

# **Evaluatie pilot**

## **'Screening & Zorgtoeleiding voor (ex)gedetineerde Rotterdammers met een (licht) verstandelijke beperking'**

**December 2016**

**Hendrien Kaal | Lectoraat LVB & Jeugdcriminaliteit | Expertisecentrum Jeugd**

m.m.v. Angela ten Hove (Gemeente Rotterdam), Paula Vrij, Frank van Es, Koosje van Erven, Marlot Dieker, Johan Hasselnook, Jennifer van Dijk (Hogeschool Leiden)



## Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	5
2	Licht verstandelijke beperking in detentie.....	8
2.1	Licht verstandelijke beperking: definitie en kenmerken .....	8
2.2	Omvang van de groep mensen met een LVB en delinquent gedrag .....	9
2.3	Mensen met een LVB in detentie.....	10
2.4	Het belang van herkenning.....	11
2.5	Eerdere Pilot 'Screenen voor LVB in het gevangeniswezen' (2013).....	12
3	Opzet pilot en onderzoek .....	15
3.1	Betrokken ketenpartners .....	15
3.2	Opzet van de pilot .....	15
3.3	Opzet van de evaluatie .....	17
4	Bevindingen met betrekking tot het proces van screening op LVB .....	20
4.1	De selectie van kandidaten.....	20
4.2	Aantallen gerealiseerde afnames van de SCIL en uitvallers .....	21
4.3	Motiveren van kandidaten tot deelname .....	24
4.4	Impact van afname van de SCIL door screeners van zorginstellingen .....	25
4.5	Impact van het moment van afname SCIL .....	25
4.6	Screenen of informatie halen uit dossiers? .....	27
4.7	Het delen van informatie met gedetineerden en ketenpartners.....	28
4.8	Groeiende samenwerking tussen ketenpartners.....	30
5	Bevindingen met betrekking tot de kenmerken van gedetineerden met een LVB .....	31
5.1	Prevalentie van LVB in de PI's .....	31
5.2	Kenmerken van gedetineerden met een vermoede LVB .....	32
6	Bevindingen met betrekking tot de impact van screening binnen de PI's .....	35
6.1	Verhouding prevalentie – ervaring.....	35
6.2	Meerwaarde screening binnen PI .....	35
6.3	Kennis en vaardigheden.....	37
7	Bevindingen met betrekking tot het opzetten van zorgtrajecten .....	38
7.1	Bespreking in het nazorg(+)overleg .....	38
7.2	Verdiepingsdiagnostiek .....	42
7.3	Nazorgtraject .....	42
7.4	De motivatie van gedetineerden .....	44
7.5	Obstakels bij het inzetten van een nazorgtraject .....	45

8	Conclusies en discussie .....	47
8.1	Conclusie .....	47
8.2	Discussie .....	50
9	Literatuur .....	53

## 1 Inleiding

In dit rapport worden de resultaten beschreven van een evaluatie van de pilot "Screening & Zorgtoeleiding voor (ex)gedetineerde Rotterdammers met een (licht) verstandelijke beperking".

Onderzoek in Nederland en Engeland laat zien dat gedetineerden met een LVB meer problemen ervaren in detentie dan gedetineerden zonder LVB (Kaal et al., 2011; Talbot, 2008). Bovendien is het voor een effectieve aanpak van recidive noodzakelijk dat deze wordt aangepast aan de kenmerken van de delinquent (responsiviteit; Andrews & Bonta, 2010). Voor het bieden van een passende bejegening en informatievoorziening in detentie en een passend aanbod van zorg na detentie is het van belang te weten waar de mogelijkheden van de individuele gedetineerde liggen. Dit is mede daarom van belang, omdat inmiddels bekend is dat een groot deel van gedetineerden een LVB heeft (zie par. 2.2).

Naar aanleiding van vragen van DJI is hiertoe door Kaal, Nijman en Moonen (2015) een screeningsinstrument ontwikkeld, de SCIL. Met dit instrument kan met grote waarschijnlijkheid worden vastgesteld of iemand een IQ onder of boven de 85 heeft (zie par. 2.4). Omdat de aanwezigheid van LVB bij individuele gedetineerden nu niet goed in beeld is, lijkt dit instrument handvatten te bieden voor het signaleren van een LVB, waar nodig aangevuld met nadere diagnostiek. In 2013 is in vier Penitentiare Inrichtingen een pilot uitgevoerd waarbij gekeken werd naar de uitvoerbaarheid en meerwaarde van screening met de SCIL (par. 2.5). Bij deze pilot werd niet gekeken hoe vorm kon worden gegeven aan het bieden van passende bejegening en (na)zorg aan gedetineerden met een LVB.

De noodzaak voor passende (na)zorg is sterk. Mensen met een LVB worden vaak overvraagd, met uitval als gevolg. Bovendien is hun hulpbehoefte doorgaans groot. Recent onderzoek naar 38 ex-gedetineerden met een verstandelijke beperking in Engeland laat zien dat hun leefsituatie vaak beperkt was: een groot deel had geen passende woonruimte, en waar zij woonden was vaak afhankelijk van toeval; het merendeel had geen of nauwelijks gestructureerde activiteiten waarmee zij de dag konden vullen; hun sociale netwerk was vaak extreem klein, zelfs in vergelijking met mensen met een LVB in het algemeen; de prevalentie van depressie en angst was relatief hoog; en meer dan de helft had binnen de onderzoeksperiode van 9 maanden opnieuw te maken gehad met het strafrecht (Murphy et al, g.d.).

Een recente studie van Roorda en Buysse (2016) naar forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen brengt diverse knelpunten aan het licht met betrekking tot de realisatie van nazorg. Zo vonden zij dat de verschillende financieringsstromen en onduidelijkheden over de verantwoordelijkheden van de verschillende indicerende partners belemmerend werken bij het realiseren van aansluitende nazorg. De aansluiting op nazorg voor gedetineerden die na afloop van de detentie geen voorwaardelijk kader hebben, wordt als specifiek aandachtspunt benoemd. Daarnaast wordt geconstateerd dat het maken van afspraken met externe nieuwe partners vaak moeizaam verloopt, omdat deze zich onvoldoende realiseren wat het geven van behandeling en begeleiding binnen de muren van de gevangenis betekent. In het rapport wordt gepleit voor eerder en tijdig overleg tussen PMO, casemanagers en reclassering over de benodigde zorg en het werken aan motivatie van de gedetineerden tijdens detentie.

Tegelijkertijd bleek dat de samenwerking tussen de PI en externe aanbieders van de ambulante zorg met de partners waar al (geruime tijd) mee werd samengewerkt wel goed werkte. Belangrijk hierbij waren duidelijke afspraken over overdracht van informatie conform de beroepsregels, het goed op de hoogte houden van de psychologen, korte lijnen, ervaring in het geven van begeleiding en behandeling binnen het detentiekader en duidelijk zicht op hoeveel cliënten kunnen worden begeleid of behandeld (Roorda & Buysse, 2016).

In deze context heeft de Gemeente Rotterdam in samenwerking met DJI (Penitentiaire Inrichtingen Rotterdam en Krimpen) een pilot georganiseerd waarbij door gestructureerde screening van Rotterdamse gedetineerden in de regionale PI's wordt gezorgd voor (a) optimale herkenning van verstandelijke beperkingen tijdens detentie; en (b) het organiseren van ketensamenwerking tussen DJI, de drie reclasseringsorganisaties (3RO), gemeente en zorgaanbieders op deze doelgroep, opdat de ondersteuningsvragen in elke fase (tijdens en na detentie) zo goed mogelijk geadresseerd kunnen worden.

De pilot is opgezet met als uitgangspunt dat vanuit de praktijk, de werkvloer, een nieuwe werkwijze ontwikkeld zou kunnen worden (bottom-up). Er is nadrukkelijk niet gekozen voor een top-down benadering. Hierdoor is de opzet en uitvoering van de pilot een continu leerproces geweest.

Bij aanvang was bekend dat er met betrekking tot de rechtmatigheid rondom het vergaren en delen van informatie nog deugdelijke afspraken gemaakt moesten worden. Gelijktijdig met de start van de pilot is er een privacywerkgroep ingesteld, gevormd door privacyjuristen en deskundigen vanuit de gemeente Rotterdam en DJI. De hieruit voortgekomen richtlijnen zijn gehanteerd tijdens driekwart van pilot.

Deze pilot moest leiden tot:

- Inrichting van een zorgketen:
  - Screening, evt. diagnostiek en (voorbereiding) indicatiestelling nog tijdens detentie;
  - Een gezamenlijke beslisboom zorgroutes (forensisch, ZvW, WMO en WIZ);
  - Advies over organisatie van de gemeentelijke WMO-taken t.b.v. de doelgroep;
  - Advies over organisatie van de screeningstaak en deskundigheidsbevordering PI's;
  - Advies over rol VB-instellingen en gemeente tijdens detentie;
  - Advies over het delen en gebruik van screenings- en diagnostische gegevens;
- Ervaring met enkele regionale VB-aanbieders en het beschikbare aanbod voor de doelgroep; en
- Bewustwording en deskundigheidsbevordering bij de ketenpartners.

De uitvoeringsfase van de pilot liep tot 6 maanden vanaf de startdatum in maart 2016. De pilot is op verschillende manieren geëvalueerd. Ten behoeve van deze evaluatie zijn door studenten van Hogeschool Leiden interviews gehouden met diverse betrokkenen over hun ervaringen met en visie op de pilot. Daarnaast is de door de betrokken ketenpartners bijgehouden pilot-administratie geanalyseerd en gekeken wat er gedurende de pilot in de bijeenkomsten van de begeleidingsgroepen is besproken. Hiermee werd beoogd zicht te krijgen op:

- Het proces van screening op LVB;
- De kenmerken van gedetineerden met een LVB;
- De impact van screening binnen de PI; en
- Het realiseren van toeleiding tot zorg.

In de volgende hoofdstukken worden achtereenvolgens de context waarin deze pilot gezien moet worden, de opzet en de bevindingen van de door Hogeschool Leiden uitgevoerde evaluatie beschreven. Dit leidt tot een aantal aandachtspunten waar men bij het opzetten van ketensamenwerking tussen justitie, reclassering, gemeenten en zorginstellingen, rekening mee moet houden.

## 2 Licht verstandelijke beperking in detentie

### 2.1 Licht verstandelijke beperking: definitie en kenmerken

Bij een licht verstandelijke beperking is er niet alleen sprake van een significante beperking in het cognitief functioneren (IQ), maar ook van een significante beperking in het adaptief gedrag (conceptuele, sociale en praktische vaardigheden) (Schalock et al., 2010). Onder beperkingen in het adaptief gedrag wordt verstaan dat men meer dan gemiddeld moeite heeft met bijvoorbeeld communicatie, zelfstandig functioneren en sociale contacten. In het buitenland wordt gesproken van een verstandelijke beperking bij een IQ onder de 70; in Nederland wordt de groep met een IQ tussen 70 en 85, mits er tevens sprake is van ernstige problemen in het adaptief gedrag, ook tot de mensen met een verstandelijke beperking gerekend (Verstegen & Moonen, 2010; Staatssecretaris van VWS, 2012); ook deze groep redt het vaak niet zonder ondersteuning.

De herkenning van mensen met een licht verstandelijke beperking is moeilijk doordat zij zich noch door fysieke, noch door duidelijke gedragskenmerken onderscheiden van anderen. Ook in hun persoonlijkheidskenmerken onderscheiden zij zich niet: sommigen zijn passief, rustig of afhankelijk, anderen productief, coöperatief, assertief of agressief (Snell et al., 2009, p. 220). Ondanks deze diversiteit zijn er wel enkele zaken waarmee mensen met een LVB regelmatig problemen ervaren, en waarin zij vaak worden overvraagd (zie voor een uitgebreidere beschrijving van onderstaande kenmerken De Beer, 2011). Mensen met een LVB hebben:

- beperkingen in hun denken waardoor ze vaak minder kunnen met de aangeboden informatie, minder op zoek gaan naar nieuwe informatie, en moeite hebben om abstract te denken;
- een beperkter werkgeheugen, en slaan informatie dus minder goed op;
- moeite met de sociale informatieverwerking, en zijn daardoor minder goed in staat te kiezen voor een adequate (assertieve) manier van handelen;
- moeite met generaliseren waardoor zij informatie, geleerd in de ene situatie, niet zomaar kunnen toepassen in een andere situatie;
- een achterstand in taalbegrip; hun taalgebruik lijkt soms wel adequaat ook als begrippen niet echt goed begrepen worden; het niet verbaal kunnen uiten van emoties kan er toe leiden dat deze minder makkelijk beheerst worden;
- moeite met sociale relaties, niet zelden omdat men moeite heeft zich te verplaatsen in een ander;
- een beperkt ontwikkeld geweten;
- een beperktere impulscontrole; en
- een laag zelfbeeld, enerzijds als gevolg van faalervaringen, anderzijds door zelfoverschatting (De Beer, 2011).

Een licht verstandelijke beperking gaat in de praktijk zeer vaak gepaard met bijkomende problematiek. Het Landelijk Kenniscentrum LVB (LKC LVB) heeft dit schematisch weergegeven zoals afgebeeld in figuur 1.



<b>LVG-specifieke kenmerken:</b>	<b>en bijkomende kenmerken/ problematiek:</b>	<b>komen tot uiting in:</b>
Intelligentie IQ 50 - 85 Beperkt sociaal aanpassingsvermogen (SAV)	Leerproblemen Psychiatrische stoornis Medisch organische problemen Problemen in gezin en sociale context	Ernstige gedragsproblemen
<b>en leiden tot:</b> Chroniciteit / langdurige behoefte aan ondersteuning		

**Figuur 1: Model van de LVB-problematiek (Moonen & Versteegen, 2006)**

De combinatie van leerproblemen, psychiatrische stoornissen, medisch-organische problemen en problemen in gezin en samenleving resulteren vaak in ernstige gedragsproblemen, en wel vaker onder de groep mensen met een LVB dan onder de bevolking in het algemeen (Vermeulen, Jansen & Feltzer, 2007). De beperkingen leiden ook tot sociale achterstanden (Snell et al., 2009).

## 2.2 Omvang van de groep mensen met een LVB en delinquent gedrag

Internationaal onderzoek naar de samenhang tussen IQ en delinquentie laat zien dat een hoger IQ over het algemeen samengaat met minder criminaliteit. Veel van dergelijke studies kijken echter alleen naar mensen met een IQ boven de 80 (Lindsay, Sturmey & Taylor, 2004). Als we kijken naar enkele bekende risicofactoren voor crimineel gedrag zoals schooluitval, het ontbreken van een zinvolle dagbesteding, problemen binnen het gezin/ de familie, een lage sociaal economische status, psychische problemen (Andrews & Bonta, 2010) en naar de kenmerken van mensen met een LVB dan ligt het op theoretische gronden voor de hand dat er juist voor hen een verhoogde kans is op criminaliteit.

Internationale studies naar de prevalentie van LVB in de strafrechtsketen geven geen eenduidig beeld van de prevalentie van mensen met een LVB. Een recente inventarisatie van beschikbare prevalentiecijfers in de justitiële domeinen in Nederland laat zien dat de betrouwbaarheid van de cijfers die er zijn doorgaans matig is, en dat de cijfers – door de verschillende methoden waarop ze zijn gegenereerd – ook niet altijd goed vergelijkbaar zijn (Kaal, 2016). Het blijkt bijzonder lastig om tot een betrouwbare schatting te komen. Wel liet de inventarisatie zien dat percentages die men in het veld soms hoort noemen van 50-70% justitiabelen met een LVB niet representatief zijn voor het justitiedomein in brede zin. Dergelijke percentages worden alleen gevonden bij heel specifieke subpopulaties van zware delinquenten, of in studies waar methodologische onregelmatigheden zijn opgetreden. Geconcludeerd werd dat de prevalentie van LVB vastgesteld door diagnostiek in reguliere detentie rond de 10% is; op een vergelijkbare wijze gemeten is de prevalentie op bijzondere afdelingen iets hoger, ca. 15-20%, en in forensisch psychiatrische instellingen is deze nog wat

hoger, 20-25%. De prevalentie vastgesteld door middel van screening (SCIL) valt aanzienlijk hoger uit (Kaal, 2016). Dit blijkt duidelijk uit tabel 1, waar te zien is dat in twee recente studies met de SCIL de prevalentie LVB zo tussen de 30 en 45% lijkt te liggen. De non-response is in alle studies hoog. Mogelijk kan een deel van het verschil in bevindingen worden verklaard door een minder selectieve non-response in de studies waar de SCIL werd gebruikt, maar zonder verder onderzoek blijft dit slechts speculatie.

**Tabel 1: Prevalentie LVB binnen het gevangeniswezen – reguliere afdelingen (Kaal, 2016)**

	Methodie	Populatie	N	LVB	Prevalentie	Opmerkingen
<b>Schoemaker &amp; van Zessen, 1997</b>	Beoordeling door instellingspsychologen	PPC Scheveningen Standaardregime BIBA BZA	?	Zwakbegaafd vlg DSM-III-R	1% 12% 23%	35% dossiers ontbrak, m.n. op reguliere afdelingen
<b>De Vrught, 2000</b>	Vragenlijst aan instellingspsychologen per gedetineerde	GW/HvB/vrouwen/FOBA/ PSC, gedetineerden bekend bij PMO/psycholoog.	554	Zwakbegaafd	10% (totaal) 9% (niet-IBA) 13% (IBA)	Bron oordeel door expert onduidelijk; selectieve groep, Geen informatie over ontbrekende gegevens
<b>Spaans, 2005b</b>	Verkorte GIT / Raven CPM	5 PI's Totaal  Regulier  (B)IBA	462  269  17	IQ <70 IQ 70-85 IQ <70 IQ 70-85 IQ <70 IQ 70-85	1,5% 9,7% 0,4% 5,2% 3,9% 17,3%	Non-respons 45% (376/838)
<b>Kaal, 2013</b>	SCIL	De Geerhorst PI Dordrecht PI Hoogvliet	85 37 38	SCIL	42% 32% 37%	SCIL geeft alleen een vermoeden van een LVB aan; non-respons resp. 47, 34 en 66%.
<b>Broere, Helder, Jansen &amp; Van Vliet, 2014</b>	SCIL	De Geerhorst Ter Peel/Roermond Zuyderbos Westerlinge Zwaag Haarlem	109 18 22 83 35 56	SCIL	36% (77%) 45% 29% 45% (82%)	Een locatie selectieve afname; Een locatie specifieke doelgroep; SCIL geeft vermoeden van LVB; non-respons onbekend

### 2.3 Mensen met een LVB in detentie

In 2011 is op verzoek van de Dienst Justitiële Inrichtingen onderzoek uitgevoerd naar de aard van de problemen die mensen met een LVB ervaren in detentie (Kaal, Negenman, Roeleveld, & Embregts, 2011). Signalen uit het veld en internationaal onderzoek (met name Talbot, 2008) leidden tot een vermoeden dat mensen met een LVB ook meer problemen ondervinden in detentie. In drie Penitentiaire Inrichtingen (PI's) zijn in totaal 50 gedetineerden met een LVB en 24 gedetineerden zonder LVB geïnterviewd over hun ervaringen in detentie. Gedetineerden werden voorgedragen door het personeel van de PI als iemand met een vermoede LVB of iemand zonder LVB en vervolgens getest met de verkorte Groningen Intelligentie Test (GIT2). Van de 34 respondenten die werden aangedragen als 'niet-LVB' bleken er 10 (29%) toch een score lager dan 85 te hebben op de verkorte GIT2; slechts 2 van de 42 (5%) respondenten die werden aangedragen als 'vermoedelijk LVB' bleken hoger te scoren dan 85. Dit is illustratief voor de slechte herkenbaarheid van een LVB.

Heel veel van de problemen die de gedetineerden met een LVB ervoeren, werden ook

genoemd door de gedetineerden zonder LVB. Ook gedetineerden zonder LVB zijn bij binnenkomst in detentie niet bekend met alle regels en procedures, en ook bij hen verloopt het contact met familie, medegedetineerden en medewerkers van de PI niet zonder problemen. Als we iets nauwkeuriger kijken worden echter wel verschillen zichtbaar. Gedetineerden met een LVB blijken meer moeite te hebben met het oplossen van problemen, ze zijn hierin minder actief en assertief, en lijken vaker een rapport te krijgen. Ze hebben meer moeite dingen voor zichzelf te regelen om het leven te veraangemen, tonen minder initiatief bij arbeid en zijn minder toekomstgericht bij onderwijs. Ze hebben vaker sociaal-emotionele problemen die gevolgen hebben voor de mate van contact met de buitenwereld, vertellen vaker over negatief gedrag van medegedetineerden en hebben meer moeite in de omgang met en het vertrouwen in de penitentiair inrichtingswerkers (PIW'ers). Ten slotte zijn ze negatiever over het contact met de ondersteunende diensten en zien ze hun hulpvraag minder vaak beantwoord.

In deze studie werd alleen gekeken naar gedetineerden met een LVB tegenaan liepen binnen de muren van de PI: problemen na terugkeer in de buitenwereld kwamen in deze studie niet aan bod (Kaal et al., 2011).

## 2.4 Het belang van herkenning

Uit het in de vorige paragraaf beschreven onderzoek bleek eens te meer dat een licht verstandelijke beperking (LVB) vaak op het eerste gezicht niet is waar te nemen. Mensen met een LVB doen vaak hun best hun beperking verborgen te houden, en onder andere hun *streetwise* taalgebruik werkt in de praktijk vaak zeer verhullend. Mensen met een licht verstandelijke beperking worden dan ook dikwijls overvraagd, en krijgen niet de hulp en ondersteuning die ze nodig hebben. Waar dit probleem in toenemende mate gezien en erkend wordt is in de strafrechtsketen. De aard van de problemen die met LVB samenhangen maakt het van groot belang dat beperkingen in de verstandelijke vermogens tijdig worden herkend (Moonen, Wit, & Hoogeveen, 2011). Goed diagnostisch onderzoek naar de aanwezigheid van een verstandelijke beperking blijkt echter vrijwel onmogelijk in een algemene forensische setting (Kaal, 2010) en is ook elders in de strafrechtsketen doorgaans te tijdrovend. Verschillende strafrechtelijke organisaties, zoals Reclassering Nederland en het Gevangeniswezen, hebben in het verleden dan ook aangegeven dringend behoefte te hebben aan een wetenschappelijk onderbouwd en gevalideerd screeningsinstrument. Deze aanhoudende vraag heeft uiteindelijk geleid tot de ontwikkeling van de Screener voor Intelligentie en LVB (SCIL).

Vanuit de eerder beschreven wens van DJI is in 2011 begonnen met het ontwikkelen van een screeningsinstrument waarmee mensen met een IQ onder de 85 (de in Nederland gehanteerde IQ-grens voor de aanwezigheid van een LVB<sup>1</sup>) makkelijker herkend zouden kunnen worden. Een goed screeningsinstrument is valide en betrouwbaar: het meet wat het beoogt te meten, in dit geval in welke IQ-groep iemand valt; het maakt een duidelijk onderscheid tussen de verschillende groepen; het leidt bij gebruik door verschillende

---

<sup>1</sup> Behalve een IQ lager dan 85, moet er sprake zijn van significante bijkomende problematiek om te mogen spreken van een LVB.

personen tot dezelfde resultaten; en het leidt tot stabiele resultaten in de tijd. Bovendien moet het snel en gemakkelijk te gebruiken zijn. Dit waren dan ook de uitgangspunten van waaruit gewerkt werd.

Onderzoek naar de mogelijkheid om te screenen op LVB leidde uiteindelijk tot een schaal met 14 items die tezamen de beste voorspelling van de aanwezigheid van een LVB opleveren. Items betreffen vragen over opleiding, contact met hulpverlening en familie, en leesgedrag. Daarnaast wordt de respondent gevraagd enkele opgaven te maken op het gebied van rekenen, lezen, schrijven, spellen en kloktekenen. De betrouwbaarheid van de 14 item-schaal in termen van Cronbach's alfa is 0.82 (n = 318). Deze betrouwbaarheid wordt ook wel de interne consistentie van de schaal genoemd. Een Cronbach's alfa van rond de 0.8 wordt in het algemeen als nabij optimaal beschouwd. Met een ROC analyse werd vervolgens de 'voorspellende' waarde met betrekking tot het inschatten van het al dan niet hebben van een LVB onderzocht, waarbij het al dan niet hebben van een IQ < 85 gold als de *golden standard*. De AUC-waarden bleken voor beide datasets van 159 proefpersonen nagenoeg gelijk en bedroegen respectievelijk 0.92 en 0.93. Een AUC-waarde van boven de 0.90 wordt doorgaans als hoog beschouwd.

Bij het gekozen afkappunt was de sensitiviteit 88%; dit betekent dat bijna 9 van de 10 mensen met een LVB ook daadwerkelijk als iemand met een LVB werden geclassificeerd. De specificiteit was 83%, hetgeen betekent dat ruim 8 van de 10 mensen zonder een LVB ook inderdaad als iemand zonder LVB werden geclassificeerd. Deze resultaten maken duidelijk dat in algemene zin op basis van deze vragen behoorlijk accurate uitspraken kunnen worden gedaan over het hebben van een LVB of niet, maar dat in het grensgebied rond de afkapscore aanvullend diagnostisch onderzoek nodig is om uitsluitel te bieden. Ten opzichte van de huidige situatie, waarbij vermoedelijk een groot percentage van de mensen met een LVB niet herkend wordt, lijkt dit een belangrijke vooruitgang.

Om te onderzoeken of de SCIL op verschillende meetmomenten tot ongeveer dezelfde totaalscore leidt werd deze bij 28 proefpersonen twee keer afgenomen met een tussenliggende periode van gemiddeld zes weken. Bij dit onderzoek naar de test-hertest betrouwbaarheid bleek de correlatie tussen de totaalscores op het eerste en het tweede meetmoment 0.92 (p = 0.00; n = 33). Ondanks deze hoge samenhang bleken in deze test-hertest steekproef vijf van de 28 personen (18%) bij de tweede meting in een andere groep te vallen dan bij de eerste meting. Deze bevinding onderstreept nogmaals dat wanneer de uitslag van de SCIL dicht bij het afkappunt ligt aanvullend diagnostisch onderzoek nodig is.

## **2.5 Eerdere Pilot 'Screenen voor LVB in het gevangeniswezen' (2013)**

Om te bezien of implementatie van een screener in het gevangeniswezen haalbaar en zinvol zou zijn, is in 2013 een kleinschalig pilotonderzoek uitgevoerd binnen vier Penitentiaire Inrichtingen (PI's) (Kaal, 2013). De doelstelling van dit pilotonderzoek was om zicht te krijgen 1) op de mogelijkheden voor implementatie van de SCIL in de huidige praktijk; en 2) op de ervaren meerwaarde van screening binnen de PI's. Daarnaast bood dit pilotonderzoek de mogelijkheid om iets te zeggen over de prevalentie van LVB binnen de PI's en enkele kenmerken van gedetineerden met een LVB.

Het pilotonderzoek heeft plaatsgevonden binnen vier PI's. Binnen deze PI's is de screener voor een korte periode van ongeveer drie maanden in gebruik genomen, deels in het huis van bewaring (HvB), deels in de gevangenis, deels in een extra zorgvoorziening (EZV) en deels in de inrichting voor stelselmatige daders (ISD). De invulling van de implementatie is voor een groot deel bij de PI's zelf neergelegd. Dit resulteerde erin dat binnen elke instelling andere keuzes gemaakt zijn met betrekking tot de te benaderen respondenten, de aangewezen afnemers van de screener en de plaats en het moment van afname (zie tabel 2). Na afloop van de pilotonderzoeken zijn betrokken medewerkers geïnterviewd over hun ervaringen met de SCIL en zijn de ingevulde SCIL-formulieren verzameld voor analyse.

**Tabel 2: De afname van de SCIL binnen vier Penitentiaire Inrichtingen**

Locatie	Afdeling	Afname*	Periode na binnenkomst	N	Respons (n)	% LVB op basis screener** (n)
De Geerhorst	2x HvB, 2x Gev., 1X EZV	PIW'ers (1 per afdeling)	Eerste paar dagen	162	53% (85)	42% (36)
PI Dordrecht	1x inkomsten	PIW'ers (mentoren)	Binnen 2 weken	56	66% (37)	32% (12)
PI Hoogvliet	1x HvB	MMD'ers	Binnen 10 dagen	112	34% (38)	37% (14)
Tafelbergweg	ISD	TB'ers	Binnen 6 weken + zittend	11	91% (10)***	60% (6)***

\* PIW'er = penitentiar inrichtingswerker; MMD'er = medewerker maatschappelijke dienstverlening; TB'er = traject begeleider. \*\* Percentage respondenten die onder de cut-off score van de screener scoorden.

\*\*\* Respondenten zijn geselecteerd door medewerkers o.a. op bereidheid, dus niet representatief voor populatie.

In totaal kwamen tijdens de pilotperiode 341 gedetineerden in aanmerking voor screening. Bij 50% is daadwerkelijk een afname gerealiseerd; 11% van de gegadigden was te kort op de afdeling om mee te doen; 13% was de Nederlandse taal onvoldoende machtig om mee te doen; en 24% weigerde medewerking. De respons was relatief laag bij afname door de MMD'ers (34%), en relatief hoog in de gevangenis (78%) (op de Tafelbergweg waren kandidaten selectief benaderd, dus de bevindingen daar zijn niet representatief voor de locatie).

De interviews leverden belangrijke bevindingen op met betrekking tot de benadering van de gedetineerden, de afnameduur van de SCIL, de benodigde instructies voor de screeners, de belasting voor personeel en gedetineerden en de mogelijke omvang van de groep gedetineerden met een LVB. Er werd gesteld dat het gebruik van de SCIL meerwaarde had ten opzichte van de huidige situatie, waarbij een groot percentage van de mensen met een LVB niet herkend wordt. De SCIL mag geen vervanging zijn voor diagnostisch onderzoek, maar kan wel belangrijke meerwaarde hebben in situaties waar de inzet van uitgebreide diagnostische instrumenten niet haalbaar is of waar eerst bezien dient te worden bij wie verder diagnostisch onderzoek zal moeten worden verricht en bij wie niet. Daarbij bleek uit de pilot dat het werken met de SCIL door de medewerkers als relatief gemakkelijk en

bruikbaar werd ervaren. Geconcludeerd werd dat de SCIL, zoals beoogd, geschikt is voor gebruik binnen het gevangeniswezen, mits zorgvuldig geïmplementeerd.

### 3 Opzet pilot en onderzoek

De pilot die wordt beschreven in dit rapport heeft plaatsgevonden op drie locaties van twee PI's. Binnen deze PI's is de SCIL voor een periode van ongeveer zes maanden in gebruik genomen, deels in het huis van bewaring (HvB), deels in de gevangenis. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de pilot in de pilotlocaties is vormgegeven en hoe de evaluatie is opgezet.

#### 3.1 Betrokken ketenpartners

De pilot is uitgevoerd binnen drie locaties van twee PI's: Hoogvliet, De Schie en Krimpen aan den IJssel. Locaties De Schie en Hoogvliet maken samen met het Penitentiair Trajecten Centrum en ZBBI De Ent deel uit van de Penitentiaire Inrichting (PI) Rotterdam. Er is een samenwerkingsrelatie aangegaan met twee zorginstellingen (Humanitas DMH en Middin), drie reclasseringsorganisaties (3RO) en een gemeente (Rotterdam).

Humanitas DMH was voor deze pilot verbonden aan locaties De Schie en Hoogvliet (PI Rotterdam), terwijl Middin verbonden was aan PI Krimpen aan den IJssel.

**Locatie De Schie** heeft een capaciteit van 286 plaatsen in verschillende regimes: Gevangenis (54), Huis van Bewaring (194), Extra Zorgvoorziening (24), Beheersproblematische Gedetineerden (7) en de Terroristenafdeling (7).

**Locatie Hoogvliet** heeft een capaciteit van 214 plaatsen en huisvest de regimes Huis van Bewaring (136), Inrichting Stelselmatige Daders (48 ISD) en de Zeer Beperkt Beveiligde Inrichting (30, gevangenis ZBBI).

**PI Krimpen aan den IJssel** biedt plaats aan 468 gedetineerden in verschillende regimes, namelijk gevangenis w.o. levenslanggestraften (234), Huis van Bewaring (204) en Extra Zorgvoorziening (30).

**Humanitas DMH** ondersteunt en behandelt mensen met een (licht) verstandelijke beperking en/of psychiatrische problemen. Humanitas werkt door heel Nederland. In Rotterdam heeft Humanitas DMH Homerun trajecten voor jongeren (16+) met een licht verstandelijke beperking (LVB) die in de problemen komen.

**Middin** biedt ondersteuning en zorg aan mensen met een verstandelijke, lichamelijke of meervoudige beperking, evenals aan mensen met niet-aangeboren hersenletsel of een beperking door ouderdom. Zij bieden ondersteuning en zorg op woonlocaties, aan huis en in activiteitencentra. Middin is werkzaam in de provincie Zuid-Holland.

#### 3.2 Opzet van de pilot

De pilot richtte zich op gedetineerden met Rotterdam als herkomstgemeente. Afsproken werd dat gestart werd met de nieuw binnengekomen gedetineerden. Indien er onvoldoende aanbod of onvoldoende beschikbaarheid van nieuwe gedetineerden was, mochten ook al

langer zittende gedetineerden in de pilot betrokken worden.

De afgesproken werkwijze was als volgt: De Front Office (FO) van DJI registreerde op basis van mutatielijsten van de bevolkingsadministratie PI de nieuwe pilotkandidaten, waarbij gefilterd werd op herkomstgemeente en andere contra-indicaties zoals een TBS- of ISD-maatregel, actuele persoonlijke omstandigheden rond de persoon van de gedetineerde of een bijzondere verblijfsafdeling in de PI (terroristenafdeling, extra zorgvoorzieningsafdeling). Wegens het niet altijd door de PI (frontoffice) zuiver kunnen vaststellen of de gedetineerde voldeed aan de bepaling van de Rotterdambinding werd gedurende de pilot besloten dat door de gemeente gecontroleerd zou worden of de kandidaten op de lijst van de FO PI Rotterdambinding hadden.

De aldus voor iedere PI samengestelde "brutolijst" werd wekelijks doorgestuurd naar de coördinerende casemanager, naar de inrichtingspsycholoog (voorzitter psychomedisch overleg) en naar de 'screener' van de betrokken zorginstelling. De voorzitter PMO/psycholoog controleerde de geschiktheid van de kandidaat voor screening i.v.m. geestelijke en/of lichamelijke omstandigheden. In geval van een niet reeds door de FO gesignaleerd ISD-label informeerde de coördinerend casemanager de FO DJI hieromtrent. De coördinerend casemanager stuurde de kandidatenlijst naar de mailbox van de casemanagers opdat de casemanagers op de hoogte zijn van beoogde screening van gedetineerden in de eigen caseload. Op de screeningsdagen werd de uiteindelijke kandidatenlijst ("nettolijst") op papier beschikbaar gesteld voor de screener door de coördinerend casemanager.

De eerste screeningsdag was 15 maart in Locatie Hoogvliet, 22 maart in PI Krimpen aan den IJssel en 6 april in Locatie De Schie. Er zijn in totaal 66 dagen geweest waarop de screeners bij de kandidaten de SCIL hebben afgenomen. Een aantal van deze dagen werd door de screeners (tevens) gebruikt om aan deskundigheidsbevordering van het (DJI)personeel te doen of om uitzoekwerk te verrichten ten behoeve van verdiepingsdiagnostiek en zorgtrajecten. Gemiddeld werden er per PI per dag vier tot vijf SCIL-afnames uitgevoerd, met een maximum van tien afnames op een dag.

De screening door middel van de SCIL was er primair op gericht bij gedetineerden vast te stellen of er sprake was van een vermoeden van LVB ('ja' en 'twijfel') en eventueel te selecteren voor een nazorgtraject. Deze selectie vond plaats in het Nazorg(+)overleg waaraan de reclassering, de gemeente, de zorginstellingen en de PI deelnamen. In het kader van de pilot was er gemeentelijke financiering voor 40 nazorgtrajecten (reeds in detentie te starten), 20 onder verantwoordelijkheid van Middin en 20 van Humanitas DMH.

De SCIL kent een afkappunt van 19,5: wanneer 19 of lager wordt gescoord wordt gesproken van een vermoeden van (het functioneren op het niveau van) een LVB, wanneer 20 of hoger wordt gescoord wordt gesproken van een vermoeden van normale begaafdheid. Bij een score van 20 tot 23 kreeg de screener de bevoegdheid de kandidaat toch in te brengen in het Nazorg(+)overleg indien de hulpverlener vermoedde dat er sprake was van een LVB in combinatie met een hulpbehoefte. Deze groep werd gedurende de pilot gedefinieerd als 'twijfel'.



De procedure voor selectie voor een nazorgtraject zoals die uiteindelijk is opgesteld was als volgt: de kandidaten met een vermoeden 'ja' en 'twijfel' werden besproken in het Nazorg(+)overleg. In het Nazorg(+)overleg vond allereerst de afweging plaats of en zo ja welke zorg de gedetineerde nodig heeft. Er werd gekeken of er al een zorgverlener of traject (voorafgaand aan detentie) bekend is. Vervolgens werd besproken wat de strafrechtelijke status van de gedetineerde was. Indien er een reclasseringsadvies was uitgebracht of uitgebracht zou gaan worden (pro-justitia traject), of een toezicht door de rechter was opgelegd, werd besproken of er een zorgtraject binnen het forensisch kader was geadviseerd of opgelegd. Zo niet dan kon gebruik gemaakt worden van de 40 toeleidingstrajecten uit deze pilot en konden Middin of Humanitas DMH de eventuele verdiepingsdiagnostiek, begeleiding en indicatiestelling opstarten.

De PI, 3RO, zorginstelling en gemeente konden de uitkomsten van het Nazorg(+)overleg in hun eigen trajecten-registratie registreren, en de informatie doorgeven aan de relevante personen binnen hun eigen organisatie. De screener besprak (eventueel in samenwerking met de casemanager) met de gedetineerde de uitslag van het Nazorg(+)overleg en de insteek van een mogelijk vervolgtraject en droeg zorg voor de verdere zorgtoeleiding en het ondersteuningsaanbod (tijdens en/of na detentie).

### 3.3 Opzet van de evaluatie

De pilot is op verschillende manieren geëvalueerd. Ten behoeve van deze evaluatie zijn door Hogeschool Leiden op twee momenten in het proces interviews gehouden met diverse betrokkenen. Deze interviews hebben geleid tot een tussenrapportage in juli, en tot deze eindrapportage.

De evaluatie uitgevoerd door Hogeschool Leiden beoogde inzicht te bieden in een aantal thema's. Deze waren als volgt verder uitgewerkt:

#### A. Het proces van screening op LVB:

- Hoe verloopt de screening? Hoe vaak lukt het niet een gedetineerde te screenen? Wat zijn hiervan de oorzaken? Met welke boodschap wordt de screening geïntroduceerd? Hoe reageren gedetineerden? Wat is nodig om gedetineerden 'te verleiden' tot deelname? Hoe past screening in de bestaande processen in de PI?
- Welke obstakels zijn er ervaren bij de screening? Wat kan volgens betrokkenen worden gedaan om deze weg te nemen?
- Met wie wordt kennis over de uitkomst van de screening gedeeld? Welke moeilijkheden/risico's doen zich hierbij voor?

#### B. De kenmerken van gedetineerden met een LVB:

- Wat is de gevonden prevalentie van LVB onder de populatie Rotterdamse gedetineerden? Hoeveel gedetineerden scoorden onder het afkappunt op de SCIL? Wat zijn de uitkomsten van verdere diagnostiek op het gebied van LVB?
- Wat zijn kenmerken van de gevonden gedetineerden met een LVB? Hoe verhoudt deze groep zich ten opzichte van de niet-LVB groep op bijv. leeftijd, indexdelict, straf, opleidingsniveau?

- Was de LVB reeds bekend voor binnenkomst bij DJI? In hoeverre was er reeds een zorgtraject bij gedetineerden met een LVB?

C. De impact van screening binnen de PI:

- Wat is de meerwaarde van screening op een LVB binnen de PI? Hoe verhoudt zich de uitkomst van de screening tot inschatting vooraf? Hoe verhoudt zich de uitkomst van de screening tot wat PIW'ers ervaren?
- Hoe staan betrokkenen binnen de PI tegenover de pilot? Zien zij meerwaarde van herkenning van een LVB? Hoe verhoudt dit zich tot de taakopvatting van betrokkenen? Voelen betrokkenen zich handelingsbekwaam in de omgang met gedetineerden met een LVB? Wat denken zij nodig te hebben?
- Wat levert herkenning van een LVB op binnen de PI? Hoe vaak is er een bejegeningadvies uitgebracht? Biedt een dergelijk advies houvast in de praktijk? Leidt bewustwording van de aanwezigheid van een LVB tot een andere bejegening?

D. Het realiseren van toeleiding tot zorg:

- Bij hoeveel gedetineerden werd vervolgdagnostiek nodig geacht? Welke vervolgdagnostiek werd nodig geacht? Op welke gronden? Welke inzichten leverde dit op?
- Hoe vaak is er een vervolgtraject geregeld? Indien dit niet geregeld is: waarom niet? Indien er wel een vervolgtraject is geregeld: waar bestond dit uit?
- Hoe worden gedetineerden betrokken in de keuzes omtrent het vervolgtraject? Lijken gedetineerden gemotiveerd voor nazorg? Hoe kan motivatie voor nazorg volgens betrokkenen waar nodig worden vergroot?
- Hoe is het vervolgtraject gekozen? Wie hebben er in dit proces een rol gespeeld? Was er overeenstemming tussen partijen? Op welke gronden is deze keuze gemaakt?
- Waren de gewenste vervolgtrajecten in de praktijk te realiseren? Welke obstakels werden hierbij ervaren? Wat kan volgens betrokkenen worden gedaan om deze weg te nemen?
- Kan worden ingeschat hoe groot de kans van slagen van het vervolgtraject is?
- Zijn er patronen te ontdekken in de gekozen vervolgtrajecten? Kan op basis van de gekozen zorgtrajecten en gronden voor de gemaakte keuzes worden gekomen tot een beslisboom die kan helpen bij toekomstige beslissingen?

Door studenten van Hogeschool Leiden zijn op twee momenten gedurende de pilot interviews gehouden met diverse betrokkenen in de drie PI's. In de tweede helft van april zijn door studenten 13 interviews gehouden. Tijdens deze interviews is in brede zin gevraagd naar de ervaringen binnen de pilot tot dan toe. In september hebben studenten en onderzoekers 15 interviews gehouden. Dit keer werd gewerkt aan de hand van een uitgebreide topiclijst waarbij alle hierboven benoemde thema's aan bod kwamen. Door de opdrachtgevers is vastgesteld welke betrokkenen werden geïnterviewd. Een overzicht van de betrokken respondenten is te vinden in tekstbox 1.

De eerste ronde interviews diende als input voor de tussenrapportage en waar passend voor de eindrapportage. De tweede ronde interviews diende als input voor de eindrapportage. Door de opdrachtgevers zijn in elke PI met regelmaat bijeenkomsten van begeleidingsgroepen georganiseerd. De verslaglegging hierover is waar relevant betrokken in de tussenrapportage en de eindrapportage.

Door de opdrachtgevers zijn gedurende de pilot verschillende data vastgelegd middels een formulier 'Registratie items Pilot Screening & Zorgtoeleiding LVB in detentie'. Ontbrekende data zijn naderhand zoveel mogelijk aangevuld door de gemeente Rotterdam door te zoeken naar informatie in bestaande systemen. Ook zijn de ingevulde screeners bewaard. De gegevens van de SCIL-formulieren en registratieformulieren zijn gekoppeld en aangevuld met enkele achtergrondgegevens uit de beschikbare dossiers. Deze gegevens zijn door Hogeschool Leiden geanalyseerd ten behoeve van deze eindrapportage.

### **Tekstbox 1: Overzicht van geïnterviewde betrokkenen**

1 <sup>e</sup> ronde	2 <sup>e</sup> ronde	
1x	1x	Gemeente Rotterdam
2x	2x	Stafffunctionaris DJI
1x	1x	Front Office DJI
2x	3x	(Coördinerend) Casemanager PI
-	2x	(Plv) hoofd D&R PI
2x	2x	Psycholoog PI
1x	-	(Plv) afdelingshoofd PI
2x	-	PIW'ers PI
-	2x	Reclassering
2x	2x	Zorginstelling

## 4 Bevindingen met betrekking tot het proces van screening op LVB

### 4.1 De selectie van kandidaten

De door de FO DJI opgestelde "brutolijst" met gedetineerden die in aanmerking kwamen voor screening bevatte aan het eind van de pilot de namen van 659 gedetineerden. Dit waren alle gedetineerden die in de periode maart – augustus 2016 in één van de drie pilot-PI's zaten en Rotterdambinding hadden. Hiervan zat ongeveer de helft in PI Krimpen aan de IJssel en huisvestten de locaties De Schie en Hoogvliet ieder ongeveer een kwart. In totaal zat iets meer dan de helft van de gedetineerden op de "brutolijst" ten tijde van de afname van de SCIL in de gevangenis (tabel 3).

**Tabel 3: Gedetineerden op "brutolijst" voor screening per PI en afdeling.**

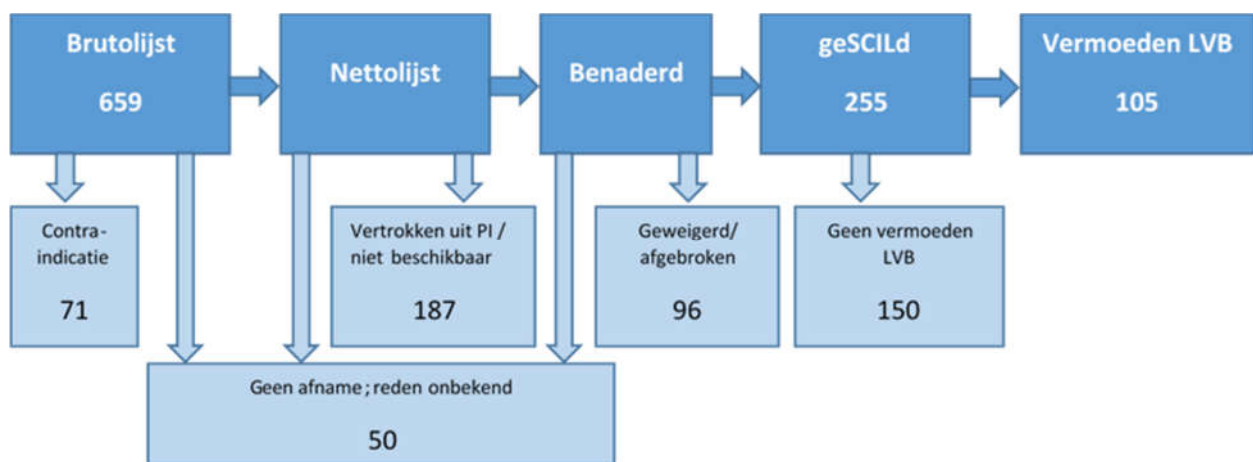
	Gev.	HvB	Onbekend	Totaal
<i>De Schie</i>	116	56	2	174
	66,7%	32,2%	1,1%	100,0%
<i>Hoogvliet</i>	80	93	7	180
	44,4%	51,7%	3,9%	100,0%
<i>Krimpen a/d IJssel</i>	165	136	4	305
	54,1%	44,6%	1,3%	100,0%
<i>Totaal</i>	361	285	13	659
	54,8%	43,2%	2,0%	100,0%

Een aantal struikelblokken kwam aan het licht gedurende de pilot. Zo bleek het begrip herkomstgemeente aanvankelijk moeilijk alleen door de frontoffice van de PI vast te stellen. Aan het begin van de pilot ontstonden fouten in de "brutolijst" door gedetineerden die bijvoorbeeld in een Rotterdamse zorginstelling hadden verbleven, maar nooit officieel in Rotterdam hadden gewoond. Ook informatie van verschillende ketenpartners leek niet altijd goed op elkaar af te zijn gestemd. Het kwam daardoor voor dat gedetineerden gescreend werden terwijl zij achteraf geen Rotterdammers bleken te zijn. Als gevolg hiervan is besloten dat de "brutolijst" zowel gecontroleerd werd door de frontoffice (FO) DJI als de frontoffice van de gemeente. Die werkwijze leidde ertoe dat er bijna geen niet-Rotterdammers meer gescreend werden. Tegelijkertijd werd gesteld dat fouten in de "brutolijst" niet helemaal te voorkomen zijn omdat er informatie uit verschillende datasystemen komt.

Een ander punt was dat men er achter kwam dat een (klein) aantal gedetineerden met Rotterdambinding – in relatie tot gemaakte afspraken over aard van delict en strafprocesverloop – niet traceerbaar mag zijn voor derden. Over hen mag geen informatie gedeeld worden en zij hoeven dan ook niet te gescreend te worden. Deze categorie werd toegevoegd aan de contra-indicaties en eruit gefilterd door de FO DJI.

Oorspronkelijk was het idee dat van alle gedetineerden op de "brutolijst" zou worden gecheckt

of er bestaande IQ-gegevens in dossiers gevonden werden. In dit geval zou een gedetineerde niet op de "netto-lijst" geplaatst worden. In de praktijk bleek een check hierop vooraf echter niet haalbaar: de psychologen hadden hier geen tijd voor, en de reclassering ervoer privacy-belemmeringen. Ook de privacywerkgroep had hierover negatief geadviseerd. Uiteindelijk werd eerst een gesprek met de gedetineerde kandidaat gevoerd, waarbij de pilot en het doel werd uitgelegd en instemming werd gevraagd voor de afname van de SCIL en het delen van informatie binnen het Nazorg(+)overleg. Vervolgens werd de SCIL afgenomen en pas daarna werd – ter voorbereiding op het Nazorg(+)overleg – een check gedaan waarbij gekeken werd of er iets bekend was over een straf, vonnis of eerder onderzoek.



**Figuur 2: Stroomdiagram van het screeningsproces**

#### 4.2 Aantallen gerealiseerde afnames van de SCIL en uitvallers

Van de 659 gedetineerden die op de "brutolijst" stonden voor de SCIL is er bij een kleine 40% een volledige SCIL afname gerealiseerd (tabel 4). Dit percentage was het laagst in Krimpen (32%) en het hoogst in De Schie (47%).

Dat een kandidaat besluit mee te werken aan de screening betekent niet dat deze de screening ook afmaakt. Tijdens de tussenevaluatie werd genoemd dat gedetineerden defensief kunnen worden als ze zien wat afname van de SCIL daadwerkelijk inhoudt: 'ik ben toch geen debiel ofzo?' De screeners moeten begrip en motivatie bevorderen en eventuele agressieve reacties zien te voorkomen door te 'levelen'. Uit tabel 4 blijkt dat zij hier goed in zijn geslaagd: het uiteindelijke aantal onvolledig afgenomen SCILs is laag (12). Dit aantal betreft bovendien niet alleen weigeringen gedurende de afname, maar ook afgebroken afnames in verband met taalproblemen, onder invloed zijn van de gedetineerde, of opgehaald worden van de gedetineerde voor overplaatsing.

Wanneer gekeken wordt naar de redenen waarom geen SCIL is afgenomen dan blijkt dat bij 20% van de gedetineerden op de "brutolijst" (alsnog) sprake bleek te zijn van een contra-

indicatie voor screening (TBS, ISD, EZV, taal, contra-indicatie PI, lopend onderzoek, lopend traject, IQ bekend; zie tabel 5). Het aantal afvallers in verband met het onvoldoende machtig zijn van de Nederlandse taal (een uitsluitingsgrond volgens de handleiding van de SCIL) is met 4% opvallend laag: in een eerder pilot was dit 13% (Kaal, 2013). Een respondent gaf aan dat de SCIL soms ook was afgenomen als iemand niet goed Nederlands sprak; het is niet duidelijk hoe vaak dit is gebeurd en hoe hier vervolgens in de interpretatie van de uitkomst van de SCIL mee omgegaan is.

**Tabel 4: Aantal gerealiseerde SCIL afnames per PI**

	ja	onvolledig	Nee	Totaal
<i>De Schie</i>	82	2	89	173
	47,4%	1,2%	51,4%	100,0%
<i>Hoogvliet</i>	75	2	103	180
	41,7%	1,1%	57,2%	100,0%
<i>Krimpen a/d IJssel</i>	98	8	198	304
	32,2%	2,6%	65,1%	100,0%
<i>Totaal</i>	255	12	390	657
	38,8%	1,8%	59,4%	100,0%

**Tabel 5 Redenen voor niet realiseren afname SCIL per PI**

	De Schie		Hoogvliet		Krimpen		Totaal	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Ontslag</i>	25	27,5%	35	33,3%	68	33,0%	128	31,8%
<i>Overplaatsing</i>	9	9,9%	18	17,1%	21	10,2%	48	11,9%
<i>Niet beschikbaar</i>	1	1,1%	4	3,8%	4	1,9%	9	2,2%
<i>Weigering</i>	37	40,7%	18	17,1%	41	19,9%	96	23,9%
<i>Contra-indicaties totaal</i>	12	13,2%	27	25,8%	30	14,6%	69	16,9%
<i>Contra-indicatie PMO</i>	6	6,6%	1	1,0%	6	2,9%	13	3,2%
<i>ISD</i>	0	0,0%	21	20,0%	0	0,0%	21	5,2%
<i>TBS</i>	1	1,1%	2	1,9%	2	1,0%	5	1,2%
<i>EZV</i>	0	0,0%	0	0,0%	3	1,5%	3	0,7%
<i>taal</i>	3	3,3%	2	1,9%	8	3,9%	13	3,2%
<i>IQ /SCIL bekend</i>	2	2,2%	1	1,0%	2	1,0%	5	1,2%
<i>nazorg geregeld</i>	0	0,0%	0	0,0%	5	2,4%	5	1,2%
<i>lopende onderzoek</i>	0	0,0%	0	0,0%	4	1,9%	4	1,0%
<i>Anders</i>	0	0,0%	1	1,0%	1	0,5%	2	0,5%
<i>Onbekend</i>	7	7,7%	2	1,9%	41	19,9%	50	12,4%
<i>Totaal</i>	91	100%	105	100%	206	100%	402	100%

**Tabel 6: Gerealiseerde afname en weigeringen als percentage van benaderde kandidaten per PI**

	<b>De Schie</b>	<b>Hoogvliet</b>	<b>Krimpen</b>	<b>Totaal</b>
<i>SCIL afgenomen</i>	82	75	97	254
	65,1%	78,9%	54,4%	63,6%
<i>geweigerd</i>	36	18	39	93
	29,4%	18,9%	22,8%	23,9%
<i>onbekend</i>	7	2	41	6
	5,6%	2,1%	22,8%	12,5%
<i>Totaal</i>	119	94	140	353
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Een aantal potentiële kandidaten bleek niet beschikbaar voor afname door een kort verblijf door ontslag (32%) of door overplaatsing of het herplaatst zijn (naar een PPC of ZBBI) van de gedetineerde (12%): in totaal kon ruim 40% van de kandidaten om die reden niet deelnemen aan afname van de SCIL. Dit was in de eerdere pilot, waar door personeel van de PI doorgaans binnen twee weken gescreend werd, slechts 11% (Kaal, 2013). Het percentage gedetineerden dat niet beschikbaar was voor screening (niet aanwezig op de afdeling tijdens aanwezigheid van de screener) is uiteindelijk erg beperkt gebleven (3%). Wanneer een gedetineerde niet beschikbaar was werd deze opnieuw op de kandidatenlijst gezet en benaderd door screeners – het gevonden percentage betreft kandidaten die ten tijde van het beëindigen van de pilot nog op deze lijst stonden.

Zo'n 24% van de totale uitval is toe te schrijven aan weigering van de kandidaat om mee te werken aan screening (tabel 5). Dit percentage verschilt sterk per PI. Ook wanneer wordt gekeken naar het percentage weigeringen van die kandidaten die daadwerkelijk benaderd zijn door de screeners zijn er verschillen tussen de PI's: bij locatie Hoogvliet is het percentage weigeringen aanzienlijk lager dan bij de andere twee locaties. Al met al weigerde ongeveer één op de vier kandidaten die benaderd zijn voor afname van de SCIL (tabel 6).

Een respondent gaf aan dat er doorgaans wel een open reactie van de gedetineerden was op het verzoek van de zorginstelling om deel te nemen aan screening. Een ander stelde dat vooral de vraag aan de gedetineerde of hij een hulpvraag had goed werd ontvangen. Respondenten gaven aan dat gedetineerden die medewerking weigerden angst hadden voor de gevolgen van screening, in algemene zin zorgmijndend waren, hoogopgeleid waren, of al een overdaad aan hulpverleningscontacten hebben gehad. Een screener gaf aan dat bij afname van de SCIL op de afdeling wel erg zichtbaar was wie er opgeroepen werd, hetgeen een factor zou kunnen zijn geweest in terughoudendheid van gedetineerden om mee te doen. Bij De Schie was het een bewuste afweging om het screenen juist niet op de afdeling te doen. Verder werd gesteld dat het belangrijk was dat mensen weten bij wie ze terecht kunnen wanneer ze zich bedenken: sommige gedetineerden die in eerste instantie medewerking weigerden kwamen later op hun beslissing terug.

### 4.3 Motiveren van kandidaten tot deelname

Om kandidaten zover te krijgen dat zij meewerken aan screening is volgens diverse respondenten de introductie cruciaal. In de tussenevaluatie werd gesteld dat gedetineerden soms bang waren om deel te nemen aan screening omdat de opzet van de pilot voor hen nog onvoldoende duidelijk was. Om dit te voorkomen is het belangrijk om gedetineerden goed te informeren: waar gaat het over? Waarom zouden ze meedoen? Bij welke organisatie werken de mensen die komen screenen?

Enerzijds leek het handig om PIW'ers in te zetten om gedetineerden te motiveren voor deelname aan de screening; PIW'ers hebben een voor de gedetineerden bekend gezicht waardoor gedetineerden niet 'schrikken' als ze door hen worden aangesproken. Anderzijds leek het ook veelgevraagd om PIW'ers die taak op zich te laten nemen. Zij zouden daarvoor in ieder geval goed moeten worden voorgelicht, terwijl tijdens de tussenevaluatie duidelijk werd dat medewerkers vaak onvoldoende op de hoogte waren om de juiste ondersteuning te kunnen bieden aan gedetineerden.

In de loop van de pilot werd er toch voor gekozen om PIW'ers gedetineerden te laten aanspreken en doorsturen naar de screeners. Hiervoor werd een aanbevolen spreektekst opgesteld (zie tekstbox 2). Vervolgens geeft de screener uitleg over de SCIL en het mogelijke vervolg. De screener vraagt toestemming voor afname van de test en het delen van de testuitslag met de PI, de gemeente en ter bespreking in het Nazorg(+)overleg. De screener laat de gedetineerde hiertoe een 'Instemmingsverklaring' ondertekenen en neemt vervolgens de SCIL af.

#### **Tekstbox 2: Tijdens pilot opgestelde introductie SCIL afname voor PIW'ers**

*"Er is bezoek voor jou namens de Gemeente Rotterdam om te praten over de nazorg die je misschien kunt gebruiken als je weer vrijkomt.*

*De Gemeente wil Rotterdammers die gedetineerd zijn beter kunnen helpen als zij uit de gevangenis komen. Door met hen te praten kunnen zij samen met jou bekijken welke hulp nodig en mogelijk is.*

*Deze mensen <namen screeners> hebben veel ervaring bij het ondersteunen van mensen die hulp nodig hebben. Hierdoor krijg je sneller de juiste ondersteuning als je straks weer uit de gevangenis komt. Het gesprek zal niet lang duren, ongeveer een half uurtje."*

Tijdens de interviews werd aangegeven dat de inhoud van de boodschap van de screeners belangrijk is. Deze zegt iets over de vrijwilligheid (het is belangrijk dat de gedetineerde weet dat hij nee mag zeggen) maar ook over het belang voor de gedetineerde, en kan daarbij verwijzen naar eventuele succesverhalen. Tegelijkertijd moet worden uitgekeken dat er geen verkeerde verwachtingen worden gewekt: niet alle deelnemers aan de SCIL zullen per slot van rekening extra hulp in de vorm van een zorgtraject ontvangen, bijvoorbeeld omdat zij geen LVB hebben, omdat er reeds een lopend traject is of omdat er geen (passende) hulpvraag is. Behalve het belang van de inhoud van de boodschap, werd ook het belang van de juiste vorm benadrukt: er werden hierbij termen gebruikt als 'niet veroordelend', 'respect', 'overtuiging', en 'affiniteit'. Hiervoor is het nodig dat dit door de juiste persoon wordt gedaan, die de juiste match met de gedetineerde is. In deze pilot is dat ondervangen door gespecialiseerde zorgverleners in te zetten.



#### **4.4 Impact van afname van de SCIL door screeners van zorginstellingen**

Om de opzet en het doel van de SCIL-afname goed over te brengen aan de gedetineerden is, naast de "spreekboodschap" voor PIW'ers, een flyer ontwikkeld die op de afdelingen werd opgehangen. Mede vanwege het genoemde belang van de vorm van de boodschap was gekozen voor de inzet van hulpverleners met gespecialiseerde kennis van de doelgroep. Tijdens de interviews werd ook de mogelijkheid besproken om de afname van de SCIL op termijn binnen de PI te beleggen. Door de respondenten worden voordelen maar ook nadelen van een dergelijke wijziging ten opzichte van de pilot gezien.

Koppeling van de screening op LVB aan de standaardprocedure van de casemanagers heeft volgens een respondent voordelen omdat daar het hele zorgpakket al wordt bekeken; de screening kan dan meteen in een bredere context gezien worden. Ook volgens één van de zorginstanties kan de screening best bij twee casemanagers met feeling voor de groep belegd worden. De zorginstellingen heb je pas nodig voor de nazorg, de casemanager kan volgens deze respondent de rest doen. Een andere respondent oppert als alternatief dat de screening misschien ook bij het re-integratiecentrum zou kunnen worden belegd, eventueel in combinatie met de taalmeter. Weer een andere respondent geeft aan dat als je het intern belegt, het wel bij een kleine groep mensen belegd moet worden.

Andere respondenten zijn het hier niet mee eens. Zij hebben het gevoel dat er bij de gedetineerden meer verzet kan zijn tegen afname van de SCIL door iemand van de inrichting. Het werkt niet als de afnemer twee petten op heeft, volgens een respondent: je hebt iemand van buiten nodig. De gedetineerde moet vertrouwen hebben in iemand om mee te willen doen. Een ander geeft aan dat afname niet door het personeel moet worden gedaan omdat dat al genoeg taken heeft. Bovendien moet de afname volgens deze respondent professioneel gebeuren. Ten slotte wordt aangedragen dat afname door een zorginstantie de voorkeur heeft, omdat de link met hulpverlening met afname dan alvast is gelegd. Wel had één respondent het idee dat het beter was geweest één zorginstelling te betrekken in plaats van twee: dit had meer eenduidigheid en minder communicatiestoornissen opgeleverd.

Uit interviews gehouden voor de tussenevaluatie kwam naar voren dat het uit veiligheidsoverwegingen en zorgoogpunt in sommige gevallen raadzaam kon zijn als er iemand van het afdelingspersoneel bij de screening aanwezig is, bijvoorbeeld wanneer een gedetineerde in de war is of al overduidelijk is dat hij laagbegaafd is. Dit is in enkele gevallen inderdaad gebeurd, onder meer bij een achterdochtige gedetineerde.

#### **4.5 Impact van het moment van afname SCIL**

Ruim 40% van de uitval van kandidaten van de "brutolijst" is veroorzaakt doordat de gedetineerde met ontslag ging of overgeplaatst werd voor de screening kon plaatsvinden. Dit pleit ervoor om screening zo snel mogelijk na plaatsing op de lijst te laten plaatsvinden. De meningen zijn echter verdeeld over de vraag of screening snel na binnenkomst wenselijk is.

Over het algemeen was de teneur wel dat de screening vroeg in het traject moet plaatsvinden, omdat er dan ook bij kortgestraften nog iets aan vervolgdagnostiek zou kunnen worden gedaan en er dan eventueel toch iets meegegeven zou kunnen worden aan de gemeente als

iemand naar buiten gaat. Een andere reden die werd aangedragen was dat het voor de PIW'er zinvol zou zijn om te weten.

Hier werd tegenin gebracht dat gedetineerden in de periode na binnenkomst nog vooral met andere dingen bezig zijn, en dat de stress kan leiden tot een lagere score. Zo werd gesteld dat je bij sommigen niet in de eerste twee weken zult moeten screenen. In een van de begeleidingsgroepbijeenkomsten is besproken om minimaal één week te tijd te nemen tussen binnenkomst en screening om te kijken hoe een gedetineerde is. Een ander argument tegen vroege screening dat werd aangedragen was dat een groot deel van de gedetineerden dan nog niet is afgestraft; de respondent die dit aanvoerde was er ook niet van overtuigd dat je veel kon met de wetenschap dat iemand vermoedelijk een LVB heeft wanneer deze na vier weken weer weg is. Bij de tussenevaluatie gaf een respondent aan te vermoeden dat gedetineerden die net de PI binnenkomen bij 'inkomsten' zich makkelijker laten screenen dan gedetineerden die al langer in de PI verblijven. Een verklaring die hiervoor genoemd werd was dat eerstgenoemden zich nog niet helemaal veilig voelen en het idee hebben dat screening bij het proces hoort. Dit riep dan ook de vraag op of vroege afname om die reden wel ethisch verantwoord was. In Tabel 7 is gekeken of het percentage weigeringen lager is bij een kortere periode tussen binnenkomst en de vraag om medewerking aan screening. Het percentage weigeringen is hierbij afgezet tegen het aantal afnames – alle gedetineerden die om een andere reden niet mee konden doen zijn in deze analyse niet meegenomen. Er blijkt geen duidelijke samenhang te zijn tussen het percentage weigeringen en de tijd tussen binnenkomst en het verzoek om SCIL-afname .

**Tabel 7 Samenhang tussen het percentage weigeringen en de tijd tussen binnenkomst en verzoek om SCIL-afname.**

<i>Tijd in dagen</i>	<b>weigering</b>		<b>SCIL afgenomen</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
10-	8	26,7%	22	73,3%
10+	15	19,7%	61	80,3%
20+	9	30,0%	21	70,0%
50+	7	20,6%	27	79,4%
100+	5	12,8%	34	87,2%
200+	12	23,5%	39	76,5%
500+	5	12,2%	36	87,8%
<i>Totaal</i>	61	20,3%	240	79,7%

Belangrijk bleek niet alleen de vraag hoe snel na binnenkomst de SCIL moest worden afgenomen, maar ook wanneer op de dag. In de begeleidingsbijeenkomsten en interviews voor de tussenrapportage kwam ter sprake dat gedetineerden niet altijd goed voorbereid waren op het moment van screenen: soms lagen ze nog te slapen, soms ook waren ze aan het luchten of naar de arbeid. De screeners moesten in het begin van de pilot soms de hele PI door om een gedetineerde te kunnen vinden, of moesten erg lang wachten voor ze aan de slag konden. Het bleek belangrijk dat de randvoorwaarden duidelijk zijn. Tijdens de looptijd van de pilot werd bijvoorbeeld besloten dat de afname van de SCIL arbeidsdoorbekend mocht

zijn. Dit maakte de werkzaamheden van de screeners eenvoudiger doordat kandidaten vaker beschikbaar waren voor SCIL afname. Doordat gedurende de pilot het personeel op de afdeling ook beter op de hoogte was van de pilot en mee dacht over een praktische planning kon aan de andere kant ook voorkomen worden dat doorbreking van de bloktijd noodzakelijk was.

#### **4.6 Screenen of informatie halen uit dossiers?**

Het zou voordelen kunnen hebben om voorafgaand aan de screening te kijken of bij een gedetineerde in het verleden niet al een intelligentietest of screener is afgenomen. Soms is er bijvoorbeeld vanwege een eerder justitie contact al een Pro Justitia rapportage. Sommige gedetineerden gaan 'in en uit': een gedetineerde kan bijvoorbeeld binnenkomen in de ene PI, dan worden 'gescild', met ontslag gaan voordat de uitslag van de SCIL bekend is en in de tussentijd binnenkomen op de inkomstenafdeling van een andere PI. In dergelijke gevallen zou het (wederom) afnemen van de SCIL overbodig zijn.

Hoewel de meerwaarde van een check vooraf herkend wordt, gaven respondenten aan dat een dergelijke check van gegevens vooraf niet haalbaar bleek. Ten minste één psycholoog heeft dit wel geprobeerd, maar dit bleek te tijdrovend. Ook bleken er bij de reclassering en gemeente privacy-bezwaren te bestaan tegen het lichten van dossiers voordat de gedetineerde gesproken, ingelicht en om toestemming gevraagd was.

Het is de vraag of je, wanneer je de dossiers wel zou checken op bestaande informatie over het IQ, veel overbodige SCIL-afnames zou kunnen voorkomen. Om hier zicht op te krijgen zijn de gegevens van die respondenten waarbij een vermoeden van (functioneren op het niveau van) LVB was vastgesteld op basis van de SCIL aan het eind van de pilot gecheckt. Bij de uitgevoerde checks werd bij een aantal gedetineerden inderdaad informatie over de mogelijke aanwezigheid van een LVB gevonden. Een respondent maakte de kanttekening dat deze eerdere informatie voor een aantal gedetineerden mogelijk niet actueel was: in de praktijk wordt doorgaans gesteld dat de uitkomst van een IQ-onderzoek maximaal twee jaar geldig is, hetgeen te maken heeft met het feit dat intelligentie niet onveranderlijk is en een IQ-score een momentopname is die afhankelijk is van diverse omstandigheden.

In tabel 8 is te zien dat er in 57% van de gevallen waarbij de SCIL een vermoeden van LVB opleverde geen informatie over een mogelijke LVB kon worden verkregen door dossiers te raadplegen: de dossiers van de reclassering bevatten geen informatie over de verstandelijke vermogens, er was geen dossier aanwezig door dat de persoon in kwestie niet eerder reclasseringscontact had gehad, of er kon geen informatie gedeeld worden doordat er geen lopende titel was. In de tweede rij is te zien dat van die gedetineerden bij wie de SCIL een vermoeden van LVB opleverde, aanwezige gegevens uit de dossiers hiermee in 82,2% procent van de gevallen in overeenstemming waren. In 17,8% van de gevallen werd gevonden dat de gegevens uit het dossier hiermee in tegenspraak waren: een eerdere test had in die gevallen een IQ boven de 85 aangetoond. Dit percentage komt in grote lijnen overeen met de foutmarge van de SCIL zoals die in de handleiding wordt beschreven (Kaal, Moonen & Nijman, 2015).

Er zijn een paar gevallen waar de SCIL geen vermoeden van LVB opleverde (geen score van 19 of lager) of de SCIL niet (volledig) afgenomen werd, maar de screeners naar aanleiding van hun ontmoeting met de gedetineerde toch hun twijfels hadden over een mogelijke LVB en een hulpbehoefte signaleerden. In die gevallen werd toch in dossiers naar informatie gezocht. Bij 11 gedetineerden werd in het dossier een bevestiging van het vermoeden van de screeners gevonden, waarvan 7 keer onderbouwd met een IQ-test. Het is niet bekend hoe vaak in dergelijke gevallen in de dossiers gezocht is naar informatie maar niets gevonden is.

**Tabel 8: In dossiers gevonden informatie over LVB**

		N	% van gevonden gegevens	% van totaal geSCILd
<i>Gegevens uit dossier</i>	geen LVB	8	17,8%	7,7%
	vermoeden	13	28,9%	12,5%
	LVB	24	53,3%	23,1%
	Totaal	45	100,0%	43,3%
<i>Geen gegevens/geen dossier</i>		59		56,7%
<i>Totaal</i>		104		100,0%

#### 4.7 Het delen van informatie met gedetineerden en ketenpartners

Het delen van informatie met de diverse betrokkenen bleek niet altijd goed te verlopen. Dit had deels te maken met werkprocessen en deels met (verschillen van inzicht omtrent) privacy-issues.

Aan het begin van de pilot kregen de gedetineerden in één van de PI's direct na afname van de SCIL de uitslag, maar dit gebeurde niet overal. Er was soms onduidelijkheid over de uitkomst van de SCIL bij de gedetineerden en op de werkvloer. Uit de verhalen van de respondenten bleek dat het krijgen van de uitslag wel erg belangrijk was voor sommige gedetineerden, die hier bij herhaling om vroegen. Al vrij snel is besloten dat de screener de SCIL direct beoordeelt en de uitkomst ook meteen bespreekt met de gedetineerde. Een respondent vertelde dat de gedetineerde hierbij niet te horen krijgt wat de score was, wel of er reden is voor bespreking in het nazorgoverleg.

Voor de communicatie over de uitkomst met de ketenpartners is een uitgebreid protocol opgesteld. De uitkomst van de SCIL (vermoeden 'ja'/'nee'/'twijfel' of 'geweigerd') wordt door de screener doorgegeven aan de coördinerend casemanager, de voorzitter van het PMO, de FO PI, de FO gemeente en aan de nazorgregisseur van de gemeente. FO PI (i.o.m. de coördinerend casemanager) doet een melding in DPAN met de standaardtekst: "Betrokkene heeft J of N deelgenomen aan SCIL". De coördinerend casemanager informeert de collega casemanagers over de uitkomsten waarbij sprake is van vermoeden van LVB; de casemanager onder wie de gedetineerde valt, registreert de uitkomst van de SCIL in het D&R plan. Tevens worden, indien er een vermoeden van LVB is, de medewerkers van 3RO (via RN) door de FO DJI ter kennisgeving geïnformeerd. De FO DJI zet bovendien de namen van de betrokkenen op de agenda van het eerstvolgende Nazorg(+)overleg, waar de kandidaten met een vermoeden van LVB worden besproken. Door het Nazorg(+)overleg kan een bejegening-

advies worden uitgebracht naar de operationele afdelingen. Eventuele besluiten over een bejegeningadvies kunnen door de casemanager, eventueel in overleg met de coördinerend casemanager, in het D&R plan geregistreerd.

Alleen het delen van de informatie met het personeel op de afdeling waar de gedetineerde verblijft is volgens het protocol nog niet goed uitgewerkt. Uit de interviews bleek dat de informatie over de mogelijke aanwezigheid van een LVB binnen de PI slechts mondjesmaat is gedeeld. Er bestond bij een enkele respondent de indruk dat er PIW'ers bij het PMO zaten, en dat die op die wijze een terugkoppeling zouden moeten hebben gekregen. De Front Office gaf aan dat de bedoeling was dat dit via casemanagers gedeeld werd met de afdeling van de gedetineerde. Verschillende respondenten benadrukten dat dit in ieder geval niet de verantwoordelijkheid is van de zorginstanties, die hier door de werkvloer echter wel over bevraagd werden.

Na de start van de pilot kwam naar voren dat moeilijkheden werden ervaren met betrekking tot het delen van informatie over gedetineerden tussen ketenpartners: welke informatie wordt met wie gedeeld en welke rol spelen gedetineerden hierin? In overleg met privacy coördinatoren en juristen is uiteindelijk besloten niets te communiceren zonder toestemming van gedetineerden zelf. De best haalbare methode leek om twee aparte verklaringen op te stellen; gedetineerden zetten dan hun handtekening zowel op moment van SCIL afname als op moment dat ze daadwerkelijk een zorgtraject krijgen toegewezen. Problemen ontstonden niet alleen rondom het delen van de informatie vanuit de PI (screening en nazorgoverleg) maar ook rondom het delen van informatie vanuit de reclassering: uiteindelijk werd besloten dat er geen informatie gedeeld werd als het dossier bij de reclassering statisch is, dat wil zeggen als er geen lopende opdracht voor de reclassering is met betrekking tot de betreffende gedetineerde. De reclasseringsorganisaties verschilden overigens onderling in hun standpunt hierover. Zo zou er in bepaalde situaties mogelijk wel een grondslag en argument voor deling kunnen zijn zonder actuele opdracht aan reclassering.

Het heeft wel geruime tijd geduurd eer men tot deze oplossingen gekomen is. Deze periode is door veel betrokkenen als erg vervelend ervaren: men heeft het gevoel dat dit veel tijd heeft gekost en dat de boel hierdoor stagneerde. Dit was echter een gevolg van de gekozen pilot opzet; de redenatie vanuit de opdrachtgevers was dat als zij hadden gewacht totdat de privacy-aspecten waren geregeld, de pilot waarschijnlijk nooit van start gegaan was. Ook landelijk is dit onderwerp nog niet opgelost. Er werd gesproken over verschillende belangen en verschillende werkelijkheden tussen beroepsgroepen, maar ook binnen beroepsgroepen bleken er verschillen van inzichten. Ook werd wel gezegd dat bij alle privacy issues men lijkt te verzanden in regels en het doel uit het oog verloren raakt. Ook over de huidige oplossingen is men verdeeld: sommige respondenten gaven aan van mening te zijn dat het privacy issue nu goed gedekt is, andere waren minder positief. De indruk bestaat wel dat onder de gedetineerden die toestemming hadden gegeven voor afname van de SCIL, weinig weigeringen waren van het delen van informatie omtrent de uitkomst ten behoeve van het zorgtraject. Het gevolg van de tweede instemming en handtekening was in deze zin beperkt.

## 4.8 Groeiende samenwerking tussen ketenpartners

Hoewel de algemene teneur in de interviews was dat alle ketenpartners enthousiast waren en eenzelfde doel voor ogen hadden, verliep de samenwerking niet vanaf het begin vlekkeloos. De samenwerking tussen de ketenpartners kon volgens verschillende geïnterviewden met name in het begin beter worden georganiseerd. Er was behoefte aan betere interne communicatie, duidelijkheid en helderheid over de doelstellingen van de pilot en over de rollen en belangen van de verschillende partners. Zowel vanuit de zorginstanties als vanuit de reclassering kwamen signalen dat de pilot hen veel meer tijd had gekost dan van tevoren was voorgespiegeld. Een van de zorginstanties ervoer in eerste instantie weerstand op de afdeling, omdat de screening het werk verstoortte en er nog veel uitleg nodig was om het doel van de pilot uit te leggen aan het personeel.

Gedurende de pilot werd de samenwerking als makkelijker ervaren. Belangrijk hierbij was volgens een respondent wel dat je vaste contactpersonen moet hebben, en niet steeds wisselende gezichten: je weet dan na verloop van tijd wie je binnen hebt. Een ander gaf aan dat het onhandig is als er steeds andere mensen bij het overleg zijn. Hoewel het vooral in praktische zin wel zoeken was, was op den duur voor sommige respondenten wel duidelijk wat je aan elkaar hebt, met name door het informele contact. Aangegeven werd dat het hiervoor wel veel uitmaakt of hulpverlening op de afdeling rondloopt. En: als je samenwerkt weet je elkaar sneller te vinden. Na verloop van tijd werd de communicatie door de korte lijntjes steeds gemakkelijker. Eén respondent omschreef de fijne samenwerking met de zorginstantie als een eye-opener. Het werd als fijn ervaren dat er iemand vanuit de zorg bij het nazorgoverleg zat, maar ook in meer algemene zin werd het belang van input van buiten met kennis van de LVB-problematiek benadrukt. Vanuit een van de zorginstanties werd gesteld dat het personeel op een prettige wijze meedacht, hetgeen het plannen van de screening makkelijker maakte.

## 5 Bevindingen met betrekking tot de kenmerken van gedetineerden met een LVB

### 5.1 Prevalentie van LVB in de PI's

Wanneer alleen wordt gekeken naar die gedetineerden waarbij de SCIL is afgenomen dan blijkt dat bij ongeveer 40% van de gescreende gedetineerden sprake van is van een vermoede LVB (tabel 9). Hierbij is het aantal gevonden gedetineerden in Krimpen relatief hoog, tegen de 50%.

Het grote aantal mensen waarbij niet gescreend is kan een vertekening in de prevalentiecijfers opleveren. Het niet beschikbaar zijn voor screening (door overplaatsing of in vrijheidsstelling) vertoont waarschijnlijk geen sterke samenhang met de prevalentie van LVB. Dit ligt anders met het weigeren van deelname: het is niet ondenkbaar dat mensen met een LVB meer weerstand hebben tegen tests en dus sneller geneigd zijn te weigeren. Wanneer gekeken wordt naar de totale populatie die benaderd is voor screening, dan springt de prevalentie van LVB in PI Krimpen aan de IJssel er minder uit (tabel 10). In dit overzicht zien we dat onzekerheid over de prevalentie door het aantal weigeringen groot is: de ondergrens van de prevalentie van het vermoeden van LVB (als geen van de weigeraars een LVB heeft) in de populatie benaderde gedetineerden ligt rond de 30%, de bovengrens (als alle weigeraars een LVB hebben) ligt net onder de 60%. Overigens zijn er verschillende factoren die de uitkomst van de SCIL kunnen beïnvloeden. Eerder werd al genoemd dat de stress van recente binnenkomst in de PI of onduidelijkheid over de rechtszaak kan leiden tot een relatief slechte prestatie op de SCIL. Ook waren er signalen dat de SCIL is afgenomen bij gedetineerden die de Nederlandse taal wellicht niet voldoende machtig waren. Dit kan leiden tot een overschatting van de prevalentie van LVB. Aan de andere kant vertelde een respondent dat gedetineerden de antwoorden soms al leken te weten door de tamtam: medegedetineerden hadden hen dan al over de SCIL verteld. Dergelijke zaken kunnen de uitkomst van de SCIL ten positieve beïnvloed hebben.

**Tabel 9: Vermoeden van LVB op basis van de SCIL onder gedetineerden waarbij SCIL werd afgenomen**

	PI			Totaal
	De Schie	Hoogvliet	Krimpen	
LVB	31	27	46	104
	39,2%	37,5%	46,9%	41,8%
Geen LVB	48	45	51	145
	60,8%	62,5%	53,1%	58,2%
Totaal	79	72	97	249

**Tabel 10: Vermoeden van LVB op basis van de SCIL onder gedetineerden benaderd voor screening**

	PI			Totaal
	De Schie	Hoogvliet	Krimpen	
LVB	31	27	46	104
	26,1%	29,0%	33,1%	29,6%
Geen LVB	48	45	52	145
	40,3%	48,4%	37,4%	41,3%
Weigering	40	21	41	102
	33,6%	22,6%	29,5%	29,1%
Totaal	119	93	139	351

**Tabel 11: Vermoeden van LVB op basis van de SCIL onder gedetineerden waarbij SCIL werd afgenomen in HvB/gevangenis**

		PI			Totaal
		De Schie	Hoogvliet	Krimpen	
<b>Gev.</b>	<b>LVB</b>	16	7	25	48
		31,4%	63,6%	56,8%	45,3%
	<b>Geen LVB</b>	35	4	19	58
		68,6%	36,4%	43,2%	54,7%
	<b>Totaal</b>	51	11	44	106
<b>HvB</b>	<b>LVB</b>	15	18	21	54
		55,6%	32,1%	40,4%	40,0%
	<b>Geen LVB</b>	12	38	31	81
		44,4%	67,9%	59,6%	60,0%
	<b>Totaal</b>	27	56	52	135

Tabel 11 laat zien dat de proporties vermoede LVB onder de gedetineerden waarbij de SCIL werd afgenomen elkaar in het huis van bewaring en de gevangenis niet veel ontlopen: in Hoogvliet en Krimpen wordt een beduidend hogere prevalentie van vermoede LVB in de gevangenis gevonden, in De Schie is dit juist andersom. Tabel 12 laat eenzelfde patroon zien. De pilot geeft dan ook geen eenduidig antwoord op de verhouding in de prevalentie van LVB in het huis van bewaring en de gevangenis.

## 5.2 Kenmerken van gedetineerden met een vermoede LVB

Er bleek maar weinig informatie over achtergrondkenmerken van de gescreende gedetineerden beschikbaar. Uiteindelijk bleek alleen leeftijd voor bijna alle gedetineerden bekend. Na afloop van de pilot is gezocht naar informatie over achtergrondkenmerken in het vPGA. Ook hierbij bleek dat veel van de gegevens waarnaar gezocht werd beschikbaar was over een klein aantal gedetineerden om aan de hand hiervan uitspraken te kunnen doen over de groep gedetineerden met een LVB. Alleen informatie over de vraag of de gedetineerde besproken is



**Tabel 12: Vermoeden van LVB op basis van de SCIL onder gedetineerden benaderd voor screening in HvB/gevangenis**

		PI			Totaal
		De Schie	Hoogvliet	Krimpen	
<b>Gev.</b>	<b>LVB</b>	16	7	25	48
		21,1%	41,2%	42,4%	31,6%
	<b>Geen LVB</b>	35	4	19	58
		46,1%	23,5%	32,2%	38,2%
	<b>Weigering</b>	25	6	15	46
		32,9%	35,3%	25,4%	30,3%
	<b>Totaal</b>	76	17	59	152
<b>HvB</b>	<b>LVB</b>	15	18	21	54
		36,6%	25,7%	26,9%	28,6%
	<b>Geen LVB</b>	12	38	31	81
		29,3%	54,3%	39,7%	42,9%
	<b>Weigering</b>	14	14	26	54
		34,1%	20,0%	33,3%	28,6%
	<b>Totaal</b>	41	70	78	189

binnen het overleg van het Veiligheidshuis bleek een bruikbare benadering van het soort criminaliteit waarbij de gedetineerde betrokken was.

Een vergelijking van leeftijd van gedetineerden met en zonder vermoeden van LVB laat zien dat de gemiddelde leeftijd van de gedetineerden waarbij een vermoeden van LVB is geconstateerd significant hoger is dan de leeftijd van de gedetineerden waarbij vermoed wordt dat zij normaal begaafd zijn. Beide groepen onderscheiden zich niet van de groep kandidaten die screening weigerden. Wanneer gekeken wordt naar het percentage mensen met een vermoeden van LVB in verschillende leeftijdsgroepen zien we dat er in de jongste groep (18-22 jaar) de minste gedetineerden met een LVB lijken te zijn; in deze leeftijdscategorie zijn echter ook de meeste weigeraars, dus het is de vraag of de verschillen tussen de leeftijdsgroepen in de prevalentie van LVB wel betekenisvol zijn (tabel 13).

Tabel 14 laat zien dat de groep gedetineerden met een op basis van de SCIL vermoede LVB zich wel onderscheidt wanneer gekeken wordt of zij bekend zijn in het registratiesysteem van het Veiligheidshuis Regio Rotterdam Rijnmond. De gedetineerden met een vermoede LVB zijn relatief vaak besproken in het veelplegersoverleg, maar relatief minder vaak in het huiselijk geweld overleg en bij zorg & triage (een overleg waar complexere casus met zwaardere feiten worden besproken). In algemene zin is het percentage dat bekend is bij het Veiligheidshuis – respectievelijk 61% en 59% - in beide groepen nagenoeg gelijk. Ook wanneer gekeken wordt naar het aantal gedetineerden met een HIT-status (de plegers van High Impact Crimes) blijkt dat deze relatief even vaak voorkomen onder gedetineerden met een vermoeden van LVB als onder normaal begaafde gedetineerden.

**Tabel 13: Gemiddelde leeftijd (op 1 juni 2016) van gedetineerden op de "brutolijst" en percentage gedetineerden met een LVB per leeftijdsgroep.**

	<b>LVB</b>	<b>Geen LVB</b>	<b>weigering</b>	<b>Total</b>
<i>Gem. leeft.</i>	36,3 jaar	32,5 jaar	33,9 jaar	34,0 jaar
	19-67	18-71	19-64	18-71
<i>18-22 jaar</i>	11	25	19	55
	20,0%	45,5%	34,5%	100,0%
<i>23-26 jaar</i>	18	29	15	62
	29,0%	46,8%	24,2%	100,0%
<i>27+ jaar</i>	76	96	62	234
	32,5%	41,0%	26,5%	100,0%
<i>Total</i>	105	150	96	351
	29,9%	42,7%	27,4%	100,0%

**Tabel 14: Aantal gedetineerden waarbij de SCIL is afgenomen die zijn besproken aan de ZSM-tafel als % van totaal aantal gedetineerden**

	<b>LVB</b>	<b>Geen LVB</b>	<b>Totaal</b>
<b>Veelplegers</b>	35	31	66
	33,7%	21,4%	26,5%
<b>Huiselijk geweld</b>	9	20	29
	8,7%	13,8%	11,6%
<b>Overvallers</b>	12	18	30
	11,5%	12,4%	12,0%
<b>Zorg &amp; Triage</b>	5	11	16
	4,8%	7,6%	6,4%
<b>Ernstige Psychiatrische Aandoening</b>	1	0	1
	1,0%	0,0%	0,4%
<b>Trajectberaad Jeugd (casuoverleg)</b>	0	2	2
	0,0%	1,4%	0,8%
<b>Veiligheidshuis Jeugd (ZSM-tafel)</b>	0	2	2
	0,0%	1,4%	0,8%
<b>Ja, onbekend</b>	1	0	1
	1,0%	0,0%	0,2%
<b>Niet bekend bij VHRR</b>	38	57	95
	36,5%	39,3%	38,2%
<b>Missing</b>	3	3	6
	2,9%	2,1%	2,4%
<b>Totaal</b>	104	145	249
	100,0%	100,0%	100,0%

## 6 Bevindingen met betrekking tot de impact van screening binnen de PI's

Hoewel de pilot primair gericht was op herkenning van LVB-problematiek met het oog op het inrichten van nazorgtrajecten, werd er ook gekeken naar de mogelijkheid dat de herkenning van de LVB-problematiek impact kon hebben op de manier waarop er tijdens detentie met gedetineerden met een LVB omgegaan werd. Om die reden is er ook gevraagd naar de mogelijke meerwaarde van screening voor het werk binnen de PI.

### 6.1 Verhouding prevalentie – ervaring

De meeste geïnterviewden waren niet verrast over het percentage gedetineerden waarbij een vermoeden van LVB geconstateerd werd. Vaak wisten zij al van de percentages gevonden in een eerdere pilot, die de in deze pilot gevonden percentages niet sterk ontlieden. Wel was er onder diegenen die percentages noemden met 50 of 60% sprake van een lichte overschatting van de prevalentie. Onder de respondenten in de tweede interviewronde bevonden zich geen PIW'ers. De evaluatie geeft geen beeld van hoe de gevonden prevalentiecijfers overeenkomen met de eerdere beeldvorming op de werkvloer. Wel werd door verschillende respondenten benadrukt dat de pilot verschillende individuele gedetineerden met een LVB voor het voetlicht heeft gebracht die anders over het hoofd waren gezien.

### 6.2 Meerwaarde screening binnen PI

De geïnterviewde betrokkenen is steeds gevraagd wat volgens hen de meerwaarde was van herkenning van een LVB binnen de PI. Opvallend was dat de antwoorden die werden gegeven vaak in algemene termen verwoord werden: de interviews gaven in die zin geen beeld van de daadwerkelijk gerealiseerde meerwaarde, maar meer van de door de respondenten verwachte of potentiële meerwaarde. De antwoorden gaven aan dat er meerwaarde werd verwacht op een groot aantal vlakken:

- **Herkenning:** Verschillende respondenten gaven aan dat de meerwaarde van screening op LVB erin zit dat individuele gedetineerden met een LVB die voorheen over het hoofd gezien werden nu worden herkend en dat gedetineerden die voorheen uiteindelijk ook wel herkend werden nu eerder worden gesignaleerd. Het signaleren van de individuele gedetineerde met een LVB is van belang om te weten bij wie je je moet aanpassen, en helpt in het maken van onderscheid tussen gedetineerden die het echt niet begrijpen en 'je lopen te dollen'.
- **Duiding:** Door herkenning van de LVB is het gemakkelijker om opvallend gedrag ergens aan toe te schrijven. Een respondent gaf aan dat niet alleen de uitslag van de SCIL, maar ook het proces van afname hierbij al veel zegt. Het kunnen duiden van gedrag kan volgens een respondent wellicht helpen bij het voorkomen van agressie, terwijl je volgens een andere respondent door herkenning van een LVB mogelijk ander contact krijgt met mensen die voorheen vooral lastig leken.

- Bejegening: Verschillende respondenten zien mogelijkheden voor een passender bejegening van gedetineerden met een LVB. Er wordt gesteld dat wat men nu doet vaak te hoog gegrepen is voor mensen met een LVB. Verbeteringen worden gezocht in een beter afgestemde communicatie, beter begrip van de gedetineerde, praktische hulp met bijvoorbeeld het invullen van formulieren of het schrijven van brieven of door het geven van herinneringen wanneer er iets van de gedetineerde verwacht wordt, betere ondersteuning bij het RIC, het alert zijn op verwarring door tegenstrijdige informatie van personeel en medegedetineerden, het opstellen van realistische plannen, het rekening houden met de LVB bij plaatsing van de gedetineerde, en passend contact met de psycholoog van het PMO.
- Gezien worden: Tenslotte is er één respondent die signaleerde dat gedetineerden door de pilot ook beter meewerken met andere dingen. De verklaring hiervoor ligt volgens deze respondent in het feit dat gedetineerden zich door de aandacht rondom de pilot meer gezien voelden.

Verschillende respondenten noemen dat er door de pilot wel iets op gang gebracht is bij (een deel van) de PIW'ers. De problematiek is meer gaan leven bij personeel. Een aanwijzing hiervoor wordt onder andere gezien in het feit dat er gedetineerden worden aangedragen voor het nazorgoverleg. Een respondent heeft het idee dat er bij het personeel nu op voorhand meer het besef is dat er een LVB zou kunnen spelen. Een ander zegt dat er niet meer laatdunkend over LVB-problematiek gesproken wordt. Weer een ander noemt dat door de pilot het besef is gegroeid dat je effectiever kan werken met LVB gedetineerde dan men tot dan toe deed.

Aan de andere kant zijn er verschillende respondenten die aangeven dat de meerwaarde van de pilot niet overschat moet worden. Niet iedereen vindt dat er voldoende aandacht besteed is aan de pilot: zij vinden dat het personeel onvoldoende op de hoogte is gesteld van en betrokken is bij de inhoud van de pilot. Aandacht voor het onderwerp leidt bovendien niet per se tot verandering. Zo wordt ook aangegeven dat er wel verschillen zijn tussen personeelsleden: zo zegt een respondent dat het de enthousiaste enkelingen zijn die de interesse voor het onderwerp warm houden en zegt een ander dat veel PIW'ers simpelweg anders in hun werk staan. Door sommigen wordt het dan ook vooral gezien als iets voor de casemanager. Een respondent stelde dat er weliswaar veel goodwill is bij het personeel, maar men tegelijkertijd het gevoel heeft dat er geen tijd is om daadwerkelijk rekening te houden met de LVB-problematiek van een gedetineerde. Dit wordt gezien bij zowel PIW'ers, als casemanagers en psychologen. Een andere respondent heeft het idee dat de meerwaarde beperkt wordt doordat het delen van informatie over een LVB met personeel niet goed verloopt. Dat het PMO kennis heeft over de aanwezigheid van een LVB is niet voldoende: zolang de gedetineerde geen problemen geeft op de afdeling is de kans dat er iets met deze kennis gebeurt klein. Volgens deze respondent zou informatie over de mogelijke aanwezigheid van een LVB dan ook in het dossier moeten worden vermeld.

Er zijn ook respondenten die de indruk hebben dat gedetineerden die opvallen toch wel de benodigde aandacht krijgen: één respondent gaf aan dat zij toch al wel werden aangedragen

bij het nazorgoverleg of besproken werden in het PMO. Een andere respondent stelde dat men ook nu al wel merkte "wie niet al te snugger is", en dat er door de structuur binnen de PI niet veel voor deze doelgroep nodig is. Deze respondent had ook de indruk dat de informatie die de SCIL verschaftte doorgaans toch al wel ergens bekend zou zijn, en dus toch wel boven water zou komen.

Tenslotte werd benoemd dat het effect op werkvloer misschien werd beperkt door de dreigende sluiting van Hoogvliet.

### **6.3 Kennis en vaardigheden**

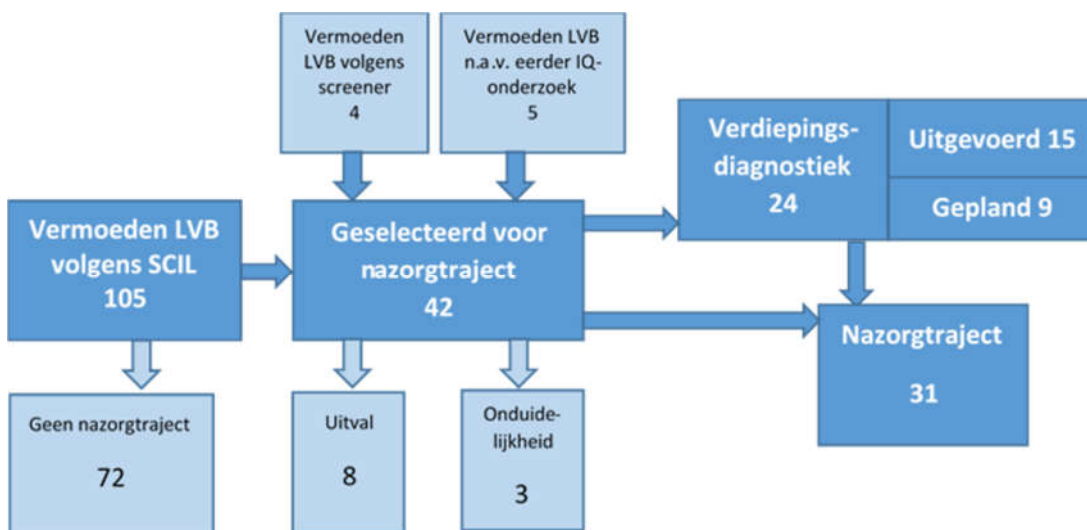
Hoewel wordt aangegeven dat het besef van de aanwezigheid van LVB-problematiek binnen de PI wel is gegroeid, hebben de meeste respondenten niet de indruk dat er voldoende kennis en vaardigheden zijn bij het personeel. Dit geldt niet in dezelfde mate voor alle functie-groepen: de kennis bij casemanagers en psychologen was ook voor de pilot al groter. Bij het personeel op de afdeling is de meerwaarde van herkenning van een LVB beperkt door een gebrek aan kennis. Eén respondent gaf specifiek aan dat meer kennis over LVB ook handvatten kon bieden voor een betere invulling van het mentorschap.

Over het algemeen wordt er aangegeven dat er meer aandacht voor opleiding nodig is. Zonder scholing wordt de nieuwe werkwijze gezien als een gemiste kans. Vooral bij de werkvloer verwacht men hiermee grote winst te kunnen behalen. De tot dus verre aangeboden training en informatie van de zorginstanties is wel als bruikbaar ervaren, maar is nog onvoldoende. Met name de betrokken zorginstellingen ervaren dat de trainingen weliswaar leiden tot enthousiasme, maar niet meteen tot effect. Men ziet als gevolg van de toegenomen kennis over LVB wel risico op over-detectie van LVB-problematiek door het personeel. Gedacht wordt aan de optie op elke afdeling een paar mensen verder te scholen die als ambassadeurs het thema op de kaart zouden kunnen houden. Eén respondent zou wel intervisiebijeenkomsten willen.

Het protocol geeft aan dat het nazorgoverleg zou kunnen komen tot bejegeningsadviezen voor de afdeling. Hierover werd in de interviews bijna niets gezegd. Het lijkt erop dat dergelijke adviezen in de praktijk niet zijn gegeven.

## 7 Bevindingen met betrekking tot het opzetten van zorgtrajecten

De pilot had een looptijd van zes maanden, van maart tot augustus 2016. Eind augustus waren niet alle zorgtrajecten opgezet. De pilot kende – mede als gevolg van onduidelijkheid over de privacy issues – een vertraagde start. Daarnaast kost het ook tijd een traject op te zetten. In een van de bijeenkomsten van een begeleidingsgroep werd benoemd dat het na afname van de SCIL 1 à 2 weken duurde voordat de gedetineerde werd besproken in het Nazorg(+)overleg. Daarna duurde het nog eens minimaal 4 tot 6 weken voordat er een verdieping plaatsvond. Aan het eind van de pilot werd geconcludeerd dat de looptijd van de pilot in de meeste geselecteerde casus te kort was om nazorg te kunnen realiseren. Sommigen hadden het gevoel dat het pas aan het eind van de pilot een beetje ging lopen, en dat het aantal trajecten die al echt vorm hadden gekregen te klein was om te concluderen of de gekozen werkwijze goed werkte. Toch is er op basis van datgene wat er wel gerealiseerd is wel wat te zeggen. In het volgende wordt de situatie beschreven op basis van gegevens verzameld medio oktober 2016. Niet duidelijk is wat er na die tijd nog gerealiseerd is en welke zaken alsnog zijn uitgevallen. Dit hoofdstuk geeft dus een moment opname van de situatie kort na het verlopen van de pilotperiode.



**Figuur 3: Stroomdiagram van het proces van toeleiding naar nazorg**

### 7.1 Bespreking in het nazorg(+)overleg

Naar aanleiding van bespreking in het nazorgoverleg is in 41 casus besloten een nazorgtraject op te zetten, 22 trajecten bij Middin en 19 trajecten bij Humanitas DMH. Aan de caseload van Middin is later nog één casus toegevoegd op verzoek van de gemeente. Dit brengt het totaal aantal casus waarvoor beoogd werd een nazorgtraject op te zetten op 42. Behalve naar Middin en Humanitas DMH zijn ook casus toegeleid naar andere zorgaanbieders en andere vormen

van zorg (klinische opnames, GGZ). Het exacte aantal van deze casus is onbekend.

#### Reden voor bespreking casus in nazorgoverleg

Gedetineerden waarbij op basis van de SCIL een vermoeden van LVB werd geconstateerd werden besproken in het Nazorg(+)overleg. Hierop waren uitzonderingen mogelijk. In de tussenevaluatie kwam naar voren dat er in sommige gevallen voor gekozen werd om een gedetineerde niet in te brengen in het nazorgoverleg, bijvoorbeeld als een gedetineerde een score haalde van 19 op de SCIL en daarnaast de Nederlandse taal niet goed machtig was of de indruk wekte dat hij drugs had gebruikt waardoor er geen vermoeden van LVB was. Tegelijkertijd kon besloten worden om op basis van eerdere kennis over een (vermoeden van functioneren op het niveau van een) LVB een gedetineerde met een hoge of ontbrekende SCIL-score toch mee te nemen in het nazorgoverleg.

Nadere inspectie van de casus waarbij besloten is om een nazorgtraject op te zetten laat zien dat in 32 gevallen inderdaad sprake was van vermoeden van LVB op basis van de SCIL (score 19 of lager). In 15 van deze 31 zaken bleek er bij een check hierop dat er gegevens over een vermoeden van LVB in de dossiers te vinden was. In negen gevallen werd het vermoeden op basis van de SCIL bevestigd met testresultaten; in drie gevallen werd er ook in het dossier gesproken van een vermoeden van LVB; in drie gevallen was er volgens het dossier sprake van normale begaafdheid.

In negen zaken werd door het nazorgoverleg besloten tot een nazorgtraject terwijl er geen sprake was van een vermoeden van LVB op basis van de SCIL. In vijf gevallen was er geen SCIL afgenomen. In twee van deze casus waren er eerdere IQ-gegevens bekend waaruit was gebleken dat er sprake was van een LVB. In de andere drie casus was de afname van de SCIL afgebroken (twee keer in verband met taalproblemen) maar had de screener wel een vermoeden van LVB-problematiek bij de gedetineerde. In vier gevallen was er wel een SCIL afgenomen maar was er sprake van een score boven de 19. In de oorspronkelijke opzet was vastgesteld dat gedetineerden besproken zouden worden in het nazorgtraject als er sprake was van een SCIL-score van 19 of lager (de cut-off score zoals vastgesteld in de handleiding van het instrument). Omdat één van de zorginstellingen gedurende de pilot aangaf dat er bij sommige gedetineerden met een hogere score ook sprake was van een hulpvraag hebben de instellingen de mogelijkheid gekregen ook kandidaten met een score lager dan 24 in te brengen in het nazorgoverleg. Deze beslissing werd mede onderbouwd met verwijzing naar een document van het Expertisenetwerk LVB Amsterdam (2015), waarin wordt geadviseerd dat een cliënt indien er een score tussen de 15 en 24 is verder bekeken dient te worden door een gedragsdeskundige. Het lijkt erop dat er in twee van deze vier casus afwijkende informatie over het IQ was, maar waaruit die informatie bestond is niet bekend. Bij een van deze casus was naar aanleiding van het casus overleg verdiepingsdiagnostiek uitgevoerd, bij twee casus stond deze nog gepland. De uitkomst van deze verdiepingsdiagnostiek was nog in geen van deze casus bekend.

#### Redenen voor wel of niet inzetten verdiepingsdiagnostiek en nazorgtraject

Een van de redenen om een casus niet te selecteren voor verdiepingsdiagnostiek of een nazorgtraject was een reeds lopend zorgtraject, inclusief een reclasseringstraject. Vaak bleek er bij bespreking in Nazorg(+)overleg al een traject te lopen en ook een IQ score bekend te

zijn. Als er bij de reclassering al een IQ bekend is vindt er geen verdiepingsdiagnostiek meer plaats. Soms komt er ook een pro-Justitia rapportage aan. Verdiepingsdiagnostiek door de zorginstelling is in dat geval onwenselijk. In een van de bijeenkomsten van een begeleidingsgroep werd benoemd dat er vaak pas na 6 tot 7 weken duidelijkheid was over een eventuele voorgenomen pro-Justitia rapportage. Gesteld werd toen dat het uitgangspunt zou moeten zijn dat verdiepingsdiagnostiek per definitie pas plaatsvindt na de veroordeling. Hoewel dit als uitgangspunt gehandhaafd bleef pakte dit in de praktijk vaak anders uit, bijvoorbeeld doordat gedetineerden onverwachts de PI mochten verlaten en de verdieping buiten de PI ingepland moest worden. Enkele respondenten wezen er op dat het belangrijk is om voorafgaand aan het nazorgoverleg uit te zoeken of er voor een gedetineerde al hulpverlening is geregeld, zodat geen dubbele trajecten worden opgestart. Uit een interview kwam een voorbeeld van een gedetineerde naar voren die erg laag scoorde op de SCIL, geschikt leek voor een nazorgtraject, maar toen al veel hulpverlening bleek te ontvangen. Een andere respondent gaf aan het frustrerend te vinden steeds teruggefloten te worden wanneer de reclassering pas later met info over bestaand traject kwam.

Niet iedereen vond een lopend zorg- of reclasseringstraject een goed selectie criterium. Zo beschreef een respondent als voorbeeld een traject met reclasseringstoezicht (enkelband) dat misliep door LVB-gerelateerd probleemgedrag. Een zorginstelling had hierin volgens deze respondent iets kunnen betekenen. Een andere respondent stelde dat reclasseringsjongens ook wat hadden gehad aan iemand bij de poort; er werd wel contact gelegd tussen de toezichthouder en de zorginstelling en vanuit nazorgoverleg ging soms wel een seintje naar de reclassering dat iemand vermoedelijk een LVB had zodat het toezicht sneller verdeeld kon worden, maar het reclasseringstoezicht voorziet niet in dergelijke ondersteuning bij ontslag. Een andere respondent vroeg zich af of het criterium 'geen lopend zorgtraject' wel terecht was: als er wel een zorgtraject is maar iemand zit voor de derde keer in detentie kun je je volgens deze respondent afvragen of de zorg passend is. Hier werd niet naar gekeken. Ook een andere respondent wees er op dat als er zorg is, dat nog niet wil zeggen dat die LVB specifiek is. Dit bleek tijdens de pilot ook wel ter sprake te zijn gebracht: een van de zorginstellingen gaf aan dat hoewel halverwege de pilot met de gemeente is afgesproken dat de zorginstelling ook naar gedetineerden zou kijken die al een zorgtraject hadden buiten de PI - met als doel om te kijken of dit zorgtraject daadwerkelijk actief is, of verdiepingsdiagnostiek wenselijk is en om na te vragen of het traject voldoet aan de LVB benadering - bleef het nazorgoverleg alleen trajecten toewijzen waarbij nog geen zorgtraject actief was.

#### Enkele kenmerken geselecteerde casus

In de interviews werd aangegeven dat bij selectie van casus voor een nazorgtraject onder andere werd gekeken naar hoe iemand functioneert op de verschillende leefgebieden, naar wat de zorgvragen zijn, naar hoeveel zorg nodig is, naar welke zorg er al liep, naar de verwachte ontslagdatum, naar of er al een vonnis bekend was en naar wat de betrokkenen vinden van de gedetineerde. Er zijn weinig harde gegevens bekend over hoe de casus waarbij gekozen is voor een nazorgtraject verschillen van de casus waarbij hier niet voor gekozen is. In tabellen 18 tot en met 20 zijn enkele overeenkomsten en verschillen te zien tussen casus die wel voor een nazorgtraject in aanmerking kwamen en casus die dat niet kwamen. Daarnaast is gekeken naar de gemiddelde leeftijd van beide groepen.



**Tabel 15: Gedetineerden geselecteerd voor nazorgtraject vergeleken met gedetineerden met LVB (o.b.v. SCIL) die niet zijn geselecteerd: bestemming.**

	Nazorgtraject (NZT)	LVB maar geen NZT	Totaal
<i>Gevangenis</i>	19	31	50
	46,3%	42,5%	43,9%
<i>Huis van Bewaring</i>	20	41	61
	48,8%	56,2%	53,5%
<i>Onbekend</i>	2	1	3
	4,9%	1,4%	2,6%
<i>Totaal</i>	41	73	114
	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabel 16: Gedetineerden geselecteerd voor nazorgtraject vergeleken met gedetineerden met LVB (o.b.v. SCIL) die niet zijn geselecteerd: besproken aan ZSM-tafel.**

	Nazorgtraject (NZT)	LVB maar geen NZT	Totaal
<b>Veelplegers</b>	11	26	37
	26,9%	35,6%	32,5%
<b>Huiselijk geweld</b>	4	6	10
	9,8%	8,2%	8,8%
<b>Overvallers</b>	2	10	12
	4,8%	13,7%	10,5%
<b>Zorg &amp; Triage</b>	3	3	6
	7,3%	4,1%	5,3%
<b>Ernstige Psych. Aandoening</b>	0	1	1
	0,0%	1,4%	0,9%
<b>Niet besproken/bekend</b>	20	23	43
	48,8%	31,5%	37,7%
<b>Missing</b>	1	3	4
	2,4%	4,1%	3,5%
<b>Totaal</b>	41	73	114
	100,0%	100,0%	100,0%

De beide groepen verschillen niet in leeftijd: de groep geselecteerd voor nazorgoverleg was gemiddeld 36,3 jaar oud, de andere groep 36,5 jaar. Ook is er nauwelijks verschil tussen de groepen in de verdeling van de gedetineerden over de gevangenis en het huis van bewaring (tabel 15). Gedetineerden geselecteerd voor een nazorgtraject zijn vaker niet bekend bij het Veiligheidshuis (49% versus 32%, tabel 16). Dit is niet verwonderlijk, omdat gedetineerden bekend bij het Veiligheidshuis wellicht vaker al een lopend zorgtraject zullen hebben. Toch is nog altijd ruim de helft van de geselecteerde gedetineerden bekend bij het Veiligheidshuis. Ten slotte is er van de geselecteerde respondent net zo vaak informatie over een mogelijke LVB in de dossiers gevonden als bij de niet-geselecteerde gedetineerden (ca 40%); ook de

verschillen in de inhoud van de gevonden informatie zijn klein.

**Tabel 17: Gedetineerden geselecteerd voor nazorgtraject vergeleken met gedetineerden met LVB (o.b.v. SCIL) die niet zijn geselecteerd: informatie over IQ uit dossiers.**

<i>Informatie in dossier:</i>	Nazorgtraject (Nzt)	LVB maar geen Nzt	Totaal
<i>geen LVB</i>	3	5	8
	7,3%	6,8%	7,0%
<i>vermoeden</i>	3	10	13
	7,3%	13,7%	11,4%
<i>LVB</i>	10	15	25
	24,4%	20,5%	21,9%
<i>onbekend</i>	25	43	68
	61,0%	58,9%	59,6%
<i>Totaal</i>	41	73	114
	100,0%	100,0%	100,0%

## 7.2 Verdiepingsdiagnostiek

In ten miste 13 van de geselecteerde 42 casus zal geen vervolgdagnostiek plaatsvinden. De redenen hiervoor zijn divers:

- In drie casus is al een (verouderd) IQ bekend;
- Twee keer is de GGZ-problematiek bovenliggend; een kandidaat wil bovendien niet;
- Een kandidaat is zorgmijgend en wil niet;
- Een kandidaat is na vrijlating meteen weer opgepakt en zit nu in een andere PI;
- Een kandidaat is niet te vinden, de NAW-gegevens klopten niet;
- In vier casus is de reden onbekend.

In een casus was er verwarring over eventuele bestaande begeleiding; deze casus is terug naar het zorgoverleg. In een andere casus is men nog in afwachting van informatie van de gemeente. In één geval moest de kandidaat nog beslissen of hij openstond voor vervolgdagnostiek en in één geval was geen informatie bekend over of er wel of niet vervolgdagnostiek voorgenomen was.

In de overige 24 gevallen was er wel vervolgdagnostiek gepland: in 10 casus was er vervolgdagnostiek gepland, maar moest nog uitgevoerd worden, in zes casus was de vervolgdagnostiek uitgevoerd maar de uitslag (nog) niet bekend, en in negen casus was de vervolgdagnostiek uitgevoerd en de uitslag bekend. In al deze gevallen waar het IQ door middel van vervolgdagnostiek was vastgesteld werd de LVB bevestigd. In bijna alle gevallen waarbij bekend is welke diagnostiek uitgevoerd of gepland is, is sprake van afname van de WAIS; slechts in één geval is de SON-R afgenomen.

## 7.3 Nazorgtraject

In zeven van de 42 casus was duidelijk dat geen nazorgtraject plaats zou gaan vinden. In al deze casus was ook geen verdiepingsdiagnostiek gepland. Ook de redenen voor het niet

plaatsvinden van een nazorgtraject waren divers:

- Drie kandidaten werden bestempeld als zorgmijddend en wilden niet;
- In een casus was de GGZ-problematiek bovenliggend en wilde de kandidaat bovendien geen hulp;
- Een kandidaat was na vrijlating weer opgepakt en zit nu in een andere PI;
- Twee kandidaten waren niet te vinden;
- Een kandidaat had al voldoende hulpverlening en was niet gemotiveerd;

In een aantal casus waren de verwachtingen niet hooggespannen. Een kandidaat werd als zorgmijddend werd gezien; pogingen contact te zoeken hadden nog geen resultaat opgeleverd. Deze kandidaat stond wel nog steeds op de lijst van de zorginstelling. Een andere kandidaat bleek voor justitie vooralsnog niet te traceren; het toezicht van de reclassering was om die reden ook nog niet opgepakt. De zorginstelling was nog wel voornemens te proberen hem te traceren, maar gaf ook aan dat het er op leek dat de kandidaat bij geen enkele instantie in beeld was. Tenslotte was er nog een kandidaat die nog wel op de lijst stond voor verdiepingsdiagnostiek met het oog op een WMO arrangement, maar waarvan men ook al aangaf dat de zorgmijddendheid wel een obstakel zou worden.

Een van de zorginstellingen geeft aan in dergelijke casus nog niet te willen spreken van afhaken. Wel geven ze aan te maken te hebben met een aantal zeer zorgmijdende cliënten. Binnen de gestelde uren blijven ze proberen contact te leggen met de cliënten met wie dat nog niet is gelukt. Zij merkten daarbij op dat het opvallend is dat zorgmijders vooral de cliënten zijn die onverwacht uit detentie zijn gegaan en die ze niet hebben kunnen ophalen aan de poort.

Een andere kandidaat was onverwacht vrijgekomen maar zat kort daarna weer vast en wordt weer opnieuw benaderd door de zorginstelling. Zoals reeds beschreven in de voorgaande paragraaf was er in een casus verwarring over eventuele bestaande begeleiding en was men in afwachting van een nieuw akkoord van het Nazorg(+)overleg, en was men in een andere casus nog in afwachting van informatie van de gemeente voor er verdere stappen gezet konden worden.

In 12 casus is helemaal niets bekend over de mogelijke inhoud van een nazorgtraject. In vijf casus is alleen bekend dat regie ligt bij forensische zorg, in een van deze casus wordt de regie na vrijlating van forensische zorg overgenomen door de gemeente. In nog eens drie casus is bekend dat het nazorgtraject nog moet worden besproken met cliënt.

In 9 gevallen is iets meer bekend:

- Een gedetineerde waarbij de psychiatrische problematiek voorliggend was, bleek wekelijks bezocht door de bij de pilot betrokken zorginstelling. Toen de gedetineerde eenmaal naar buiten mocht was GGZ-opname wenselijk en ging men samen met de reclassering op zoek naar een passende plek. De gedetineerde werd na vrijlating bij de PI opgehaald en naar de behandelsetting gebracht, waar hij werd bijgestaan bij de intake.
- Een kandidaat is toegeleid naar WMO. VV is gebeurd. In afwachting van de uitslag en het arrangement wordt de kandidaat begeleid door de zorginstelling.
- Een kandidaat komt op korte termijn vrij. Het traject wordt dan verder opgepakt, naar

verwachting met Reclasseringstoezicht. Voor die tijd wordt er contact gezocht met de casemanager om te kijken of er al zaken opgepakt kunnen worden en wat van belang is na detentie.

- Een kandidaat stond meteen al op straat. Er is een begeleidingstraject door de zorginstelling ingezet onder regie van 3RO/forensische zorg.
- Een kandidaat heeft kort praktische begeleiding door vrijwilligers van de zorginstelling gekregen. Vervolgens is er een begeleidingstraject door de zorginstelling opgezet via Forensische Zorg.
- Van een kandidaat is bekend dat er een Wlz was aangevraagd en afgewezen. Via de civiele route is vervolgens een zorgindicatie bij de WMO aangevraagd.
- Bij een kandidaat is gekozen voor een nazorgtraject bij de zorginstelling. Er is tijdelijk een WMO indicatie ter overbrugging, er is een Wlz aanvraag gedaan.
- Een kandidaat kwam vrij en is naar de maatschappelijke opvang gegaan. Hiertoe is bemiddeld door de zorginstelling, die ook de verdere begeleiding oppakt. WMO indicatie is toegewezen.
- Een kandidaat is na vrijlating opgehaald aan de poort. Vandaar is hij direct doorgegaan naar Centraal Onthaal. Er is een aanvraag voor vraagverheldering, en een OGGZ pas, een nieuw paspoort en een uitkering zijn aangevraagd. Hierbij is intensieve begeleiding gegeven. De zorginstelling heeft kennisgemaakt met de vriendin van de cliënt, waar hij tijdelijk verbleef. Vervolgens is de cliënt geïntroduceerd bij de nachtopvang. Ondertussen is steeds contact gehouden met de cliënt, waardoor de cliënt ook de begeleiding wist te bereiken. Nadat WMO is afgegeven wordt deze cliënt begeleid vanuit dit arrangement. Eigen huisvesting is door de zorginstelling inmiddels geregeld.

#### **7.4 De motivatie van gedetineerden**

Aan de gedetineerde is bij afname van de SCIL gevraagd of de gegevens mochten worden doorgegeven aan het nazorgoverleg. Er werd aangegeven dat weinig gedetineerden die instemden met afname van de SCIL het delen van de gegevens weigerden. Naast de selectie die hier al plaatsvindt is het niet ondenkbaar dat ook in het nazorgoverleg selectie plaatsvindt op motivatie van de gedetineerde. Motivatie wordt als voorwaarde gezien voor het inzetten van een hulptraject: een traject is immers vrijwillig. Volgens psychologen is de voorwaarde dat iemand een eigen hulpvraag kan formuleren.

Sommige respondenten zijn positief over de motivatie van de gedetineerden: Volgens een respondent zijn ze vaak wel welwillend als iemand hulp aanbiedt, een ander noemt ze 'opvallend gemotiveerd'. Anderen leggen er de nadruk op dat hier wel wat voor nodig is. Er wordt ook wel geconstateerd dat er bij sommige gedetineerden geen sprake is van probleem-besef. Er wordt in dit kader gesproken van verleiding, overredingskracht of sturing die nodig is. Sommige gedetineerden zijn niet meteen gemotiveerd, maar komen daar later op terug. Een respondent gaf aan dat als je het gesprek blijft aangaan het op een gegeven moment wel lukt iemand te motiveren, maar dat hiervoor soms de tijd ontbreekt.

Ondanks de selectie op diverse momenten en de positieve ervaringen van de respondenten blijkt er toch een aantal gedetineerden die geselecteerd zijn voor een nazorgtraject op een later moment uit te vallen door een gebrek aan motivatie voor hulp. Zij worden door de

zorgverleners vaak gezien als de ernstige zorgmijders. Bij één op de vier is dit nu al bekend. Gezien de algemene kenmerken van de LVB-doelgroep is het niet verbazingwekkend dat er uitval is. De pilot richtte zich bovendien expliciet op het realiseren van hulp voor die groep die nu nog geen hulp ontving. Aangezien nog veel trajecten nauwelijks waren opgestart en het vaak langdurige trajecten betreft ligt het in de lijn der verwachting dat er in de toekomst nog veel meer uitval plaatsvindt om deze reden.

## **7.5 Obstakels bij het inzetten van een nazorgtraject**

In de pilot moesten veel partijen samenwerken die dat normaliter niet (veel) doen. Hoewel de voordelen van deze samenwerking de overhand hadden gaven veel respondenten ook aan dat er nog meer kennis nodig is van elkaars belangen en werkwijzen. Gedurende de pilot ontstond er meer inzicht in elkaars grenzen, bijvoorbeeld op het gebied van informatiedeling en taakopvatting. Een respondent gaf aan dat doorgaans de bereidheid van ketenpartners om knelpunten in de samenwerking aan te pakken groot was. Een andere respondent gaf aan dat mensen elkaar op operationeel niveau uiteindelijk wel wisten te vinden, maar vervolgens aanliepen tegen regelgeving en praktische problemen.

Een van deze problemen was de beschikbaarheid van de benodigde mogelijkheden. Door herkenning van de problematiek kan in theorie een passend zorgtraject opgezet worden. Een respondent gaf aan te hopen dat screening daarbij niet alleen hielp door de signalering LVB bij individuele gedetineerden, maar ook door inzicht te geven in de aantallen bij het inkopen van de juiste hoeveelheid zorg. De bedoeling van de nazorgtrajecten - te zorgen dat de basisgebieden geregeld zijn - blijkt in de praktijk moeilijk door een tekort aan passende huisvesting en zorg. Zo zijn er te weinig plekken binnen beschermd wonen, of vindt de beschermde woonvorm de cliënt te zwaar. Voor gespecialiseerde plekken zijn er wachtlijsten. Sommigen hadden gehoopt dat er in het kader van de pilot huisvesting beschikbaar zou zijn. Nu moesten gedetineerden bij vrijlating soms naar de nachtopvang. Dit was onbevredigend: een respondent realiseerde zich dat de verwachtingen misschien te hoog waren, een ander had het gevoel dat je niet kon screenen op LVB, om dan vervolgens niet meer zorg beschikbaar te stellen.

Het idee leeft dat diverse procedures makkelijker zouden moeten worden gemaakt. De overdracht van de ene vorm van zorg naar de andere zou soepeler moeten: de begeleidingscomponent van een nazorgtraject vereist eerst een indicatiebesluit waardoor niet meteen begonnen kan worden - de gemeente wil bezien of deze indicatiestelling niet voor ontslag uit detentie geregeld kan worden. Een respondent geeft ook aan dat een aanvraag bewerkelijk is: je zou geen 12 pagina's moeten indienen voor een WMO aanvraag. Huisvesting is vaak niet meteen mogelijk onder meer omdat er voor een woning een inkomensgarantie nodig is. Ook de aanvraag van een uitkering en de WMO zou dus reeds in detentie voorbereid moeten worden. Hoewel er wel een beweging in die richting gezien werd, gebeurde dit in de praktijk nog niet altijd. Daarbij kwam het voor dat zonder interveniëren van een zorginstelling gedetineerden werden weggestuurd bij de opvang omdat ze geen ID hebben, terwijl ze die dan vaak nog niet hebben kunnen aanvragen. Daarbij werd overigens opgemerkt dat tijdens de pilot Centraal Onthaal bij die cliënten waar de zorginstellingen betrokken waren heel meegaand geweest is. Ook medicatie en zorgverzekering zouden reeds in detentie geregeld moeten

worden. Een respondent suggereert dat er een loket van de gemeente in de PI zou moeten zitten, omdat de casemanager nu steeds voor elke gedetineerde naar de gemeente toe moet, hetgeen veel tijd kost. Zorginstellingen ervaren dat het moeilijk is een collega de PI in te brengen. De gemeente werd door sommigen ervaren als een ambtenarenmolen, waarbij bij diverse diensten de kennis over de LVB-problematiek ook nog onvoldoende is.

Ook de financiën worden gezien als een obstakel. De verschillende financiële stromen sluiten niet goed op elkaar aan waardoor het soms niet mogelijk is om datgene te realiseren wat nodig wordt geacht. Zo zou het volgens respondenten wenselijk zijn als de reclassering al binnen de PI kennis zou kunnen maken met de gedetineerde, maar dit is binnen de huidige financiële kaders niet mogelijk. Ook de financiering van Ifzo wordt als te rigide ervaren.

Op diverse fronten wordt er een tekort aan tijd ervaren. Het wordt wel als zinvol gezien dat er meer gedetineerden met een LVB worden herkend, maar als je iets weet moet je er ook iets mee. Alle partijen gaven aan dat dit hen meer tijd kostte. Er is meer tijd nodig voor de individuele aandacht voor de gedetineerde met een LVB. Met name de tijdsdruk waaronder de casemanagers nu al opereren wordt als een obstakel gezien. Zij moeten prioriteiten stellen, en dan gaat aandacht voor gedetineerden met een LVB ten koste van andere dingen in hun werk die belangrijk zijn om het systeem te laten draaien, zoals bijvoorbeeld het tijdig afhebben van de D&R-plannen. Ook de psychologen ervaren dit spanningsveld. Screening levert veel extra werk op, en er zou volgens hen extra mankracht bij moeten om een flessenhals te voorkomen. Ten slotte ervaren de screeners dat de voor hen begrote tijd (20 uur) te weinig is om een traject op te zetten.

Ook timing is een issue. De casemanager schrijft een detentieplan op basis waarvan de selectie-functionaris de gedetineerde plaatst: de informatie van de zorginstantie over screening en een eventueel zorgtraject moet tijdig beschikbaar zijn voor verwerking in dit D&R plan, maar dat blijkt lastig. Eén casemanager gaf aan dat hij, doordat invoering van het Nazorg(+)overleg een en ander vertraagde, het gevoel had de grip op zaken kwijt te raken. Dit had soms ook te maken met een gebrekkige terugkoppeling van de resultaten van de werkzaamheden van de zorginstelling. Uit meerdere interviews komt ook naar voren dat men graag ook op casusniveau op de hoogte zou willen worden gehouden van het verloop van de pilot en terugkoppeling wil ontvangen over de gang van zaken, waaruit blijkt dat de beoogde wijze van communicatie niet goed van de grond kwam.

Lastig is ten slotte dat het leven van justitiabelen nogal onvoorspelbaar is. Veel mensen zijn ineens weg uit detentie, hetgeen het moeilijk maakt een zorgtraject tijdig te starten. De zorginstelling moet kandidaten die ineens vrij zijn vervolgens ook vaak gaan zoeken. Een goede relatie met de kandidaat kan dit overigens wel ondervangen: in de pilot doken drie kandidaten die ineens in vrijheid waren gesteld op bij Centraal Onthaal en vroegen daar naar de zorginstelling. Bij kandidaten die buiten de PI begeleiding krijgen spelen weer andere onvoorspelbaarheden die roet in het eten gooien zoals bijvoorbeeld een plotselinge aanhouding als gevolg van onbetaalde boetes. Daarnaast zijn gedetineerden met een LVB sterk beïnvloedbaar: als de omgeving verandert, verandert hun plan. Uit de interviews klinkt dan ook realisme door over wat er in de praktijk te realiseren is.

## 8 Conclusies en discussie

### 8.1 Conclusie

Het is bekend dat gedetineerden met een LVB oververtegenwoordigd zijn in detentie. Zij ervaren niet alleen meer problemen in detentie, maar staan ook op achterstand wanneer zij de PI verlaten. De noodzaak tot passende (na)zorg is sterk. In deze context werd in Rotterdam een pilot opgezet gericht op herkenning van mensen met een LVB in detentie en het organiseren van een ketensamenwerking die kon leiden tot passende zorg na detentie.

#### A. Het proces van screening op LVB

Tijdens deze pilot werd bij 255 gedetineerden een screeningsinstrument gericht op het signaleren van een LVB (de SCIL) afgenomen. Van de totale populatie die gedurende de pilotperiode binnen een van de deelnemende PI's was, waren ruim 650 gedetineerden potentiële kandidaat voor screening. Bij een kleine 180 kandidaten is geen SCIL afgenomen omdat zij de PI verlaten hadden voordat zij hiervoor benaderd konden worden. De ervaring was dat de meeste gedetineerden wel open stonden voor deelname aan de pilot. Een kleine 100 respondenten (ongeveer een kwart van de kandidaten die daadwerkelijk gevraagd werd medewerking te verlenen) weigerde participatie in de pilot. Dit is in lijn met ervaringen bij een eerdere pilot in 2013.

De screening werd uitgevoerd door medewerkers van twee zorginstellingen die gevraagd waren deel uit te maken van de pilot vanwege hun ervaring met de doelgroep. De gedetineerden werden op de hoogte gesteld van de pilot door middel van een flyer, en werden door PIW'ers gevraagd of ze bereid waren in gesprek te gaan met de medewerker van de zorginstelling. Deze medewerker legde de gedetineerde vervolgens de bedoeling van de pilot uit. De ervaring was dat de manier waarop de boodschap werd gebracht van groot belang was voor de medewerking. Het feit dat de medewerkers van de zorginstelling niet verbonden waren aan de PI werd door sommigen als een voordeel gezien, maar er bleken ook argumenten te zijn om de screening binnen de PI te beleggen.

Sommige gedetineerden werden kort na binnenkomst in de PI gescreend, anderen zaten al geruime tijd in detentie. Vanuit het oogpunt dat kennis over een mogelijke aanwezigheid van een LVB ook nuttig kan zijn voor de bejegening binnen de PI en het gegeven dat veel gedetineerden maar kort in de PI verblijven en dan vaak weer uit zicht zijn, lijkt het zinvol om zo snel mogelijk na binnenkomst te screenen op een LVB. Aan de andere kant zijn hier ook bezwaren tegen in te brengen, bijvoorbeeld dat mensen die net binnenkomen in een PI veel andere dingen aan hun hoofd hebben en dus mogelijk niet optimaal zullen presteren bij afname van de SCIL of niet zorgvuldig zullen afwegen of ze inderdaad wel willen meewerken. Binnen de pilot bleek er in ieder geval geen samenhang tussen de tijd dat iemand in de PI zat en het percentage weigeringen.

Uit een vergelijking van de uitkomsten van de SCIL met gegevens bekend bij de reclassering bleek dat wanneer alleen van reeds beschikbare informatie uitgegaan zou worden een groot deel van de gedetineerden met een vermoede LVB gemist zou worden: bij ruim 55% waren

geen gegevens omtrent de mogelijke aanwezigheid van een LVB bekend bij de reclassering. De screening heeft in dat opzicht dus de beoogde meerwaarde. Bovendien werd gevonden dat het opzoeken van gegevens bij de reclassering op privacy-problemen stuitte en bovendien zeer tijdrovend was: screening van de hele populatie lijkt dan ook het meest efficiënt en effectief. Bij 18% van de gedetineerden met een vermoede LVB waarbij wél gegevens bekend waren bij de reclassering, suggereerden deze gegevens dat er géén sprake was van een LVB. Dit percentage mogelijke 'vals positieven' komt overeen met de nauwkeurigheid die de SCIL volgens het onderliggende valideringsonderzoek heeft.

De samenwerking tussen de ketenpartners werd als constructief ervaren. Hoewel het zoeken was naar de juiste werkwijze ontstond er gedurende de pilot wel afstemming tussen de verschillende werkvelden. De meeste problemen bleken uiteindelijk te zitten rond het delen van informatie. Uiteindelijk werd een werkwijze ontwikkeld waarbij de gedetineerde toestemming werd gevraagd voor het delen van informatie over de uitkomst van de SCIL. Op deze wijze werd de privacy van de gedetineerde niet geschonden wanneer hij in het Nazorg(+)overleg werd besproken. Binnen het Nazorg(+)overleg waren alle relevante ketenpartners aanwezig, die de informatie waar relevant mee konden nemen naar hun organisatie.

#### B. De kenmerken van gedetineerden met een LVB

Onder de gedetineerden waarbij uiteindelijk de SCIL is afgenomen bleek bij ongeveer 40% sprake te zijn van een vermoeden van (het functioneren op het niveau van) een LVB. De verschillen hierin tussen de verschillende deelnemende locaties leken klein. Er was ook weinig verschil in prevalentie van LVB tussen het huis van bewaring en de gevangenis. Er bleken weinig kenmerken te zijn waarop de gedetineerden met een vermoede LVB vergeleken konden worden met normaal begaafde gedetineerden. Wanneer gekeken werd naar verschillende leeftijdsgroepen leek er iets vaker sprake te zijn van een LVB in de oudere leeftijdsgroep (27+). De jongste categorie (18-22) weigerde het vaakst om mee te doen aan de pilot. Het percentage gedetineerden dat bekend is bij het Veiligheidshuis is in beide groepen gelijk (60%). Er lijken wel wat verschillen tussen de LVB-groep en de normaal begaafde groep (LVB-groep bevat bijvoorbeeld iets meer mensen besproken in het veelplegersoverleg en iets minder in het huiselijk geweldoverleg) maar de verschillen lijken verder niet erg groot.

Hierboven werd reeds genoemd dat bij ruim 55% van de gedetineerden waarbij screening een vermoeden van LVB opleverde geen gegevens over LVB in het reclasseringsdossier stonden. Het ligt voor de hand dat dit percentage nog hoger ligt bij gedetineerden waar geen vermoeden van LVB gevonden werd, maar dit is niet gecheckt. Gegevens over bestaande zorgtrajecten leken ook onvolledig geregistreerd gedurende de pilot, zodat over het percentage casus waarin hiervan sprake was geen betrouwbare uitspraken te doen zijn.

#### C. De impact van screening binnen de PI:

De meeste betrokkenen hebben wel het idee dat screenen op LVB niet alleen meerwaarde kan hebben met het oog op het realiseren van passende (na)zorg buiten de PI, maar ook kan helpen in de omgang met de gedetineerde binnen de PI. Hiertoe zouden bejegeningadviezen kunnen worden gegeven aan de afdeling waar de gedetineerde met een vermoede LVB



verblijft. In de praktijk is er echter nog niet veel gerichte aandacht besteed aan dit aspect van de screening: informatie over de uitkomsten van de SCIL heeft de werkvloer niet tot nauwelijks bereikt, scholing op het gebied van LVB is beperkt gebleven tot een eenmalige training, en bejegeningadviezen lijken niet gegeven te zijn. Om de potentiële meerwaarde daadwerkelijk te realiseren is het nodig dat het personeel binnen de PI op de hoogte is van de uitslag van de SCIL en voldoende kennis en vaardigheden bezit om met de LVB om te gaan. Daarnaast heeft men het gevoel dat de werkdruk onvoldoende de mogelijkheid openlaat om die tijd aan de gedetineerde met een LVB te besteden die hij nodig heeft.

Niet alle betrokkenen zijn overtuigd van de potentiële meerwaarde: een deel van het personeel zal aandacht voor een LVB volgens hen niet als hun taak zien. Bovendien hebben sommigen de indruk dat ze ook zonder screening een LVB wel herkennen. Doordat de informatie over de mogelijke aanwezigheid van een LVB in deze pilot de werkvloer maar zeer beperkt heeft bereikt is niet te zeggen of deze voorspelling juist is.

Desalniettemin zeggen verschillende betrokkenen dat er door de pilot wel wat in gang gezet is: de problematiek is meer gaan leven waardoor ook de houding van verschillende medewerkers is veranderd. Meer training en aandacht voor bovenstaande punten zou ervoor kunnen zorgen dat deze ontwikkeling doorzet.

#### D. Het realiseren van toeleiding tot zorg

De looptijd van de pilot bleek eigenlijk te kort om goed te kunnen evalueren hoe goed men er in slaagde nazorgtrajecten op te zetten en wat deze uiteindelijk opleveren. Ook bleef, door beperkte verslaglegging van het Nazorg(+)overleg en onvolledigheden in de registratie, soms onduidelijk op welke gronden keuzes zijn gemaakt. Het voorspellen van de kans van slagen van een traject en het maken van een beslisboom die kan helpen bij keuzes omtrent zorgtoeleiding in de toekomst bleken derhalve een brug te ver. Toch zijn er een aantal conclusies te trekken op basis van de casus die geselecteerd werden voor een nazorgtraject.

In principe werden alle casus waarbij sprake was van een vermoeden van LVB op basis van de SCIL of anderszins besproken in het Nazorg(+)overleg. Reden om een casus vervolgens niet te selecteren voor verdiepingsdiagnostiek of een nazorgtraject was een reeds lopend zorgtraject, inclusief een reclasseringstraject. Over dit criterium bestond wel twijfel bij betrokkenen: dat er een traject is, wil niet zeggen dat dit ook aansluit op de LVB-problematiek.

Al met al zijn er 42 casus geselecteerd door het Nazorg(+)overleg. Bij circa driekwart was er sprake een vermoeden van LVB op basis van de SCIL; bij een kwart was dit niet zo. Soms was dit omdat er eerdere diagnostiek beschikbaar was die wees op een LVB, soms was de afname afgebroken of was er hogere score maar was er naar aanleiding van het contact met de gedetineerde toch twijfel bij de medewerker van de zorginstelling. De geselecteerde casus onderscheiden zich niet van de niet-geselecteerde casus in leeftijd, bestemming en aanwezigheid van informatie over LVB in het dossier. Wel zijn geselecteerde casus iets minder vaak bekend bij het veiligheidshuis, maar gezien het feit dat aanwezigheid van zorgtrajecten een selectiecriterium was is dat wel te verklaren.

In 24 van de 42 casus is vervolgdagnostiek uitgevoerd of gepland. Redenen om geen vervolgdagnostiek te plannen zijn divers, maar slechts in een klein aantal (3) was er reeds een IQ-score bekend. Vaker was de gedetineerde niet bereid mee te werken of niet beschikbaar. Vervolgdagnostiek bestond vrijwel altijd uit de WAIS. Ten tijde van de einddatum van de pilot was duidelijk dat bij ten minste 7 van de 42 casus die waren geselecteerd voor een nazorgtraject, uiteindelijk geen nazorgtraject zou plaatsvinden. Een belangrijke reden hiervoor was gebrek aan motivatie bij zorgmijdende cliënten. Het was duidelijk dat deze cliënten bij uitstek de doelgroep vormen waar de pilot zich op richt, en dat gedeeltelijke uitval dus onvermijdelijk is. Motivatie is weliswaar een voorwaarde voor het welslagen van een hulptraject, maar motivatie moet wel gecreëerd worden. Hiervoor is tijd nodig.

Hoewel de diverse betrokkenen de ervaring hebben dat er stappen in de goede richting zijn gezet, ervaren zij nog wel diverse obstakels. Een belangrijk obstakel is de beschikbaarheid van passende zorgvoorzieningen en huisvesting, evenals de aansluiting van de verschillende financiële stromen om deze te realiseren. Daarnaast blijken diverse procedures voor het regelen van voorzieningen te ingewikkeld, en komen voorgenomen plannen om sommige zaken al in de PI te regelen nog onvoldoende van de grond. Diverse betrokkenen ervaren de aandacht voor gedetineerden als een extra taak waarvoor zij niet altijd tijd hebben, terwijl de timing van voorgenomen activiteiten niet altijd goed aansluit op bestaande werkprocessen. Ten slotte noopt het onvoorspelbare leven van de doelgroep tot realisme over wat er te bereiken is: te hoge verwachtingen leiden mogelijk tot te weinig oog voor wat er wel gerealiseerd wordt.

## 8.2 Discussie

De pilot moest primair leiden tot het opdoen van ervaring met het opzetten van passende nazorgtrajecten voor gedetineerden met een LVB. Hiertoe werd ingezet op ketensamenwerking tussen DJI, 3RO, gemeente en zorgaanbieders. De pilot bood zo de mogelijkheid tot het opdoen van ervaring met enkele regionale zorgaanbieders gespecialiseerd op het gebied van verstandelijke beperkingen en met het beschikbare aanbod voor deze doelgroep. Om de doelgroep te herkennen werd een screeningsprotocol ontwikkeld en uitgevoerd. Bijkomend oogmerk was in om die context te komen tot een advies over het delen van screenings- en diagnostische gegevens binnen de zorg- en veiligheidsketen. Tenslotte had de pilot tot doel een bijdrage te leveren aan bewustwording en deskundigheidsbevordering bij de betrokken ketenpartners. Hieraan gelieerd was de verwachting dat herkenning van LVB-problematiek binnen de PI kon leiden tot inzicht in mogelijke manieren waarop er tijdens detentie met gedetineerden met een LVB wordt omgegaan.

De uitkomsten van de evaluatie wijzen uit dat er nog een heel traject te gaan is. Allereerst zou men kunnen stellen de pilot feitelijk te kort om de gestelde doelen te bereiken. Door de gekozen werkwijze ging er veel tijd zitten in het verkennen van de mogelijkheden tot samenwerking, met name op het gebied van privacy, voordat die daadwerkelijk van de grond kwam. Ondanks het feit dat het gemeenschappelijke doel vanaf het begin duidelijk was bleek - geheel in lijn met de bevindingen van de eerder aangehaalde studie van Roorda en Buysse (2016) - ook in deze pilot dat het veel tijd kostte om te komen tot samenwerking met nieuwe ketenpartners. Duidelijk werd dat het van groot belang was van te voren na te gaan of alle

betrokkenen aan boord zijn, en er geen relevante partijen buiten zicht zijn gebleven. Eens te meer bleek dat ketensamenwerking een wezenlijke inspanning vraagt van de betrokken partijen, en niet iets is wat 'er zomaar even bijgedaan kan worden': het belang van aandacht voor de haalbaarheid van voorgenomen handelen en de context waarin de verschillende betrokkenen opereren (andere pilots, andere prioriteiten, tijdsdruk) kan dan ook niet genoeg benadrukt worden. Ook verwachtingsmanagement bij de verschillende partijen over de mogelijkheden die de pilot bood bleek van belang: een reëel beeld van de mogelijkheden op voorhand kan teleurstellingen achteraf voorkomen. Financiële schotten bleken soms moeilijk te slechten, in lijn met bevindingen van de studie van Roorda en Buysse (2016), die suggereren dat verschillende financieringsstromen en onduidelijkheden over de verantwoordelijkheden van de verschillende indicerende partners belemmerend werken bij het realiseren van aansluitende nazorg. En het belang van duidelijke afspraken en helderheid over taken, rollen en bevoegdheden kwam meermaals naar voren, waarbij bleek dat het niet genoeg is om afspraken te maken, maar dat die meermaals onder de aandacht moeten worden gebracht om te zorgen dat het in de uitvoering verloopt zoals afgesproken. Tegelijkertijd bleek de periode van een half jaar voldoende om te komen tot een samenwerking waarvan de verschillende partijen het gevoel hadden dat "het werkt". De pilot leverde een glimp op van de mogelijkheden die de samenwerking biedt op het gebied van succesvolle nazorgtrajecten, maar om goed te kunnen zien wat deze samenwerking, wanneer deze eenmaal werkt, oplevert is echter meer tijd nodig.

Een groot deel van de beoogde doelgroep voor de screening werd bereikt. Dat laat onverlet dat een deel van de gedetineerden niet beschikbaar was voor afname van de SCIL vanwege kort verblijf door ontslag, overplaatsing of herplaatsing. In deze pilot werd gekozen voor screening door mensen van de betrokken zorginstellingen. Binnen een eerdere pilot (Kaal, 2013) waar werd gescreend door personeel van de PI, was het aandeel gedetineerden dat om deze reden niet beschikbaar was voor screening opvallend kleiner. Dit roept de vraag op of er winst te behalen is door de screening intern te beleggen. Interne screeners zijn bijvoorbeeld mogelijk flexibeler in het maken van afspraken met de gedetineerden, waardoor er in sommige gevallen sneller na binnenkomst gescreend kan worden. Het beleggen van de afname van de SCIL binnen de PI zou bijvoorbeeld kunnen door screening op LVB te koppelen aan de standaardprocedure van casemanagers. Een verder voordeel hiervan zou zijn dat de screening dan meteen in een bredere context kan worden gezien. Ook zouden zorginstellingen pas nodig zijn op het moment van nazorg. Een randvoorwaarde is dat zorgvuldige afname van de SCIL wel enige scholing en ervaring vereist van de afnemer. Een nadeel zou ook kunnen zijn dat er meer verzet ontstaat onder gedetineerden tegen het screeningsproces doordat de afnemer dan twee petten op heeft. Tijdens de pilot bleek deskundigheid op het gebied van LVB te helpen bij het overkomen van weerstand tegen screening juist bij die mensen die men met deze pilot zo graag zou willen bereiken, en bleek het voor het accepteren van zorg meerwaarde te hebben dat de gedetineerden al een keer in gesprek waren geweest met iemand van de zorginstelling. Tenslotte is de werkdruk mogelijk te hoog om het personeel op de werkvloer met deze taak te belasten. De argumenten voor en tegen afname door zorgmedewerkers van buiten de PI zullen dus goed afgewogen moeten worden.

De selectie van kandidaten voor nazorgtrajecten verdient nadere aandacht. Binnen de pilot werd de vraag opgeworpen of het wel voldoende was zich te richten op die gedetineerden

waarvoor nog geen zorgtraject liep of verwacht werd. Meer aandacht zou kunnen worden gegeven aan de mate waarin een dergelijk zorgtraject aansluit bij de LVB problematiek. Daar biedt de pilot onvoldoende zicht op. Vanwege het vrijwillige karakter van de nazorg wordt motivatie bij de gedetineerden als voorwaarde gezien voor het daadwerkelijk kunnen inzetten van de nazorgtrajecten. Hier valt om diverse redenen iets op af te dingen. De pilot laat zien dat het belangrijk is te werken aan motivatie van gedetineerden tijdens detentie, een bevinding die aansluit bij bevindingen uit de eerdere pilot (Kaal, 2013) en de studie van Roorda en Buysse (2016): motivatie is er niet zomaar. Uit de huidige pilot komt dan ook naar voren dat verleiding, overredingskracht of sturing nodig zijn. Belangrijk blijkt ook de mogelijkheid voor de gedetineerde om op een later moment op zijn beslissing terug te kunnen komen – de pilot wijst uit dat sommige gedetineerden aanvankelijk niet gemotiveerd zijn maar later toch van gedachten veranderen. Een aanmerkelijk deel van de (zorgmijdende) kandidaten bleek toch uit te vallen door gebrek aan motivatie voor hulp of door gebrek aan probleeminzicht. De volharding van de zorgmedewerkers die nodig is om deze kandidaten te bereiken en vast te houden kost veel tijd - tijd die zij niet altijd hebben. Er zal goed moeten worden bekeken wat het oplevert hen deze tijd te geven, temeer daar de verwachting is dat juist in het bereiken van de zorgmijders wel veel winst valt te behalen.

De impact van de pilot binnen de PI bleek nog beperkt. Kennis over een vermoeden van een LVB bereikte de werkvloer niet of nauwelijks, waardoor de mogelijkheden hier iets mee te doen, bijvoorbeeld op het gebied van bejegening of het aanbod van diensten, minimaal waren. Bejegeningadviezen lijken niet te zijn gegeven. De aandacht voor LVB is door de pilot met name onder casemanagers vergroot; de medewerkers ervoeren echter weinig tijd en ruimte hiermee aan de slag te gaan. In welke mate de pilot ook impact heeft gehad op de deskundigheidsbevordering binnen de gemeente en de 3RO is binnen deze evaluatie onderbelicht gebleven.

Ondanks de ervaren weerbarstigheid van de praktijk blijkt dat een aantal factoren benoembaar zijn waar het de verbetering van de inrichting van de zorgketen betreft. Gemeenschappelijk doelen, korte lijntjes, en duidelijke protocollen en afspraken bleken ervoor te zorgen dat de ketenpartners elkaar wisten te vinden. Door over de schutting van de eigen organisatie heen te kijken wist men komen tot creatieve oplossingen, soms ook buiten de pilot om. Dit resulteerde in de selectie van het vooraf afgesproken aantal kandidaten voor een nazorg(+)-traject, waarbij een aantal keer is gebleken dat deze aanpak tot bemoedigende resultaten leidde. Ook gaven de interviews blijk van een groeiend besef van het belang van aandacht voor passende nazorg voor de doelgroep. Gezien de positieve reacties van de verschillende betrokkenen die ten behoeve van deze pilot zijn bevraagd lijkt het zinvol het ingeslagen leerproces door te zetten.

## 9 Literatuur

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis/Anderson Publishing.
- Beer, Y. de (2011). *De Kleine Gids - Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.
- Expertisenetwerk LVB Amsterdam (2015), *Vroegsignalering van een licht verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 9 november 2016 via <http://lvbinamsterdam.nl/wp-content/uploads/2015/10/Advies-gebruik-SCIL.pdf>
- Kaal, H.L. (2010). *Beperkt en gevangen? De haalbaarheid van prevalentieonderzoek naar verstandelijke beperking in detentie* (Cahier 2010-11). Den Haag: WODC.
- Kaal, H.L. (2016) Notitie: Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein. 13 mei 2016. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Kaal, H., Nijman, H., & Moonen, X. (2015). *SCIL; Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking; Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Kaal, H.L., Negenman, A.M., Roeleveld, E., & Embregts, P.J.C.M. (2011). *De problematiek van gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking in het gevangeniswezen*. Tilburg: Prismaprint.
- Lindsay, W.R., Sturmey, P., en Taylor, J.L. (2004) Natural history and theories of offending in people with developmental disabilities, in W.R. Lindsay, J.L. Taylor en P. Sturmey (red.) *Offenders with developmental disabilities*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Moonen, X., & Versteegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk*, 4(1), 23-28.
- Moonen, X., Wit, M. de, & Hoogeveen, M. (2011). Mensen met een licht verstandelijke beperking in aanraking met politie en justitie. *PROCES*, 90(5), 235-250.
- Murphy, G.H. et al. (g.d.) *Offenders with intellectual disabilities in prison: what happens when they leave?* Tizard Centre / PSSRU, University of Kent. Unpublished paper.
- Roorda, W. & Buysse, W. (2016) *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen; Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing*. Amsterdam: DSP-groep.
- Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., & et al. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Snell, M. E., Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., & et al. (2009). Characteristics and Needs of People With Intellectual Disability Who Have Higher IQs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(3), 220-233. doi: 10.1352/1934-9556-47.3.220
- Staatssecretaris van VWS (2012) Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 oktober 2012 betreffende 'Jongeren met een lichte verstandelijke beperking', Kenmerk DLZ-U-3126469.
- Talbot, J. (2008). *Prisoners' voices: Experiences of the criminal justice system by prisoners with learning disabilities and difficulties*. London: Prison Reform Trust.
- Vermeulen, T., Jansen, M., & Feltzer, M. (2007) LVG: Een lichte verstandelijke handicap met zware gevolgen, een onderzoek naar de problematiek van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. *Onderzoek & Praktijk* 5(2), 4-15.
- Versteegen, D., & Moonen, X. (2010). Van Debilitas Mentis naar Licht Verstandelijke Beperking. *Onderzoek & Praktijk*, 8(2), 8-16.