

Samenvatting

Het kabinet Balkenende IV streeft naar vermindering van de criminaliteit en overlast in Nederland. Hierbij wordt ingezet op een persoonsgerichte aanpak van delinquenten, waarbij naast bestraffing wordt gezocht naar mogelijkheden om het gedrag zo te beïnvloeden dat ze na hun straf niet opnieuw de fout in gaan. Verslaafden krijgen bijvoorbeeld de mogelijkheid om in plaats van detentie deel te nemen aan een zorgtraject dat gericht is op gedragsbeïnvloeding. De reclassering ziet in dat geval toe op naleving van de voorwaarden. Om de aansluiting tussen straf en zorg te verbeteren beschikt het ministerie van Justitie sinds kort over een eigen budget voor het inkopen van zorg voor verslaafde justitiabelen. De inkoop richt zich in eerste instantie op de complexe groep justitiabelen met triple problematiek: problematisch druggebruik, psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap (LVG). Over deze groep is weinig bekend. Niet alleen bestaat er onduidelijkheid over de omvang, maar ook is het de vraag of het huidige zorgaanbod wel volstaat, of dat er aanpassing nodig is, respectievelijk dat wellicht een compleet nieuwe strategie ontworpen moet worden.

Dit onderzoek beoogt zicht te geven op deze groep. Het gaat om een *quick scan* waarvoor gebruik is gemaakt van meerdere informatiebronnen, teneinde de omvang van deze doelgroep, de kenmerken, de zorgbehoefte en het gewenste zorgaanbod in kaart te brengen. Eerst is de bestaande (Nederlandse) literatuur over de doelgroep en het gewenste zorgaanbod bestudeerd. Vervolgens zijn secundaire statistische analyses uitgevoerd op bestanden van eerder onderzoek en van scores van justitiabelen op de Risico Inschattingsschalen. Bovendien heeft een telefonische terreinverkenning plaatsgevonden om te achterhalen welke zorg op dit moment wordt aangeboden aan de doelgroep met triple problematiek. Hierbij zijn ook documenten over het zorgaanbod bestudeerd. Tot slot is een expertmeeting gehouden, waarin deskundigen uit diverse sectoren zich hebben gebogen over de inhoud die de zorg zou moeten hebben.

Het blijkt moeilijk om tot een schatting van de omvang van de groep justitiabelen met triple problematiek te komen. Dit heeft te maken met het feit dat de combinatie van problemen vaak onvoldoende is onderkend. Gedegen diagnostische informatie ontbreekt. De psychiatrische en de LVG-problematiek bij verslaafden zijn lange tijd verwaarloosd. Toch kan uit verschillende onderzoeken worden afgeleid dat grofweg 23 tot 52% van de justitiabelen kampt met problematisch druggebruik, dat 30 tot 65% van hen – grosso modo de helft – co-morbide psychiatrische problematiek kent, terwijl zo'n 15 tot 39% van de justitiabele druggebruikers een verstandelijke beperking zou kunnen hebben. Een analyse van beschikbare gegevens over gedetineerden leidt tot een grove inschatting dat 250 tot 1.150 gedetineerden in het gevangeniswezen verblijven die kampen met triple problematiek. Jaarlijks komt 920 tot 4.300 keer een persoon met triple problematiek het gevangeniswezen binnen. Dit kan een onderschatting zijn, vooral van de LVG-problematiek, die niet goed in beeld te brengen is. De experts wijzen erop dat druggebruik met name bij LVG-cliënten snel tot grote bijkomende problemen kan leiden onder andere vanwege hun sociale en psychische kwetsbaarheid.

De informatie over kenmerken van de groep justitiabelen met triple problematiek is evenmin exact. Volgens de literatuur en de experts heeft deze groep meestal ook problemen op het gebied van wonen en werken, relaties en financiën. Het criminele

verleden is doorgaans omvangrijk. De motivatie om zorg en begeleiding te ontvangen is vaak laag. Binnen de groep bestaan echter grote individuele verschillen. De zorgbehoefte geuit door de doelgroep zelf komt niet helemaal overeen met de zorgbehoefte zoals hulpverleners en onderzoekers die zien. Uit literatuur over justitiabele druggebruikers in het algemeen blijkt dat cliënten zelf vooral behoefte hebben aan praktische ondersteuning bij bijvoorbeeld huisvesting en financiën. Hulpverleners zien deze vorm van hulp als belangrijk middel om de cliënt te motiveren en om een vruchtbare context te creëren voor behandeling. De primaire zorgbehoefte ligt echter volgens hen bij de verslavings- en psychiatrische problematiek. De zorgdoelen zijn afhankelijk van de specifieke individuele problematiek.

In het gewenste zorgaanbod dienen volgens literatuur en experts de volgende elementen aanwezig te zijn. Ten eerste moet goede diagnostiek plaatsvinden in een vroeg stadium. Het instrumentarium moet aangepast zijn aan het niveau van de cliënten en aan de complexiteit van de problematiek. De diagnostiek zou ook regelmatig herhaald moeten worden om in te kunnen spelen op veranderingen. Ten tweede is een blijvende steunstructuur nodig, omdat een groot deel van de problematiek een chronisch karakter heeft. Ten derde moet er intensieve en continue begeleiding zijn, die door professionals, en deels ook door een beperkt aantal personen uit het netwerk van de cliënt geboden kan worden. Dit zou bijvoorbeeld conform de CRA-benadering (Community Reinforcement Approach) kunnen plaatsvinden. Het is ten vierde van belang om voortdurend aan te sluiten bij de motivatie en de mogelijkheden van de cliënten, bijvoorbeeld door de zorg zo aantrekkelijk mogelijk te maken en dagbesteding, sport en ontspanning te bieden. Het aanbod moet een 24 uurskarakter hebben, al dan niet intensief. Cognitieve gedragstherapieën met nadruk op vaardigheidstrainingen zouden onderdeel moeten uitmaken van het zorgaanbod. De LVG-problematiek vraagt bovendien om een aangepaste benadering waarbij van herhaling, visualiseren, oefenen, positief belonen en – afgaande op eerste signalen – nonverbale methoden gebruik wordt gemaakt. Ten vijfde is het belangrijk dat geïntegreerde zorg of behandeling wordt geboden, waarbij de verschillende problemen tegelijkertijd worden aangesproken. Bij voorkeur verblijven cliënten in aparte LVG-afdelingen. Tot slot dient er een 'achtervang' te zijn in het geval van een crisis of een terugval in middelengebruik, in de vorm van een crisisvoorziening.

Het huidige zorgaanbod is in dit licht niet toereikend. De kennis over de aanpak is zeer versnipperd en weinig gedocumenteerd. Wel is duidelijk dat her en der veel aanbod voor de doelgroep met triple problematiek wordt ontwikkeld, deels gericht op behandeling en deels op begeleiding. Verschillende bestaande vormen van interventie zijn of worden aangepast aan cliënten met triple problematiek. De aanpassing gebeurt vaak in een proces van 'trial and error'. Deze ontwikkeling is vooral gaande in de verslavingszorg, in de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten, de TBS-sector en de maatschappelijke opvang. Behandelaars hebben echter nog nauwelijks weet van deze ontwikkeling.

Enkele programma's zijn volgens de literatuur en experts veelbelovend. Die programma's zijn echter nog lang niet allemaal uitontwikkeld en het nog prille aanbod is veelal niet of nauwelijks onderzocht voor de LVG-doelgroep. Er zijn wachtlijsten. De financieringsstructuur en de wijze van indicatiestelling zijn niet afgestemd op een langdurige, brede en sectoroverstijgende aanpak.

Duidelijk is dat naast een zorg- en behandelaanbod ook langduriger woonvoorzieningen met 24 uursopvang of – in het geval van ambulante zorg – intensieve

begeleiding nodig zijn. Ook het proces van toeleiding vanuit de detentie naar de zorg vraagt om een zorgvuldige en intensieve benadering, omdat het gaat om een moeilijke groep die bekend staat als zorgmijgend. Duidelijk is dat een specifiek op de kenmerken van de doelgroep toegesneden aanbod nodig is. Hoewel de benodigde aanpassingen aanzienlijk zijn, zijn de experts van mening dat het bestaande aanbod hiervoor als uitgangspunt kan dienen.