



GGD Amsterdam

# OGGZ problematiek en nazorg bij Amsterdamse gedetineerden



**OGGZ problematiek en nazorg bij Amsterdamse  
gedetineerden**

Matty A.S. de Wit  
Menno W. Segeren  
Ewald J. Witteveen

Augustus 2012

# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1 Aanleiding onderzoek	3
<b>2 Methode</b>	<b>6</b>
2.1 Dataverzameling	6
2.2 Meetinstrumenten	8
2.3 Analyse	15
<b>3 Resultaten</b>	<b>17</b>
3.1 Basisbeschrijving gebruikte gegevensbronnen	17
3.2 Beschrijving onderzoeksgroep basismeting	19
3.3 Problematiek domeinen	24
3.4 Vergelijking groep met en zonder OGGZ problematiek	37
3.5 Subjectieve probleembeleving	39
3.6 Actuele en gewenste zorgkaders	40
3.7 Veldregie	47
3.8 Zorgbreuken	49
3.9 Redenen hulp-onderbreking	51
3.10 Aansluiting hulpverlening tijdens/na detentie	56
<b>4 Conclusie en discussie</b>	<b>69</b>
4.1 Beschrijving onderzoeksgroep	69
4.2 Aard en omvang OGGZ problematiek	70
4.3 Actuele en gewenste zorgkader en behandelgeschiedenis	71
4.4 Factoren zorgbreuken	73
4.5 Aansluiting hulp na detentie en rol MMD	76
4.6 Conclusies en aanbevelingen	77
Literatuurlijst en referenties	80
Dankwoord	82
Bijlagen	83

# 1. INLEIDING

## 1.1 Aanleiding onderzoek

In 2008 zijn gemeenten gestart met het organiseren van de nazorg aan (ex-) gedetineerden. Ook in Amsterdam is deze nazorg georganiseerd door de gemeente; door samenwerking tussen de Dienst Werk en Inkomen (DWI), de GGD, de Dienst Wonen, Zorg en Samenleven (WZS) en de Dienst Basisinformatie (DBI). Daarbij werken deze gemeentelijke diensten samen met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en de zorginstellingen. Het betreft een organisatie in wording die in de afgelopen jaren steeds efficiënter vorm heeft gekregen en in Amsterdam is ondergebracht in het Veiligheidshuis Amsterdam-Amstelland.

Deze nazorg heeft als doel ervoor te zorgen dat gedetineerden na ontslag uit detentie niet in een kansloze situatie op straat staan, maar voorzien zijn van een aantal basisvoorwaarden zoals een identiteitsbewijs, huisvesting, een inkomen en eventueel schuldsanering, een zorgverzekering en contact met hulpverlening. Omdat het een doelgroep betreft die vaak met meerdere problemen tegelijkertijd kampt, is het voor hen niet altijd mogelijk om zich eigenhandig van deze basisvoorwaarden te voorzien. Daarnaast dreigen deze basisvoorwaarden verloren te gaan tijdens detentie als hierop geen actie wordt ondernomen.

Om deze nazorg goed te organiseren zijn in de Penitentiaire Inrichtingen (PI) medewerkers maatschappelijke dienstverlening (MMD-er) actief, die de zorgvraag van gedetineerden inventariseren. Buiten de muren van de PI werken de verschillende diensten en zorginstellingen samen, op geleide van de inventarisatie van de MMD-er om de nazorg invulling te geven.

Om inzicht te krijgen in de zorgvraag van de Amsterdamse gedetineerden, en de mate waarin de nazorg momenteel tot stand komt, is het onderhavig onderzoek opgezet.

Omdat de populatie gedetineerden deels een kwetsbare groep betreft met problematiek op meerdere domeinen, wordt tevens inzicht verkregen in de mate waarin deze groep bekend is bij de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) in Amsterdam en de regievormen die voor deze doelgroep zijn ingericht (veldregie).

Er is wel informatie bekend over mate waarin de doelgroep voor de OGGZ en de veldregie gedetineerd raken. Van de daklozen (passanten) heeft circa de helft het afgelopen jaar in detentie gezeten [1]; onder de problematisch druggebruikers in methadonbehandeling is dit circa een derde [2]. Momenteel ontbreekt het echter aan informatie over de mate waarin gedetineerden juist tot deze doelgroepen behoren.

Eén van de doelstellingen van de organisatie van goede nazorg, is het terugdringen van recidive. Het ontberen van basisvoorwaarden na ontslag uit detentie maakt de kans dat iemand terug valt in crimineel gedrag groot. We zien dan ook dat van de gedetineerden circa 71% binnen 6 jaar recidiveert [3].

In de monitor nazorg detentie wordt jaarlijks een overzicht gegeven van de situatie voor en direct na detentie met betrekking tot de basisvoorwaarden en bestaande contacten met zorginstellingen [4]. Hierbij wordt echter geen inzicht verkregen in de onderliggende problematiek en zorgbehoefte van de gedetineerden. Dit onderzoek streeft ernaar om ook deze zorgbehoefte in kaart te brengen en deze te relateren aan de ingezette nazorg.

### **Situatie van gedetineerden bij aanvang van het onderzoek**

In de periode van 2009 tot 2012 werden jaarlijks circa 3000 Amsterdammers ontslagen uit een penitentiaire instelling (PI) waarvan ongeveer de helft korter dan een maand ingesloten is geweest. Bij deze korte insluitingen gaat het in ongeveer de helft van de gevallen om vervangende hechtenis vanwege boetevonnissen [5]. Ongeveer een kwart van de gedetineerden verwacht huisvestingsproblemen, een kwart had al geen regulier inkomen, de helft had forse schulden, een derde deed een beroep op de psycholoog van de PI. Het WODC heeft recent onderzoek uitgevoerd onder gedetineerden naar de situatie met betrekking tot inkomen, huisvesting en zorgbehoefte na ontslag uit detentie. Uit dit onderzoek blijkt dat 8% van deze onderzoekspopulatie op het moment van screening in detentie behoefte heeft aan lichamelijke, psychiatrische of verslavingszorg. De onderzoekers hebben echter veel aarzelingen bij de kwaliteit van de data op dit punt. Een oorzaak hiervoor ligt bij het inhoudelijke karakter van dit leefgebied; de MMD-ers zijn niet adequaat toegerust voor de inhoudelijke zorgverlening of het indiceren daarvan [4]. Ander onderzoek schatte dat tussen de 30-40% van de gedetineerden kampt met een drugsverslaving. Cijfers omtrent problematisch alcoholgebruik lopen sterk uiteen, maar overschrijden over het algemeen de 20% [6,7].

Vanuit meerdere bronnen is bekend dat onder gedetineerden veel psychiatrische en verslavingsproblematiek voorkomt. Daarnaast komt dit vaak voor in combinatie met lichamelijke problematiek. Onduidelijk blijft echter in hoeverre zorg voor deze gedetineerden met OGGZ-problematiek reeds georganiseerd is of in hoeverre deze zorg geïnitieerd zou kunnen worden [4].

Beleidsmatig is er in de stad Amsterdam interesse voor de werkingssfeer van de geïntegreerde voorzieningen van de afdeling MGGZ (Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg) van de GGD. Voor diverse doelgroepen zou hier een aanvullend zorgaanbod ontwikkeld kunnen worden, bijvoorbeeld voor chronisch alcoholverslaafden, verslaafden met een verstandelijke beperking, verslaafden of psychiatrische patiënten met ernstige gedragsstoornissen en/of persoonlijkheidsstoornissen.

Bovendien is MGGZ sterk in het omgaan met mensen met persoonlijkheidsproblematiek die in de reguliere zorg moeilijk te handhaven zijn. Gezien deze ontwikkelingen is het belangrijk zicht te hebben op de mate waarin onder gedetineerden een hulpbehoefte op dit gebied bestaat.

### **Onderzoeksvragen**

Dit onderzoek heeft tot doel de problematiek en het actuele zorgaanbod en zorgbehoefte binnen de groep gedetineerden in kaart te brengen. Daarbij ligt de nadruk op problematiek zoals die binnen de OGGZ wordt gezien (ontbreken van basisvoorwaarden (officieel adres, identiteitsbewijs, zorgverzekering), problematiek op sociale domeinen (huisvesting, dagbesteding, financiën, (lichte) verstandelijke beperkingen en eenzaamheid) en problematiek op medische domeinen (psychische en lichamelijke problematiek en problematisch middelengebruik).

De volgende vragen worden hierbij beantwoord:

1. Wat is de aard en omvang van OGGZ-problematiek onder gedetineerden?
2. Wat is het actuele en gewenste zorgkader en wat is de behandelvoorgeschiedenis van deze groep?
  - a. Welke factoren van zorg en van cliënt hebben er aan bijgedragen dat de hulpverlening is beëindigd?
  - b. Welke reguliere hulp kan worden geboden, hoe kan de hulp worden verbeterd, hoe kan de aansluiting op de hulpverlening worden verbeterd c.q. hersteld?
3. Hoe verloopt de aansluiting op de hulpverlening in de praktijk na ontslag uit detentie bij specifieke subgroepen?

## 2. METHODE

### 2.1 Dataverzameling

De data die voor het onderzoek worden gebruikt zijn afkomstig van verschillende informatiebronnen en meetmomenten. De basis wordt gevormd door interviewdata, verkregen aan de hand van een gestructureerde vragenlijst die is afgenomen onder respondenten die in de periode februari-augustus 2010 gedetineerd waren in de Amsterdamse Penitentiaire Inrichtingen (PI) Havenstraat en Over-Amstel.

De inclusie-criteria op basis waarvan een gedetineerde in aanmerking kwam voor deelname aan het onderzoek waren: recht op zorg in Amsterdam (geoperationaliseerd als legaal in Amsterdam verblijvend, gedurende tenminste twee jaar). Hiernaast moest de verwachte detentieduur tussen twee weken en een half jaar zijn. De keuze voor een minimale detentieduur van twee weken is gemaakt om het haalbaar te maken de gedetineerde in zijn detentieperiode te interviewen. De maximale duur van 6 maanden was nodig om ervoor te zorgen dat ook de nameting (minimaal één maand na ontslag uit detentie) nog binnen de onderzoeksperiode viel. PI Havenstraat en PI Over-Amstel zijn huizen van bewaring. De respondenten zijn hierdoor veelal gedetineerden in voorarrest.

Gedetineerden die in de periode van dataverzameling de PI's binnenkwamen ontvingen een folder waarin werd aangekondigd dat zij mogelijk konden worden opgeroepen voor het onderzoek. Wekelijks werd via de medische dienst binnen de PI een lijst geleverd van alle gedetineerden die in de afgelopen week in de PI waren binnengekomen en aan de inclusiecriteria voldeden. Interviewers riepen aan de hand van deze lijst de gedetineerden op om deel te nemen aan het onderzoek. Na een toelichting op het onderzoek werd gedetineerden gevraagd een informed consent formulier te ondertekenen. Een interview duurde gemiddeld 1 uur. Respondenten werden meerdere keren opgeroepen als zij niet kwamen. De interviews vonden plaats in het Nederland of Engels (een enkele in het Spaans als de interviewer deze taal beheerste). De interviewers waren studenten psychologie, die vooraf getraind waren in het gebruik van de vragenlijst.

Na afronding van het interview werd aan respondenten toestemming gevraagd om de informatie uit het interview te verrijken met informatie uit verschillende registratiesystemen, zoals de GBA (Gemeentelijke Basisadministratie), informatie van de veldregie, en informatie uit het DPAN (Digitaal Platform Aansluiting Nazorg).

Tenslotte werd respondenten gevraagd om een maand na hun ontslag contact op te nemen voor een vervolg-interview. Ook werd de respondenten gevraagd contactgegevens te vermelden, zodat de onderzoekers hen nogmaals konden benaderen voor een afspraak voor het vervolg-interview. Respondenten die niet uit eigen beweging contact opnamen zijn door de onderzoekers actief herbenaderd (maximaal 3 pogingen), mits hier toestemming voor was verleend.

De vervolg-interviews vonden in principe plaats op het kantoor van de GGD. Uitzondering hierop vormden de interviews met gedetineerden die na een vrije periode van tenminste twee weken weer opnieuw gedetineerd waren. In die gevallen werd ook het vervolg-interview in detentie afgenomen.

In dit tweede interview werd de situatie van respondenten op alle domeinen een maand na detentie en ontwikkelingen hierin sinds ontslag uit detentie opnieuw uitgevraagd. De reden voor het laten verstrijken van minimaal een maand tussen ontslag uit detentie en het houden van het vervolg-interview was de verwachting dat na een maand duidelijk zou zijn of de eventueel ingezette hulpverlening daadwerkelijk van start was gegaan.

Respondenten die in het verleden zorgverlening hadden gehad, maar bij wie deze was geëindigd zonder dat de behandeling was afgerond, werd gevraagd of zij bereid waren deel te nemen aan een aanvullend kwalitatief interview. Bij een selectie van 31 personen is een kwalitatief interview afgenomen. Hierbij lag de nadruk op zorgbreuken in het verleden, onderliggende redenen hiervoor en mogelijke verbeteringen in de zorg. Deze kwalitatieve interviews zijn ook uitgevoerd in detentie en het was niet toegestaan deze op te nemen. Tijdens het interview zijn aantekeningen gemaakt, die direct na afronding werden uitgewerkt tot een verslag. De interviews zijn gehouden en uitgewerkt door de kwalitatief onderzoeker.

Respondenten kregen 25 euro per geslaagd interview. Deze beloning werd pas uitbetaald na ontslag uit detentie. Bij deelname aan zowel het interview in detentie, het vervolg-interview als aan het kwalitatieve interview ontvingen de respondenten dus 75 euro.

### **Registratiedata**

Registratiedata zijn alleen opgezocht van respondenten die hier toestemming voor hadden gegeven. In het digitale platform aansluiting nazorg (DPAN) is opgezocht welke zorgbehoefte de Medewerker Maatschappelijke Dienstverlening (MMD-er) had geïnterpreteerd en welke actie de MMD-er had ondernomen. Tenslotte is in de registratiesystemen van de GGD Amsterdam die betrekking hebben op de OGGZ, GINO en Trajectus, opgezocht of gedetineerden al dan niet een trajectplan hadden in het kader van de veldregie en of zij al eerder bij GGD Vangnet&Advies en/of de methadonbehandeling van de GGD in beeld waren gekomen.

### **Dataverrijking en controle**

Voor de beschrijving van de demografische kenmerken van de onderzoeksgroep en de sociale (hulp) en medische (zorg) problematiek is gebruik gemaakt van de informatie uit het eerste interview, gehouden tijdens detentie. Deze informatie is verrijkt met informatie van DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen) over detentieduur en met informatie van de Geïntegreerde Voorzieningen van de GGD Amsterdam over methadonbehandeling.



Continuïteit van problematiek en aansluiting van zorg / hulp is beschreven aan de hand van informatie uit beide interviews (hoofdstuk 3.10). Aangezien zowel in het eerste als in het tweede interview is gevraagd naar de situatie van voor detentie zijn deze gegevens met elkaar vergeleken. Tijdens de analyses bleek het voor te komen dat informatie van de twee meetmomenten tegenstrijdigheden bevatten.

Als voorbeeld; een respondent gaf in het interview in detentie aan (net) voor detentie dakloos te zijn, en voornamelijk in de nachtopvang te slapen. In het vervolginterview, echter, gaf dezelfde respondent aan voor detentie zelfstandig (bij vrienden) te wonen, en dat hij na detentie kon terugkeren naar de huisvesting van voor detentie.

Alleen in die gevallen waar informatie uit de interviews tegenstrijdig was, is informatie uit de registratiesystemen geraadpleegd (indien toestemming) om helderheid over de data te verkrijgen. Waar mogelijk zijn de data verrijkt en gevalideerd met informatie uit het DPAN. Indien alle drie de bronnen (de twee interviews en DPAN) tegenstrijdige informatie bevatten en er geen aanwijzingen waren voor een grotere betrouwbaarheid van één van de bronnen (bijvoorbeeld contact door de MMD-er met de woonvoorziening, of met de zorgverzekeraar) is de situatie als “onbekend” gescoord.

## **2.2 Meetinstrumenten**

In de vragenlijst zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

- Sociaal-demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, etniciteit, duur in Amsterdam, samenstelling huishouden);
- Justitiële voorgeschiedenis (eerdere veroordeling, totale detentietijd)
- Ontbreken van basisvoorwaarden: officieel adres, identiteitsbewijs, zorgverzekering, tandarts;
- Problematiek op sociale domeinen: huisvesting, dagbesteding, financiën, LVB (lichte verstandelijke beperkingen) en eenzaamheid;
- Problematiek op medische domeinen: psychische gezondheid, lichamelijke gezondheid en (problematisch) middelengebruik;
- Zorggebruik en zorgbehoefte per probleem domein (huidig en verleden, redenen hulp-onderbreking, subjectieve hulpbehoefte).

### **2.2.1 Ontbreken basisvoorwaarden**

De keuze voor de basisvoorwaarden die zijn gemeten, is vooral gebaseerd op de focus van de inspanning van het nazorg detentieteam, te weten een identiteitsbewijs, een zorgverzekering en een officieel adres (een inschrijving in het bevolkingsregister is vaak een voorwaarde voor veel andere basisvoorzieningen).

### **2.2.2 Problematiek op sociale domeinen**

Bij de indeling van deze domeinen is er naar gestreefd zo veel mogelijk de indeling te volgen van de interventies die gericht zijn op problematiek op deze domeinen. Voor financiën is zowel inkomenssituatie, budgettering als het hebben van schulden uitgevraagd. Voor huisvesting is een onderscheid gemaakt tussen zelfstandige en begeleide huisvesting, en feitelijke of residentiële dakloosheid. Dagbesteding is onderverdeeld naar betaald werk, scholing, of een dagbestedingstraject/vrijwilligerswerk.

#### **Lichte verstandelijke beperking**

Een directe meting van eventuele aanwezigheid van een lichte verstandelijke beperking (LVB) bleek niet mogelijk te zijn. LVB-problematiek wordt doorgaans op basis van twee indicatoren aangetoond; verminderd intellectueel functioneren (vaak op basis van een intelligentietest) in combinatie met verminderd sociaal aanpassingsvermogen (veelal op basis van proxy metingen, d.w.z. een evaluatie van iemands sociaal aanpassingsvermogen door een persoon (vertrouweling) uit de nabije omgeving) [8]. In een detentie-situatie is het niet of nauwelijks mogelijk om deze proxy metingen uit te voeren. Er zijn simpelweg geen personen in een PI aanwezig die een gedetineerde goed genoeg kennen of met wie een gedetineerde een dermate goed gefundeerde vertrouwensrelatie heeft waardoor een betrouwbare proxy meting verkregen kan worden.

Indicaties van LVB zijn hierom geprobeerd aan te tonen op basis van een aantal meer indirecte indicatoren:

1. Nooit een opleiding hoger dan LBO of VBO gestart in combinatie met het doubleren van klassen in het lager onderwijs en/of het gevolgd hebben van speciaal onderwijs. Hierbij moet worden opgemerkt dat respondenten die niet in Nederland zijn geboren, en die ouder dan 18 jaar waren ten tijde van hun immigratie, niet zijn meegenomen wat betreft het gevolgd hebben van speciaal onderwijs.
2. Bij een aantal respondenten is tijdens het vervolg-interview een intelligentietest afgenomen, de RAVEN-SPM (Raven Short Procedural Matrices) [9]. Deze test is gekozen omdat het een taalvrije intelligentietest is, die in relatief korte tijd kan worden voltooid. De test bestaat uit 28 opgaven die observatie en logisch denkvermogen meten door de respondenten ontbrekende patronen te laten aanvullen. Aangezien er, op het moment van afname, nog geen Nederlandse normgroepen voorhanden waren is een Engelse normgroep van werkende volwassenen gebruikt voor de berekening van percentielscores. De gevonden percentielscores zijn omgerekend naar IQ-scores. Door het ontbreken van een relevante Nederlandse normgroep is er geen zekerheid over de representativiteit van de gehanteerde normscores voor onze gedetineerden populatie.
3. De interviewers is gevraagd te rapporteren in hoeverre zij indicaties hadden om LVB bij gedetineerden te vermoeden en wat deze indicaties waren.

Deze drie maten worden elk apart gepresenteerd. Daarnaast is, om meer inzicht te bieden in de betrouwbaarheid van de verschillende indicatoren, de relatie tussen de verschillende maten aangegeven (zie bijlage 1).

### **Eenzaamheid**

Eenzaamheid is vastgesteld op basis van zowel de subjectieve eenzaamheidsbeleving als de, meer objectieve, omvang van het sociaal netwerk van de respondent (het aantal personen met wie de respondent een regelmatig en belangrijk contact heeft en de frequentie van het contact).

De subjectieve beleving van eenzaamheid is gemeten met de verkorte eenzaamheidsschaal van De Jong - Gierveld [10]. Deze schaal meet op basis van 6 items in hoeverre de bestaande sociale contacten van respondenten voldoen aan hun behoefte aan sociale contacten. Respondenten konden aangeven (vijf antwoordcategorieën; *Nee!* (1), *min of meer* (3) tot *Ja!* (5)) of zij vonden dat een stelling op hen van toepassing is. De totaalscore varieert van 6 tot 30. Voor de vergelijking van het voorkomen van eenzaamheid onder Amsterdamse mannen worden scores omgerekend (*Nee!* = 0, *min of meer* en *Ja!* = 1) en worden de afkappunten 2 voor matige en 5 voor (zeer) ernstige eenzaamheid gehanteerd.

Ook is met behulp van deze schaal een onderscheid gemaakt tussen emotionele eenzaamheid (het gemis van een intieme relatie of een emotioneel hechte band met een ander) en sociale eenzaamheid (het gemis van betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen, zoals kennissen en collega's).

De omvang van het sociale netwerk is ingedeeld in twee categorieën, waarbij 0 of 1 contact tot een klein netwerk worden gerekend en 2 of meer contacten tot een groot netwerk.

### **2.2.3 Problematiek op medische domeinen**

#### **Psychiatrische problematiek**

Diagnostiek in de psychiatrie wordt volgens de DSM-IV-TR [11] op 5 assen weergegeven, waarbij op as 1 de klinische stoornissen worden weergegeven en op as 2 de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid. Voor de as 1 stoornissen zijn twee screeners gebruikt: de Kessler Psychological Distress Scale (K10) en de Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS). Voor het meten van persoonlijkheidsstoornissen (as 2) is een diagnostisch instrument gebruikt, de Structured Clinical Interview for DSM IV-TR (SCID II). Assen 3-5 zijn niet vastgesteld.

#### *De K10*

De K10 meet psychologische onrust/stress. De vragen van deze screener hebben met name betrekking op depressieve symptomen [12]. De test bestaat uit tien (Likert-type) vragen (*hoe vaak voelt u zich...* met vijf antwoordcategorieën (variërend van *nooit* (1) tot *altijd* (5)). De scores op de verschillende vragen worden opgeteld tot een totaalscore. In dit onderzoek is een afkappunt van 22 gekozen om het onderscheid te kunnen maken tussen respondenten waarbij er géén risico en respondenten waarbij er wél een risico aanwezig is op het hebben van een angststoornis of depressie [13].

### *De BJMHS*

De BJMHS is een screener is voor psychiatrische problematiek. Het is geen diagnostisch instrument (zoals de SCID dat bijvoorbeeld wel is). De BJMHS is ontwikkeld als screeningsinstrument om van gedetineerden die 'nieuw binnenkomen' snel (de BJMHS kan binnen drie minuten worden afgenomen) te kunnen beoordelen of een doorverwijzing naar een psychiater voor een meer uitgebreid psychiatrisch onderzoek nodig is. Doormiddel van een korte vragenlijst (met "ja/nee" vragen, in totaal 8 items) worden symptomen van psychotische stoornissen (2 items), bipolaire stoornissen (2 items) en depressieve stoornissen (2 items) gemeten. De overige twee items vragen naar actueel gebruik van psychotrope medicatie (medicatie die invloed heeft op het gedrag en/of de beleving van de gebruiker) voorgeschreven door een arts en naar een hospitalisatieverleden in verband met emotionele of psychische problemen.

De BJMHS is gevalideerd, bij mannen geeft het voor 74% een correcte voorspelling van de aanwezigheid van een psychiatrische diagnose, zoals gemeten met een diagnostisch instrument [14]. Ook kent de BJMHS een hoge mate van sensitiviteit (proportie van correct geïdentificeerde 'positieve' respondenten) en specificiteit (proportie van correct geïdentificeerde 'negatieve' respondenten) [14,15]. Daarnaast blijken de resultaten van de BJMHS redelijk te correleren met de resultaten van de K10, zoals beschreven in bijlage 2.

Als op de eerste 6 items (psychotische, bipolaire en depressieve stoornissen) minimaal twee keer positief wordt gescoord en/of op minimaal één van de twee overige vragen, wordt een positieve BJMHS score geregistreerd.

Enige voorzichtigheid in verband met het doen van uitspraken over de aanwezigheid van psychiatrische problematiek in onze onderzoeksgroep, op basis van de BJMHS, lijkt echter wel geboden. Deze voorzichtigheid is met name gestoeld op drie specifieke items:

- de vraag naar gewichtsschommeling;
- de vraag naar recente gevoelens van schuld of gevoelens van nutteloosheid;
- de vraag naar actueel gebruik van psychotrope medicatie.

De vraag naar gewichtsschommeling is, net als de vraag naar recente gevoelens van schuld of het zich nutteloos voelen, in de BJMHS opgenomen als symptoom van een depressieve stoornis. Een deel van de gedetineerden rapporteerde echter expliciet dat hun gewichtsschommeling te wijten was aan het nieuwe kader van de gevangenis, wat betreft eten en beweging. Hier staat tegenover dat het interview (inclusief de BJMHS) in detentie vaak al vroeg in de detentieperiode (rond dag 10) is afgenomen en gewichtsschommelingen als gevolg van een veranderd dieet of lichaamsbeweging door de respondent zelf nog niet in die mate aanwezig zijn dat zij ook perse zijn opgemerkt.

Gevoelens van schuld en het gevoel nutteloos te zijn kunnen andere oorzaken hebben dan een achterliggende psychiatrische stoornis, zeker in een setting waarin mensen afgezonderd zijn van de rest van de wereld en een straf uitzitten voor het plegen van een delict.

Hiernaast is zorgvuldigheid geboden met betrekking tot het (eventuele) gebruik van, door de respondenten zelf gerapporteerde, medicatie. Er kan niet zondermeer van worden uitgegaan dat genoemde medicijnen allen onder de categorie psychotrope medicatie vallen (en daarmee tot een positieve BJMHS-score zouden moeten leiden). Van de door de gedetineerden zelf genoemde medicijnen zal daarom worden nagegaan of het inderdaad om psychotrope medicatie gaat (zie bijlage 2, tabel 9.4).

Ondanks bovengenoemde punten is ervoor gekozen psychiatrische problematiek in onze onderzoeksgroep aan te tonen met behulp van de BJMHS. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat deze screener speciaal is ontwikkeld voor gebruik in detentie, het instrument goed gevalideerd is en een breder scala aan psychiatrische symptomen meet dan de K10.

In de resultaten sectie van dit onderzoek zullen de uitkomsten van de BJMHS meer uitgebreid gerapporteerd worden (bijlage 2) dan de uitkomsten van andere in de vragenlijst opgenomen screeners. De dichotome eindmaat van de BJMHS wordt in dit onderzoek wel aangehouden om, bij een positieve BJMHS-score, te spreken van een vermoeden van de aanwezigheid van psychiatrische problematiek.

#### *De SCID-II*

De SCID-II is een diagnostisch instrument voor het vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen [16]. In dit onderzoek zijn (uit de drie clusters die de DSM-IV-TR onderscheidt [11]) zes specifieke persoonlijkheidsstoornissen geselecteerd. De keuze voor het meten van deze persoonlijkheidsstoornissen is gebaseerd op de prevalentie binnen de OGGZ-populatie [2]. Hiervoor zijn gedetineerden in totaal 68 vragen voorgelegd, die elk met "ja" of "nee" beantwoord konden worden.

De volgende persoonlijkheidsstoornissen zijn geïnccludeerd:

*Cluster A* (vreemd of excentriek gedrag):

- paranoïde persoonlijkheidsstoornis (8 items, 4 keer of vaker "ja" = stoornis)

*Cluster B* (theatraal, emotioneel of grillig gedrag)

- theatrale persoonlijkheidsstoornis (8 items, 5 keer of vaker "ja" = stoornis)
- narcistische persoonlijkheidsstoornis (17 items, 5 keer of vaker "ja" = stoornis)
- borderline persoonlijkheidsstoornis (15 items, 5 keer of vaker "ja" = stoornis)
- anti-sociale persoonlijkheidsstoornis (12 items, 4 keer of vaker "ja" = stoornis)

*Cluster C* (gespannen of angstig gedrag)

- afhankelijke persoonlijkheidsstoornis (8 items, 5 keer of vaker "ja" = stoornis)

### **Lichamelijke problematiek**

Op het domein van lichamelijke gezondheid zijn zowel algemene ervaren gezondheid gemeten (de mate waarin mensen last hebben van lichamelijke klachten) als de mate waarin het fysiek functioneren beperkt wordt door hun gezondheid. Hiervoor zijn twee schalen uit de Rand SF-36 Health Survey [17] gebruikt: *algemene gezondheid* en *fysiek functioneren*. Daarnaast is gevraagd in hoeverre respondenten in de afgelopen maand last hebben gehad van lichamelijke klachten.

De subschaal *algemene gezondheid* vraagt respondenten naar de eigen beleving van hun gezondheidstoestand (antwoordcategorieën: (1) *uitstekend* tot (5) *slecht* (samengevoegd: (1-3) uitstekend tot goed en (4-5) matig tot slecht). De vraag hoe respondenten hun gezondheid beoordelen ten opzichte van één jaar geleden (antwoordcategorieën: (1) *nu veel beter* tot (5) *nu veel slechter*) is samengevoegd tot beter, hetzelfde, slechter. Ook is gevraagd naar de mate van last van lichamelijke klachten in de afgelopen 30 dagen ((1) *helemaal niet* tot (5) *erg veel*).

De subschaal *fysiek functioneren* meet op basis van 10 items (antwoordcategorieën: (1) *ernstig beperkt* tot (3) *niet beperkt*) de mate van beperking bij de uitvoering van dagelijkse bezigheden (zoals: 'tillen/ boodschappen dragen', 'een paar trappen oplopen' en 'buigen, knielen of bukken'). Het gehanteerde afkappunt waarmee aangegeven wordt of iemand fysiek minder functioneert is 100. Dus iedereen met een score lager dan het maximum van 100 wordt in dit onderzoek beschouwd als beperkt in zijn fysiek functioneren.

### **Problematisch middelengebruik**

Gedetineerd is gevraagd naar hun alcohol en drugsgebruik en de frequentie hiervan. Binnen drugsgebruik is onderscheid gemaakt tussen cannabisgebruik, opiaatgebruik (heroïne, methadon (op straat) en andere opiaten), cocaïnegebruik (crack/gekookte (base)coke en cocaïne/snuifcoke), gebruik van stimulantia, ecstasy, sedativa en van andere middelen.

#### *Alcohol*

Problematisch alcoholgebruik is uitgevraagd op basis van de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [18]. De AUDIT is ontwikkeld door de WHO (World Health Organisation) voor gebruik in de eerstelijns zorg en bestaat uit 10 items die vragen naar frequentie van alcoholgebruik en hoeveelheid van inname. Hiernaast worden ook afhankelijkheids-/probleemkenmerken van alcoholgebruik (o.a. niet meer kunnen stoppen met drinken, niet meer kunnen voldoen aan (alledaagse) verwachtingen en schuldgevoelens en/of zelfverwijt over drankgebruik) gemeten.

Op basis van de somscore op deze 10 items worden respondenten met een score van 10 of hoger (range = 0 tot 30) geïdentificeerd als problematisch alcoholgebruikers. Een afkappunt van 8 wordt aanbevolen voor een zo hoog mogelijk sensitiviteit voor alle problematische consequenties van alcoholgebruik. Een strenger afkappunt (zoals 10) biedt een hogere specificiteit en bovendien een sterkere indicatie voor het ontstaan van sociale problemen ten gevolge van gevaarlijk en schadelijk alcoholgebruik naast mogelijke afhankelijkheid [19]. In dit onderzoek is het strengere afkappunt van 10 aangehouden voor de identificatie van problematisch alcoholgebruik.

### *Cannabis en andere (hard)drugs*

Problematisch gebruik van cannabis en harddrugs is gebaseerd op de frequentie van gebruik. Voor cannabis is daarbij de grens gelegd bij tenminste dagelijks gebruik als problematisch. Voor opiaten is alle gebruik geclassificeerd als problematisch vanwege de sterk verslavende werking van opiaten. Voor cocaïnegebruik is tenminste 4 dagen per week gebruik geclassificeerd als problematisch, om daarmee de mensen die alleen in het weekend gebruik te excluseren (analoog aan de Amsterdamse cohortstudies onder druggebruikers) [20].

Onder opiaten zijn alleen illegale opiaten gerekend (heroïne en methadon die op straat gekocht worden). Daarnaast is op basis van de registraties bepaald in hoeverre respondenten actueel (in 2010) in methadonbehandeling zijn. Alle personen die illegale opiaten gebruikten of in methadonbehandeling waren zijn geclassificeerd als problematisch opiaatgebruiker.

Gebruik van andere middelen, zoals stimulantia, ecstasy en sedativa is niet nader onderverdeeld in problematisch en incidenteel gebruik omdat het aantal gebruikers van deze middelen in de onderzoeksgroep gering was.

Alle personen die scoorden op problematisch gebruik van opiaten, cocaïne, cannabis of alcohol zijn geclassificeerd als problematisch middelengebruiker.

### **2.2.4 Normatieve en subjectieve zorgbehoefte**

Normatieve zorgbehoefte is vastgesteld op basis van de bovenstaande probleem domeinen. Daarbij is problematiek als volgt gedefinieerd:

- basisvoorwaarden: ontbreken van basisvoorwaarden;
- huisvesting: feitelijke dakloosheid (slaapt op straat of in nachtopvang);
- financiën: geen inkomen en/of schulden hebben;
- dagbesteding: geen enkele vorm van (formele) dagbesteding hebben;
- eenzaamheid: subjectieve beleving van eenzaamheid;
- (lichte) verstandelijke beperkingen;
- (vermoeden van) psychiatrische problematiek: positieve score op de BJMHS;
- lichamelijke problematiek: (enigszins) beperkt in het lichamelijk functioneren;
- problematisch alcoholgebruik: score van 10 of hoger op de AUDIT;
- problematisch druggebruik (problematisch heroïne, cocaïnegebruik of cannabisgebruik).

Subjectieve zorgbehoefte is vastgesteld door de gedetineerde te vragen aan te geven welke domeinen als problematisch worden ervaren. Daarnaast is van elk domein de tevredenheid met de situatie uitgevraagd (ongeacht het hebben van een normatief probleem) op het betreffende domein en of er behoefte bestond aan ondersteuning.

### 2.2.5 Zorggebruik

Zorggebruik is uitgevraagd per (probleem)domein. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen ooit hulp of ondersteuning hebben gehad en actuele hulp of ondersteuning. Indien sprake was van een beëindiging van een zorgtraject is uitgevraagd wat hier de reden voor was. Redenen voor beëindiging hulp of ondersteuning zijn onderverdeeld in “geen hulp meer nodig” volgens respondent of behandelaar, “deze vorm van hulp werkt niet” volgens respondent of behandelaar, “conflict met behandelaar”, of externe factoren (zoals detentie).

Een zorgbreuk is gedefinieerd als het eenzijdig beëindigen van hulpverlening door de respondent of beëindiging door een conflict met de behandelaar.

Zorggebruik en met name zorgbreuken zijn nader onderzocht in het kwalitatieve interview.

## 2.3 Analyse

### *Analyse kwantitatieve data*

Alle analyses zijn beschrijvend. De demografische en justitiële kenmerken van de groep worden afgezet tegen gegevens over de gehele gedetineerden populatie in Nederland en, indien bekend, tegen de populatie Amsterdamse mannen op basis van de Amsterdamse gezondheidsmonitor 2008 [21]. Deze vergelijkingen geven een beeld van de mate waarin de onderzoekspopulatie representatief is voor alle gedetineerden (in Nederland) en de mate waarin gedetineerden afwijken van de algemene (volwassen mannen) populatie in Amsterdam.

### *Analyse kwalitatieve data*

Om inzicht te krijgen in de onderbrekingen van de hulpverlening bij de deelnemers worden semi-gestructureerde diepte-interviews afgenomen met behulp van een itemlijst. Deze itemlijst werd na een literatuurstudie en brainstormsessie opgesteld en als leidraad voor het interview gebruikt. Tijdens het inleidende deel van het interview werd een inventarisatie gemaakt van de problemen vlak vóór detentie en werd stil gestaan bij de ooit ontvangen hulp. Vervolgens werd ingegaan op de redenen voor de onderbreking met/van deze hulpverlening.

De gedetineerden werd gevraagd vrijuit te spreken en de interviews duurden ongeveer één uur. Aangezien opname van de gesprekken niet mogelijk was werden er tijdens de interviews aantekeningen gemaakt. Na afloop werden deze aantekeningen uitgewerkt tot een samengevat transcript.

Elk transcript is geanalyseerd met behulp van de gefundeerde theoriemethode zoals beschreven door Glaser en Strauss [22]. Hierbij komt men tot een algemene regel op grond van een aantal specifieke waarnemingen. In plaats van theorietoetsend (deductie) is deze methode juist gericht op het ontwikkelen van theorie (inductie) middels directe analyse van de data. Tijdens de analyse van het transcript koppelt de onderzoeker codes aan de verschillende antwoorden op de onderzoeksvraag met behulp van een computerprogramma voor kwalitatieve analyse (Maxqda).



Op dergelijke wijze werd een vaste code toegekend aan bijvoorbeeld alle stukjes transcript betreffende 'problematiek vóór detentie', 'ontvangen hulpverlening' of 'hulp-onderbreking'. De verschillende soorten hulp-onderbreking kregen bovendien een afzonderlijke code. Alle mogelijke antwoorden op de onderzoeksvraag werden op deze wijze gecodeerd. Tijdens de tweede fase van de analyse werden alle stukjes transcript met dezelfde code aan elkaar 'geplakt' en werd gekeken naar de kern van de overeenkomst. Om een zo hoog mogelijke graad van intersubjectiviteit te bereiken werd gebruik gemaakt van een medecodeur.

## 3. Resultaten

### 3.1 Basisbeschrijving van de gebruikte gegevensbronnen

#### De basismeting: het interview tijdens detentie

Van februari tot augustus 2010 zijn respondenten geworven in de Amsterdamse penitentiaire inrichtingen (PI's) Over-Amstel en Havenstraat. In totaal kwamen 397 gedetineerden in deze periode in aanmerking voor deelname aan het onderzoek, waarvan er 359 zijn benaderd. Van deze groep wilde 26% niet deelnemen, 7% sprak geen Nederlands of Engels en 2% had een andere reden om niet mee te kunnen doen.

Van de 237 gedetineerden die zijn geïnterviewd (66% respons), bleken nog 27 respondenten niet tot de doelgroep te behoren, resulterend in een onderzoeksgroep van 210 gedetineerde mannen uit de PI's Havenstraat en Over-Amstel, die minimaal 2 weken gedetineerd waren en een geschatte detentieduur van maximaal 6 maanden hadden, legaal in Nederland waren, en een binding met Amsterdam hadden (tenminste 2 jaar woonachtig in Amsterdam) (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1 *Respons*

	<i>n</i>	%
Totaal op lijst	397	
Niet benaderd	38	
Binnen doelgroep	359	100,0
Respons	237	66,0
Non-respons;	124	
wilde niet	93	25,9
taalproblemen	24	6,7
anders	7	1,9
Respons	237	
geen legale status	10	
< 2 jaar in Amsterdam	17	
Onderzoeksgroep	210	

### **De vervolgmeting: het interview tenminste een maand na ontslag uit detentie**

Van de 210 respondenten hebben er 100 (48%) tevens aan het vervolg-interview deelgenomen.

In bijlage 8 wordt een overzicht gepresenteerd van de vergelijking van het voorkomen van problematiek tussen de groep gedetineerden die alleen aan het eerste interview heeft deelgenomen en de groep gedetineerden die tevens aan het vervolginterview heeft meegedaan. Deze vergelijking is gemaakt om meer duidelijkheid te verkrijgen over de mate van representativiteit van de groep die twee keer is geïnterviewd voor de gehele onderzoeksgroep.

Over het algemeen kan gesteld worden dat van de gedetineerden die aan beide interviews hebben deelgenomen de situatie voor detentie, met name op de sociale domeinen, problematischer was dan van de groep die niet heeft deelgenomen aan dit vervolg interview. Normatief geconstateerde problematiek kwam bij hen op vrijwel alle domeinen meer voor. Alleen het niet hebben van een zorgverzekering en problematisch alcoholgebruik werd meer gezien in de groep gedetineerden die alleen heeft deelgenomen aan het eerste interview in detentie. Mogelijk was het vooruitzicht van een extra beloning van 25 euro voor deze groep een sterke(re) motivatie om ook aan het vervolginterview deel te nemen (zie bijlage 8). De informatie uit de vervolgmeting wordt gebruikt om vast te stellen in hoeverre de situatie voor en na een detentieperiode van elkaar verschilt.

### **DPAN: informatie voor de hulpverlening verzameld tijdens detentieperiode**

In detentie wordt door medewerkers maatschappelijke dienstverlening (MMD-ers) informatie verzameld over de situatie en hulpbehoefte van gedetineerden op de domeinen inkomen/werk, identiteitsbewijs, huisvesting en zorg. Deze informatie wordt geregistreerd in het digitale platform DPAN en dient als basis voor acties die zij zelf, in samenwerking met diverse partijen in het veld (zoals GGD en DWI), in gang zetten.

Van de 210 gedetineerden die hebben meegedaan aan het eerste interview zijn er 110 waarvan in DPAN over de juiste detentieperiode informatie beschikbaar was (tabel 3.2). De hulpbehoeften en acties die door de MMD-ers zijn gescoord worden vergeleken met de resultaten uit de interviews, waarbij de nadruk ligt op de herkenning van de problematiek door MMD-ers en de mate waarin acties ingezet door MMD-ers hebben geresulteerd in de gewenste situatie bij de nameting.

Tabel 3.2 *Mate waarin de onderzoeksgroep is teruggevonden in DPAN*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Onderzoekspopulatie	210	100%
In DPAN*	147	70%
In DPAN over juiste detentie periode*	128	61%
In DPAN juist periode actuele screening**	110	52%
DPAN en een tweede meting	46	22%

\* voor 21 mensen is de informatie van detentieperiode die binnen het onderzoek valt overschreven door een meer recente detentieperiode

\*\* 17 alleen administratief gescreend i.v.m. de korte detentieperiode of capaciteitsgebrek, 2 personen wilden niet worden gescreend.

In totaal zijn dus 63 mensen helemaal niet terug te vinden in DPAN. Dit lijkt geen verband te hebben met de duur van detentie (tabel 3.3). De groep die alleen administratief gescreend is, valt wel vrijwel geheel binnen de groep die minder dan 3 maanden vastzit (82%). Overigens zit ook het merendeel van deze groep meer dan 2 weken vast.

Tabel 3.3 *Gedetineerden die niet terug zijn gevonden in DPAN naar detentieduur (%)*

Duur detentieperiode	Niet in DPAN		
	<i>n</i>	<i>N</i>	%
<1 mnd	7	26	27%
1-<3 mnd	14	25	31%
3-<6 mnd	23	65	35%
6 mnd- <1jr	9	35	26%
1+ jaar	2	16	13%
onbekend	8	23	35%
totaal	63	210	30%

## 3.2 Beschrijving van de onderzoeksgroep van de basismeting

### 3.2.1 Demografie

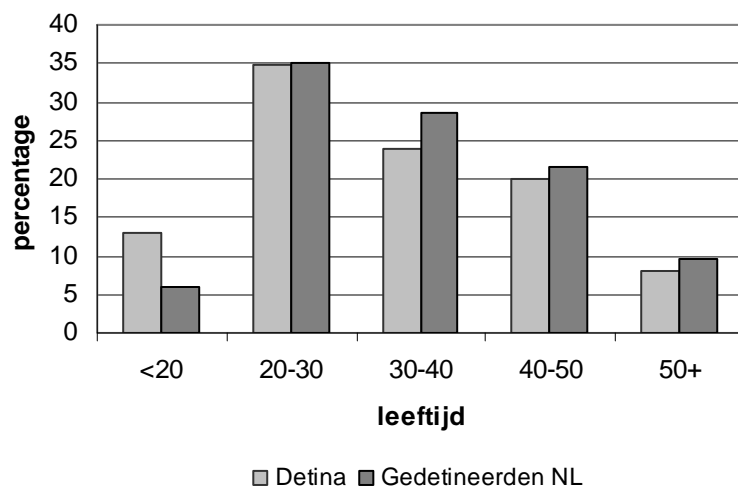
In deze paragraaf worden de demografische kenmerken van de onderzoeksgroep beschreven. De cijfers worden, voor zover mogelijk, vergeleken met gegevens over de gehele gedetineerdenpopulatie van Nederland in 2009 [23] om zicht te bieden op de representativiteit van de onderzoeksgroep. Daarnaast worden cijfers vergeleken met de Amsterdamse populatie [21] om zicht te bieden op de selectie die in detentie terecht komt.

#### Leeftijd en geslacht

Alle respondenten waren man.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten, ten tijde van het interview, was 33 jaar ( $sd = 11$ ). Leeftijden varieerden van 18 tot 58 jaar, waarbij een kwart van de respondenten jonger dan 23 jaar was en de helft jonger dan 31 jaar.

De opbouw van onze onderzoeksgroep in leeftijdscategorieën is redelijk vergelijkbaar met die van de totale gedetineerde mannen populatie in 2009 in Nederland [23]. Wel blijkt de groep gedetineerden jonger dan 20 jaar duidelijk meer vertegenwoordigd in de onderzoeksgroep (13%) dan in de totale gedetineerde mannen populatie in Nederland in 2009 (6%). Gedetineerden uit de leeftijdscategorieën vanaf 30 jaar zijn licht ondervertegenwoordigd in de onderzoekspopulatie (zie figuur 3.1).



Figuur 3.1 *Vergelijking leeftijdsverdeling respondenten DETINA en gedetineerden in Nederland*

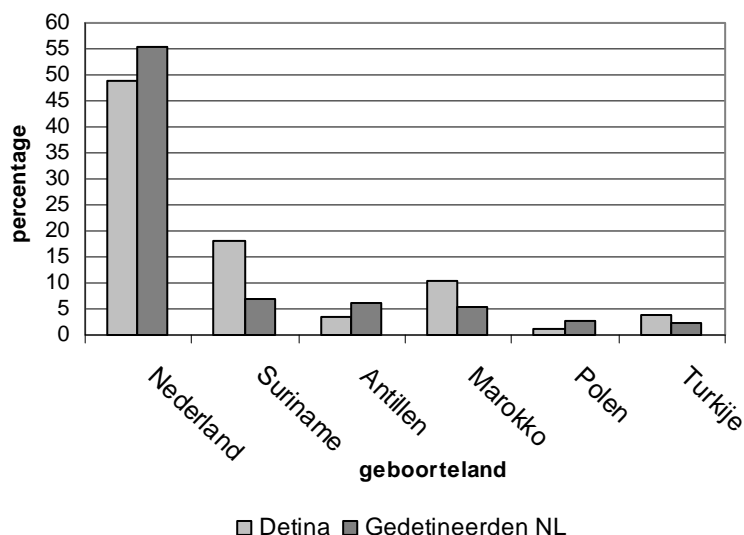
### Etniciteit

Onderverdeling naar etniciteit laat zien dat de onderzoeksgroep met name wordt gevormd door allochtone Nederlanders (respondent zelf of één van beide ouders niet in Nederland geboren) (84%) [24]. De gehele onderzoeksgroep bestaat voor 34% uit tweede generatie allochtonen en voor 50% uit eerste generatie allochtonen (zie tabel 3.4). De meest voorkomende etniciteiten zijn de Surinaamse (29%) en de Marokkaanse (20%). Uit de vergelijking van het geboorteland van de gedetineerden met alle gedetineerden in Nederland [23], blijkt dat Surinamers in onze onderzoeksgroep het meest oververtegenwoordigd (zie figuur 3.2). Ook Marokkanen zijn in de onderzoekspopulatie oververtegenwoordigd. Antillianen zijn licht ondervertegenwoordigd.

Deze etnische samenstelling is (deels) een afspiegeling van de Amsterdamse bevolking. In Amsterdam is 10% van de volwassen mannen van Marokkaanse afkomst. In heel Nederland is dit 2% [25, 24]. Ook wonen er relatief veel Surinamers in Amsterdam in vergelijking met de rest van Nederland (8% in Amsterdam versus 2% in heel Nederland).

Tabel 3.4 *Etniciteit van de onderzoeksgroep*

N=210						
	<i>n</i>	%				
Autochtone Nederlanders	33	15,7				
	1 <sup>e</sup> generatie		2 <sup>e</sup> generatie		totaal	
Allochtone Nederlanders	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Turks	8	3,8	8	3,8	16	7,6
Marokkaans	22	10,5	20	9,5	42	20,0
Surinaams	38	18,1	22	10,5	60	28,6
Antilliaans	8	3,8	1	0,5	9	4,3
Oost-Europees	10	4,8	-	-	10	4,8
Overig Westers	8	3,8	11	5,2	19	9,0
Overig niet-Westers	12	5,7	8	3,8	20	9,5
Onbekend	-	-	1	0,5	1	0,5
Totaal	106	50,5	71	33,8	177	84,3



Figuur 3.2 *Vergelijking veel voorkomende geboortelanden van respondenten DETINA met gedetineerden in Nederland 2009 (DJI)*

Van de 106 eerste generatie allochtonen bleek een ruime meerderheid (87%) langer dan 10 jaar in Nederland te wonen. De gemiddelde leeftijd ten tijde van immigratie was 13 jaar, en driekwart van hen was jonger dan 18 jaar toen zij in Nederland arriveerden.

### Leefsituatie

Iets minder dan de helft van de gedetineerden (41%) geeft aan alleen te leven. Hiernaast leeft ruim een kwart (27%) als kind in een één- of meeroudergezin (zie tabel 3.5). Tweederde van deze (jonge) gedetineerden is maximaal 23 jaar oud. Een relatief kleine groep (6%) geeft aan in een groepsaccommodatie te wonen. Dit kunnen verschillende woonvormen zijn, zoals begeleid (zelfstandig) wonen of bijvoorbeeld in een GGZ-instelling (dit wordt beschreven bij het domein huisvesting).

Tabel 3.5 *Leefsituatie van respondenten DETINA*

N=205		
	<i>n</i>	%
alleen	83	40,5
met partner zonder kind(eren)	17	8,3
met partner en kind(eren)	24	11,7
als kind in meeroudergezin	23	11,2
als kind in éénoudergezin	32	15,6
in pleeggezin	-	-
met groep (vrienden)	14	6,8
in groepsaccommodatie	12	5,9

## Opleiding

Het opleidingsniveau van de respondenten is gemiddeld lager dan dat van de gehele Amsterdamse populatie [21]. Ruim een kwart van de respondenten (27%) geeft aan alleen lager onderwijs te hebben voltooid of helemaal geen opleiding te hebben afgerond. In de Amsterdamse (volwassen) mannen populatie is dit 18% (tabel 3.6 en figuur 3.3).

Een startkwalificatie, het minimale onderwijsniveau dat benodigd is om een volwaardige plaats op de arbeidsmarkt te verkrijgen, is een afgeronde havo- of vwo-opleiding of een basisberoepsopleiding, zoals vastgelegd in de Wet educatie en beroepsopleiding (WEB) [26].

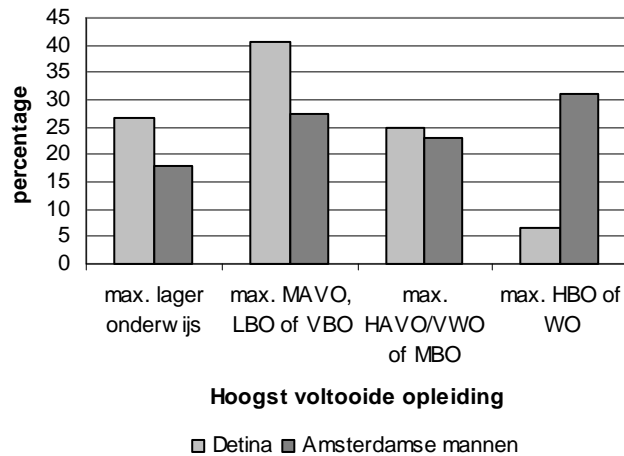
Bij toepassing van deze definitie op onze onderzoeksgroep (waarbij 24 respondenten die aangaven nog in opleiding te zijn of een studie te volgen niet in de analyse zijn meegenomen) blijkt ruim tweederde van de onderzoeksgroep (n=129; 69%) tijdens het interview niet over een startkwalificatie te beschikken.

Van de groep die op dit moment niet met een opleiding bezig is, heeft 41% de opleiding waaraan zij zijn begonnen niet met een diploma afgerond.

Tabel 3.6 *Hoogst voltooide opleiding van de respondenten DETINA*

<b>N=210</b>		
	<i>n</i>	<i>%</i>
geen opleiding	3	1,4
lager onderwijs	53	25,2
LBO of VBO	46	21,9
Mavo	39	18,6
MBO	41	19,5
Havo / VWO	11	5,2
HBO	6	2,9
wetenschappelijk onderwijs	8	3,8
anders	3	1,4

Note: LBO= Lager beroepsopleiding; VBO= Voorbereidend beroepsopleiding; Mavo=Middelbaar algemeen voorbereidend onderwijs; MBO=Middelbaar beroepsopleiding; Havo= Hoger algemeen voorbereidend onderwijs; VWO= Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs; HBO=Hoger beroepsopleiding; LO= Lager onderwijs; LBO= Lager beroepsopleiding; WO = Wetenschappelijk onderwijs



Figuur 3.3. *Vergelijking hoogst voltooide opleiding van de respondenten DETINA met mannen uit de algemene Amsterdamse bevolking (AGM 2008)*

### Justitiële situatie

De duur van de huidige detentieperiode was gemiddeld ruim 5 maanden, waarbij de helft van de respondenten korter dan 4 maanden gedetineerd was. Slechts 14% van de respondenten was korter dan 1 maand gedetineerd (zie tabel 3.7).

Deze cijfers zijn niet goed te vergelijken met gemiddelde detentieduur in Nederland [23], aangezien een (verwachte) detentieduur tussen 2 weken en 6 maanden één van de inclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek was. In de praktijk blijkt de verwachte detentieduur niet geheel overeen te komen met de daadwerkelijke detentieduur (als gevolg van het feit dat veel gedetineerden tijdens het interview nog in afwachting waren van definitieve strafoplegging), waardoor een derde van de onderzoeksgroep alsnog meer dan 6 maanden gedetineerd is.

Een grote meerderheid van de gedetineerden (83%) was recidivist. Van de groep recidivisten was 62% minder dan een jaar geleden gedetineerd en 94% was binnen 6 jaar gerecidiveerd.

Respondenten is gevraagd naar de totale tijd die zij, inclusief de huidige detentieperiode, hebben doorgebracht in detentie. Analyse van deze gegevens brengt grofweg een driedeling aan het licht. Ongeveer 40% van de gedetineerden heeft in totaal maximaal een half jaar in detentie heeft gezeten, 20% minimaal een half jaar en maximaal twee jaar en iets meer dan 40% was in totaal meer dan 2 jaar gedetineerd geweest.

Van alle respondenten had bijna 40% meer dan 10% van zijn leven in detentie doorgebracht, bij 10% was dit zelfs meer dan een kwart van zijn leven.

Een uitgebreider overzicht van de justitiële situatie is terug te vinden in bijlage 3.



Tabel 3.7 *Justitiële situatie*

<b>Huidige detentieduur (N=189)</b>		
	<i>n</i>	%
1 week tot 1 maand	26	13,9
1 tot 3 maanden	45	24,1
3 maanden tot half jaar	65	34,8
half jaar tot 1 jaar	35	18,7
1 jaar of langer	16	8,6
<b>Justitiële voorgeschiedenis (N=207)</b>		
	<i>n</i>	%
Eerste detentie	35	16,9
Recidivist	172	83,1
<b>Totale detentietijd in leven* (N=210)</b>		
	<i>n</i>	%
0 tot half jaar	82	39,0
half jaar tot 1 jaar	24	11,4
1 tot 2 jaar	19	9,0
2 tot 10 jaar	73	34,8
10 jaar of langer	12	5,7

\* op het moment van interview, waardoor de huidige detentieperiode hierin maar deels is verrekend.

### 3.3 Problematiek domeinen

In dit hoofdstuk wordt de aard en omvang van OGGZ-problematiek onder Amsterdamse gedetineerden beschreven. OGGZ-problematiek wordt gekenmerkt door het voorkomen van problemen op één of meerdere domeinen. De problematiekdomeinen die in kaart gebracht zijn, betreffen het ontbreken van een aantal “basisvoorwaarden” (verzekering, tandarts, adres, (geldig) identiteitsbewijs), het voorkomen van lichte verstandelijke beperkingen, problemen op de sociale domeinen (dagbesteding, inkomen, huisvesting en sociale omgeving) en op de medische domeinen (psychische en lichamelijke gezondheid en problematisch middelengebruik). In de volgende paragrafen wordt een beschrijving gegeven van de belangrijkste bevindingen over de situatie van de respondenten op deze domeinen.

#### 3.3.1 Basisvoorwaarden

Respondenten is gevraagd aan te geven of zij (voor detentie) beschikten over een aantal basisvoorwaarden. Dit zijn het hebben van een zorgverzekering, een tandarts, een officieel adres en een (geldig) identiteitsbewijs. Slechts een minderheid van de gedetineerden beschikte niet over één (of meerdere) van deze basisvoorwaarden, met uitzondering van een tandarts (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 *Ontbreken van basisvoorwaarden*

	<i>n</i>	%	N
Geen zorgverzekering	39	18,7	208
Geen tandarts	101	48,3	209
Geen officieel adres (inschrijving GBA)	36	17,1	210
Geen identiteitsbewijs	17	8,1	210

Note: GBA= Gemeentelijke basisadministratie.

### 3.3.2 Lichte verstandelijk beperking (LVB)

Lichte verstandelijke beperkingen zijn gemeten op basis van drie indicatoren:

- scholingsverleden (maximaal LBO of VBO in combinatie met klassen doubleren en/of volgen speciaal onderwijs)
- een intelligentietest (taalvrije Raven-SPM)
- de indruk van de interviewer

#### Scholingsverleden

In de onderzoeksgroep heeft 28% als hoogste gevolgde opleiding maximaal LBO of VBO. Hiernaast gaf 50% van de respondenten aan speciaal onderwijs te hebben gevolgd en/of klassen gedoubleerd te hebben (opleidingsgegevens van respondenten die na hun 18e jaar in Nederland zijn geïmmigreerd zijn niet geïnccludeerd in deze berekening). Op basis van de combinatie van deze (deel)indicatoren bestaat voor 17% van de respondenten een vermoeden voor een lichte verstandelijke beperking (LVB). Zij zijn en laag opgeleid en hebben speciaal onderwijs gevolgd / en of klassen dubbel hebben gedaan.

#### Raven-SPM

Bij een subgroep van 63 respondenten (van de groep gedetineerden die heeft deelgenomen aan het vervolg-interview) waarbij de Raven-intelligentietest is afgenomen, behaalde circa één op de tien respondenten een IQ-score lager dan 70. Op basis van deze score is bij hen een indicatie voor een verstandelijke beperking gevonden.

De meerderheid behaalde een IQ-score tussen de 70 en de 80, wat een indicatie is voor zwakbegaafdheid. Slechts minder dan één derde behaalde een IQ-score van hoger dan 80 (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2 *IQ-score gemeten met de Raven-SPM*

N=63		
IQ-score	n	%
lager dan 70	6	9,5
tussen 70 en 80	37	58,7
80 of hoger	20	31,7

#### Indicatie LVB interviewer

Bij 17 respondenten (7%) hebben de interviewers een vermoeden van LVB aangegeven. In de meeste gevallen was dit gebaseerd op het feit dat de respondenten veel vragen niet begrepen, meerdere malen om uitleg vroegen of heel veel woorden niet kenden. In twee gevallen was het vermoeden gebaseerd op het feit dat de gedetineerden speciaal onderwijs hadden gevolgd.

Ook is gekeken naar de mate van overlap tussen deze drie indicatoren. Deze lijken niet goed met elkaar te matchen (zie bijlage 1). Hier is een aantal verklaringen voor, waarvan de meest aannemelijke zijn:

- Gedetineerden ontbrak het aan motivatie om de Raven-intelligentietest serieus en naar beste kunnen te doen;
- Subjectiviteit in het oordeel van de interviewers.

De Raven-SPM is afgenomen na afloop van het vervolginterview. Vaak was er dan al ongeveer een half uur tot driekwartier verstreken. Deze tijdsspanne van gemiddeld meer dan een uur (30 minuten interview + 45 minuten intelligentietest) kan mogelijk te lang zijn geweest, waardoor respondenten motivatie / concentratie om de test goed te maken verloren.

De interviews zijn afgenomen door vijf verschillende interviewers. Ondanks dat zij van tevoren getraind zijn in het afnemen van de vragenlijst, is hun beoordeling van de intelligentie van de respondenten onderhevig aan een hoge mate van subjectiviteit.

Op basis van het feit dat de indicatoren voor LVB niet goed met elkaar matchen kan geen goede inschatting gemaakt worden van de mate waarin de onderzoeksgroep gekenmerkt wordt door LVB-problematiek (zie bijlage 1).

### 3.3.3 Sociaal netwerk / eenzaamheid

Eenzaamheid wordt hier gedefinieerd als een combinatie van het aantal en de frequentie van sociale contacten, in combinatie met een subjectieve eenzaamheidsbeleving (gemeten met de verkorte *De Jong en Gierveld eenzaamheidsschaal*). Respondenten kunnen hierbij aangeven in hoeverre er aan hun behoefte aan sociale contacten wordt voldaan. Op basis van deze schaal wordt een emotionele- een sociale eenzaamheidsscore berekend.

Van de respondenten heeft 11% met maximaal één andere persoon belangrijk en regelmatig contact. Ruim 60% van de respondenten wordt geclassificeerd als eenzaam (zie tabel 4.3). Voor de vergelijking van het voorkomen van eenzaamheid met Amsterdamse mannen zijn de afkappunten van de korte eenzaamheidsschaal omgerekend naar die van de gebruikte (lange) eenzaamheidsschaal uit de AGM2008. Hieruit blijkt eenzaamheid in de onderzoeksgroep relatief vaker voor te komen dan in de Amsterdamse bevolking, waar slechts ongeveer eenderde van de mannen zich matig of ernstig eenzaam voelt [21].

Het afzetten van eenzaamheid tegen de frequentie van het hebben van sociale contacten bevestigt het beeld dat een lage frequentie van sociale contacten gepaard gaat met relatief meer ervaren eenzaamheid in onze onderzoeksgroep. Respondenten die op basis van de de Jong en Gierveld eenzaamheidsschaal als eenzaam geclassificeerd worden hebben vaker (41%) weinig / matig frequent sociale contacten (tot maximaal 1 keer per week) dan niet-eenzamen (28%).

Tabel 4.3 *Sociaal netwerk en eenzaamheid*

Weinig sociale contacten	<i>n</i>	%	N
maximaal 1 sociaal contact	23	11,2	206
Frequentie van sociale contacten			
weinig / matig (max. 1 keer per week)	73	36,0	
vaak / regelmatig (1 keer per week of vaker)	130	64,0	
Eenzaamheid		Detina	Amsterdamse mannen
	<i>n</i>	%	%
subjectieve eenzaamheidsbeleving			
niet	79	38,5	59,7
matig	93	45,4	31,1
(zeer) ernstig	33	16,1	9,2
sociaal eenzaam	120	58,5	14,7
emotioneel eenzaam	135	66,2	30,8

### 3.3.4 Medische problematiek; Psychopathologie

De psychische gezondheid van de gedetineerden is gemeten met behulp van twee meetinstrumenten:

- de BJMHS: indicatie voor het vermoeden van de aanwezigheid van psychiatrische problematiek
- de SCID-II: diagnostisch instrument voor het vaststellen van persoonlijkheidsproblematiek

#### Psychiatrische problematiek

Van alle gedetineerden scoort de helft positief op de BJMHS, een screener voor psychiatrische problematiek (zie tabel 4.4).

#### Persoonlijkheidsproblematiek

Uit de resultaten van het afnemen van de SCID-II blijkt dat met name de persoonlijkheidsstoornissen uit cluster B komen veel voor onder de gedetineerden. Bijna tweederde van de gedetineerden scoort op een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ook de narcistische en borderline persoonlijkheidsstoornis komen bij ongeveer 40% van de gedetineerden voor.

Paranoïde persoonlijkheidsstoornissen (cluster A) komen minder voor, maar nog steeds bij 17% van de gedetineerden. De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis (cluster C) wordt gezien bij 7% van de gedetineerden.

Er bestaat een grote overlap tussen de stoornissen uit cluster B, in totaal scoort driekwart positief op één of meerdere van deze stoornissen (zie tabel 4.4).

Meer informatie over de scores op de K10, de samenhang van de BJMHS en de K10 en over de overlap tussen persoonlijkheidsstoornissen uit verschillende clusters is terug te vinden in bijlage 2.

**Tabel 4.4 *Psychiatrische problematiek en persoonlijkheidsproblematiek***

Positieve score op screener	<i>n</i>	%
psychiatrische problematiek (BJMHS)		
ja	104	50,0
nee	104	50,0
<b>Persoonlijkheidsstoornissen (SCID)</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
paranoïde	34	17,0
subtotaal Cluster A	34	17,0
theatrale	12	5,9
narcistische	87	44,4
borderline	75	37,7
antisociale	126	63,6
subtotaal Cluster B	141	75,0
afhankelijke	13	6,5
subtotaal Cluster C	13	6,5
totaal persoonlijkheidsstoornis	139	75,0

### 3.3.5 Medische problematiek; Lichamelijke problematiek

Om lichamelijke gezondheidsproblematiek in kaart te brengen zijn drie indicatoren gebruikt:

- Ervaren gezondheid (matig tot slecht)
- Beperkingen in lichamelijk functioneren ten gevolge van lichamelijke gezondheid
- Nogal tot erg veel last van lichamelijke klachten in de afgelopen maand

Van alle gedetineerden beoordeelt 19% zijn gezondheid als matig of slecht. Een kwart van de gedetineerden vindt dat zijn gezondheid in de 12 maanden voorafgaande aan het interview is verslechterd, een kwart oordeelt dat deze juist is verbeterd.

Bijna 29% van de gedetineerden heeft in de maand voorafgaand aan detentie nogal tot erg veel last van lichamelijke klachten gehad.

Een kwart van de gedetineerden rapporteert beperkingen in zijn lichamelijk functioneren ten gevolge van zijn gezondheid. Binnen deze groep zegt ruim de helft nogal tot erg veel last te hebben gehad van lichamelijke klachten (zie tabel 4.5).

Hoewel deze vragen allemaal een ander aspect van lichamelijk gezondheid meten, hangen zij sterk met elkaar samen en scoort op alle aspecten 20-30% van de gedetineerden als problematisch. In de vervolg-analyses is de schaal die beperkingen in lichamelijk functioneren meet gehanteerd als indicator voor lichamelijke problemen, omdat deze schaal het meest direct beperkingen meet in lichamelijke redzaamheid ten gevolge van lichamelijke gezondheidsklachten. Daarnaast bestaat deze schaal uit meerdere vragen, waardoor een betrouwbaarder beeld ontstaat over de lichamelijke gezondheid van de gedetineerden. In bijlage 4 staan deze indicatoren in meer detail uitgewerkt. Daarnaast zijn ook cijfers over zorggebruik en infectieziekten opgenomen in deze bijlage.

Tabel 4.5 *Lichamelijke gezondheid*

N=207		
Beoordeling eigen gezondheid	<i>n</i>	%
goed - uitstekend	167	80,7
matig - slecht	40	19,3
Gezondheid tov 1 jr geleden	<i>n</i>	%
beter	50	24,2
hetzelfde	106	51,2
slechter	51	24,6
Last van lichamelijke klachten	<i>n</i>	%
helemaal niet - een beetje	147	71,0
nogal - erg veel	60	29,0
	<i>n</i>	%
verminderd lichamelijk functioneren (<100%)	52	25,0

### 3.3.6 Medische problematiek; Problematisch middelengebruik

Gehanteerde definities problematisch middelengebruik:

- Alcohol: frequent gebruik in combinatie met kenmerken van gevaarlijk of schadelijk alcoholgebruik (score van 10 of hoger op de AUDIT)
- Cocaïne: tenminste 4 dagen per week cocaïnegebruik
- Opiaten: gebruik heroïne en/of andere opiaten
- Cannabis: dagelijks cannabisgebruik

In totaal wordt 53% van alle gedetineerden geclassificeerd als problematisch gebruiker. Zij vertonen symptomen van problematisch gebruik op tenminste één van de middelen alcohol, opiaten, cocaïne of cannabis.

Problematisch alcoholgebruik werd vastgesteld bij bijna eenderde van de gedetineerden; problematisch gebruik van opiaten en cocaïne elk bij ongeveer 10% van de respondenten, waarvan ongeveer de helft overlapt. Problematisch cannabisgebruik werd door ongeveer een vijfde van de respondenten gemeld (zie tabel 4.6).

Tabel 4.6 *Problematisch middelengebruik*

Problematisch gebruik	<i>n</i>	%
alcohol	63	31,3
opiaten	22	10,8
cocaïne	19	9,8
cannabis	45	22,0
Combinaties	<i>n</i>	%
opiaten en/of cocaïne	29	14,8
opiaten en/of cocaïne en/of cannabis	69	34,7
opiaten en/of cocaïne en/of alcohol	82	42,1
tenminste één van de middelen	104	52,8

Van de respondenten is 21% geheelonthouder wat betreft alcohol. Van hen die aangeven wel alcohol te gebruiken, wordt dit gebruik bij 30% van hen als problematisch geïdentificeerd.

Cannabis wordt gebruikt door 42% van de respondenten. Binnen deze groep wordt de helft geïdentificeerd als problematisch gebruiker (dagelijks gebruik). Ter vergelijking: onder de gedetineerden van 18-34 jaar gebruikt 25% dagelijks cannabis; in de Amsterdamse mannelijke bevolking 16 tot 34 jaar is dit 6% [21].

Opiaatgebruikers zijn allemaal geïdentificeerd als problematisch. Zij hebben een gemiddelde leeftijd van 43 jaar en zijn gemiddeld op hun 20<sup>e</sup> begonnen met gebruiken. Een kwart van alle gedetineerden geeft aan cocaïne te gebruiken. Binnen deze groep wordt 36% geïdentificeerd als problematisch gebruiker (4 of meer dagen per week).

De overlap tussen de verschillende middelen was relatief laag. Slechts 6% van de gedetineerden gebruikte zowel problematisch cocaïne als opiaten.

In bijlage 5 staat het middelengebruik in meer detail weergegeven.

In de verdere analyses wordt problematisch middelengebruik gedefinieerd als alle gedetineerden die op tenminste één van bovenstaande middelen (alcohol, cocaïne, opiaten en/of cannabis) als problematisch gebruiker geïdentificeerd zijn. Daarnaast worden ook gedetineerden die in 2010 methadon in het kader van hun behandeling hebben gebruikt beschouwd als problematisch middelengebruiker ( $n = 29$ ; 14%).

### 3.3.7 Medische problematiek; Meervoudige problematiek

#### dubbele diagnose

Van een dubbele diagnose wordt gesproken wanneer bij iemand psychiatrische problematiek aanwezig is in combinatie met één of meerdere verslavingen (wij spreken van problematisch middelengebruik). Zoals eerder vermeld classificeren wij (het vermoeden van de aanwezigheid van) psychiatrische problematiek op basis van de score op de BJMHS.

Van de totale onderzoeksgroep blijkt eenderde van de gedetineerden binnen deze groep met een dubbele diagnose te vallen. Binnen de groep gedetineerden waarbij psychiatrische problematiek is geconstateerd blijkt 56% door hun middelengebruik een dubbele diagnose te hebben.

#### triple diagnose

Een triple diagnose houdt in dat naast psychiatrische problematiek en afhankelijk middelengebruik ook sprake is van lichamelijke problematiek. Van de 67 respondenten met een dubbele diagnose heeft 33% ook lichamelijke problemen ((enigszins) beperkt in zijn lichamelijk functioneren). Dit betekent dat bijna één op de tien gedetineerden uit onze onderzoeksgroep zowel positief scoort op de screener voor psychiatrische problematiek als lichamelijke problemen heeft en hierbij ook als problematisch gebruiker geïdentificeerd is.

Tabel 4.7 *Meervoudige problematiek*

Problematiek	<i>n</i>	%	N
alleen (vermoeden van) psychopathologie	23	11,2	206
alleen somatiek	5	2,4	208
alleen problematisch middelengebruik	32	16,2	198
dubbele diagnose	67	32,8	204
triple diagnose binnen dubbele diagnose	22	32,9	67
triple diagnose binnen hele groep	22	10,7	206

Note: dubbele diagnose=psychopathologie en problematisch middelengebruik;  
triple diagnose=psychopathologie, problematisch middelengebruik en beperking lichamelijk functioneren



### 3.3.8 Sociale problematiek; Dagbesteding

Een normatief probleem op het domein dagbesteding is gedefinieerd als het ontbreken van enige vorm van formele dagbesteding

Gedetineerden is gevraagd naar hun (formele) dagbesteding voor detentie. Dagbesteding in de vorm van illegale activiteiten is, ondanks dat dit bij deze groep mogelijk een belangrijke rol speelt, niet uitgevraagd.

Een groot deel van de gedetineerden had in de periode voor detentie geen formele dagbesteding. Van hen die aangaven voor detentie wel een (vorm van formele) dagbesteding te hebben ging dit bij de grootste groep om betaald werk, gevolgd door dagbestedingsprojecten via DWI (Dienst Werk en Inkomen). Daarnaast volgde een deel onderwijs of deed een studie voordat zij gedetineerd raakten. Er zit een kleine overlap tussen deze verschillende vormen van dagbesteding. Aan werk werden gemiddeld 10 dagdelen per week besteed, aan een MAP/SAP traject 6,5 en aan onderwijs 7,5 dagdelen.

Van de groep die geen formele dagbesteding had gaf ruim de helft aan hier ook ontevreden over te zijn. Ongeveer eenderde was hier wel tevreden mee. Van de gedetineerden zonder dagbesteding geeft het overgrote deel (80%) aan graag hulp of ondersteuning te krijgen. Daarbij gaat het bij 76% van hen om hulp bij het vinden van een passende dagbesteding, 21% wil graag op een traject geplaatst worden en 18% wil graag een cursus of opleiding volgen (niet in tabel).

Tabel 4.8 *Dagbesteding*

Dagbesteding (N=210)	<i>n</i>	%
geen formele dagbesteding*	90	42,9
betaald werk	64	30,5
beschut werk (sociale werkplaats)	1	0,5
dagbestedingsproject DWI (MAP/SAP)	33	15,7
vrijwilligerswerk	7	3,3
onderwijs of studie	24	11,4

Note: DWI=Dienst Werk en Inkomen; MAP= Maatschappelijke activeringsplaats; SAP= Sociale activeringsplaats.  
\* binnen deze groep valt ook de 3% die aangeeft zwart werk te hebben.

### 3.3.9 Sociale problematiek; Inkomen / financiën

Een normatief probleem op het domein financiën is gedefinieerd als het niet beschikken over een (legale) bron van inkomsten en/of het hebben van schulden (ongeacht de hoogte daarvan)

Van de gedetineerden beschikt 16% niet over een (legale) bron van inkomsten. De meest voorkomende bronnen van inkomsten zijn een bijstandsuitkering (35%), een andere uitkering (UWV, studiefinanciering of AOW) (11%) of betaald werk (31%). Een aantal respondenten (4%) vindt andere methoden om wat inkomen te genereren, waarbij bijvoorbeeld het doen van klusjes wordt genoemd.

Tweederde (67%) van alle gedetineerden geeft aan schulden te hebben. Ruim de helft van hen heeft schulden boven de 1.000 euro. Deze schulden zijn vaak verspreid over diverse schuldeisers, waarvan boetes (CJIB; Centraal Justitieel Incasso Bureau), schulden bij de overheid, bank, zorgverzekeraar, energieleverancier en telefoon/internet het meest voorkomen.

In totaal heeft 72% van de onderzoeksgroep een normatief probleem op het financiële domein omdat zij of geen inkomen hebben en/of schulden hebben. Bij het grootste deel van de groep liggen de problemen met name op het gebied van schulden, slechts een klein deel heeft geen inkomen maar desondanks toch geen schulden.

Binnen de groep met een probleem op dit domein is ruim de helft niet tevreden over zijn financiële situatie en circa eenderde is wel tevreden. Van de groep met financiële problemen, geeft driekwart aan graag ondersteuning voor hun financiële situatie te willen ontvangen. Daarbij wordt vooral schuldsanering vaak genoemd, gevolgd door ondersteuning bij de administratie of bij het aanvragen van subsidies (o.a. huursubsidie, zorgtoeslag) en budgettering (zie tabel 4.9).

Tabel 4.9 Financiële situatie

Bron van inkomsten (N=210)		
	<i>n</i>	%
geen inkomsten	34	16,2
bijstandsuitkering (DWI)	74	35,2
uitkering bij UWV / studiefinanciering	22	10,5
betaald werk	64	30,5
familie-inkomen	7	3,3
anders (klusjes, etc)	8	3,8
onbekend	1	0,5
Schulden (N=206)		
	<i>n</i>	%
nee	67	32,5
tot €500	18	8,7
tussen €500 en €1.000	17	8,3
tussen €1.000 en €10.000	74	35,9
€10.000 en meer	30	14,6
Combinaties		
	<i>n</i>	%
inkomen, geen schulden	57	27,7
inkomen en schulden	115	55,8
geen inkomen, geen schulden	10	4,9
geen inkomen en schulden	24	11,7

Note: DWI=Dienst Werk en Inkomen; UWV= Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen

### 3.3.10 Sociale problematiek; Huisvesting

Een normatief probleem op het domein huisvesting is gedefinieerd indien sprake van feitelijke dakloosheid (op straat of in nachtopvang). Residentiële dakloosheid wordt in dit onderzoek niet als huisvestingsprobleem beschouwd.

Van alle respondenten is 17% feitelijk dakloos. Daarnaast is 6% residentieel dakloos (woont in internaat, sociaal pension (of in Ziekenboeg Leger des Heils). Residentieel daklozen hebben per definitie hulp voor hun huisvestings situatie). Iets minder dan driekwart (74%) van de gedetineerden woont zelfstandig, waarvan een klein deel aangeeft met begeleiding. Bij slechts eenderde van deze groep staat de huisvesting ook daadwerkelijk op hun eigen naam.

De meerderheid van de gedetineerden verwacht na ontslag uit detentie terug te kunnen keren naar hun woning. Toch is voor 22% dit niet zo vanzelfsprekend. Van deze groep zegt één derde te verwachten dat zij niet kunnen terugkeren, tweederde twijfelt over de mogelijkheid van terugkeer. Bij tweederde is het mogelijke verlies van huisvesting veroorzaakt (naar eigen zeggen) door hun huidige detentie (zie tabel 4.10).

Tabel 4.10 *Huisvesting*

Woonsituatie (N=208)	<i>n</i>	%
zelfstandig	146	70,2
zelfstandig met begeleiding	9	4,3
GGZ-instelling	1	0,5
sociaal pension	11	5,3
internaat	2	1,0
dakloos, voornamelijk op straat	16	7,7
dakloos, voornamelijk in nachtopvang	14	6,7
dakloos, wisselend; bij familie en/of vrienden <sup>1</sup>	6	2,9
anders, hotels	2	1,0
Ziekenboeg Leger des Heils	1	0,5
<b>Huisvesting op eigen naam (N=146)</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
(respondenten die zelfstandig wonen)	46	31,5
<b>Terugkeren na detentie (N=160)</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
ja	126	78,8
nee	→	13
→	21	13,1
weet niet	→	21
→	23	65,7
veroorzaakt door detentie (N=34)		

Note; GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg

Note; op basis van de vergelijking tussen interview 1 en 2 en DPAN, blijkt dat voor 11% van de 96 respondenten waarvoor dit vergeleken kon worden, een andere huisvestingssituatie dan zij in het eerste interview hadden aangegeven, de meest aannemelijke was. Het betreft in meer dan de helft van de gevallen een verschuiving van zelfstandig wonend naar dakloos.

### 3.3.11 Overlap problematiek (medisch en sociaal)

In de voorgaande paragrafen is een overzicht gegeven van het voorkomen van problemen op een aantal medische domeinen (lichamelijke- en psychiatrische problematiek en problematisch middelengebruik) en op een aantal sociale domeinen (dagbesteding, huisvesting en inkomen / financiën).

Interessant is natuurlijk ook de mate van overlap van problemen op deze domeinen. Om deze overlap nader te kunnen belichten hebben wij problematiek op de medische domeinen samengevoegd tot een zorgprobleem, dat gedefinieerd is als het hebben van (minimaal) één medisch probleem en hier tevens niet voor in zorg zijn. Het onderscheid tussen de sociale domeinen is intact gehouden. Omdat wij het voorkomen van lichte verstandelijke beperkingen niet betrouwbaar hebben kunnen aantonen, en omdat eenzaamheid buiten de werkingssfeer van betrokken (zorg / hulp) instellingen ligt, zijn zij niet meegenomen in de overlap van problematiek.

Slechts 7% van alle gedetineerden bleek op geen enkel domein, op normatieve gronden, een probleem te hebben. Van de sociale domeinen hadden in totaal 41 (20%) gedetineerden een huisvestingsprobleem, 90 (43%) een dagbestedingsprobleem, 156 (75%) een financieel probleem (geen inkomen en / of schulden) en 142 (71%) gedetineerden hadden (minimaal één) een medisch probleem.

Wat betreft overlappen op de verschillende domeinen blijken de meeste problemen zich te concentreren op de domeinen zorg en financiën. Een kwart van de gedetineerden heeft een combinatie van problemen op zorg (medisch probleem) en financiën. Bijna 15% geeft tevens aan naast deze problemen ook nog een dagbestedingprobleem te hebben.

Aan de hand van de specifieke combinatie van problemen hebben wij een OGGZ-groep geïdentificeerd. Gedetineerden die in ieder geval een probleem hebben op het (medische) zorg domein en die hiernaast ook nog minimaal één probleem hebben op één van de sociale domeinen zijn geclassificeerd als OGGZ-groep. Het gaat hierbij om in totaal 124 (62%) gedetineerden.

Tabel 4.11 *Overlap problematiek*

<b>(N=208)</b>		
Totaal per probleem domein	<i>n</i>	%
geen probleem	13	6,6
huisvestingsprobleem	36	17,3
dagbestedingprobleem	90	42,9
financieel probleem	156	74,6
zorgprobleem	142	70,6
<b>Zorg</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
alleen zorgprobleem	18	9,2
zorgprobleem in combinatie met:		
huisvesting	1	0,5
dagbesteding	10	5,1
financiën	53	27,0
huisvesting en dagbesteding	2	1,0
huisvesting en financiën	4	2,0
financiën en dagbesteding	40	20,4
huisvesting, dagbesteding en financiën	10	5,1
<b>Huisvesting</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
alleen huisvestingprobleem	-	-
huisvestingprobleem in combinatie met:		
dagbesteding	2	1,0
financiën	1	0,5
dagbesteding en financiën	5	2,6
<b>Dagbesteding</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
alleen dagbestedingprobleem	2	1,0
dagbestedingprobleem in combinatie met		
financiën	12	6,1
<b>Financiën</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
alleen financieel probleem	23	11,7

NOTE: aantallen tellen niet op tot 208 door het ontbreken van gegevens

### 3.4 Vergelijking groepen met en zonder OGGZ-problematiek

In deze paragraaf wordt een onderscheid gemaakt tussen gedetineerden die, op basis van een aantal criteria, in een OGGZ-groep en in een niet-OGGZ-groep ingedeeld worden. De criteria voor classificatie tot de OGGZ-groep zijn:

- Problematiek op een medisch domein (positief op screener voor psychiatrische problematiek, verminderd lichamelijk functioneren en/of problematisch middelengebruik) waarvoor geen actuele hulp of zorg is;

In combinatie met

- Aanwezigheid van minimaal één probleem op een sociaal domein (huisvesting, dagbesteding of inkomen / financiën).

Toepassing van deze criteria op onze onderzoeksgroep leidt tot een OGGZ-groep van 124 (62%) gedetineerden en een niet-OGGZ-groep van 77 (38%) gedetineerden. Van 9 gedetineerden ontbreekt een aantal gegevens waardoor zij niet te classificeren zijn tot één van deze twee groepen.

#### Demografische kenmerken

Uit een vergelijking van een aantal sociaal-demografische kenmerken van de twee groepen kwam naar voren dat de groepen redelijk vergelijkbaar zijn qua leeftijd, etniciteit en opleidingsniveau. Desondanks lijkt de gemiddelde leeftijd van de OGGZ-groep wat hoger. Ook lijken iets meer respondenten uit de OGGZ-groep eerste generatie allochtoon te zijn, ten koste van het aantal tweede generatie allochtonen in deze groep. Het onderwijsniveau lijkt tussen de twee groepen niet veel te verschillen. Van de gedetineerden die tot de OGGZ-groep behoren heeft 29% een startkwalificatie, in de niet-OGGZ groep is dit 31% (zie bijlage 6, tabel 9.8).

#### Justitiële situatie

Recidive komt in vergelijkbare mate voor in de OGGZ-groep (84%) en in de niet-OGGZ-groep (81%). De gemiddelde detentieduur is met 6 maanden iets langer in de OGGZ-groep dan in de niet-OGGZ-groep (4½ maand) (zie bijlage 6, tabel 9.9).

#### Sociale problematiek

Voor een zinvolle vergelijking van prevalenties van problematiek op de sociale domeinen tussen de twee groepen moet rekening worden gehouden met het feit dat classificatie tot de OGGZ-groep, mede gebaseerd is op het hebben van een probleem. De beschrijving van deze problematiek voor de OGGZ-groep en de niet-OGGZ groep is daarom vooral bedoeld om een goed inzicht in beide groepen te bieden, en minder om de groepen onderling te vergelijken.

De OGGZ-groep heeft vrijwel in zijn geheel te maken met financiële problemen (90%), gevolgd door problemen op het domein dagbesteding (52%) en huisvesting (14%). Deze drie problemen zijn minder frequent aanwezig bij gedetineerden uit de niet-OGGZ groep, hoewel zij ook daar in ruimtelijke mate voorkomen (respectievelijk 55%, 29% en 11%).

Ook de ernst van de financiële problemen in de OGGZ-groep is zorgwekkender; 63% van de groep heeft schulden hoger dan 1.000 euro. Ondanks dat de schulden bij de niet-OGGZ-groep lager zijn, heeft ook in deze groep 33% schulden van 1.000 euro of meer. Hiertegenover geeft meer dan de helft van de gedetineerden uit de niet-OGGZ-groep aan helemaal geen schulden te hebben. In de OGGZ-groep is dit slechts 18% (zie bijlage 6, tabel 9.10).

### **Medische problematiek**

Een positieve score op de screener voor psychiatrische problematiek komt binnen de OGGZ-groep veel voor, 70% van deze gedetineerden scoort positief op de BJMHS. Daarnaast heeft 84% (ook) een as-2 diagnose (persoonlijkheidsproblematiek). Cluster B persoonlijkheidsstoornissen (antisociaal, narcistisch, borderline, teatraal) zijn, met 83%, het meest prevalent, maar ook de paranoïde persoonlijkheidsstoornis uit cluster A is vaak aanwezig (23%).

Ook in de niet-OGGZ-groep zijn gedetineerden met een indicatie voor een as 1 psychiatrische diagnose aanwezig, zij het in veel minder grote getale (22%).

Persoonlijkheidsproblematiek is, net als in de OGGZ-groep, veelvuldig aanwezig, waarbij ook hier cluster B op de voorgrond staat. Paranoïde persoonlijkheidsstoornis uit cluster A is echter veel minder prevalent (8%)(zie bijlage 6, tabel 9.11).

Bijna 40% van de gedetineerden uit de OGGZ-groep heeft te maken met lichamelijke problematiek. Ook zijn zij hiervoor slechts in zeer beperkte mate in zorg, slechts 4% van hen geeft aan tot detentie hulp gehad te hebben in verband met lichamelijke klachten. In de niet-OGGZ-groep hebben slechts 4 gedetineerden (5%) te maken met lichamelijke problematiek (zie bijlage 6, tabel 9.13).

Ruim driekwart van de gedetineerden in de OGGZ-groep is problematisch middelengebruiker, waarbij alcohol het meest frequente probleemmiddel is (40%), gevolgd door cannabis (35%). Problematisch opiaat- en cocaïnegebruik komen elk bij 16% van de gedetineerden uit de OGGZ groep voor.

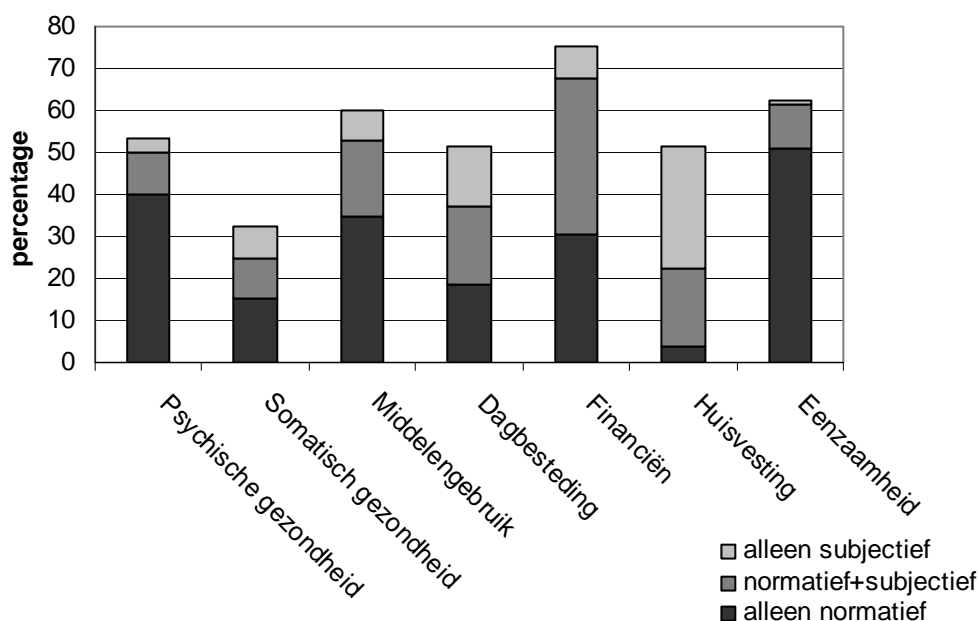
In de niet-OGGZ groep heeft slechts 23% te kampen met problematisch middelengebruik, waarbij alcohol wat prominenter op de voorgrond staat (18%) (zie bijlage 6, tabel 9.12).

### 3.5 Subjectieve probleembeleving

In voorgaande hoofdstukken is de problematiek beschreven op basis van normatieve criteria. Hiernaast is gedetineerden gevraagd zelf aan te geven welke domeinen zij als problematisch ervaren in hun leven. Dit wordt hieronder gepresenteerd en vergeleken met de normatieve probleemindeling.

- 69 (33%) gedetineerden ervaren een probleem op het domein dagbesteding;
- 92 (44%) gedetineerden ervaren een probleem op het domein financiën;
- 97 (46%) gedetineerden ervaren een probleem op het domein huisvesting;
- 24 (11%) gedetineerden ervaren een probleem op het domein sociale relaties;
- 27 (13%) gedetineerden ervaren een probleem op het domein psychische gezondheid;
- 33 (16%) gedetineerden ervaren een probleem op het domein lichamelijke gezondheid;
- 47 (22%) gedetineerden ervaren een probleem op het domein middelengebruik.

Bij een vergelijking tussen de normatief geconstateerde problemen en de door de gedetineerden zelf ervaren (subjectieve) problemen, blijkt deze slechts beperkt overeen te komen. De grootste discrepanties zijn zichtbaar op de medische domeinen en eenzaamheid. De subjectieve probleembeleving is hier veel minder prominent aanwezig dan men op basis van normatieve maten zou verwachten. Daarentegen rapporteert op de domeinen huisvesting en dagbesteding een relatief groot deel van de gedetineerden zelf wel een probleem te ervaren, terwijl dit normatief niet zo is vastgesteld. Omdat op deze domeinen elke vorm van dagbesteding en elke vorm van zelfstandige huisvesting normatief als voldoende (dat wil zeggen: niet problematisch) is beschouwd, is de discrepantie te verklaren doordat (sommige) gedetineerden ontevreden zijn over hun vorm van dagbesteding, of zelfstandige huisvesting (zie figuur 5.1).



Figuur 5.1 Vergelijking subjectieve en normatieve problemen



### 3.6 Actuele en gewenste zorgkader per probleemdomein

In de volgende paragrafen wordt per domein een overzicht gegeven van de aanwezigheid van hulp of ondersteuning bij gedetineerden uit de groep waarbij op dat domein (normatief) een probleem is geconstateerd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen het actuele zorgkader (hulp die tenminste tot aan de huidige detentieperiode aanwezig was), een zorgkader in het verleden, en de afwezigheid van een zorgkader. De actueel onvervulde normatieve zorgbehoefte binnen de gehele groep gedetineerden wordt berekend als het aantal mensen met een normatief probleem zonder actuele zorg, gedeeld door de gehele groep gedetineerden.

Dit percentage representeert het deel van de gedetineerden waarvoor het bereik van de hulpverlening op dit domein onvoldoende lijkt. Binnen deze groep wordt tevens aangegeven hoe groot de subjectieve onvervulde zorgbehoefte is, i.e. welk deel van de mensen met een onvervulde normatieve hulpbehoefte spreekt wel uit behoefte aan hulp of ondersteuning te hebben.

Tevens wordt per domein kort aangegeven wat voor soorten hulp of ondersteuning er gegeven zijn. Deze vraag is niet door alle gedetineerden beantwoord.

Tenslotte is het voorkomen van zorgbreuken onderzocht. Een zorgbreuk is gedefinieerd als de beëindiging van hulpverlening in het verleden, waarbij sprake is van eenzijdige beëindiging van deze hulpverlening door de respondent, of indien een conflict met de behandelaar aanleiding is geweest om de hulp voortijdig te beëindigen.

In die gevallen waarin hulp of ondersteuning wel (voortijdig) is gestopt, maar waarbij de hulpverlener / behandelaar en de respondent gezamenlijk hebben besloten de hulp te beëindigen (om welke reden dan ook) is er geen sprake van een zorgbreuk.

Gezien de mogelijkheid van een hulpverleningsgeschiedenis met zorgbreuken, ook bij gedetineerden waarbij ten tijde van het interview geen actueel (normatief en/of subjectief) probleem is geconstateerd, is het voorkomen van zorgbreuken berekend onder alle gedetineerden die aangaven in het verleden hulp te hebben gehad, ongeacht de aan- of afwezigheid van een actueel probleem.

### 3.6.1 Zorgkader medische domeinen

#### Zorgkader psychische gezondheid

Precies de helft van de gedetineerden had een normatief probleem op het domein psychische gezondheid. Van deze groep heeft 19% tot aan detentie hulp of ondersteuning gehad (zie tabel 5.1). Daarnaast heeft 20% in het verleden hulp ontvangen, maar ten tijde van het interview niet meer. Van alle gedetineerden met psychische probleem zoals gemeten met de BJMHS heeft 60% nog nooit hulp gehad voor dit domein.

De hulpverlening voor psychiatrische problemen betreft vooral ambulante behandelingen. Daarnaast rapporteert 12% een gedwongen opname en 12% een vrijwillige opname.

Van de gehele onderzoeksgroep hebben 83 gedetineerden een actuele onvervulde normatieve hulpbehoefte op het domein psychische gezondheid (40%). Van deze groep met een onvervulde zorgbehoefte, spreekt 34% spreekt zelf ook een wens uit voor het krijgen van hulp of ondersteuning.

Tabel 5.1 *Psychische gezondheid en zelfgerapporteerde hulpverlening*

	Normatief (N=103)	
Hulp bij psychische problemen gehad	<i>n</i>	%
ja, tot detentie	20	19,4
ja, in het verleden	21	20,4
nee, nooit	62	60,2
Ontvangen hulpverlening (N=41)*	<i>n</i>	%
ambulante behandeling	33	80,5
dagbehandeling	4	9,8
vrijwillige opname	5	12,2
gedwongen opname	5	12,2
Onvervulde normatieve zorgbehoefte	83 / 210	39,5
Waarvan onvervulde subjectieve zorgbehoefte	28 / 83	33,7

\* meerdere vormen van hulpverlening per gedetineerde mogelijk

NOTE: Op basis van de vergelijking tussen interview 1 en 2 en DPAN, blijkt dat voor 9% van de 96 respondenten waarvoor dit vergeleken kon worden, een andere zorgsituatie dan zij in het eerste interview hadden aangegeven, de meest aannemelijke was.

### Zorgkader lichamelijke gezondheid

Bij ongeveer een kwart van de gedetineerden is een normatief probleem op lichamenlijk functioneren geconstateerd. Van deze groep heeft een kleine minderheid (6%) actuele hulp op dit domein, een grotere groep heeft wel hulp gehad (30%). De grootste groep (64%) zegt nooit hulp te hebben gehad in verband met hun lichamelijke gezondheid. De hulp die gedetineerden voor hun lichamelijke gezondheid hebben ontvangen, betreft zowel langdurige opnames in een ziekenhuis als ambulante behandelingen. Een klein deel is opgenomen (geweest) in een verpleeghuis.

Van het totaal hebben 47 respondenten (22%) een actuele onvervulde normatieve zorgbehoefte op het domein lichamelijke gezondheid. Iets minder dan de helft (47%) van hen spreekt daadwerkelijk een wens uit voor ondersteuning.

Tabel 5.2 *Lichamelijke gezondheid en zelfgerapporteerde hulpverlening*

Hulp bij lichamelijke problemen gehad	Normatief (N=50)	
	N	%
ja, tot detentie	3	6,0
ja, in het verleden	15	30,0
nee, nooit	32	64,0
<hr/>		
Ontvangen hulpverlening (N=18)	n	%
langdurige opname ziekenhuis	6	33,3
opname in verpleeghuis	1	5,6
ambulante behandeling specialist	6	33,3
fysiotherapie	4	22,2
Onvervulde normatieve zorgbehoefte	47 / 210	22,4
Waarvan onvervulde subjectieve zorgbehoefte	22 / 47	46,8

NOTE: Op basis van de vergelijking tussen interview 1 en 2 en DPAN, blijkt dat voor 4% van de 95 respondenten waarvoor dit vergeleken kon worden, een andere zorgsituatie dan zij in het eerste interview hadden aangegeven, de meest aannemelijke was.

### Zorgkader problematisch middelengebruik

Ruim de helft van de gedetineerden valt onder de normatief problematisch gebruikers (alcohol en/of één of meerdere drugs, inclusief cannabis). Tot aan het moment dat zij gedetineerd raakten had 25% van hen hulp. Daarnaast heeft 21% in het verleden hulp gehad maar deze is nu geëindigd. Een krappe meerderheid (54%) gaf aan nog nooit hulp te hebben gehad voor het omgaan met hun middelengebruik (tabel 5.3).

Ook hier betreft de ontvangen hulpverlening met name ambulante behandeling. Het percentage dat opgenomen is geweest is iets hoger dan in de psychiatrie.

Van alle gedetineerden heeft 37% een normatieve actueel-onvervulde zorgbehoefte voor problematisch middelengebruik. Binnen deze groep heeft 30% een wens voor hulp of ondersteuning na ontslag uit detentie.

Tabel 5.3 *Problematisch middelengebruik en zelfgerapporteerde hulpverlening*

Hulp bij middelengebruik gehad	Normatief (N=107)	
	<i>n</i>	%
ja, tot detentie	27	25,2
ja, in het verleden	22	20,6
nee, nooit	58	54,2
<hr/>		
Ontvangen hulpverlening (N=48)	<i>n</i>	%
ambulante behandeling	25	52,1
dagbehandeling	9	18,8
vrijwillige opname	11	22,9
gedwongen opname	6	12,5
anders	2	4,2
methadonbehandeling ooit ; zelfgerapporteerd	26	54,2
methadonbehandeling 2010; registratiedata*	21	43,8
<hr/>		
Onvervulde normatieve zorgbehoefte	78 / 210	37,1
Waarvan onvervulde subjectieve zorgbehoefte	23 / 78	29,5

\* op basis van registratiedata van de geïntegreerde voorzieningen van de GGD Amsterdam  
NOTE: Op basis van de vergelijking tussen interview 1 en 2 en DPAN, blijkt dat voor 1% van de 96 respondenten waarvoor dit vergeleken kon worden, een andere zorgsituatie dan zij in het eerste interview hadden aangegeven, de meest aannemelijke was.

### 3.6.2 Actueel en gewenst zorgkader voor de sociale domeinen

#### Zorgkader dagbesteding

Ruim eenderde van de gedetineerden heeft voorafgaand aan de huidige detentieperiode geen formele dagbesteding. Iets meer dan de helft (57%) van hen geeft aan nog nooit hulp of ondersteuning te hebben gehad, 25% heeft in het verleden hulp gehad en 18% had hulp in verband met dagbesteding tot het moment dat zij gedetineerd raakten.

De hulp die gedetineerden hebben ontvangen op het gebied van dagbesteding betreft met name hulp bij het vinden van een passende dagbesteding en plaatsing op een traject.

Van alle gedetineerden heeft 35% een normatieve actueel-onvervulde hulpbehoefte op het domein dagbesteding. Van deze groep spreekt 77% een wens uit voor het krijgen van hulp of ondersteuning het organiseren van een passende dagbesteding na ontslag uit detentie.

Tabel 5.4 *Dagbesteding en hulpverlening*

	Normatief (N=89)	
Hulp bij dagbesteding gehad	<i>n</i>	%
ja, tot detentie	16	18,0
ja, in het verleden	22	24,7
nee, nooit	51	57,3
Ontvangen hulpverlening (N=35)	<i>n</i>	%
hulp vinden passende dagbesteding	14	40,0
cursus / opleiding	1	2,9
plaatsing op traject	14	40,0
	Normatief (N=60)	
Groep zonder hulp / ondersteuning	<i>n</i>	%
wens hulp / ondersteuning	47	77,0

### Zorgkader huisvesting

Van alle gedetineerden was 17% feitelijk en 6% residentieel dakloos tot aan hun huidige detentieperiode. Residentieel daklozen hebben per definitie hulp. We beschrijven de situatie van hulp en ondersteuning op het gebied van huisvesting daarom alleen voor de groep feitelijk daklozen (N=36).

Van deze 36 feitelijk daklozen gaf 19% aan actuele hulp of ondersteuning voor hun woonsituatie te hebben, nog eens 19% had wel hulp gehad, maar deze was beëindigd. Circa 60% gaf aan nooit hulp te hebben gehad.

De hulpverlening die de daklozen hebben gehad betreft met name hulp bij het vinden van zelfstandige huisvesting. Een klein deel heeft woonbegeleiding gekregen, of hulp bij het vinden van een plek in de maatschappelijke opvang.

Van alle gedetineerden heeft 13% een normatieve actueel-onvervulde hulpbehoefte op het domein huisvesting. Van deze groep spreekt driekwart een wens uit voor het krijgen van hulp of ondersteuning voor hun woonsituatie.

Tabel 5.5 *Huisvesting en hulpverlening*

	Normatief (N=36)	
Hulp bij huisvesting gehad	<i>n</i>	%
ja, tot detentie	7	19,4
ja, in het verleden	7	19,4
nee, nooit	22	61,1
Ontvangen hulpverlening (N=13)	<i>n</i>	%
hulp nieuwe zelfstandige huisvesting	8	61,5
hulp zoeken plek in maatschappelijke opvang	1	7,7
ondersteuning zelfstandig wonen	3	23,1
ondersteuning wonen in groepswooning	1	7,7
	Normatief (N=26)	
Groep zonder hulp / ondersteuning	<i>n</i>	%
wens hulp / ondersteuning	20	76,9

### Zorgkader financiële problematiek

Van 75% van de gedetineerden is bekend dat zij problemen hebben op het gebied van financiën omdat zij geen inkomen hebben en / of schulden hebben.

Van deze gedetineerden met een normatief vastgesteld probleem had 25% hulp of ondersteuning voor hun financiële situatie op het moment dat zij gedetineerd werden. Hiernaast geeft 14% in het verleden hulp te hebben gehad. De meerderheid (62%) echter, geeft aan nog nooit hulp of ondersteuning te hebben gehad. De ontvangen hulp betreft bij meer dan de helft schuldsanering, en bij eveneens ruim de helft budgettering (vrijwillig danwel onvrijwillig).

Van alle gedetineerden heeft 54% dus een normatief actueel onvervulde hulpbehoefte. Van deze groep spreekt 68% een wens uit voor het krijgen van hulp of ondersteuning.

Tabel 5.6 *Inkomen / financiën en hulpverlening*

	Normatief (N=156)	
Hulp bij financiën gehad	<i>N</i>	%
ja, tot detentie	39	25,0
ja, in het verleden	21	13,5
nee, nooit	96	61,5
Ontvangen hulpverlening (N=56)	<i>n</i>	%
schuldsanering	30	53,6
ondersteuning administratie	4	7,1
ondersteuning subsidieaanvraag	4	7,1
vrijwillige budgettering	12	21,4
verplichte budgettering	15	26,8
	Normatief (N=117)	
Groep zonder hulp / ondersteuning	<i>n</i>	%
wens hulp / ondersteuning	80	68,4

### 3.7 Veldregie

Naast de hulpverlening voor de individuele domeinen, is ook gekeken in hoeverre de doelgroep een trajectplan heeft in het kader van de veldregie. Hier krijgt elke cliënt een trajecthouder die de zorg van de verschillende partijen op elkaar afstemt en coördineert. Daarbij bestaat een netwerk voor de veldregie volwassenen (23+) en voor de veldtafel voor jeugdigen (<23 jaar).

In de gehele groep heeft 26% een trajectplan in het kader van de veldregie. De dekking bij de volwassenen (32%) is hoger dan bij de jongeren (8%). De dekking bij de residentieel (64%) en feitelijk daklozen (48%) is veel hoger dan in de niet-dakloze groep (19%). Onder de jongeren zijn maar 3 daklozen (feitelijk of residentieel), deze zijn alle drie bekend in de veldregie.

Omdat de veldregie zich specifiek op de OGGZ-doelgroep richt, is de dekking van de veldregie ook specifiek binnen de OGGZ-groep bekeken. Binnen deze groep neemt 34% deel aan ofwel de veldregie volwassenen ofwel de veldtafel Jeugd.

Tabel 5.7 *Bereik veldregie*

In beeld veldregie	OGGZ doelgroep			
	nee		ja	
	n	%	n	%
nee	68	88.3	82	66.1
ja	9	11.7	42	33.9
	77	100.0	124	100.0

#### Detentie als vindplaats

Een van de doelen van het onderzoek was te bepalen of detentie een vindplaats vormt voor een OGGZ-groep die nog niet in beeld is. Hiertoe is nagegaan of de gedetineerden bekend waren in bij Vangnet&Advies of de poliklinieken, in de veldregie, of als zeer actieve veelpleger. Binnen de groep die niet in veldregie is, is 55% geclassificeerd als OGGZ-doelgroep en betreft dus gedetineerden met onbehandelde medische problematiek in combinatie met sociale problematiek.

Voor het al dan niet bekend zijn als zeer actieve veelpleger is gebruik gemaakt van de registratie van veelplegers van 31 dec 2010. Van de 201 personen die aan het eerste interview hebben deelgenomen, is 28% bekend als zeer actieve veelpleger, waarvan 45% ook in veldregie zit. Van de gehele groep is 59% noch bekend als veelpleger, noch in de veldregie. Binnen de OGGZ-groep zoals gedefinieerd in dit onderzoek (zie pagina 37) is dit percentage 48%.

In de jaren 2008 en 2009 is 11% van de gehele groep tenminste eenmaal gemeld bij Vangnet&Advies wegens overlast of zorg. Van de OGGZ-groep is dit 15%.

In de jaren 2005 t/m 2010 is 23% tenminste eenmaal gemeld bij V&A wegens overlast of zorg. Van de OGGZ-groep is dit 28%. Dat betekent dat 72% van de OGGZ groep niet in beeld is geweest bij Vangnet&Advies in de afgelopen 6 jaren.



Van de totale groep waarvan alle drie de informatiebronnen bekend zijn is 50% noch in beeld bij de veldregie, noch in beeld geweest bij Vangnet&Advies, noch bekend als veelpleger. Binnen de OGGZ-groep is dit 38%.

Als we alleen afgaan op de twee OGGZ-systemen: veldregie (jeugd en volwassenen) en Vangnet&Advies zien we dat 60% van de gehele groep niet in beeld is, en 50% van de OGGZ groep.

Overigens moet bij deze dekkingsgraad wel de hier gehanteerde definitie van OGGZ in ogenschouw worden genomen, waarbij een onvervulde medische zorgbehoefte een van de criteria is, waardoor de kans groter is dat deze groep nog niet in beeld is. Deze cijfers kunnen dus niet worden opgevat als dekkingspercentages van de veldregie binnen de OGGZ-doelgroep in het algemeen, maar geven wel een goed beeld van de onvervulde OGGZ-zorgbehoefte in deze doelgroep.

In detentie lijkt dus inderdaad een substantiële doelgroep voor de OGGZ te vinden die nog niet in beeld is van de OGGZ.

### **3.8 Zorgbreuken voor de verschillende domeinen**

#### **zorgbreuken psychische gezondheid**

Van alle gedetineerden hebben er 22 in het verleden zorg gehad voor psychische klachten die nu geëindigd is. Bij 41% van deze groep is de zorg geëindigd door een zorgbreuk (eenzijdige beslissing patiënt / cliënt of door een conflict).

#### **zorgbreuken lichamelijke gezondheid**

In totaal geven 15 gedetineerden aan in het verleden hulp of ondersteuning te hebben gehad. Van deze groep gedetineerden is er in 2 gevallen een zorgbreuk opgetreden (13%).

#### **zorgbreuken middelengebruik**

In totaal geven 21 gedetineerden aan in het verleden hulp te hebben gehad voor hun middelengebruik, die nu geëindigd is. Bij 61% van deze gedetineerden is deze hulp geëindigd door een zorgbreuk (eenzijdige beëindiging van de gedetineerde of conflict met behandelaar).

#### **zorgbreuken dagbesteding**

Van de in totaal 40 gedetineerden die aangeven in het verleden hulp te hebben gehad die is beëindigd is er bij 22 gedetineerden (54%) een zorgbreuk opgetreden.

#### **zorgbreuken huisvesting**

Van de 27 gedetineerden die zeggen in het verleden hulp te hebben gehad in verband met hun huisvestingssituatie is er bij 15 (56%) van hen een zorgbreuk opgetreden.

#### **zorgbreuken financiën**

In totaal gaven 29 gedetineerden aan in het verleden hulp of ondersteuning te hebben gehad in verband met hun inkomen en / of financiële situatie. Bij iets meer dan de helft van hen (52%) is er een zorgbreuk opgetreden.

#### **OGGZ versus niet-OGGZ**

Op basis van sociale problematiek en onvervulde zorgbehoeftes op medische problematiek is een groep met OGGZ-problematiek en een groep zonder OGGZ-problematiek gedefinieerd. Van beide groepen is onderzocht in hoeverre zorgbreuken zijn opgetreden op de verschillende domeinen, naar aanleiding van de onderliggende gedachte dat OGGZ-problematiek veelal samengaat met een moeizame relatie met de hulpverlening.

Tabel 5.8 Voorkomen zorgbreuken als percentages in OGGZ en niet-OGGZ-groep

Zorgbreuken	N	OGGZ		niet-OGGZ	
		n	%	n	%
dagbesteding	20	14	28,6	6	15,4
financiën	15	12	25,0	3	18,8
huisvesting	14	11	29,7	3	21,4
psychische gezondheid	9	8	24,3	1	7,7
lichamelijke gezondheid	2	2	6,3	-	-
middelengebruik	14	11	25,6	3	25,0

NOTE: percentages zijn berekend over de groep die actueel hulp heeft of een verleden van hulp op het betreffende domein heeft.

Binnen de OGGZ groep die ooit zorg heeft gehad (actueel of in het verleden) is dit in ongeveer een kwart beëindigd ten gevolge van een zorgbreuk. Dit geldt voor alle domeinen. Bij de niet-OGGZ groep is dit minder. Met name het verschil in het voorkomen van zorgbreuken op het domein psychische gezondheid springt in het oog.

Op basis van het verschil in voorkomen van zorgbreuken wordt het beeld dat de OGGZ doelgroep relatief moeilijk in zorg te houden is bevestigd. In het volgende hoofdstuk wordt op basis van de kwalitatieve interviews dieper ingegaan op de achtergrond van de zorgbreuken van deze doelgroep.

### **3.9 Redenen voor hulp-onderbreking bij gedetineerden**

Op basis van de kwalitatieve interviews met 31 gedetineerden met een zorgbreuk uit de steekproef, is meer informatie verzameld over de redenen voor hulp-onderbreking bij gedetineerden.

Gedetineerden ontvangen zowel binnen als buiten detentie allerlei vormen van hulpverlening. Onderbrekingen in deze hulp belemmeren de vooruitgang en dragen bij aan terugval in criminaliteit. Dit hoofdstuk beschrijft een kwalitatief verdiepingsonderzoek en probeert inzicht te geven in de redenen en motieven van hulp-onderbreking vanuit het perspectief van de gedetineerden. Het accent ligt derhalve op diversiteit en inhoud van de oorzaken, niet op de aantallen.

Het deel 'beschrijving van de gedetineerden' gaat kort in op enkele kenmerken, de ontvangen hulpverlening en op de problemen van de subgroep. De 'resultaten' paragraaf behandelt de hulp-onderbrekingen en de achterliggende oorzaken. Eerst worden de onderbrekingen met instanties buiten detentie beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op breuken met zogenaamde detentiegerelateerde instanties en met breuken van meer algemene aard.

De paragraaf wordt afgesloten met een opsomming van verbeteringen voor hulpverlening zoals die door de gedetineerden werden genoemd.

#### **3.9.1 Beschrijving van de gedetineerden**

Bijlage 7, tabel 9.14 laat de belangrijkste kenmerken van de subgroep zien. De opvallendste kenmerken noemen we kort. In kolom 1 zien we dat 18 (58%) personen middelbaar en 6 (19%) lager onderwijs gevolgd hebben. Omdat 13 van de 31 personen hun opleiding voortijdig verlieten waren er uiteindelijk 17 (55%) personen zeer laag opgeleid. Kolom 3 laat de cultureel etnische achtergrond zien. Volgens de definitie etniciteit van het CBS [24] bestond onze subgroep uit 9 (29%) Europees autochtone en 22 (71%) allochtone gedetineerden. De gemiddelde leeftijd van onze subgroep was 34 jaar. Op 3 na hadden alle 31 personen (90%) eerder in voorarrest gezeten; 5 personen 6 t/m 10 keer en 6 personen hadden 11 keer of vaker in voorarrest gezeten. In de laatste kolom staat de meest recente baan vermeld. Drie personen hebben nog nooit een betaalde baan gehad.

#### **3.9.2 Hulpverlening**

Tabel 9.15 (zie bijlage 7) geeft inzicht in de hulpverlening die de gedetineerden ooit ontvingen en toont de verschillende instanties. In totaal hebben 31 gedetineerden gebruik gemaakt van 23 verschillende instanties voor hulpverlening. Achtentwintig (90%) personen ontvingen ooit enige vorm van hulp: 7 van 1 instantie, 10 van 2 á 3 instanties en 11 gedetineerden ontvingen bij 4 of meer instanties hulp.

### 3.9.3 Problematiek

Tijdens de interviews in de huizen van bewaring werd eveneens naar de leefsituatie van de gedetineerden gevraagd, vlak vóór de laatste arrestatie. Uit deze gesprekken bleek dat zij veel problemen hadden en tabel 9.16 (bijlage 7) geeft een overzicht van de verschillende problemen. Dertig (97%) personen hadden 1 of meer problemen: bij 8 personen scoorden wij 1 t/m 3 problemen, bij 16 personen 4 t/m 6 en bij 6 personen scoorden wij 7 problemen of meer. Werkloosheid was het meest frequente probleem in onze subgroep en 27 (87%) van de 31 personen hadden vlak voor hun arrestatie geen betaald werk. Op de tweede plaats zien we de schuldenproblematiek. Vijfentwintig (81%) van de 31 gedetineerden hadden schulden; 10 personen tot 5.000 euro, 2 van 5.000 tot 10.000 en 13 personen hadden meer dan 10.000 euro schuld.

Als we naar de gezondheid van de gedetineerden in onze subgroep kijken zien we dat 21 (68%) geïnterviewden op dit terrein (overlappende) problemen hadden. Zestien (52%) hadden verslavingsproblemen, 8 (26%) psychische - en 6 (19%) personen hadden lichamelijke problemen.

Achttien geïnterviewden hadden geen zelfstandige woning en 8 (26%) waren vlak voor hun laatste detentie dakloos. Als wij naar werk en uitkering kijken dan zien we 12 (39%) personen zonder legale inkomsten. Tevens zien we dat 11 (36%) personen volgens eigen zeggen niet verzekerd waren. Zes (19%) personen hadden geen (geldig) identiteitsbewijs, 4 stonden niet ingeschreven in de GBA en 2 personen hadden geen bankrekening.

### 3.9.4 Zorgbreuken

Oorzaken voor hulp-onderbreking kunnen in drie categorieën onderscheiden worden, te weten breuken met instanties buiten detentie, binnen detentie en algemeen voorkomende oorzaken voor hulp-onderbreking.

#### **Hulp-onderbrekingen met niet-detentie gerelateerde instanties**

Voortijdig schooluitval, in de regel voorafgegaan door spijbelen, kwam regelmatig in onze subgroep voor en zien wij als een belangrijke reden voor een verminderde kans op de arbeidsmarkt. Een onderbreking in de hulp die de samenleving biedt in de ontwikkeling naar een geschikte werkplek. Tien geïnterviewden gaven verschillende redenen voor voortijdig schooluitval.

De thuissituatie werd door deze doorgaans allochtone groep schoolverlaters beschreven als niet bevorderlijk voor het afmaken van de school doordat het belang van een diploma voor een succesvol bestaan in de Nederlandse samenleving niet werd gezien of overgebracht. Geïnterviewden gaven aan thuis nauwelijks gestimuleerd en begeleid te zijn. Bovendien werd er thuis geen Nederlands gesproken waardoor de kennis der Nederlandse taal gebrekkig bleef en het volgen van onderwijs daarmee lastig. De geïnterviewde gedetineerden leken daarenboven andere prioriteiten te stellen. Uit de interviews bleek dat men reeds vroeg geld wilde verdienen in plaats van naar school gaan. Geld verdienen vond men belangrijk voor de aankoop van door hen gewaardeerde zaken (rijbewijs, vakantie, huis) maar ook om bijvoorbeeld een huwelijk te bekostigen in de toekomst.

Het niet kunnen vinden van een verplichte stageplek werd ook genoemd als reden voor het voortijdig verlaten van een opleiding. Volgens de gedetineerden kwam dit door een gebrek aan stageplaatsen en een tekort aan ondersteuning of begeleiding. Ook discriminatie speelde volgens een geïnterviewde een rol. Tenslotte werd detentie als reden voor schooluitval gegeven. De geïnterviewde gedetineerden gaven aan dat zij onder andere ten gevolge van geldbehoefte en straatcultuur in de criminaliteit belandden. Tijdens de schoolperiode reeds werden zij als verdachten opgepakt hetgeen resulteerde in schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten. Dit verminderde hun kansen op de arbeidsmarkt. Werkloosheid (87%) kwam in onze subgroep dan ook veel voor.

Ondanks het hoge aantal schuldenaren (81%) zeggen slecht 15 personen ooit hulp gehad te hebben bij schuldsanering of budgettering. Van 6 personen is bekend waarom de hulp bij deze instanties niet gecontinueerd werd. Als belangrijke reden voor het stoppen van de schuldhulpverlening werd een onregelmatig inkomen, een tekort -, of geen inkomen genoemd. Tevens werden budgettering of schuldsanering onmogelijk indien de schuldenaar zijn rekeningen niet overhandigde. Analyse laat tevens zien dat continuering van de hulp bemoeilijkt werd omdat zij voorwaardelijk was. Alleen indien de schuldenaar zijn huis bijvoorbeeld verkocht had kon hulp geboden worden. Eveneens kwam het voor dat de schuldenaren het contact met de saneerder/budgetteerder verbraken omdat zij na jaren budgettering hun problemen zelf wilden oplossen, geld nodig hadden, of omdat zij moeite hadden met een vrouw als hulpverleenster. Detentie werd ook genoemd als reden voor de breuk.

Achttien geïnterviewden (gemiddelde leeftijd 34 jaar) hadden geen zelfstandige woning waarvan er 8 (26%) (gemiddelde leeftijd 36) bovendien dakloos waren. Tijdens de interviews werd duidelijk dat 12 gedetineerden hulp gericht op onderdak ontvangen hadden. Negen geïnterviewden gaven aan waarom hulptrajecten belemmerd werden. Detentie was een belangrijke belemmering voor allerlei vormen van hulp gericht op onderdak. Gebruikers verloren bijvoorbeeld hun plek, trajecten werden doorkruist en afspraken werden niet nagekomen. Een andere veel genoemde belemmering zijn de vele regeltjes binnen de zogenaamde nachtopvang. Overnachting hier is onderworpen aan bijvoorbeeld bepaalde tijden en periodes waardoor men alleen tijdens de avond en nacht onderdak vinden kon, of alleen maar voor een vast aantal dagen per maand. Men was derhalve constant 'on the road'. Een breuk met de opvang in sociale pensions ontstond volgens de geïnterviewden met name door slecht gedrag. Agressie en overlast leidden in de regel tot schorsing of verwijdering. Voorwaardelijke hulp werd in dit geval ook als belemmering genoemd. Een voorbeeld hiervan is dat onderdak in een pension alleen mogelijk was indien de betrokken persoon een schuldsaneringstraject zou starten. Voor deze vorm van hulp was echter een wachtlijst waardoor hij dakloos bleef. Een andere gedetineerde vertelde dat hij op een wachtlijst voor een gewenst pension stond.

Terwijl 19 gedetineerden vermeldden ooit hulp van het DWI gehad te hebben gaven 16 gedetineerden aan vlak voor hun laatste detentie geen bijstandsuitkering te ontvangen. Van deze 16 hadden 4 personen inkomsten uit eigen arbeid. Omdat er geen sprake van een andere uitkering was hadden 12 (39%) personen geen enkele vorm van legale inkomst. Uit de interviews met 11 gedetineerden bleek dat aanvragen en onderhouden van een bijstandsuitkering veel van de betrokken gedetineerden vroeg. Hier volgen de genoemde belemmeringen.

Detentie werd het frequentst genoemd als reden voor het verliezen van deze uitkering. In eerste instantie werd de uitkering geschorst, daarna gestopt. Aanvraag van een uitkering ging dan weer door de hele ambtelijke molen en vroeg tijd. Voor de aanvrager was dit regelmatig een periode met weinig of geen inkomsten. Als tweede belemmering werden de vele regels voor aanvraag en behoud van de uitkering genoemd. Geldig legitimatiebewijs, invullen van formulieren en nakomen van afspraken leverden vaak problemen op. Bovendien bestond er soms onenigheid over regels die uitmondde in conflicten en eventuele schorsing van de uitkering. Gebrek aan continuïteit bij de aanvraag van een uitkering werd ook als een belemmering genoemd. Nieuw opgestarte trajecten voor de aanvraag van een uitkering werden niet altijd gecontinueerd als gedetineerden (wel of niet noodgedwongen) wisselden van hulpverlenende instantie. Bijvoorbeeld indien de aanvrager reeds na enkele weken wegging bij een pension. Enkele gedetineerden gaven tijdens de interviews aan geen tot weinig werk van een uitkeringsaanvraag te maken omdat zij profijtelijke illegale inkomsten hadden. Een laatste belemmering voor het aanvragen van een uitkering bleek de verplichte stageplek voor personen in een zogenaamd leer/werk traject van DWI te zijn. Kandidaten kregen een geldelijke beloning (stagevergoeding) voor trajecten en moesten hiervoor een stageplek regelen. Het vinden van een dergelijk stageplek kon om uiteenlopende redenen een probleem zijn waarbij de beloning in gevaar kwam.

Eenentwintig (68%) personen gaven tijdens het (kwalitatieve) interview aan dat zij gezondheidsproblemen hadden en 14 meldden hiervoor hulp gehad te hebben. Zeven personen spraken tijdens de interviews over de belemmeringen die zij waren tegengekomen in de GGZ en in de verslavingshulpverlening. Allereerst zien wij ook hier dat detentie vaak genoemd werd als reden voor de breuk met de hulpverlening. Andere redenen die genoemd werden voor een breuk met de GGZ waren; geen verlangde nazorg na een intramurale behandeling en gebrek aan noodzakelijk vertrouwen in de hulpverlener. Redenen om de verslavingshulpverlening de rug toe te keren waren; te veel bemoeienis met het private leven en de verplichting methadon te gebruiken.

### **Hulp-onderbrekingen met detentie gerelateerde instanties**

Hierboven beschreven wij verschillende redenen voor hulp-breuken met instanties buiten detentie. Binnen de muren van de huizen van bewaring evenwel wordt ook hulp verleend. Van maatschappelijk werk weten wij dat het van 13 gedetineerden onbekend is of zij hulp van maatschappelijk werk gehad hebben. Van nog eens 13 is het duidelijk dat zij wel hulp hebben gehad. Vijf van hen vertelden tijdens de interviews over hun ervaringen. Voor de interpretatie van hun verhalen is het belangrijk te vermelden dat zij al vroeg in de huidige detentieperiode geïnterviewd werden. Vermelde ervaringen gaan derhalve over eerdere detentieperioden.

Tijdens de huidige detentieperiode kan op een later tijdstip maatschappelijk werk aangeboden zijn. Het volgende kunnen we vaststellen. Allereerst leken de gedetineerden nauwelijks het verschil tussen reclassering en maatschappelijk werk te kennen. Ook was het niet altijd duidelijk of men wel voor hulp in aanmerking kwam. Gedetineerden spraken over een wachtlijst van weken of over het feit dat je pas na 3 maanden of zelfs 1 jaar hulp van maatschappelijk werk kon verwachten. Over het algemeen kun je stellen dat maatschappelijk werk niet werd aangeboden maar terughoudend werd gegeven en slechts hulp bood voor kleine maatschappelijke problemen.

Om tot een gewogen uitspraak te komen maakt de rechter in bepaalde omstandigheden gebruik van de zogenaamde reclasseringsrapportage die tijdens het voorarrest opgemaakt wordt. De hele situatie van de gedetineerden wordt hierbij in kaart gebracht. Om voor een voorwaardelijk invrijheidstelling in aanmerking te komen moeten de veroordeelden zich vervolgens bereid verklaren bepaalde voorwaarden na te leven. Van 9 gedetineerden weten wij dat zij contact met de reclassering hebben gehad. Zes van hen vertelden tijdens het interview over hun ervaringen. Opmerkelijk is het misverstand onder de gedetineerden over de taak van de reclassering. Mogelijk ten gevolge van de rapportage verwachtten de gedetineerden actie en concrete daadwerkelijke hulp. Als deze uitbleef en men geconfronteerd werd met de meer controlerende taak van de reclassering op de voorwaardelijke invrijheidstelling van de rechter, leken de gedetineerden teleurgesteld. Gedetineerden hadden het onder anderen over; 'nooit hulp gehad', 'doen niets', 'alleen praten' en 'niet actief'. De teleurstelling over de ontvangen begeleiding leek optimale samenwerking in de weg te staan. Onvrede zorgde voor eigenhandig en voortijdig opzeggen van de reclassering door de ex-gedetineerde hetgeen leidde tot nieuwe detentie. Dit betekende in feite een breuk met het resocialisatie proces.

### **Algemeen voorkomende hulp-onderbrekingen**

Als laatste willen wij 2 redenen voor hulp-onderbreking noemen die niet instantie-specifiek, maar eerder algemeen voorkomend zijn, te weten; 'lastige procedures' en 'gewoon niet willen, niet gaan'.

Vlak voor hun laatste detentie hadden 6 personen geen (geldig) identiteitsbewijs tengevolge van diefstal of verlies en 2 personen hadden geen bankrekening ten gevolge van fraude. In het bijzonder bleken procedures voor het opnieuw aanvragen van ID en bankrekening (26%) zeer lastig waardoor de gedetineerden in de problemen raakten en bovendien de hulpverlening belemmerd werd.

De andere algemeen voorkomende reden voor een breuk met de hulpverlening was te vinden bij 13 (42%) geïnterviewden (waarvan 9 verslaafd) en overlapt gedeeltelijk met eerder genoemde belemmeringen. Analyse laat zien dat de geïnterviewden bij de minste of geringste strubbeling met hulpverleners of instanties emotioneel snel geraakt en uit evenwicht zijn. Deze overgevoeligheid lijkt vervolgens te leiden tot primair en impulsief handelen, men wil niet meer en men gaat niet meer. Een grondhouding die de hulpverlening belemmert.



### **Verbeteringen ter voorkoming van hulp-onderbrekingen**

Aan de gedetineerden werd gevraagd op welke wijze eventuele hulp-onderbrekingen voorkomen konden worden. Negentien gedetineerden gaven commentaar en de volgende punten werden genoemd:

1. inzetten van bemiddeling of mediation bij hulpconflicten om een breuk in de bijvoorbeeld uitkeringverstrekking of huisvesting te voorkomen;
2. Passend werk;
3. Case-management met persoonlijke benadering;
4. Zestien gedetineerden zijn ernstig verslaafd. Tien hiervan geven aan hierdoor belemmerd te zijn voor het aanvragen van hulp. Actieve outreaching en bemoeizorg lijken de aangewezen methoden om deze groep te bereiken;
5. Onvoorwaardelijke huisvesting in een vroeg stadium van de hulp;
6. Een geïntegreerde voorziening; één lokethulp, voor bijvoorbeeld uitkering, werk en onderdak;
7. Korte, snelle en eenvoudige procedures voor de aanvraag van hulp;
8. Starten van daadwerkelijke hulp vóór ontslag uit detentie;
9. Keuze tussen man of vrouw bij hulpverlening.

### **3.10 Aansluiting hulpverlening tijdens/na detentie**

In het volgende hoofdstuk wordt een vergelijking gemaakt tussen het voorkomen van (normatieve) problematiek in de periodes voor en (minimaal één maand) na detentie. Daarnaast wordt beschreven in hoeverre respondenten een rol van de hulpverlening / ondersteuning in deze dynamiek rapporteren: per domein wordt een overzicht gegeven van de aan- of afwezigheid van hulp of ondersteuning. De informatie voor deze analyse is afkomstig uit het vervolg-interview en betreft de 100 personen die hieraan deel hebben genomen.

Daarnaast wordt onderzocht in hoeverre de problematiek zoals gemeten in het interview door de MMD-ers wordt herkend, en in welke mate een geregistreeerde zorgbehoefte en naar aanleiding daarvan ingezette acties resulteren in de gewenste situatie een maand na ontslag. Daartoe wordt zowel de informatie uit DPAN gebruikt, in combinatie met informatie uit het basisinterview en het vervol ginterview. Hiervoor worden de gegevens uit DPAN bij gecombineerd met mensen die zowel aan interview 1 als aan interview 2 hebben deelgenomen. Deze overlap van de drie informatiebestanden betreft een wisselend aantal personen per domein.

### 3.10.1 Aansluiting hulpverlening; basisvoorwaarden

#### Zorgverzekering

In het vervol ginterview is (ex-)gedetineerden gevraagd naar het hebben van een zorgverzekering en sinds wanneer zij wel of niet verzekerd waren. Ongeveer 15% van de respondenten gaf aan vóór detentie geen zorgverzekering te hebben. Na detentie (minimaal één maand) was het percentage onverzekerden gestegen naar 28%.

Van de respondenten die voor detentie wel een zorgverzekering hadden, heeft de meerderheid (81%) dit weten te behouden. Hiertegenover staat dat 19% van hen tijdens of na detentie zijn zorgverzekering is verloren.

Van de respondenten die voor detentie geen zorgverzekering hadden, weet 20% dit tijdens of na detentie wel te verkrijgen. De meerderheid (80%) echter, blijft ook na detentie onverzekerd. In totaal zijn 15 gedetineerden hun zorgverzekering kwijt geraakt tijdens detentie, en 3 (ex-)gedetineerden hebben een zorgverzekering weten te verkrijgen.

Van de 3 respondenten die na detentie een zorgverzekering hebben verkregen geeft er 1 aan hier tijdens of na detentie hulp bij te hebben gehad. Van de respondenten die hun zorgverzekering hebben behouden geeft 16% aan hier hulp bij te hebben gehad (zie tabel 8.2).

Tabel 8.2 *Dynamiek zorgverzekering en hulp*

Zorgverzekering voor detentie				Zorgverzekering na detentie			
				ja		nee	
	<b>ja</b>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
<b>nee</b>		14	14,9	3	21,4	11	78,6
				68	72,3	26	27,7
In bezit van zorgverzekering				hulp		geen hulp	
		<i>N</i>		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
wel voor, wel na detentie		65	69,1	9	15,8	48	84,2
wel voor, niet na detentie		15	16,0	3	20,0	12	80,0
niet voor, wel na detentie		3	3,2	1	33,3	2	66,6
niet voor, niet na detentie		11	11,7	2	18,2	9	81,8

Van 14 personen die zeggen geen zorgverzekering te hebben voor detentie, is van 4 personen informatie uit DPAN over hun zorgverzekering beschikbaar. Al deze personen hebben een maand na detentie nog geen zorgverzekering. Er staan ook geen acties met betrekking tot een zorgverzekering beschreven in DPAN. Bij één persoon is dit omdat deze persoon het allemaal zelf wil regelen.

Van de 80 personen die wel een zorgverzekering hadden voor detentie, is van 35 personen informatie uit DPAN over een zorgverzekering beschikbaar. Daarvan hadden er 28 na detentie nog steeds een zorgverzekering, nadat deze bij ongeveer driekwart was opgeschort tijdens detentie. Zeven personen waren hun zorgverzekering kwijtgeraakt (bij alle zeven was deze opgeschort tijdens detentie).

Bij een klein deel van de respondenten blijkt bij het opschorten van de zorgverzekering dat deze nog opgeschort is van de vorige detentieperiode en nooit is gereactiveerd. Daarnaast blijkt bij een deel van de groep (12 personen) dat zij schulden hebben bij hun zorgverzekeraar.

### **Identiteitsbewijs**

Van de gehele groep was voor 93 gedetineerden de situatie met betrekking tot een identiteitsbewijs (ID) voor en na detentie bekend op basis van de interviews (tabel 8.3). Informatie over het (wel of niet) in bezit zijn van een ID van de gedetineerden zelf echter, blijkt regelmatig tegenstrijdigheden te bevatten. Tijdens het interview in detentie zeggen slechts 8 personen geen ID te hebben. Tijdens het interview na detentie zeggen nog eens 10 personen extra dat zij voor detentie geen ID hadden. Op basis van de gegevens uit DPAN zijn er nog eens 8 extra die geen ID hebben voorafgaand aan detentie.

De informatie van de MMD-ers over het bezit van een ID voorafgaand aan detentie lijkt betrouwbaarder dan de informatie die de gedetineerden zelf verstrekken, mede omdat de MMD-ers nagaan of het ID zich daadwerkelijk bevindt op de plek die de gedetineerde aangeeft. Ook wordt het ID op geldigheid gecontroleerd. Hierom wordt in de tabel ook de informatie van de MMD-er over de situatie voorafgaand aan detentie vergeleken met de situatie na detentie.

Van de groep die op basis van tenminste één van de interviews aangeeft geen ID te hebben voor detentie, hebben er 9 (50%) dit na detentie wel (tabel 8.3).

- Van deze 9 gedetineerden is van 5 informatie uit DPAN bekend, waarvan er bij 4 een probleem op ID gescoord is. Bij alle vijf is een actie beschreven vanuit de MMD-er of vanuit de gedetineerde zelf.

Van de groep waarvan informatie uit DPAN bekend is en informatie uit het interview na detentie (n=48), hebben 8 gedetineerden (17%) geen ID voor detentie.

- Van deze 8 zijn er 5 die zeggen na detentie wel een ID te hebben. Van de drie personen die dit nog niet hebben, zijn er twee waarbij de actie voor het regelen van het ID geheel bij de gedetineerde ligt (eenmaal op eigen verzoek).

Van de 75 personen die voor detentie wel een ID hadden (obv het interview na detentie), hebben 3 personen dit na detentie niet meer (4%).

- Deze drie zijn niet geregistreerd in DPAN

Tenslotte is nagevraagd of zij ooit een periode hebben gekend waarin zij niet beschikten over een geldig ID, en wat de reden hiervan was. Volgens de meerderheid was dit verlies, slechts 5% gaf aan het ID verkocht te hebben, volgens 7% was het gestolen, bij 17% was het kapot gegaan, en 5% had het laten verlopen en nooit vernieuwd.

Hulpverlening speelt bij het verkrijgen of behouden van een ID slechts een bescheiden rol volgens de gedetineerden. Van de groep die een ID heeft verkregen sinds detentie, rapporteert slecht eenderde hier hulp bij gehad te hebben. Van de groep respondenten die zowel voor als na detentie niet over een geldig ID beschikte heeft bijna 80% hier ook nooit hulp voor gehad (zie tabel 8.3).

Tabel 8.3 *Dynamiek identiteitsbewijs en hulp*

ID voor detentie		ID na detentie					
		ja		nee			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
	ja	75	80,6	72	96,0	3	4,0
	nee	18	19,4	9	50,0	9	50,0
In bezit van ID		<i>N</i>		hulp		geen hulp	
				<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
wel voor, wel na detentie		60		7	11,7	53	88,3
wel voor, niet na detentie		3		1	33,3	2	66,7
niet voor, wel na detentie		9		3	33,3	6	66,7
niet voor, niet na detentie		9		2	22,2	7	77,8

### Officieel adres

Uit het vervolginterview bleek 21% van de respondenten voor detentie niet over een officieel adres te beschikken. Een maand na detentie was dit 15%.

Er blijkt vooral redelijk veel dynamiek te zitten in het *niet* hebben van een officieel adres. Van de respondenten zonder officieel adres voor detentie heeft ruim 60% dit na detentie wel. Veel van hen (41%) hebben dit op eigen kracht weten te bewerkstelligen, maar een in grootte vergelijkbare groep (47%) geeft aan hier hulp bij te hebben gehad.

- Van de 17 personen zonder officieel adres voorafgaand aan detentie, maar wel met een adres na detentie, is voor 10 personen informatie uit DPAN beschikbaar. De helft van hen staat inderdaad geregistreerd als “zonder vaste woon of verblijfplaats”. Bij deze andere helft staat wel een adres vermeld, waarbij het viermaal de maatschappelijke opvang betreft en eenmaal een adres voor zelfstandige huisvesting.
- Van de 11 personen zonder officieel adres voor en na detentie is voor 5 personen informatie uit DPAN beschikbaar, drie van hen staan geregistreerd als “zonder vaste woon- of verblijfplaats” en bij twee is een zelfstandig huisadres vermeld.

Van 69 respondenten met een officieel adres voor detentie heeft vrijwel iedereen (94%) dit behouden. Vier respondenten (6%) zijn het officiële adres dat zij voor detentie hadden kwijtgeraakt, waarbij drie van hen geen hulp of ondersteuning hebben gehad (zie tabel 8.4).

- Van deze vier personen die hun inschrijving zijn verloren, is van slechts 1 informatie beschikbaar uit DPAN, waarin deze persoon ook voor detentie al als “zonder vaste woon of verblijfplaats” stond geregistreerd.

Tabel 8.4 *Dynamiek officieel adres en hulp*

officieel adres voor detentie			officieel adres na detentie				
			ja		nee		
	ja	nee	n	%	N	%	
	ja	75	78,9	69	92,0	6	8,0
	nee	20	21,1	12	60,0	8	40,0
		95	100,0	81	85,2	14	14,8

In bezit van officieel adres	N	hulp behouden		hulp tijdens / na		geen hulp	
		n	%	n	%	n	%
wel voor, wel na detentie	65	3	4,6	6	9,2	56	86,2
wel voor, niet na detentie	6	-	-	1	16,7	5	83,3
niet voor, wel na detentie	12	1	8,3	4	33,3	7	58,3
niet voor, niet na detentie	8	1	12,5	3	37,5	4	50,0

### 3.10.2 Aansluiting hulpverlening; sociale domeinen

#### Huisvesting

Van alle (ex-)gedetineerden die hebben deelgenomen aan het vervolginterview bleek 25% voor detentie feitelijk dakloos geweest te zijn en 7% was residentieel dakloos. Na detentie is een vergelijkbaar gedeelte feitelijk dakloos (22%) en residentieel dakloos (11%), het betreft bovendien grotendeels dezelfde personen.

Van de 63 personen die zelfstandig huisvesting hadden, behoudt het grootste deel (97%) deze huisvesting, ondanks het feit dat 22% vooraf aangeeft twijfels te hebben of zij hun huisvesting kunnen behouden. Slechts 2 personen wonen na detentie niet meer zelfstandig (één persoon is residentieel dakloos geworden, één persoon feitelijk dakloos).

Van de 6 personen die voor detentie residentieel dakloos waren, behouden 5 hun huisvesting. Eén van hen wordt feitelijk dakloos.

Van de 23 feitelijk daklozen blijft het grootste deel dakloos, maar 4 personen (17%) vinden een vastere plek in de maatschappelijke opvang en worden dus residentieel dakloos. Eén persoon vindt zelfstandige huisvesting.

Van de 92 personen waarvan zowel voor als na detentie de huisvestingssituatie bekend is, is van 44 informatie uit DPAN bekend.

Voor 5 personen is bijzondere bijstand aangevraagd om te zorgen dat zij hun huur konden doorbetalen, voor 4 personen is contact opgenomen met verhuurder, huisgenoten of begeleider om te regelen dat de persoon kon terugkeren naar zijn huisvesting, voor 2 personen is doorgegeven dat er een nieuwe vorm van huisvesting nodig was en 8 hebben een advies gekregen om zich in te schrijven als woningzoekende of op een postadres. Voor 25 personen is geen actie ondernomen.

Voor de 18 personen die feitelijk dakloos bleven staan er slechts 3 in DPAN, waarvan bij twee personen actie is ondernomen.

De 4 personen die van feitelijk naar residentieel dakloos gingen staan allemaal in DPAN. Bij twee van hen staat een actie met betrekking tot huisvesting vermeld.

De personen die van zelfstandig wonend of residentieel dakloos naar feitelijk dakloos gingen staan geen van allen in DPAN.

Er lijken relatief weinig transitie plaats te vinden met betrekking tot huisvesting voor en na detentie. De grootste groep woont zelfstandig, veelal met familie en kan hier weer naar terugkeren. De feitelijk daklozen blijven echter ook grotendeels feitelijk dakloos, ondanks dat bijna 90% van deze groep een maand of langer vastzit.

Opvallend aan deze data over huisvesting is dat de verschillende bronnen geen eenduidige informatie geven. Een deel van deze discrepanties kan verklaard worden uit het feit dat mensen zowel bij vrienden of familie overnachten maar ook op straat of in de opvang. Of zij dakloos zijn of bij vrienden inwonen is daarmee niet helder te onderscheiden. Daarnaast zijn er mensen die in de periode kort voor detentie een wisseling in huisvesting hebben ondergaan waardoor voor hen de periode voor detentie twee verschillende situaties behelst en de ene keer over de ene en de andere keer over de andere periode wordt geantwoord.

Het percentage van antwoorden van respondenten op de vraag naar hun huisvesting uit het eerste interview dat moest worden gecorrigeerd op basis van de bijkomende informatie uit het tweede interview en waar mogelijk DPAN geeft een indicatie van de betrouwbaarheid van de data. Van de gedetineerden die in interview 1 aangaven feitelijk dakloos te zijn, bleek bij gebruik van meerdere bronnen één respondent (6%) niet feitelijk dakloos. Dit gold voor 22% van de personen die aangaven residentieel dakloos te zijn en 6% van de personen die aangeven zelfstandige huisvesting te hebben.

Tabel 8.6 *Dynamiek huisvestings situatie*

voor detentie	N	niet dakloos		na detentie residentieel dakloos		feitelijk dakloos	
		n	%	n	%	n	%
niet dakloos	63	61	96,8	1	1,6	1	1,6
residentieel dakloos	6	0	0,0	5	83,3	1	16,7
feitelijk dakloos	23	1	4,3	4	17,4	18	78,3
<i>totaal</i>	92	62	67,4	10	10,9	20	21,7

Note: van 4 respondenten was de huisvestingssituatie voor detentie anders. Omdat onduidelijk was wat de precieze situatie precies was zijn zij in dit overzicht niet opgenomen

De rol die hulp en/of ondersteuning speelt in de dynamiek van de huisvestingssituatie van onze onderzoeksgroep is niet helemaal duidelijk. Enerzijds omdat er een aantal kleine groepen zijn (er is bijvoorbeeld maar 1 respondent die voor detentie feitelijk dakloos was en die na detentie residentieel dakloos is geworden).

Anderzijds moet in ogenschouw genomen worden dat residentieel daklozen per definitie hulp hebben voor hun huisvestingssituatie.

### Dagbesteding

Van de gedetineerden die aan beide interviews hebben deelgenomen, beschikte bijna de helft (46%) niet over dagbesteding in de periode voor detentie. Daarnaast verrichtte bijna een kwart betaald werk en de rest volgde een activeringstraject (17%), verrichtte vrijwilligerswerk (4%) of volgde onderwijs (9%). De groep zonder dagbesteding had voor het overgrote deel ook geen dagbesteding een maand na detentie. Ook van de groep werkenden was het grootste deel zonder dagbesteding na detentie (61%). Alleen voor de groep die een activeringstraject volgde, vrijwilligerswerk deed of onderwijs volgde, had meer dan de helft ook na detentie een dergelijke dagbesteding. Overigens vormde onderwijs in deze categorie een negatieve uitzondering omdat slechts eenderde nog steeds onderwijs volgde na detentie, van de overigen had het grootste deel geen dagbesteding meer en een klein deel was gaan werken.

Hoewel een deel van de groep zowel voor als na detentie dagbesteding heeft, blijkt het hier vaak te gaan om een nieuw gevonden baan of activeringstraject. Van de 12 mensen die zowel voor als na detentie een activeringstraject of vrijwilligerswerk hebben, is dit bij 8 mensen een nieuw traject. Van de 6 mensen die zowel voor als na detentie werk hebben is dit bij 5 personen ander werk.

Tabel 8.5 *Dynamiek dagbesteding*

Dagbesteding voor detentie	N	%	Dagbesteding na detentie					
			geen		werk		anders*	
			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Geen</b>	44	45.8	38	86.4	3	6.8	3	6.8
<b>Werk</b>	23	24.0	14	60.9	7	30.4	2	8.7
<b>Anders*</b>	29	30.2	12	41.4	1	3.4	16	55.2
<i>totaal</i>	96	100.0	64	66.7	11	11.5	21	21.9

\*Vrijwilligerswerk / activeringstraject / onderwijs

Van de groep van 44 zonder dagbesteding voor detentie, staan er 15 met de juiste periode in DPAN. Van 4 van hen staat een actie vermeld in relatie tot dagbesteding (bijv. een leerwerktraject bij DWI). Drie van de vier hebben zelf deze actie al in gang gezet. Eén persoon heeft inderdaad na afloop werk gevonden, waarschijnlijk via een leerwerktraject van DWI.

Van de groep van 52 die wel een dagbesteding heeft voor detentie, is van 13 personen informatie uit DPAN bekend. Bij zeven personen staat een actie met betrekking tot dagbesteding vermeld, die overigens allemaal door de gedetineerde zelf moet worden uitgevoerd of al is uitgevoerd. Bij 4 personen blijkt dit niet te zijn gelukt, bij 3 personen wel, zij hebben inderdaad een maand na detentie werk of een activeringstraject.

### **Inkomen / financiën**

Van de gedetineerden die aan beide interviews hebben deelgenomen, beschikt 27% voor detentie niet over een (legaal) inkomen. Na detentie is de groep zonder (legaal) inkomen twee keer zo groot (44%).

Om een goed zicht te hebben op het verloop van het hebben van een inkomen is een driedeling gemaakt: een groep zonder inkomen, een groep met een uitkering (hieronder vallen respondenten met een bijstandsuitkering, een uitkering bij het UWV, WAJONGers, en respondenten die studiefinanciering hebben) en een groep met betaald werk (inclusief stagevergoeding (eventueel in verband met traject DWI)) gedefinieerd.

Van de gehele groep van 89 personen met een voor- en een nameting en informatie over inkomen, blijft bij 71% de situatie voor en na detentie gelijk (tabel 8.7).

Van de mensen die voorafgaand aan detentie een uitkering hadden, behoudt 72% deze uitkering, maar 28% heeft een maand na ontslag uit detentie geen inkomen meer (dit betreft zowel gedetineerden met een bijstandsuitkering (driekwart) als met een UWV-uitkering (éénkwart)).

Van de gehele groep die voor detentie betaald werk had, heeft slechts de helft na ontslag uit detentie nog een betaalde baan; een klein deel wordt opgevangen met een uitkering, maar eenderde heeft geen inkomen meer.

Van de gehele groep die geen inkomen heeft voor detentie, heeft 83% dit nog steeds niet een maand na detentie.

Tabel 8.7 *Dynamiek inkomen*

Inkomen voor detentie	N	%	inkomen na detentie					
			geen		uitkering		betaald werk	
			n	%	n	%	n	%
<b>geen</b>	24	27,0	20	83,3	2	8,3	2	8,3
<b>uitkering</b>	47	52,8	13	27,7	34	72,3	-	-
<b>betaald werk</b>	18	20,2	6	33,3	3	16,7	9	50,0
<i>totaal</i>	89	100,0	39	43,8	39	43,8	11	12,4

Van 43 van de 89 personen, waarvan zowel voor als na detentie de inkomenssituatie bekend is, is tevens informatie uit DPAN beschikbaar. Bij de groep met een bijstandsuitkering en de groep zonder inkomen is bij het grootste deel een probleem op het



gebied inkomen/werk gescoord (respectievelijk 75% en 67%); bij de groep met betaald werk geldt dit maar voor eenderde.

De acties die door de MMD-er met betrekking tot inkomen zijn ingezet liggen grotendeels bij DWI of in enkele gevallen bij een andere uitkerende instantie. Het betreft uitkeringsaanvragen, het opschorten van een uitkering, hulp bij terugkeer naar een re-integratietraject of hulp bij het vinden van een baan. Voor 13 gedetineerden is een van deze acties ingezet, bij 8 (61%) van hen is een inkomenssituatie behouden of gecreëerd (positieve inkomensontwikkeling), bij 5 (39%) van hen is de inkomenssituatie verslechterd of ontbreekt het inkomen nog steeds. Er zijn geen duidelijke verschillen in een negatieve ontwikkeling van inkomenssituatie tussen de groep die wel of niet in DPAN staat met een screening (resp. 33% negatieve ontwikkeling, en 39% negatieve ontwikkeling), noch tussen de groep waarbij een specifieke actie met betrekking tot inkomen is geregistreerd in vergelijking met de groep waarbij dit niet zo is (resp. 38% negatieve ontwikkeling en 40% negatieve ontwikkeling).

Naast de inkomenssituatie vormen ook schulden een onderdeel van de financiële problematiek. In onderstaande tabel is naast een overzicht van de ontwikkeling van financiële problematiek (combinatie van schulden of ontbrekend inkomen) de hulpverlening, uitgezet tegen de financiële problematiek.

Binnen de grote groep die voor detentie een financieel probleem heeft, heeft de meerderheid dit na detentie nog steeds (91%). Binnen de groep die geen financiële problemen had voor detentie, heeft bijna de helft deze ontwikkeld tijdens detentie. Van de 6 personen wiens financiële problemen na of tijdens detentie zijn opgelost, geeft slechts 1 persoon aan hier hulp voor te hebben gehad. Van de 9 mensen wiens gezonde financiële situatie tijdens detentie behouden blijft geeft niemand aan hier hulp bij te hebben gehad. De meeste hulp wordt geboden aan de groep die ook na detentie nog financiële problemen heeft, zowel aan hen die deze problemen voorafgaand aan detentie niet hadden (30% hulp) als aan de groep die deze problemen voorafgaand aan detentie ook al hadden (22%) (zie tabel 8.8).

Aan de respondenten die aangeven hulp of ondersteuning te hebben gehad in verband met hun financiële situatie (N=40) is ook gevraagd wat voor hulp zij dan gehad hebben. Veel genoemde vormen van financiële hulp en/of ondersteuning zijn schuldsanering (28%), hulp bij administratie (14%), hulp bij het aanvragen van een subsidie (23%) (bijv. huursubsidie, zorgtoeslag), vrijwillige budgettering (26%) en verplichte budgettering (9%).

Tabel 8.8 *Dynamiek financiële situatie en zelfgerapporteerde hulp*

Probleem financiën voor detentie		probleem financiën na detentie					
				ja		nee	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
	<b>ja</b>	78	80,4	71	91,0	7	9,0
	<b>nee</b>	19	19,6	10	52,6	9	47,4
				81	83,5	16	16,5

Probleem inkomen / financiën	N	hulp behouden		hulp tijdens / na		geen hulp	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
wel voor, wel na detentie	71	15	21,1	19	26,8	36	50,7
wel voor, niet na detentie	6	-	-	1	16,7	5	83,3
niet voor, wel na detentie	10	1	10,0	2	20,0	6	60,0
niet voor, niet na detentie	9	2	22,2	-	-	7	77,8

### 3.10.3 Aansluiting hulpverlening; medische domeinen

#### Psychische gezondheid

Van de respondenten die hebben deelgenomen aan het vervol ginterview scoorde 56% bij het eerste interview in detentie positief op de screener voor psychiatrische problematiek. Van deze groep (n=56) is van 21 personen informatie uit DPAN beschikbaar. Van drie van hen ontbreekt informatie uit de interviews over het al dan niet in zorg zijn voor psychiatrische problematiek.

Van de 15 personen die geestelijke gezondheidszorg ontvingen voorafgaande aan detentie, verloren 6 personen (40%) deze zorg, de overige 9 waren ook na detentie in zorg (60%).

- Van de 6 personen die hun zorg verloren is over 2 personen informatie uit DPAN beschikbaar. Bij één van hen is er geen probleem op zorg geregistreerd, bij de ander is het onbekend. Evenmin is geregistreerd dat zij geestelijke gezondheidszorg hebben.
- Van 9 personen die hun zorg behielden is 7 personen informatie uit DPAN beschikbaar. Bij drie van hen is een zorgprobleem gescoord, bij 4 personen niet en van twee van hen was het onbekend.

Van de groep van 38 die positief scoorde op de screener voor psychiatrische problematiek en die hier voor detentie geen zorg voor ontving, ontvingen drie personen (8%) deze zorg wel na detentie. De overige 92% had ook na detentie geen zorg.

- Van deze 3 personen die wel in zorg waren sinds hun detentieperiode is van 2 personen informatie uit DPAN beschikbaar, van wie beiden een probleem op zorggebied is geregistreerd. Ook is bij beiden een GGZ-instelling als zorgverlener geregistreerd. Er staan geen acties m.b.t. GGZ-zorg geregistreerd.

Van de totale groep die positief scoorde op de screener rapporteert tweederde noch voor noch na detentie hiervoor zorg te ontvangen. Van de respondenten die aangeven na detentie hulp in verband met hun psychische gezondheid te krijgen zegt 77% dat zij dagbehandeling hebben.

Tabel 8.9 *Dynamiek hulp psychische gezondheid bij de groep die bij meting 1 positief scoorde op screener voor psychiatrische problematiek.*

Psychische gezondheid							
zorg voor detentie		n	%	zorg na detentie			
				ja		nee	
				n	%	N	%
ja		15	28,3	9	60,0	6	40,0
nee		38	71,7	3	7,9	35	92,1
		53	100,0	12	22,6	41	77,4

### Lichamelijke gezondheid

Binnen de groep die aan beide interviews heeft deelgenomen is de groep die beperkt is in zijn lichamelijk functioneren en hiervoor zorg ontving voor detentie, erg klein (6 gedetineerden). Hiervan weten 4 personen deze zorg te behouden na detentie. Van de 31 personen met beperkingen in hun lichamelijk functioneren die geen zorg ontvingen voor detentie, hebben 5 personen (16%) deze zorg wel na detentie (zie tabel 8.10).

Tabel 8.10 *Dynamiek hulp lichamelijke gezondheid*

Lichamelijke gezondheid							
zorg voor detentie		n	%	zorg na detentie			
				ja		nee	
				n	%	N	%
ja		6	16,2	4	66,7	2	33,3
nee		31	83,8	5	16,1	26	83,9
				9	24,3	28	75,7

### Middelengebruik

Voor een bepaling van de continuïteit van het hebben van hulp of ondersteuning voor het problematische middelengebruik is niet gedifferentieerd naar alcohol- en drugsgebruik afzonderlijk, omdat dit te kleine groepen zou opleveren. Bovendien is de vraag naar verslavingszorg gesteld over middelengebruik in het algemeen.

Het zelfgerapporteerde zorggebruik voor en na detentie is weergegeven voor de groep die op basis van het eerste interview een normatief probleem op problematisch middelengebruik (alcohol, cannabis, harddrugs en methadonbehandeling) scoorde. Aangezien een aanzienlijk aantal gedetineerden tevens methadonbehandeling heeft gehad (die niet altijd door de respondenten is gerapporteerd) wordt hiernaast ook een overzicht gegeven van de continuïteit van hulp voor problematisch middelengebruik waarbij het zorggebruik is aangevuld met de data uit methadonregistratie.

Van de groep die aan beide interviews heeft deelgenomen en scoort op problematisch middelengebruik (N = 55) was 30% volgens henzelf voor detentie in zorg. Van deze groep in zorg, was 69% ook na detentie in zorg. Van de groep met problematisch middelengebruik die voor detentie naar eigen zeggen niet in zorg was, is 19% na detentie in zorg gekomen.

Wanneer, naast zelfgerapporteerde zorg, ook de gegevens over methadonbehandeling in de bepaling voor continuïteit van zorg wordt meegenomen, blijkt 40% (5 respondenten extra) voor detentie in zorg te zijn. Van de groep die voor detentie niet in zorg was, is 22% in zorg gekomen na detentie.

De continuïteit van zorg is voornamelijk te danken aan de methadonbehandeling. Als we alleen kijken naar andere zorg dan methadonbehandeling (zelfgerapporteerd of op basis van registratie), dan is nog maar 12% van de groep die voor detentie in zorg was, na detentie ook nog in zorg. Daarnaast is van de groep die voor detentie niet in zorg was, 13% in zorg gekomen.

Tabel 8.11 *Dynamiek hulp voor problematisch middelengebruik*

Alle problematisch gebruikers (inclusief methadonbehandeling) N = 55							
<b>zelfgerapporteerd</b>			zorg na detentie				
			<b>Ja</b>		<b>nee</b>		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
	zorg voor detentie	<b>ja</b>	16	30,8	11	68,8	5
	<b>nee</b>	36	69,2	7	19,4	29	80,6
			18	33,9	34	66,1	
<b>zelfgerapporteerd + data methadonbehandeling</b>			zorg na detentie				
			<b>Ja</b>		<b>Nee</b>		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
	Zorg voor detentie	<b>ja</b>	21	39,6	16	76,2	5
	<b>nee</b>	32	60,4	7	21,9	25	78,1
			23	43,4	30	56,6	

Tabel 8.12 *Continuïteit methadonbehandeling (n=19)*

Methadonbehandeling	na detentie			
	ja		nee	
<b>voor detentie</b>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
ja	12	80,0	3	20,0
nee	3	75,0	1	25,0
tijdens detentie	9			
waarvan	<i>n</i>	%		
ook voor detentie	1	11,1		
ook na detentie	3	33,3		
zowel voor als na detentie	5	55,5		

- Van de 25 problematisch druggebruikers, is van 10 personen informatie uit DPAN beschikbaar. Drie personen staan vermeld met een zorgprobleem, 6 personen met een zorgkader in de verslavingszorg. Er staan geen acties vermeld met betrekking tot in zorg brengen.
- Van de 24 problematisch alcoholgebruikers is van 7 informatie beschikbaar uit DPAN. Bij vier is een zorgprobleem gescoord. Bij 5 personen een zorgkader. Er staan geen acties vermeld m.b.t. in zorg brengen voor verslavingsproblematiek.

## 4. Conclusie en discussie

### 4.1 Beschrijving van de groep

Dit onderzoek beschrijft de groep Amsterdamse gedetineerden in de PI in Amsterdam. Het is belangrijk om bij de interpretatie de inclusiecriteria van het onderzoek in ogenschouw te nemen. Het betreft een groep mannelijke gedetineerden in de periode van februari 2010 – augustus 2010, met regiobinding in Amsterdam, die overblijft na het uitfilteren van acute psychiatrische problematiek, zeer zware misdrijven, lopende ISD-maatregelen, en illegaliteit.

Van de totale groep gedetineerden in deze periode is tweederde geïnterviewd, resulterend in 210 respondenten, die een redelijke afspiegeling vormen van de hierboven beschreven onderzoekspopulatie.

Uit de vergelijking tussen de informatie uit het eerste interview, het tweede interview en DPAN, blijkt dat een deel van de informatie die verstrekt is door de gedetineerden niet consistent was. Op basis van het gehele beeld is een aanname gemaakt van wat de meest aannemelijke situatie was. Met name op het gebied van huisvesting bleek dit tot relatief grote verschillen te leiden, omdat een groter percentage uiteindelijk dakloos bleek. Er zijn verschillende redenen voor deze inconsistenties in antwoorden, waarvan een belangrijke wordt gevormd door het feit dat voor een deel van de gedetineerden hun situatie snel wisselt en complexer is dan in één vakje te vatten. Een voorbeeld daarvan vormen personen die pas een paar weken voor detentie hun huisvesting hadden verloren. Ook bij personen die zo nu en dan een tijdje bij vrienden kunnen slapen/wonen en verder dakloos zijn en op straat of in de opvang slapen is het onderscheid tussen zelfstandig wonend en dakloos niet zo scherp. Met deze grijze gebieden dient rekening te worden gehouden bij het in kaart brengen van de situatie van gedetineerden.

Het betreft een groep relatief jonge mannen (een kwart onder de 23 jaar en de helft jonger dan 31 jaar). Slechts 16% van de groep heeft een autochtoon Nederlandse achtergrond. De meest vertegenwoordigde allochtone groepen zijn mannen met een Surinaamse (29%) of een Marokkaanse (20%) achtergrond, waarbij zowel de eerste als de tweede generatie ruim vertegenwoordigd zijn, maar die wel grotendeels al tenminste tien jaar in Nederland wonen. Ongeveer een kwart van de groep woont nog bij zijn ouders, een kwart heeft een eigen gezin (al dan niet met kinderen), en iets minder dan de helft woont alleen. De groep is laag opgeleid: ruim tweederde heeft geen startkwalificatie en bijna de helft is een opleiding gestart die zij niet afgemaakt hebben. Het grootste deel van de respondenten (85%) heeft al eerder in detentie gezeten, waarvan bijna tweederde minder dan een jaar geleden.

## 4.2 Wat is de aard en omvang van OGGZ-problematiek onder Amsterdamse gedetineerden?

### Normatieve hulpbehoefte voorafgaand aan detentie

Minder dan één vijfde van de gedetineerden ontbrak het aan van de basisvoorwaarden van een zorgverzekering, een officieel adres en/of een identiteitsbewijs.

Ongeveer de helft van de gedetineerden heeft een indicatie voor een psychiatrische diagnose op as 1 (klinische stoornissen). As 2-problematiek (persoonlijkheidsstoornissen) wordt gezien bij driekwart van de gedetineerden. Ongeveer een kwart van de gedetineerden ervaart beperkingen in zijn lichamelijke functioneren. Ruim de helft van de gedetineerden rapporteert gebruik van één of meerdere middelen dat (normatief) als problematisch wordt beschouwd, waarbij alcohol het meest voorkomt (31%), gevolgd door cannabis (22%). Problematisch heroïne- of cocaïnegebruik wordt bij 15% van de gedetineerden gezien.

De overlap tussen de problematiek op de verschillende medische domeinen is groot, met name door de hoge prevalenties. Van alle respondenten scoort 72% positief op een screener voor psychiatrische problematiek of is problematisch middelengebruiker. Bij ruim een kwart van de gedetineerden spelen beide problemen. Lichamelijke problematiek overlapt vrijwel geheel met of psychiatrische problematiek of problematisch middelengebruik. Bij een kwart van de groep wordt op normatieve gronden noch psychiatrische problematiek, noch problematisch middelengebruik, noch problemen met het lichamelijke functioneren geconstateerd.

Bijna 40% van de gedetineerden heeft geen formele dagbesteding. Daarnaast zegt 31% een betaalde baan te hebben, neemt 16% deel aan een dagbestedingsproject en volgt 11% een opleiding.

Van de gedetineerden heeft driekwart financiële problemen. Hoewel slechts 16% geen enkele vorm van (legale) inkomsten heeft, heeft tweederde van de gedetineerden schulden, waarvan de hoogte bij de meeste gedetineerden ligt tussen de 1.000 en 10.000 euro.

Van de gedetineerden is 17% feitelijk dakloos. Daarnaast twijfelt 22% of zij kan terugkeren naar hun huisvesting na ontslag uit detentie.

Met betrekking tot (lichte) verstandelijke beperkingen lopen de schattingen uiteen van 7% tot 68%, afhankelijk van de indicator die hiervoor wordt gebruikt. Bovendien blijken de indicatoren niet tot nauwelijks met elkaar samen te hangen, waardoor het niet mogelijk is een schatting te geven van het aandeel gedetineerden met een (lichte) verstandelijke beperking. Omdat het vermoeden bestaat dat deze problematiek onder gedetineerden een belangrijke rol speelt, verdient het aanbeveling een goed instrument voor de onderkenning van deze problematiek te ontwikkelen, dat bruikbaar is in een justitiële setting.

### **Subjectieve hulpbehoefte**

Op alle domeinen is zowel een normatief (op basis van vooraf gestelde criteria) als subjectief (ervaren als problematisch door de respondent) de hulpbehoefte vastgesteld. Op de meeste domeinen wordt slechts een deel van de normatieve hulpbehoefte ook subjectief ervaren. Met name op de medische domeinen (psychiatrie, somatiek en problematisch middelengebruik) wordt minder dan de helft van de normatieve problematiek ook door de gedetineerden zelf als probleem ervaren. Op de sociale domeinen dagbesteding en financiën is deze overlap groter, maar nog steeds maar circa de helft. Alleen op het domein huisvesting worden vrijwel alle normatieve problemen (feitelijk dakloos) ook als subjectief probleem ervaren. Bovendien wordt ook door een groot deel van niet feitelijk daklozen hun huisvestingssituatie wel als subjectief probleem ervaren.

Op basis van de problematiek is een OGGZ-groep gedefinieerd die tenminste één medisch probleem heeft waarvoor geen actueel zorgkader aanwezig is (onvervulde hulpbehoefte), in combinatie met tenminste één sociaal probleem. Volgens deze definitie behoort 62% van de gedetineerden tot de OGGZ-groep. Er is geen duidelijk demografisch profiel te geven van de OGGZ-groep; ze zijn wat ouder, wat vaker eerste generatie migrant, wat lager opgeleid en wat langer gedetineerd dan de niet-OGGZ-groep, maar de verschillen zijn geen van allen significant. Binnen de OGGZ-groep is ongeveer een kwart feitelijk dakloos, heeft de helft geen dagbesteding en heeft vrijwel iedereen financiële problemen. Daarnaast scoort 70% positief op een screener voor psychiatrische problematiek en 84% op een persoonlijkheidsstoornis. Ruim driekwart is geclassificeerd als problematisch middelengebruiker.

## **4.3 Wat is het actuele en gewenste zorgkader en wat is de behandelvoorgeschiedenis van deze groep?**

### **Actueel en gewenst zorgkader**

Een minderheid van de groep met een normatief probleem op een medisch domein is actueel in zorg. Voor psychiatrische problematiek was 19% actueel in zorg, voor problematisch middelengebruik was dit 21% en voor lichamelijke problematiek was slechts 6% actueel in zorg. Op de domeinen psychiatrie en problematisch middelengebruik, zegt ongeveer één derde van de groep met een normatief onvervulde hulpbehoefte wel graag hulp te willen ontvangen. Op het domein lichamelijke gezondheid is dit de helft.

Van de gedetineerden zonder enige vorm van legale dagbesteding en van alle feitelijk daklozen, heeft 20-24% actueel ondersteuning op het betreffende domein. Van de groep met een normatief onvervulde hulpbehoefte spreekt op alle domeinen een ruime meerderheid wel een wens uit tot ondersteuning (dagbesteding: 77%; huisvesting: 100%; financiële problemen: 69%).



### **Behandelvoorgeschiedenis en zorgbreuken**

Van de groep met een normatief probleem op het psychiatrische domein en problematisch middelengebruik, heeft ongeveer 20% in het verleden wel zorg ontvangen, maar deze is geëindigd. Voor lichamelijke problematiek is dit percentage met 30% wat hoger. Van de groep met een actueel probleem waarbij zorgverlening in het verleden is beëindigd, gaat het in een substantieel aantal gevallen om een zorgbreuk (eenzijdige beëindiging door de cliënt of beëindiging vanwege een conflict tussen behandelaar en cliënt). Met name bij verslavingszorg is dit percentage hoog (61%), gevolgd door de geestelijke gezondheidszorg (41%). Bij lichamelijke problematiek is het percentage relatief laag (13%).

Van de groep met een probleem op het domein dagbesteding heeft 25% in het verleden hiervoor wel ondersteuning gehad, maar deze is geëindigd; bij de feitelijk daklozen geldt dit voor 20%, bij financiële problematiek voor 13%. Op alle sociale domeinen is ruim de helft van de beëindigde hulpverlening in het verleden geëindigd met een zorgbreuk (eenzijdige beëindiging door de cliënt of vanwege een conflict tussen behandelaar en cliënt). Binnen de groep die als OGGZ is geclassificeerd liggen deze percentages hoger dan in de groep die niet als OGGZ is geclassificeerd, wat onderschrijft dat een problematische relatie met de hulpverlening een kenmerk is van de OGGZ-groep. De hoge prevalentie van, met name antisociale, persoonlijkheidsstoornissen vormt mogelijk een van de relevante factoren in deze problematische relatie.

### **Openbare geestelijke gezondheidszorg**

Binnen de openbare gezondheidszorg is slechts een deel van de doelgroep bekend: een kwart van alle gedetineerden en één derde van de gedetineerden die als OGGZ zijn geclassificeerd heeft een trajectplan in het kader van de veldregie. Bijna driekwart van de OGGZ groep is in de afgelopen zes jaren niet in beeld geweest bij Vangnet&Advies wegens crisis, zorgen of overlast. Er is dus een grote groep die niet in beeld is bij de openbare geestelijke gezondheidszorg, maar die volgens de hier gestelde criteria daarvoor wel in aanmerking zou komen, wegens een onvervulde medische zorgbehoefte en sociale problematiek in combinatie met gedrag dat aanleiding geeft tot een detentieperiode. Bij een substantieel deel van de gedetineerden zou de OGGZ mogelijk een rol kunnen spelen in creëren van een integraal zorgkader via de aanpak van veldregie, of via minder intensieve meer kortdurende interventies. Hoewel de dekking van de veldregie onder daklozen duidelijk hoger is dan onder de niet-dakloze groep, valt ook hier nog verbetering te behalen.

#### **4.4 Welke factoren van zorg en van cliënt hebben er aan bij gedragen dat de hulpverlening is beëindigd? Welke verbeterpunten noemen gedetineerden zelf voor de hulpverlening?**

Op basis van de kwalitatieve interviews met 31 gedetineerden met een zorgbreuk in het verleden, is meer inzicht verkregen in de achterliggende redenen en motieven van hulp-onderbrekingen vanuit het perspectief van de gedetineerden.

De groep die aan het kwalitatieve interview heeft deelgenomen wordt gekenmerkt door het voorkomen van (wat) meer problematiek dan aangetroffen is in de gehele onderzoeksgroep. Opmerkelijk is bovendien de diversiteit (en complexiteit) van de problemen per persoon, waardoor de basis van het leven van de gedetineerde getroffen wordt. De onderlinge verbondenheid van de problemen maakt de situatie bovendien bijzonder complex en uitzichtloos. Lage opleiding en voortijdig schooluitval maken de kans op het verwerven van een zelfstandig en behoorlijk inkomen aanzienlijk geringer en dragen voor een belangrijk deel bij aan werkloosheid. Schulden en dakloosheid vervolgens, zijn hieraan weer gerelateerd. Profijtelijke illegale inkomsten, met de kans tegen de lamp te lopen, lijken dan voor deze groep een aantrekkelijk alternatief en belemmeren het vinden van legale inkomsten. De afzonderlijke problemen lijken schakels in een vicieuze cirkel waar de gedetineerden in verstrikt raken. Een studie onder gevangenen door Greenberg (2008) [27] beschrijft een overeenkomstige verbondenheid van problemen.

De geïnterviewden geven aan voor hun verschillende problemen veel hulpverlening ontvangen te hebben. Tengevolge van verregaande differentiatie en specialisatie in de hulpverlening levert deze multiproblematiek snel meerdere hulpverleners op die zich allemaal bezighouden met een deelgebied. Schout (2007) [28] noemt deze versnipperde zorgketens storingsgevoelig. Volgens hem belemmeren ze het tot stand komen van langdurige therapeutische relaties. Bovendien belemmert deskundigheid op deelgebieden volgens hem inzicht in de wijze waarop problemen elkaar versterken en voelt niemand zich eindverantwoordelijk. Multiproblematiek vraagt om integrale hulp en een persoonlijke benadering. Genoemde aanpassingen komen overeenkomen met de punten van verbetering voor zorg die de gedetineerden zelf noemden.

Ontvangen hulpverlening werd belemmerd door onderbrekingen.

Een thuissituatie waar slecht Nederlands gesproken werd, schoolgaande kinderen nauwelijks gestimuleerd en begeleid werden en waar men het belang van diploma's nauwelijks op waarde weet te schatten, lijken een basis te leggen voor lage opleiding en voortijdig schooluitval, een onderbreking in de ontwikkeling naar een geschikte werkplek. Schoolonderbreking ontstond ook door het niet kunnen vinden van een verplichte stageplek. De verplichte stageplek als 'bottleneck' werd tevens genoemd in relatie tot met een bijstandsuitkering. Ook hiermee ontstond een breuk indien geen plek gevonden kon worden. Als mogelijke oorzaken werden onvoldoende begeleiding, een tekort aan stageplekken en discriminatie genoemd. Mogelijk speelt ook hier de genoemde (hulpverlening belemmerende) grondhouding een rol van betekenis.

Zijderveld (2000) [29] beschrijft zorgverlamming en verwijst naar vervreemding voortkomend uit 'abstracte, logge, overbureaucratische, gerationaliseerde en geformaliseerde instituties'. Feitelijk doelt hij volgens ons op de onwrikbare regeldichtheid waarnaar ook de geïnterviewden in dit onderzoek verwijzen. Een doel-middel omkering waarbij de regelgeving belangrijker lijkt dan de hulpverlening. Genoemde lastige procedures voor met name het aanvragen van een identificatie bewijs en een bankrekening, ingewikkelde wetgeving en de vele regeltjes bij hulpverlening gericht op onderdak en uitkering belemmeren volgens de gedetineerden de hulp. In mindere mate kenmerkt de in dit onderzoek regelmatig genoemde 'hulp op voorwaarde' zich ook door onwrikbaarheid. Ook voorwaardelijke hulp wordt ervaren als massief, onlogisch en afschrikwekkend. Analyse laat zien dat de geïnterviewden bij de minste of geringste strubbeling met hulpverleners of instanties emotioneel snel geraakt en uit evenwicht zijn. Deze overgevoeligheid lijkt vervolgens te leiden tot primair en impulsief handelen, men wil niet meer en men gaat niet meer. Deze grondhouding belemmert de hulpverlening. Als korte termijn visie, snelle bevrediging van nood en instant-oplossingen eerder regel dan uitzondering zijn hoeven we de door hulpverleners zo gewenste planning, fasering en doelen in de toekomst niet te verwachten. Ook overleg bij onvrede, zorgvuldigheid met afspraken en formulieren en afwijzing van matige, snelle alternatieven behoren bij deze personen meestal niet tot het gedragsrepertoire. Exemplarisch in dit geval is de breuk in de schuldhulpverlening ten gevolge van het niet inleveren van rekeningen. Van hulpverleners wordt derhalve een speciale attitude verwacht. In de voorstellen ter verbetering van de hulp noemen de gedetineerden in dit geval bemiddeling of mediation bij geschillen. Genoemde overgevoeligheid lijkt te matchen met 'slecht gedrag' en veel voorkomende psychi(atr)ische problematiek.

De genoemde overgevoelige grondhouding als reden voor de breuk met de hulpverlening lijkt iets anders te zijn dan het door de geïnterviewden genoemde gebrek aan vertrouwen. Wantrouwen in de hulpverlening werd in onze studie alleen genoemd in relatie tot de GGZ. Vertrouwen in het algemeen wordt beschouwd als het fundament onder de hulpverlener-hulpvrager relatie. Zonder dit vertrouwen zal de hulpvrager zich niet makkelijk bloot geven en stigmatiserende informatie over zichzelf verschaffen. Een studie door Howerton e.a. (2009) [30] onder mannelijke gedetineerden noemt wantrouwen een belangrijke belemmering voor hulpverlening. Wantrouwen was volgens hen gerelateerd aan vervelende ervaringen in de jeugd.

In overeenstemming met de bevindingen van Howerton e.a. (2009) [30], vinden ook wij dat detentie zeer vaak aanleiding is tot een breuk. Hulpverlening op het gebied van onderdak, schuldsanering, uitkering en verslaving werden onderbroken door detentie.

Het verplicht innemen van methadon werd als belemmering in de verslavingszorg genoemd. Tien procent van de personen in onze subgroep (kwalitatief geïnterviewde respondenten) gebruikt regelmatig heroïne en probeert deze te verdelen over de dag. In principe hebben zij geen methadon nodig. Ook ander onderzoek [31] laat zien dat gebruik in de dagelijkse praktijk anders loopt, waardoor men onverwacht een tekort aan heroïne kan hebben. Dit leidt tot een onvoorspelbare en onregelmatige behoefte aan methadon die vooralsnog niet te rijmen valt met de methadonbehandeling.

Over maatschappelijk werk bestond het idee dat het niet werd aangeboden maar terughoudend werd gegeven op aanvraag en slechts gericht op kleine maatschappelijke problemen. Opgemerkt dient te worden dat 50% van de gedetineerden korter dan 1 maand in detentie zit en 71% korter dan 3 maanden [5]. Veelal gaat het hier om gedetineerden die in voorarrest zitten en in afwachting zijn van voorgeleiding en definitieve strafoplegging. Rekening houdend met het voorarrest kan de rechter betrokkene in onmiddellijke vrijheid stellen waardoor organisatie van nazorg vaak in het gedrang komt. Desalniettemin lijkt terughoudende maatschappelijke hulp een gemiste kans temeer het hier om een subgroep gedetineerden gaat met multiproblematiek. In overeenstemming met de behoeften van de gedetineerden kan met het opstarten van daadwerkelijke hulp begonnen worden nog voor ontslag uit detentie.

De gedetineerden leken nauwelijks het verschil te kennen tussen maatschappelijk werk en reclassering. Speciaal over de taak van de reclassering bestond een misverstand. Omdat men actie en daadwerkelijke hulp verwachtte was men teleurgesteld over de meer controlerende rol die door reclassering werd uitgeoefend. Onvrede hierover leidde tot eigenhandig opzeggen van de reclassering en dientengevolge tot nieuwe detentie. Meer en duidelijkere informatieverstrekking kan hier uitkomst bieden.

Tot slotte enkele beperkingen van dit kwalitatieve verdiepingsonderzoek. Allereerst willen we vermelden dat de genoemde cijfers veel zeggen over onze subgroep maar niet generaliseerbaar zijn naar de Amsterdamse gedetineerden populatie in verband met de kleine aantallen. Wel kunnen we de cijfers indicatief noemen voor de groep als geheel. Hoewel een behoorlijk inzicht in de redenen voor hulp-onderbreking gegeven wordt, is de kwaliteit van de informatie vaak onvoldoende. De diepte-interviews met de gedetineerden verliepen regelmatig moeizaam. Tekort aan verbale mogelijkheden, tekortschietend geheugen en onwil bemoeilijkten de gesprekken. Bijzonder opvallend was het gebrek aan zelfreflectie. Tijdens de interviews kon bovendien geen gebruik gemaakt worden van de gebruikelijke opname apparatuur. Het maken van aantekeningen tijdens het interview werkte belemmerend.

Tenslotte willen we nog vermelden dat de interviews afgenomen werden tijdens de tweede week van detentie. Het is goed mogelijk dat bezoek van maatschappelijk werk op een later moment in de detentieperiode plaatsgevonden heeft.

## **4.5 Hoe verloopt de aansluiting op de hulpverlening in de praktijk na ontslag uit detentie en welke rol heeft de probleem-inventarisatie en ingezette hulp van de MMD-er in detentie hierbij?**

In DPAN werd slechts deel van de respondenten teruggevonden. Hoewel 70% wel op enige manier in het systeem te vinden was, kon maar voor 50% daadwerkelijke screeningsinformatie over de juiste detentieperiode worden geraadpleegd. Dit kwam deels omdat alleen informatie over een meer recente detentieperiode kon worden geraadpleegd, deels omdat alleen een administratieve screening was uitgevoerd.

De activiteiten van de MMD-ers waren grotendeels gefocust op de praktische domeinen zoals het opschorten van een zorgverzekering en uitkering, het regelen van een identiteitsbewijs, en het behouden van huisvesting. Op het domein zorg worden slechts weinig acties teruggevonden, mogelijk omdat de actor daarbij niet de MMD-er maar de zorgpartner is. In meer algemene zin geldt ook dat een groot deel van de benodigde interventies die de MMD-er signaleert moeten worden uitgevoerd door derden. Op basis van DPAN-informatie kan slechts in beperkte mate worden achterhaald of dit ook daadwerkelijk is opgepakt.

De verschillende domeinen waarop het project Nazorg Detentie haar doelstellingen formuleert worden hier apart beschreven.

### *Zorgverzekering*

Hoewel het opschorten van de zorgverzekering tijdens detentie vrij gestructureerd voor alle gedetineerden lijkt te worden aangekaart, en een aantal personen na detentie wel een zorgverzekering had die voor detentie ontbrak, verliest ook een (groter) deel zijn zorgverzekering. Het feit dat het daadwerkelijk opschorten en weer opstarten van de zorgverzekering bij de gedetineerde zelf ligt, kan hier een rol in spelen.

### *Identiteitsbewijs*

Voor de helft van de groep die voor detentie geen identiteitsbewijs had, is dit een maand na detentie wel geregeld. Op dit domein lijkt nazorg detentie een positief effect te sorteren.

### *Officieel adres*

Voor 60% van de groep die voor detentie geen officieel adres heeft, is dit een maand na detentie wel geregeld. Ook op dit domein lijkt nazorg detentie een positief effect te sorteren.

### *Huisvesting*

Het aantal mensen dat zijn huisvesting verliest tijdens detentie is zeer klein. Van de groep die feitelijk dakloos is voorafgaand aan detentie, blijkt echter het grootste deel een maand na detentie nog steeds dakloos. De route om vanuit detentie in het instroomhuis in te stromen komt slechts sporadisch voor.

#### *Inkomen/werk*

Op dit domein lijkt wel een duidelijk verslechtering op te treden tijdens detentie. Van de groep die betaald werk had voor detentie, heeft de helft dit niet meer een maand na detentie; een bescheiden deel daarvan wordt gecompenseerd door een uitkering. Van de groep die een uitkering had, heeft een kwart dit niet meer na detentie. Deze effecten zien we ook op het domein dagbesteding. Van de personen met een dagbesteding voor detentie heeft de helft geen dagbesteding meer een maand na detentie. Hoewel dit verlies het grootst is bij mensen die als dagbesteding betaald werk hebben, geldt dit ook voor de overige dagbesteding zoals activeringstrajecten en onderwijs. Er wordt slechts een zeer beperkt aantal acties in DPAN op het domein dagbesteding geregistreerd. Hoewel behoud van werk of het vinden van nieuw werk niet expliciet tot de doelstellingen van het project nazorg behoort, is dit wel een negatieve consequentie van detentie die grote invloed heeft op de situatie van de gedetineerde na ontslag uit detentie. Vanuit justitie worden verschillende initiatieven ontplooid om deze effecten te bufferen. Behoud van dagbesteding en een uitkering behoren wel tot de doelstelling van de gemeentelijke nazorg. Hierop lijkt nog duidelijk winst behaald te kunnen worden. Circa een vijfde van de doelgroep is bovendien nog jonger dan 23 jaar en niet in bezit van een startkwalificatie en dus leerplichtig.

#### *Medische zorg*

Een groot deel van gedetineerden die positief scoren op de screener voor psychiatrische problematiek en die voldoen aan de criteria voor middelenmisbruik blijkt niet in zorg voorafgaand aan detentie en een maand na detentie is deze groep gelijk of nog groter. In DPAN wordt slechts bij een minderheid van de gedetineerden een probleem op het domein zorg gemeld, ook wanneer de groep die reeds een zorgcontact heeft hierbij wordt opgeteld. Daarnaast worden vrijwel geen acties met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg vermeld. Ook op dit domein lijkt daarom nog veel winst te behalen.

## **4.6 Conclusies en aanbevelingen**

Gedetineerden kampen met veel multi-problematiek, waarin medische en sociale problemen bij elkaar komen. Het merendeel van de groep lijkt in een kwetsbare situatie te zitten, waarbij middelenmisbruik en psychiatrische problematiek samenkomen met schulden en een ontbrekende dagbesteding. In combinatie met het lage opleidingsniveau maakt dit het opbouwen van een zelfstandig en zinvol bestaan moeizaam. Het blijkt dan ook een groep die voor de overgrote meerderheid regelmatig gedetineerd is.

Hulpverlening bereikt maar een beperkt deel van de groep, mogelijk deels doordat de subjectieve hulpvraag van de groep slecht correleert met normatieve problematiek, met name op de medische domeinen. Bovendien blijkt veel hulpverlening in het verleden te zijn gestrand in een zorgbreuk. Daarbij spelen de vele regels en voorwaarden die toegang tot en voortzetting van hulp met zich meebrengen voor deze groep een belangrijke belemmerende rol.

Daarnaast blijkt dat een deel van de groep niet de prioriteit legt bij een positieve lange-termijn ontwikkeling, maar kiest voor de snelle bevrediging en daarmee voor niet-constructieve oplossingen zoals het beëindigen van hulpverlening na een conflict in plaats van dit op te lossen. Ook criminaliteit sluit hierbij aan. De hoge prevalentie van cluster B persoonlijkheidsstoornissen in deze groep kan mogelijk ook bijdragen aan de moeizame relatie met de hulpverlening, evenals mogelijk niet onderkende (lichte) verstandelijke beperkingen die tot behoedzaamheid en wantrouwen kunnen leiden [8]. Onderkenning van en training in het omgaan met mensen met een persoonlijkheidsstoornis of verstandelijke beperkingen lijkt voor de hulpverlening aan deze doelgroep van groot belang.

Het merendeel van de gedetineerden is niet bekend binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam. Op basis van de classificatie van de doelgroep van de OGGZ zoals gedefinieerd in dit onderzoek (onvervulde medische zorgbehoefte in combinatie met sociale problematiek) zou een substantieel deel van de gedetineerden hiervoor wel in aanmerking komen. Voor deze groep zou een actieve benadering vanuit de OGGZ hierin een bijdrage kunnen leveren. Dit kan plaatsvinden in de vorm van een integraal zorgkader via de aanpak van veldregie, maar ook via minder intensieve meer kortdurende interventies, zoals het bemiddelen in herstel van zorgcontacten die in het verleden in een zorgbreuk zijn geëindigd. Hoewel de dekking van de veldregie onder daklozen duidelijk hoger is dan onder de niet-dakloze groep, valt ook hier nog verbetering te behalen.

Slechts voor de helft van de gedetineerden werd informatie over een actuele screening van de juiste detentieperiode in DPAN teruggevonden. Omdat deze screening de basis vormt voor de nazorg na detentie, lijkt het belangrijk deze dekking te verhogen.

Bij de meerderheid van de gedetineerden blijft de situatie voor en na detentie stabiel. Hoewel de situatie dus in veel gevallen niet verslechtert door detentie, wordt deze periode ook niet aangegrepen om verbetering te bewerkstelligen: daklozen blijven dakloos, verslaafden zonder zorg blijven zonder zorg, etc. Op basis van dit onderzoek is het niet mogelijk de effectiviteit van het project nazorg detentie te evalueren, omdat de huidige situatie niet kan worden afgezet tegen de situatie zoals die was voor de start van het project. Wel kan worden geïdentificeerd op welke gebieden nog winst te behalen is.

De huidige prioriteit lijkt te liggen bij het behoud van de basisvoorwaarden, zorgverzekering, identiteitsbewijs en een officieel adres. Op deze domeinen lijkt de nazorg dan ook goed te verlopen en te leiden tot een stabiele of verbeterde situatie na detentie ten opzichte van voor detentie.

Deze groep gedetineerden verliest zelden zijn huisvesting tijdens detentie, mede door interventies van de MMD-ers die contact leggen met familie, huisbazen en contactpersonen bij de residentiële maatschappelijke opvang. De groep die echter feitelijk dakloos is bij de start van detentie, is dit veelal nog steeds een maand na detentie. Hoewel huisvesting niet ruimschoots voorhanden is, lijkt voor deze doelgroep met veel multi-problematiek de maatschappelijke opvang voor een deel wel de aangewezen route.

Een screening op OGGZ zoals die bij het IJsbaanpad plaatsvindt als toegang tot de maatschappelijke opvang, zou voor de dakloze gedetineerden tijdens detentie of bij beëindigen van detentie kunnen plaatsvinden om voor de kwetsbaren een verbetering van de huisvestingssituatie te kunnen bewerkstelligen. De lage dekking van de veldregie geeft ook aan dat het hier om een groep gaat die deze weg nog niet bewandeld heeft.

Ook op het domein inkomen, werk en dagbesteding valt nog winst te boeken bij deze doelgroep. Verlies van een uitkering komt toch nog voor bij een kwart van de gedetineerden, ondanks dat het behoud hiervan één van de doelstellingen is van het project nazorg. Eén vijfde van de gedetineerden is jonger dan 23 jaar en heeft geen startkwalificatie en valt daarmee dus nog onder de leerplicht. Inzetten op een vervolg van scholing voor deze subgroep, mogelijk met de leerplicht als stok achter de deur, kan hun toekomstige kansen sterk vergroten.

Behoud van werk of het vinden van nieuw werk behoort niet expliciet tot de doelstellingen van het project nazorg. Het verlies van hiervan is echter wel een negatieve consequentie van gedetineerd raken, die een grote invloed heeft op de situatie van de gedetineerde na ontslag uit detentie. Voor facilitering van herintreding tot de arbeidsmarkt of bemiddeling bij behoud van werk worden door justitie wel een aantal verschillende interventies ingezet. Ten tijde van dit onderzoek, echter, bleek de meerderheid van de gedetineerden met werk dit te verliezen door detentie of door het delict dat hieraan ten grondslag lag.

Op het domein medische zorg lijkt nog veel winst te behalen. Dit vereist een goede screening met kennis van medische diagnostiek. Daarbij dient ook een goede inschatting van verstandelijke beperkingen te worden gemaakt, al dan niet meer een nog te ontwikkelen screeningsinstrument. Daarnaast kan een goede samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de medische dienst in de PI en de GGD als coördinator van de zorg na detentie veel winst opleveren. Gezien de moeilijke relatie die veel gedetineerden met de hulpverlening hebben en de vele zorgbreuken die zij in het verleden al hebben meegemaakt, lijkt het waardevol continuïteit qua behandelaar te waarborgen, en dus ook detentie de zorg te laten verlenen door de behandelaar waarmee zij reeds een band hebben opgebouwd.

Naast het mogelijk organiseren van nieuwe zorgcontacten kan bovendien aandacht worden besteed aan het herstellen van zorgcontacten die in het verleden in een zorgbreuk zijn geëindigd.



## Referenties

- [1] Buster, M. C. A., & De Wit, M. A. S. (2010). Winterkoudeopvang in Amsterdam. Amsterdam: GGD Amsterdam: Epidemiologie, Documentatie & Gezondheidsbevordering.
- [2] Van Brussel, G. H. A., & Buster, M. C. A. (2010). Jaarverslag – De GGD Amsterdam en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: OGGZ monitor 2010. Amsterdam: GGD Amsterdam, Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg, GGD Amsterdam, Epidemiologie, Documentatie & Gezondheidsbevordering.
- [3] Wartna, B, Tollenaar, N, Essers, A. (2005). Door na de gevangenis – een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-gedetineerden. Den Haag: WODC Recidive monitor: reeks onder en beleid nr. 288.
- [4] Kuppens, J., & Ferwerda H. (2008). Van binnen naar buiten. Een behoefteonderzoek naar de aard en omvang van nazorg voor gedetineerden. WODC ministerie van Justitie.
- [5] Notitie nazorg Amsterdam. Stand van zaken nazorg detentie augustus 2010. Dienst Wonen, Zorg en Samenleven, gemeente Amsterdam.
- [6] Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101, 181-191, 2006.
- [7] Oliemeulen, L., Van den Eijnden, R., Van Ooyen-Houben, M., & Van de Mheen, D. (2009). Problematisch middelengebruik onder Nederlandse gedetineerden. *Verslaving*, 5(2), 3-18.
- [8] Kaal, H. L. (2010). Beperkt en gevangen? De haalbaarheid van prevalentieonderzoek naar verstandelijke beperking in detentie. Den Haag: WODC. Cahier 2010-11.
- [9] Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (2003, updated 2004). Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- [10] De Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 289-299.
- [11] American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington, American Psychiatric Association.
- [12] Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- [13] Fassaert, T. J. L., De Wit, M. A. S., Tuinebreijer, W. C., Wouters, H., Verhoeff, A. P., Beekman, A. T. F., & Dekker, J. (2009). Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler psychological distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18: 159-168.
- [14] Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., Agnese, T. K., & Robbins, P. C. (2005). Validation of the Brief Jail Mental Health Screen. *Psychiatric Services*, 56(7): 816-22.
- [15] Evans, C. R. C., Brinded, P., Simpson, A. I., Frampton, C., & Mulder, R. T. (2010). Validation of Brief Screening Tools for Mental Disorders among New Zealand Prisoners. *Psychiatric Services*, 61,9, 923-928.

- [16] First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (2002). Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-Patient Edition (SCID-I/NP). New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 2002.
- [17] Ware, J. E. (1993). SF-36 Health Survey. Manual & Interpretation Guide. The health institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts.
- [18] Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second edition. World Health Organization, department of Mental Health and Substance Dependence.
- [19] Conigrave, K. M., Hall, W. D., & Saunders, J. B. (1995). The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction*, 90: 1349–1356.
- [20] <http://www.amsterdamcohortstudies.org/>
- [21] GGD Amsterdam (2008). Zo gezond is Amsterdam: eindrapport Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2008. Amsterdam 2009.
- [22] Glaser, B., & Strauss, A. (1967). The discovery of Grounded Theory. Aldine, Chicago.
- [23] Lickens, P., De Loeff, J. (2010). Gevangeniswezen in getal 2005-2009. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag: Ministerie van Justitie, juni 2010.
- [24] Statistics Netherlands. Definitions. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=315>
- [25] O&S Amsterdam 2009. Amsterdam in cijfers, Jaarboek 2009. Dienst Onderzoek en Statistiek, Gemeente Amsterdam, november, 2009.
- [26] *Koninkrijk der Nederlanden*. Wet educatie en beroepsonderwijs. Staatsblad 2010; 294
- [27] Greenberg, G., & Rosenheck, R. (2008). Jail incarceration, Homelessness, and Mental Health: A National Study. *Psychiatric Services*, 59 (2).
- [28] Schout, G. (2008). Zorgvermijding en zorgverlamming. Naar een praktijktheorie voor openbare geestelijke gezondheidszorg. *Sociale interventie*, jaargang 17, nr 1, 2008.
- [29] Zijderveld, A. C. (2000). The Institutional Imperative, the Interface of Institutions and Networks. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- [30] Howerton, A., Byng, R., Campbell, J., Hess, D., Owens, C., & Aitken, P. (2007). Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. *British Medical Journal*, januari 2007; 334 : 303.
- [31] Witteveen, E., Santen van, G. (2011). Belemmeringen voor methadonbehandeling in Amsterdam. Reflecties voor het verbeteren van het bereik. *Verslaving*, 2011

## **Dankwoord**

Aan dit onderzoek hebben veel mensen op uiteenlopende wijze een bijdrage geleverd. Graag willen wij de interviewers, Mandy Pisano, Nick Hadad, Sarah Bartling, Yvonne Jongma en Cindy van Sikkelerus bedanken voor hun bijdrage. Daarnaast zijn wij de Amsterdamse Penitentiaire Instellingen Havenstraat en Over-Amstel zeer erkentelijk voor het beschikbaar stellen van interviewruimtes en het benaderen van de respondenten. In het bijzonder willen wij Bert Sombroek en Michel Fransen bedanken voor het organiseren van de logistieke procedures binnen de PI.

## Bijlagen

### Bijlage 1. overlap LVB indicaties

Tabel 9.1 *Overlap van verschillende indicatoren voor LVB*

		Indicatie LVB interviewer			
		ja		nee	
Indicatie LVB scholingsverleden		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
$\chi^2 (177, 1) = 4,26 p = < .05$					
	<b>ja</b>	5	16,1	26	83,9
	<b>nee</b>	8	5,5	138	94,5

		Indicatie LVB interviewer			
		ja		nee	
Indicatie LVB Raven-score		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>IQ:</b>	lager dan 70	1	16,7	5	83,3
	71 tot 80	3	7,9	35	92,1
	hoger dan 80	-	-	21	100,0

		Indicatie LVB scholingsverleden			
		ja		nee	
Indicatie LVB Raven-score		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>IQ:</b>	lager dan 70	1	25,0	3	75,0
	71 tot 80	6	18,2	27	81,8
	hoger dan 80	2	11,1	16	88,9

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

## Bijlage 2. Psychiatrische problematiek en persoonlijkheidsstoornissen

Tabel 9.2 *Psychiatrische problematiek en persoonlijkheidsstoornissen*

		BJMHS					
		negatief		positief			
		n	%	n	%		
<b>K10</b>	geen risico	97	60,2	64	39,8	<b>161</b>	<b>77,4</b>
	risico	7	14,9	40	85,1	<b>47</b>	<b>22,6</b>
		<b>104</b>	<b>50,0</b>	<b>104</b>	<b>50,0</b>	<b>208</b>	

$\chi^2 (208, 1) = 29,93 p = < .001$

<b>SCID-II (Persoonlijkheidsstoornissen)</b>			
	n	%	N
<i>Cluster A (vreemd of excentriek gedrag)</i>			
paranoïde persoonlijkheidsstoornis	34	17,0	200
<i>Cluster B (theatraal, emotioneel of grillig gedrag)</i>			
theatrale persoonlijkheidsstoornis	12	5,9	205
narcistische persoonlijkheidsstoornis	87	44,4	196
borderline persoonlijkheidsstoornis	75	37,7	199
anti-sociale persoonlijkheidsstoornis	126	63,6	198
<i>Cluster C (gespannen of angstig gedrag)</i>			
afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	13	6,5	201
Cluster A totaal	34	17,0	200
Cluster B totaal	141	75,0	188
Cluster C totaal	13	6,5	201
<b>Overlap persoonlijkheidsstoornissen</b>			
	n	%	N
Pers. stoornissen uit 2 verschillende clusters			
Cluster A en B	31	16,8	185
Cluster A en C	6	3,1	196
Cluster B en C	11	5,9	186
Pers. stoornissen uit alle clusters			
Cluster A, B en C	5	2,7	183

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Tabel 9.3 *BJMHS uitgesplitst op item niveau*

	groep positief op BJMHS (N = 104)		totale onderzoeksgroep (N = 208)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>BJMHS items (met 'ja' beantwoord)</b>				
1. Geloof u dat er op dit moment iemand uw geest kan controleren door gedachten in uw hoofd te stoppen of door gedachten uit uw hoofd te nemen?	13	12,5	16	7,7
2. Heeft u op dit moment het gevoel dat andere mensen uw gedachten kennen en kunnen lezen?	17	16,3	17	8,2
3. Bent u recent één kilogram per week aangekomen of afgevallen gedurende verschillende weken zonder er iets voor te doen?	66	63,5	90	43,3
4. Hebben u, uw familie of vrienden opgemerkt dat u op dit moment veel actiever bent dan gewoonlijk?	33	31,7	41	19,7
5. Heeft u op dit moment het gevoel dat u trager spreekt of beweegt dan gewoonlijk?	35	33,7	41	19,7
6. Heeft u zich recente gedurende enkele weken nutteloos of schuldig gevoeld?	69	66,3	84	40,4
7. Neemt u op dit moment medicatie voor emotionele of psychische problemen die u werden voorgeschreven door een arts?	29	27,9	29	13,9
8. Bent u ooit gehospitaliseerd geweest voor emotionele of psychische problemen?	20	19,2	20	9,6
Indicatie voor psychotische stoornis (positief op item 1 en/of 2)	22	21,2	25	12,0
Indicatie voor depressieve stoornis (positief op item 3,4,5 en/of 6)	82	78,8	103	49,5

Tabel 9.4 *BJMHS: Door respondenten benoemde medicatie*

Zelfgerapporteerde medicatie in categorieën (N = 28)	<i>n</i>	%
Antipsychotica	8	28,6
Ritalin	3	10,7
Slaap- en/of kalmeringsmiddel / Benzodiazepines	14	50,0
Antidepressiva / SSRI	3	10,7

NOTE: SSRI: Selective Serotonin Re-uptake Inhibitor

### Bijlage 3. Justitiële situatie

Tabel 9.5 *Justitiële situatie*

<b>N=189</b>		
<b>huidige detentieduur</b>		
gemiddeld	5 mnd + 10 dagen	
kwartielen		
25	2 ½ mnd	
50 ( <i>Mediaan</i> )	4 mnd	
75	6 mnd	
<b>Huidige detentieduur in categorieën</b>	<i>n</i>	<i>%</i>
1 week tot 1 maand	24	12,7
1 tot 3 maanden	41	21,7
3 maanden tot half jaar	61	32,3
half jaar tot 1 jaar	45	23,8
1 jaar of langer	18	9,5
<b>Justitiële voorgeschiedenis</b>	<i>n</i>	<i>%</i>
recidivist (N=207)	172	83,1
eerste detentie	35	16,9
<b>aantal maanden sinds vorige detentie (N=136)</b>		
gemiddeld	20 mnd	
kwartielen		
25	3 mnd	
50 ( <i>Mediaan</i> )	9 mnd	
75	22 mnd	
<b>recidive (N=160)</b>	<i>n</i>	<i>%</i>
binnen 1 jaar	99	61,9
binnen 6 jaar	51	31,9
langer dan 6 jaar geleden	10	6,3
<b>totale detentietijd in leven (N=210)</b>	<i>n</i>	<i>%</i>
0 tot half jaar	82	39,0
half jaar tot 1 jaar	24	11,4
1 tot 2 jaar	19	9,0
2 tot 10 jaar	73	34,8
10 jaar of langer	12	5,7
<b>percentage totale leven doorgebracht in detentie (N=168)</b>	<i>n</i>	<i>%</i>
minder dan 1%	22	13,1
1 tot 5 %	50	29,8
5 tot 10 %	31	18,5
10 tot 25 %	48	28,6
Meer dan 25 %	17	10,1

Note: DJI = Dienst Justitiële inrichtingen

## Bijlage 4. Lichamelijke problematiek

Tabel 9.6 *Lichamelijke gezondheid*

<b>N=207</b>				
<b>Algemene beoordeling eigen gezondheid</b>				
	<i>n</i>	%		
uitstekend	33	15,9		
zeer goed	35	16,9		
goed	99	47,8		
matig	30	14,5		
slecht	10	4,8		
<b>Beoordeling gezondheid tov 1 jaar geleden</b>				
	<i>n</i>	%		
veel beter	18	8,7		
wat beter	32	15,5		
hetzelfde	106	51,2		
wat slechter	34	16,4		
veel slechter	17	8,2		
<b>Mate van last van lichamelijke klachten</b>				
	<i>n</i>	%		
helemaal niet	94	45,4		
een beetje	53	25,6		
nogal	17	8,2		
tamelijk veel	28	13,5		
erg veel	15	7,2		
<b>Lichamelijk functioneren</b>				
	<i>n</i>	%	N	
verminderd fysiek functioneren	52	25,0	208	
<b>Huisarts en ziekenhuis (N=208)</b>				
	<i>n</i>	%	N	
bezoek huisarts afgelopen half jaar	97	46,6	208	
opname ziekenhuis afgelopen jaar	32	15,4		
<b>Infectieziekten</b>				
	<i>n</i>	%	geïnficeerd (van getesten)	
			<i>n</i>	%
Hepatitis B (N=199) / (N=102)	108	54,3	3	2,8
Hepatitis C (N=191) / (N=84)	87	45,5	6	6,9
HIV (N=202) / (N=104)	105	52,0	3	2,9
Tuberculose (N=203) / (N=127)	144	70,9	2	1,4

Note: HIV = Human immunodeficiency virus

In Nederlandse PI's een TBC test een standaardprocedure is bij binnenkomst in de PI. Een screening op hepatitis B en C en HIV is eveneens geïndiceerd in sommige PI voor hoogrisicogroepen waartoe veel van deze respondenten behoren.



## Bijlage 5. Middelengebruik

Tabel 9.7 Middelengebruik

<b>problematisch middelengebruik</b>	<i>n</i>	%	N				
alcohol e/o drugs (excl. cannabis)	82	42,1	195				
alcohol e/o drugs (incl. cannabis)	104	52,8	197				
drugs (excl. cannabis)	29	14,8	196				
drugs (incl. cannabis)	69	34,7	199				
alcohol en drugs (excl. cannabis)	10	5,0	202				
alcohol en drugs (incl. cannabis)	28	13,3	210				
cocaïne totaal	53	25,2	210				
waarvan problematisch (gebruik 4 dagen of meer)	19	9,8	193				
<b>problematisch middelengebruik</b>	<i>n</i>	%	N	<i>Kwartielen</i>			
alcohol	63	31,3	201	25	50	75	
opiaten (gem. leeftijd = 40) (incl. methadonbehandeling)	33	15,7	205	29 jaar	43 jaar	49 jaar	
cocaïne	19	9,8	193				
cannabis	45	22,0	205				
<b>enkelvoudig probleemgebruik</b>	<i>n</i>	%	N				
alleen alcohol	34	17,0	200				
alleen cocaïne	3	1,6	193				
alleen opiaten	11	5,4	204				
alleen cannabis	19	9,4	203				
<b>meervoudig probleemgebruik</b>	<i>n</i>	%	N				
cocaïne en alcohol	3	1,5	200				
opiaten en alcohol	2	1,0	203				
opiaten en cocaïne	7	3,5	198				
opiaten en cocaïne en alcohol	2	1,0	202				
<b>cannabisgebruik</b>	<i>n</i>	%	N	frequentie gebruik (N=88)			
totaal	88	43,2	206	1 - 6 dagen		7 dagen	
				<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
				43	48,9	45	51,1
<b>opiaatgebruik</b>	<i>n</i>	%	N	gemiddeld aantal dagen			
totaal (incl. ooit methadonbehandeling)	33	15,7	210				
totaal (excl. ooit methadonbehandeling)	22	11,0	200				
heroïne	19	9,4	203	N=19; 6,26 ( <i>sd</i> = 1,79)			
methadon (op straat)	8	4,0	202	N=8; 6,13 ( <i>sd</i> = 1,64)			
andere opiaten	1	0,5	202				
methadonbehandeling (ooit)	26	45,6	57				
				<i>kwartielen</i>			
	gemiddeld	<i>n</i>		25	50	75	
beginleeftijd opiaatgebruik	21,0	20		17	22	22	

Tabel 9.7 *Vervolg*

<b>Cocaïnegebruik</b>	<i>n</i>	%	N	minder dan 4 dagen		4 dagen of meer	
totaal (N=210)	53	25,2	210				
crack, gekookte (base) coke (N=201)	38	18,9	201	22	63,9	14	36,1
cocaïne, snuifcoke (N=199)	23	11,6	199	14	73,7	5	26,3
	gemiddeld		<i>n</i>	<i>kwartielen</i>			
beginleeftijd cocaïnegebruik	23,7		59	25,0		50,0	75,0
				18		22	28
<b>andere middelen</b>	<i>n</i>	%	N	gemiddeld aantal dagen			
stimulantia (N=202)	6	3,0	202	2,75 ( <i>sd</i> = 3,10)			
ecstasy (N =202)	10	5,0	202	1,33 ( <i>sd</i> = 2,37)			
sedativa (N =200)	8	4,0	200	3,75 ( <i>sd</i> = 3,06)			
overig (N =198)	4	2,0	198	2,75 ( <i>sd</i> = 3,10)			

## Bijlage 6. Vergelijking demografie van OGGZ-groep en niet-OGGZ-groep

Tabel 9.8 OGGZ en sociaal demografische kenmerken

	<i>n</i>	%		
OGGZ	124	61,7		
niet-OGGZ	77	38,3		
			kwartielen	
gemiddelde leeftijd		25	50	75
OGGZ	34,8	26	34	44
niet-OGGZ	29,4	21	27	38
			<b>OGGZ</b>	
			<b>niet-OGGZ</b>	
leeftijd $\chi^2 (5) = 16,54 p = < .05$	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
18-23	23	18,6	31	40,3
23-30	26	21,0	16	20,8
30-40	34	27,4	15	19,5
40-50	27	21,8	12	15,6
50+	14	11,3	3	3,9
			<b>OGGZ</b>	
			<b>niet-OGGZ</b>	
etniciteit	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
autochtoon	18	14,5	14	18,2
1 <sup>e</sup> gen allochtoon	71	57,3	31	40,3
2 <sup>e</sup> gen allochtoon	35	28,2	32	41,6
			<b>OGGZ</b>	
			<b>niet-OGGZ</b>	
opleidingsniveau	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
geen opleiding	3	2,4	-	-
lager onderwijs	31	25,0	20	26,0
LBO / VBO	30	24,2	15	19,5
MAVO	25	20,2	13	16,9
MBO	19	15,3	19	24,7
HAVO / VWO	7	5,6	3	3,9
HBO	3	2,4	3	3,9
WO	4	3,2	4	5,2
Anders	2	1,6	-	-
			<b>OGGZ</b>	
			<b>niet-OGGZ</b>	
startkwalificatie	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
ja	34	29,1	19	31,1
nee	83	70,9	42	68,9

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Tabel 9.9 OGGZ en vergelijking justitiële situatie

	OGGZ		niet-OGGZ	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
recidive	103	83,7	62	80,5
gemiddelde detentieduur	6 mnd		4½ mnd	
kwartielen (in dagen)				
25	72		46	
50 ( <i>mediaan</i> )	118		94	
75	46		163	
	OGGZ		niet-OGGZ	
detentieduur	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 week tot 1 mnd	11	11,1	12	18,2
1 tot 3 mnd	22	22,2	17	25,8
3 tot 6 mnd	33	33,3	21	31,8
6 mnd tot 1 jaar	24	24,2	13	19,7
1 jaar of langer	9	9,1	3	4,5

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Tabel 9.10 OGGZ en vergelijking problematiek sociale domeinen

problematiek	OGGZ		niet-OGGZ	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
huisvesting	25	20,2	8	10,4
dagbesteding	64	51,6	22	28,6
financieel	111	89,5	42	54,5
inkomen	53	42,7	12	15,6
schulden				
nee	22	18,0	40	52,6
tot €500	11	9,0	7	9,2
tot €1000	12	9,8	4	5,3
tot €10.000	56	45,9	16	21,1
> €10.000	21	17,2	9	11,8

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Tabel 9.11 OGGZ en vergelijking psychiatrische problematiek en persoonlijkheidsstoornissen

vermoeden aanwezigheid psychopathologie (BJMHS) $\chi^2 (1) = 42,0 p = < .01$				OGGZ		niet-OGGZ	
				<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
nee				37	29,8	60	77,9
ja				87	70,2	17	22,1
		waarvan hulp	ja	12	14,5	8	40,0
			nee	71	85,5	12	60,0
persoonlijkheidsstoornissen (SCID)				<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
paranoïde $\chi^2 (1) = 6,14 p = < .05$				28	23,3	6	8,2
subtotaal Cluster A				28	23,3	6	8,2
theatrale				6	4,9	5	6,7
narcistische				60	50,0	25	36,2
borderline $\chi^2 (1) = 11,87 p = < .01$				58	48,3	16	22,2
anti-sociale $\chi^2 (1) = 5,82 p = < .05$				83	71,6	40	53,3
subtotaal Cluster B				94	82,5	43	64,2
afhankelijke				11	9,2	2	2,7
subtotaal Cluster C				11	9,2	2	2,7

N

OTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Tabel 9.12 OGGZ en vergelijking problematisch middelengebruik

problematisch middelengebruik				OGGZ		niet-OGGZ	
				<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
alcohol $\chi^2 (1) = 9,61 p = < .05$				48	40,3	14	18,2
cocaine $\chi^2 (1) = 6,43 p = < .05$				17	15,0	2	2,6
opiaten (incl. meth. beh) $\chi^2 (1) = 10,47 p = < .01$				19	15,8	3	3,9
cannabis $\chi^2 (1) = 26,62 p = < .01$				43	35,0	2	2,6
alcohol en/of drugs $\chi^2 (1) = 53,68 p = < .01$				93	77,5	18	23,4
		waarvan hulp	ja	20	22,2	7	41,2
			nee	70	77,8	10	58,8

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Tabel 9.13 OGGZ en vergelijking lichamelijke gezondheid

fysiek functioneren (Rand SF-36) $\chi^2 (1) = 26,1 p = < .01$				OGGZ		niet-OGGZ	
				<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
geen beperking				76	61,3	73	94,8
beperking				48	38,7	4	5,2
		waarvan hulp	ja	2	4,3	1	25,0
			nee	44	95,7	3	75,0

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

## Bijlage 7. Gegevens respondenten van het kwalitatieve onderzoek

Tabel 9.14 *Kwalitatief: kenmerken van de gedetineerden*

N = 31					
laatst gevolgde opleiding		Cultureel etnische achtergrond	Leeftijd	Voorarrest Aantal	Laatste baan totaal
Lts	+	Antillen	43	3	9 jr horeca b **
Lagere	+	Zuid- Amerika	39	11	? fac. dienstverl. a *
Mavo	+	Anders	38	4	3 jr bouwsector a *
Vmbo	-	Marokko	23	1	½ jr horeca b **
Zmok	-	Suriname	19	2	4 ½ jr comm. medewerk
Mbo	-	^Turkije	20	2	½ jr comm. medewerk
Lagere s	+	Marokko	50	13	1 jr industrie a *
Roc	-	^Marokko	25	4	1jr buitenberoep
Heao	+	^overige Azie	33	2	2 ½ jr zelfstandige
Vmbo	-	^Turkije	29	5	3 ½ jr fac. dienstverl. a *
Mbo	-	^Suriname	22	5	½jr bouwsector a *
Hbo	+	^Indonesië	31	3	1 ½jr buitenberoep
Vmbo	+	Zuid-Amerika	33	6	½ jr buitenberoep
MboV	-	^Suriname	31	3	3 ½ jr admin functie
Meao	+	^Nederlands	36	5	½ jr admin functie
Vmbo	-	^Nederlands	25	8	3jr horeca a *
Mavo	-	^Turkije	29	0	buitenberoep
Mok	+	^Nederlands	55	76	? buitenberoep
Vwo	+	Oost-Europa	53	0	fac. dienstverl. b **
Vmbo	+	^Duitsland	26	5	½ jr horeca b **
Wo	+	Turkije	43	6	3 jr admin functie
Hts	+	^Nederlands	45	24	4 ½ jr leidinggevende
H hotel s	+	^overig west-Europa	35	12	8 jr horeca c ***
Lts	+	^Nederland	34	10	2 ½ jr industrie a *
Mbo	-	^Marokko	35	4	7 jr Niet
Havo	-	^Marokko	29	3	½ jr Niet
Vmbo	+	^Indonesië	22	5	2 jr industrie b **
Vmbo	-	^Suriname	22	20	3 jr industrie a *
Mbo	-	^Subsahara Afrika	18	3	1 jr Niet
Mavo	+	Overig West-Europa	30	6	7 jr bouwsector b **
Mavo	+	^Suriname	32	0	fac. dienstverl. a *
17 zeer slecht opgeleiden		9 Europese autochtonen 22 allochtoon	34 jaar gemiddeld	8 keer gemiddeld	3 nooit een baan

NOTE: + school met diploma afgerond; - school zonder diploma afgerond; ^ in Nederland geboren;  
\* ongeschoold; \*\* geschoold; \*\*\* geschoold met leidinggevende functie

Tabel 9.15 *Kwalitatief: hulpverlening bij gedetineerden*

N = 31

Hulpverleningsinstanties	totaal
schuldsanering, forensische psychiatrie	2
verslavingshulp, DWI, FIBU	3
DWI	1
DWI	1
DWI, forensische psychiatrie	2
DWI	1
UWV, verslavingshulp, nachtopvang, ldh domus, budgettering	5
begeleid w a, DWI, budgettering	3
Isd, schuldsanering, DWI, ldh domus, reclassering	5
DWI, streetcorner, nachtopvang, spirit, reclassering, maatschappelijk werk	6
DWI, FIBU, verslavingshulp, reclassering, maatschappelijk werk	5
begeleid w a, cordaan werk/wonen, ldh, budgettering	4
reclassering, forensische psychiatrie, DWI	3
Mentrum, DWI, hulp via pensions, reclassering	4
schuldsanering	1
reclassering jellinek	1
schuldsanering, DWI, kadans, UWV, reclassering	5
ldh, schuldsanering, isd	3
verslavingshulp	1
begeleid w a, regenboog, blankenberg stichting, maatschappelijk werk	4
HVO, nachtopvang, DWI, FIBU, verslavingshulp	5
DWI, FIBU, medische hulp	3
DWI, FIBU, pantar, pensions	4
DWI, spirit, reclassering, maatschappelijk werk	4
poortgebouw, streetcorner, DWI	3
jeugdzorg, reclassering, jellinek	3
DWI, FIBU, verslavingszorg	3
DWI	1
23 verschillende organisaties	
Totaal 86 instanties	
Gemiddeld 2.8 instanties	

Begeleid w a: begeleid wonen Amsterdam / Blankenberg stichting: maatschappelijk werk /  
 Cadans: re-integratie bureau / Domus: maatschappelijke opvang Ldh / Dwi: Dienst werk en inkomen /  
 Fibu: financiële dienstverlening en budgetbeheer / Hvo: hulp voor onbehuisden (maatschappelijke opvang) /  
 Isd: instelling stelselmatige daders / Ldh: Leger des heils (maatschappelijke opvang) /  
 Mentrum: geestelijke gezondheidszorg / Pantar: biedt activeringsprojecten voor uitkeringsgerechtigden /  
 Poortgebouw: maatschappelijke opvang voor jongeren / Spirit: hulp voor jongeren en gezinnen met opgroeien en  
 opvoeden / Streetcornerwerk: veldwerk voor harddruggebruikers / Uww: Uitvoeringsinstituut  
 Werkgeversverzekeringen

Tabel 9.16 *Kwalitatief: problematiek vóór detentie*

N = 31								
geen werk	schuld	ziekten & verslaving	geen zelfst. woning	geen uitkering / verzekering	geen ID	geen GBA	geen bank	totaal
X	18.000	hasj psy						4
X		base	x <sup>1</sup>	x / x	x	x		8
X	30.000		x					3
X	300		x					3
X		psy						2
X	2.000	hasj		x /				4
X	5.000	base	x <sup>1</sup>	x / x				7
X	1.400	som	x					4
				(x) /				0
X	20.000	base som	x					5
X		hasj			x			3
X	13.000	base psy som						5
X		b, b	x <sup>1</sup>					4
	7.800	psy		(x)	x			3
X	6.000			x / x		x		5
X	20.000	b, g psy	x				x	6
	80.000			(x) /				1
	70.000	bier		(x) / x				3
X	80.000	psy	x			x		5
X	2.000			x / x				4
X	100.000	psy	x <sup>1</sup>		x <sup>3</sup>			6
X	16.000	b, h som	x <sup>1</sup>	x / x	x			10
X	11.000		x	x /			x	5
X	14.000	b,h, m	x <sup>1</sup>					5
X		heroïne som	x	x / x				6
X	4.000		x <sup>1?</sup>					3
X	2.000		x <sup>1</sup>	x / x	x			7
X	1.500	hasj	x <sup>1</sup>	x / x				7
X	1.000			x / x				4
X	2.000	base psy som						5
X	15.000	hasj	x	x / x		x		7
27	25	21	18	12 / 11	6	4	2	

b & b = bier en base; b & g = bier en gokken; b & h = base en heroïne; b,h & m = bier, heroïne en methadon;  
<sup>1</sup> = dakloos; (x) = heeft geen uitkering maar wel een baan; <sup>3</sup> = hr heeft wel verblijfsvergunning



**Bijlage 8. Vergelijking prevalentie problematiek tussen respondenten wel en geen vervolg interview**

Tabel 9.17 *Vergelijking voorkomen van problematiek tussen gedetineerden die wel en niet hebben deelgenomen aan het vervolg interview*

	wel interview 2			geen interview 2		
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>
ontbreken basisvoorwaarden						
zorgverzekering	12	12,8	94	27	23,7	114
identiteitsbewijs	8	8,4	95	9	7,8	115
officieel adres	17	17,9	95	19	16,5	115
<b>problematiek sociale domeinen</b>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>
dagbesteding	45	47,4	95	45	39,1	115
inkomen	37	38,9	95	29	25,4	114
financiële situatie	77	81,1	95	79	69,3	114
huisvesting	15	16,3	92	12	10,9	110
<b>problematiek medische domeinen</b>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>
psychische gezondheid	53	55,8	95	51	45,1	113
somatische gezondheid	34	35,8	95	18	15,9	113
$\chi^2 (1) = 9,82 p = < .05$						
middelengebruik	52	57,8	90	60	55,6	108
alcohol	21	22,8	92	42	38,5	109
$\chi^2 (1) = 5,01 p = < .05$						
drugs	40	44,4	90	37	33,6	110

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

## Bijlage 9. Vergelijking recidivisten en niet-recidivisten

Tabel 9.18 *Vergelijking problematiek tussen recidivisten en niet-recidivisten*

	recidivist			niet-recidivist		
	<i>n</i>	%	N	<i>n</i>	%	N
ontbreken basisvoorwaarden						
zorgverzekering	34	20,0	170	4	11,4	35
identiteitsbewijs	15	8,7	172	1	2,9	35
officieel adres	31	18,0	172	4	11,4	35
problematiek sociale domeinen	<i>n</i>	%	N	<i>n</i>	%	N
dagbesteding	78	45,3	172	10	28,6	35
inkomen	61	35,5	172	5	14,3	35
financiële situatie	128	74,4	172	27	77,1	35
huisvesting	24	14,5	166	3	8,6	35
problematiek medische domeinen	<i>n</i>	%	N	<i>n</i>	%	N
psychische gezondheid	85	49,4	172	18	51,4	35
probleem zorg	67	39,2	171	15	42,9	35
somatische gezondheid	42	24,4	172	9	25,7	35
probleem zorg	37	21,8	170	9	25,7	35
middelengebruik						
alcohol	59	35,3	167	4	11,8	34
drugs	73	44,2	165	4	11,4	35
probleem zorg	74	46,5	159	6	17,6	34

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Tabel 9.19 *Vergelijking leeftijd en etniciteit tussen recidivisten en niet-recidivisten*

	recidivist		niet-recidivist	
gemiddelde leeftijd	33,3		28,7	
$t_{df\ 47} = -2,22, p = < .05; CI_{95} [-8.75; -.43]$				
etniciteit	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
autochtoon	27	15,7	5	14,3
eerste generatie allochtoon	87	50,6	17	48,6
tweede generatie allochtoon	58	33,7	13	37,1
totaal	172		35	

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Tabel 9.20 *opleidingsniveau en startkwalificatie tussen recidivisten en niet-recidivisten*

opleidingsniveau	recidivist		niet-recidivist	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
geen opleiding	3	1,7	-	-
lager onderwijs	45	26,2	7	20,0
LBO / VBO	40	23,3	5	14,3
MAVO	31	18,0	8	22,9
MBO	32	18,6	9	25,7
HAVO / VWO	6	3,5	4	11,4
HBO	6	3,5	-	-
WO	6	3,5	2	5,7
anders	3	1,7	-	-
startkwalificatie $\chi^2 (1) = 2,93 p = < .1$	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
ja	44	28,2	12	44,4
nee	112	71,8	15	55,6

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Tabel 9.21 *Vergelijking detentieduur tussen recidivisten en niet-recidivisten*

detentieduur $\chi^2 (4) = 9,62 p = < .05$	recidivist		niet-recidivist	
1 week – 1 maand	15	12,2	8	33,3
1 – 3 maanden	34	27,6	4	16,7
3 maanden – half jaar	41	33,3	9	37,5
half jaar – 1 jaar	23	18,7	3	12,5
1 jaar en langer	10	8,1	-	-

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Tabel 9.22 *Vergelijking psychiatrische problematiek tussen recidivisten en niet-recidivisten*

vermoeden aanwezigheid psychopathologie (BJMHS)	recidivist		niet-recidivist	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
nee	87	50,6	17	48,6
ja	85	49,4	18	51,4
waarvan hulp				
ja	17	20,4	3	16,7
nee	67	79,6	15	83,3
persoonlijkheidsstoornissen (SCID)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
paranoïde	30	18,2	3	8,8
subtotaal Cluster A	30	18,2	3	8,8
theatrale	12	7,1	-	-
narcistische $\chi^2 (1) = 9,16 p = < .01$	80	48,8	6	19,4
borderline $\chi^2 (1) = 13,53 p = < .01$	71	43,0	3	9,1
antisociale $\chi^2 (1) = 18,78 p = < .01$	115	70,1	10	30,3
subtotaal Cluster B	126	80,3	14	46,7
afhankelijke	10	6,0	3	8,8
Subtotaal Cluster C	10	6,0	3	8,8

NOTE: alleen significante toetswaarden zijn opgenomen in tabel

Dit rapport is geschreven in opdracht van de dienst Wonen, Zorg en Samenleven van de gemeente Amsterdam.

Toestemming voor het interviewen van gedetineerden in de Amsterdamse penitentiaire instellingen Over-Amstel en Havenstraat is verleend door de Dienst Justitiële Inrichtingen van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

GGD Amsterdam  
Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering (EDG)

Postbus 2200  
1000 CE Amsterdam

mei 2012

