modules te volgen. Eén medewerker geeft aan dat dit geen goed effect heeft op de motivatie omdat de ISD’ers dan het gevoel hebben dat er dwang achter zit waardoor ze zich nog meer gaan verzetten tegen de behandeling. De psycholoog geeft echter aan dat iemand niet vanaf het begin gemotiveerd moet zijn bij de module omdat de motivatie vaak vanzelf komt. Een patiënt raakt vaak gemotiveerd als ze zien dat andere patiënten wel mee doen. Verder wordt er door twee medewerkers aangegeven dat ze het jammer vinden dat sommige modules weinig gelegenheid bieden om ervaringen en meningen te bespreken tijdens de module. Volgens hen mis je dan de kans om wat dieper met de patiënten op de stof in te gaan en wat meer discussies met hen te voeren. Er staat duidelijk in de boeken aangegeven wat gedaan moet worden en welke stappen ondernomen moeten worden, er blijft geen plek over om extra informatie te bespreken.

Twee medewerkers zijn het er over eens dat de modules misschien beter over zouden komen op de ISD’ers als ze door een ervaringsdeskundige zouden worden gegeven. Ze zijn van mening dat het voor de ISD’ers moeilijk is om informatie en kennis over te nemen van mensen die weinig van drugs afweten en die zelf geen ervaring hebben met druggebruik. De hoofdbehandelaar kan zich wel voorstellen dat een ervaringsdeskundige nuttig kan zijn bij deze doelgroep. De psycholoog en de resterende medewerkers denken niet dat de modules veel beter zouden verlopen als een ervaringsdeskundige de module zou geven. De psycholoog vertelt hierbij dat het aan de ene kant wel kans van slagen heeft omdat je dan een deskundige hebt die ook wat ervaring heeft met bijvoorbeeld druggebruik. Maar het kan ook een negatief effect hebben, vooral als de module door een medewerker wordt gegeven die wel eens drugs heeft gebruikt en die dan na de module weer op de groep moet gaan werken als begeleider.

De module” Omgaan met verslaving “is niet “evidenced based”. Hiervan is de psycholoog wel op de hoogte en geeft aan dat de nieuwe multidisciplinaire richtlijnen voor schizofrenie nog niet uit is gekomen. Bij de vraag waarom er dan toch wordt gekozen om deze te geven vertelt zij dat de module “Omgaan met verslaving” onder het motto valt van “ beter iets dan niets”. Volgens de psycholoog is er wel consensus onder deskundigen dat de module heel goed toe te passen is bij patiënten met een verslaving. Verder wordt er door haar verteld dat de module niet wordt getoetst aan de hand van de kwaliteitscriteria van de Erkenningscommissie. De FPA probeert gewoon naar de inhoud van de module te kijken. Het zou wel kunnen zijn dat de module geen enkel effect heeft bij het onthouden van druggebruik en is volgens haar moeilijk te toetsen bij de ISD groep. De mate van succes is nog nooit bepaald, er moet volgens haar meer onderzoek naar worden gedaan. Maar eerst moet worden bepaald wanneer je het als succesvol kan beschouwen. De psycholoog geeft in haar interview aan dat het allemaal afhangt van hoe je succes meet. Is het wanneer iemand negen maanden lang de module heeft gevolgd en gehaald of is het wanneer iemand helemaal stopt met druggebruik?

Het model van Prochaska en DiClemente is bekend bij de psycholoog maar ze geeft aan dat de FPA er niet zo veel mee werkt. Graag zou ze zien dat dit wel zou gebeuren maar dan moet alle medewerkers en behandelaren op de hoogte zijn van de inhoud van dit model. Volgens de hoofdbehandelaar is het model van Prochaska en DiClemente goed toe te passen bij de doelgroep ISD om te kijken in welke fase van verandering iemand zit in zijn verslaving. Maar hij geeft aan dat dit moeilijk kan zijn bij de doelgroep ISD, juist door hun maatregel en door de voorwaarden die hierbij van toepassing zijn.

Na het bestuderen van de module stof en gekeken te hebben naar de patiënten die meedoen met de module “omgaan met verslaving”, hebben we de kwaliteitscriteria van de Erkenningscommissie erbij gehaald en het volgende is ons opgevallen:

* De module mist de nodige theoretische onderbouwing.
* Er is geen vaste selectie van veelplegers. De module wordt aan alle patiënten die zijn opgenomen op de FPA waar sprake is van een verslaving aangeboden. ISD’er mensen met een artikel 37, artikel 15 en eventueel mensen met TBS transmuraal.
* De module is gericht op de criminogene factoren en protectieve factoren.
* De module biedt de mogelijkheid om verschillende vaardigheden aan te leren die zouden helpen bij het leren omgaan met je verslaving.
* Wat betreft de intensiteit en duur wordt er op dinsdag de basisoefeningen behandeld en op maandag en woensdag de vaardigheidstrainingen aangeboden gedurende negen maanden.
* De criteria betrokkenheid en motivatie is ver te zoeken bij de ISD doelgroep maar volgens de psycholoog moeten de deelnemers van de module niet vanaf het begin gemotiveerd zijn om de module te volgen. Bij het volgen van deze module komt de motivatie vaak vanzelf.
* Er is niet altijd sprake van continuïteit. Als de patiënt niet zelf aangeeft dat hij bepaalde zaken wil bespreken welke hij heeft geleerd tijdens de module wordt dat niet altijd opgepakt op de afdeling door de medewerkers. Men vraagt af en toe wel of de patiënt huiswerk heeft gekregen bij de module maar veel verder dan dat gaat het niet.
* De module wordt gegeven op de manier waarop het moet. Het boek wordt strak gevolgd.
* Er wordt niet door personeel geëvalueerd over de effectiviteit van de module. Het is zelfs niet duidelijk wanneer ze de module als effectief kunnen beschouwen.

Uit bovengenoemde is af te leiden dat er nog veel onderzoek moet worden gedaan naar het effect van de module op de patiënten op de FPA, onder andere het effect bij de ISD’ers die deze modules volgen of hebben gevolgd. We hebben geen antwoord gekregen van het Trimbos instituut over de nieuwe Multidisciplinaire richtlijnen schizofrenie, of het omgaan met verslaving module wel kan worden toegepast op de patiënten. Verder is het een punt dat niet alle ISD’ers die op de FPA zijn opgenomen de stoornis schizofrenie hebben, terwijl de modules die er worden gegeven ontworpen zijn voor patiënten die deze stoornis hebben. Voor de behandeling van de ISD’er dient er eigenlijk naar de Multidisciplinaire richtlijn dubbele problematiek te worden gekeken.

Ook al zijn de medewerkers niet allemaal eens met de inhoud van de module of de manier waarop het wordt gegeven, blijven ze de patiënten motiveren om deze te volgen.

*5.6 Druggebruik en sancties*In de volgende paragraaf zullen we de volgende vraag beantwoorden:

* In welke fase van de behandeling zijn de meeste terug plaatsingen naar de Penitentiare Inrichting?

De FPA hanteert volgens de psycholoog een "zero tollerance" beleid. Drugs wordt niet gedoogd op de FPA, alle geïnterviewden zijn er zich wel van bewust dat het niet realistisch is om te denken dat deze doelgroep na de korte periode van opnametijd een drugvrij bestaan op kan bouwen. Is het vanaf opname bekend dat de patiënt een probleem heeft met middelenmisbruik, dan wordt dit ook als een probleem/ doelstelling opgenomen in het behandelplan opgenomen, met activiteiten die ondernomen kunnen worden, om de patiënt hierbij te helpen tijdens de behandeling. De teamleider geeft aan dat het heel erg persoonsgebonden is en dat er goed gekeken moet worden naar de toegevoegde waarde van een terugplaatsing. Als een patiënt aan het einde van de behandeling nog de fout in gaat, wat voor zin heeft het dan om hem dan nog terug te plaatsen. Meestal wordt er dan voor gekozen om die patiënt voor de resterende periode binnen te houden. De verleidingen zijn te groot op het terrein, er zijn veel drugs voorhanden. Als er gemerkt wordt dat de drang naar drugs bij een patiënt groot is voordat ze naar buiten gaan, proberen de medewerkers in gesprek met de patiënt te gaan. Zo wordt er toch geprobeerd om te adviseren en te motiveren tot weerhouden van verleiding. Bij het vermoeden van gebruik moeten de patiënten een urine sediment inleveren. Is deze positief, dan wordt er contact opgenomen met de reclassering. Twee medewerkers zijn het niet eens met het drugs beleid op de afdeling. Drugs worden op de FPA niet gedoogd, terwijl drugs in de maatschappij wel wordt gedoogd. Hoewel deze medewerkers niet eens zijn met de regels houden ze zich wel aan de afdelingsregels. Eén medewerker voegt hieraan toe dat het jammer is dat er vanuit de directie niets aan gedaan wordt. Ze zegt hierbij dat aangezien het niet gedoogd wordt, er wel strenger op gereageerd moet worden als er drugs wordt gebruikt. Uit de interviews komt naar voren dat de meeste medewerkers en de geïnterviewde reclasseringsmedewerkers het niet reëel vinden om te verwachten dat de ISD'ers helemaal geen drugs meer gebruiken of in de toekomst geen drugs meer gaan gebruiken. Vooral omdat het gaat om een groep die al lang kampt met een verslaving. Alle medewerkers geven aan dat ze een melding van het gebruik maken bij de reclassering. Zowel de reclassering als de medewerkers geven aan dat het contact met elkaar goed hebben ervaren. Als er sprake is geweest van druggebruik bij een ISD’er, wordt er in het behandelplan vermeld wanneer iemand heeft gebruikt en wat de consequenties hierop waren. Dit is weer in de dossiers terug te lezen. De reclasseringsmedewerkers geven aan dat ze dan in overleg gaan met de FPA om te kijken of de ISD’er toch mag blijven. Beide reclasseringsmedewerkers zijn het erover eens dat ze de ISD’er liever in behandeling houden. Misbruik wordt per persoon bekeken. Als een cliënt de verdere behandeling naar behoren volgt, wordt er vaak gekozen voor het intrekken van vrijheden. Terwijl er eigenlijk niet aan de voorwaarden van de ISD maatregel wordt gehouden van terugplaatsing, wordt er veel gekeken naar waar de patiënt het meest baat bij heeft. De hoofdbehandelaar geeft aan dat het geen zin heeft om een patiënt op te nemen voor zijn psychiatrische klachten en dan vervolgens weg te sturen omdat hij weer drugs heeft gebruikt. Volgens hem kunnen de ISD’ers wel clean binnen komen vanuit de PI, maar dat is dan alleen omdat ze niet aan de drugs konden komen.

Op de vraag of er verschil is tussen harddruggebruik en softdruggebruik geven de medewerkers, teamleider en psycholoog aan dat er bij harddrugs harder wordt opgetreden en strenger gestraft. Bij harddrug gebruik moet de ISD’er meteen terug naar de PI. Heel af en toe kan de ISD'er bij één keer gebruik nog een kans krijgen. Maar als hij weer de fout ingaat betekent dit terugplaatsing. Over harddrug zeggen twee medewerkers en de teamleider dat het veel meer schade toebrengt. Niet alleen de veiligheid van de patiënt en zijn medebewoners lopen gevaar, maar ook de veiligheid van de medewerkers. Mensen met een psychische stoornis kunnen heel anders reageren op harddrugs. Hierdoor wordt er sneller opgetreden bij het gebruik van harddrugs.

Op de vraag of een afdeling op de FPA die meer gericht is op druggebruik misschien beter zou zijn voor de ISD’ers gaven vier medewerkers een stellig nee als antwoord. Volgens de medewerkers zijn de ISD’ers niet gemotiveerd genoeg voor een afkick afdeling en de ISD’ers zijn niet met elkaar te vergelijken. Binnen de afkick afdeling zou je controle kunnen krijgen op het druggebruik terwijl zij in de maatschappij geen controle hebben over wat ze wel of niet gebruiken. De medewerkers en de teamleider zijn het er allemaal over eens dat FPA ook geen afdeling speciaal voor ISD’ers of afdeling speciaal voor het afkicken moet openen.

Alle geïnterviewde medewerkers, psycholoog, teamleider en hoofdbehandelaar zijn het erover eens dat er meer kennis moet komen in de FPA over verslaving. In het begin was er volgens de hoofdbehandelaar alleen sprake van psychiatrie nu is er veel meer sprake van dubbele problematiek. Namelijk verslaving en psychiatrische problemen. Volgens hem is de FPA veel meer bezig met het beheersen van druggebruik.

Uit bovengenoemde is af te leiden dat, ook al vinden de medewerkers, hoofdbehandelaar, psycholoog en reclasseringsmedewerkers, het niet reëel om te verwachten dat de ISD’ er helemaal geen drugs meer gaat gebruiken, zij zich toch houden aan de afdelingsregels. Wij vinden het wel opmerkelijk dat er van de ISD’er wordt verwacht dat hij helemaal geen drugs gebruikt terwijl hem geen middelen, vaardigheden en plek wordt gegeven om van de drugs af te blijven. Ook al hanteert de FPA geen gedoogbeleid, toch komt druggebruik wekelijks voor op de afdeling. Voor iemand die een verslaving heeft en anderen om hem heen ziet gebruiken is het heel moeilijk om zelf van de drugs af te blijven. Als instelling kan je wel zeggen dat de ISD’er bepaalde voorwaarden heeft die verbonden zijn aan de maatregel en dat hij/ zij zelf verantwoordelijk is maar de persoon is hoe dan ook verslaafd. Weerstand bieden aan drugs vergt de nodige discipline, inzicht en mentale kracht wat deze doelgroep in onze ogen totaal niet heeft. Zoals de hoofdbehandelaar opmerkte, is psychiatrie nu moeilijker te scheiden van verslavingsproblematiek. Het druggebruik is een groot probleem voor deze doelgroep. Dit is dan ook de voornaamste reden waarom de ISD’er terug wordt gestuurd naar de PI. Er zal een balans moeten worden gevonden tussen behandeling van de psychiatrische kant van het probleem en behandelen/ begeleiding van de verslavings kant van het probleem. Meer kennis over verslaving is dus van belang bij het team van de FPA.

*5.7 Oversteek naar de reguliere GGZ*

Uit de afgenomen interviews kwam naar voren dat er wel werd gewerkt aan de oversteek naar de reguliere GGZ, maar dat het erg moeilijk is om mensen met een strafrechtelijke titel ergens te plaatsen. Deze doelgroep heeft door het delict dat ze hebben gepleegd een stempel gekregen die moeilijk weg te krijgen is en waardoor de patiënten moeilijk te plaatsen zijn bij een vervolg instantie of instelling. Een ander probleem dat uit onze interviews naar voren is gekomen is dat er ook een tekort is aan woningen bij bijvoorbeeld de RIBW's. In één van de voorgaande hoofdstukken werd al aangegeven dat de patiënten doorstromen naar een RIBW, maar de realiteit is dus anders. Onder andere door een tekort aan woningen, geen indicatie hebben van een psychische stoornis en verslaafd zijn zorgen ervoor dat deze doelgroep tussen wal en schip belandt. De teamleider gaf aan dat de FPA zich meer in wil zetten bij het vinden van passende vervolgzorg en werk. Het is alleen moeilijk volgens hem omdat de wachtlijsten lang zijn en iemand met een ISD titel minder welkom is bij de vervolgtrajecten. En wat werk betreft is het moeilijk om werk te zoeken in Den Haag voor iemand die in Rotterdam of ergens verder in Nederland gaat wonen. Eén van de medewerkers is erg negatief over de nazorg, hij vindt dat er te weinig wordt geïnvesteerd in de nazorg trajecten. Een andere medewerker vertelt dat het heel erg moeilijk is en dat het wel eens is voorgekomen dat er een patiënt weer met een vuilniszak voor de deur stond. De harde wereld is, de maatregel is klaar dus hier zijn je vrijheden weer terug, zo vertelt een medewerker. Vaak hebben mensen op de FPA een laag niveau, waardoor ze veel hulp nodig hebben van de nazorg. In het begin werd er veel meer gedaan aan nazorg. Tegenwoordig staat het op een laag pitje. Op papier staat het allemaal netjes beschreven maar de realiteit is blijkbaar heel anders. Het is een feit dat vervolgtrajecten mensen met een strafrechtelijke titel liever kwijt dan rijk zijn.

De reclasseringsmedewerkers zijn ook bezig met het regelen van de nazorg, maar hun werk houdt ook op als de ISD’er terug wordt gestuurd naar de PI.

 Tijdens de interviews was bij deze vraag een duidelijk non-verbale reactie te zien. Over het algemeen kunnen we hier uit opmaken dat de oversteek naar de GGZ nog wat te wensen overlaat.

*5.8 ISD Maatregel*

Uit de afgenomen interviews blijkt dat vijf van de medewerkers het niet eens zijn met de huidige manier van toepassen van de ISD maatregel. Ze vinden allemaal dat de maatregel te kort is om te behandelen. Eén medewerker geeft aan dat er beter voor gekozen kan worden om een jaar detentie tijd en een jaar behandel tijd te geven. De ander vindt dat de ISD’er twee jaar vast moet zitten en dat men daarna naar een passende behandeling moet gaan kijken. Eén medewerker en de teamleider vinden dat de maatregel meer voor de maatschappij en niet voor de patiënt zelf is. Volgens de medewerker hebben we een bepaalde verantwoording naar elkaar toe en moeten we de ISD’ers op een andere manier te helpen dan hoe het op dit moment wordt gedaan. Eén van de medewerkers vindt de ISD maatregel een te zware straf. Sommige ISD'ers hebben een paar keer een blikje bier gepikt, en zitten vervolgens twee jaar vast. De psycholoog geeft aan wel te begrijpen waarom de maatregel is opgesteld, maar ze vindt wel dat er meer sprake moet zijn van behandeling bij deze doelgroep. Eén medewerker vindt dat het probleem moet worden gezocht bij de scholing, dat is de basis waar begonnen moet worden. Volgens hem begint de problematiek van de ISD’er al op de lagere/ middelbare school. De maatregel zelf vindt hij niet de oplossing. De meeste ISD'ers zijn verslaafd en hebben hun hele leven moeten vechten voor hun bestaan. Een andere medewerker vindt dat een ISD'er in een vicieuze cirkel leeft die onmogelijk te doorbreken is. De teamleider is van mening dat de meeste ISD'ers er wel wat van proberen te maken. Deze doelgroep is zeer gevoelig voor terugval volgens hem en niet iedere ISD'er is te veranderen. Een andere medewerker geeft de ISD'er het voordeel van de twijfel en vindt dat de voorwaarden van de ISD maatregel wat soepeler mogen zijn, ze zou gecontroleerd druggebruik bij deze doelgroep willen toestaan. De duur van twee jaar vindt ze te kort, hier bereik je niets mee volgens haar. De hoofdbehandelaar vindt dat de maatregel al lang genoeg is, volgens hem mag de periode van de PI wat korter, zodat de behandelperiode wat langer kan zijn.

Beide reclasseringsmedewerkers staan wel achter de maatregel. Eén van hen geeft aan dat je middels de maatregel iemand uit de vicieuze cirkel kan halen. De andere reclasseringsmedewerker geeft aan dat er volgens hem nog meer te halen valt uit deze maatregel. Het behandelen moet volgens hem veel beter zijn en eerder beginnen, eventueel al vanuit de PI.

Uit ons onderzoek valt op te maken dat de eerste insteek van de ISD maatregel inderdaad is om de maatschappij te ontlasten van deze doelgroep. Maar omdat er nu steeds meer bezig gehouden wordt met het behandelen van patiënten zou hier wel degelijk meer aan gedaan kunnen worden. De meeste geïnterviewden vinden, als je kijkt naar de behandelperiode, de tijd te kort om een goed resultaat te boeken. Of de maatregel moet langer duren of de detentie periode korter zodat ze langer op de FPA behandeld kunnen worden.

*5.9 Reclassering en de FPA*

In deze paragraaf zullen de volgende vragen worden beantwoord:

* Hoe verloopt het contact en voorbereiding van de reclasseringsmedewerker ten opzichte van de ISD’er?
* Op hoeveel kans op succes van het volbrengen van de behandeling kan je verwachten?

Uit het literatuur dat wij over de reclassering hebben gevonden hadden wij begrepen dat de reclassering vanaf de periode dat de ISD’er in de PI zit contact met hem heeft. Uit de interviews bleek dat dit niet het geval is. De reclassering komt pas in beeld als de ISD’er op zijn behandelsetting zit . Beide reclasseringsmedewerkers gaven aan dat hun taak tijdens het begeleiden van ISD’er een toezichthoudend karakter heeft. Ze zullen tijdens contactmomenten met de FPA geen uitspraken doen over hoe een behandeling in elkaar zit, maar stellen wel vragen over hoe de behandeling gaat. Uit ons literatuur onderzoek is ook naar voren gekomen dat de reclassering eens in de twee weken contact met de cliënt hoort te hebben. Uit de interviews blijkt dat dit niet altijd gebeurd. De ISD’ers zijn klinisch opgenomen, als de behandeling naar behoren verloopt en er veel sprake is van werkdruk kan het wel eens voorkomen dat een ISD-cliënt eens per drie weken een gesprek heeft. Beide reclasseringsmedewerkers geven aan dat hun caseload groot is en dat het misschien beter zou zijn als ze minder cliënten hadden zodat er meer contactmomenten konden plaatsvinden. Verder gaven beide reclasseringsmedewerkers aan dat ze de ISD’ers altijd bij de behandelplannen zien, die om de zes weken plaatsvinden. Dit was ook terug te vinden in de behandelplannen uit de dossiers. Zoals eerder aangegeven in het rapport ervaren de reclasseringsmedewerkers het contact met de FPA als prettig, als een cliënt de fout in gaat wordt het ook op tijd gemeld door de FPA. Beide reclasseringsmedewerkers gaven tijdens het interview aan dat hun primaire focus het behandelen blijft. Zij zetten zich in voor de behandeling van de ISD’er. Als een patiënt toch nog gebruikt zullen ze meestal trachten om hem in behandeling te houden. Volgens de reclasseringsmedewerkers geeft deFPA aan of de ISD’er in behandeling mag blijven of terug wordt gestuurd naar de PI. De reclasseringsmedewerkers geven aan dat ze meer bezig zijn met het zorgen dat de ISD’ers niet recidiveren, het aanmelden voor na zorg en af en toe contactmomenten om de behandelvoortgang te bespreken. Het eerder besproken laat dus zien dat niet alles wat in het boek “Delict als Maatstaaf”,dat trouwens door de reclassering zelf is geschreven, wel gebeurt. Door een grote caseload en het idee dat het toch al goed gaat met de ISD-cliënt , laten contactmomenten over een veel langere periode op zich wachten. Dit kan ervoor zorgen dat de zogenaamde “stok achter de deur”die door het contact met de reclassering bedoeld was, niet het zelfde effect meer heeft. Verder heeft qua behandeling de reclassering minimale input bij de FPA.

In het volgende hoofdstuk zullen we een conclusie trekken voortvloeiend uit de verkregen resultaten. Verder zullen we ook een aanbeveling doen aan de FPA over wat zij eventueel zouden moeten veranderen aan hun huidige behandeling en begeleiding van ISD’ers.

**Hoofdstuk 6: Conclusies en aanbevelingen**

*6.1 Introductie*

In dit hoofdstuk zullen we onze conclusies en aanbevelingen voor de FPA weergeven die voortvloeien uit het gehouden onderzoek. Rekeninghoudend met de randvoorwaarden zullen we een aanbeveling doen met duidelijke onderbouwing.

*6.2 Conclusies en aanbevelingen*

*“Op welke wijze kan de Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier haar behandeling en begeleiding gericht op stelselmatige daders optimaliseren omwille het aantal terugplaatsingen naar de Penitentiaire Inrichting doen verminderen?*”.

Deze vraag heeft centraal gestaan tijdens dit onderzoek. Het achterliggende doel was om te onderzoeken hoe de begeleiding en behandeling verliep, en te onderzoeken of er op dat gebied eventuele knelpunten naar voren kwamen.

Door middel van data analyse en het afnemen van verschillende interviews, hebben we antwoord gekregen op de hoofdvraag. Tijdens het onderzoek is ons opgevallen dat de FPA uit een goed samenwerkend team bestaat. Zowel het contact onderling als het contact met de reclassering wordt als goed ervaren. Dit is van belang bij het behandelen van patiënten en het is belangrijk dat het werk goed op elkaar wordt afgestemd. Overleg momenten zoals de behandelplannen, vinden als afgesproken om de zes weken plaats. Door middel van deze overleg momenten krijgt de reclasseringsmedewerker inzicht in de behandeling van de ISD’er.

Medewerkers zijn het niet altijd eens met alle regels van de behandeling maar ze houden zich er wel aan. De behandeling en begeleiding van ISD´ers verloopt niet helemaal soepel. Dit is ondermeer te zien aan de overgang van de Penitentiaire Inrichting naar de FPA. Uit interviews blijkt dat de voorbereiding binnen de Penitentiaire Inrichting minimaal is. ISD´ers kiezen voor de FPA met de gedachte dat ze daar meer vrijheden zullen hebben. In de praktijk blijkt dat dit anders verloopt. Dit brengt de motivatie van de ISD´ers in gevaar. Er wordt op de FPA verwacht dat er aan de voorwaarden wordt voldaan en bovendien dat zij meedoen aan de geboden programma’s.

Wij zijn van mening dat als een ISD’er klaar is voor behandeling op de FPA, er een medewerker van de FPA naar de Penitentiaire Inrichting moet gaan en daar voorlichting aan de patiënt geeft. Tijdens zo’n voorlichtingsbijeenkomst kan er informatie gegeven worden over wat de patiënt kan verwachten maar ook wat de FPA van hen verwacht. Op deze manier komen er waarschijnlijk patiënten met een hogere mate van motivatie op de FPA. Als dit teveel kosten met zich meebrengt zou de FPA eventueel kunnen kijken naar een intake gesprek dat op de FPA zelf plaatsvindt met een eventuele rondleiding voor de ISD’er en uitleg over de FPA.

Het voornaamste probleem die we zijn tegengekomen bij de ISD’ers die in behandeling zijn op de FPA is het druggebruik. De medewerkers en de behandelaren van de FPA geven aan dat de mate van expertise op dit gebied minimaal is. Er zou meer scholing plaats moeten vinden op het gebied van omgaan met verslavingsproblematiek. De FPA zou ook kunnen kijken naar de mogelijkheid om werknemers uit te wisselen met andere afdelingen binnen Palier, die wel kennis en ervaring hebben over het behandelen en/of omgaan met verslaving. Verder zal er ook moeten worden gekeken naar andere middelen om de ISD’er te helpen met zijn verslavingsproblemen. Door alleen een module te bieden waar er vaardigheden worden aangeleerd over hoe om te gaan met druggebruik, is niet voldoende om iemand abstinent van drugs te houden tijdens de opname op de FPA.

Verder zal er gekeken moeten worden naar de mogelijkheid om intensievere en meer diverse dagprogramma’s aan te bieden aan de ISD’ers. Een groot deel van de groep is,volgens de teamleider, geschikt voor unit 4A of 4C, de resocialisatie unit, wat ook betekent dat zij veel meer kunnen uitvoeren dan productiewerk op REAKT. Wat meer uitdaging biedt zodat er minder kans is op verveling. Wij zijn ook van mening dat de vrijheden van de ISD’er op de FPA inderdaad meer gefaseerd moeten plaats vinden. Niet meteen op unit 4A en dan halve uurtjes vrijheid geven, maar per ISD’er kijken wat hij/zij aan zou kunnen. De ISD’er moet leren omgaan met zijn vrijheden, door kleine stappen te nemen en deze te bespreken zal de overgang naar de maatschappij het meest soepel verlopen. Door steeds in gesprek te gaan met de patiënten, leren ze beter om te gaan met de vrijheden.

Wat de modules betreft moet er meer onderzoek worden gedaan. Het is nu niet duidelijk of de geboden modules wel het gewenste effect hebben. Als het blijkt dat deze modules niet het gewenste effect hebben, zal er uitgeweken moeten worden naar een andere invulling. Er zal meer onderzoek moeten gedaan worden naar, wat een ISD’er nodig heeft bij het omgaan met zijn behoefte aan drugs. In welke fase van de behandeling komt terugval het meeste voor? Kan de FPA iets aanpassen in de behandeling om de neiging om terug te vallen eerder aan te zien komen.

De maatregel wordt nog steeds gezien als ontlasting van de maatschappij, terwijl de insteek was de patiënten meer te behandelen, en op een juiste manier te laten herintegreren binnen de maatschappij. Ook al wordt er wel gekeken naar de nazorg trajecten, in de praktijk blijkt dit voor problemen te zorgen. Voor vervolg trajecten zijn vaak lange wachtlijsten. Ook heeft de ISD´er een stempel, waardoor hij niet altijd welkom is binnen andere instellingen.

Tijdens ons onderzoek liepen we tegen de volgende punten aan:

* In de literatuurstudie kwam naar voren dat de reclassering vanaf het voorbereidingstraject contact heeft met de ISD’er. Het is echter na het interviewen van de reclasseringsmedewerkers gebleken dat de reclassering pas in contact komt met de ISD’er na een toezicht aanvraag van justitie. Hierdoor konden we de vragen over de voorbereiding in de Penitentiaire Inrichting niet beantwoord krijgen.
* We waren van plan om bij Triple X te inventariseren hoe daar de behandeling en begeleiding verloopt van ISD’ers en of daar sprake was van minder terugplaatsing dan op de FPA en dit dan op te nemen in ons onderzoeksrapport als een mogelijk “best practise” programma. Omdat dit niet meer relevant bleek te zijn voor dit onderzoek willen wij adviseren om dit eventueel in de toekomst te onderzoeken.

Het blijft een complexe doelgroep die vaak tussen wal en schip valt, maar waar zeker meer energie in kan worden gestoken om te zorgen voor een beter behandelproces. Wij sluiten ons aan op wat de hoofdbehandelaar opmerkte tijdens zijn interview:

*“ Motivatie is de kern van ons beroep. Als medewerker of behandelaar dien je de patiënt altijd te blijven motiveren.”*

De ISD doelgroep is geen makkelijke doelgroep en laat zich ook niet makkelijk behandelen. Zoals eerder aangegeven zien de ISD’ers vaak niet in dat ze een probleem hebben. Als hulpverlener dien je elke dag weer in gesprek te gaan met deze doelgroep en hen proberen te motiveren voor behandeling. Wij zijn van mening dat totale abstinentie niet haalbaar is bij deze doelgroep. Het is aan justitie om deze voorwaarden aan te passen. We zijn van mening dat deze doelgroep veel beter te behandelen zou zijn als de patiënten onder een gecontroleerde setting behandeld kan worden. Als iemand niet uit zichzelf wil stoppen met drugs, dan gaat dit onder dwang ook niet lukken. Op het moment dat de patiënt weer buiten komt, is er geen sprake van controle van de afdeling. Zonder dit steuntje in de rug is er meer kans dat de patiënt terugvalt in het oude patroon. Wat betekent dat de ISD’er waarschijnlijk terug zal vallen in het gebruiken van drugs. Wij zijn van mening dat het niet reëel is om van een chronisch druggebruiker te verwachten dat de hij/zij na de behandeling een drugsvrij leven zal lijden. Maar wij zijn ons er wel van bewust dat elke patiënt individueel bekeken moet worden, op deze manier zal iedere patiënt “zorg op maat” kunnen krijgen.

**Literatuurlijst**

**Onderzoeken**

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2010). *Gevangeniswezen in getal 2005-2009*.

Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. (2010). *Jaarverslag 2009 Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie.*

Goderie, M., Lünnemann, K. (2008). *De maatregel inrichting voor stelselmatige daders.* Procesevaluatie.

Wetenschappelijke Onderzoek en Documentatiecentrum. (2009) *De inrichting Stelselmatige Daders*. Jaargang 35. nr2.

**Artikels**

Janssen, J.A.h.m. 2008. Meer ruimte voor dwang- en drangbehandeling in het strafrecht? jaargang 63 nr 7-8, p. 595-604.

**Boeken**

Bervoets, P., Blankman, H. 2002. *Omgaan met Verslaving: een vaardigheidstrainingmodule voor patiënten met dubbele diagnose*.

Garant Uitgever. Leuven-Apeldoorn.

Dam, A van., Tilburg, C van., Steenkist, P. & Buisman, M. (2009). *Niet meer door het lint*.

Bohn Stafleu van Loghum. Houten.

GGZ Reclassering. (2007). *Hart en Recht 2*. Drukkerij van Deventer bv. ‘s Gravezande

Land, H van 't., Schoemaker, C. en Ruiter, C de. (2008). Trimbos zakboek psychische stoornissen. Bohn Stafleu van Loghum. Utrecht.

Menger, A., Krechtig, L. (2006). *Het delict als maatstaf.*

SWP. Amsterdam

Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*.

SWP. Amsterdam

Roberst, L., Shaner, A. en Eckman, Th. (2005). *Omgaan met verslaving*. RINO groep Centrum Opleidingen Langdurige & Complexe zorg.

Tsuang, M, T. en Faraone, S,V. (2005*). Schizofrenie*.

Bohn Stafleu van Loghum.

**Protocollen**

Forensische Psychiatrische Afdeling. (2007). Toepassing ISD op de FPA.

Duin van, D., Boerema, I., Hofstra, K. en Henkelman, L. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie.*

**Folder**

Forensische en Intensieve zorg. (2004). FPA Parnassia, “zorgvuldig oversteken”.

**Websites**

* Commissie van Toezicht (z.j.) *ISD-maatregel*. Geraadpleegd op 10 februari 2011. http://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/ISD/isd-maatregel/.
* Groenlinks (2011) *Standpunten*. Geraadpleegd op 18 februari 2011. http://standpunten.groenlinks.nl/Gevangenisstraf.
* Ikgebruik(2011) ISD schiet tekort. Geraadpleegd op 27 maart 2011. http://nutzz.nl/?p=903.
* Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond (2009) De HoNOS in Nederlandse bewerking. http://www.o3-onderzoekcentrumggz.nl/honosnl/.
* Openbare Ministerie (z.j.) *Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (ISD)*. Geraadpleegd op 4 februari 2011, http://www.om.nl/onderwerpen/veelplegers/maatregel\_inrichting/.
* PVV (2011) *Verkiezingsprogramma PVV*. Geraadpleegd op 18 februari 2011. http://www.pvv.nl/images/stories/Webversie\_VerkiezingsProgrammaPVV.pdf.
* RINO Groep(z.j.) *Training Libermanmodule*. Geraadpleegd op 18 februari 2011. http://www.rinogroep.nl/opleiding/1866/training\_liberman\_module\_4\_omgaan\_met\_verslaving.html.
* Socialistische Partij (2010) *Standpunten.* Geraadpleegd op 18 februari 2011. http://www.sp.nl/standpunten/cd\_268/standpunt\_over\_veelplegers.html.
* Trimbos instituut (2011) *Update multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (MDR*). Geraadpleegd op 3 maart 2011. http://www.trimbos.nl/projecten-en-onderzoek/projecten/71/8/71-811-update-multidisciplinaire-richtlijn-schizofrenie-mdr.
* Brijder (2010) *Het Filiaal*. Geraadpleegd op 27 maart 2011. http://www.brijder.nl/files/901502/V885\_Fldr\_schoon.pdf.

**Bijlage interviewvragen**

**Interview vragen psycholoog**

Datum

Naam

Functie

Hoelang ben je al werkzaam bij de FPA

Wat is een FPA

Wat is het doel van de FPA

De missie van de FPA is zorgvuldig oversteken. Hoe wordt ervoor gezorgd dat dit ook gebeurd.

Hoe wordt er omgegaan met patiënten op de FPA

Sinds wanneer worden ISD’ers ook opgenomen op de FPA

Wat voor doel heeft het opnemen van ISD’ers op de FPA

Hoeveel ISD patiënten heb je begeleid?

Wat wil men bereiken met de ISD patiënten?

Op het Parnassia terrein zwermt het van drugdealers en druggebruikers is dit wel een ideale plek om verslaafden te behandelen?

Hoe wordt omgegaan met druggebruik in de FPA?

Wordt er onderscheid gemaakt tussen harddrugs gebruik en softdruggebruik?

Hoe worden de ISD patiënt opgevangen nadat hij een uitglijer heeft gehad?

Jullie geven een aantal modules op de FPA. Waarom heeft men voor deze modules gekozen?

Hoe wordt gekozen wie in aanmerking komt om deze modules te volgen?

Sluiten deze modules aan op de behandeling die deze doelgroep nodig heeft?

Wat wil men bereiken met het geven van de module omgaan met verslaving?

Wat wil men bereiken met het impuls module?

Op hoeveel succes mag men hopen bij de patiënten die de modules volgen?

In welke stadium/ fase van de prochanska en diclemente stadiums van veranderingen vindt er normaal terugval plaats bij de ISD’ers

Om behandeld te kunnen worden moet er ook sprake zijn van wat motivatie bij de patiënt. Merk je bij de ISD’ers dat ze gemotiveerd zijn? (waaraan zie je dit)

Op het moment zijn jullie nog bezig met het herstructureren van de indelingen van de units? Wat precies het nut zal zijn van unit 4A (resocialisatie). Zou een unit dat meer gefocust is op het monitoren/ afkicken van drugs meer zin hebben?

Als een ISD’er zich niet aan de voorwaardes van zijn maatregel heeft gehouden wordt er meteen contact opgenomen met zijn reclassering?

Om de hoeveel tijd neemt de behandelaar contact op met de reclassering van de ISD’er om de behandeldoelen en de behandeling van de ISD’er door te nemen?

Merk je enig verschil tussen de patiënten met een ISD maatregel en de patiënten met een andere strafrechtelijke artikel?

Heeft het terug sturen van een ISD’er naar de gevangenis consequenties voor de FPA (teamleider, hoofdbehandelaar)

Vind je dat de ISd’ers op hun plek zitten op de FPA

Zou de FPA iets kunnen doen zodat er minder ISD’ers terug moeten worden gestuurd naar de PI

Wat is je mening over de ISD maatregel

**Teamleider**

Datum

Naam

Functie

Hoelang ben je al werkzaam bij de FPA

Wat is een FPA

Wat is het doel van de FPA

De missie van de FPA is zorgvuldig oversteken. Hoe wordt ervoor gezorgd dat dit ook gebeurd.

Hoe wordt er omgegaan met patiënten op de FPA

Sinds wanneer worden ISD’rs ook opgenomen op de FPA

De indicatie om op de fpa geplaatst te worden is een strafrechtelijke titel en een psychiatrische stoornis. Van de 10 ISD’rs die in 2010 waren opgenomen had er maar een paar een psychiatrische stoornis op AS I. De rest had middelen misbruik als diagnose. Wat was de reden om ze toch op te nemen

Een van de meest voorkomende voorwaarde die een ISD’r met zijn reclassering en justitie afspreekt is het niet gebruiken van drugs. Wat voor middelen/ hulpverlening

 worden de ISD’r aangeboden om juist geen drugs te gaan gebruiken.

Hoe wordt omgegaan met druggebruik in de FPA

Wordt er onderscheid gemaakt tussen harddrugs gebruik en softdruggebruik

Hoe worden de ISD patiënt opgevangen nadat hij een uitglijer heeft gehad.

Bij een aantal ISD patiënten was het krijgen van een uitkering een manier om drugs te kopen. Is er geen manier voor de FPA om meer beheer te krijgen over de uitkering?

Op het moment zijn jullie nog bezig met het herstructureren van de indelingen van de units? Wat precies het nut zal zijn van unit 4A (resocialisatie). Zou een unit dat meer gefocust is op het monitoren/ afkicken van drugs meer zin hebben?

Heeft het terug sturen van een ISD’r naar de gevangenis consequenties voor de FPA

Merk je enig verschil tussen de patiënten met een ISD maatregel en de patiënten met een andere strafrechtelijke artikel?

Vind je dat de ISd’ers op hun plek zitten op de FPA

Zou de FPA iets kunnen doen zodat er minder ISD’ers terug moeten worden gestuurd naar de PI

Wat is je mening over de ISD maatregel

**Medewerkers**

Datum

Naam

Functie

Hoelang ben je al werkzaam bij de FPA

Wat is een FPA

Wat is het doel van de FPA

De missie van de FPA is zorgvuldig oversteken. Hoe wordt ervoor gezorgd dat dit ook gebeurd.

Hoe wordt er omgegaan met patiënten op de FPA

Van hoeveel ISD patiënten was je persoonlijk begeleider?

Wat wil men bereiken met de ISD patiënten?

Wat is je algemene beeld van de ISD patiënt?

Hoe hebben je ISD patiënten de verschillende modules ervaren?

Hoe wordt omgegaan met druggebruik in de FPA?

Wordt er onderscheid gemaakt tussen harddrugs gebruik en softdruggebruik

Hoe wordt de ISD patiënt opgevangen nadat hij een uitglijer heeft gehad?

Als een ISD’er zich niet aan de voorwaardes van zijn maatregel heeft gehouden wordt er meteen contact opgenomen met zijn reclassering?

Om de hoeveel tijd neemt jij als persoonlijke begeleider contact op met de reclassering om de behandeldoelen en de behandeling van de ISD’er door te nemen?

Merk je enig verschil tussen de patiënten met een ISD maatregel en de patiënten met een andere strafrechtelijke artikel?

Op het moment is de FPA nog bezig met het herstructureren van de indelingen van de units? Zou een unit dat meer gefocust is op het monitoren/ afkicken van drugs meer zin hebben?

Vind je dat de ISd’ers op hun plek zitten op de FPA

Zou de FPA iets kunnen doen zodat er minder ISD’ers terug moeten worden gestuurd naar de PI

Wat is je mening over de ISD maatregel

**Hoofdbehandelaar**

Datum

Naam

Functie

Hoelang ben je al werkzaam bij de FPA

Wat is een FPA

Wat is het doel van de FPA

De missie van de FPA is zorgvuldig oversteken. Hoe wordt ervoor gezorgd dat dit ook gebeurd.

Hoe wordt er omgegaan met patiënten op de FPA

Bij een aantal ISD patiënten was het krijgen van een uitkering een manier om drugs te kopen. Zou het druggebruik van ISD patiënten wat uitmaken als de FPA wat zeggenschap zou hebben over de uitkering van de patiënt?

De indicatie om op de fpa geplaatst te worden is een strafrechtelijke titel en een psychiatrische stoornis. Van de 10 ISD’rs die in 2010 waren opgenomen had er maar een paar een psychiatrische stoornis op AS I. De rest had middelen misbruik als diagnose. Wat was de reden om ze toch op te nemen

Een van de meest voorkomende voorwaarde die een ISD’r met zijn reclassering en justitie afspreekt is het niet gebruiken van drugs. Wat voor middelen/ hulpverlening

 worden de ISD’r aangeboden om juist geen drugs te gaan gebruiken.

Jullie geven een aantal modules op de FPA. Waarom heeft men voor deze modules gekozen?

Sluiten deze modules aan op de behandeling die deze doelgroep nodig heeft?

Wat wil men bereiken met het geven van de module omgaan met verslaving?

Wat wil men bereiken met het impuls module?

Op hoeveel succes mag men hopen bij de patiënten die de modules volgen?

Op het moment zijn jullie nog bezig met het herstructureren van de indelingen van de units? Zou een unit dat meer gefocust is op het monitoren/ afkicken van drugs meer zin hebben?

**Reclasseringsmedewerker**

Datum

Naam

Functie

Hoelang ben je al werkzaam als reclasseringsmedewerker?

Hoeveel ISD cliënten begeleid je op het moment?

Om de hoeveel tijd dien je een ISD cliënt te hebben gezien en gesproken?

Voordat een ISD’er op de FPA wordt geplaatst krijgt hij/ zij ook uitleg over wat de FPA nou precies is en wat men van hem zal verwachten op de FPA?

Wordt de behandelaar van de ISD client ook geregeld gesproken?

Heb je als reclassering vaak gesprekken met de ISD’er over de consequenties van het niet voldoen aan de afgesproken voorwaardes?

Een van de meest voorkomende voorwaarde die een ISD’er met zijn reclassering en justitie afspreekt is het niet gebruiken van drugs. Wat voor middelen/ hulpverlening

 worden de ISD’r aangeboden om juist geen drugs te gaan gebruiken?

Hoeveel keren mag een ISD’er een uitglijer hebben voordat hij terug wordt gestuurd naar de PI?

Op het Parnassia terrein zwermt het van drugdealers en druggebruikers is dit wel een ideale plek om verslaafden te behandelen?

 **Adviesrapport**

**Titelpagina**

Naam studenten: Verda Betrian en Moniek van Dijk

Adres: Waldeck Pyrmont kade 36

 Meerburgerkade 7A

Plaats: ‘s-Gravenhage en Leiden

Mobiel: 06-34193710/ 06-54927875

E-mail: verdabetrian@hotmail.com/ mvandijk84@gmail.com

Studentennummer: 08067775/ 10097104

Titel van het rapport: De kronieken van behandeling en begeleiding

School: De Haagse Hogeschool

Adres: Johanna Westerdijkplein 75

Plaats: ’s-Gravenhage

Naam begeleider: Britt Fontaine

Telefoon: 070-4458583

E-mail: B.J.M.Fontaine@hhs.nl

Instelling onderzoek: De Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier

Adres: Nico Broekhuysenlaan 45

Plaats: ’s-Gravenhage

Naam begeleider: Taco Coenders

Telefoon: 070-3916545

E-mail: T.Coenders@palier.nl

onderzoeksperiode: januari 2011 tot en met april 2011

**Inhoudsopgave**

**Inleiding**  3

**Samenvatting** 4

**Hoofdstuk 1 Resultaten en Aanbevelingen** 5

 1.1 Introductie 5

 1.2 Resultaten 5

 1.3 Aanbevelingen 7

Literatuurlijst 10

Bijlagen 11

Bijlage 1 Relevantie en Opzet van het onderzoek 11

1.1 Introductie 11

1.2 Aanleiding onderzoek 11

1.3 Doel van het onderzoek en de vraagstelling 11

*1.3.1* *Onderzoeksvragen* 11

1.4 Relevantie van het onderzoek 12

1.5 Hypothese 12

1.6 Onderzoeksontwerp en Onderzoeksmethode 13

*1.6.1 Data bronnen* 13

*1.6.2 Populatie en selectie* 14

*1.6.3* *Betrouwbaarheid en Geldigheid* 15

**Inleiding**

De Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA) van Palier heeft ons benaderd om een onderzoek te doen naar de behandeling en werkwijze met betrekking tot de “Inrichting Stelselmatige Daders (ISD)”. Voortvloeiend uit het onderzoek is dit adviesrapport tot stand gekomen. Dit adviesrapport is met name opgesteld voor de heer T. Coenders (teamleider), omdat hij de opdrachtgever vertegenwoordigt, en het afdelingsmanagement team, die door het afdelingshoofd bedrijfsvoering (de heer A. Terpstra) en het afdelingshoofd zorg (de heer B. van der Hoorn) wordt gevormd. In dit rapport is te lezen wat de resultaten zijn van het gehouden onderzoek en welke aanbevelingen we de FPA aan willen bieden. Als u meer informatie wil hebben van het daadwerkelijke onderzoek verwijzen we u naar het onderzoeksrapport. Voor de onderzoeksopzet kunt u de bijlagen raadplegen.

**Samenvatting**

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat het voornaamste probleem tijdens de begeleiding en behandeling van ISD'ers op de FPA het druggebruik is. De ISD'ers komen tijdens de behandeling nog steeds in verleiding tot het gebruiken van drugs. Daarnaast beschikt het personeel van de FPA over onvoldoende kennis en ervaring in het omgaan met druggebruik van patiënten. Ons advies is om te inventarisen naar de mogelijkheden om de kennis van het team over druggebruik te vergroten.

Andere knelpunten die we zijn tegengekomen tijdens het onderzoek was het niet soepel verlopen van de overgang van de Penitentiaire Inrichting naar de FPA. Daarnaast loopt het toekennen van vrijheden niet gefaseerd zoals ze bedoeld zijn. Het hebben van een uitdagend dagprogramma ontbreekt ook op de FPA. Verder is het gebleken dat vooral de module "Omgaan met verslaving" niet toegespitst is op de doelgroep ISD en het niet getoetst is op de effectiviteit ten aanzien van de doelgroep.

Concluderend hieruit adviseren wij dat er meer informatie over de FPA moet worden gegeven in de Penitentiaire Inrichting vóór dat de overplaatsing plaatsvindt, vrijheden meer gefaseerd toepassen, het aanbieden van gevarieerde en uitdagende activiteiten en toetsen naar effectiviteit van de module “omgaan met verslaving”.

**Hoofdstuk 1: Resultaten en aanbeveling**

1.1 Introductie

Van de negen ISD’ers die in 2009 waren opgenomen op de FPA hebben er zeven de voorwaarden overtreden. Van die zeven zijn er zes vanwege het overtreden van de voorwaarden teruggeplaatst naar de Penitentiaire Inrichting door een ontheffing van begeleidingsverplichting van de reclassering. Eén heeft een extra kans gekregen en mocht op de FPA blijven. Van de tien ISD’ers die er in 2010 waren opgenomen op de FPA, hebben er zeven drugs gebruikt. Uit die zeven patiënten heeft één zich aan de behandeling onttrokken, één is doorgestuurd naar de afdeling Duurzaam Verblijf (richt zich op langdurig verslaafden), en vier zijn terug gestuurd naar de Penitentiaire Inrichting door een ontheffing van begeleidingsverplichting van de reclassering. De overgebleven patiënt heeft na overleg met de behandelaar en reclasseringsmedewerker een tweede kans gekregen.

Het doel van ons onderzoek was om de knelpunten binnen de huidige behandeling van ISD’ers op de FPA te onderzoeken. Een adviesrapport opstellen over deze knelpunten binnen de behandeling, een advies geven over wat er eventueel veranderd moet worden aan deze behandeling en kijken of er verder onderzoek moet worden gedaan, zodat de behandeling beter kan verlopen.

Uit deze doelstelling hebben we de volgende vraagstelling afgeleid:“*Op welke wijze kan de Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier haar behandeling en begeleiding gericht op stelselmatige daders optimaliseren om het aantal terugplaatsingen naar de Penitentiaire Inrichting te doen verminderen?*”.

1.2 Resultaten

Uit ons onderzoek is naar voren gekomen dat verschillende processen van de behandeling en begeleiding van ISD'ers wel goed verlopen. Het is ons opgevallen dat de medewerkers heel consequent de regels volgen. Ze zijn het niet altijd eens met de regels maar ze houden zich er aan. Een andere plus- punt dat uit ons onderzoek naar voren is gekomen, is dat de medewerkers het aanbieden van een bepaalde regelmaat en structuur van belang vinden bij patiënten met een ISD maatregel en ook hun best doen om dit de patiënten aan te kunnen bieden. Wat betreft het contact en samenwerking met de reclassering, wordt door zowel de medewerkers van de FPA als door de reclassering als positief ervaren. Behandelplannen worden bijgehouden en vinden om de zes weken plaatst. Verder worden de ROM testen ook bijgehouden en verwerkt.

Naast de pluspunten in de behandeling en begeleiding van ISD’ers op de FPA zijn we ook knelpunten tegengekomen. Het voornaamste probleem is het druggebruik. Zoals aangegeven in de introductie worden de ISD’ers voornamelijk teruggestuurd naar de Penitentiaire Inrichting omdat ze drugs hebben gebruikt. Eén van de contra-indicaties voor opname op de FPA is verslaving. Toch worden er patiënten opgenomen die een verslaving hebben. De voornaamste reden die hiervoor wordt gegeven is dat er meestal een vermoeden is van een psychiatrisch achterliggende stoornis. Tijdens de opname op de FPA wordt er van de ISD’er verwacht dat hij/zij helemaal geen drugs gebruikt terwijl er geen middelen, vaardigheden en plek wordt gegeven om van de drugs af te blijven. Ook al hanteert de FPA geen gedoogbeleid, toch komt druggebruik wekelijks voor op de afdeling.
Voor iemand die een verslaving heeft en anderen om hem heen ziet gebruiken is het heel moeilijk om zelf van de drugs af te blijven. Als instelling kan je wel zeggen dat de ISD’er bepaalde voorwaarden heeft die verbonden zijn aan de maatregel en dat de ISD’er zelf verantwoordelijk is, maar de persoon is hoe dan ook verslaafd. Weerstand bieden aan drugs vergt de nodige discipline, inzicht en mentale kracht welke deze doelgroep in onze ogen totaal niet heeft. Zoals de hoofdbehandelaar opmerkte, is psychiatrie tegenwoordig moeilijker te scheiden van verslavingsproblematiek. Er zal een balans moeten worden gevonden tussen behandeling van het psychiatrisch probleem en behandeling van het verslavingsprobleem.

Tijdens het onderzoek is ook gebleken dat de FPA de nodige expertise over verslavingsproblematiek mist. Personeel en behandelaren zijn niet geschoold in het omgaan en behandelen van verslavingsproblematiek.

Naast het druggebruik zijn we ook andere behandel en begeleiding knelpunten tegengekomen, namelijk:

* De overgang vanuit de PI naar de FPA verloopt nu niet helemaal soepel. De voorbereiding van de ISD’ers voor een opname op de FPA gebeurt volgens de geïnterviewde nog niet op de juiste manier. Een verbetering ten aanzien van de voorbereiding van overgang van PI naar de FPA is wenselijk. Op deze manier weet de patiënt wat er verwacht wordt en ook wat de patiënt van de FPA kan verwachten.
* Sommige ISD’ers worden opgenomen op de FPA en krijgen in plaats van gefaseerde vrijheden direct 3 X 30 minuten, waardoor er weinig ruimte overblijft om de patiënt te observeren tijdens de opgenomen vrijheden. Als de vrijheden beter toegepast worden, heeft het personeel een beter beeld van hoe de patiënt om zou kunnen gaan met die vrijheden.
* Hoewel het hebben van een dagprogramma met duidelijke structuur, regelmaat en wat uitdaging hierin als een belangrijk aspect wordt gezien voor de doelgroep ISD’ers, is het echter gebleken dat de medewerkers niet verder kijken dan werken bij de productie of werken bij Klein Westland. Terwijl er wel een mogelijkheid bestaat tot meer uitdaging en afwisseling in het programma van een ISD’er. Bijvoorbeeld aanmelden bij het Filiaal.
* De module "Omgaan met verslaving" die aan de ISD'er wordt gegeven is niet "evidenced based" verklaard door het Trimbos instituut. Verder is het een punt dat niet alle ISD’ers die op de FPA zijn opgenomen de stoornis schizofrenie hebben, terwijl de modules die er worden gegeven, ontworpen zijn voor patiënten die deze stoornis hebben.
* Er wordt niet tijdig gestart met het regelen van de nazorg. Door lange wachtlijsten en door het feit dat de patiënt een ISD maatregel heeft, is het regelen van een passend nazorg traject moeilijk te realiseren.

1.3 Aanbevelingen

 Zoals aangegeven in de vorige paragraaf, staat verslaving meestal op de voorgrond bij de ISD´ers, echter mist de FPA de nodige expertise op dit gebied. Wij adviseren de FPA om te kijken naar de mogelijkheid om meer scholing te bieden op het gebied van omgaan met verslavingsproblematiek. Nu het met de economie minder gaat en er in de zorg moet worden bezuinigd, is het niet altijd mogelijk om scholing te bieden aan de werknemers en behandelaren. Ons voorstel is om te inventariseren naar de mogelijkheden om binnen Palier een uitwisselingsprogramma op te stellen onder verschillende afdelingen. We bedoelen met name de afdelingen die meer gericht zijn op het behandelen van drugverslaving, bijvoorbeeld het Centrum Dubbele Problematiek en de afdeling Entrada van Triple X. Verder is het budgettair misschien ook mogelijk om te kijken naar de mogelijkheden om binnen de Parnassia Bavo Groep uitwisselingen te doen met andere afdelingen. Ook zal er moeten worden gekeken naar andere middelen om de ISD’er te helpen met het verslavingsprobleem. Door alleen een module te bieden waar je vaardigheden leert over hoe om te gaan met druggebruik is niet voldoende om iemand van de drugs af te houden.
Om te zorgen voor een soepele overgang vanuit de PI naar de FPA zijn wij van mening dat er vanaf aanmelding van een ISD’er voor behandeling op de FPA, de FPA langs moet gaan bij de PI om uitleg te geven over wat voor instelling de FPA is en wat ze verwachten van de ISD’er. Dit kan ervoor zorgen dat de FPA ISD’ers krijgen die wat gemotiveerder zijn, omdat ze dan weten wat men van hen verwacht. Kijkend naar de werkdruk van de FPA kunnen we ons voorstellen dat het misschien niet mogelijk zal zijn om dit te realiseren.

Wij adviseren om dan te kijken naar de mogelijkheid om de ISD'er die is aangemeld eventueel een intake gesprek te bieden op de FPA, zodat de ISD’er zich een beeld kan vormen over wat hem te wachten staat tijdens de behandeling op de FPA.

Wij zijn ook van mening dat de vrijheden van de ISD’er op de FPA meer gefaseerd moeten plaats vinden en niet meteen op unit 4A en dan half uurtjes geven. De ISD’er moet leren omgaan met de vrijheden. Door middel van kleine stappen zal de overgang naar vrijheid soepeler verlopen. De patiënt kan op deze manier ook goed worden ingeschat met het oog op recidive risico.

Verder zal er gekeken moeten worden naar de mogelijkheid om een intensiever en meer divers dagprogramma te kunnen bieden aan de ISD’er. Een groot deel van de groep is, zoals de teamleider vertelde, geschikt voor unit 4A of 4C de resocialisatie unit. Wat ook betekent dat ze veel meer kunnen uitvoeren dan productiewerk op REAKT en meer uitdaging zal bieden, zodat er minder kans is op verveling. De mogelijkheid om patiënten aan te melden bij het Filiaal is er en ons advies aan de FPA is om de medewerkers op de hoogte te brengen over deze mogelijkheid en hen te stimuleren in het aanmelden van de patiënten. Eventueel tijdens en in het behandelplan in plaats van alleen aan te geven dat de persoon aangemeld moet worden voor een dagbestedingprogramma, direct te overleggen over wat voor dagbesteding hij/zij aangemeld kan/moet worden.

Wat de modules betreft zal er meer onderzoek moeten worden gedaan naar het effect van de module op de patiënten op de FPA, onder andere het effect bij de ISD’ers die de module “Omgaan met verslaving" volgen of hebben gevolgd. Er zal getoetst moeten worden of de module daadwerkelijk effect heeft, anders heeft deze module geen toegevoegde waarde. Of er zal gekeken moeten worden naar een beter passende module voor deze doelgroep. Er zal meer onderzoek gedaan moeten worden naar waar het mis gaat en wat er aan vooraf gaat dat de ISD’er toch besluit om te gaan gebruiken. In welke fase van behandeling dit meestal gebeurt, en hoe men zou kunnen voorkomen dat dit gebeurt. Verder zal er gekeken moeten worden of het niet zinvoller is om voor de behandeling van de ISD’er de Multidisciplinaire richtlijn dubbele problematiek te gebruiken.

De maatregel wordt nog steeds gezien als ontlasting van de maatschappij, terwijl de intentie was om de patiënten meer te behandelen en op een juiste manier te laten herintegreren in de maatschappij. Ook al wordt er gekeken naar de nazorg trajecten, in de praktijk blijkt dit voor problemen te zorgen. Voor vervolg trajecten zijn vaak lange wachtlijsten. Het advies is om direct bij de opname te beginnen met kijken naar mogelijke nazorg trajecten en vroeg beginnen met aanmelden voor het traject. Eventueel kijken naar de mogelijkheid om de patiënt aan te melden voor meerdere trajecten, zodat er altijd de mogelijkheid is om te veranderen.

Het blijft een complexe doelgroep die vaak tussen wal en schip valt, maar waar zeker meer energie in gestoken kan worden om te zorgen voor een beter behandelproces. Wij sluiten ons aan op wat de hoofdbehandelaar opmerkte tijdens zijn interview: *“ Motivatie is de kern van ons beroep. Als medewerker of behandelaar dien je de patiënt altijd te blijven motiveren.”*

**Literatuurlijst**

**Onderzoeken**

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2010). *Gevangeniswezen in getal 2005-2009*.

Goderie, M., Lünnemann, K. (2008). *De maatregel inrichting voor stelselmatige daders.* Procesevaluatie.

**Bijlage 1:**  **Relevantie en Opzet van het onderzoek**

*1.1 Introductie*

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat er toe heeft geleid om dit onderzoek te willen doen. Het doel van het onderzoek en de vraagstelling behandelen wij ook in dit hoofdstuk. Verder zullen we toelichten welke onderzoeksmethode we hebben gebruikt.

*1.2 Aanleiding onderzoek*

Uit jaarlijkse cijfers afkomstig van de FPA is gebleken dat ondanks het volgen van verschillende modules gericht op het stoppen met drugs, de behandeling van de ISD’ers niet het gewenste effect van onthouding van druggebruik had, ondanks de inzet van de Forensisch Psychiatrische Afdeling. Dit leidt dan meestal tot terugplaatsing naar de Penitentiaire Inrichting.

Door te analyseren en te onderzoeken waar de knelpunten zitten in de huidige situatie en te achterhalen wat de gewenste situatie is, zal dit onderzoek kunnen leiden tot een innovatieve verbetering.

*1.3 Doel van het onderzoek en de vraagstelling*

Het doel van het onderzoek luidt:

De knelpunten onderzoeken binnen de huidige behandeling van ISD’ers op de FPA. Een adviesrapport opstellen over deze knelpunten binnen de behandeling en wat er eventueel veranderd moet worden en of er verder onderzoek moet worden gedaan, zodat de behandeling beter kan verlopen.

Uit deze doelstelling hebben we de volgende vraagstelling afgeleid:“*Op welke wijze kan de Forensisch Psychiatrische Afdeling van Palier haar behandeling en begeleiding gericht op stelselmatige daders optimaliseren om het aantal terugplaatsingen naar de Penitentiaire Inrichting te doen verminderen?*”.

*1.3.1 Onderzoeksvragen*

 Hoe verloopt de begeleiding en behandeling van ISD'ers op de FPA op dit moment?

 In hoeverre sluit deze behandeling en begeleiding aan op de doelgroep ISD?

 Wordt er rekening gehouden met de contra-indicaties voor een plaatsing op de FPA?

 In welk stadium van verandering van “het Prochaska en DiClemente wiel” vindt er meestal terugval bij de ISD patiënten plaats?

 In welke fase van de behandeling zijn de meeste terug plaatsingen naar de Penitentiaire Inrichting?

 Hoe verloopt het contact en voorbereiding van de reclasseringsmedewerker ten opzichte van de ISD’er?

 Welke knel punten zitten er in de behandeling van de ISD'er op de FPA?

 Op welke wijze dienen die aanpassingen in de behandeling toegepast te worden?

Hoeveel kans op succes van het volbrengen van de behandeling kan je verwachten?

 Wat zijn de consequenties voor de FPA als deze aanpassingen worden toegepast?

*1.4. Relevantie van het onderzoek*In een brief van de staatssecretaris aangehaald, in het onderzoek van de onderzoekers Goderie en Lünnemann naar “De maatregel Inrichting voor Stelselmatige Daders” staat dat het algemene aanbod van trainingen en interventies te beperkt zijn en niet genoeg toegesneden zijn op de ISD doelgroep. De ISD’er blijft zijn tijd uit zitten in een cel van de Penitentiaire Inrichting zonder de nodige zorg te krijgen. Dit heeft als gevolg dat het aanpakken van de kernproblematiek bij deze doelgroep achterwege blijft. Dit is het sterkst bij de ISD’ers die een psychiatrische stoornis hebben en verslaafd zijn. In het onderzoek komt naar voren dat er bij ongeveer 70% van de onderzochte ISD mannen sprake was van een psychiatrische stoornis (2008). Cijfers afkomstig uit het Gevangeniswezen van 2007 over ISD’ers die een behandelingstraject buiten (bij bijvoorbeeld de FPA) de Penitentiaire Inrichting hebben gevolgd, laten zien dat een kleinere groep recidiveert (52%) na één à twee jaar, vergeleken met de ISD’ers die in de PI verbleven (66%) (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2010).

Uit bovenstaande informatie concluderen wij dat de kans groter is voor de ISD’er om te recidiveren na het vroegtijdig beëindigen van het behandelingstraject op de FPA. Als de ISD’er terug gestuurd wordt naar de Penitentiaire Inrichting, omdat hij zich niet aan de justitie en reclassering gestelde voorwaarden heeft gehouden, dan zal er na twee jaar bij het beëindigen van de ISD maatregel, een ex-gedetineerde zijn die niet of nauwelijks adequate zorg heeft gekregen.

*1.5 Hypothese*Waar zou het aan kunnen liggen dat er structureel ISD’ers terug gestuurd worden naar de Penitentiaire Inrichting? Is het de behandeling die wellicht niet goed aansluit op de doelgroep? Is het de begeleiding die te wensen over laat? Is de FPA zelf niet voldoende voorbereid op de behandeling van ISD’ers? Is de oorzaak dat er geen rekening wordt gehouden met de contra-indicaties? Is het behandelen van een ISD’er met verslaving als hoofddiagnose niet geschikt voor de FPA? Of is het toch het gebrek aan motivatie bij de ISD’er zelf? Uit een gesprek met onze begeleider van de opdracht gevende instelling blijkt dat hij van mening is dat de ISD’ers zelf verantwoordelijk zijn voor de terugplaatsing naar de Penitentiaire Inrichting. Volgens hem is de oorzaak de verleiding en het gemakkelijk verkrijgen van drugs. Als de ISD’ers eenmaal vrijheden hebben, mogen ze zonder begeleiding over het terrein van Parnassia wandelen, hier worden de ISD’ers overspoeld met verleidingen. Wij kiezen er voor om te kijken naar hoe de behandeling en begeleiding van ISD’ers verloopt.

*1.6 Onderzoeksontwerp en Onderzoeksmethode*Wij hebben ervoor gekozen om een kwalitatief onderzoek te doen. We hebben in een natuurlijke setting ons onderzoek uitgevoerd, namelijk op de FPA zelf. De data verzamelingtechnieken die we in ons onderzoek hebben gebruikt zijn interviews en inhoudsanalyse. Door middel van de door ons opgestelde gestructureerde vragenlijsten hebben we interviews gedaan bij de medewerkers van de FPA, de teamleider, behandelaren en de reclasseringsmedewerkers. We hebben getracht een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de huidige gang van zaken omtrent de behandeling van de ISD’er op de FPA. We hebben face to face interviews gehouden. Dit bood de mogelijkheid om dieper in te gaan op de meningen en ervaringen van de respondenten en sleutelinformanten. Doordat één persoon de vragen stelde en de andere aan het typen was konden we direct de antwoorden op de interviewvragen verwerken. Ook doordat we gelijk de gegevens verwerkt hadden, hadden we het interview bijna letterlijk uitgeschreven. Hierdoor kregen we dus zeer betrouwbare interviews.

Hierna hebben we gebruik gemaakt van coderen. Op paragraaf 4.4.4 komen wij hier op terug.

Met inhoudsanalyse bedoelen we de techniek waarmee we gegevens, verkregen uit het dossier onderzoek, met name de behandelplannen en ROM resultaten, analyseren. We hebben de dossiers, specifiek de behandelplannen, gebruikt bij deze techniek. We hebben voor behandelplannen gekozen omdat er hierin informatie staat over de behandeling, de behandeldoelen en eventuele misstappen van de ISD’er en de gevolgen hiervan.

*1.6.1 Data bronnen*

We hebben voor ons onderzoek de volgende data bronnen gebruikt.

* Personen: we hebben zes groepsmedewerkers van de FPA geïnterviewd, twee behandelaren die op de FPA werken en ervaringen hebben met ISD’ers, de teamleider van de FPA en twee reclasseringsmedewerkers.
* Documenten: We hebben gebruik gemaakt van de dossiers van de ISD’ers die aanwezig zijn op de FPA. Tijdens de onderzoeksperiode waren er drie ISD’ers opgenomen waarvan we de dossiers konden bekijken. Ook zullen we rapporten en protocollen die geschreven zijn over de ISD maatregel raadplegen. Dit doen we om een zo duidelijk mogelijk antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen.
* Literatuur: Hier bedoelen we heel nadrukkelijk de verkregen literatuur in ons vooronderzoek. De vakliteratuur, boeken over ISD’ers en over de hulpverlening.
* Databanken: We hebben informatie gebruikt uit databanken, onder anderen cijfers van de Dienst Justitiële Inrichting en cijfers uit de databanken van Palier.
* Door middel van deze bronnen krijgen wij zo volledig mogelijke antwoorden op de onderzoeksvragen.

*1.6.2 Populatie en selectie*

We hebben de volgende personen geïnterviewd tijdens ons onderzoek:

* Een teamleider, dit omdat hij een goed algemeen beeld van de ISD’ers op de gehele FPA kan geven en ons begeleidt in ons onderzoek. Hij is een sleutelinformant.
* De hoofdbehandelaar, omdat hij op het gebied van behandeling de meest volledige informatie kan verstrekken. Hij is een sleutelinformant.
* De psycholoog die de modules geeft, zij kan ons informatie geven over de ISD’ers. En informatie geven over de huidige behandeling en de modules die er worden gegeven op de FPA. Zij is een sleutelinformant
* Zes groepsmedewerkers, we willen de groepsmedewerkers interviewen die persoonlijk begeleiders waren of zijn van één of meerdere ISD patiënten. De groepsmedewerkers zijn respondenten.
* Twee reclasseringsmedewerkers waarvan de ISD cliënten die zij begeleiden op de FPA zitten of hebben gezeten. Deze twee reclasseringsmedewerkers kiezen we door te kijken naar de ISD’ers die nu het langst op de FPA zitten en te kijken wie hun reclasseringmedewerker is.
* Door middel van deze interviews, hebben we een beeld van hoe werknemers, teamleider, behandelaren en reclasseringsmedewerkers over de ISD maatregel denken, hoe de behandeling verloopt, wat er wel goed gaat in de behandeling van de ISD’ers en waar de knelpunten zitten. Aan de hand van deze interviews kunnen we onze deelvragen beantwoorden.

*1.6.3 Betrouwbaarheid en Geldigheid*Om te zorgen dat ons onderzoek zo betrouwbaar mogelijk is, hebben we goed onderbouwde keuzes van onze onderzoekseenheden aangegeven. We hebben aangegeven waarom we de teamleider, psycholoog, hoofdbehandelaar en groepsmedewerkers willen interviewen. Om te zorgen dat ons onderzoek betrouwbaar is hebben we ervoor gekozen om zes groepsmedewerkers te interviewen die in ieder geval persoonlijke begeleiders zijn of waren van een ISD’er. We hebben de namen van de groepsmedewerkers in een “hoge hoed” gestopt en vervolgens zes namen getrokken. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek. We hadden verschillende contactmomenten met onze begeleider over de voortgang van het onderzoek, hierdoor dacht zij ook mee met ons en zorgde ze ervoor dat we de juiste richting van het onderzoek in zicht hielden. Met het oog op de betrouwbaarheid van het onderzoek hebben we de interviews in twee tal uitgevoerd om meteen de interviews te verwerken. Aangezien we weinig tijd hadden om het onderzoek uit te voeren was het niet mogelijk om meerdere momenten in tijd interviews uit te voeren. We hebben onze hoofdvraag zo goed mogelijk proberen te operationaliseren met deelvragen. We hebben gebruikt gemaakt van verschillende onderzoeksmethodes (triangulatie), onder andere interviews en data analyse. We hebben zo volledig mogelijk literatuur onderzoek gedaan. Hierbij hebben we gelet op het publicatie jaar. Onderzoeken of boeken die voor 2000 zijn geschreven hebben we bewust niet gebruikt. We hebben bij voorkeur gebruik gemaakt van de meest recente literatuur.

Voor de interviews met de respondenten hebben we vragenlijsten opgesteld die als leidraad fungeren. Op deze manier bespraken we alle vooraf gestelde punten. Voor de sleutel informanten hebben we gestructureerde vragenlijsten gebruikt om te interviewen. We hebben ervoor gezorgd dat we ruim de tijd namen om de interviews uit te voeren. Door deze manier van rustig werken zijn de interviews van een hogere kwaliteit. Omdat één van ons de medewerkers, behandelaren en teamleider al kent hebben we zo getracht om de geïnterviewde op hun gemak te stellen. Verder hebben we telkens aan het begin van een interview aangegeven dat de informatie verkregen uit de interviews ook anoniem zullen blijven. Dit heeft er ook voor gezorgd dat mensen vrijuit konden praten. Tijdens het afnemen van de interviews hebben we toestemming gevraagd om gebruik te maken van de laptop. Omdat we duidelijk de rolverdeling van de één doet het interview en de ander typt wist de respondent waar hij aan toe was en wat de bedoeling was. Bij de start van het interview gaven we een korte introductie waar het onderzoek over ging en wat de meerwaarde is van de interviews.

1. Onderdeel van Parnassia Bavo Groep, een van de grootste aanbieders van geestelijk gezondheidzorg. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dit is de “behandel” fase buiten de gevangenis. [↑](#footnote-ref-2)
3. REAKT is gespecialiseerd in het invullen van dagbesteding bij mensen met psychische problemen. [↑](#footnote-ref-3)
4. Het Filiaal is een leerwerkcentrum voor patiënten van de Parnassia Bavo Groep [↑](#footnote-ref-4)
5. Hiermee worden de klinische stoornissen bedoeld. [↑](#footnote-ref-5)
6. Cluster B stoornissen: antisociale persoonlijkheidsstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, theatrale persoonlijkheidsstoornis, narcistische persoonlijkheidsstoornis. [↑](#footnote-ref-6)