

De Inrichting voor Stelselmatige Daders

de isd-maatregel in theorie en praktijk

Advies d.d. 4 april 2007

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Aanleiding voor dit advies	7
2. De isd-maatregel op papier	9
2.1 Beveiliging van de maatschappij	9
2.2 Heterogene populatie	9
2.3 Aanknopingspunten voor gedragsverandering	10
2.4 Een stimulerend klimaat	10
2.5 Reïntegratietrajecten	10
2.6 Tussentijdse toetsing	11
2.7 Nazorg	12
2.8 Van sov naar isd, overgangsfase	12
3. De isd-maatregel in de praktijk	13
3.1 Regime	13
3.2 Intramurale zorg	14
3.3 Intramurale zorgtrajecten buiten de inrichting	14
3.4 Maatschappelijke reïntegratie en nazorg	15
4. Beoordeling van de isd-maatregel	17
4.1 Invoering van de maatregel	17
4.2 Regime	17
4.3 Bejegening	18
4.4 Gedragsverandering en interventies	18
4.5 Zorg	19
4.6 RISC-instrument en diagnostiek	20
4.7 Doorstroom naar zorginstellingen	20
4.8 Maatschappelijke reïntegratie en nazorg	20
4.9 Evaluatie van de maatregel	21
5. Aanbevelingen op conceptueel niveau	23
5.1 Inleidende opmerkingen: de doelstelling van de maatregel	23
5.2 Snelle toeleiding naar zorgvoorzieningen	23
5.3 Een ander dagprogramma	24
5.4 Stimuleren van motivatie en verantwoordelijkheidsbesef	25
5.5 Differentiatie en standaardisatie	25
5.6 Stabilisatieperiode	25
5.7 Slotopmerking: verdere investering nodig ter legitimering van de maatregel	26
5.8 Samenvatting van de aanbevelingen op conceptueel niveau	26
6. Aanbevelingen op operationeel niveau	29
Literatuur	31

Samenvatting

Vanaf 1 oktober 2004 is het mogelijk om veelplegers gedurende twee jaar te plaatsen in een inrichting voor stelselmatige daders (isd). Deze strafrechtelijke maatregel vormt de 'opvolger' van de strafrechtelijke opvang verslaafden (sov). Met de maatregel wordt beveiliging van de maatschappij nagestreefd. Dit wordt in de eerste plaats gerealiseerd door een relatief lange vrijheidsbeneming. Daarnaast worden gedragsinterventies ingezet bij gedetineerden die daarvoor gemotiveerd zijn.

Waar de sov alleen is bestemd voor verslaafde veelplegers, biedt de isd plaats aan een brede groep veelplegers. Onder de tot isd veroordeelden bevinden zich naast verslaafden ook psychisch gestoorden, dak- en thuislozen en niet-verslaafde (veel)plegers van relatief kleine vermogensdelicten. Anders dan de sov vraagt uitvoering van de isd daarom om uiteenlopende detentiemodaliteiten.

In 2006 heeft de Raad vier isd-inrichtingen bezocht. In de bevindingen naar aanleiding van deze bezoeken zijn drie hoofdlijnen te onderscheiden. Ten eerste: de maatregel is al te haastig ingevoerd. Hierdoor is het personeel niet goed op de werkzaamheden voorbereid en is de maatregel tot op heden nog niet voldoende concreet voor het personeel en de gedetineerden. Ten tweede: de (psychologische) zorg schiet te kort. De isd-populatie vereist meer zorg dan is voorzien. Als gevolg hiervan blijft de inzet van gekwalificeerd personeel en de toeleiding naar zorgtrajecten achter bij de gesignaleerde zorgbehoefte, waardoor de mogelijkheden voor een kansrijke behandeling van psychische en verslavingsproblematiek nog te zeer worden begrensd. Tot slot, de maatregel biedt weinig kansen om structurele gedragsverandering bij de veelplegers te realiseren. De behandelprogramma's vertonen weinig continuïteit en de dagprogramma's doen nauwelijks een beroep op de motivatie van de deelnemers. Veel gedetineerden zijn hierdoor nog niet voldoende voorbereid op deelname aan de behandelprogramma's van zorginstellingen.

De Raad beveelt aan om de maatregel op conceptueel niveau te verbeteren, opdat de maatregel meer gelegenheid biedt voor psychologische zorg en meer kan bijdragen aan structurele verandering van gedrags- en leefpatronen die tot criminaliteit leiden. Hiertoe wordt voorgesteld om isd-ers met een ernstige psychiatrische stoornis direct ter behandeling naar een psychiatrische zorginstelling door te plaatsen. Daarnaast wordt een structurele stabilisatieperiode van circa drie maanden bepleit. In deze periode dienen personen met een psychische stoornis te worden onderscheiden van gedetineerden die kunnen deelnemen aan het reguliere programma. De gedetineerden met een psychische stoornis dienen spoedig na de stabilisatie door te stromen naar zorgvoorzieningen.

Voorts beveelt de Raad aan om de isd-ers al vanaf de eerste dag in de inrichting een intensief activiteitenprogramma aan te bieden, zodat zij vanaf het begin meer worden gestimuleerd en gemotiveerd voor deelname aan de behandelprogramma's. In de behandelfase moeten er meer gedifferentieerde detentiemodaliteiten en gestandaardiseerde reïntegratietrajecten worden aangeboden. Hierbij wordt ondermeer gedacht aan reïntegratietrajecten leidend tot opname in een therapeutische gemeenschap en andere klinische voorzieningen voor behandeling van verslaafden. Voorts geeft het advies enkele aanbevelingen voor verbeteringen op operationeel niveau.

1. Aanleiding voor dit advies

In 2002 presenteerde het kabinet de beleidsnota *Naar een veiliger samenleving* en het beleidsprogramma *Modernisering Sanctietoepassing*. Eén van de uit deze beleidsstukken voortvloeiende maatregelen is dat veelplegers vanaf 1 oktober 2004 in een inrichting voor stelselmatige daders kunnen worden geplaatst. Dit betekent dat zeer actieve veelplegers voor relatief geringe delicten, voor de duur van maximaal twee jaar, een vrijheidsbenemende maatregel opgelegd kunnen worden. Op de beleidsvoorstellen en uitvoering van de isd-maatregel is veel kritiek uitgeoefend¹.

De Raad richt zich in dit advies in eerste instantie op de vraag of met de isd-maatregel wordt gerealiseerd wat met de maatregel wordt nagestreefd. Daarbij let de Raad in het bijzonder op de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de bejegening van de gedetineerden en het regime in de inrichtingen voor stelselmatige daders.

In de loop van 2006 heeft de Raad verschillende isd-inrichtingen bezocht². De bevindingen uit deze bezoeken worden in dit advies samengevat en geëvalueerd. Hieruit volgen voorstellen om de maatregel op conceptueel niveau te verbeteren. Daarnaast geven de bevindingen aanleiding om enkele aanbevelingen op operationeel niveau te doen. De hoofdpunten van het beleid en de wetgeving inzake de maatregel worden hier nu eerst weergegeven.

1) D.H. van Ekelenburg 2005, T. Kooijmans 2005 en S. Struijk 2005.

2) In 2006 bezocht de Raad vier isd-inrichtingen. Het betreft p.i. Amsterdam, locatie Over-Amstel (25 januari 2006), p.i. Rijnmond, locatie Stadsgevangenis Hoogvliet (13 juni 2006), p.i. Utrecht, locatie Wolvenplein (4 september 2006) en p.i. Noord, locatie De Grittenborgh (25 september 2006).

2. De isd-maatregel op papier

2.1 Beveiliging van de maatschappij

De isd-maatregel is gericht op het terugdringen van overlast en criminaliteit gepleegd door veelplegers. De beleidsstukken geven aan dat de maatschappijbeveiliging voornamelijk moet worden gerealiseerd door middel van een langere vrijheidsbeneming van veelplegers. Het op de toekomst gerichte karakter van de strafrechtelijke maatregel blijkt uit de mogelijkheid om aan een reïntegratietraject deel te nemen. Waar echter een strafrechtelijke maatregel als de tbs expliciet op behandeling is gericht, vormt behandelbaarheid niet een doorslaggevend criterium voor oplegging van de isd en wordt in de isd alleen aan een geselecteerd aantal kansrijke en gemotiveerde veroordeelden een reïntegratietraject aangeboden.

Alleen zeer actieve veelplegers komen voor de isd in aanmerking. Het gaat om verdachten die een misdrijf hebben gepleegd waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan. Voorts moet een verdachte in de laatste vijf jaar voorafgaand aan het feit tenminste drie maal onherroepelijk zijn veroordeeld tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel, terwijl het nieuwe feit is begaan na executie van de daarvoor opgelegde straf(fen) of maatregel(en). Tot slot moet er een gerede kans zijn op recidive en daaruit voortkomend gevaar voor de veiligheid van personen of goederen. De rechter kan de straf uitsluitend opleggen op vordering van het OM.

2.2 Heterogene populatie

De bevolking van de inrichting voor stelselmatige daders omvat verschillende groepen veelplegers, zoals drugsverslaafden, dak- en thuislozen en niet-verslaafde (veel)plegers van relatief kleine vermogensdelicten. Een psychische stoornis vormt, anders dan bij de strafrechtelijke opvang verslaafden (sov), geen contra-indicatie voor het opleggen van de maatregel.

De wetgever rechtvaardigt het samenbrengen van de verschillende typen veelplegers op basis van veel voorkomende kenmerken, waarbij wordt verwezen naar een leven op straat, een gebrek aan binding en structuur en weinig zelfredzaamheid. De wetgever verbindt daaraan de consequentie dat de verschillende groepen een gedifferentieerde tenuitvoerlegging vereisen. De memorie van toelichting bij het wetsvoorstel isd spreekt in dit kader over 'bijzondere regimaire voorzieningen' en 'specifieke detentiemodaliteiten voor de verschillend gearde subgroepen'.

2.3 Aanknopingspunten voor gedragsverandering

Bij een vordering tot inbewaringstelling van een isd-kandidaat dient de OvJ opdracht te geven tot afname van een RISC. Het RISC-instrument³ is ontwikkeld als ondersteuning bij de inschatting van de kans op recidive. Het instrument werkt met een gestructureerde vragenlijst met dertien risico-inschattingsschalen, aan de hand waarvan verschillende leefgebieden van de ondervraagde op criminogene factoren worden onderzocht. Daarnaast dient RISC een indicatie te geven van de zogeheten responsiviteit: de aanknopingspunten voor gedragsverandering en de motivatie voor deelname aan een behandelprogramma.

Het onderzoek bestaat uit een basisonderzoek, een gesprek met de verdachte en een zelfrapportage. De functionaris die de RISC afneemt kan, indien het onderzoek daar aanleiding toe geeft, daarnaast nog een opdracht geven voor verdieplingsdiagnostiek door een gedragskundige.

Als de verdachte/gedetineerde niet is gemotiveerd om aan gedragsverandering te werken, vormt het blote feit dat gedragsinterventies toch zouden kunnen bijdragen aan het voorkomen van recidive voldoende aanleiding om de maatregel op te leggen. Deze gedetineerden worden in het zogeheten basisregime geplaatst. In tegenstelling tot een behandelafdeling biedt het basisregime een zeer beperkt aantal activiteiten en is het niet gericht op het werken aan gedragsverandering.

2.4 Een stimulerend klimaat

De beleidsstukken gaan ervan uit dat de motivatie en het leervermogen van de isd-ers beperkt zijn. De verwachting is daarom dat het merendeel van de tot isd veroordeelde veelplegers niet aan de reïntegratietrajecten zal deelnemen en als gevolg daarvan in het basisregime zal verblijven.

Van de inrichtingen wordt verwacht dat zij voorzien in een stimulerend klimaat, dat de gedetineerden aanzet om aan reïntegratieprojecten deel te nemen. Iedere isd-er wordt daartoe een p.i.w.-er als mentor toegewezen. Met behulp van 'motivational interviewing' zullen de mentoren de ongemotiveerde gedetineerden moeten aansporen om alsnog aan een reïntegratietraject deel te nemen.

2.5 Reïntegratietrajecten

Het beleidsprogramma Terugdringen Recidive (TR)⁴ is bepalend voor de werkwijze in de isd-inrichtingen⁵. Op grond van TR zullen de reïntegratietrajecten door het gevangeniswezen en de reclassering gezamenlijk (in een zogenoemd duaal casemanagement) worden uitgevoerd: een trajectbegeleider van het gevangeniswezen begeleidt de gedetineerde tijdens de intramurale fase. Een trajectbegeleider van de

3) Recidive Inschattingsschalen.

4) Naast de penitentiaire inrichtingen met een isd-bestemming wordt het TR-programma toegepast in p.i. Noord-Holland Noord, p.i. Limburg-Zuid.

5) In de voormalige sov-inrichtingen wordt voorlopig nog het sov-model gehanteerd. Zie ook § 2.8.

reclassering neemt de begeleiding tijdens de extramurale fase op zich. De reïntegratieplannen moeten in een gezamenlijk overleg tussen beide trajectbegeleiders ('duaal moment') worden vastgesteld.

Het TR-programma is niet alleen gericht op een nauwere samenwerking tussen het gevangeniswezen en de reclassering, het beoogt ook een duidelijke taakverdeling tussen beide. Hiervoor is aan de penitentiaire inrichtingen een coördinatiebureau TR verbonden, dat de samenwerking coördineert.

Het reïntegratietraject van een deelnemer moet worden vastgelegd in een reïntegratieplan⁶. Het plan dient een indicatiestelling van de individuele problematiek van een deelnemer te bevatten, geeft uitsluitsel over de plaatsing in een bepaald isd-traject, vermeldt de eventuele toeleiding naar een extramuraal zorgtraject en beschrijft de aan de deelnemer te stellen voorwaarden voor deelname aan het traject (bijvoorbeeld het zich onthouden van drugsgebruik of het starten van een afbetalingsregeling). Het reïntegratieplan dient ook de uit te voeren gedragsinterventies te bevatten.

Het reïntegratieplan wordt idealiter opgesteld binnen een maand na binnenkomst van de deelnemer en wordt ondertekend door de gedetineerde en de trajectbegeleiders van het gevangeniswezen en de reclassering. Uitgaande van het RISC-onderzoek moeten het reïntegratieplan en daarin opgenomen gedragsinterventies aansluiten op de individuele problematiek van de gedetineerde. Daarmee wordt een efficiënte inzet van de middelen beoogd.

De reïntegratietrajecten vallen, zoals hierboven al is aangeduid, uiteen in een intra- en een extramurale fase. De termijn van de intramurale fase is niet in de wet vastgelegd, als gevolg waarvan de duur van de fasen per gedetineerde sterk kunnen verschillen. De extramurale fase kan bijvoorbeeld worden ingevuld met de plaatsing in een zorgvoorziening, een voorziening voor begeleid wonen of een kliniek of afdeling voor psychiatrische zorg, maar ambulante begeleiding met reclasseringtoezicht is ook een mogelijkheid.

2.6 Tussentijdse toetsing

Met behulp van een tussentijdse toetsing kan de noodzaak van de voortzetting van de maatregel aan de rechter worden voorgelegd⁷. De rechter beslist tot een tussentijdse toetsing bij het opleggen van de maatregel of op een later moment op verzoek van de veroordeelde, diens raadsman, het openbaar ministerie dan wel ambtshalve. In het oordeel betreft de rechter een bericht van het openbaar ministerie, dat tevens een verklaring van de directeur van de inrichting bevat. In deze verklaring wordt de stand omtrent de uitvoering van het verblijfsplan vermeld⁸.

6) Het reïntegratieplan maakt onderdeel uit van het verblijfsplan, dat voor alle isd-ers wordt opgesteld.

7) Zie artikel 38s Sr.

8) De beroepscommissie van de Raad heeft een klager niet-ontvankelijk verklaard in zijn klage, gericht tegen het gebrek aan voortvarendheid van de behandeling, omdat hier geen sprake is van een beklagwaardige beslissing als bedoeld in artikel 60, eerste lid, Pbw. Ten aanzien van dergelijke klachten is voorzien in een afzonderlijke procedure: artikel 38s Sr.

De maatregel strekt tot beveiliging van de maatschappij en beëindiging van recidive. Beide doelstellingen dient de rechter in de toetsing te betrekken. Daarbij dient hij op grond van jurisprudentie⁹ rekening te houden met het volgende beslissingskader: er moet worden vastgesteld of opheffing van de maatregel zal leiden tot onveiligheid, ernstige (drugs)overlast en verloedering van het publieke domein. Daarna moet worden bezien of verdere voortzetting niet zinvol is door omstandigheden buiten de macht van de betrokkenen¹⁰.

2.7 Nazorg

Het *Verbeterplan Aansluiting Nazorg* is landelijk richtinggevend voor de inspanningen op het gebied van maatschappelijke reïntegratie en nazorg. Het plan voorziet in een groot aantal maatregelen om de samenwerking tussen de ketenpartners te verbeteren, zoals de inzet van medewerkers maatschappelijke dienstverlening (m.m.d.-ers), het instellen van gemeentelijke coördinatiepunten voor de nazorg en het hanteren van een overdrachtsdocument ten behoeve van de gemeenten.

De m.m.d.-er heeft tot taak kort na binnenkomst van de isd-er te inventariseren wat er op het gebied van basale voorzieningen, zoals huisvesting, inkomen, zorg en identiteitspapieren geregeld moet worden. Enkele maanden voor het ontslag zullen zij de noodzakelijke nazorg werkelijk in gang moeten zetten. Het bovengenoemde overdrachtsdocument voor de gemeenten is hierbij van belang.

De begeleidingsopdracht van de m.m.d.-er betreft alle gedetineerden in de isd-inrichting, dus ook degenen die in het basisregime verblijven. Gedetineerden die een reïntegratietraject volgen, kunnen ook hun trajectbegeleider voor nazorg inschakelen. Na beëindiging van de maatregel ligt de verantwoordelijkheid voor opvang en nazorg volledig bij de gemeente.

2.8 Van sov naar isd, overgangsfase

Kenmerkend voor de sov is dat alle gedetineerden een behandelprogramma krijgen aangeboden. Daarnaast krijgen zij gedurende het gehele programma, zowel tijdens de intramurale als tijdens de extramurale fase, een trajectbegeleider van een reclasseringsinstelling toegewezen.

Formeel is het sov-programma nog tot het einde van 2006 in de oorspronkelijke vorm in de isd-inrichtingen¹¹ uitgevoerd, door middel van integratie in de isd. In de praktijk wordt ook nu het sov-programma nog op beperkte schaal toegepast¹².

9) Op grond van artikel 509ff Sv kan tegen een beslissing van de rechtbank inzake de noodzaak tot voortzetting van de isd-maatregel beroep worden ingesteld bij het gerechtshof Arnhem.

10) Zie HR 31 mei 2005, AS9291, Hof Arnhem 20 maart 2006, AV 6348, Hof Arnhem 30 augustus 2006, AY 7665, Hof Arnhem 23 oktober 2006, AZ0948 en Hof Arnhem 4 december 2006, AZ 4997.

11) Dit zijn p.i. Amsterdam, locatie Over-Amstel, p.i. Rijnmond, locatie Stadsgevangenis Hoogvliet en p.i. Utrecht, locatie Wolvenplein.

12) Uit de onderzoeks- en beleidsdatabase justitiële documentatie (OBJD) van het WODC blijkt dat de sov-maatregel in 2005 nog zeven maal, waarvan eenmaal voorwaardelijk, is opgelegd. In 2006 is de maatregel nog tweemaal opgelegd, waarvan eenmaal voorwaardelijk. Gezien de looptijd van twee jaar zal het sov-programma dus ook na 2006 nog in geringe omvang worden uitgevoerd.

3. De isd-maatregel in de praktijk

Ter voorbereiding op dit advies heeft de Raad in 2006 vier werkbezoeken aan isd-inrichtingen afgelegd. Gesproken is met de gedetineerden en met medewerkers uit verschillende geledingen van de inrichtingen. De bevindingen uit deze toezichtbezoeken worden hieronder weergegeven.

3.1 Regime

Gebleken is dat het merendeel van de gedetineerden aan een reïntegratietraject deelneemt. De gedetineerden geven aan in het algemeen bekend te zijn met de reïntegratieplannen. Er verstrijken echter enkele weken, maar soms maanden, voordat het verblijfsplan wordt opgesteld. Dit leidt tot vertraging bij de uitvoering van de reïntegratieplannen, waaronder ook de doorplaatsing naar de behandelafdeling of de extramurale fase.

De dagprogramma's op de behandelafdelingen worden aangevuld met extra activiteiten, op enkele locaties zelfs met een beperkt avondprogramma. Omdat deelname aan activiteiten niet kan worden afgedwongen, blijven de deelnemers nog vaak weg. Het personeel is van mening dat de behandeling hierdoor slechts in geringe mate door het dagprogramma wordt ondersteund.

In één van de bezochte inrichtingen wordt er gewerkt met gestandaardiseerde trajecten. In deze inrichting zijn meerdere op voorhand uitgewerkte intramurale trajecten voor de verschillende doelgroepen beschikbaar¹³.

Bij de gedetineerden en het personeel bestaan veel onduidelijkheden over de concretisering van de maatregel. Voor de gedetineerden is het vaak onduidelijk wanneer en onder welke voorwaarden zij aan een isd-traject of onderdelen daarvan kunnen deelnemen. Het personeel ervaart de beleidsstukken en -kaders als onvoldoende richtinggevend. Hierdoor ontbreekt onder andere duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden.

De medewerkers in de isd-inrichtingen tonen betrokkenheid bij de werkzaamheden en de doelgroep. De voormalige sov-inrichtingen worden ermee geconfronteerd dat gekwalificeerde personeelsleden, zoals groepswerkers, voor een functie elders kiezen, nu de inhoudelijke taken ten opzichte van de sov-periode achteruit zijn gegaan. De p.i.w.-ers, die door de invoering van de isd-maatregel nieuwe taken hebben gekregen, geven juist aan behoefte te hebben aan meer training en opleiding.

In twee inrichtingen is door gedetineerden aangegeven dat aan het mentoraat nog niet voldoende invulling wordt gegeven. Hierdoor zien sommige gedetineerden hun mentor maar zelden. De directie van één van deze inrichtingen wijt het achterblijvende mentoraat mede aan het hierboven genoemde verloop onder het personeel, maar ook de verminderde inzet van p.i.w.-ers ten opzichte van de sov wordt als reden genoemd.

13) De trajecten richten zich bijvoorbeeld op 'harm-reduction', abstinentie, vrije heroïneverstrekking en opname in de ggz.

Het nut van de interventies wordt door de gedetineerden betwijfeld. Zij vinden de groepsinterventies weinig zinvol, omdat deze maar van korte duur zijn, waardoor het effect van de trainingen niet beklijft. Daarnaast vinden zij dat het klimaat in de inrichting weinig mogelijkheden biedt om de aangeleerde vaardigheden in praktijk te brengen. Ook het personeel verwacht weinig effect van de interventies. Het bekritiseert de beperkte duur ervan en het feit dat de interventies niet in het programma zijn ingebed.

De gedragsinterventies worden zonder uitzondering ingekocht bij de reclasseringsinstellingen. Op grond van financiële overwegingen vraagt de reclassering een minimum aantal deelnemers voor de gedragsinterventies. Meermalen is gebleken dat interventies uitvallen omdat het aantal deelnemers lager is dan de reclassering vraagt.

3.2 Intramurale zorg

De schattingen van medewerkers en van de medische dienst inzake het percentage psychisch gestoorden in de isd-inrichtingen lopen uiteen, maar komen doorgaans neer op 50% of meer. Dit is aanzienlijk meer dan werd verwacht. Bovendien hebben veel van deze gedetineerden tevens verslavingsproblemen. De toename van de psychische problematiek en de combinatie van psychische stoornissen en verslavingsproblematiek leiden tot een zwaardere belasting van de medische voorzieningen. De behandeling van psychische stoornissen beperkt zich vaak tot medicatie, incidenteel in combinatie met ondersteunende gesprekken. Veel gesprekspartners beoordelen dit zorgaanbod voor de populatie als ontoereikend.

De psychologen en de medische dienst uiten zich veelal kritisch over het nut van de RISC, omdat het instrument naar hun mening niet voorziet in een adequate indicatiestelling voor psychische problematiek. Slechts bij uitzondering wordt er opdracht gegeven voor verdiepingsdiagnostiek door een gedragsdeskundige.

3.3 Intramurale zorgtrajecten buiten de inrichting

Naar het oordeel van het personeel verloopt de doorplaatsing naar intramurale zorgtrajecten moeizaam, doordat deze wordt gehinderd door onduidelijke randvoorwaarden en onzekerheid over de financiering. Bovendien, zo zegt het personeel, zijn de instellingen voor psychiatrische zorg terughoudend met de opname van forensische patiënten, wegens de ernstige problematiek onder deze groep en bezwaren tegen opname van patiënten met een delictverleden. Verwijzing naar ambulante voorzieningen verloopt makkelijker, maar ook niet altijd optimaal.

Komt het wel tot overplaatsing naar een zorgkliniek, dan is nog regelmatig terugplaatsing naar de isd-inrichting nodig, als blijkt dat de gedetineerde zich niet aan de regels van de zorginstelling houdt. Dit is in het bijzonder in de verslavingsklinieken het geval. Medewerkers van de isd-inrichtingen schrijven dit toe aan een verschil in cultuur tussen de isd en de ggz: in de isd-inrichting is de deelname aan activiteiten vaak nog te vrijblijvend is, als gevolg waarvan gedetineerden zich aan het dagprogramma kunnen onttrekken. Naar mening van het personeel kan de inzet van medewerkers van de zorginstellingen tijdens de intramurale fase van de isd bijdragen aan een betere voorbereiding van de overplaatsing.

De psychologen en medewerkers van de medische dienst vinden het zorgelijk dat voorafgaand aan de oplegging van de maatregel, bijvoorbeeld in het arrondissementaal justitieel beraad, reeds door partijen met minder expertise, zoals de reclasseringsinstellingen, wordt beslist over deelname aan extramurale zorgtrajecten.

3.4 Maatschappelijke reïntegratie en nazorg

De trajectbegeleiders en m.m.d.-ers beoordelen de samenwerking met de grote gemeenten, mede op grond van eerdere ervaringen met de sov-maatregel, in het algemeen positief. De inzet van de kleinere gemeenten blijft naar hun mening achter bij de verwachtingen. De hulpverleners merken op dat het aanbod van woningen en plaatsen in woonvoorzieningen nog zeer beperkt is.

De m.m.d.-ers hebben ervaring opgedaan met het analyseren van de zorggebieden inkomen, huisvesting, identiteitspapieren en zorg. De voorbereiding van de overdracht aan de gemeenten is in gang gezet. De contacten met de kleinere gemeenten moeten nog worden opgebouwd.

4. Beoordeling van de isd-maatregel

4.1 Invoering van de maatregel

De maatregel is naar de mening van de Raad al te haastig ingevoerd: de evaluatie van de sov-maatregel is niet afgewacht en de inrichtingen hebben nauwelijks tijd gehad om de maatregel in de bedrijfsvoering te integreren. Het laatste heeft er toe geleid dat de uitgangspunten en doelstellingen van de isd-maatregel bij het uitvoerende personeel en bij de externe partners niet altijd duidelijk zijn. Op de werkvloer bestaat er een gebrek aan (inzicht in de) taakverdeling tussen de verschillende functionarissen, zoals trajectbegeleiders, gevangeniswezen, m.m.d.-ers en reclassering. Maar ook de verdeling van verantwoordelijkheden tussen het Terugdringen Recidive, de reclassering en het OM maakt de uitvoering van de reïntegratietrajecten nog onoverzichtelijk. De onduidelijkheid, zoals die door het personeel wordt ervaren, belemmert een tijdige en optimale realisatie van de verblijfsplannen en reïntegratietrajecten. Voorts is het personeel tot op heden niet voldoende bijgeschoold en zijn er nog maar weinig gestandaardiseerde reïntegratietrajecten voor specifieke doelgroepen uitgewerkt. Een en ander heeft tot gevolg dat gedetineerden soms lang moeten wachten op hun verblijfsplan en het aanbieden van een reïntegratietraject¹⁴. De gedetineerden ervaren hierdoor onzekerheid, wat kan leiden tot teleurstelling en verlies van motivatie.

Opgemerkt moet worden dat de tweede fase van de isd-maatregel nog niet in volle omvang door de Raad kan worden beoordeeld, omdat ten tijde van de bezoeken aan de isd-inrichtingen nog geen deelnemers de tweede fase al volledig hadden doorlopen. De beoordeling beperkt zich derhalve tot de ervaringen voorzover die reeds door het personeel en de deelnemers waren opgedaan.

4.2 Regime

In de praktijk blijkt dat veelplegers in het algemeen in een beperkte mate over motivatie en verantwoordelijkheidsbesef beschikken. Het aanbieden van ‘stimulerende gesprekken’ is daarom van belang, maar biedt op zichzelf onvoldoende mogelijkheden om de gedetineerden blijvend te motiveren. De programma’s op de behandelafdelingen zullen daarom meer op het aankweken van motivatie moeten worden ingesteld.

Het is gunstig dat het merendeel van de gedetineerden kan deelnemen aan een reïntegratietraject¹⁵. De keuze voor een reïntegratietraject mag echter niet zonder betekenis blijven: deelname aan het traject is vrijwillig, maar niet vrijblijvend. Van de deelnemers mag worden gevraagd zich actief op te stellen en de verantwoordelijkheid te nemen om het programma af te maken. Voorkomen moet worden dat zij in

14) De beroepscommissie van de Raad heeft beslist dat een tegemoetkoming van € 50,- redelijk is bij een langdurige vertraging van de behandeling of het opstellen van het verblijfsplan. Zie de uitspraken 05/1068/GA en 05/1454/GA.

15) Ook in zijn advies van 26 mei 2004 heeft de Raad zich hiervoor uitgesproken.

terughoudend en ontwijkend gedrag vervallen. Dit ondermijnt het succes van de maatregel en vormt zodoende een gemiste kans om tot een verbetering te komen.

De ernstige psychische stoornissen, de verslavingsproblematiek of de combinatie daarvan, welke bij veel deelnemers voorkomen, vragen om een specifieke behandeling waarin de huidige reïntegratietrajecten niet voorzien. De Raad mist in dit kader vooral de 'regimaire voorzieningen en detentiemodaliteiten voor verschillend gearde subgroepen', zoals vermeld in de memorie van toelichting.

4.3 Bejegening

Het personeel is in het algemeen (nog) niet voldoende voorbereid op, en in beperkte mate opgeleid voor, de begeleiding van een heterogene populatie, waaronder veel verslavings- en psychische problematiek voorkomt. Het is daarom de vraag of het personeel, dat soms maar enkele korte en globale cursussen voor dit specifieke werk heeft gevolgd, de vereiste begeleiding kan bieden. In dit licht bezien acht de Raad het van belang de voormalige sov-groepsleiders voor de uitvoering van de maatregel te behouden, temeer omdat er sprake is van een verminderde inzet van (gekwaliceerd) personeel¹⁶.

Een goed functionerend mentoraat is van belang voor de aansporing en begeleiding van alle isd-ers. Zonder het blijvend stimuleren en motiveren van gedetineerden kan de maatregel niet aan zijn doel beantwoorden¹⁷. In de huidige situatie komen de mentorgesprekken echter regelmatig en soms ook langdurig niet tot stand. Hierdoor functioneert het mentoraat nog niet naar behoren.

4.4 Gedragsverandering en interventies

Een persoonsgerichte aanpak en het aanbod van erkende¹⁸, effectieve gedragsinterventies zijn waardevolle onderdelen van de isd-maatregel. De reïntegratietrajecten bieden echter een gefragmenteerd aanbod van interventies. Hierdoor ontbreken de noodzakelijke samenhang en continuïteit in de behandeling, met als gevolg dat de programma's de op beheersing gerichte regimes en de weinig motiverende cultuur in de inrichtingen niet doorbreken.

16) Uit de normprijzen voor het gevangeniswezen 2006 blijkt dat de ratio van het aantal p.i.w.-ers per gedetineerde in de isd-inrichtingen fors wordt verminderd ten opzichte van de sov-maatregel. De isd-maatregel toont in dit opzicht overeenkomsten met een verslaafdenbegeleidingsafdeling.

17) In zijn advies van 26 mei 2004 sprak de Raad zich uit voor een betere invulling van het basisregime.

18) De Erkenningscommissie gedragsinterventies van Justitie beoordeelt bestaande interventies op effectiviteit. De commissie heeft momenteel vijf interventies voor volwassenen tijdelijk erkend. Het betreft: arbeidstraining, cognitieve vaardigheden, cognitieve vaardigheden plus, leefstijltraining voor verslaafden en agressieregulatietraining. De commissie vermoedt dat deze interventies kunnen bijdragen aan het verminderen van recidive, maar zal hierover op een later tijdstip een definitieve beslissing nemen.

Ook de begrensde mogelijkheden voor begeleiding door het personeel en de soms korte duur van de interventies geven de indruk dat de reïntegratietrajecten te weinig aan het bereiken van duurzame gedragsverandering kunnen bijdragen. De gedetineerden krijgen daardoor weinig kansen om zich te ontwikkelen. De Raad is van mening dat het terugdringen van recidive en aanpakken van de vaak ernstige persoonlijke problematiek van veelplegers een meer langdurige en deskundige behandeling vereisen.

Het door de reclassering, op grond financieringsafspraken, verlangde minimumaantal deelnemers voor de groepsinterventies mag er bovendien niet toe leiden dat interventies niet of op een later moment worden aangeboden. De lange(re) wachttijden doen afbreuk aan de vaak moeizaam opgebouwde motivatie van de gedetineerden. Het wekt overigens verbazing dat er interventies uitvallen wegens het niet halen van het vereiste minimumaantal deelnemers. Het werkelijke aantal deelnemers aan de reïntegratietrajecten is immers substantieel hoger dan waarvan in de beleidsstukken wordt uitgegaan.

4.5 Zorg

Op grond van het equivalentiebeginsel, zoals vastgelegd in de Europese Gevangenisregels en de Gezondheidszorgvisie van de DJI, moet het niveau van zorg in detentie gelijk zijn aan het niveau van zorg in de vrije maatschappij. De Raad betwijfelt of dit het geval is. Het zorgaanbod moet worden afgestemd op de psychische toestand van de gedetineerde en daarbij rekening houden met de aantasting van het geestelijk welzijn die detentie als regel meebrengt. De zorg tijdens detentie moet daarom op deze punten intensiever en specifiek van inhoud zijn dan de zorg in de vrije maatschappij¹⁹. Dit geldt in het bijzonder voor de isd-inrichtingen, waar veel gedetineerden met psychische problemen, een verslaving of een combinatie daarvan verblijven.

De Raad is van mening dat het huidige niveau van zorg in de isd-inrichtingen niet is afgestemd op de hoge prevalentie van psychische stoornissen en verslavingsproblematiek bij de isd-ers. Het feit dat voor gedetineerden in het basisregime minder psychiatrische zorg is ingecalculeerd dan voor gedetineerden in de voormalige sov-inrichtingen is illustratief, vooral als men zich realiseert dat een psychische stoornis een contra-indicatie vormde voor het opleggen van sov. De beperkte beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel doet afbreuk aan de zorg in de isd.

Veelplegers zijn vaak al bekend bij verschillende zorginstanties. Toegang tot de informatie van deze instanties is onmisbaar voor een goede beoordeling van de zorgbehoefte en het opstellen van de reïntegratieplannen. Daarnaast is registratie van psychische stoornissen noodzakelijk voor het verkrijgen van inzicht in de algemene zorgbehoefte onder de isd-populatie, opdat het zorgaanbod daarop beter kan worden afgestemd.

19) Zie hierover ook het advies van de Raad van 2 april 2007 over de zorg voor gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving.

4.6 RISC-instrument en diagnostiek

Naar het oordeel van de Raad is de basismethodiek van het RISC-instrument ongeschikt om de volle omvang van psychische stoornissen bij gedetineerden vast te stellen²⁰. Daarenboven hebben de bevindingen uit de bezoeken aan de isd-inrichtingen de Raad er niet van overtuigd dat de deskundigheid van de reclasseringsmedewerkers, die de opdracht voor de verdiepingsdiagnostiek moeten geven, steeds toereikend is om zich een adequaat oordeel te vormen over de noodzaak van een dergelijke diagnose.

4.7 Doorstroom naar zorginstellingen

De isd-inrichtingen slagen er nog onvoldoende in om doorplaatsingen naar zorgvoorzieningen, zoals de ggz of verslavingszorg, te realiseren. Voor zover de extramurale zorgtrajecten wel tot stand komen, worden de trajecten nog te vaak vroegtijdig beëindigd, wegens een te grote overgang van het vrijblijvende gevangenisregime naar een sterk gestructureerde klinische behandeling buiten de gevangenis. Dit laatste is niet alleen nadelig voor het reïntegratieproces van de gedetineerden, maar versterkt bovendien de terughoudendheid bij zorginstellingen om forensische patiënten op te nemen. Hierbij wijst de Raad erop dat de rechter meermalen heeft besloten de maatregel te beëindigen, omdat (vooruitzicht op) een behandeling van psychische stoornissen ontbrak²¹.

Voorts worden gedetineerden soms al na een verblijf van enkele weken in de isd-inrichting doorgeplaatst naar een zorginstelling. Deze snelle doorplaatsingen komen naar het oordeel van de Raad niet ten goede aan de stabilisatie van gedetineerden. Dit geldt in het bijzonder als zij worden geplaatst in de verslavingszorg.

4.8 Maatschappelijke reïntegratie en nazorg

Ten tijde van de bezoeken van de Raad aan de isd-inrichtingen waren er nog geen isd-ers die de tweede fase van de isd-maatregel al (bijna) hadden doorlopen. Of de inspanningen gericht op maatschappelijke reïntegratie voldoende effectief zijn, kan daarom nog niet worden beoordeeld.

De aanstelling van m.m.d.-ers is een positieve ontwikkeling. Hun werkzaamheden vormen een begin bij het realiseren van een goede overdracht aan de gemeenten en instellingen voor nazorg. Verdere ontwikkeling van de contacten met ketenpartners is echter wel noodzakelijk²². Daarnaast blijven met name de inspanningen van de kleine en middelgrote gemeenten achter bij de verwachtingen. Deze gemeenten

20) De RISC beoordeelt psychische gezondheid op grond van de inschattingsschalen 10 t/m 12 van het basisinstrument. Deze inschattingsschalen richten zich op 'emotioneel welzijn', 'denkpatronen, gedrag en vaardigheden' en 'houding'.

21) Rb Utrecht 3 mei 2006, AW 8982; Rb Amsterdam 16 juni 2006, AY 5613 en Rb Rotterdam 15 september 2006, AZ 0465

22) In 2005 heeft de Raad geadviseerd over de nazorg aan gedetineerden en de samenwerking tussen het gevangeniswezen en de gemeenten (advies d.d. 27 oktober 2005). Het stemt de Raad tevreden dat er verbeteringen zijn ten opzichte van de toen gesignaleerde knelpunten. In 2007 zal de Raad een vervolgonderzoek naar de nazorg uitvoeren.

hebben minder ervaring met het treffen van voorzieningen voor ex-gedetineerden en zij hebben geen extra middelen voor de aanpak van veelplegers gekregen. Bovendien ontbreekt vaak de kennis om de mogelijkheden van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) te benutten.

Het ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats draagt sterk bij aan de kans op recidive. Het schaarse aanbod van woningen en plaatsen in woonvoorzieningen stemt daarom negatief.

4.9 Evaluatie van de maatregel

De Raad ziet met belangstelling uit naar de wetenschappelijke (effect)evaluatie van de sov- en isd-maatregelen. De effectevaluatie van de sov-maatregel zal mogelijk belangrijke verbeterpunten voor de isd-maatregel opleveren. Deze evaluatie had daarom aan de invoering van de isd-maatregel vooraf moeten gaan. Daarbij wijst de Raad erop dat een evaluatie ook van nut kan zijn bij het uitwerken en bepleiten van staand en toekomstig beleid. Een goede, wetenschappelijke evaluatie van de isd-maatregel is dus in ieders belang.

5. Aanbevelingen op conceptueel niveau

5.1 Inleidende opmerkingen: de doelstelling van de maatregel

De isd-maatregel dient de kansen tot het doorbreken van leefpatronen die leiden tot criminaliteit te vergroten. Hiermee is zowel het belang van de maatschappij als dat van de gedetineerde gediend. De Raad hecht bijzonder belang aan deze doelstelling, die het opleggen van de maatregel mede legitimeert. Het belang van gedragsverandering is bovendien onderstreept door de Vaste Kamercommissie voor Justitie, die zich tijdens het wetgevingsoverleg met de minister voorstander uitte van een sterkere nadruk op inhoudelijke behandelprogramma's en gedragsinterventies. De rechter heeft sinds de invoering van de maatregel echter verschillende malen beslist dat de inhoudelijke invulling van de behandelprogramma's nog te beperkt is²³.

Naar het oordeel van de Raad biedt de isd-maatregel kansen voor het realiseren van gedragsverandering bij veelplegers, maar die kansen worden momenteel in te beperkte mate benut. De Raad doet hieronder voorstellen ter verbetering van de maatregel, opdat de gewenste gedragsverandering bij veelplegers meer kans van slagen heeft. Daarnaast is betere zorg voor de isd-ers met een psychische stoornis en/of verslaving noodzakelijk. Daarbij wordt opgemerkt dat een psychische stoornis in veel gevallen ook een criminogene factor vormt. Adequate zorg is derhalve ook een instrument in het kader van TR.

In zijn advies *Zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving* van 2 april 2007 heeft de Raad de knelpunten op het gebied van de psychiatrische zorg voor gedetineerden geïnventariseerd. Verder zijn in het advies de uitgangspunten voor zorg in detentie geformuleerd en doet de Raad aanbevelingen ter verbetering van die zorg. De hier geformuleerde aanbevelingen dienen daarom in samenhang met dat advies te worden gelezen.

5.2 Snelle toeleiding naar zorgvoorzieningen

De algemene indruk bestaat dat zich onder de isd-populatie veel gedetineerden bevinden met (zeer) ernstige psychische stoornissen, al dan niet in combinatie met een verslaving. Deze gedetineerden zijn detentieongeschikt en de kans is groot dat de detentie zal bijdragen aan een verdere verslechtering van hun psychische gesteldheid²⁴. Deze groep moet daarom direct of kort na de inverzekeringstelling worden geplaatst in een zorgvoorziening, eventueel voorafgegaan door plaatsing op de forensische observatie- en begeleidingsafdeling (FOBA) of andere geschikte afdeling in het gevangeniswezen.

23) Rb Rotterdam 2 juni 2006, LJN AV 6348, Rb Leeuwarden 19 mei 2005, LJN AT 9522 en Hof Leeuwarden 14 februari 2006, LJN AV 1871.

24) In zijn advies van 2 april 2007 adviseert de Raad om gedetineerden met ernstige psychische stoornis buiten de voorlopige hechtenis te houden, mits de strafvordering dat toelaat.

Detentie biedt geen geschikte omgeving voor de behandeling van psychische stoornissen. Gedetineerden met een minder ernstige psychische stoornis dan de hierboven genoemde categorie dienen daarom na een stabilisatieperiode van circa drie maanden (zie hieronder) naar een zorgvoorziening, zoals een individuele begeleidingsafdeling (i.b.a.), de ggz of een verslavingskliniek²⁵, door te stromen.

Onder verwijzing naar de hoge prevalentie van psychische stoornissen en de veel voorkomende combinatie van een psychische stoornis en verslavingsproblematiek, is de Raad voorstander van het inzetten van een gedegen en vroegtijdige verdiepingsdiagnostiek bij iedere potentiële isd-er²⁶.

5.3 Een ander dagprogramma

De gedetineerde worden de eerste weken na aanvang van de maatregel nauwelijks gestimuleerd om motivatie en inzet te tonen. Het vanaf de eerste dag in de isd-inrichting aanbieden van een inhoudelijk activiteitenprogramma kan de gedetineerden daarentegen activeren, motiveren en voorbereiden op deelname aan een traject. Hiervoor acht de Raad een regime met elementen van een therapeutische gemeenschap in het bijzonder geschikt. In een therapeutische gemeenschap wordt meer verantwoordelijkheid aan de 'patiënten' gegeven. Indien gedetineerden deze verantwoordelijkheid misbruiken, kan terugplaatsing in het basisregime als stok achter de deur worden gebruikt.

Eén van de basisprincipes van de therapeutische gemeenschap is het leren door ervaring in sociale interactie. Dit kan worden bewerkstelligd door gedetineerden die al langer in de inrichting verblijven, bij toerbeurt de leiding te geven over medegedetineerden die bijvoorbeeld verantwoordelijk zijn voor huishoudelijke taken, zoals het verstrekken van drinken en maaltijden, de reiniging en de organisatie van gemeenschappelijke recreatieactiviteiten. Daarnaast biedt een therapeutische gemeenschap groeps gesprekken gericht op het elkaar aanspreken op gedrag, waardoor de deelnemers van elkaar kunnen leren. Ervaringen in de Verenigde Staten en Engeland wijzen op de bruikbaarheid van dit model binnen de gevangenis muren²⁷.

Tijdens de deelname aan het programma op de inkomstenafdeling kan middels observatie worden nagegaan of een gedetineerde voldoende is gemotiveerd voor participatie in een reïntegratietraject dat is gericht op toeleiding naar een therapeutische gemeenschap en of hij daartoe op grond van zijn psychische conditie in staat is.

25) In zijn advies van 2 april 2007 adviseert de Raad om de zorgcontinuïteit te verbeteren, bijvoorbeeld door de doorstroming naar de ggz, de verslavingszorg en de ambulante nazorg te optimaliseren.

26) In zijn advies van 2 april 2007 heeft de Raad de screening op psychische stoornissen in alle vormen van detentie als uitgangspunt voor goede zorg aan psychisch gestoorde gedetineerden geformuleerd.

27) Therapeutische gemeenschappen zijn o.a. de Breegweestee en Hoog Hullen van de Stichting Verslavingszorg Noord Nederland, Triple-Ex en de Emiliehoeve van de Parnassia Groep, De Hoop in Dordrecht en Arta in Zeist.

5.4 Stimuleren van motivatie en verantwoordelijkheidsbesef

De gemotiveerde deelnemers moeten meer worden ingezet voor de begeleiding van gedetineerden in het basisregime en op de inkomstenafdeling. Aldus kan gebruik worden gemaakt van de positieve invloed die deelnemers met een reïntegratietraject kunnen hebben op ongemotiveerde isd-ers. Daarbij merkt de Raad wel op dat ervoor gewaakt moet worden dat niet het tegengestelde gebeurt, namelijk dat deelnemers aan een traject gedemotiveerd raken door de omgang met ongemotiveerde medegedetineerden.

Verder moet het verantwoordelijkheidsbesef van de isd-ers met een reïntegratietraject sterker worden gestimuleerd. Deze gedetineerden zouden zich niet zonder gevolgen aan activiteiten en onderdelen van reïntegratietraject moeten kunnen onttrekken. De Raad stelt voor om maatregelen toe te passen die direct effect hebben op de dagelijkse leefsituatie van de gedetineerde.

5.5 Differentiatie en standaardisatie

Begeleiding en behandeling van verschillende subgroepen in de isd-inrichtingen vereisen meer regimaire voorzieningen en detentiemodaliteiten. In dit kader is hierboven al gewezen op de noodzaak van meer intramurale zorgvoorzieningen, zoals een i.b.a. of de FOBA. Daarnaast hecht de Raad belang aan aparte voorzieningen voor psychisch kwetsbare en verslaafde gedetineerden, zoals afdelingen met het karakter van een bijzondere zorgafdeling en een verslaafdenbegeleidingsafdeling. Het spreekt vanzelf dat ook voor de plaatsing in deze zorgvoorzieningen een gedegen en vroegtijdige diagnostiek nodig is.

Gestandaardiseerde reïntegratietrajecten, gedifferentieerd naar de behoeften van de verschillende subgroepen, geven de gedetineerden en het personeel meer duidelijkheid. Zij bieden een heldere doelstelling, zoals toeleiding naar de verslavingszorg of de ggz, en een vast aanbod van interventies. De gestandaardiseerde trajecten kunnen desgewenst nog worden aangevuld met trainingen die aansluiten op de individuele behoeften van gedetineerden. Op voorhand uitgewerkte trajecten bieden op deze manier meer duidelijkheid over het reïntegratietraject en de werkwijzen, zonder het beoogde maatwerk uit het oog te verliezen. Daarbij wordt geadviseerd om ook een reïntegratietraject dat gedetineerden voorbereidt op deelname aan een therapeutische gemeenschap en andere klinische voorzieningen voor verslaafden te ontwikkelen. Voor een goede overgang van de detentie naar de therapeutische gemeenschap zullen bij voorkeur behandelaars vanuit de kliniek bij het detentietraject moeten worden betrokken.

Meer in het algemeen adviseert de Raad om behandelaars van de zorginstellingen in te zetten bij de behandeling in het gevangeniswezen. Gedetineerden worden daardoor beter voorbereid op de extramurale behandeling en de nauwere samenwerking kan onbekendheid bij de zorginstellingen wegnemen.

5.6 Stabilisatieperiode

Een langere periode voor stabilisatie en selectie is cruciaal voor een beter verloop van het reïntegratietraject. De Raad stelt daarom voor om een standaardtermijn voor stabilisatie en selectie van minimaal drie maanden in te voeren. Deze periode kan worden gebruikt om de gedetineerde te beoordelen op en te selecteren voor plaatsing in de uiteenlopende regimes en zorgvoorzieningen. Voorts dient deze periode te

worden gebruikt voor een betere stabilisatie van gedetineerden met een minder ernstige vorm van verslaving of psychische stoornis. De stabilisatieperiode kan aldus bijdragen aan het verminderen van het aantal gedetineerden dat wordt teruggeplaatst uit een extramuraal zorgvoorziening omdat zij nog niet geschikt zijn voor deelname aan de behandelprogramma's in de klinieken.

5.7 Slotopmerking: verdere investering nodig ter legitimering van de maatregel

Doorvoeren van de voorgestelde aanpassingen vergt aanvullende investeringen en heeft aanmerkelijke personele en organisatorische consequenties. Zo is een investering in de competenties van het personeel vereist en moeten er meer detentiemodaliteiten en gestandaardiseerde reïntegratietrajecten worden gerealiseerd. De Raad acht deze investeringen niettemin noodzakelijk wil de isd-maatregel succesvol zijn en kunnen bijdragen aan structurele gedragsveranderingen bij veelplegers.

Daarbij wordt opgemerkt dat in principe alle gedetineerden met een langere vrijheidsstraf in de toekomst aan TR-trajecten kunnen deelnemen²⁸. Als de huidige uitvoering van de isd-maatregel niet wordt verbeterd, onderscheidt de maatregel zich hierdoor slechts weinig van de langere vrijheidsstraf. Door de isd-maatregel conceptueel aan te passen kan de maatregel zich in de toekomst beter legitimeren ten opzichte van de langere vrijheidsstraf.

5.8 Samenvatting van de aanbevelingen op conceptueel niveau

- onderscheid gedetineerden met een ernstige psychische stoornis van de overige gedetineerden. De gedetineerden met een ernstige psychische stoornis dienen direct te worden doorgeplaatst naar een psychiatrische zorginstelling. De overigen dienen met behulp van de RISc en verdiepingsdiagnostiek te worden onderscheiden in gedetineerden met een psychische stoornis en reguliere gedetineerden. De gedetineerden met een psychische stoornis dienen zo spoedig mogelijk na de stabilisatie door te stromen naar een zorgtraject;
- bied direct bij aanvang van de maatregel een dagprogramma dat de isd-ers aanspoort tot deelname aan activiteiten en programmaonderdelen;
- voer een stabilisatieperiode in van tenminste drie maanden;
- geef de gedetineerden meer verantwoordelijkheid, bij voorkeur met toepassing van principes uit de therapeutische gemeenschap;
- ontwikkel gestandaardiseerde reïntegratietrajecten, gedifferentieerd naar de behoefte van de verschillende subgroepen in de isd-inrichtingen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de reeds ontwikkelde trajecten van andere inrichtingen;

28) Het programma Terugdringen Recidive wordt op dit moment al in vijf pilot-inrichtingen uitgevoerd en wordt naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn landelijk geïmplementeerd. Alle onherroepelijk veroordeelde gedetineerden met een onvoorwaardelijk strafrestant van meer dan vier maanden detentie komen dan voor een TR-traject in aanmerking.

- zet behandelaars van zorginstellingen in tijdens de behandeling in detentie, zodat een vervolgbehandeling in een kliniek of therapeutische gemeenschap goed aansluit op de detentie;
- gebruik de kenmerken en eigenschappen van deelnemers op de reïntegratieafdeling voor het motiveren van gedetineerden in het basisregime of op de inkomstenafdeling, maar waak ervoor dat niet het tegenovergestelde effect optreedt;
- voer bij alle potentiële isd-ers al tijdens het voorarrest een verdiepingsdiagnose uit.

6. Aanbevelingen op operationeel niveau

Met verwijzing naar het regime beveelt de Raad de aan:

- de inrichtingen aan te zetten om beter uitvoering te geven aan het mentoraat;
- de inrichtingen te stimuleren om het personeel beter op te leiden voor de omgang met verslaafden en gedetineerden met psychische stoornissen, bijvoorbeeld door stages bij klinieken met psychotische patiënten, therapeutische gemeenschappen voor verslaafden en afdelingen voor patiënten met een combinatie van een ernstige psychische stoornis en verslaving;
- de inrichtingen middelen te bieden om personeel op hbo-niveau, zoals groeps werkers, aan te trekken en in overleg met de inrichtingen maatregelen te nemen om de uitstroom van gekwalificeerd personeel te beperken;
- met de inrichtingen de werkprocessen, taken en bevoegdheden voor het uitvoerende personeel meer inzichtelijk te maken;
- de methodiek van financiering voor door de reclassering verzorgde gedragsinterventies te veranderen, indien de interventies ten gevolge van financiële afspraken met de reclassering structureel komen te vervallen of langdurig worden uitgesteld.

Met verwijzing naar de zorg beveelt de Raad aan²⁹:

- de psychologische zorg te intensiveren, in het bijzonder door het aantal psychologen, psychiaters en psychiatisch verpleegkundigen uit te breiden. Dit geldt te meer als gedetineerden met (ernstige) psychische stoornissen niet direct worden geplaatst in een zorgtraject of externe zorgvoorziening;
- een betere registratie van psychische stoornissen te voeren, omdat een inventarisatie van de algemene zorgbehoefte van de isd-ers noodzakelijk is voor een passend zorgaanbod;
- de randvoorwaarden voor doorplaatsing naar zorginstellingen te verbeteren. De afspraken aangaande plaatsing in een zorginstelling, zoals ten aanzien van eventuele terugplaatsing, moeten aan de eisen van zorginstellingen tegemoet komen en onduidelijkheden over de financiering moeten worden weggenomen³⁰;
- in overleg met de ggz te regelen dat bij aanvang van de maatregel meer informatie van de zorginstellingen beschikbaar is;
- de inrichtingen te stimuleren om de deskundigheid van het psycho-medisch overleg bij beslissingen omtrent doorplaatsingen te betrekken.

29) Zie ook de standpunten en aanbevelingen hierover in het advies *Zorg gedetineerden met een psychische stoornis of verslaving* van 2 april 2007.

30) Uitvoering van de voorstellen van de commissie Houtman, inzake de overheveling van het zorgbudget voor de forensisch psychiatrie naar Justitie draagt naar het oordeel van de Raad al bij aan een verduidelijking van de financiering.

Met verwijzing naar de maatschappelijke reïntegratie beveelt de Raad aan:

- vanuit de inrichtingen de contacten met de kleine en middelgrote gemeenten structureel te intensiveren;
- in overleg met de lokale ketenpartners betere afspraken te maken over de beschikbaarheid van woningen en woonvoorzieningen voor de deelnemers in de extramurale fase en voor ex-isd-ers.

Met verwijzing naar de maatregel in het algemeen beveelt de Raad aan:

- de voorgenomen evaluatie van de maatregel tijdig uit te voeren.

Literatuur

Literatuur

- De Leon G., Melnick G., e.a., Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2000, p. 33-46.
- Ekelenburg, D.H. van, Past de ISD-maatregel in ons sanctiestelsel?, in: *Praktisch strafrecht*, Jordaans, Mevis en Wöretshofer (red.), Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2005.
- Jones M., Therapeutic communities old and new, *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 1979 6(2), p.137-149.
- Jones M., Synthesis: What is social learning?, in: *The process of change*, London: Routledge & Keagan Paul 1983.
- Kelk, C., *Nederlands detentierecht*, Deventer: Kluwer 2003.
- Kooijmans, T., Inrichtingen voor stelselmatige daders, in: *Detentie, gevangen in Nederland*, Muller en Vegter (red.), Alphen a/d Rijn: Kluwer 2005.
- Struijk, S., Het eerste bestaansjaar van de ISD-maatregel bekeken; een gretig gebruik door de rechtelijke macht of een zekere terughoudendheid, *Delikt & Delinkwent*, 8/67, p. 933-952.

Beleidsstukken en rapporten

- *Beleidskader Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders*, ministerie van Justitie, DSRS, Den Haag, juli 2004.
- *Bouwstenen van het programma Terugdringen Recidive*, ministerie van Justitie, DSRS, Den Haag, november 2002.
- *Draaiboek samenwerking Terugdringen Recidive 2005* (versie 2.0), DJI, Den Haag 2005.
- *Gedraginterventies voor veelplegers*, ministerie van Justitie, Den Haag, oktober 2004.
- *Gezondheidszorgvisie DJI*, DJI, Den Haag, 2006.
- *Implementatieplan ISD*, DJI, sector gevangeniswezen, Den Haag, december 2004.
- *Opvangen onder dwang, Procesevaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden*, Utrecht: Trimbos-instituut 2005.
- *Rapportage van de ontwerpfase van het project 'Verantwoorde medische zorg in penitentiaire inrichtingen en de organisatie daarvan'*, DJI, sector gevangeniswezen, Den Haag, december 2003.
- *RISc Gebruikersversie 1.0*, Adviesbureau Van Montfoort, Woerden, 2004.
- *Verbeterplan 'Aansluiting nazorg'*, ministerie van Justitie, DSP, Den Haag, november 2004.

RSJ-adviezen

- *Advies inzake de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (isd)*, RSJ, Den Haag, mei 2004.
- *Advies inzake het wetsontwerp over de bijkomende straf van plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders*, RSJ, Den Haag, februari 2003.
- *Zorg gedetineerden met een psychische stoornis of verslaving*, RSJ, Den Haag, 2 april 2007.

Kamerstukken

- *Kamerstukken II 2002/03*, 28 600 VI, nr. 8.
- *Kamerstukken II 2002/03*, 28 684, nr. 1.
- *Kamerstukken II 2003/04*, 28980 nr. 3, 4 en 5.
- *Kamerstukken I 2002/03*, 28 980 D.

Jurisprudentie

- Hoge Raad 31 mei 2005, AS9291
- Hof Arnhem 20 maart 2006, AV 6348
- Hof Arnhem 30 augustus 2006, AY 7665
- Hof Arnhem 23 oktober 2006, AZ0948
- Hof Arnhem 4 december 2006, AZ 4997
- Hof Leeuwarden 14 februari 2006, LJN AV 1871
- Rb Leeuwarden 19 mei 2005, LJN AT 9522
- Rb Utrecht 3 mei 2006, AW 8982
- Rb Rotterdam 2 juni 2006, LJN AV 6348
- Rb Amsterdam 16 juni 2006, AY 5613
- Rb Rotterdam 15 september 2006, AZ 0465
- RSJ 13 juli 2005, 05/1068/GA
- RSJ 18 oktober 2005, 05/1454/GA