

# Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

**Lisette Oliemeulen**  
**Patricia Vuijk**  
**Ben Rovers**  
**Regina van den Eijnden**



**In samenwerking met BTVO en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI)**

© WODC, Ministerie van Justitie, auteursrechten voorbehouden

Colofon

**Tekst en analyses:**

Lisette Oliemeulen, IVO

Patricia Vuijk, IVO

Regina van den Eijnden, IVO

**Literatuurstudie**

Sabine Stoltz, IVO

**Methode Matching Needs and services:**

Leonieke Boendermaker, NJi

Mariska van der Steege, NJi

Machteld van der Pijl, NJi

**Koppeling politieregistraties en analyses:**

Ben Rovers, BTVO

**Tekscorrectie**

Esther Beekman, IVO

## Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Abstract	9
1. Inleiding	13
<b>Deel 1 Literatuuronderzoek</b>	<b>18</b>
2. Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen: een literatuurstudie	19
2.1 Inleiding	20
2.2 Methoden	20
2.3 Resultaten	21
2.4 Prevalentie van problematisch alcohol- en druggebruik en problematisch gokken onder gedetineerden	32
2.5 Kenmerken van gedetineerden met problematisch middelengebruik en problematisch gokken	35
<b>Deel 2 Kwantitatief en kwalitatief onderzoek</b>	<b>40</b>
3. Methode van onderzoek	41
3.1 Selectie van de steekproef	42
3.2 Procedure	45
3.3 Meetinstrumenten mondelinge screening	49
3.4 Meetinstrumenten uitgebreide interviews	50
3.5 Methode Matching Needs and Services	53
3.6 Vergelijking van onderzoeksgroep en populatie	54
3.7 Vergelijking van probleemgebruikers/gokkers die wel en niet een uitgebreide interview hebben ontvangen	60
3.8 Statistische procedure	61
4. Resultaten screening en uitgebreide interviews	63
4.1 De onderzoeksgroep	64
4.2 Prevalentie van problematisch middelengebruik en problematisch gokken	66

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

4.2.1	Problematische gokkers	66
4.2.2	Problematische alcoholgebruikers	66
4.2.3	Problematisch cannabisgebruikers	69
4.2.4	Problematisch harddruggebruik	69
4.2.5	Samenvatting prevalentiecijfers middelengebruik	71
4.3	Middelen; aard en ernst van de problematiek	72
4.3.1	Problematische gokkers	72
4.3.2	Problematische alcoholgebruikers	72
4.3.3	Problematische druggebruikers	73
4.4	Middelengebruik en delinquentie	74
4.5	Kenmerken van problematische gebruikers	78
4.6	Verschillen tussen probleemgebruikers van één middel en meerdere middelen	84
5.	Resultaten zorgbehoeften gedetineerden	87
5.1	Subjectieve zorgbehoeften van gedetineerden	88
5.2	Zorgbehoeften volgens de Methode Matching Needs and Services	91
5.3	Vergelijking van subjectieve zorgbehoeften met zorgbehoeften vastgesteld door professionals	96
6.	Conclusies en discussie	102
	Referenties literatuurstudie	112
	Referenties kwantitatief en kwalitatief onderzoek	115
	<b>Bijlagen:</b>	
I	Criteria volgens de DSM-IV	119
II	Informatiebrief	120
III	Screening	122
IV	Omslagpunten screening	129
V	Inhoud uitgebreide interviews	131
VI	Overzicht experts MNS sorteerronde	133
VII	Overzicht leden begeleidingscommissie	134

## Samenvatting

In dit onderzoek naar de prevalentie, aard, en ernst van problematisch alcoholgebruik, druggebruik en problematisch gokken onder gedetineerden, en naar de hulpbehoeften van deze specifieke groep gedetineerden, zijn 637 gedetineerden (voornamelijk preventief gehechten) verblijvend in 8 Huizen van Bewaring (HvB's), mondeling gescreend op problematisch gebruik van alcohol en drugs en problematisch gokken. Daarnaast heeft een selectie van 161 problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers deelgenomen aan een uitgebreid gestructureerd interview. De gegevens uit de mondelinge screening en de uitgebreide interviews zijn gekoppeld aan delictgegevens uit bestaande registratiebestanden. Vervolgens zijn sorteerrondes met experts uitgevoerd, waarbij inzicht verkregen is in onderliggende profielen van zorgbehoeften. Hierbij is gebruik gemaakt van de methode Matching Needs and Services (MNS). Voorafgaande aan het onderzoek heeft een uitgebreide literatuurstudie plaatsgevonden.

### **Prevalentie, aard en ernst van problematisch alcoholgebruik, druggebruik en gokken**

In de literatuurstudie stond de vraag centraal: Wat is de prevalentie, aard, en ernst van problematisch alcoholgebruik, druggebruik en problematisch gokken onder gedetineerden? Uiteindelijk zijn 14 relevante Nederlandse studies gevonden, waarvan er zeven zijn uitgevoerd in reguliere detentiecentra. De studies laten zeer uiteenlopende prevalentiecijfers zien. In reguliere detentiecentra worden prevalentiecijfers gevonden variërend van 23 - 33% problematisch alcoholgebruikers en van 30 - 44% problematisch druggebruikers (harddruggebruik en/of cannabisgebruik). Over problematisch gokken is weinig bekend, maar onderzoek onder specifieke groepen suggereert dat 2 en 11% van de gedetineerden een probleemgokker is.

Net als in de literatuurstudie was de belangrijkste vraagstelling van de screening: Wat is de prevalentie, aard en ernst van problematisch alcoholgebruik, druggebruik en gokken? Uit de screening komt naar voren dat bij 60% van de gedetineerden in reguliere detentie sprake is van één of andere vorm van problematisch middelengebruik dan wel problematisch gokken. De prevalentiecijfers per probleemmiddel komen overeen met de resultaten die in de literatuurstudie. Bij 30% van de gedetineerden is sprake van problematisch alcoholgebruik, bij 38% van problematisch druggebruik (bestaande uit problematisch harddruggebruik en/ of een hoog risico op problematisch cannabisgebruik), en bij 6% van problematisch gokken. Van de

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

gedetineerden heeft 24% een probleem met het gebruik van harddrugs, waarbij het gebruik van cocaïne (19%), sedativa (15%) en opiaten (12%) het meest voorkomt.

Van de problematische middelengebruikers en gokkers ervaart 47% een probleem met één middel, 27% een probleem met twee middelen en 26% een probleem met drie of meer middelen (waaronder ook gokken). De probleemgebruikers die met twee middelen problemen ervaren, hebben overwegend problemen met de combinatie cannabis en harddrugs, cannabis en alcohol of alcohol en harddrugs. Van de gedetineerden die problemen ervaren met drie middelen heeft de meerderheid een probleem met de combinatie harddrugs, cannabis en alcohol. Bij gedetineerden die problemen ervaren met meerdere middelen is in sterkere mate sprake van afhankelijkheid, misbruik, en verlangen naar de individuele middelen, dan bij gedetineerden die problemen ervaren met één middel.

### **Kenmerken van problematisch alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers**

Uit dit onderzoek komt naar voren dat probleemgebruikers van stimulantia en cannabis in verhouding vaker van het mannelijke geslacht zijn, terwijl probleemgebruikers van opiaten, cocaïne en sedativa relatief vaker van het vrouwelijke geslacht zijn. Zowel problematisch alcoholgebruik als harddruggebruik komt betrekkelijk vaak voor in de leeftijdscategorie 25-44 jaar. Problematisch cannabisgebruik komt naar verhouding vaker voor onder 18-24 jarigen.

### **Psychische en lichamelijke co-morbiditeit**

Bij een meerderheid van de problematische middelengebruikers en gokkers lijkt sprake te zijn van de één of andere vorm van psychische of lichamelijke problematiek. Bij driekwart van de probleemgebruikers en gokkers wordt een indicatie voor een persoonlijkheidsproblematiek gevonden, bij meer dan de helft een indicatie voor een (mogelijke of waarschijnlijke) angststoornis, bij ongeveer éénderde een indicatie voor een (mogelijke of waarschijnlijke) depressieve stoornis, en bij ongeveer 40% een indicatie voor de aanwezigheid van psychotische klachten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat niet helemaal duidelijk is hoe betrouwbaar deze cijfers zijn. In het onderzoek zijn uitsluitend screeninginstrumenten gebruikt, waarmee geen diagnoses gesteld kunnen worden. Bovendien zijn niet alle instrumenten gevalideerd binnen de doelgroep van gedetineerden. Bij ongeveer 40% van de problematische gebruikers en gokkers is sprake van slecht lichamelijk functioneren

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Een indicatie voor een persoonlijkheidsstoornis lijkt naar verhouding vaker voor te komen bij problematische gebruikers van XTC of stimulantia. Problematische XTC-gebruikers hebben ook de meeste angstklachten en psychotische klachten (de groep XTC-gebruikers is echter te klein om hier duidelijke conclusies aan te verbinden). Bij problematische gokkers wordt ook betrekkelijk vaak een indicatie voor psychiatrische problematiek gevonden (psychotische klachten, depressieve stoornis en angststoornis). Een indicatie voor een angststoornis komt ook vaker voor bij problematische sedativagebruikers. Probleemgebruikers van drie of meer middelen blijken meer psychotische klachten te ervaren dan probleemgebruikers van één of twee middelen.

### **Delictkenmerken**

De langste criminele carrière en het hoogste aantal geregistreerde delicten wordt gevonden bij problematische harddruggebruikers, met name probleemgebruikers van opiaten, cocaïne en sedativa. De ernst van de geregistreerde delicten is onder deze harddruggebruikers echter niet het hoogste. Bij problematische alcoholgebruikers lijken de meest ernstige delicten zoals moord en doodslag en diefstal met geweld vaker voor te komen. Het aantal geregistreerde delicten is groter voor de probleemgebruikers van meerdere middelen.

### **Zorgbehoeften**

Uit de sorteerrondes van experts zijn acht categorieën van hulpbehoeften naar voren gekomen. Experts zijn van mening dat de volgende vormen van hulp van belang zijn voor problematisch gebruikende en/of gokkende gedetineerden (op volgorde van belang): (1) hulp bij stoppen of reguleren van middelengebruik of gokken, (2) hulp bij het vinden van betaald werk, een opleiding of een dagbesteding, (3) hulp bij het stoppen van illegale activiteiten, agressief gedrag en het nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen handelen, (4) psychiatrische diagnostiek en behandeling, en (5) hulp bij basale belemmeringen op het gebied van wonen.

Problematische gebruikers en gokkers zelf lijken met name behoefte te hebben aan hulp en begeleiding bij het oplossen van basale beperkingen in hun dagelijkse leven (b.v. woonruimte, gezondheid) en begeleiding bij het oplossen van relationele beperkingen.

De resultaten suggereren enkele verschillen tussen de ervaren hulpbehoeften van problematische gebruikers en de waargenomen hulpbehoeften volgens experts. Experts geven voor alle categorieën aan dat ‘hulp bij stoppen of reguleren van middelengebruik of gokken’

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

zeer belangrijk is. Omdat deze zorgbehoefte niet expliciet bevraagd is bij gedetineerden, kunnen geen uitspraken gedaan worden over de mogelijke discrepantie tussen het oordeel van experts en probleemgebruikers/ gokkers zelf. De belangrijkste hulpbehoefte van gedetineerden ligt op het vlak van basale beperkingen (wonen en gezondheid) en relationele beperkingen. Deze zorgbehoefte wordt echter nauwelijks door experts onderkend. Experts daarentegen leggen de nadruk op hulp bij het vinden van werk, opleiding of een dagbesteding. Deze hulpbehoefte lijkt voor problematische gebruikers en gokkers echter nauwelijks aan de orde te zijn. Andere hulpbehoeften die wel door experts maar niet door problematische gebruikers en gokkers onderkend worden zijn: hulp bij het stoppen van illegale activiteiten en het zoeken van legale werkzaamheden, het leren controleren van agressief gedrag, het nemen van verantwoordelijkheid van het eigen handelen, en psychiatrische diagnostiek en behandeling. Deze bevindingen hebben implicaties voor de implementatie van een zorgaanbod voor problematische gebruikers van alcohol, drugs en problematische gokkers in het gevangeniswezen.



## Abstract

The aim of this study was to gain information on the prevalence, the nature, and the severity of problematic alcohol and drug use and problematic gambling among prisoners, as well as gaining insight into the needs of this particular group of prisoners. This information was collected by a short (15 minutes) face-to-face screening on problematic use of alcohol and drugs and problematic gambling, conducted among 637 prisoners of eight detention centers. In addition, a selection of 161 problematic users and gamblers also received a one hour face-to-face interview. The data from the screening and the extensive interviews were matched with data on delinquency from already existing registration systems. Furthermore, during a two day meeting, data from the extensive interviews were sorted by experts on basis of perceived helping needs (method Matching Needs and Services). Prior to this empirical study, an extensive literature study was conducted.

### **Prevalence, nature, and severity of problematic alcohol and drug use and problematic gambling**

The aim of the literature study was to gain more insight into the prevalence, nature, and severity of problematic alcohol use, drug use and problematic gambling. A total of 14 Dutch studies were found on this topic, of which 7 studies contained information about regular detention centers. The findings of these studies show a high range of prevalence figures. In regular detention centers, the prevalence of problematic alcohol use ranges from 23 - 33%, and the prevalence of problematic drug use ranges from 30 - 44% (use of hard drugs and/ or cannabis). Little is known about problematic gambling, but studies among particular groups of prisoners suggest that these prevalence rates ranges between 2 en 11%.

The main aim of the screening was to gain more detailed information on the prevalence, nature, and severity of problematic alcohol use, drug use and problematic gambling. The results of the screening implicate that about 60% of the prisoners experience problems with alcohol use, drug use or gambling. Data on the prevalence of particular substances coincide with the data from the literature. Problematic alcohol use was detected among 30% of the prisoners, and problematic drug use (which was defined as problematic use of hard drugs and/ or a high risk of problematic cannabis use) among 38% of the prisoners. Problematic use of hard drugs (excluding cannabis) was detected among 24% of the prisoners, with a relative high prevalence of problematic use of cocaine (19%), sedatives (15%) and opiates (12%). Problematic gambling was found among 6% of the prisoners.

Of the problematic substance users and gamblers among prisoners (60%), more than half (53%) experienced problems with more than one substance, i.e., 27% has a problem with two substances, - mainly a combination of hard drugs and cannabis, alcohol and cannabis, and alcohol and hard drugs -, and 26% has a problem with three or more substances, - mainly a combination of hard drugs, cannabis and alcohol. Prisoners who had a problem with more than one substance (including gambling), generally experienced more severe symptoms of substance dependence, substance misuse and craving.

#### **Characteristics of problematic alcohol users, drug users and problematic gamblers**

Some demographic differences were found between groups of problematic substance users and gamblers. Problematic users of stimulants and cannabis more often were male, whereas problematic users of opiates, cocaine and sedatives more often were female. Both problematic use of alcohol and problematic use of hard drugs was most prevalent among the age group of 25-44 years. Problematic cannabis use, however, was most prevalent among the age group of 18-24 years.

#### **Psychological and physical co-morbidity**

The majority of the problematic substance users and gamblers showed signs of psychological and physical problems. Among three out of four problematic substance users and gamblers, an indication was found for the existence of a personality disorder, among more than half an indication for the (possible or probable) existence of an anxiety disorder, and among one out of three an indication for the (possible or probable) existence of a depression. Moreover, 40% of the problematic substance users and gamblers showed signs of psychotic symptoms. It should be noted, however, that the reliability of these data is somewhat unclear, because screening instruments were used which do not provide diagnostic information, and because most instruments were not validated in a sample of prisoners. About 40% of the problematic substance users and gamblers is having physical health problems.

Furthermore, the results show that an indication of a personality disorder was most prevalent among problematic users of XTC and stimulants. Problematic XTC users also experienced anxiety symptoms (de number of problematic XTC users, however, was too small to draw conclusions). In addition, problematic gamblers showed relatively bad psychological health (they scored relatively high on psychotic symptoms, depression and anxiety), as well as

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

problematic users of sedatives (who scored high on anxiety). Prisoners who experienced problems with more than one substance (including gambling) had more psychotic symptoms than those who had problems with one substance only.

### **Delinquency**

The longest criminal carrier and the highest number of registered criminal offences was found for problem users of hard drugs, particularly problem users of opiates, cocaine and sedatives. The severity of registered criminal offences, however, was not the highest for problematic hard drug users, but for problematic alcohol users. The prevalence of severe criminal offences, such as murder and theft with physical violence, was more prevalent among problematic drinkers. The number of registered criminal offences was higher among problematic users of more substances than for problematic users of one substance (including gambling).

### **Helping needs**

During the two day expert meeting, eight categories of helping needs were distinguished for problematic substance using and gambling prisoners. Overall, experts came up with the following needs (in order of relevance): (1) assistance to help quit or regulate the problematic substance use or gambling habits, (2) assistance with finding a regular job, education or daily activity, (3) assistance to help quit illegal activities, aggressive behaviour, and to take personal responsibility for one's behaviour, (4) psychiatric diagnostics and treatment, and (5) assistance to overcome restraints in the area of housing.

The most important helping needs mentioned by problematic alcohol users, drug users and gamblers are: (1) assistance to overcome restraints in the area of housing and personal health, and (2) assistance with solving relational problems and limitations.

The present results suggest that there are some differences between the needs mentioned by experts and the needs mentioned by problem users and gamblers. Experts suggest that all categories of problematic users and gamblers are in need of assistance to quit or regulate their problematic substance use or gambling habit. Because this particular need was not assessed among respondents to the extensive interview, no conclusions can be drawn on the discrepancy between experts and problematic users and gamblers. However, there is some discrepancy with regard to the need of assistance to overcome restraints in the area of housing. Whereas this need is regarded to be most important by the target group, experts regard this

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

need to be subordinate to other needs. Experts, on the other hand, emphasize the importance of assistance with finding a regular job, education or daily activity, assistance to help quit illegal activities, aggressive behavior, and to take personal responsibility, and psychiatric diagnostics and treatment. These needs, however, are not subscribed by the target group. The present findings do have implications for the implementation of care and treatment interventions for problematic substance users and gamblers in detention centers.

## **Hoofdstuk 1**

### **Inleiding**

## Hoofdstuk 1 Inleiding

Dit rapport is een verslag van een onderzoek naar de prevalentie van problematisch alcohol- en druggebruik en problematisch gokken onder gedetineerden, naar hun demografische, psychische en criminogene kenmerken, en naar de zorgbehoeften van deze groep.

Het Ministerie van Justitie is medio 2002 gestart met het beleidsprogramma Terugdringen Recidive (TR), met als doel het verminderen van recidive bij volwassenen na detentie. Een belangrijke doelgroep voor vermindering van recidive bij (ex-)gedetineerden bestaat uit de zogenaamde veelplegers, dat zijn justitiabelen die in hoog tempo nieuwe delicten plegen. Recent onderzoek van Wartna en Tollenaar (2006) naar deze groep toont aan dat 70% van de zeer actieve veelplegers drugsverslaafd is. Met name bij de groep problematische harddruggebruikers is het van groot belang om meer grip te krijgen op de herhaling van delicten, maar ook problematisch alcoholgebruik en gokgedrag hangen samen met criminaliteit (Beker, Maas-de Waal, Boelhouwer, Hoff, 1997; Bieleman, Maarsingh, & Meijer, 1998; de Haan & de Bie, 1999). Vanwege de beperkte overlast door nicotinegebruikers (rokers), de maatschappelijke acceptatie van dit probleemgebruik en het beperkte aantal delicten dat in verband staat met roken, is deze groep in deze studie buiten beschouwing gelaten.

Succesvolle interventies op het terrein van middelenproblematiek en criminaliteit bij deze categorieën (ex)gedetineerden zullen naar verwachting leiden tot vermindering van de criminaliteit. Om succesvolle interventies te kunnen ontwikkelen heeft het Ministerie van Justitie behoefte aan (1) kennis over de prevalentie van problematisch alcohol- en druggebruik en problematisch gokken onder gedetineerden, en (2) kennis over demografische, psychische en criminogene kenmerken van problematische gebruikers van alcohol en drugs en problematische gokkers in het gevangeniswezen. Met deze kennis wordt helderheid verkregen over de omvang, aard, en ernst van de problematiek van deze gedetineerden.

Reïntegratie van justitiabelen wordt gezien als een belangrijk middel om te komen tot recidivevermindering. Om interventies te kunnen ontwikkelen teneinde recidive terug te kunnen dringen, is naast kennis over de problematiek van bedoelde populatie ook inzicht nodig in de *zorgbehoeften* van deze groep gedetineerden. Per 1 januari 2007 heeft de minister van Justitie de verantwoordelijkheid gekregen voor de inkoop, de indicatiestelling en de

toewijzing van forensisch psychiatrische zorg in een justitieel kader. Daarom heeft het Ministerie van Justitie ook behoefte aan (3) kennis over de zorgbehoefte van problematische gebruikers en gokkers in detentie. Het gaat hierbij dan zowel om de subjectieve zorgbehoefte, als om de zorgbehoefte zoals deze door experts wordt beoordeeld.

## **Onderzoek**

Het onderzoek waarover hier verslag wordt gedaan, heeft tot doel inzicht te geven in bovenstaande zaken. Hiertoe zijn 637 gedetineerden in 8 Nederlandse Huizen van Bewaring (HvB's) gescreend op aanwezigheid van problematisch middelengebruik en/of problematisch gokken. Daarnaast hebben 161 probleemgebruikers of problematische gokkers deelgenomen aan een uitgebreid interview. Voorafgaand aan dit empirische onderzoek werd een literatuurstudie verricht.

Samenvattend, bevat dit onderzoek de volgende onderdelen:

- Een literatuuronderzoek naar de prevalentie, aard, en ernst van problematisch alcohol- en druggebruik en problematisch gokken onder gedetineerden, en naar overige kenmerken van deze groepen;
- Een mondelinge screening op problematisch alcohol- en druggebruik en problematisch gokken van instromers van 8 HvB's;
- Onderzoek naar de representativiteit van de onderzoeksgroep;
- Uitgebreide gestructureerde mondelinge interviews onder een selectie van de probleemgebruikers en problematische gokkers die uit de screening naar voren kwamen;
- Het opzoeken en koppelen van delictgegevens uit bestaande registratiebestanden;
- Het uitvoeren van sorteerrondes met experts waarbij via de methode Matching Needs and Services (MNS) inzicht verkregen is in onderliggende profielen van zorgbehoeften.

## **Onderzoeksvragen**

I De centrale onderzoeksvraag met betrekking tot de *literatuurstudie* luidt:

1. Wat is volgens de recente nationale en internationale literatuur de prevalentie, aard, en ernst van problematisch alcohol- en druggebruik en problematisch gokken onder gedetineerden, en wat zijn kenmerken van deze groepen?

II De centrale onderzoeksvragen met betrekking tot de *screening* luiden:

- 1a. Wat is de prevalentie van problematisch alcoholgebruik, druggebruik en problematisch gokken onder ruim 600 Nederlandse gedetineerden afkomstig uit 8 HVB's? Wat zijn de belangrijkste demografische kenmerken van deze groepen problematische middelengebruikers en problematische gokkers?
- 1b. Wat is de aard en ernst van dit problematische alcoholgebruik, druggebruik en problematische gokken onder deze gedetineerden?
- 1c. Wat is de delictgeschiedenis van deze problematische middelengebruikers en problematische gokkers? In hoeverre zijn er verschillen tussen problematische drinkers, druggebruikers en problematische gokkers?

III De centrale onderzoeksvragen met betrekking tot de *uitgebreide interviews* luiden:

1. Wat zijn de kenmerken van gedetineerden die problemen ervaren met alcoholgebruik, druggebruik of gokken (demografische kenmerken, psychische en lichamelijke klachten, verslavingsproblematiek, levensomstandigheden en delictgeschiedenis)?
2. Zijn er verschillen tussen de verschillende groepen problematische gebruikers en problematische gokkers met betrekking tot bovenstaande kenmerken?
3. Zijn er verschillen tussen problematische gebruikers van één middel of van meer middelen op bovenstaande kenmerken, psychische en lichamelijke klachten, de mate van verslavingsproblematiek en delictgeschiedenis?
4. Wat is de (subjectieve) zorgbehoefte van gedetineerden die problemen ervaren met alcoholgebruik, druggebruik en gokken?

IV De centrale onderzoeksvragen voor de sorteerrondes met experts zijn:

1. Wat is de zorgbehoefte van deze groep gedetineerden volgens experts, en is het mogelijk om op basis van de Methode Matching Needs and Services tot een typologie van zorgbehoeften te komen?
2. Wat zijn kenmerken van probleemgebruikers en problematische gokkers binnen de verschillende categorieën van zorgbehoeften met betrekking tot bovenstaande kenmerken?



### **Opbouw rapport**

Deze rapportage behandelt eerst de literatuur en vervolgens het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek dat is uitgevoerd. In hoofdstuk 2 wordt de verrichte literatuurstudie integraal gepresenteerd. In hoofdstuk 3 worden de methoden van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek beschreven, alsmede de analysemethodieken. Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten van de screening en de uitgebreide interviews. Hoofdstuk 5 behandelt de resultaten van de sorteerrondes met experts met betrekking tot de zorgbehoeften van gedetineerden. In hoofdstuk 6 worden de belangrijkste conclusies gepresenteerd.

**Deel 1**  
**Literatuuronderzoek**

## **Hoofdstuk 2**

### **Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen: een literatuurstudie**

## **Hoofdstuk 2 Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en problematische gokkers in het gevangeniswezen: een literatuurstudie**

### **2.1 Inleiding**

In Nederland worden gegevens over alcohol- en druggebruik en problematisch gokken onder gedetineerden niet systematisch geregistreerd. Hierdoor is het inzicht in de prevalentie van problematisch gebruik van alcohol en drugs en problematisch gokken onder gedetineerden in Nederland zeer beperkt. Er is wel een aantal studies uitgevoerd naar de prevalentie van probleemgebruik onder gedetineerden, maar de resultaten hiervan zijn nog niet systematisch bekeken. Internationaal bestaat dit systematische literatuuronderzoek al wel (zie review van Fazel e.a., 2006). Het onderwerp van deze internationale studies is echter in een aantal opzichten niet vergelijkbaar met de Nederlandse situatie, omdat het wetsysteem betreffende het drugsbeleid wezenlijk verschilt. Zo is bijvoorbeeld in sommige landen of staten het bezit van drugs reden voor gevangenisstraf.

De onderhavige literatuurstudie geeft een systematisch overzicht van wat bekend is in de Nederlandse literatuur over de in hoofdstuk 1 geformuleerde onderzoeksvragen betreffende prevalentie, aard en ernst van problematiek en kenmerken van gedetineerden met problematisch middelengebruik of problematisch gokken.

### **2.2 Methode van onderzoek**

Er is gezocht naar studies die informatie bevatten over de prevalentie van problematisch alcoholgebruik, druggebruik en gokken bij gedetineerden, en naar studies die kenmerken van gedetineerden met problematisch gebruik van middelen of gokken beschrijven. Hierbij zijn studies geselecteerd voor de periode van 1997 tot en met 2006 (10 jaar). Met behulp van diverse zoeksystemen (PsycInfo, PubMed, Medline, PiCarta, Google Scholar), het WODC<sup>1</sup> en via het nazoeken van referentielijsten is gezocht naar publicaties over betreffende onderwerpen.

Er is met behulp van verschillende zoektermen en combinaties gezocht naar relevante studies over problematisch alcoholgebruik, druggebruik en gokken (bijvoorbeeld de zoektermen

---

<sup>1</sup> M. van Ooyen (2006). Drugs- en alcoholgebruik onder gedetineerden. Interne notitie WODC ten behoeve van het National Report voor het Europees Monitoring Centrum voor Drugs en Drugsverslaving en de Nationale Drug Monitor.

verslaving; middelengebruik; alcoholgebruik; druggebruik; misuse; afhankelijkheid; misbruik) bij gedetineerden (gevangenen; gedetineerden; justitiabelen; veroordeelden).

De gevonden studies betreffen alle cross-sectionele studies (waaronder ook exploratieve studies en evaluatiestudies). Omdat er zeer weinig bekend is over de prevalentie van middelengebruik en gokken in gevangnissen in Nederland, zijn studies met verschillende onderzoekspopulaties betrokken.

In de verschillende studies worden verschillende criteriumvariabelen gemeten. Zo wordt er gekeken naar misbruik/afhankelijkheid volgens de DSM IV<sup>2</sup> of DSM III, maar ook bijvoorbeeld naar gebruik of overmatig gebruik. Daarnaast wordt in de studies naar verschillende tijdseenheden gevraagd, bijvoorbeeld naar lifetime prevalentie, naar het druggebruik zes maanden voor detentie, of naar het druggebruik één maand voor detentie. Al deze studies worden in deze literatuurstudie betrokken. Daarbij is nagegaan in welke mate de onderzoeksgroepen uit deze studies de gedetineerdenpopulatie representeren. Eventuele andere relevante studies, bijvoorbeeld studies naar kenmerken van problematisch gebruikende gedetineerden, zijn ook in de literatuurstudie betrokken.

### 2.3 Resultaten

Er zijn 14 relevante publicaties gevonden. Een schematisch overzicht hiervan is gepresenteerd in Tabel 2.1. In deze literatuurstudie zijn alleen studies bekeken die informatie bevatten over gedetineerden uit het Nederlandse gevangeniswezen. Zij hebben betrekking op verschillende instellingen:

#### *Reguliere detentiecentra*

- Vogelvang, van Burik, van der Knaap & Wartna (2003)
- Koeter & Luhrman (1998)
- Van den Hurk (1998)
- Bulten, Nijman & van der Staak (2007)
- Bieleman & van der Laan (1999)

---

<sup>2</sup> Er worden in de studies verschillende definities gehanteerd voor problematisch gebruik en gokken. Deze vallen allen onder de noemer stoornissen in het gebruik van een middel. DSM-IV spreekt van ***misbruik*** (alcohol, cannabis, cocaïne, opiaten et cetera) en van ***afhankelijkheid***. Verslaving kan beschouwd worden als een synoniem voor afhankelijkheid en probleemgebruik, doorgaans als misbruik plus afhankelijkheid (Brancherapport GGZ-MZ '98-'01). De DSM-IV en de ICD beschouwen middelenstoornissen (misbruik en afhankelijkheid) als onderdeel van de groep psychische stoornissen. Voor criteria zie bijlage 1.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

- Schoemaker & van Zessen (1997)
- de Vrught (2000)

### *Jeugddetentie*

- Korf, Benschop & Rots (2005)
- Vreugdenhil, van den Brink, Wouters & Doreleijers (2003)
- Bulten (1998)

### *Centra forensisch psychiatrische patiënten*

- Hildebrand (2004)
- Van Emmerik & Brouwers (2001)
- Timmerman & Emmelkamp (2001)

### *Speciale detentiecentra (SOV)*

- Van 't Land, van Duijvenbooden, van der Plas & Wolf (2005)

De gerapporteerde respons verschilde in de studies van 46% (Vogelvang, van Burik, van der Knaap & Wartna (2003) tot 98% (Koeter en Lührman, 1998). Er zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt om data te verzamelen. In sommige studies zijn niet-gestandaardiseerde instrumenten gebruikt.

In de studies worden diverse percentages voor druggebruik gevonden. Dit komt mede door de vele verschillende definities en criteria die gehanteerd worden voor probleemgebruik of afhankelijkheid, de verschillende tijdseenheden en de verschillende onderzoeksgroepen. Per type instelling wordt in Tabel 2.1 weergegeven wat de prevalentie is van problematisch druggebruik, alcoholgebruik en gokken onder gedetineerden.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

**Tabel 2.1 Schematisch overzicht van geraadpleegde studies**

Studie en Jaar	Steekproef	Onderzoeksmethode	Type Studie	Geografische dekking	Statistische dekking	Wat gemeten	Bevindingen
Bieleman & van der Laan (1999)	N = 91 gedetineerden met verslavingsproblematiek uit HVB, Gevangenis en VBA	Semi-gestructureerde interviews, niet gestandaardiseerd	Inventarisatie Cross-sectioneel	4 penitentiaire inrichtingen	Respons: onbekend Weinig over steekproef bekend	Gebruik, overmatig gebruik, verslaving (niet nader gespecificeerd)  Voor detentie, 3 maanden voor detentie, tijdens detentie	Drugverslaafden (niet nader gespecificeerd) voor detentie: 74%. Overmatig gebruik 3 maanden voor detentie: cocaïne (32%), heroïne (31%) en cannabis (10%). Tijdens detentie heeft 45% cannabis gebruikt en 22% methadon.  Verslaafd aan alcohol: 14%. Overmatig gebruik 3 maanden voor detentie: 16%  Voor detentie verslaafd aan gokken; 2%.
Bulten (1998)	N = 200 gedetineerde jongens tussen 18-24 jaar. Afkomstig van HvB en arrestanten uit jeugdgevangenis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIS voldoende betrouwbaar en valide (Robins e.a. 1981, Eaton e.a. 1985). Gebruikt om verslavingsproblematiek te bekijken.</li> <li>• GHQ</li> <li>• NPV</li> <li>• NVM</li> <li>• SBL</li> <li>• NedRDS</li> <li>• Interviews bij binnenkomst</li> </ul>	Cross-sectioneel	1 jeugdgevangenis in Vught: Nieuw Vosseveld	Respons: 88,9% Voldoende representatief voor instelling.  Niet generaliseerbaar naar populaties met een hogere leeftijd	Misbruik/afhankelijkheid volgens DSM-III-R Psychische stoornissen Persoonlijkheid Welbevinden  Lifetime prevalentie, recent (laatste jaar)	De lifetime prevalentie voor drugsmisbruik/afhankelijkheid: 57,8%. Laatste jaar misbruik/afhankelijkheid: 48,7%. De lifetime prevalentie van gebruik door verslaafden: cannabis 18-65%, voor cocaïne 12-32% voor opiaten 36-53%.  Lifetime prevalentie voor alcohol misbruik/afhankelijkheid: 62,5%. Laatste jaar 36,0%, laatste maand 6,0%.  lifetime prevalentie gokken 7,5%. Laatste jaar voor detentie

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Studie en Jaar	Steekproef	Onderzoeksmethode	Type Studie	Geografische dekking	Statistische dekking	Wat gemeten	Bevindingen
Bulten, Nijman & van der Staak (2007)	N = 191 gedetineerden van Reguliere Afdelingen	MINI; semi-gestructureerd interview, afgenomen door professionals.	Cross-sectioneel	1 Penitentiaire inrichting, Vught, reguliere afdelingen.	Respons: 71% Steekproef lijkt voldoende representatief voor instelling	Misbruik/afhankelijkheid volgens DSM-III-R criteria  Laatste 12 maanden voor detentie	was dit 5%. De prevalentie van drugafhankelijkheid in de laatste 12 maanden voor detentie: 30%.  Laatste 12 maanden voor detentie alcoholafhankelijkheid: 28%
Van Emmerik & Brouwers (2001)	N = forensische psychiatrische patiënten, TBS-populatie in de periode 1995-2000. Hier kijken we alleen naar de gegevens uit 2000.	Beschrijving op basis van 'Basis Patiëntgegevens'	Inventarisatie	TBS-populatie in Nederland uit 4 rijksinrichtingen, 5 particuliere klinieken en 4 VWS instellingen.	Er is geen sprake van een steekproef maar de populatiegegevens zijn gebaseerd op de totale populatie TBS gestelden.	DSM criteria voor middelengebruik, aan middelen gebruik gerelateerde stoornis en verslavingsproblematiek  Ten tijde van het delict	Een drug psychose en/of verslaving komt bij 10% van de groep voor. Het misbruik van middelen komt bij 22% voor. Van een aan enig middelengebruik gerelateerd stoornis is bij 43% sprake. Verslavingsproblematiek ten tijde van het delict voor: Sofdrugs 31%, harddrugs 27%, aan een of meer middelen 65%.  Een alcohol psychose/verslaving komt in 2000 voor bij 6% van de groep. Alcoholverslaving ten tijde van het delict: 41%.  Gokverslaving ten tijde van het delict: 7%.



## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Studie en Jaar	Steekproef	Onderzoeksmethode	Type Studie	Geografische dekking	Statistische dekking	Wat gemeten	Bevindingen
Hildebrand (2004)	N = 98 mannelijk forensisch psychiatrische patiënten (TBS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCL-R (self-report) gestandaardiseerd instrument en voldoende betrouwbaar en valide (Hildebrand et al,2002).</li> <li>• Dossierstudie</li> <li>• Meting bij instroom</li> </ul>	Cross-sectioneel	Forensisch psychiatrisch ziekenhuis: Van der Hoevenkliniek (TBS-ers).	Respons: 75% Lijkt voldoende representatief voor de kliniek en voor andere Nederlandse forensische instellingen.	Gebruik/Misbruik/afhankelijkheid. Misbruik/afhankelijkheid disorder. (DSM-III-R en DSM- IV) Lifetime prevalentie	Lifetime prevalentie substance related disorder: 48% (aan de hand van DSM criteria) Lifetime prevalentie misbruik/afhankelijkheid: cannabis 16,3%, cocaïne 8,2%, polydrugs 10,2%. Misbruik/afhankelijkheid van harddrugs komt veel minder voor. Lifetime prevalentie psychoactive substance disorder 46,9%. Lifetime prevalentie voor een alcoholuse disorder (misbruik/afhankelijkheid): 25,5%. Lifetime prevalentie van misbruik/afhankelijkheid voor gokken: 11,2%.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Studie en Jaar	Steekproef	Onderzoeksmethode	Type Studie	Geografische dekking	Statistische dekking	Wat gemeten	Bevindingen
Van den Hurk (1998)	N = 178 verslaafde gedetineerden op VBA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASI, gestandaardiseerd en voldoende betrouwbaar en valide (Hendriks et al, 1998; McLellan et al, 1985).</li> <li>• Vragenlijsten</li> <li>• DIS</li> <li>• Selfreport</li> <li>• Dossiers</li> <li>• Urine tests</li> </ul>	Evaluatie onderzoek	2 penitentiaire instellingen in Rotterdam (HvB) en Doetinchem (DOC). VBA's.	Respons: 89% (voormeting) 65 % (nameting) 61%(follow-up) Steekproef lijkt voldoende representatief voor afdelingen. Resultaten zijn moeilijk generaliseerbaar: slechts 2 van de in totaal 11 units bekeken.	Afhankelijkheid/misbruik volgens DSM III, regelmatig gebruik  Lifetime prevalentie, halfjaar voor detentie	Voormeting (interviews en vragenlijsten): lifetime prevalentie drugsverslavingsproblematiek: 85% bij verslaafde gedetineerden. Afgelopen half jaar drugverslaving: 71%. Prevalentie voor ooit regelmatig gebruik gedurende tenminste 1 jaar voor verslaafde gedetineerden: 85% cannabis, 85% cocaïne en 82% heroïne.  Prevalentie voor ooit regelmatig gebruik van alcohol gedurende tenminste 1 jaar: 47% Lifetime prevalentie voor alcoholverslaving: 63%. Prevalentie voor alcoholverslaving afgelopen half jaar: 23%  Lifetime prevalentie gokverslaving: 17%, huidig percentage gokverslaving: 7%.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Studie en Jaar	Steekproef	Onderzoeksmethode	Type Studie	Geografische dekking	Statistische dekking	Wat gemeten	Bevindingen
Koeter & Lührman (1998)	N = 326 interviews: 96 reguliere detentie (uiteindelijk 94 deelnemers) 76 gedetineerden in vrijwillige drugvrije afdeling 100 gedetineerden op onvrijwillig drugvrije afdeling 54 verslaafden met strafvervangende behandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Europ-ASI. Voldoende betrouwbaar (Hendriks et al, 1998; McLellan et al, 1985).</li> <li>• CIDI</li> <li>• PDQ-R</li> <li>• RAVEN</li> </ul>	Cross-sectioneel	Penitentiaire Inrichtingen Over-Amstel. 2 standaardafdelingen, 2 drugvrije afdelingen Hier wordt gekeken naar reguliere detentieafdeling en, zowel kort- (HvB) als langgestraften (inkomstenafdeling HvB).	<p>Respons: 97,9% Voldoende representatief voor afdelingen.</p> <p>Voorzichtigheid met generalisatie naar andere PI's.</p>	<p>Om te bepalen of een respondent 'drugsverslaafd' was, werden de volgende criteria gebruikt: afgelopen 2 jaar een periode van 2 maanden regelmatig druggebruik + ernstscore van <math>\geq 4</math> op EuropASI. Ernstig verslaafd; ernstscore <math>\geq 6</math> op EuropASI. Regelmatig gebruik <math>\geq 3</math> dagen per week. Prevalentie gebruik; ieder gebruik ook niet regelmatig.</p> <p>Intelligentie Psychische problemen</p> <p>Lifetime prevalentie, laatste jaar, 30 dagen voor instroom (volgens ASI)</p>	<p>Ooit regelmatig druggebruik afgelopen 2 jaar: 50,9%. Drugverslaafd (volgens criteria): 44,3%. Ernstig verslaafd: 29,2%. Lifetime prevalentie voor regelmatig gebruik is; cannabis 86,2%, cocaïne 79,8% en heroïne 72,3%. Prevalentie van het gebruik in de laatste 30 dagen voor instroom is; cannabis 63,8%, cocaïne 71,3% en heroïne 64,9%.</p> <p>Lifetime prevalentie voor meer dan 3 dagen/week alcohol gebruik: 57,5% Lifetime prevalentie van meer dan 5 glazen alcohol gebruik, ook niet regelmatig: 34,0%.</p>

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Studie en Jaar	Steekproef	Onderzoeksmethode	Type Studie	Geografische dekking	Statistische dekking	Wat gemeten	Bevindingen
Korf, Benschop & Rots (2005)	N = 394 minderjarige gedetineerden (205, Groep bestaat uit PIJ jongeren, voorlopige hechtenis + OTS (meisjes) met delictgedrag + schooldrop-outs (89, buiten beschouwing). 12-17 jarigen.	Interview met uitgebreide vragenlijst, niet gestandaardiseerd. De betrouwbaarheid en validiteit zijn dan ook onbekend. Een methodologische beperking is dat het interview gebaseerd is op zelfrapportage (in die zin dat de patiënt zelf moet aangeven of hij/zij alcohol/drugs gebruikt) .	Exploratief onderzoek	8 Justitiële jeugdinstellingen in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Strafrechtelijk veroordeeld, voorlopige hechtenis, OTS.	Respons: hoog, percentage onbekend.  Aselecte steekproef bij Jongens: voldoende representatief Bij Meisjes zijn alle potentiële kandidaten benaderd, wegens kleine groep.	Druggebruik  Lifetime prevalentie, laatste maand voor detentie	Lifetime prevalentie: cannabis 77,8 % bij de jongens, 88,6% bij de meisjes. cocaïne 11,1% bij de jongens, 24,3% bij de meisjes. XTC 17,8% bij de jongens, 34,3% bij de meisjes. Voor heroïne is dit 3,7% van de jongens en 2,9% van de meisjes. De prevalentie van het gebruik van Cannabis in de laatste maand voor detentie is 57,8% bij de jongens en 61,4% bij de meisjes. Voor cocaïne is dit 3,7% bij de jongens en 11,4% bij de meisjes. Voor XTC is dit 6,7% van de jongens en 14,5% bij de meisjes. Heroïne 0,0% bij de jongens, 1,4% bij de meisjes.  Ooit alcohol gebruikt: 88,9% van de jongens, 92,9% van de meisjes. Huidig gebruik (laatste maand voor detentie): 60,4% bij jongens, 68,6% bij de meisjes.
Van het Land, van Duyvenbode, van der Plas & Wolf (2005)	N= 190 gedetineerden SOV	Interview	Evaluatie onderzoek	4 locaties SOV instellingen; Amsterdam, Utrecht, Rotterdam, Regio Zuid	Respons: 86%  Lijkt voldoende representatief voor SOV instellingen in Nederland	Regelmatig gebruik, Gebruik  Lifetime prevalentie, 30 dagen voor detentie (recent)	Ooit regelmatig gebruikt (lifetime prevalentie): cocaïne 97,4%, heroïne 91,6%, polydrugs 98,3%. Recent gebruik: cocaïne 87,4%, heroïne 77,4%. polydrugs 93,9%. SOV-ers zijn met name polydruggebruikers (meerdere drugsoorten).

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Studie en Jaar	Steekproef	Onderzoeksmethode	Type Studie	Geografische dekking	Statistische dekking	Wat gemeten	Bevindingen
Schoemaker & van Zessen (1997)	N = 135 gedetineerden uit HvB; standaardregime en bijzondere zorgafdelingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIDI, gebaseerd op criteria DSM III. betrouwbaarheid en validiteit van de CIDI zijn goed (Wittchen, 1994).</li> <li>• Interviews met inrichtingspsychologen. De enquêtes onder de psychologen zijn niet gestandaardiseerd, maar wel gematched met de CIDI op basis van criteria volgens de DSM-III-R.</li> </ul>	Cross - sectioneel	1 Penitentiaire inrichting (HvB) in Scheveningen. Zowel van standaardregime als van bijzondere zorgafdelingen.	<p>Respons: 55% Steekproef Niet voldoende representatief</p> <p>Bij de psychologen was geen sprake van non-respons. De interviews met psychologen zijn niet representatief. Zij onderschatten het alcohol/druggebruik en hebben bovendien niet over alle gedetineerden informatie.</p>	<p>Afhankelijkheid/misbruik volgens DSM-III</p> <p>Lifetime prevalentie, voorgaande 12 maanden, maandprevalentie</p>	<p>Misbruik van drugs in het voorgaande jaar: 7%, in de voorgaande maand: 1%, lifetime prevalentie: 18%. Afhankelijkheid in het voorgaande jaar: 29%, in de voorgaande maand: 13%, lifetime prevalentie is 36%. Inrichtingspsychologen rapporteerden alcohol of drugsproblemen bij 36% van de gedetineerden.</p> <p>Afgelopen 12 maanden alcoholgebruik: 23%. Alcoholafhankelijkheid: 14%. Alcoholmisbruik 9%.</p>
Timmerman & Emmelkamp (2001)	N = 39 patiënten van forensisch psychiatrisch centrum Veldzicht	Semi-gestructureerd gestandaardiseerd interview, IPDE en de CIDI. Voldoende betrouwbaar en valide.	Cross-sectioneel	1 forensisch psychiatrisch centrum	Respons: - Kleine steekproef, generalisatie niet mogelijk.	<p>Afhankelijkheid/Misbruik volgens DSM-III</p> <p>Lifetime prevalentie, huidig</p>	<p>Lifetime prevalentie voor drugafhankelijkheid: 27,0%. Drugmisbruik 8% Cocaïne afhankelijkheid 24,3% en misbruik 2,7%. Cannabis afhankelijkheid 21,6% en misbruik 2,7%. De huidige prevalentie: drugafhankelijkheid 5,4%, cocaïne afhankelijkheid 5,4% en cannabis afhankelijkheid 8,1%.</p> <p>Lifetime prevalentie voor alcohol afhankelijkheid: 40,5%, voor misbruik 29,7%.</p>

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Studie en Jaar	Steekproef	Onderzoeksmethode	Type Studie	Geografische dekking	Statistische dekking	Wat gemeten	Bevindingen
Vogelvang, van Burik, van der Knaap & Wartna (2003)	N = 355 gedetineerden uit 8 HvB's: 103 veroordeelden en 252 preventief gehechten	OASys Two, toegepast als interview. Gebaseerd op zelfrapportage. Justitiële dossiergegevens. Meetinstrument is matig betrouwbaar/valide, maar voldoende om eerste conclusies te trekken.	Cross - sectioneel	8 gevangenissen; Grave, Arnhem, DenBosch, Breda, 4 in Rotterdam	Respons: 45,5% Lijkt redelijk representatief	Druggebruik, problemen met druggebruik  Lifetime prevalentie, laatste 6 maanden voor detentie	Lifetime prevalentie van druggebruik: 78,6%. Bij 40% leidde dit tot ernstige/zeer ernstige problemen met druggebruik. 6 maanden voor detentie gebruikte 72,9% drugs (38,6% softdrugs, 61,4% harddrugs). Voornaamste dagelijkse druggebruik 6 maanden voor detentie: wiet/hasj (32,7%), cocaïne/crack (31,5%), heroïne (21,4%).  Problemen met het huidige alcoholgebruik: 33,3%.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Studie en Jaar	Steekproef	Onderzoeksmethode	Type Studie	Geografische dekking	Statistische dekking	Wat gemeten	Bevindingen
Vreugdenhil, van den Brink, Wouters & Dorelijers (2003)	N = 204 jeugdige gevangenen tussen 12 -18 jaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• YSR gestandaardiseerde vragenlijst met een goede betrouwbaarheid en validiteit (Achenbach, 1991; Verhulst e.a.,1997)</li> <li>• DISC IV en DISC 2.3. Beide zijn in voldoende mate betrouwbaar en valide (Shaffer e.a., 1996,2000). Een restrictie van het onderzoek: alleen jeugdigen zijn geïnterviewd, het onderzoek is gebaseerd op zelfrapportage. Geen vergelijking met oordeel van andere informanten.</li> </ul>	Cross-sectioneel	6 jeugd detentie centra, niet geheel geografisch gespreid. Jongens veroordeeld tot detentie, 1,5% gearresteerd.	Respons: 58% Representatieve steekproef; deelnemers verschilden niet significant van niet-deelnemers	Gebruik, misbruik, afhankelijkheid. Criminele recidive en psychiatrische stoornissen.  Lifetime prevalentie, jaar voor detentie, 6 maanden voor detentie	<p>Lifetime prevalentie cannabisgebruik: 86,3. Lifetime prevalentie cocaïnegebruik: 21%.</p> <p>Misbruik cannabis 6 maanden voor detentie: 14,1%. Afhankelijkheid cannabis 6 maanden voor detentie: 30,1%. Cannabis use disorder 6 maanden voor detentie: 44%. Substance use disorder 6 maanden voor detentie: 55,4%.</p> <p>Lifetime prevalentie van alcoholgebruik: 91,5%. Lifetime prevalentie voor misbruik: 5,9%, afhankelijkheid: 22,3%. Alcoholuse disorder: 28%.</p>
De Vrught (2000)	N = 554 gedetineerden, bekend bij psychologen.	Vragenlijst ingevuld door psycholoog.		<p>18 inrichtingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 penitentiaire instellingen</li> <li>• 11 huizen van bewaring</li> <li>• 3 vrouweninstellingen</li> <li>• FOBA</li> <li>• PSC</li> </ul>	Respons: Cijfers zijn niet representatief wegens ontbrekende info	Verslaving, niet gespecificeerd	<p>Verslavingsproblematiek: helft van gedetineerden. Verslaafd: cannabis 13%, harddrugs 25%, polydrugs 32%</p> <p>Alcoholverslaving: 14%. Gokverslaving: 1%.</p>

## **2.4 Prevalentie van problematisch alcohol- en druggebruik en problematisch gokken onder gedetineerden**

Volgens recente gegevens van het CBS (2005) waren er in 2005 17.600 gedetineerden in Nederland. Hiervan is 45% van Nederlandse afkomst. Van deze gedetineerden is 93,5% man. De grootste groep is tussen de 20-25 jaar, vervolgens is de groep tussen 30-35 jaar het grootst. Een geweldsdelict komt het meest voor (32%), vervolgens vermogensdelict (20%) en Opiumwetovertreiding (16%).

### **Problematisch alcoholgebruik**

Vogelvang e.a. (2003) stellen dat 33% van de gedetineerden problemen heeft met het huidige alcoholgebruik. Volgens Schoemaker en van Zessen (1997) ligt het percentage problematische gebruikers in de afgelopen 12 maanden op 23%. Dit komt aardig overeen met het percentage van Bulten e.a. (2007). Zij komen op een percentage van 28% voor alcoholafhankelijkheid in de laatste 12 maanden voor detentie, bij gedetineerden uit reguliere detentiecentra. Koeter en Luhrman (1998) geven aan dat de lifetime prevalentie voor meer dan 3 dagen in de week meer dan 5 glazen alcohol drinken 57,5% is. Dit wordt 'regelmatig gebruik' genoemd.

Volgens van den Hurk (1998) is de lifetime prevalentie van problematisch alcoholgebruik onder gedetineerden op VBA's 63% (23% problematisch gebruik afgelopen 6 maanden). Dit is niet generaliseerbaar naar de totale gedetineerdenpopulatie, daar het een speciale onderzoeksgroep betreft. Het betreft ook speciale onderzoeksgroepen in de studies van Bieleman en Van der Laan (1999) en van De Vrught (2000). Zij hebben beiden een percentage van 14% voor alcoholafhankelijkheid gevonden. Het gaat hierbij om gedetineerden waarvan bekend is dat zij problemen met misbruik van middelen hebben (Bieleman en van der Laan, 1999), of die bekend zijn bij de psycholoog (de Vrught, 2000).

De lifetime prevalentie voor alcoholgebruik onder jeugdige gedetineerden is hoog (89-92%). De lifetime prevalenties voor alcoholafhankelijkheid lopen uiteen. Vreugdenhil e.a. (2003) vermelden een percentage van 28% en Bulten (1998) spreekt van 63%. Het laatste jaar is in de studie van Bulten (1998) 36,6% problematisch drinker en de laatste maand 6%.

De studies in centra voor forensische psychiatrie noemen percentages van 26% (Hildebrand, 2004) en 41% voor lifetime alcoholafhankelijkheid (Timmerman en Emmelkamp, 2001), en



daarnaast van 41% alcoholafhankelijkheid ten tijde van het delict (van Emmerik en Brouwers, 2001).

### **Problematisch druggebruik**

In reguliere detentiecentra komen percentages voor lifetime prevalentie van problematisch gebruik of afhankelijkheid bij gedetineerden in drie studies redelijk overeen: te weten 40% probleemgebruikers in de studie van Vogelvang e.a. (2003), 44% verslaafden in de studie van Koeter en Luhrman (1998), en 36% afhankelijke gebruikers (die voldoen aan de criteria voor afhankelijkheid) in de studie van Schoemaker en van Zessen (1997). Dit zijn ook de studies waarin de onderzoeksgroep het meest overeenkomt met de onderzoeksgroep in de huidige studie en bovendien zijn ze redelijk vergelijkbaar qua onderzoekscriteria. Bulten (2007) spreekt van 30% drugafhankelijkheid in de laatste 12 maanden.

Uit studies bij gedetineerdengroepen met veel afhankelijkheidsproblematiek kwamen de volgende cijfers naar voren: 85% lifetime prevalentie van drugsverslavingsproblematiek (van den Hurk, 1998) en 74% drugsverslavingsproblematiek vlak vóór detentie (Bieleman et al, 1999). Van den Hurk's (1998) studie geeft een goed beeld van de mate van probleemgebruik bij gedetineerden waarvan bekend is dat zij problemen hebben met druggebruik. Het gaat in deze studie namelijk om gedetineerden die verblijven op een VBA. Deze gedetineerden voldoen aan de criteria voor afhankelijkheid en misbruik volgens de DSM-III. Bovendien is in de studie van Van den Hurk gebruik gemaakt van uitgebreide onderzoeksmethoden (bij Bieleman et al (1999) is dit minder uitgebreid) en is de steekproef representatief.

In de studies uitgevoerd in jeugddetentiecentra laat Bulten (1998) zien dat de lifetime prevalentie van drugsmisbruik cq. afhankelijkheid 58% is. In het laatste jaar heeft 49% drugs gebruikt (Bulten, 1998). De andere studies in jeugddetentiecentra laten vooral zien dat de lifetime prevalentie voor het gebruik van drugs hoog is, met name voor cannabisgebruik, te weten 78 - 89% (Korf e.a., 2005; Vreugdenhil e.a., 2003). In de laatste 6 maanden voor detentie is bij 44% van de jeugdigen sprake van problematisch cannabisgebruik (Vreugdenhil e.a., 2003).

De studies uitgevoerd in centra voor forensische psychiatrische patiënten zijn evenmin als de studies onder gedetineerdengroepen met afhankelijkheidsproblematiek en jeugdigen generaliseerbaar naar de totale populatie gedetineerden, daar het specifieke groepen gedetineerden betreft. De onderzoeksgroep van Hildebrand (2004) laat zien dat de lifetime

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

prevalentie voor misbruik en afhankelijkheid van cannabis 16% is, van cocaïne 8% en dat bij 47% van de forensische patiënten ooit in hun leven sprake was van psychoactieve substance disorder. In de studie van Van Emmerik en Brouwers (2001), die op patiëntgegevens van de totale populatie TBS-ers is gebaseerd, komt naar voren dat er bij 43% van de TBS-ers (geregistreerd) sprake is van een aan middelengebruik gerelateerde stoornis. De studie van Timmerman en Emmelkamp (2001) geeft door de kleine onderzoeksgroep slechts een indicatie. Zij vonden een lifetime prevalentie voor drugafhankelijkheid van 27% (cocaïne 24%, cannabis 21%).

### **Problematisch gokken**

De Bruin, Meijerman, Leenders & Braam (2006) hebben een studie gedaan naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland. Zij kwamen tot de conclusie dat veel probleem- en risicospelers delicten plegen als diefstal en fraude. Een kwart van de probleemspelers en 35% van de risicospelers had deze delicten gepleegd. De meeste criminele probleemspelers zijn hiervoor veroordeeld en hebben een boete gekregen of gevangenisstraf uitgezeten. Risicospelers zijn minder vaak veroordeeld. Deze studie is gebaseerd op een bevolkingsenquête (n=5.575); face-to-face-interviews met spelers (n=450); literatuur- en bronnenonderzoek; interviews met sleutelinformanten (n=22), focusgroep en feedback ronde. In Nederland lijkt de prevalentie van probleemgokken lager te liggen dan in de overige bestudeerde landen. Volgens het onderzoek van De Bruin en collega's (2006) zou het totale aantal rond de 40.000 zijn.

Over problematisch gokken onder gedetineerden in reguliere penitentiaire inrichtingen is vrijwel niets bekend. Van den Hurk (1998) vond dat van de gedetineerden in VBA's ongeveer 7% een gokprobleem had. De lifetime prevalentie van gokproblematiek was 17%. Bij gedetineerden in reguliere centra waarvan bekend is dat sprake is van afhankelijkheidsproblematiek, had zo'n 2% voor detentie een gokprobleem (Bieleman en van der Laan, 1999). Onder forensisch psychiatrische patiënten is de lifetime prevalentie van gokproblemen 11% (Hildebrand, 2004), en ten tijde van het delict was dit 7% (van Emmerik en Brouwers, 2001).

De overige studies kunnen slechts een indicatie geven. De studie van De Vrugt (2000), die laat zien dat 1% van de reguliere gedetineerden een gokprobleem heeft, geeft waarschijnlijk een onderschatting weer, omdat cijfers onvolledig zijn (personen met psychische problemen

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

die niet bekend waren bij de inrichtingspsychologen, bleven buiten beeld). De studie van Bulten (1998) is uitgevoerd onder jeugdigen en laat zien dat de lifetime prevalentie van gokken 7,5% is en gokken in het laatste jaar 5%. Geconcludeerd kan worden dat problematisch gokken onder gedetineerden niet veel voorkomt.

## **2.5 Kenmerken van gedetineerden of justitiabelen met problematisch middelengebruik en problematisch gokken**

### **Leeftijd**

Koeter en Luhrman (1998) vinden bij justitiabelen die problematisch gebruik van middelen kennen een gemiddelde leeftijd van 32 jaar. De gemiddelde leeftijd in de studie van Van den Hurk (1998) onder gedetineerden op VBA's is 30 jaar. Meijer e.a. (2002) geven een gemiddelde leeftijd van 36 jaar voor harddruggebruikende verdachten. Bij 190 SOV kandidaten (van 't Land e.a., 2005) is de gemiddelde leeftijd 39 jaar. Tenslotte zijn criminele harddruggebruikers volgens Van Ooyen (2004) tussen de 33 tot 36 jaar oud.

### **Land van herkomst**

In de studie van Koeter en Luhrman (1998) varieert het percentage allochtonen over de 4 justitiële settings van 37-59%. Gemiddeld is dit 50%. Van den Hurk (1998) stelt dat van de groep gedetineerden op VBA's, 46% van niet-Nederlands afkomst is. Volgens Meijer e.a. (2002) komen 3 van de 6 verdachten uit Nederland. Volgens Bieleman en van der Laan (1999) zijn 3 op de 4 middelengebruikende gedetineerden van Nederlandse afkomst en is 13% van Surinaamse afkomst. Van 't Land e.a. (2005) laat een percentage zien van 44% allochtonen, waarvan 36% niet Westerse allochtonen, in een studie onder SOV kandidaten.

### **Delict**

Koeter en Luhrman (1998) hebben gekeken naar het type delict bij 297 justitiabelen met problematisch gebruik of gokken van 4 verschillende justitiële settings. Zowel in het jaar voor detentie als ooit in het leven betroffen de delicten voornamelijk vermogensdelicten en handel in illegale drugs, gevolgd door geweldsdelicten. Uit de studie van Bieleman en van der Laan (1999) komt naar voren dat de meeste gedetineerden met probleemgebruik in detentie zijn vanwege een vermogensdelict (40%), een (ernstig) geweldsdelict (27%), of het overtreden van de Opiumwet (14%). In de studie van Van 't Land e.a. (2005) onder 190 SOV-kandidaten, kwamen de volgende percentages naar voren: vermogensdelicten 47%,

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

vermogens- plus drugsdelicten 19%, drugs- plus vermogens- plus geweldsdelicten 18%, vermogens- plus geweldsdelicten 12%, geweldsdelicten 2%, drugsdelicten 1%, en drugs- plus geweldsdelicten 1%.

In de studie van Meijer e.a. (2002) heeft bijna 75% van de harddruggebruikende verdachten een proces-verbaal vanwege een vermogensmisdrijf, daarnaast komen geweld tegen personen en Opiumwetmisdrijven voor. Ongeveer 37% van de verdachten pleegde het eerste delict al voor het 17<sup>e</sup> levensjaar. Van Ooyen (2004) concludeert dat de criminele delicten van harddruggebruikers voornamelijk vermogensdelicten zonder geweld, als ook vernieling, verstoring van de openbare orde en geweldsdelicten betreffen. De studie van Vogelvang e.a. (2003) laat zien dat gedetineerde gebruikers van harddrugs, in vergelijking met niet-gebruikers en gebruikers van softdrugs, in veel opzichten een ernstiger strafrechtelijk verleden hebben. Ze hebben meer justitiecontacten gehad en deze zijn vaker naar aanleiding van een ernstig delict (in termen van strafdreiging) geweest. Ook zijn zij vaker veroordeeld tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf.

### **Opleiding**

Uit de studie van Koeter en Luhrman (1998) blijkt dat justitiabelen met probleemgebruik vaak laag opgeleid zijn (lager onderwijs, 47-59%; LBO/MAVO, 28-34%; MBO, 4-9%; HBO/WO, 1-6%). Uit de studie van Bieleman en Van der Laan (1999) blijkt dat ruim de helft van de gedetineerden die bekend zijn met probleemgebruik van middelen of gokken na de basisschool geen diploma heeft behaald, een kwart heeft een LBO-diploma behaald. Uit de studie van Van 't Land e.a. (2005) blijkt dat van 190 SOV- kandidaten, 68% alleen de lagere school of minder heeft gevolgd, 21% heeft LBO/MAVO gevolgd en 10% heeft hoger onderwijs dan MAVO gevolgd. Volgens van den Hurk (1998) is het opleidingsniveau van gedetineerden zeer laag.

### **Leefsituatie**

In de studie van Koeter en Luhrman (1998) woonde 17 - 31% van de gedetineerden met probleemgebruik de afgelopen 3 jaren samen met een partner, 17 - 25% woonde bij ouders/familie/vrienden, 25 - 35% was alleenstaand, 6 - 16% leefde in een gecontroleerde omgeving en voor 9 - 20% was de leefsituatie wisselend (Koeter en Luhrman, 1998). Een groot deel van deze justitiabelen was volgens Koeter en Luhrman ontevreden met de leefsituatie (38 - 54%). De laatste 30 dagen had 8 - 14% ernstige conflicten met familie, 4 -

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

12% ernstige conflicten met het gezin en 6 - 14% ernstige conflicten met anderen. In de studie onder 190 SOV- kandidaten leefde 26% van de respondenten samen met (een) ander(en), 41% leefde alleen, 19% leefde in een gecontroleerde omgeving en voor 14% wisselde dit (van 't Land e.a., 2005). De burgerlijke staat van gedetineerden met problematisch gebruik is volgens van den Hurk (1998) meestal alleenstaand en er is sprake van veel problematiek binnen het ouderlijk gezin.

Gedetineerde gebruikers van harddrugs rapporteren vaker dan niet-gebruikers en gebruikers van softdrugs, financiële problemen. Ook zeggen ze vaker dat ze zich roekeloos of risicovol gedragen en geven vaker aan een kennissenkring te hebben die zich ook met delicten bezighoudt. Bovendien hebben ze minder goede relaties met de naaste familie (Vogelvang e.a., 2003).

In het laatste jaar voor detentie had 32% van de gebruikende justitiabelen een stabiele huisvestings situatie, 22% had een problematische woonsituatie, 32% verbleef in detentie (van 't Land e.a., 2005). Gedetineerde gebruikers van harddrugs rapporteren vaker dan niet-gebruikers en gebruikers van softdrugs problemen met hun huisvesting (Vogelvang e.a., 2003). Volgens Meijer e.a. (2002) woont bijna de helft van de harddruggebruikende verdachten in een van de grote steden.

### **Werksituatie**

Uit de studie van Koeter en Luhrman (1998) blijkt dat in de afgelopen 3 jaar 5 - 16% van de justitiabele problematisch gebruikers fulltime werkte, 2 - 6% werkte parttime, 53 - 77% was werkloos, 7 - 11% had een WAO/AOW uitkering, 3 - 17% zat in een gecontroleerde omgeving. De belangrijkste bron van inkomsten in de laatste maand: 52 - 71% door illegale activiteiten, 29 - 34% een uitkering en 3 - 15% inkomsten door werk. Onder SOV- kandidaten werkte 12% in de afgelopen 3 jaar fulltime, had 67% een uitkering en zat 21% in een gecontroleerde omgeving. Wanneer gekeken wordt naar de bron van inkomsten 30 dagen voor detentie valt op dat 80% van de onderzochte problematisch gebruikers inkomsten verkrijgt door illegale activiteiten, 15% heeft een uitkering en 5% werkt (van 't Land e.a., 2005).

Gedetineerde gebruikers van harddrugs rapporteren vaker dan niet-gebruikers en gebruikers van softdrugs een problematisch arbeidsverleden (Vogelvang e.a., 2003). Inkomsten van

criminele harddruggebruikers zijn meestal afkomstig uit dealen en een uitkering (van Ooyen, 2004).

### **Welbevinden**

Uit de rapportage van Koeter en Lührman (1998) komt naar voren dat 16 – 35% ooit emotioneel mishandeld is, 14 - 22% ooit lichamelijk mishandeld is en 2 – 6% ooit seksueel misbruikt is. Chronische lichamelijke klachten komen voor bij 15 - 30% van de justitiabele probleemgebruikers voor.

### **Psychische problematiek**

Koeter en Lührman (1998) beschrijven kenmerken van justitiabele drugafhankelijken uit 4 justitiële instellingen (dit is gebaseerd op N=297). Ruim een kwart van hen geeft aan behoefte te hebben aan behandeling van psychische problemen. De lifetime prevalentie voor psychische symptomen onder deze groep is als volgt: angst en gespannenheid 50 - 56%, depressieve symptomen 50 - 59%, en moeite met het onder controle houden van agressie 40 - 48%. De lifetime prevalentie voor serieuze suïcidegedachten is 20 - 43%. Persoonlijkheidsstoornissen komen betrekkelijk vaak voor bij justitiabele drugafhankelijken, namelijk bij 50 - 63% (antisociale stoornis, borderline, schizotypische stoornis, paranoïde, theatrale stoornis), dit is vastgesteld met de PDQ-R. De gemiddelde intellectuele capaciteiten zijn laag in vergelijking met die van de bevolking als geheel. Ongeveer 30% van de justitiabele probleemgebruikers is intellectueel onbekwaam, dit komt overeen met een IQ < 75 (zoals gediagnosticeerd met behulp van de RAVEN<sup>3</sup>), tegenover 5% in de bevolking als geheel.

Volgens Schoemaker en van Zessen (1997) heeft 50% van de gedetineerden met problematisch gebruik van middelen of gokken een bijkomende psychiatrische stoornis. Volgens de inrichtingspsychologen heeft 16% van de gedetineerden met problemen omtrent drugs of alcohol op een standaardafdeling ook een psychische stoornis. Van de mensen met een psychische stoornis op een standaardafdeling is 48% afhankelijk van middelen. Op de VBA heeft één op de tien gedetineerden een psychische stoornis. Deze uitkomsten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat de inrichtingspsychologen in dit

---

<sup>3</sup> De score op de capaciteitentest kan worden verdeeld in de volgende vijf categorieën: intellectueel superieur, bovengemiddelde intellectuele capaciteiten, gemiddeld intellect, intellectuele capaciteiten onder het gemiddelde en intellectueel onbekwaam.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

onderzoek niet over alle gedetineerden informatie hadden. Doordat over gedetineerden waar geen informatie van beschikbaar is niet gerapporteerd wordt, is er waarschijnlijk sprake van een onderschatting.

**Deel 2**  
**Kwantitatief en kwalitatief**  
**Onderzoek**



**Hoofdstuk 3**  
**Methode van onderzoek**

## **Hoofdstuk 3 Methode van onderzoek**

### **Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt de methode van het empirische deel van het onderzoek beschreven. In paragraaf 3.1 wordt de selectie van de steekproef beschreven, en worden de exclusiecriteria besproken. Paragraaf 3.2 beschrijft de gekozen procedure. In paragraaf 3.3 en 3.4 worden de meetinstrumenten van de mondelinge screener en het uitgebreide interview besproken. Paragraaf 3.5 is gewijd aan de uitleg van de Methode Matching Needs and Services. Paragraaf 3.6 bespreekt de vergelijking van de onderzoeksgroep en de gedetineerdenpopulatie. In paragraaf 3.7 wordt uiteengezet in hoeverre de groep gedetineerden die een uitgebreid interview kreeg op demografische variabelen afweek van de totale onderzoeksgroep. In paragraaf 3.8 worden de statistische analyses besproken.

### **3.1 Selectie van de steekproef**

Om tot een betrouwbare schatting van de prevalentie van problematisch gebruik van alcohol en drugs en problematisch gokken te komen, is gekozen voor het doen van onderzoek in Huizen van Bewaring (HvB's) en niet voor onderzoek in andere penitentiaire inrichtingen (PI's) zoals gevangnissen of speciale afdelingen voor drugverslaafden. Een HvB vormt de 'voor deur' van detentie en daarom zal het benaderen van instromende gedetineerden in HvB's het meest representatieve beeld geven van de gehele gevangenispopulatie (cf. Vogelvang, Van Burik, van der Knaap, & Wartna, 2003). Nederland heeft 39 HVB-locaties.

Er zijn 8 Nederlandse HvB's voor onderzoek geselecteerd. Daarbij is er naar gestreefd om de HvB's zo te selecteren dat ze qua regionale ligging, stedelijkheidsgraad, omvang van instroom en aanwezigheid van vrouwelijke gedetineerden een zo goed mogelijke afspiegeling van de Nederlandse HvB's representeren. In deze 8 HvB's is in de periode vanaf oktober 2006 tot en met februari 2007 een random selectie van instromende gedetineerden voor onderzoek benaderd. De exacte looptijd van de veldwerkperiode verschilde per HvB en bedroeg minimaal één maand en maximaal 3 maanden. Instromers in HvB's zijn uitsluitend voor onderzoek benaderd als ze minimaal 2 weken in het HvB verbleven. Gedetineerden die minder dan 2 weken in het HvB verbleven, zijn niet voor deelname aan het onderzoek benaderd omdat onze verwachting was dat deze gedetineerden minder bereid of in staat zouden zijn om eerlijk en open te praten over het eigen probleemgebruik. In deze fase van de

detentie ervaren gedetineerden veel onrust en spanning en moeten ze nog wennen aan hun nieuwe situatie.

Omdat de steekproeftrekking is gebaseerd op instroomgegevens in HvB's, zullen we ook voor de beschrijving van de populatie hiervan gebruik maken. De instroom in het Nederlandse gevangeniswezen kan naar juridische titel in vier categorieën worden onderverdeeld. Het gaat hierbij om:

1. Illegale vreemdelingen
2. Zelfmelders/ED-ers
3. Arrestanten
4. Voorlopig gehechten (preventieven)

In 2005 bestond ruim éénvijfde van de instroom in Nederlandse gevangnissen uit *illegale vreemdelingen*.<sup>4</sup> Het gaat hierbij om buitenlanders zonder geldige verblijfstitel die op grond van artikelen in de Vreemdelingenwet zijn aangehouden. Deze groep komt terecht in een speciale HvB voor vreemdelingenbewaring of in een uitzetcentrum. We treffen deze groep dan ook niet aan in onze steekproef. Aangezien de insluiting van deze personen is gebaseerd op bestuursrechtelijke in plaats van strafrechtelijke gronden, laten we deze groep hier verder buiten beschouwing. Personen zonder geldige verblijfstitel die zijn aangehouden op strafrechtelijke gronden (bijv. voor diefstal) behoren wél tot de populatie!

*Zelfmelders* zijn personen die niet in voorlopige hechtenis zijn op het moment dat hun vrijheidsstraf onherroepelijk wordt. Deze personen kunnen onder bepaalde omstandigheden in aanmerking komen voor een zelfmeldprocedure. Dit betekent dat zij zich na een schriftelijke oproep zelf melden aan de poort van een gevangenis met een beperkte beveiliging. Sinds enige tijd wordt ook geëxperimenteerd met Elektronische Detentie (ED) thuis. Alleen zelfmelders met een vrijheidsstraf korter dan 3 maanden komen hiervoor in aanmerking. In 2005 bestond 6% van de instroom in het Nederlandse gevangeniswezen uit zelfmelders/ED-ers. Ook deze groep komt niet voor in onze steekproef, omdat de betrokkenen het gevangeniswezen niet (via een HvB) betreden.

---

<sup>4</sup> In 2005 stroomden 55.847 personen in. In 12.382 gevallen ging het hierbij om illegale vreemdelingen (bron: DJI).

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

*Arrestanten* zijn personen die door de politie zijn gearresteerd, omdat ze onder de executie van hun straf proberen uit te komen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om personen die hun boete niet hebben betaald of hun taakstraf niet naar behoren hebben afgerond. Maar ook om gedetineerden die na verlop niet zijn teruggekeerd, gevluchte gedetineerden of ‘zelfmelders’ die zich niet gemeld hebben. In 2005 bestond ruim éénderde (35%) van de instroom in het Nederlandse gevangeniswezen uit arrestanten. Deze groep komt via reguliere HvB’s het gevangeniswezen binnen en kan aldus deel uit maken van onze steekproef. Omdat niet alle door ons bezochte HvB’s arrestanten ontvangen, is lopende het onderzoek besloten deze groep buiten de steekproeftrekking te laten. We treffen niettemin een kleine groep arrestanten aan in onze steekproef.

*Voorlopig gehechten (preventieven)* zijn verdachten van strafbare feiten die vooruitlopend op een definitief vonnis door een strafrechter voorlopig in hechtenis worden genomen. Het gaat doorgaans om verdachten van ernstige misdrijven. Een Rechter-commissaris besluit hiertoe op vordering van een Officier van Justitie. In 2005 bestond 37% van de instroom in het Nederlandse gevangeniswezen uit deze groep. Deze groep komt via reguliere HvB’s het gevangeniswezen binnen en bevolkt aldus een groot deel van onze steekproef.

Bij het selecteren van gedetineerden voor onderzoek (de screening) werd een aantal exclusiecriteria gehanteerd. Het was de bedoeling gedetineerden niet te benaderen wanneer ze in de volgende categorieën vielen: (1) overgeplaatste gedetineerden, (2) passanten TBS, (3) gedetineerden met een vreemdelingentitel en (4) gedetineerden uit de categorie ‘onbekend’. Deze vier categorieën zijn bijzondere instromers en deze groepen zeggen weinig over de totale groep gedetineerden in het Nederlandse gevangeniswezen. In totaal maken zij ongeveer 13% uit van de totale groep gedetineerden (Vogelvang e.a., 2003). Andere exclusiecriteria zijn: (5) het onvoldoende spreken van de Nederlandse taal en (6) zodanige verwardheid dat men niet in staat is een zinvol gesprek te voeren.

Het bleek in de praktijk niet mogelijk om overgeplaatste gedetineerden uit te sluiten. Binnen de instroomgegevens die verkregen werden van de HvB’s werd deze categorie namelijk niet apart onderscheiden. Daarnaast zijn, ondanks de opzet om enkel preventief gehechten in het onderzoek te betrekken, toch enkele arrestanten in het onderzoek opgenomen. De belangrijkste reden hiervoor is dat het voor de interviewers niet altijd duidelijk was wie de arrestanten waren omdat dit niet vermeld was op de instroomlijsten die zij mochten inzien, of

omdat zij de instroomlijsten helemaal niet mochten inzien ze respondenten door een werknemer van het betreffende HvB aangeleverd kregen.

### **3.2 Procedure**

De 8 interviewers hebben allemaal, voorafgaande aan het veldwerk, een uitgebreide interviewtraining ontvangen voor zowel de screening als het uitgebreide interview. In deze training, die verzorgd werd door medewerkers van het IVO, werd het interviewprotocol uiteengezet (zowel de screening als het uitgebreide interview waren sterk geprotocolleerd, daarin zat weinig ruimte voor eigen invulling of interpretatie door de interviewer). Na de start van het onderzoek kwamen de interviewers maandelijks bij elkaar om ervaringen uit te wisselen. Deze uitwisselingen waren met name bedoeld om deze interviewers te begeleiden en te ondersteunen bij het interviewen van de moeilijke doelgroep.

Iedere interviewer was verantwoordelijk voor alle interviews binnen één van de deelnemende HvB's. In elk HvB werd een informatief gesprek gevoerd met de locatiemanager en werden praktische afspraken gemaakt, onder andere over het aanstellen van een contactpersoon binnen de instelling.

Na de introductie van de interviewers op de afdelingen van de HvB's, en na het verwezenlijken van de randvoorwaarden voor onderzoek, zoals het creëren van een veilige interviewplek, werd aan de hand van een zogenaamde instroomlijst (vaak in samenspraak met de contactpersoon) bepaald welke gedetineerden in aanmerking kwamen voor het onderzoek. Wanneer de instroom van geschikte respondenten lager of even hoog was als de interviewercapaciteit toeliet, zijn alle geschikte instromers geïnterviewd. Wanneer de instroom van geschikte respondenten hoger was dan de interviewercapaciteit toeliet, dan is een random selectie gemaakt. De mondelinge screenings en de uitgebreide interviews vonden in alle gevallen plaats in een gesprekskamer op de afdelingen waar de gedetineerden verbleven.

Afhankelijk van de situatie en regels binnen de instelling werden potentiële respondenten oftewel door een afdelingshoofd of bewaker, oftewel door de interviewer benaderd. De potentiële respondent ontving informatie over het onderzoek en er werd een informatiebrief uitgedeeld (zie Bijlage I). Daarna konden gedetineerden aangeven of ze al dan niet akkoord

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

gingen met deelname aan het onderzoek. Alhoewel de interviewers een non-respons registratie bijhielden, is de absolute non-respons om verschillende redenen moeilijk te schatten;

- Wanneer het afdelingshoofd of bewakers de gedetineerden vroegen om deel te nemen aan het onderzoek is geen betrouwbare informatie verkregen over de non-respons.
- In drie HvB's hadden de interviewers te weinig zicht op de instroomlijst en kregen zij door een afdelingshoofd de te interviewen respondenten in een tijdsschema aangeleverd (elk kwartier een respondent). Het aantal en aard van non-respons was hierbij niet weergegeven.

De overige non-respons was het gevolg van geen interesse, weigering, vroegtijdig vertrek uit het HvB of het hebben van andere bezigheden op het tijdstip van de screening.

Ondanks de gebrekkige informatie over de mate van non-respons, zijn we toch in staat om ons een goed beeld te vormen van mogelijke selectieve non-respons, omdat het mogelijk was om de onderzoeksgroep die deel heeft genomen aan de screening achteraf op relevante kenmerken te vergelijken met de gedetineerdenpopulatie waar deze onderzoeksgroep uit afkomstig was, te weten instromers in de 8 HvB's in de periode van het onderzoek. Dit deelonderzoek wordt beschreven in paragraaf 3.6.

Uiteindelijk hebben 637 van de 14.722 gedetineerden die in de onderzoeksperiode in de 8 HvB's zijn ingestroomd, aan de mondelinge screening deelgenomen (zie stroomdiagram in Figuur 3.1). Bij iedere respondent werd meteen na afloop van de mondelinge screening vastgesteld of sprake was van probleemgebruik of probleemgokken (voor gebruikte criteria: zie paragraaf 3.3). In totaal bleken er 383 probleemgebruikers en gokkers aan de screening te hebben deelgenomen.

Vervolgens is een selectie van de respondenten die geclassificeerd waren als problematische gebruiker van alcohol of drugs (waaronder cannabis) of als problematisch gokker uitgenodigd voor een aanvullend uitgebreid interview. Interviewers hadden de instructie ontvangen om alle geclassificeerde probleemgebruikers en/of probleemgokkers voor een uitgebreid interview te benaderen tot ze per HvB het totaal bereikt hadden. Het totaal per HvB was gesteld op 24 uitgebreide interviews, waarvan naar verhouding negen interviews met

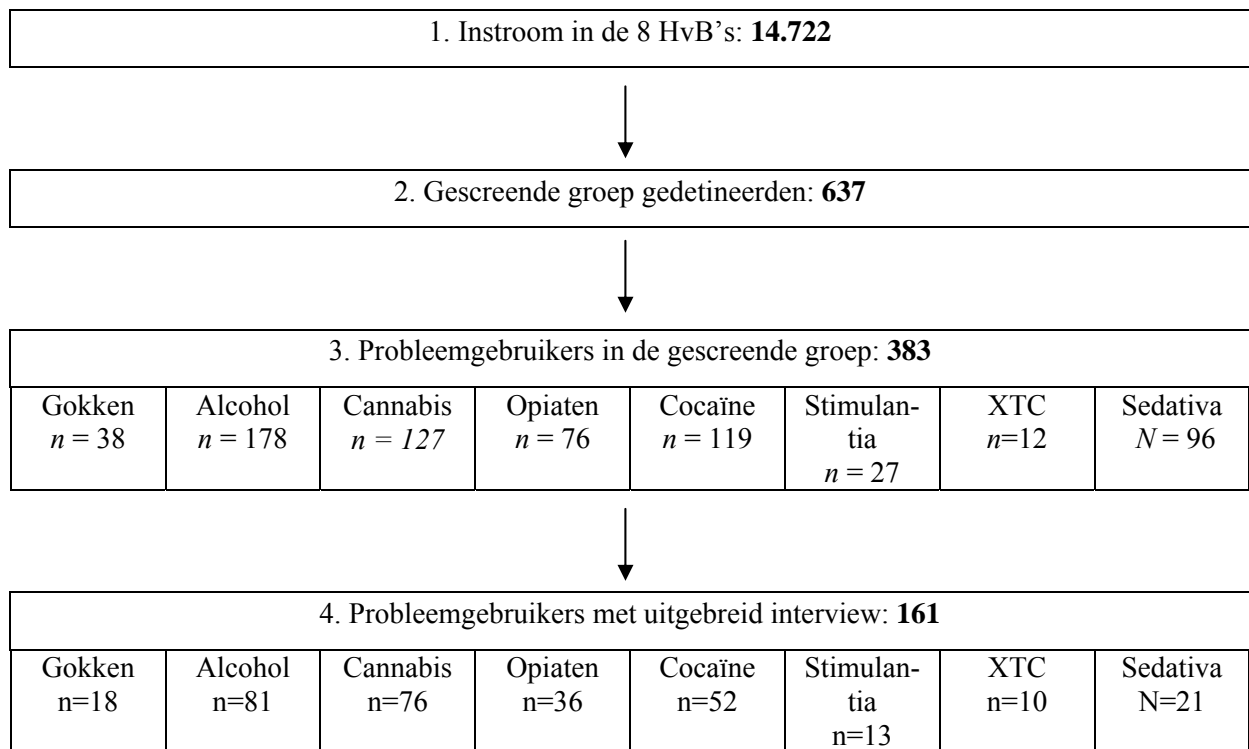
## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

problematische drinkers, negen met problematische druggebruikers en zes met problematische gokkers. Dit omdat in totaal ongeveer 160 uitgebreide interviews met probleemgebruikers en/of probleemgokkers (ongeveer 60 problematische drinkers, 60 problematische druggebruikers en 40 problematische gokkers) gewenst waren voor vervolgonderzoek.<sup>5</sup> In totaal hebben 161 probleemgebruikers van alcohol of drugs en problematische gokkers uit de screening ook een uitgebreid interview ontvangen (zie stroomdiagram in Figuur 3.1). Om na te gaan of er selectie is opgetreden bij het benaderen van respondenten voor de uitgebreide interviews, wordt in paragraaf 3.7 uiteengezet in hoeverre probleemgebruikers en probleemgokkers uit de screening die wel en niet een uitgebreid interview hebben ontvangen, op relevante kenmerken van elkaar verschillen.

---

<sup>5</sup> Deze verhouding werd verwacht op grond van eerder onderzoek.

**Figuur 3.1 Stroomdiagram steekproef**



1. Totale instroom van preventieven, arrestanten en zelfmelders/ED-ers in de 8 HvB's gedurende de onderzoeksperiode van 5 maanden.
2. Gescreende groep in de 8 HvB's (529 preventieven, 72 arrestanten, 33 onbekend).
3. Mensen met problematisch alcohol- of druggebruik of problematisch gokken onder de gedetineerden die gescreend zijn.
4. Respondenten, afkomstig uit de groep problematisch gokkers of gebruikers, die een uitgebreid interview hebben ontvangen.



### 3.3 Meetinstrumenten mondelinge screening

De screening betrof een kort, gesloten mondeling interview van ongeveer 10 minuten waarbij de interviewer gebruik maakte van een schriftelijke vragenlijst. Tijdens de screening werden eerst een aantal personalia gevraagd zoals sekse, leeftijd, opleidingsniveau, eigen geboorteland en geboorteland ouders (zie voor de gehele screening Bijlage III). Om de anonimiteit van de respondenten te garanderen, is niet naar naam en geboortedatum gevraagd.

Voor het meten van problematisch gokken is de South Oaks Gambling Screen (SOGS, 1987) gebruikt. De SOGS betreft een internationaal gevalideerd screeningsinstrument dat gebaseerd is op de DSM-III-R criteria voor pathologisch gokken (Lesier & Blume, 1978; Defuentes-Merillas, Koeter, Bethlehem, Schipper & van de Brink, 2003). De SOGS bestaat uit 20 items waarop respondenten met 'ja' of 'nee' kunnen antwoorden. De items gaan onder andere in op het verborgen houden van het eigen gokgedrag, op het meer tijd en geld aan gokken besteden dan je van plan was, of op het geld lenen om te kunnen gokken of om speelschulden af te betalen. Het instrument geeft een risico-inschatting van pathologisch gokken; er is waarschijnlijk sprake van pathologisch gokken bij een somscore van 5 of hoger (voor informatie over dit meetinstrument, zie Bijlage III). Om redenen van leesbaarheid is in deze rapportage voor de term 'problematisch gokken' gekozen en niet voor de term 'waarschijnlijk pathologisch gokken'. Van problematisch gokken is dus sprake bij een somscore van 5 of hoger op de SOGS.

*Problematisch alcoholgebruik* werd uitgevraagd aan de hand van de schaal van Candel (2001), bestaande uit zes items waarop respondenten met 'ja' of 'nee' konden antwoorden. Deze items gaan onder andere in op: de behoefte om minder te drinken, hoe moeilijk men het vindt om met drinken te stoppen als men eenmaal begonnen is en of men drinkt om problemen te vergeten (voor informatie over deze items, zie Bijlage III). Daarnaast is het gemiddeld aantal glazen alcohol per week nagevraagd aan de hand van de QFV- Index (Quantity – Frequency – Variability) Index. Een respondent werd als een probleemgebruiker aangemerkt als deze een minimale somscore had van 2.5 (zie voor het bepalen van deze somscore Bijlage IV) en daarnaast minimaal voldeed aan de criteria voor excessief drinken (gemiddeld 14 glazen alcohol per week of meer voor vrouwen en 21 glazen per week of meer voor mannen) of voor bingedrinken (minstens één keer per week vier of meer glazen voor vrouwen en zes of meer glazen voor mannen). Het principe van deze operationalisatie, namelijk **en** een minimum

consumptieniveau en een minimale score op de probleemlijst, komt overeen met eerder onderzoek van Garretsen (1983), Knibbe (1984) en Bongers (1998).

*Problematisch cannabisgebruik* is gemeten met de Cannabis Abuse Screening Test (CAST; Beck, Legleye, Reynaud, & Karila, 2004) die zes items bevat (zie voor items en antwoordschalen Bijlage III). De vragen gaan onder andere over gebruik 's ochtends, gebruik als men alleen is, pogingen om te stoppen/minderen en problemen door gebruik. Aan de verschillende vragen dienden verschillende gewichten toegekend te worden (zie Bijlage IV voor gewichten). Het instrument bepaalt risico op cannabismisbruik, waarbij een onderscheid gemaakt wordt naar (1) geen risico op cannabismisbruik, (2) een gemiddeld risico op cannabismisbruik, en (3) een groot risico op cannabismisbruik. In deze studie spreken we van problematisch cannabisgebruik wanneer sprake is van een gemiddeld of van een groot risico op cannabismisbruik. Op dit moment wordt de CAST gevalideerd in een klinische populatie.

*Problematisch harddruggebruik* is gemeten met behulp van de systematiek van de Screening Psychiatrie en Verslaving in de maatschappelijke opvang (Van Rooy, Mulder, Wits, Van der Poel, & Van de Mheen, 2007), waarbij (bijna) dagelijks druggebruik (gebruik op minimaal 5 dagen per week of meer) als criterium geldt voor probleemgebruik. Dit is bevraagd voor de middelen die ook in de MATE deel 1 omschreven zijn (Schippers e.a., 2007; de MATE is een meetinstrument voor assessment, triage en evaluatie; met de MATE kunnen patiëntkenmerken in de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg gemeten worden). Het gaat daarbij om de volgende categorieën van drugs: opiaten, cocaïne, stimulantia, XTC en sedativa. In dit onderzoek valt het (bijna) dagelijkse gebruik van sedativa (o.a. benzodiazepines) dus ook onder problematisch harddruggebruik.

### **3.4 Meetinstrumenten uitgebreide interviews**

De eerste modules van het uitgebreide interview verschilden per subgroep probleemgebruikers. Gedetineerden met gokproblemen kregen geen extra vragen omtrent dit specifieke probleemgedrag omdat dit tijdens de screening uitgebreid aan de orde was geweest in de SOGS.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Bij mensen met problematisch alcoholgebruik werd een uitgebreid alcoholinterview afgenomen met behulp van de *Vragenlijst leefwijzen en welbevinden* (Van Dijk & Knibbe, 2005).

Personen die in de mondelinge screening positief scoorden op problematisch druggebruik kregen zowel vragen over *cannabis* als over *harddruggebruik*. De cannabisvragen zijn ontleend aan het onderdeel hierover van de EMCDDA zoals gebruikt in het Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik (2005; Rodenburg, Spijkerman, Van den Eijnden, & Van de Mheen, 2007). De vragen over harddrugs zijn afkomstig uit de MATE (deel 1 Middelen: Gebruik). Na dit eerste onderdeel over het probleemgebruik volgden interviewmodules die voor iedereen gelijk waren.

### *Lichamelijk functioneren*

Om inzicht te krijgen in de lichamelijke gezondheid van respondenten is deel 1 van de ASI (lichamelijke gezondheid, EuropASI, 2004) en deel 5 van de MATE (lichamelijke klachten) afgenomen. In deel 1 van de ASI wordt gevraagd naar lichamelijke klachten waar men al dan niet voor onder behandeling is. Deel 5 van de MATE is een Likert-schaal waarop respondenten op een vijf-puntschaal aan kunnen geven of ze van bepaalde lichamelijke klachten (1) ‘helemaal niet’ tot (5) ‘voortdurend’ last hebben.

### *Psychische gezondheid*

Om de psychische gezondheid van de gedetineerden te meten, zijn twee schalen uit de MATE versie 1.02 gebruikt; het betrof een vragenlijst voor het vaststellen van het risico op de aanwezigheid van *een persoonlijkheidsstoornis* – de SAPAS (Standard Assessment of Personality Abbreviated Scale; Germans e.a., 2005) – en een vragenlijst voor het vaststellen van het risico op de aanwezigheid van *een angststoornis* of *een depressieve stoornis* – de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale; vertaling Spinhoven e.a., 1997). Omdat de SAPAS en de HADS screeninginstrumenten zijn, kunnen hiermee geen diagnoses gesteld worden. De SAPAS bevat acht items met twee antwoordmogelijkheden (nee/ja). Bij drie of meer positieve antwoorden op de SAPAS is sprake van een indicatie voor een persoonlijkheidsstoornis. De HADS bevat 14 items (zeven items over angst en zeven items over depressie) met antwoordcategorieën variërend van 0 t/m 3. Bij een totaalscore op de angstvragen of op de depressievragen van 8 t/m 10 wordt gesproken van een indicatie voor mogelijke aanwezigheid van een angststoornis dan wel een depressieve stoornis. Bij een score

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

van 11 of hoger op de angst- of depressieschaal wordt gesproken van een indicatie voor waarschijnlijke aanwezigheid van een angststoornis dan wel depressieve stoornis.

Naast deze twee instrumenten is een korte vragenlijst afgenomen voor het meten van het risico op de aanwezigheid van *psychotische klachten*, afkomstig uit de Screening Psychiatrie en Verslaving in de maatschappelijke opvang (Van Rooy e.a., 2007). De drie items die psychotische klachten meten zijn oorspronkelijk afkomstig uit de Screening questionnaire for the detection of serious mental illness in the criminal justice system (Shaw, Tomenson, & Creed, 2003). Bij minimaal 1 positief antwoord op de drie items wordt gesproken van een indicatie voor psychotische stoornissen

### *Sociale omgeving en hulpbehoefte*

De sociale omgeving en hulpbehoefte zijn in kaart gebracht met behulp van de ASI deel 5 (familie en sociale relaties) en deel drie (arbeid, opleiding en inkomen; EuropASI, 2004) en de MATE deel 7 (Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning). Dit is de zogenaamde MATE-IKZ, waarbij de makers van de MATE zich hebben gebaseerd op Internationale classificatie van het menselijk functioneren (International Classification of Functioning, Disability and Health; de ICF). Deze onderdelen stellen vast in hoeverre iemand nog actief is en participeert in de samenleving en in hoeverre hier een zorgbehoefte uit voortvloeit. Er zijn daarnaast nog vragen gesteld over de woonomgeving waar mensen buiten detentie verblijven en over de eventuele aanwezigheid van kinderen.

### *Craving*

Om de mate van craving, of in Nederlands *zucht* of *verlangen* te meten, is deel 9 van de MATE afgenomen (deel 9, Middelen: Verlangen). Dit deel is ontleend aan de verkorte Obsessive-Compulsive Drinking Scale (OCDS; Anton et e.a., 1996). Craving wordt gedefinieerd als een sterk, onbedwingbaar verlangen of hunkering naar het verslavende middel of het verslavende gedrag.

Met behulp van de items in deel 4, Afhankelijkheid en Misbruik, van de MATE, is bepaald of er sprake is van *middelenaafhankelijkheid en / of misbruik* volgens de DSM-IV criteria (Schippers e.a., 2007).

### **3.5 Methode Matching Needs and Services**

De methode Matching Needs and Services (MNS) is van origine een Britse planningsmethode, ontwikkeld door de Dartington Social Research Unit, om het zorgaanbod beter af te stemmen op de vraag (Dartington Social Reserach Unit, 2001). Voor toepassing in Nederland is deze methode vertaald en bewerkt door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

De Matching Needs and Services procedure bestaat uit drie fasen: (1) de onderzoeksfase: waarbij vastgesteld wordt wat de zorgvragen van groepen mensen zijn, (2) de ontwerpfasen: het ontwerpen van een nieuw zorgaanbod dat past bij de hulpvraag (indien het gewenste zorgaanbod niet voorhanden is) en (3) de evaluatiefase: het implementeren en evalueren van het nieuwe zorgaanbod. In dit onderzoek is alleen fase één uitgevoerd.

In de onderzoeksfase worden kenmerken van cliënten in kaart gebracht en op basis daarvan worden door een groep professionals hulpvragen geformuleerd. In de MNS exercitie wordt de hulpvraag gedefinieerd als het oordeel van professionals over hetgeen er nodig is in de specifieke situatie van de persoon waarvoor een formulier wordt ingevuld. Deze definitie sluit aan bij de Engelse term 'need' die door de ontwikkelaars van de MNS exercitie in Dartington gehanteerd wordt.

In dit onderzoek zijn de gegevens van cliënten verzameld in de uitgebreide interviews. Om de gegevens te kunnen gebruiken in de MNS procedure, vulden de interviewers na afloop van elk uitgebreid interview het formulier 'Needs van geïnterviewde' in. Hierbij werd een samenvatting per leefgebied gegeven: 1) gezin, wonen en omgeving, 2) sociale relaties, 3) gedrag, 4) lichamelijke en geestelijke gezondheid, 5) scholing en werk, en 6) problematisch gebruik en gokken. Dit formulier vormt samen met de delictgegevens van de gedetineerde, die uit de registratiesystemen zijn gehaald, de basis voor de volgende stap in de MNS procedure: de sorteerronde.

De sorteerronde is een meerdaagse bijeenkomst waarin een groep professionals de ingevulde formulieren voorziet van een hulpvraag en vervolgens de formulieren sorteert in zogenaamde hulpvraagcategorieën: subgroepen met een gemeenschappelijke hulpvraag. Het ordenen van de ingevulde formulieren gebeurt op basis van een discussie tussen de deelnemende professionals over wat precies de meest dringende hulpvraag is van de cliënt. Op die manier worden trends in de hulpvragen van individuele cliënten zichtbaar.

Het NJi heeft zorg gedragen voor de organisatie en uitvoering van de sorteerronde en heeft de groep professionals samengesteld. De groep professionals bestond uit 2 leden werkzaam bij het Ministerie van Justitie met ervaring in de verslavingszorg, 2 leden vanuit het IVO, (ook zij hadden ervaring in de zorg) en tenslotte zes ‘externe’ leden die speciaal vanwege hun deskundigheid op een bepaald terrein gevraagd waren in de expertgroep zitting te nemen (zie voor overzicht experts Bijlage VI).

Alle gedetineerden die een uitgebreid interview hebben gehad (161), zijn gesorteerd volgens de MNS-methode. Deze sortering vond in eerste instantie plaats voor 120 gedetineerden. Van 41 mensen waren op dat moment de benodigde gegevens nog niet beschikbaar. Zij zijn in een later stadium, met een kleiner aantal deskundigen, alsnog ingedeeld in een van de hulpbehoefte categorieën. Van 2 respondenten was onvoldoende informatie voorhanden om ze in te delen in een categorie. Er zijn dus 159 mensen gesorteerd.

De indeling naar hulpbehoefte is vervolgens ingevoerd in het reeds bestaande databestand, hetgeen aanvullende statistische analyses mogelijk maakte. Met behulp van deze statistische analyses is aanvullend inzicht verkregen in verschillen tussen de diverse groepen gedetineerden ingedeeld naar zorgbehoefte. Deze analyses zijn ter aanvulling van de beschrijvingen uitgevoerd. Tenslotte vergelijken we de zorgbehoeften zoals vastgesteld door de experts met de subjectieve zorgbehoeften, dus zoals deze door de gedetineerden zelf is aangegeven. Deze vergelijking wordt in subparagraaf 5.3 beschreven.

### **3.6 Vergelijking van onderzoeksgroep en populatie**

#### **Gebruikte gegevens**

Om een vergelijking op kenmerken mogelijk te maken tussen de onderzoeksgroep en de populatie, is gebruik gemaakt van het registratiesysteem TULP van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). TULP is het bedrijfsprocessensysteem van DJI waarop alle inrichtingen zijn aangesloten. Het is feitelijk een verblijfsregistratiesysteem vergelijkbaar met boekingssystemen die hotels gebruiken. TULP bevat onder andere gegevens over gedetineerden, insluitingstitels, celbezetting, en verblijfsduur.

De gegevens in dit systeem zijn dynamisch, omdat dagelijks mutaties plaatsvinden van gedetineerden die in-, door- of uitstromen. Voor onderzoeks- en beleidsdoeleinden is TULP-SI (StuurInformatie) ontwikkeld. Het gaat hier om een informatiesysteem waarmee het management van DJI op strategisch niveau inzicht kan verkrijgen in ontwikkelingen ten aanzien van celcapaciteit, bezetting en dergelijke. De gegevens zijn ontleend aan het bedrijfsprocessensysteem. Van TULP-SI is gebruik gemaakt voor het uitvoeren van de onderhavige analyses.

Omdat de veldwerkperiode zich heeft uitgestrekt over een periode van oktober 2006 tot en met februari 2007, hebben we ervoor gekozen de onderzoeksgroep te vergelijken met de totale instroom van gedetineerden in deze periode. Het gaat om de volgende selectie:

- Instroom in periode oktober 2006 – februari 2007;
- Alleen meerderjarigen;
- Géén personen die zijn ingesloten op vreemdelingentitels (illegale vreemdelingen), wél illegalen die op strafrechtelijke titels zijn ingesloten.

In de onderzoeksperiode bedroeg de totale instroom in het gevangeniswezen 14.722 personen (exclusief illegale vreemdelingen). Circa 5 procent van deze groep stroomde in deze periode meer dan één keer in. In de meeste gevallen gaat het hierbij om personen die twee keer of soms zelfs drie keer zijn ingestroomd.<sup>6</sup> Van deze personen zijn de ‘instroomgegevens’ verkregen. Vervolgens zijn de geïnterviewde gedetineerden op VIP-nummer gekoppeld aan hun instroomgegevens (het VIP-nummer is een unieke identificatiesleutel in TULP). In 6% van de gevallen kon hierbij geen koppeling tot stand worden gebracht, omdat de sleutels van de betreffende gedetineerden niet voorkwamen in het instroombestand. De oorzaken hiervoor kunnen op diverse vlakken liggen.<sup>7</sup> Om een zo zuiver mogelijke vergelijking te laten plaatsvinden, worden de instroomgegevens van de personen uit de onderzoeksgroep (voor zover beschikbaar) telkens vergeleken met die van de totale instroom minus de onderzoeksgroep. Om redactionele redenen spreken we hierna gemakshalve over de ‘populatie’. Bedoeld wordt dan de totale instroom in de onderzoeksperiode minus de onderzoeksgroep.

---

<sup>6</sup> De personen die meer dan één keer instroomden zijn alle keren dat zij instroomden meegeteld.

<sup>7</sup> Enkele voor de hand liggende verklaringen zijn: ontbrekende sleutels in bronbestand, fouten van veldwerkers bij overnemen van sleutelgegevens, gebruik van tijdelijke sleutels die na periode niet meer door TULP herkend worden en veranderingen in sleutelgegevens door DJI.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Om de kwalificatie ‘representatief’ inhoud te kunnen geven, moeten we feitelijk beschikken over gegevens die mogelijk (oorzakelijk) verband houden met de te onderzoeken fenomenen, te weten problematisch middelengebruik en gokgedrag. In dit geval zijn we afhankelijk van de beschikbare gegevens in TULP. Het gaat hierbij enerzijds om algemene achtergrondkenmerken van gedetineerden (zoals geslacht, leeftijd en dergelijke) en anderzijds om kenmerken die verband houden met de detentie.

Hieronder wordt een vergelijking gepresenteerd tussen de onderzochte onderzoeksgroep en de gehele populatie gedetineerden (met uitzondering van de illegale vreemdelingen) in de deelnemende HvB's in Nederland. In Tabel 3.1 worden drie kolommen met (instroom)gegevens gepresenteerd, uitgesplitst naar de besproken categorieën gedetineerden. We zien in deze tabel de instroomgegevens van 2005, de instroomgegevens gedurende de periode van het veldwerk (oktober 2006 – februari 2007) en de samenstelling van de onderzoeksgroep.

De instroomgegevens gedurende de onderzoeksperiode wijken nauwelijks af van de instroomgegevens in het voorafgaande kalenderjaar (2005): preventieven en arrestanten vormen de belangrijkste groepen, op afstand gevolgd door zelfmelders/ED-ers. We mogen derhalve concluderen dat gedurende de veldwerkperiode de instroom niet vertekend is geweest door bijzondere omstandigheden, korte termijn factoren en dergelijke. Verrassend is dit niet, omdat het veldwerk een periode van 5 maanden besloeg.

Wanneer we de samenstelling van de onderzoeksgroep vergelijken met de instroom in de onderhavige periode, kunnen we de volgende zaken opmerken:

- 1) Zelfmelders/ED-ers ontbreken in de onderzoeksgroep, dit is conform het onderzoeksprotocol.
- 2) Ten opzichte van de reguliere instroom zijn arrestanten in de onderzoeksgroep sterk ondervertegenwoordigd. Volgens het uiteindelijke onderzoeksprotocol zouden zij helemaal geen deel uitmaken van de onderzoeksgroep omdat niet alle deelnemende HvB's arrestanten huisvesten. Echter, vanwege onvoorziene omstandigheden zoals eerder besproken (paragraaf 3.1 Selectie van de steekproef), zijn ze toch in de onderzoeksgroep terecht gekomen.
- 3) Conform het protocol bestaat de onderzoeksgroep vooral uit voorlopig gehechten (preventieven)



**Tabel 3.1 Instroom in Nederlandse gevangeniswezen (in 2005 en in de onderzoeksperiode) en samenstelling onderzoeksgroep\***

	<i>Instroom gedetineerden in 2005<sup>8</sup></i>	<i>Instroom in onderzoeksperiode 10/2006 – 02/2007</i>	<i>Samenstelling onderzoeksgroep**</i>
Preventieven	20.355 (47%)	6.709 (46%)	532 (88%)
Arrestanten	19.510 (45%)	6.922 (47%)	72 (12%)
Zelfmelders/ED	3.600 ( 8%)	1.091 ( 7%)	- ( 0%)
Totaal	43.465 (100%)	14.722 (100%)	604 (100%)
* Instroom van illegale vreemdelingen (in vreemdelingenbewaring en uitzetcentra) is buiten beschouwing gelaten			
** Ten tijde van deze berekeningen waren er van 33 respondenten nog geen gegevens voorhanden, zij zijn niet meegenomen in deze vergelijkende analyses met de gehele HvB populatie			

Eerder is al uiteengezet waarom zelfmelders/ED-ers in de onderzoeksgroep ontbreken en waarom arrestanten sterk ondervertegenwoordigd zijn ten opzichte van de populatie. In de navolgende analyses zullen we ons derhalve richten op de preventieven.

In Tabel 3.2 zijn de verschillende groepen gedetineerden, uit zowel populatie als onderzoeksgroep, op enkele demografische kenmerken beschreven. Het gaat om de kenmerken geslacht, leeftijd, geboorteland en legaal verblijf. De laatste vier kolommen beschrijven (deelgroepen uit) de populatie (instroomcohort 10/2006 – 2/2007), de twee kolommen daarvoor beschrijven de onderzoeksgroep (groep preventieven versus totale onderzoeksgroep).

We onderzoeken eerst in hoeverre preventieven in de gehele populatie binnen HvB's op kenmerken verschillen van de andere 2 groepen gedetineerden. Hierbij komen kleine, maar in alle gevallen statistisch significante verschillen aan het licht:<sup>9</sup> een belangrijk verschil tussen preventieven en andere gedetineerden zien we bij de relatieve oververtegenwoordiging van jongeren: bij de preventieven is bijna een kwart (24%) 23 jaar of jonger, bij arrestanten en zelfmelders bedragen deze percentages respectievelijk 16% en 14%. Deze verschillen zien we terug in de gemiddeld jongere leeftijd van preventieven. Daarnaast zijn preventieven naar verhouding vaker in het buitenland geboren (47% van de preventieven tegen 39% van de

<sup>8</sup> Bron: DJI.

<sup>9</sup> Gebruikte toetsen: chi-kwadraat voor verschillen in percentages, F-toets (ANOVA) voor verschillen in gemiddelde leeftijd (voor alle gevallen geldt:  $p < .01$ ).

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

zelfmelders) en verblijven ze iets vaker dan de andere categorieën gedetineerden illegaal in Nederland. Preventieven zijn naar verhouding ook iets vaker van het mannelijk geslacht, maar de verschillen met de andere 2 groepen gedetineerden zijn hier erg klein.

**Tabel 3.2 Vergelijking van gedetineerden op kenmerken (onderzoeksgroep en populatie)**

	<b>Onderzoeksgroep</b>		<b>Populatie (instroom 10/2006 – 2/2007)</b>			
	Preventief	Totaal	Preventief	Arrestant	Zelf-melder	Totaal
N	529	604	6.709	6.922	1.091	14.722
<i>Kenmerken</i>						
Mannen (%)	90%	89%	92%	91%	90%	91%
Leeftijd (gemiddeld)	32	32	33	35	36	34
In Nederland geboren (%)	61%	61%	53%	58%	61%	56%
Legaal verblijf (%)	94%	94%	89%	92%	92%	91%

### **Onderzoeksgroep**

De onderzoeksgroep bestaat voor 88% uit preventieven en voor 12% uit arrestanten. Wanneer we de preventieven in de onderzoeksgroep vergelijken met de preventieven in de populatie, vallen de volgende (statistisch significante) verschillen op:

- in de onderzoeksgroep zitten iets meer vrouwen (10% tegen 8% in populatie preventieven);
- in de onderzoeksgroep zitten meer jongeren tot en met 23 jaar (32% tegen 24% in populatie preventieven);
- in de onderzoeksgroep zitten meer gedetineerden die in Nederland zijn geboren (61% tegen 53% in populatie preventieven);
- in de onderzoeksgroep zitten minder illegalen (6% tegen 11% in de populatie preventieven).

### **Arrestanten versus preventieven**

De samenstelling van de totale onderzoeksgroep naar achtergrondkenmerken komt dermate sterk overeen met de samenstelling van de groep preventieven in de onderzoeksgroep, dat we hier geen aparte analyse aan wijden. Overigens betekent dit niet dat de arrestanten in de onderzoeksgroep in alle opzichten gelijk zijn aan de preventieven. Binnen de

onderzoeksgroep kunnen we beide groepen vergelijken op delictkenmerken. We kunnen dan zien dat de arrestanten in onze onderzoeksgroep bij hun eerste politiecontact gemiddeld 2 jaar ouder zijn dan de preventieven, en dat hun criminele carrière gemiddeld iets korter is dan die van de preventieven (twee jaar). Verder zien we dat het gemiddeld aantal strafbare feiten in deze groep een stuk lager ligt dan bij de preventieven (gemiddeld 20 strafbare feiten tegen 30 bij de preventieven). De delicten waarvan ze laatstelijk zijn verdacht zijn niet heel erg verschillend, met uitzondering van het feit dat sommige zware geweldsmisdrijven zoals moord en doodslag, zware mishandeling e.d. bij de arrestanten niet of veel minder voorkomen. Voor het overige zien we redelijk vergelijkbare delictpatronen: veel opiumwetdelicten, diefstal (eenvoudig en gekwalificeerd) en diefstal met geweld.

### **Instromers versus overgeplaatsten**

Van de onderzoeksgroep bestaat 23% uit overgeplaatsten (in plaats van instromers van buiten). Mogelijk dat dit onderscheid van invloed is op de samenstelling van de onderzoeksgroep. Dit blijkt het geval. De verdeling naar geslacht verschilt niet (van de instromers is 90% man, van de overgeplaatsten is 89% man), en is dus niet van invloed op de samenstelling van de onderzoeksgroep. Wel zien we onder de overgeplaatsten iets meer illegalen (7% tegen 5% van de instromers). Onder de overgeplaatsten zien we ook minder vaak gedetineerden die in Nederland geboren zijn (57% tegen 62% bij de instromers). Het grootste verschil zien we echter bij de leeftjidsverdeling: van de overgeplaatsten is maar liefst 54% 23 jaar of jonger (tegen 24% van de instromers). Met name dit laatste gegeven zorgt er voor dat de onderzoeksgroep (preventief gehechten) jonger is dan de populatie. Als we de overgeplaatsten buiten de analyse laten, zijn de leeftjidsverdelingen van onderzoeksgroep en populatie (preventieven) identiek.

Kortom, de overgeplaatsten zorgen ervoor dat jongeren tot en met 23 jaar oververtegenwoordigd zijn in de onderzoeksgroep. Als we deze groep echter buiten beschouwing laten, zien we wel bij andere kenmerken een groter verschil ontstaan tussen de onderzoeksgroep en de populatie, namelijk ten aanzien van legaal verblijf en percentage gedetineerden dat in Nederland is geboren (beide groepen zijn bij de instromers sterker oververtegenwoordigd dan bij de overgeplaatsten in de steekproef). De overgeplaatsten zijn in de totale onderzoeksgroep ( $n = 637$ ) opgenomen.

### **Samenvatting**

Wanneer we de resultaten ten aanzien van problematisch middelengebruik en problematisch gokken willen generaliseren naar de populatie van preventief gehechte gedetineerden dienen we ons te realiseren dat de samenstelling van de onderzoeksgroep de volgende (lichte) vertekeningen laat zien:

- vrouwen zijn iets oververtegenwoordigd;
- jongeren tot en met 23 jaar zijn oververtegenwoordigd;
- in Nederland geboren zijn oververtegenwoordigd;
- illegalen zijn ondervertegenwoordigd.

### **3.7 Vergelijking van probleemgebruikers/gokkers die wel en niet een uitgebreide interview hebben ontvangen**

Het is van belang om inzicht te krijgen in de vraag of de gedetineerden bij wie een uitgebreid interview is afgenomen ( $n = 161$ ) op bepaalde demografische variabelen significant afwijken van de groep probleemgebruikers en gokkers uit de screening bij wie geen uitgebreid mondeling interview is afgenomen ( $n = 476$ ). De selectie van respondenten voor uitgebreide interviews is door de interviewers zelf uitgevoerd. Het belangrijkste criterium daarbij was dat respondenten via de screener als probleemgebruiker of probleemgokker waren gecategoriseerd. Verder was interviewers gevraagd om per HvB ongeveer negen problematisch drinkers, negen problematische druggebruikers, en zes problematische gokkers voor een uitgebreid interview te selecteren. Deze verhouding was gebaseerd op eerdere prevalentiecijfers, waarbij het aantal problematische gokkers is ‘oversampled’ om het doen van uitspraken over deze relatief kleine groep toch mogelijk te maken (zie hoofdstuk 2). In paragraaf 4.2.5 (zie voetnoot) wordt de verhouding tussen problematische drinkers, druggebruikers en gokkers in de huidige steekproef besproken.

De resultaten laten zien dat er geen verschillen bestaan tussen problematische middelengebruikers c.q. gokkers die wel en geen uitgebreid interview hebben gehad met betrekking tot geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en HvB. Wel bestond er een significant verschil in etnische herkomst, waarbij allochtone respondenten minder vaak een uitgebreid interview hebben ontvangen dan autochtone respondenten. Respondenten met een Nederlandse achtergrond waren dus oververtegenwoordigd in de onderzoeksgroep die een uitgebreid interview heeft gehad, terwijl respondenten met een Marokkaanse herkomst en respondenten met een (overige) niet-Westerse etnische herkomst ondervertegenwoordigd

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

waren. Om meer inzicht te krijgen in mogelijke verklaringen voor deze selectieve uitval, zijn alle interviewers achteraf gevraagd naar hun ideeën over mogelijke oorzaken voor dit verschil. De belangrijkste oorzaken die de interviewers noemden, worden hieronder beschreven.

- Taalproblemen: tijdens de screening bleek dat enkele allochtone gedetineerden de Nederlandse taal nauwelijks beheersten, een uitgebreid interview was bij hen niet haalbaar.
- Taboe-onderwerp: bij bijna alle interviewers ontstond de indruk dat allochtonen, met name gedetineerden van Marokkaanse komaf, zich vaker dan autochtonen schaamden voor deze problematiek. Tijdens de screening hadden ze moeite hierover te praten en bagatelliseerden zij hun gebruik. Een deel van deze respondenten weigerden een uitgebreid interview over middelengebruik. Middelengebruik zou binnen ‘hun cultuur’ verboden zijn en ook niet bespreekbaar.
- Achterdocht: in dit kader werd ook achterdocht genoemd door de interviewers. Het zou hier vooral gedetineerden van Marokkaanse komaf betreffen die geen interview wilden, bijvoorbeeld omdat de interviewer een vrouw was (6 van de 8 interviewers was vrouw), of omdat ze dachten dat het ‘hun zaak’ geen goed zou doen, en ze bang waren dat hun antwoorden aan anderen doorgegeven zouden worden.

### 3.8 Statistische procedure

De data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 12.0. Demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, etniciteit) en de prevalentie van problematisch alcoholgebruik, druggebruik, gokken, en gepleegde delicten van de onderzochte groep gedetineerden (n = 637) zijn in kaart gebracht met behulp van frequentietabellen. Met behulp van chi-kwadraattoetsen en ANOVA's is nagegaan in hoeverre er statistisch significante verschillen bestaan tussen problematische alcoholgebruikers, problematische druggebruikers en problematische gokkers onderling op demografische kenmerken en delictkenmerken. De ernst van problematisch alcoholgebruik, druggebruik, en gokken is in kaart gebracht met behulp van descriptieve statistiek (gemiddelde, standaarddeviatie, bereik, laagste waarde – hoogste waarde).

De vraag in hoeverre de groep probleemgebruikers en gokkers die een uitgebreid mondeling interview kregen (n = 161) op basis van bovenstaande demografische variabelen afweek van de groep probleemgebruikers en gokkers die niet uitgebreid geïnterviewd zijn, is onderzocht met behulp van logistische regressieanalyses.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Met behulp van ANOVA's, groepsgewijze t-testen, en chi-kwadraattoetsen is geanalyseerd in hoeverre gedetineerden die problemen ervaren met alcoholgebruik, druggebruik en gokken van elkaar verschillen wat betreft co-morbide problematiek (o.a. indicatoren psychiatrische problematiek, ernst van probleemgebruik).

Tot slot werd met behulp van univariate (ANOVA's) en multivariate (MANOVA's) analyses getoetst in hoeverre er tussen de verschillende categorieën zorgbehoeften verschillen bestaan met betrekking tot demografische variabelen (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, etniciteit), lichamelijke en psychische problemen (persoonlijkheidsstoornis, angst en depressieve klachten, psychotische klachten), ernst en aard van de criminele carrière (leeftijd eerste delict, duur van de criminele carrière, totaal aantal strafbare feiten bekend bij politie, en de lengte van de detentie uitgedrukt in aantal dagen) en ernst en aard van problematisch middelengebruik (co-morbiditeit en type problematiek).

**Hoofdstuk 4**  
**Resultaten screening en**  
**uitgebreide Interviews**

## **Hoofdstuk 4 Resultaten screening en uitgebreide interviews**

### **Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze studie beschreven. Allereerst zal in paragraaf 4.1 de onderzoeksgroep, een random steekproef uit de totale HvB populatie, beschreven worden. In paragraaf 4.2 wordt de prevalentie van probleemgebruik in de onderzochte onderzoeksgroep beschreven, gevolgd door een beschrijving van de aard en ernst van de problematiek in paragraaf 4.3. In paragraaf 4.4 presenteren we de resultaten met betrekking tot middelengebruik en delinquentie. In paragraaf 4.5 komen de kenmerken van de probleemgebruikers aan bod. In paragraaf 4.6 worden de verschillen tussen probleemgebruikers van één middel en van meerdere middelen beschreven.

### **4.1 De onderzoeksgroep**

#### **4.1.1 Demografische beschrijving van de onderzoeksgroep die deel heeft genomen aan de screening**

In deze paragraaf beschrijven we de belangrijke demografische kenmerken van de groep van 637 gedetineerden die deel heeft genomen aan de screening. Deze onderzoeksgroep is een random samengestelde groep gedetineerden afkomstig uit de 8 HvB's die betrokken waren bij dit onderzoek. De steekproef bestond uit 563 mannen (88%) en 74 vrouwen (12%). In Tabel 4.1 worden de demografische kenmerken van de onderzochte groep beschreven.

Over het algemeen zijn de respondenten, evenals uit de literatuurstudie bleek, vrij laag opgeleid. Met de categorie 'lager' wordt basisonderwijs of speciaal basisonderwijs bedoeld, met 'middelbaar' wordt bedoeld middelbare school of middelbaar beroepsonderwijs, en met 'hoger' wordt bedoeld HBO of universitair niveau.

Van de 637 gevraagde gedetineerden zijn 241 (38%) personen van niet-Nederlandse afkomst (volgens BIZA-norm<sup>10</sup>). Dit is minder dan op basis van de literatuur verwacht werd. Dit is ook minder dan het gemiddelde van alle gedetineerden in Nederland. In het vervolg van dit

---

<sup>10</sup> Norm van het Ministerie van Buitenlandse Zaken: een persoon is autochtoon als de persoon zelf en vader en moeder in Nederland is geboren; een persoon is allochtoon wanneer de persoon zelf, en/of vader en/of moeder buiten Nederland is geboren.



verslag zal vanwege de beperkte groepsgrootte van de verschillende etnische groepen slechts een onderscheid worden gemaakt naar ‘Nederlands (autochtoon)’ en ‘niet-Nederlands (allochtoon)’.

**Tabel 4.1 Leeftijd, opleiding, en etniciteit van de respondenten (n = 637)**

<b>Leeftijd</b>		
	Aantal	%*
18-24	213	33
25-44	311	49
≥ 45	113	18
<b>Totaal</b>	<b>637</b>	<b>100</b>
<b>Opleidingsniveau</b>		
Geen	24	4
Lager (LO of bijzonder onderwijs als LOM)	177	28
Middelbaar (middelbare school of MBO)	402	63
Hoger (HBO of WO)	33	5
<b>Totaal</b>	<b>636**</b>	<b>100</b>
<b>Etniciteit</b>		
Nederland	395	62
Suriname	56	9
Antillen/Aruba	60	9
Marokko	23	4
Turkije	22	3
Westers land	32	5
Niet-Westers land	48	8
<b>Totaal</b>	<b>636**</b>	<b>100</b>

\* Door afronding kan het totaal van 100 afwijken

\*\* Van één respondent gegevens niet bekend

In Tabel 4.2 wordt in eerste instantie weergegeven hoeveel middelen gedetineerden tegelijk gebruiken, waarbij problemen met gokken ook meegerekend werden. Het betrof hier dus gokken, en het gebruik van alcohol, cannabis, opiaten, cocaïne, stimulantia, XTC, MDMA, en sedativa. Uit de tabel is af te lezen dat 40% van de ondervraagde gedetineerden géén problematisch middelengebruik kent. Achtentwintig procent die wel problemen kent met middelen heeft een probleem met één middel, 17% met twee middelen, 8% met drie middelen, 5% met vier middelen, en 3% met vijf of zes middelen .

**Tabel 4.2 Aantal verschillende middelen waarop gedetineerden probleemgebruik kennen gedurende het afgelopen jaar ( $n = 637$ )**

Aantal middelen	Aantal gedetineerden	% gedetineerden
0	254	40
1	178	28
2	105	16
3	50	8
4	33	5
5	11	2
6	4	1
<b>Totaal</b>	<b>637</b>	<b>100</b>

#### 4.2 Prevalentie van problematisch middelengebruik en problematisch gokken

In deze paragraaf staat de prevalentie van problematisch alcoholgebruik en druggebruik, en van problematisch gokken onder gedetineerden beschreven. Prevalentie van problematisch middelengebruik wordt gedefinieerd als het aandeel van de totale populatie dat in een bepaalde periode (bijvoorbeeld ooit, afgelopen jaar of afgelopen maand) een middel heeft gebruikt. Hiertoe is tijdens de screening aan respondenten gevraagd naar hun gebruik over de periode van één jaar vóóordat ze in detentie kwamen. In Tabel 4.3 worden per middel de demografische kenmerken van betreffende gedetineerden weergegeven.

##### 4.2.1 Problematische gokkers

Van de 637 gescreende gedetineerden is 6% ( $n = 38$ ) een problematische gokker, waaronder 2 vrouwen. Tussen problematische gokkers en niet-problematische gokkers zijn geen significante verschillen gevonden met betrekking tot sekse, leeftijd, opleidingsniveau, en etniciteit. Van de problematische gokkers heeft 12% enkel een probleem met gokken (82% heeft daarnaast ook een probleem met alcohol en/ of drugs).

##### 4.2.2 Problematische alcoholgebruikers

Van de gescreende gedetineerden is 30% ( $n = 178$ ) een problematisch alcoholgebruiker. Het betreft 18 vrouwen (24% van de vrouwen) en 160 mannen (31% van de mannen). Dit sekseverschil is niet significant. Ook zijn er geen significante verschillen tussen de groepen problematische alcoholgebruikers en niet-problematische gebruikers wat betreft hun opleidingsniveau. Wel zijn er verschillen tussen deze 2 groepen wat betreft leeftijd en etniciteit. De groep 25 tot 44-jarigen en de autochtone gedetineerden zijn relatief

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

oververtegenwoordigd in de groep problematische alcoholgebruikers. Van de problematische drinkers heeft 66% ook een probleem met minimaal één ander middel of gokken.

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Tabel 4.3 Prevalentie problematisch middelengebruik en problematisch gokken onder gedetineerden afgelopen jaar ( $n = 637$ )

		Sekse		Leeftijdscategorie			Opleidingsniveau				Etniciteit	
		Totaal <i>N</i> =637 100%	Man <i>n</i> =563 88%	Vrouw <i>n</i> =74 12%	18-24 <i>n</i> =213 33%	25-44 <i>n</i> =311 49%	44 + <i>n</i> =113 18%	Geen <i>n</i> =24 4%	Lager <i>n</i> =177 29%	Midden <i>n</i> =402 63%	Hoger <i>n</i> =33 5%	Autochtoon <i>n</i> =396 62%
<b>Gokken of Middel</b>												
<b>Gokken</b>	6,0 (38)	6,4 (36)	2,7 (2)	4,2 (9)	6,4 (20)	8,0 (9)	4,2 (1)	6,2 (11)	6,5 (26)	0 (0)	4,6 (18)	8,3 (20)
<b>Alcohol</b>	30,0 (178)	30,8 (160)	24,3 (18)	<b>25,5</b> <b>(146)</b>	<b>34,8</b> <b>(101)</b>	<b>25,0</b> <b>(27)</b>	36,4 (8)	35,4 (58)	27,6 (104)	25,8 (8)	<b>34,3</b> <b>(128)</b>	<b>22,3</b> <b>(49)</b>
<b>Cannabis Totaal</b>	33,2 (204)	34,7 (187)	23,0 (17)	41,8 (87)	35,3 (105)	11,1 (12)	34,7 (8)	39,3 (68)	31,9 (123)	15,6 (5)	32,3 (123)	34,9 (81)
<b>Cannabis (gemid. risico)</b>	11,2 (69)	<b>10,4</b> <b>(56)</b>	<b>17,6</b> <b>(13)</b>	12,5 (26)	12,8 (38)	4,6 (5)	13,0 (3)	12,7 (22)	10,4 (40)	12,5 (4)	11,3 (43)	11,2 (26)
<b>Cannabis (hoog risico)</b>	<b>22,0</b> <b>(135)</b>	<b>24,3</b> <b>(131)</b>	<b>5,4</b> <b>(4)</b>	<b>29,3</b> <b>(61)</b>	<b>22,5</b> <b>(67)</b>	<b>6,5</b> <b>(7)</b>	21,7 (5)	26,6 (46)	21,5 (83)	3,1 (1)	21,0 (80)	23,7 (55)
<b>Harddrugs totaal</b>	23,9 (151)	22,9 (128)	31,1 (23)	<b>11,7</b> <b>(25)</b>	<b>35,2</b> <b>(108)</b>	<b>16,1</b> <b>(18)</b>	16,7 (4)	29,1 (51)	23,0 (92)	12,1 (4)	<b>27,6</b> <b>(108)</b>	<b>17,5</b> <b>(42)</b>
<b>Opiaten</b>	11,9 (76)	<b>10,7</b> <b>(60)</b>	<b>21,6</b> <b>(16)</b>	<b>2,8</b> <b>(6)</b>	<b>17,7</b> <b>(55)</b>	<b>13,3</b> <b>(15)</b>	12,5 (0,5)	11,3 (3,1)	12,0 (48)	12,1 (4)	<b>14,0</b> <b>(55)</b>	<b>8,3</b> <b>(20)</b>
<b>Cocaine</b>	18,7 (119)	<b>17,6</b> <b>(99)</b>	<b>27,0</b> <b>(20)</b>	<b>5,6</b> <b>(12)</b>	<b>29,0</b> <b>(90)</b>	<b>15,0</b> <b>(17)</b>	12,5 (3)	20,3 (36)	18,7 (75)	12,1 (4)	20,6 (81)	15,4 (37)
<b>Stimulantia</b>	4,3 (27)	4,5 (25)	2,7 (2)	4,7 (10)	4,9 (15)	1,8 (2)	4,2 (1)	7,4 (13)	3,0 (12)	3,0 (1)	<b>6,1</b> <b>(24)</b>	<b>1,2</b> <b>(3)</b>
<b>XTC/MDMA</b>	1,9 (12)	2,0 (11)	1,4 (1)	2,3 (5)	1,0 (6)	0,9 (1)	0 (0)	3,4 (6)	1,0 (4)	3,0 (1)	2,6 (10)	0,8 (2)
<b>Sedativa</b>	15,1 (96)	<b>13,3</b> <b>(75)</b>	<b>28,4</b> <b>(21)</b>	<b>3,8</b> <b>(8)</b>	<b>21,9</b> <b>(68)</b>	<b>17,7</b> <b>(20)</b>	20,8 (5)	14,7 (26)	14,7 (59)	15,2 (5)	<b>19,3</b> <b>(76)</b>	<b>8,3</b> <b>(20)</b>

Weergave in procenten, binnen categorie. Tussen haakjes absolute aantallen. Cursief en vet gedrukt =  $p < .05$ .

### **4.2.3 Problematisch cannabisgebruik**

Van de 637 gescreende gedetineerden is bij 33% ( $n = 204$ ) sprake van problematisch cannabisgebruik - gedefinieerd als een gemiddeld of hoog risico op cannabismisbruik -, waarbij 11% ( $n = 69$ ) een gemiddeld risico op cannabismisbruik had en 22% ( $n = 135$ ) een hoog risico op cannabismisbruik. Etniciteit noch opleidingsniveau hangen samen met de mate waarin problematisch cannabisgebruik vóórkomt; maar sekse en leeftijd wel. Vrouwen zijn oververtegenwoordigd in de ‘gemiddeld risicogroep’, en jongeren en mannen in de ‘hoog risicogroep’. Van de problematische cannabisgebruikers (beide risicogroepen samen) heeft 60% ook een probleem met één of meer andere middelen (inclusief gokken).

### **4.2.4 Problematisch harddruggebruik**

De prevalentie van problematisch harddruggebruik onder de 637 gescreende gedetineerden is bijna 24% ( $n = 151$ ). Er is sprake van problematisch harddruggebruik wanneer het middel minimaal 5 dagen per week gebruikt wordt. Onder ‘harddrugs’ valt een verzameling van verschillende middelen, te weten: opiaten, cocaïne, stimulantia, XTC, MDMA en sedativa. Enkele van deze stoffen, met name sedativa en sommige stimulantia, kunnen ook op voorschrift van een arts gebruikt worden. De mensen bij wie uit de screening bleek dat het middel voor een niet verslavingsgerelateerde aandoening werd voorgeschreven door een arts zijn niet in deze groep opgenomen. We mogen derhalve aannemen dat iedereen in deze groep de stoffen bewust tot zich nam vanwege de psychoactieve werking ervan. Dit idee wordt bevestigd door het gegeven dat 88% van de problematische sedativagebruikers ook een problematische gebruiker van (een) ander(e) middel(en) is, met name cocaïne (51%), alcohol (48%), cannabis (44%) en opiaten (40%). Binnen de gehele groep harddruggebruikers valt op dat allochtonen significant ondervertegenwoordigd zijn, waarbij gedetineerden in de leeftijdscategorie 25 tot 44 jaar tevens oververtegenwoordigd zijn. Van de problematische druggebruikers ervaart 12% een probleem met één harddrug; de overige problematische druggebruikers ervaren problemen met meerdere middelen (inclusief gokken).

### **Opiaten**

Onder opiaten vallen stoffen als heroïne en andere aan opium onttrokken middelen, maar ook de chemische middelen, zoals methadon. Van de gescreende groep heeft 12% een probleem met opiaatgebruik ( $n = 76$ ), 60 mannen en 16 vrouwen. Verhoudingsgewijs zijn de vrouwen hierin oververtegenwoordigd. Evenals bij de gehele groep problematisch harddruggebruikers is het aantal opiaatgebruikers onder 25-44 jarigen het grootst, namelijk 18% (55 van de 311).

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Maar ook het aantal gebruikers van 44 jaar en ouder is betrekkelijk groot (13%). Onder jongeren komt opiaatgebruik nauwelijks voor (3%, dit betekent 6 van de 213 jongeren). Opleidingsniveau lijkt geen enkel verband te houden met opiaatgebruik. Daarentegen geeft etniciteit wel verschillen te zien, waarbij allochtonen significant minder vaak opiaten gebruiken dan autochtonen. Van de problematische opiaatgebruikers is 93% ook een probleemgebruiker van een of meerdere andere middelen.

### **Cocaïne**

Cocaïne wordt gebruikt door 19% ( $n = 199$ ) van de onderzochte gedetineerden. Hieronder zijn opvallend veel vrouwen (27% van de vrouwen en 18% mannen). Ook vinden we hier, net zoals bij de totale groep, een scheve verdeling naar leeftijdscategorieën, waarbij de leeftijdsgroep 25 tot 44 jaar oververtegenwoordigd is. Er is geen verschil in problematisch cocaïnegebruik bij de verschillende groepen naar opleidingsniveau en etniciteit. Van de problematische cocaïnegebruikers heeft 91% ook een probleem met het gebruik van één of meerdere andere middelen.

### **Stimulantia**

Onder stimulantia vallen amfetamines, khat, pepmiddelen, Ponderal, Ritalin en speed, anders dan door een arts voorgeschreven voor een niet-verslavingsgerelateerde aandoening. Stimulantia worden op een problematische manier gebruikt door 27 gedetineerden (waaronder 2 vrouwen), dit is 4% van de totale onderzoeksgroep. Verschillen in problematisch gebruik tussen sekse, leeftijdscategorieën en opleidingsniveaus zijn niet significant. De verschillen tussen allochtone en autochtone gedetineerden zijn wel significant, waarbij allochtonen minder vaak probleemgebruik kennen met betrekking tot stimulantia. Van de problematische stimulantia-gebruikers is 93% ook een problematische gebruiker van een ander middel.

### **XTC / MDMA**

Er zijn 12 mensen met problematisch XTC-gebruik (inclusief MDMA-gebruik). Deze groep is te klein om verschillen naar sekse, leeftijd, opleiding en etniciteit te kunnen toetsen. Van de 12 problematische XTC-gebruikers heeft er één geen problemen met andere middelen.

### **Sedativa**

Onder sedativa worden kalmerings- of slaapmiddelen verstaan, zoals barbituraten, Librium, Rohypnol, Seresta, Temesta, Valium, en Xanax. Van de 637 gescreende gedetineerden kent

15% ( $n = 96$ ) problematisch sedativagebruik. Een opvallend resultaat is het verschil in gebruik tussen mannen en vrouwen. Vrouwen gebruiken deze middelen significant vaker op een problematische manier. Ook zien we verschillen tussen leeftijdscategorieën, waarbij de groep 25-44 jarigen relatief oververtegenwoordigd is. Tevens is de groep autochtonen oververtegenwoordigd. Het opleidingsniveau toont geen significante verschillen. Zoals al eerder gerapporteerd werd, kent 88% van de problematische sedativagebruikers ook problematisch gebruik van een ander middel.

#### **4.2.5 Samenvatting prevalentiecijfers middelengebruik**

De prevalentie van het problematische gebruik en/of gokken onder de 637 gescreende gedetineerden betreft 60%. Bij 30% van de gedetineerden is sprake van problematisch alcoholgebruik, bij 38% van problematisch druggebruik (gedefinieerd als problematisch harddruggebruik en/of een hoog risico op problematisch cannabisgebruik), en bij 6% van problematisch gokken.<sup>11</sup>

Voor verschillende middelen werden duidelijke verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen. Mannen kenden (significant) vaker problematisch gebruik van stimulantia en van cannabis (de hoog risico groep). Vrouwen scoorden weer vaker op problematisch cannabisgebruik met een gemiddeld risico. Ook kenden vrouwen betrekkelijk vaak probleemgebruik van opiaten, cocaïne en sedativa. Zowel problematisch alcohol- als harddruggebruik komt vaker voor in de leeftijdscategorie 25-44 jaar. Bij harddrugs gaat het hier dan voornamelijk om opiaten, cocaïne en sedativa. Een relatief hoge prevalentie van problematisch cannabisgebruik (hoog risico) komt voor onder de jongste groep van 18-24 jarigen. Het opleidingsniveau lijkt geen verband te houden met problematisch middelengebruik of gokproblematiek. Allochtonen kennen in vergelijking met de autochtonen minder vaak problematisch gebruik. Dit verschil is significant bij problematisch alcohol- en harddruggebruik, in het bijzonder bij opiaten, stimulantia en sedativa. Het aantal allochtonen met problematisch gokgedrag is echter relatief hoog.

---

<sup>11</sup> Als we de onderlinge verhouding in het vóórkomen van probleemgebruik/ gedrag vergelijken met de verhouding die is aangehouden bij de selectie van probleemgebruikers en gokkers voor uitgebreide interviews per HvB, dan moeten we constateren dat de juiste verhouding de volgende geweest zou zijn: 10 problematische drinkers, 12 problematische druggebruikers en 2 problematische gokkers (en niet 9 problematische drinkers, 9 problematische druggebruikers en 6 problematische). Al eerder is betoogd dat problematische gokkers bewust zijn 'oversampled' om het doen van uitspraken over deze groep mogelijk te maken. Aangezien de gegevens uit de uitgebreide interviews niet gebruikt worden voor het genereren van prevalentiecijfers, is het feit dat problematische druggebruikers enigszins ondervertegenwoordigd zijn en problematische gokkers sterk oververtegenwoordigd zijn, niet problematisch.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

De meeste problematische gebruikers en gokkers laten ook problematisch gebruik van andere middelen en/of problematisch gokken zien. Meervoudig probleemgebruik (inclusief gokken) komt het meeste voor bij probleemgebruikers van opiaten, cocaïne, stimulantia en XTC (varieert tussen 91 en 93%) en het minste bij problematische cannabisgebruikers (60%) en problematische drinkers (66%).

### **4.3 Middelen; aard en ernst van de problematiek**

De hiervoor gepresenteerde gegevens over aantallen gedetineerden die problematisch gebruik kennen van alcohol en/of drugs of problematisch gokken geven inzicht in de omvang van deze problematiek binnen justitiële inrichtingen. De vraag “*Wat is de aard en ernst van problematisch alcoholgebruik, druggebruik en problematisch gokken onder gedetineerden?*” (onderzoeksvraag 2) zal in deze en in de navolgende paragraaf aan de orde komen. In deze paragraaf worden de gegevens uit de screening beschreven per problematisch middel dan wel problematisch gokken.

#### **4.3.1 Problematische gokkers**

Of mensen al dan niet als problematische gokker worden aangeduid werd bepaald door hun score op de SOGS. Een score van 5 of hoger duidde op waarschijnlijk pathologisch gokken (zie Bijlage IV voor verdere uitleg). Gemiddeld hadden gedetineerden een somscore van 8.

#### **4.3.2 Problematische alcoholgebruikers**

Mannen die 21 of meer glazen alcoholische drank per week nuttigen (vrouwen 14 of meer glazen) of minimaal eens per week minstens zes glazen tijdens één gelegenheid drinken (vrouwen minstens vier glazen)<sup>12</sup> en een score van 2,5 of hoger hebben op de probleemschaal van Candel (2001), behoren tot de groep probleemdrinkers. De groep van 178 problematische drinkers uit de screening drinkt gemiddeld 50 glazen alcoholische drank per week. Van de mannelijke probleemdrinkers is 97% een bingedrinker: 36% drinkt op één á twee dagen per week zes of meer glazen, 31% doet dit op drie tot zes dagen per week en 30% doet dit dagelijks (zie Tabel 4.4). Van de vrouwelijke probleemdrinkers is 95% een bingedrinker: 28% drinkt op één á twee dagen per week vier of meer glazen, 23% doet dit op drie tot zes dagen per week en 44% doet dit dagelijks.

---

<sup>12</sup> Dit wordt bingedrinken genoemd.



**Tabel 4.4 Bingedrinken** (minimaal wekelijks zes of meer glazen tijdens één gelegenheid drinken voor mannen en vier of meer glazen tijdens één gelegenheid drinken voor vrouwen)

<b>Problematische drinkers</b>	<b>Nooit*</b>	<b>&lt; 1 dag per maand</b>	<b>1 a 3 dagen per maand</b>	<b>1 a 2 dagen per week</b>	<b>3 a 4 dagen per week</b>	<b>5 a 6 dagen per week</b>	<b>elke dag</b>
Totaal (n = 178)	1 (2)	1 (1)	2 (4)	35 (62)	20 (36)	10 (17)	31 (55)
Mannen (n = 160)	1 (2)	1 (1)	2 (3)	36 (57)	22 (36)	9 (14)	30 (47)
Vrouwen (n = 18)	0 (0)	0 (0)	1 (6)	5 (28)	1 (6)	3 (17)	8 (44)

\*Weergave in procenten. Tussen haakjes absolute aantallen.

### 4.3.3 Problematische druggebruikers

De problematisch gebruikers van drugs zijn in dit onderzoek uitgesplitst naar cannabisgebruikers en harddruggebruikers. De harddruggebruikers zijn verder gespecificeerd naar type harddrugs.

Cannabisgebruikers die als probleemgebruikers zijn aangeduid, scoorden op de Cannabis Abuse Screening Test (Beck e.a., 2004) een score van 2 of hoger. Bij een score van 2 werden ze gerekend tot de groep met een gemiddeld risico op problematisch cannabisgebruik, bij een score van 3-6 tot de groep met een hoog risico op problematisch cannabisgebruik. Er waren 39 respondenten met een gemiddeld risico, waaronder veel vrouwen, te weten 13 van de 17 vrouwen met problematisch cannabisgebruik. Daarnaast hadden 135 respondenten een hoog risico, en hierbij ging het bijna uitsluitend om mannen (131 mannen).

Van de druggebruikers kan geen ernst worden vastgesteld in de zin van weergegeven gemiddelden, manier van gebruiken of aantal dagen gebruik. Probleemgebruikers gaven aan (bijna) dagelijks drugs/medicijnen tot zich te nemen. De ernst kan wel worden afgelezen aan de leefomstandigheden en psychische en lichamelijke gezondheid van deze groep. In paragraaf 4.5 worden de leefomstandigheden en psychische en lichamelijke gezondheid van deze groep uiteengezet aan de hand van de data uit de uitgebreide interviews met 161 gedetineerden.

#### **4.4 Middelengebruik en delinquentie**

In Tabel 4.5 presenteren we de delictgegevens van alle problematisch gebruikers of gokkers onder de gescreende populatie, per middel. Deze gegevens zijn deels afkomstig van de politie, het gaat hierbij dus om strafbare feiten waarvan men verdacht is. Voor een ander deel zijn de gegevens afkomstig van DJI. In deze tabel zijn opgenomen: het zwaarste delict waarvoor nu verdacht (TULP-gegevens van DJI), gemiddelde leeftijd bij eerste geregistreerde delict (politiegegevens), het gemiddeld aantal strafbare feiten zoals bekend bij de politie en de duur van de criminele carrière (uitgedrukt in aantal jaren, zoals geregistreerd in politiegegevens).

#### **Delinquentie**

In Tabel 4.5 worden in de linker kolom de percentages weergegeven van de respondenten die verdacht zijn van betreffende delicten. Uit deze tabel valt bijvoorbeeld op te maken dat 17% op dit moment verdacht is van opiumwetdelicten.

#### **Problematische gokkers**

De meesten van de 38 problematische gokkers zijn verdacht van gekwalificeerde diefstal, eenvoudige diefstal, verdovende middelen, diefstal met geweld, mishandeling en bedreiging. De jongste leeftijd waarop ze voor het eerst in politiebestanden terecht kwamen is 12 jaar. Dit is tevens de minimum leeftijd voor deze registratie; de maximum leeftijd is 66 jaar. De gemiddelde leeftijd bij het eerste delict is gemiddeld 20 jaar. Van deze groep zijn gemiddeld 25 strafbare feiten geregistreerd bij de politie. De gemiddelde duur van hun criminele carrière bedraagt 7 jaar.

**Tabel 4.5 Delictgegevens van problematisch gebruikers en gokkers in gescreende groep (n = 637)**

	<b>Gokken</b> 6% n=38	<b>Alcohol</b> 30% n=178	<b>Cannabis</b> 33% n=204	<b>Opiaten</b> 12% n=76	<b>Cocaine</b> 19% n=119	<b>Stimulan tia</b> 4% n=27	<b>XTC/ MDMA</b> 2% n=12	<b>Sedativa</b> 15% n=96
<b>Zwaarste delict waarvan verdacht (percentage gehele groep)</b>								
<b>Opiumwet- delicten (17%)</b>	11 (4)	14 (24)	17 + 14 (12 + 19)	15 (11)	16 (19)	15 (4)		21 (20)
<b>Gekwalificeerde diefstal (15,5%)</b>	21 (8)	14 (24)	10 + 15 (7 + 22)	11 (8)	17 (20)	19 (5)	-	10 (10)
<b>Moord / doodslag (10,7%)</b>	-	13 (23)	10 + 11 (7 + 15)	8 (6)	8 (10)	7 (2)	17 (2)	9 (9)
<b>Diefstal met geweld (10,4%)</b>	11 (4)	13 (23)	15 + 14 (10 + 19)	8 (6)	8 (10)	-		8 (8)
<b>Eenvoudige diefstal (8,6%)</b>	16 (6)	13 (23)	13 + 10 (9 + 14)	29 (22)	24 (28)	7 (2)	-	19 (18)
<b>Mishandeling (6,9%)</b>	11 (4)	9 (16)	12 + 9 (8 + 12)	9 (7)	6 (7)	11 (3)	25 (3)	8 (8)
<b>Bedreiging (3,6%)</b>	11 (4)	7 (12)	3 + 6 (2 + 8)	7 (5)	5 (6)	11 (3)	-	6 (6)
<b>Verkrachting (2,0%)</b>	-	2 (4)	2 + 2 (10 + 2)	-	2 (2)	-	-	3 (3)
<b>Bedrog (1,9%)</b>	3 (1)	1 (2)	1 + 0 (1 + 0)	1 (1)	1 (1)	-	-	1 (1)
<b>Ontucht (1,6%)</b>	5,3 (2)	1,1 (2)	1,4 + 0 (1 + 0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Deelname criminele organisatie (1,6%)</b>	-	-	2 + 1 (9 + 1)	-	1 (1)	-	-	-
<b>Onbekend (5,3%)</b>	3 (1)	4 (7)	7 + 4 (5 + 5)	7 (5)	7 (8)	7 (2)	25 (3)	3 (3)
<b>Gemiddelde leeftijd bij eerste geregistreerde delict**</b>								
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	20	21	18/18	20	19	18	17	20
<b>Gemiddeld aantal strafbare feiten bekend bij politie (t/m 2005)**</b>								
<b>Gemiddeld aantal **</b>	25 (11)	20 (9)	27/29 (36/39)	58 (55)	47 (42)	20 (18)	22 (24)	44 (49)
<b>Gemiddelde duur van de criminele carrière (uitgedrukt in jaren)**</b>								
<b>Gemiddelde duur</b>	7	12	12	19	15	9	13	16

Weergave in procenten binnen de categorieën. Tussen haakjes absolute aantallen. Cursief en vet gedrukt =  $p < .05$ .

### **Problematische alcoholgebruikers**

Veel voorkomende delicten onder de 178 problematische alcoholgebruikers zijn opiumwetdelicten en gekwalificeerde diefstal, gevolgd door moord/doodslag, diefstal met geweld en eenvoudige diefstal. Gemiddeld is deze groep 21 jaar wanneer de leden ervan hun eerste delict plegen (uitgaande van de politieregistratie). Het gemiddeld aantal geregistreerde delicten in deze groep is 20. De gemiddelde duur van de criminele carrière bedraagt 12 jaar.

### **Problematische cannabisgebruikers**

De 2 te onderscheiden groepen cannabisgebruikers (gemiddeld risico,  $n = 9$  en hoog risico,  $n = 135$ ) zijn apart geanalyseerd. Ze scoren hoog in vergelijkbare delictklassen, zoals opiumwetdelicten, gekwalificeerde diefstal, diefstal met geweld, eenvoudige diefstal, mishandeling en moord/doodslag. Verschillen tussen beide groepen cannabisgebruikers vinden we vooral in de gekwalificeerde diefstal, daar scoort de hoog-risico groep hoger, en de eenvoudige diefstal, waar de gemiddeld risicogroep wat vaker van verdacht is. De gemiddelde leeftijd is 18 jaar ten tijde van eerste geregistreerde delict (beide groepen). Het gemiddeld aantal strafbare feiten bekend bij politie is 27 (gemiddeld risicogroep) en 29 bij de hoog-risicogroep. De gemiddelde duur van hun criminele carrière bedraagt 12 jaar.

### **Problematische opiaatgebruikers**

De strafbare feiten waarvan de 76 opiaatgebruikers zijn verdacht, betreffen vooral eenvoudige diefstal (29%) en opiumwetdelicten (15%). De gemiddelde leeftijd bij het eerste delict is 20 jaar. Gemiddeld zijn er 58 strafbare feiten geregistreerd bij de politie. De gemiddelde duur van hun criminele carrière bedraagt 19 jaar.

### **Problematische cocaïnegebruikers**

De 119 cocaïnegebruikers zijn met name verdacht van eenvoudige diefstal (24%), gevolgd door opiumwetdelicten en gekwalificeerde diefstal. De gemiddelde leeftijd bij het eerste delict is 19 jaar. Het gemiddeld aantal geregistreerde delicten is 47. De gemiddelde duur van hun criminele carrière bedraagt 15 jaar.

### **Problematische stimulantia-gebruikers**

De 27 problematisch gebruikers van stimulantia zijn met name verdacht van gekwalificeerde diefstal, opiumwetdelicten, mishandeling en verkrachting. Gemiddeld is men 18 jaar bij het

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

eerste (geregistreerde) delict. Het gemiddelde aantal geregistreerde delicten is 20. De gemiddelde duur van hun criminele carrière bedraagt 9 jaar.

### **Problematische XTC-gebruikers**

De groep XTC-gebruikers is erg klein (12). Drie mensen zijn verdacht van mishandeling, 2 van moord/doodslag. Van de overige 5 gedetineerden is de delictstatus niet bekend. De gemiddelde leeftijd waarop het eerste strafbare feit bekend is bij de politie is 17 jaar. De jongste leeftijd bij het eerste delict is 12 jaar en de hoogste leeftijd bij het eerste strafbare feit, zoals bekend in de politiebesteden is 27 jaar. Het aantal strafbare feiten is gemiddeld 22. De gemiddelde duur van hun criminele carrière bedraagt 13 jaar.

### **Problematische sedativagebruikers**

Het zwaarste delict waarvan men verdacht is, is bij de 96 sedativagebruikers bezit of handel in verdovende middelen (20%). Hierna volgt eenvoudige diefstal (19%) en gekwalificeerde diefstal (10%). De gemiddelde leeftijd waarop het eerste strafbare feit bekend is bij de politie is 20 jaar. De jongste leeftijd bij het eerste delict is wederom 12 jaar en de hoogste leeftijd bij het eerste strafbare feit, zoals bekend in de politiebesteden is 51 jaar. Het gemiddeld aantal geregistreerde delicten betreft 44. De gemiddelde duur van hun criminele carrière bedraagt 16 jaar.

### **Samenvatting; middelen en delicten**

Van de alcohol-, cannabis-, opiaten-, cocaïne, en stimulantia-gebruikers kan een goed beeld gevormd worden over hun delictgeschiedenis en van de zwaarste delicten waarvan ze nu verdacht worden. De andere groepen (gokken, stimulantia en XTC) zijn hiervoor te klein, de gegevens van deze groepen moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden en geven hoogstens een richting aan.

In de categorieën van delicten waarvoor men nu verdacht is, geven de meeste groepen een tamelijk verspreid beeld, waarbij een aantal categorieën steeds terugkomen. Dit zijn de categorieën opiumwettelijke delicten, gekwalificeerde diefstal, moord/doodslag, diefstal met geweld, eenvoudige diefstal en mishandeling.

Er zijn verschillen tussen de groepen middelengebruikers wat betreft de meest voorkomende delicten (dit geldt dus alleen voor de delicten waarvan men nu verdacht is). De

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

sedativagebruikers zijn bijvoorbeeld het meest van alle gebruikers verdacht van opiumwetdelicten. Gokkers zijn het meest verdacht van gekwalificeerde diefstal, problematische drinkers van moord/doodslag en cannabisgebruikers van diefstal met geweld en mishandeling.

De laagste leeftijden waarop mensen bij politie bekend zijn, is voor alle groepen 12 jaar. Dit ligt voor de hand, omdat dit de wettelijke leeftijd is waarop gedragingen strafbaar kunnen worden gesteld. Als naar de hoogste leeftijd gekeken wordt bij het eerste contact met de politie, dan is deze in de (kleine) XTC groep het laagst (27 jaar) en in de groep met problematisch gokkers het hoogst (66 jaar). De gemiddelde leeftijd bij het eerste geregistreerde delict ligt voor alle groepen rond de 20 jaar.

Het totaal aantal strafbare feiten dat bekend is bij de politie is gemiddeld het laagst in de groep stimulantia-gebruikers (20 strafbare feiten), gevolgd door de groep problematisch alcohol gebruikers (afgerond ook 20). Het hoogst is dit in de groep problematische opiaatgebruikers met gemiddeld 58 delicten. Problematische opiaatgebruikers hebben gemiddeld de langste criminele carrière (19 jaar), gevolgd door de sedativagebruikers (16 jaar), en cocaïnegebruikers (15 jaar).

### **4.5 Kenmerken van problematische gebruikers**

De gegevens die in deze paragraaf beschreven worden, zijn gebaseerd op de resultaten van de uitgebreide interviews ( $n = 161$ ) die zijn uitgevoerd bij een selectie van problematische gebruikers en/of problematische gokkers uit de screening. Uiteindelijk hebben 141 mannen (88%) en 20 vrouwen (12%) een uitgebreid interview ontvangen. In Tabel 4.6 staan de demografische kenmerken van deze onderzoeksgroep beschreven. In vergelijking met de demografische kenmerken van de onderzoeksgroep van de screening (zie Tabel 4.1), blijkt de onderzoeksgroep van de uitgebreide interviews gemiddeld iets ouder te zijn (niet significant) en naar verhouding meer respondenten te bevatten met een Nederlandse herkomst. Deze onderzoeksgroep bevat bovendien naar verhouding veel problematische gokkers omdat deze groep bij het selecteren van respondenten voor een uitgebreid interview 'oversampled' is.

**Tabel 4.6 Leeftijd, opleiding, en etniciteit van de respondenten die uitgebreid zijn geïnterviewd (n = 161)**

<b>Leeftijd</b>		
	Aantal	%*
18-24	40	25
25-44	93	58
≥ 45	28	17
<b>Totaal</b>	<b>161</b>	<b>100</b>
<b>Opleidingsniveau</b>		
Geen	3	2
Lager (LO of bijzonder onderwijs als LOM)	47	29
Middelbaar (middelbare school of MBO)	104	65
Hoger (HBO of WO)	7	4
<b>Totaal</b>	<b>161</b>	<b>100</b>
<b>Etniciteit</b>		
Nederland	120	74
Suriname	13	8
Antillen/Aruba	12	7
Marokko	1	1
Turkije	4	3
Westers land	7	4
Niet-Westers land	4	3
<b>Totaal</b>	<b>161</b>	<b>100</b>

In Tabel 4.7 wordt een overzicht gepresenteerd van de demografische kenmerken, persoonlijkheidsproblematiek, psychische problemen, lichamelijke problemen en middelenafhankelijkheid van de 161 geïnterviewde gedetineerden uitgesplitst naar type probleemgebruik/gokken.

### **Persoonlijkheidsproblematiek**

Een indicatie voor persoonlijkheidsproblematiek komt bij alle typen problematische gebruikers c.q. problematische gokkers in ruim meer dan de helft van de gevallen voor. XTC- en stimulantia-gebruikers hebben vrijwel allemaal een indicatie voor het bestaan van persoonlijkheidsproblematiek. Persoonlijkheidsproblematiek lijkt bij driekwart van de sedatieve gebruikers, cocaïne- en opiaatgebruikers voor te komen. Problematische gokkers lijken relatief het minste last van persoonlijkheidsproblemen te hebben.

### **Lichamelijk functioneren**

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Bijna driekwart van de respondenten die problematisch opiaten en sedativa gebruiken, geven te kennen veel fysieke problemen te hebben. Probleemgebruikers van stimulantia hebben relatief weinig fysieke problemen. Van de overige groepen probleemgebruikers, geeft de meerderheid aan dat er sprake is van slecht lichamelijk functioneren.

### **Depressieve symptomen**

Problematische gokkers lijken veel depressieve klachten te ervaren. Bij ruim de helft van de problematische gokkers is er mogelijk of waarschijnlijk sprake van een depressieve stoornis. Bij iets minder dan de helft van de problematische alcoholgebruikers en sedativagebruikers is er mogelijk of waarschijnlijk sprake van een depressieve stoornis. Cannabis- en opiaatgebruikers lijken het minst vaak last van depressieve symptomen te hebben.

### **Angstsymptomen**

XTC-gebruikers lijken veel angstklachten te ervaren. Bij 80% van deze groep is er mogelijk of waarschijnlijk sprake van een angststoornis. Van de overige groepen probleemgebruikers (met uitzondering van de stimulantia- en cannabisgebruikers), heeft steeds ruim de helft van alle respondenten mogelijk of waarschijnlijk last van een angststoornis. Bij stimulantia- en cannabisgebruikers heeft iets minder dan de helft mogelijk of waarschijnlijk last van een angststoornis.

### **Psychotische klachten**

Van de totale groep probleemgebruikers/gokkers Bijna driekwart van de problematische gokkers rapporteert psychotische klachten. Van de overige groepen probleemgebruikers geeft steeds ruim de helft van alle respondenten aan last te hebben van psychotische klachten. Echter, dit geldt niet voor de groep problematische alcoholgebruikers, waar slechts een derde aangeeft last te hebben van dergelijke klachten.



Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Tabel 4.7 Kenmerken van problematische gebruikers (uitgebreide interviews; n = 161)

	<b>Gokken</b> 11%* (18)	<b>Alcohol</b> 50% (81)	<b>Cannabis</b> (gemiddeld + hoog risico) 47% (76)	<b>Opiaten</b> 22% (36)	<b>Cocaïne</b> 32% (52)	<b>Stimulantia</b> 9% (13)	<b>XTC</b> 6% (12)	<b>Sedativa</b> 13% (21)
<b>Sekse</b>								
Mannen	94 (17)	90 (73)	88 (9)	81 (29)	85 (44)	77 (10)	70 (7)	76 (14)
Vrouwen	6 (1)	10 (8)	12 (67)	19 (7)	15 (8)	23 (3)	30 (3)	24 (5)
<b>Leeftijd</b>								
18-24	28 (5)	26 (21)	29 (22)	6 (2)	8 (4)	39 (5)	30 (3)	5 (1)
25-44	50 (9)	58 (47)	59 (45)	64 (23)	73 (38)	61 (8)	70 (7)	71 (15)
≥ 45	22 (4)	16 (13)	12 (9)	31 (11)	19 (10)	-	-	24 (5)
<b>Opleiding</b>								
Geen	-	1 (1)	3 (2)	3 (1)	4 (2)	8 (1)	-	10 (2)
Lager	17 (3)	28 (23)	26 (20)	25 (9)	31 (16)	23 (3)	50 (5)	48 (10)
Midden	83 (15)	64 (52)	68 (52)	67 (24)	62 (32)	69 (9)	50 (5)	43 (9)
Hoger	-	6 (5)	3 (2)	6 (2)	4 (2)	-	-	-
<b>Etniciteit</b>								
Autochtoon	61 (11)	79 (64)	68 (52)	75 (27)	67 (35)	85 (11)	90 (9)	76 (16)
Allochtoon	39 (7)	21 (17)	32 (24)	25 (9)	33 (17)	15 (2)	10 (10)	24 (5)
<b>Persoonlijkheidsproblematiek</b>								
Ja	61 (11)	63 (51)	66 (50)	72 (26)	77 (12)	85 (11)	90 (9)	76 (16)
Nee	39 (7)	37 (30)	34 (26)	28 (10)	23 (40)	15 (2)	10 (1)	24 (5)
<b>Slecht lichamelijk functioneren</b>								
Ja	61 (11)	64 (52)	51 (39)	72 (26)	62 (32)	31 (4)	50 (5)	71 (15)
Nee	39 (7)	36 (29)	49 (37)	28 (10)	38 (20)	69 (9)	50 (5)	29 (6)
<b>Depressieve stoornis</b>								
Nee	39 (7)	58 (47)	76 (58)	72 (26)	67 (35)	69 (9)	60 (6)	57 (12)
Mogelijke aanwezigheid stoornis	44 (8)	15 (12)	8 (6)	6 (2)	8 (4)	23 (3)	10 (1)	14 (3)
Stoornis waarschijnlijk	17 (3)	26 (21)	16 (12)	22 (8)	25 (13)	8 (1)	30 (3)	29 (6)

**Vervolg Tabel 4.7**

	<b>Gokken</b> 11%* (18)	<b>Alcohol</b> 50% (81)	<b>Cannabis</b> (gemiddeld + hoog risico) 47% (76)	<b>Opiaten</b> 22% (36)	<b>Cocaïne</b> 32% (52)	<b>Stimulantia</b> 9% (13)	<b>XTC</b> 6% (10)	<b>Sedativa</b> 13% (21)
<b>Angststoornis</b>								
Nee	39 (7)	44 (36)	51 (39)	44 (16)	44 (23)	54 (7)	20 (2)	38 (8)
Mogelijke aanwezigheid stoornis	44 (8)	26 (21)	30 (23)	33 (12)	33 (17)	23 (3)	50 (5)	33 (7)
Stoornis waarschijnlijk	17 (3)	30 (24)	18 (14)	22 (8)	23 (12)	23 (3)	30 (3)	29 (6)
<b>Psychotische klachten</b>								
Ja	67 (12)	32 (26)	58 (44)	58 (21)	52 (27)	54 (7)	60 (6)	57 (12)
Nee	33 (6)	68 (55)	42 (32)	42 (15)	48 (25)	46 (6)	40 (4)	43 (9)
<b>Middelen afhankelijkheid</b>								
Ja	17** (3)	22*** (18)	74 (56)	83 (30)	87 (45)	85 (11)	80 (8)	100 (0)
Nee	28 (5)	11 (9)	25 (19)	14 (5)	10 (5)	15 (2)	20 (2)	0 (100)
<b>Middelen misbruik</b>								
Ja	39** (7)	32 (26)	86 (65)	92 (33)	90 (47)	92 (12)	90 (9)	91 (19)
Nee	6 (1)	1 (1)	12 (9)	3 (1)	6 (3)	8 (1)	10 (1)	1 (2)
<b>Middelen verlangen</b>								
Ja	22 (4)	10 (8)	28 (21)	36 (13)	31 (16)	31 (4)	50 (5)	57 (12)
Nee	78 (14)	90 (73)	72 (55)	64 (23)	69 (36)	69 (9)	50 (5)	43 (9)

Weergave in procenten binnen de categorieën. Tussen haakjes de absolute aantallen.

\*Het totaal is meer dan 100% vanwege het aantal gedetineerden dat probleemgebruik met meerdere middelen kent.

\*\* missing 55,6% Dit item is voor 10 van de 18 respondenten niet ingevuld. Vanwege de missende waarden geven de gepresenteerde gegevens geen geldig beeld.

\*\*\* missing 66,7% Dit item is voor 54 van de 81 respondenten niet ingevuld. Vanwege de missende waarden geven de gepresenteerde gegevens geen geldig beeld.

### **Middelen: afhankelijkheid**

Het verschil tussen afhankelijkheid en misbruik wordt bepaald door de ernst van het problematische gebruik (deze vragen worden in de gezondheidszorg gebruikt om tot een diagnose te komen op basis van de CIDI en DSM-IV). Opvallend is dat er bij alle problematische sedativagebruikers sprake zou zijn van afhankelijkheid. Ruim driekwart van de problematische stimulantia-gebruikers, en gebruikers van opiaten, cocaïne, stimulantia, XTC, en cannabis zouden eveneens afhankelijk zijn.

### **Middelen: misbruik**

Ook op deze variabele scoorden alle groepen zeer hoog.

### **Middelen verlangen**

In deze laatste variabele is de mate van verlangen naar het middel – craving - geïndexeerd. Ook dit is een onderdeel van de mate van ernst van de verslavingsproblematiek. Vergeleken met de variabelen afhankelijkheid en misbruik, wordt hierop door alle groepen relatief laag gescoord, met uitzondering van de sedativa- en XTC- gebruikers, waarbij bij ruim de helft van de respondenten sprake zou zijn van craving. Problematische alcoholgebruikers scoren het laagst op craving. De relatief lage scores op craving kunnen wellicht verklaard worden door het feit dat craving vooral wordt opgeroepen door omgevingsprikkels (cues) die geassocieerd zijn met het gebruik van de stof waar iemand aan verslaafd is. Een hoge score op craving tijdens detentie ligt dan ook minder voor de hand.

### **Samenvatting**

Bij 90% van de XTC- en sedativagebruikers bestaan aanwijzingen voor persoonlijkheidsproblematiek. Bij opiaat-, cocaïne-, en sedativagebruikers zijn in ruim driekwart van de gevallen aanwijzingen voor persoonlijkheidsproblematiek. Slecht lichamelijk functioneren wordt in driekwart van de gevallen genoemd door opiaat- en sedativagebruikers. Met uitzondering van de stimulantiagebruikers rapporteren alle overige groepen in tweederde van de gevallen slecht lichamelijk functioneren. Bij tweederde van de problematische gokkers lijkt er mogelijk of waarschijnlijk sprake te zijn van een depressieve stoornis. Bij alle andere groepen probleemgebruikers lijkt bij ruim één derde van alle respondenten sprake te zijn van depressieve symptomen. Angstsymptomen lijken vaker voor te komen dan depressieve symptomen. Bij alle probleemgroepen lijkt bij ruim de helft van de respondenten mogelijk of waarschijnlijk sprake te zijn van een angststoornis. Psychotische klachten lijken bij tweederde van de problematische gokkers en XTC-gebruikers voor te komen. Problematische alcoholgebruikers lijken het minst vaak psychotische klachten te hebben.

Geconcludeerd kan worden dat de verschillende groepen problematisch gebruikers en gokkers met elkaar gemeen hebben dat ze hoog scoren op indicatoren voor psychiatrische problematiek op de verschillende deelgebieden.

#### **4.6 Verschillen tussen probleemgebruikers van één middel en meerdere middelen**

In deze paragraaf staat de vraag centraal in hoeverre probleemgebruikers van één middel verschillen van probleemgebruikers van meerdere middelen (inclusief gokken) als het gaat om demografische kenmerken, lichamelijke en psychiatrische of psychische klachten, mate van misbruik en afhankelijkheid en delictgeschiedenis. Hier worden eerst de resultaten uit de screening behandeld en vervolgens de resultaten van de uitgebreide interviews.

Tabel 4.8 laat de verdeling van demografische kenmerken zien voor 3 groepen respondenten uit de screening, te weten respondenten waarbij sprake is van probleemgebruik op één middel, op twee middelen en op drie of meer middelen. De resultaten laten zien dat vrouwen vaker dan mannen tot de groep probleemgebruiker van drie of meer middelen behoren. Daarnaast zijn de 25-44 jarigen vaker probleemgebruiker van drie of meer middelen, in vergelijking met de andere leeftijdsgroepen: 18-24 jarigen zijn oververtegenwoordigd in de groep probleemgebruikers van één middel en de 44 jarigen of ouder is oververtegenwoordigd in de groep gebruikers van twee middelen. Er is geen verband tussen het aantal middelen waarop iemand problemen laat zien en opleidingsniveau en etniciteit.

Voor de groep respondenten die een uitgebreid interview heeft ontvangen, is nagegaan of er verschillen bestaan tussen probleemgebruikers van één middel en van meerdere middelen ten aanzien van psychiatrische en psychische klachten. In totaal zijn 86 (54%) interviews uitgevoerd onder probleemgebruikers van één middel en 75 (47%) interviews onder probleemgebruikers van meerdere middelen, waarvan 9% aan drie middelen te weten alcohol, drugs en cannabis. De resultaten laten geen verschillen tussen de 3 groepen zien voor persoonlijkheidsproblematiek, lichamelijk functioneren, depressieve stoornis en angststoornis. Wel blijkt er een significant verschil tussen de groepen te bestaan voor psychotische klachten. Bij probleemgebruikers van drie of meer middelen bestaan meer aanwijzingen voor psychotische problematiek dan bij probleemgebruikers van één of twee middelen. In dit verband is het interessant om te weten dat probleemgebruikers van drie of meer middelen vaak XTC, cannabis, opiaten en stimulantia gebruiken. Met name het gebruik van XTC, cannabis en stimulantia worden in verband gebracht met psychoses en paranoia.

**Tabel 4.8 Demografische kenmerken naar aantal middelen probleemgebruik van gescreende respondenten ( $n = 637$ ).**

<i>Aantal middelen Probleemgebruik (incl gokken)</i>	Totaal n=381	Sekse		Leeftijdscategorie			Opleidingsniveau				Etniciteit	
		Man n=341	Vrouw n=40	18-24 n=115	25-44 n=212	44 - < n=54	Geen n=16	Lager n=117	Midden n=232	Hoger n=15	Autochtoon n=250	Allochtoon n=130
1 middel	47 (178)	<b>49</b> <i>(168)</i>	<b>25</b> <i>(10)</i>	<b>60</b> <i>(69)</i>	<b>41</b> <i>(86)</i>	<b>43</b> <i>(23)</i>	56 (9)	45 (53)	46 (106)	67 (10)	42 (106)	55 (72)
2 middelen	28 (105)	<b>27</b> <i>(93)</i>	<b>30</b> <i>(12)</i>	<b>24</b> <i>(28)</i>	<b>26</b> <i>(56)</i>	<b>39</b> <i>(21)</i>	13 (2)	27 (31)	31 (71)	7 (1)	30 (74)	24 (31)
3 of meer middelen	26 (98)	<b>24</b> <i>(80)</i>	<b>45</b> <i>(18)</i>	<b>16</b> <i>(18)</i>	<b>33</b> <i>(70)</i>	<b>19</b> <i>(10)</i>	31 (5)	28 (33)	23 (55)	27 (4)	28 (70)	21 (27)

Weergave in procenten, binnen categorie. Tussen haakjes absolute aantallen. Cursief gedrukt =  $p < .05$ .

Voor dezelfde groep is ook nagegaan of er verschillen bestaan ten aanzien van de middelenspecifieke kenmerken zoals afhankelijkheid, misbruik en verlangen. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn. Er bestaat een significant verband tussen middelenaafhankelijkheid, middelenmisbruik en verlangen naar het middel (craving) enerzijds en het aantal middelen waarbij sprake is van probleemgebruik. Naarmate er meer middelen in het spel zijn waarbij sprake is van probleemgebruik, is er vaker sprake van afhankelijkheid, misbruik, en verlangen.

Ook is bekeken in hoeverre de leeftijd bij het eerste geregistreerde delict, de duur van de criminele carrière en het aantal geregistreerde delicten verschillen tussen respondenten waarbij sprake is van probleemgebruik op één middel, op twee middelen en op drie of meer middelen. Er zijn tussen deze 3 groepen geen verschillen gevonden voor de leeftijd bij het eerste (geregistreerde) delict en de duur van de criminele carrière, maar wel voor het aantal geregistreerde delicten. Het totale aantal strafbare feiten bedraagt 21 voor de groep probleemgebruikers van één middel, 34 voor de groep probleemgebruikers van twee middelen en 46 voor de groep probleemgebruikers van drie of meer middelen.

**Hoofdstuk 5**  
**Resultaten zorgbehoeften gedetineerden**

## **Hoofdstuk 5 Resultaten zorgbehoeften gedetineerden**

In deze paragraaf beschrijven we zowel de objectieve als subjectieve zorgbehoeften van de 161 gedetineerden die een uitgebreid interview hebben gehad. In paragraaf 5.1 worden de subjectieve zorgbehoeften van deze gedetineerden beschreven. In paragraaf 5.2 worden de zorgbehoeften van deze gedetineerden zoals vastgesteld door experts besproken. Om deze laatste zorgbehoeften te kunnen bepalen, hebben we gebruik gemaakt van de methode Matching Needs and Services (voor een beschrijving zie paragraaf 3.5). Hierbij zijn de gedetineerden door professionals ingedeeld in een zorgbehoeftencategorie. Ter aanvulling is nagegaan in hoeverre de verschillende zorgbehoeftencategorieën van elkaar verschillen ten aanzien van demografische en psychologische kenmerken en delictgegevens. Tenslotte vergelijken we de zorgbehoeften zoals vastgesteld door de experts met de subjectieve zorgbehoeften, dus zoals deze door de gedetineerden zelf is aangegeven. Deze vergelijking wordt in subparagraaf 5.3 beschreven.

### **5.1 Subjectieve zorgbehoeften van gedetineerden**

Tijdens de uitgebreide interviews zijn 161 gedetineerden ook gevraagd naar hun hulpbehoefte op onderstaande leefgebieden.

- Relationele beperkingen: moeite met intieme relaties, moeite met informele relaties en contact maken en moeite met omgaan met mensen in het algemeen;
- Basale beperkingen: moeite met woonruimte, huishouden, persoonlijke verzorging, eten, drinken, dagritme, gezondheidszorg (moeite met vinden van zorg, opvolgen van adviezen en voorkomen van gezondheidsschade) en lichamelijke conditie;
- Dagbesteding;
- Werk;
- Economische zelfstandigheid;
- Stress of crisissituaties.

#### **Hulpbehoefte relationele beperkingen**

De scores op behoefte aan hulp bij relationele zaken, zoals in Tabel 5.1 weergegeven, zijn somscores van de hierboven genoemde items (moeite met intieme relaties, informele relaties, contact maken en omgaan met mensen). De resultaten laten zien dat gemiddeld ongeveer



Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

tweederde van de probleemgebruikers/gokkers op dit gebied een hulpbehoefte heeft.

Sedativagebruikers hebben de meeste behoefte aan hulp bij relationele beperkingen.

### **Hulpbehoefte basale beperkingen**

Deze hulpbehoefte heeft betrekking op basale behoeften als een woonruimte, zelfverzorging, gezondheid en toegang tot gezondheidszorg, eten en drinken. Van alle probleemgebruikers en gokkers gaf, afhankelijk van het probleemmiddel, tussen de 85% en 95% aan behoefte te hebben aan hulp met betrekking tot basale behoeften. Er zijn geen probleemmiddel groepen die daarbij extra opvallen.

### **Hulpbehoefte bij dagbesteding**

Met deze categorie wordt bedoeld behoefte aan ondersteuning/hulp bij het vinden van een dagbesteding en dagstructuur met nuttige of bevredigende bezigheden. In termen van hulpverlening wordt hiermee vaak bedoeld het vinden van *legale* bezigheden, deze toevoeging legaal/illegaal is daarbij echter niet aan de gedetineerden voorgelegd. In deze categorie zien we verschillen tussen de verschillende groepen naar probleemmiddel. Van de problematische alcoholgebruikers heeft ongeveer een kwart behoefte aan deze hulp, van de problematische cannabisgebruikers heeft ongeveer éénderde deze behoefte, en van de overige groepen heeft ongeveer de helft behoefte aan hulp bij het vinden van daginvulling.

### **Hulpbehoefte bij werk**

Onder deze categorie wordt verstaan het vinden of behouden van een betaalde baan. De behoefte aan deze hulp is bij problematisch gebruikers van alcohol en stimulantia het minste aanwezig: ongeveer een kwart heeft hier behoefte aan. Bij de andere probleemgroepen heeft meer dan éénderde (tussen 34 en 40%) behoefte aan hulp bij het vinden of behouden van een betaalde baan.

### **Hulpbehoefte bij economische zelfstandigheid**

Hierbij gaat het om behoefte aan hulp bij het krijgen van een inkomen en bij het omgaan met dat inkomen. Bijvoorbeeld door hulp bij aanvragen van een uitkering, budgetteren of bij schuldsanering. De vraag naar deze vorm van hulp was het grootst onder de probleemgebruikers van sedativa (68%) en het laagst onder de probleemdrinkers (35%). Bij de overige groepen had ongeveer de helft interesse in deze vorm van hulp.

### Hulpbehoefte bij stress of crisissituaties

In deze categorie werd gevraagd of men behoefte had aan begeleiding, training of andere hulp om stress en crisissituaties te leren hanteren. De behoefte hieraan was in alle groepen betrekkelijk laag: ongeveer éénderde zei behoefte te hebben aan deze vorm van hulp. Probleemgebruikers van cocaïne en sedativa zeiden iets vaker dan de andere probleemgebruikers behoefte aan hulp bij stress en crisissituaties te wensen, te weten bijna de helft van deze 2 groepen.

**Tabel 5.1 Subjectieve zorgbehoefte volgens gedetineerden (n = 161)**

	<b>Gokken*</b> 11% n=18	<b>Alcohol</b> 50% n=81	<b>Cannabis</b> (gemiddeld + hoog risico samen) 47% n=76	<b>Opiaten</b> 22% n=36	<b>Cocaïne</b> 32% n=52	<b>Stimulantia</b> 9% n=13	<b>XTC</b> 6% n=10	<b>Sedativa</b> 13% n=21
<b>Hulpbehoefte bij relationele beperkingen</b>								
<b>Nee</b>	56* (5)	35 (28)	36 (27)	40 (20)	37 (19)	39 (5)	40 (4)	19 (4)
<b>Ja</b>	44 (4)	65 (53)	64 (49)	60 (22)	63 (33)	61 (8)	60 (6)	81 (17)
<b>Hulpbehoefte bij basale beperkingen, zoals woonruimte, gezondheid en persoonlijke verzorging</b>								
<b>Nee</b>	100* (7)	12 (10)	13 (10)	11 (4)	10 (5)	15 (2)	10 (1)	5 (1)
<b>Ja</b>	-	88 (71)	87 (66)	89 (32)	90 (47)	85 (11)	90 (9)	95 (20)
<b>Hulpbehoefte bij dagbesteding</b>								
<b>Nee</b>	70* (7)	76 (58)	66 (48)	51 (18)	56 (28)	58 (7)	50 (5)	40 (8)
<b>Ja</b>	30 (3)	24 (18)	34 (25)	49 (17)	44 (22)	42 (6)	50 (5)	60 (12)
<b>Hulpbehoefte bij vinden of behouden van werk</b>								
<b>Nee</b>	60* (6)	75 (53)	66 (47)	63 (20)	66 (31)	75 (9)	60 (6)	60 (12)
<b>Ja</b>	40 (4)	25 (18)	34 (24)	37 (12)	34 (16)	25 (3)	40 (4)	40 (8)
<b>Hulpbehoefte bij verkrijgen of behouden van economische zelfstandigheid</b>								
<b>Nee</b>	33* (3)	65 (49)	54 (39)	47 (16)	51 (25)	58 (7)	60 (6)	32 (6)
<b>Ja</b>	66 (6)	35 (27)	46 (33)	53 (18)	49 (24)	42 (6)	40 (4)	68 (13)
<b>Hulpbehoefte bij het beheersen van en omgaan met van stress of crisissituaties</b>								
<b>Nee</b>	70* (7)	65 (50)	73 (53)	66 (23)	67 (32)	58 (7)	80 (8)	55 (11)
<b>Ja</b>	30 (3)	35 (27)	27 (20)	34 (12)	33 (16)	42 (6)	20 (2)	45 (9)

Weergave in procenten, binnen categorie. Tussen haakjes absolute aantallen.

\* Op deze variabele zijn veel missings.

## **5.2 Zorgbehoeften volgens methode Matching Needs and Services (MNS)**

Alle gedetineerden die een uitgebreid interview hebben gehad ( $n = 161$ ), zijn gesorteerd volgens de MNS-methode. Uit deze methode zijn 8 groepen voortgekomen die te onderscheiden zijn naar zorgbehoefte. Hieronder worden de verschillende categorieën naar zorgbehoefte omschreven. De volgorde van deze categorieën is willekeurig.

Naast een beschrijving van de 8 geclassificeerde zorgbehoeften op basis van de MNS-methode, is per type zorgbehoefte onderzocht in hoeverre gedetineerden met dit zorgtype significant verschillen van andere geïnterviewde gedetineerden wat betreft demografische variabelen (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, etniciteit), lichamelijke en psychische problemen (angst en depressieve klachten, psychotische klachten), persoonlijkheidsproblematiek, ernst en aard van de criminele carrière (leeftijd eerste delict, duur van de criminele carrière en totaal aantal strafbare feiten bekend bij politie) en ernst en aard van problematisch middelengebruik (comorbiditeit en type problematiek).

### **Zorgbehoefte 1. Behoefte om gedrag en middelengebruik of gokken onder controle te krijgen, behoefte om zelfstandig te leren wonen, te leren omgaan met financiën en behoefte aan een opleiding of baan**

De personen die binnen deze categorie vallen, moeten hun alcohol- of druggebruik onder controle krijgen en hun gedrag leren te reguleren (vaak betekent dat stoppen met agressief gedrag). Daarnaast moeten ze begeleiding krijgen bij het zelfstandig (gaan) wonen en bij het vinden van een baan of een passende opleiding.

Er zijn 15 respondenten in categorie 1 ingedeeld. De resultaten van de sorteerrondes laten zien dat er hier relatief vaak om jonge mensen gaat die aan het begin van hun zelfstandige leven staan. Zij wonen bij hun ouder(s). De meesten hebben geen of alleen lager onderwijs gevolgd. Een meerderheid van deze groep heeft minder dan zes vermogensdelicten gepleegd. De behoefte bestaat dus uit het aangeboden krijgen van een zogenaamd ‘starterspakket’ waarin de ‘basale’ vaardigheden van het op eigen benen staan worden aangeleerd.

Uit de aanvullende statistische analyses blijkt dat gedetineerden met *zorgbehoefte 1* jonger zijn dan de overige gedetineerden (18 tot 24 jaar). Ze vertonen minder lichamelijke en psychotische klachten dan de overige gedetineerden. Daarnaast is hun criminele carrière

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

(uitgedrukt in het aantal jaar tussen het laatste en het eerste gepleegde delict) gemiddeld korter en heeft deze groep gedetineerden gemiddeld minder strafbare feiten gepleegd. Er bevinden zich minder polydruggebruikers in deze groep. Zorgtype-1 gedetineerden hebben voornamelijk problemen met hun alcoholgebruik of met zowel harddrugs als cannabis.

### **Zorgbehoefte 2. Behoefte aan een vaste woonplek & dagbesteding (bijvoorbeeld werk) en behoefte aan regulering van middelengebruik of stoppen**

De personen met bovenstaande zorgbehoefte hebben in eerste instantie behoefte aan een vaste woonplek en vaste dagbesteding, wat in de meeste gevallen werk zal zijn. Daarnaast moeten zij stoppen met hun middelengebruik of stoppen met gokken. Het vinden van een woonplek staat voorop in hun zorgbehoefte, direct gevolgd door dagbesteding. Vanwege de invloed van hun gebruik hierop is het zaak dit gebruik te stoppen, of wanneer dat niet mogelijk is, onder controle te krijgen.

Er zijn 19 respondenten in deze categorie ingedeeld. Deze groep bestaat voornamelijk uit dertigers zonder (vaste) plek om te wonen en zonder dagbesteding. Het aantal en soort delicten wisselt sterk.

Uit de statistische analyses komt naar voren dat gedetineerden met *zorgbehoefte 2* gemiddeld vaker dan andere gedetineerden 25 tot 44 jaar oud zijn, laag opgeleid zijn, en van allochtone afkomst. Deze groep heeft voornamelijk problemen met alcoholgebruik, en met zowel harddrug- als cannabisgebruik.

### **Zorgbehoefte 3. Behoefte aan stoppen met middelengebruik of gokken en behoefte aan het verwerven van legale inkomsten en /of het stoppen met illegale bezigheden**

Personen met deze zorgbehoefte dienen begeleid te worden in stoppen met illegale activiteiten en het verwerven van legale inkomsten (en daar genoeg mee gaan nemen). Kortom, het is noodzakelijk dat zij een andere levensstijl aannemen. Stoppen met middelengebruik of stoppen met gokken is hier een belangrijk onderdeel van.

Binnen deze categorie zijn 12 respondenten gesorteerd. Deze respondenten hebben zonder uitzondering veel strafbare feiten op hun naam staan, voornamelijk vermogensdelicten zonder geweld. Het zijn 'gladde jongens'. Een deel van hen heeft een baan, maar verdient daarnaast bij met illegale activiteiten. Anderen hebben alleen illegale inkomsten. De meeste

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

respondenten uit deze categorie leven ‘in de scene’. Zij hebben hulp nodig om hier uit te stappen, waarbij de omslag van inkomsten uit illegale activiteiten naar inkomsten uit legale activiteiten belangrijk is. Stoppen met gebruik is hierbij een belangrijk onderdeel.

Gedetineerden met *zorgbehoefte 3* zijn vaker 25 tot 44 jaar oud. Ze hebben voornamelijk problemen met zowel harddrug- als cannabisgebruik.

### **Zorgbehoefte 4. Behoeft e aan stabiliseren van het middelengebruik en behoefte aan een dagbesteding**

Bij deze categorie is het nodig om het middelengebruik of het gokken te stabiliseren. Waarschijnlijk is het bij deze groep niet mogelijk om ze te laten stoppen met gebruik en is het vooral belangrijk om te zorgen dat het problematisch gebruik niet verergert. Daarnaast hebben deze personen een dagbesteding nodig, eventueel met aanvullende zorg. De dagbesteding zal zelden ‘normaal’ werk zijn.

Binnen deze categorie zijn 22 gedetineerden gesorteerd. In deze categorie zitten veel veertigplussers die zwaar verslaafd zijn aan alcohol en harddrugs en dit al langere tijd zijn. Veelal betreft het polidruggebruikers. Ze zijn al jong in de criminaliteit terecht gekomen, hebben veel delicten gepleegd (met name vermogensdelicten) en hebben vaak lichamelijke klachten. Er zijn 2 subcategorieën te onderscheiden:

- A. Personen die behoefte hebben aan het stabiliseren van gebruik en aan een dagbesteding;
- B. Personen die behoefte hebben aan het stabiliseren van gebruik en aan een dagbesteding én die behoefte hebben aan een vaste plek om te wonen.

*Zorgbehoefte 4* gedetineerden hebben voornamelijk problemen met harddruggebruik of met zowel harddrug- als cannabisgebruik. Gedetineerden met *zorgbehoefte 4* zijn relatief vaak vrouw, en zijn gemiddeld ouder dan de gedetineerden met een ander zorgtype (45 jaar en ouder). Daarnaast is de criminele carrière van deze gedetineerden gemiddeld langer dan die van de andere gedetineerden, en hebben ze gemiddeld meer strafbare feiten gepleegd. Tot slot hebben ze met gemiddeld meer typen drugs tegelijk problemen dan gedetineerden in de overige *zorgbehoefte*-typen.

**Zorgbehoefte 5. Behoeftte aan het stoppen met middelengebruik en behoefte om psychiatrische problematiek in kaart te brengen en / of er mee om te leren gaan**

Bij deze categorie is er behoefte aan het leren omgaan of stoppen met gebruik of gokken en is er sprake van psychische problematiek, al is niet altijd duidelijk wat er precies aan de hand is.

Ook hier zijn 2 subcategorieën te herkennen:

- A. Bij de eerste subgroep zijn er signalen van psychiatrische problemen, maar moeten die problemen nog beter in kaart gebracht worden. De centrale vraag is veelal wat er precies aan de hand is (15 respondenten);
- B. Bij de tweede subgroep is er sprake van psychiatrische problematiek die in het verleden is gediagnosticeerd. De diagnose moet eventueel gecheckt of geactualiseerd worden, maar de nadruk ligt op de behoefte aan ondersteuning bij de psychische problematiek (17 respondenten).

De primaire hulpbehoefte bestaat uit hulp voor psychiatrische problematiek. Uiteraard dient deze eerst goed in kaart gebracht te worden. Daarnaast en tegelijkertijd is hulp nodig bij het stoppen met middelengebruik.

Gedetineerden met *zorgbehoefte 5* (32 gedetineerden) zijn vaak vrouw, en vertonen meer lichamelijke klachten, angst en depressieve klachten, en psychotische klachten dan de andere gedetineerden. Daarnaast lijden zij significant vaker aan een persoonlijkheidsstoornis. Deze gedetineerden hebben voornamelijk problemen met alcoholgebruik en zowel harddrug- als cannabisgebruik.

**Zorgbehoefte 6. Behoeftte aan stoppen met middelengebruik en leren verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag te nemen**

Voor de personen binnen deze categorie is het nodig om te leren omgaan met alcohol en drugs of er mee te stoppen. Daarnaast dienen deze personen te leren om verantwoordelijkheid voor hun gedrag te nemen. Een belangrijk deel van die verantwoordelijkheid bestaat uit het leren omgaan met alcohol en drugs.

Deze categorie is in 2 subcategorieën onder te verdelen:

- A. Deze subgroep bestaat uit jongvolwassenen die nog weinig delicten hebben gepleegd. Ze zouden aan het begin van een criminele carrière kunnen staan. Ze zijn

- B. Ook de personen binnen deze subgroep zijn jongvolwassenen die teveel drinken en een klein aantal delicten hebben gepleegd. Alle personen in deze subgroep zijn van allochtone afkomst. Zij geven duidelijk aan niet te willen werken. Een aantal van hen is al verantwoordelijkheden (zoals vriendin en kind) aangegaan, maar neemt deze onvoldoende serieus. Zij moeten stoppen met (problematisch) gebruik en leren eigen verantwoordelijkheden te nemen, met name voor wat betreft arbeid (de arbeidsethos is laag, zo niet afwezig; 8 respondenten).

Gedetineerden met *zorgbehoefte 6* zijn gemiddeld jonger dan de overige gedetineerden (18 tot 24 jaar). Daarnaast vertonen zij minder lichamelijke klachten, en minder angst en depressieve klachten dan de overige gedetineerden. Hun criminele carrière is gemiddeld korter. Ook hebben zij gemiddeld minder strafbare feiten gepleegd. Zorgtype-6 gedetineerden gebruiken gemiddeld minder typen drugs tegelijk, en hebben voornamelijk problemen met alcoholgebruik, en met zowel harddrug- als cannabisgebruik.

### **Zorgbehoefte 7. Behoefte aan het stoppen met middelengebruik of gokken en behoefte aan het verwerven en / of behouden van een baan**

De personen binnen deze categorie hebben behoefte aan stoppen met hun middelengebruik, voornamelijk alcohol, en voor hen is het belangrijk dat zij hun baan behouden of weer een baan krijgen. Een structuur in hun leven krijgen, zoals een vaste baan en vaste inkomsten, en het stoppen met problematisch gebruiken, zal naar verwachting veel problemen voorkomen (of oplossen). De primaire zorgbehoefte bestaat derhalve uit hulp bij het stoppen met gebruik. Daarna is hulp bij het vinden van een structurele dagbesteding, bij voorkeur betaald werk, van belang.

In deze categorie zijn 20 respondenten ingedeeld. Deze mensen hebben weinig delicten gepleegd, waarvan de meeste waarschijnlijk onder invloed van middelen.

De statistische analyses laten zien dat gedetineerden met *zorgbehoefte 7* gemiddeld een kortere criminele carrière hebben dan de overige gedetineerden. Daarnaast is de gemiddelde

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

leeftijd waarop deze groep het eerste delict gepleegd heeft hoger, en hebben zij gemiddeld minder strafbare feiten gepleegd. Deze groep heeft voornamelijk problemen met alcoholgebruik, en met zowel alcoholgebruik als gokken.

### **Zorgbehoefte 8. Behoefte om agressie te leren reguleren, nemen van verantwoordelijkheid en stoppen met gebruik**

Personen binnen deze groep moeten leren hun agressie te beheersen en verantwoordelijkheid te nemen voor hun gedrag. Het stoppen van middelengebruik kan hierop een positieve invloed hebben. Hun probleemmiddel is echter divers en staat meestal niet duidelijk op de voorgrond.

In deze categorie zitten zestien mensen. De leeftijd is variabel. Ze hebben veel (seksuele) geweldsdelicten gepleegd en moeten leren dit agressieve gedrag in de hand te houden. De gewelddadige delictgeschiedenis (moord/doodslag, gewelddadige delicten, gewelddadige seksuele delicten) woog zwaar in de indeling in deze groep.

In vergelijking met categorie 6, waarbij de belangrijkste zorgbehoefte eveneens betrekking had op verantwoordelijkheid voor eigen gedrag nemen, hebben gedetineerden met zorgbehoefte 8 gemiddeld meer delicten gepleegd, en hebben ze meer specifiek behoefte aan hulp bij agressiebeheersing. Deze groep lijkt ook wat moeilijker beïnvloedbaar te zijn.

Gedetineerden met *zorgbehoefte 8* zijn gemiddeld jonger wanneer ze hun eerste delict plegen, en hebben gemiddeld een langere criminele carrière dan de overige gedetineerden. Daarnaast heeft deze groep de meeste problemen met alcoholgebruik, gevolgd door problemen met zowel alcohol-, harddrug-, als cannabisgebruik.

### **5.3 Vergelijking van subjectieve zorgbehoeften met zorgbehoeften vastgesteld door professionals**

Interessant is de vraag of de zorgbehoefte zoals ingeschat en omschreven door de professionals van de MNS-methode overeenkomt met de subjectieve zorgbehoefte van deze gedetineerden. Om deze vergelijking te kunnen maken zijn de belangrijkste kenmerken van de zorgbehoefte, zoals door professionals genoemd, vergeleken met de zorgbehoeften van de



## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

gedetineerden, zoals deze naar voren kwamen in de uitgebreide interviews (zie voor een overzicht Tabel 5.2). Horizontaal staan de 8 zorgtypes van de MNS-methode genoemd.

Opgemerkt moet worden dat niet aan gedetineerden is gevraagd of ze behoefte aan hulp hebben bij het stoppen of reguleren van hun middelengebruik, een item dat volgens professionals een belangrijk onderdeel vormt van de hulpbehoefte. Op dit vlak kunnen we derhalve de hulpbehoefte volgens professionals en volgens gedetineerden niet vergelijken.

Uit het overzicht in Tabel 5.2 is een aantal conclusies te trekken. Er bestaan duidelijke verschillen in de ervaren hulpbehoefte van gedetineerden zelf en de ervaren hulpbehoefte volgens experts. Gedetineerden uit hulpbehoeftecategorie 5 en 6 zijn echter moeilijk te duiden. De zes zorggebieden die tijdens de interviews zijn bevroegd komen niet volledig overeen met de zorgdomeinen zoals deze door de professional omschreven zijn. Daarom is een vergelijking moeilijk te maken.

In grote lijnen komt echter het volgende beeld naar voren:

### **Type 1.**

Voor dit type werd al snel het begrip ‘starterspakket’ gebezigd. Het betreft jonge mensen die nog bij hun ouders wonen, die nog erg beïnvloedbaar zijn en op de rails gehouden moeten worden. Deze gedetineerden gaan mee in de idee dat zij hulp nodig hebben bij basale zaken, zoals een eigen woonruimte en hulp bij relationele beperkingen. Ze gaan echter niet mee in de idee dat zij hulp nodig hebben bij het vinden van werk/dagbesteding, zelfstandig leren met geld om te gaan of het omgaan met moeilijke situaties.

### **Type 2.**

Binnen deze groep staat het vinden van een vaste woonruimte en dagbesteding voorop. Hiernaast wordt gesproken over het stoppen of reguleren van het middelengebruik. Deze groep gedetineerden gaat mee in de suggestie dat zij hulp nodig heeft voor basale zaken zoals vaste woonruimte en gezondheid. Ook willen de meesten hulp bij de omgang met anderen. Over het vinden/behouden van werk of een dagbesteding zijn ze het minder eens. De meesten, twaalf van de 19 gedetineerden, geven aan hiervoor hulp te willen.

### **Type 3.**

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Bij type 3 staat het stoppen met illegale bezigheden voorop. Vandaar ook dat het vinden van legaal werk een prioriteit heeft. Hoewel de groep van zorgtype 3 erg klein is, is uit de antwoorden van de 12 gedetineerden op te maken dat zij de hulpbehoeften zoals omschreven door de professionals niet delen. Een minderheid wil hulp bij (legale) dagbesteding, werk of bij het krijgen/behouden van economische zelfstandigheid.

### **Type 4.**

Het belangrijkste onderdeel van zorgtype 4 is het reguleren van gebruik en het vinden van een dagbesteding. Deze mensen zullen erg moeilijk regulier werk vinden, vooral omdat ze hun middelengebruik niet onder controle hebben. Opvallend is dat de gedetineerden in deze groep vaak aangeven behoefte te hebben aan hulp bij basale zaken als woonruimte, gezondheidszorg en hygiëne. Het vinden van dagbesteding of werk staat voor de gedetineerden zelf zeker niet voorop. Minder dan de helft geeft aan hierbij hulp te willen.

### **Type 5.**

Type 5 wordt gekenmerkt door psychiatrische problematiek. De professionals benadrukten hier sterk dat deze gedetineerden onderzocht moeten worden op psychiatrische problematiek en dat de problematiek die al bekend is behandeld dient te worden. Dit item is moeilijk terug te vinden in de gevraagde items aan gedetineerden, maar de vragen naar hulp bij ‘basale beperkingen’ en ‘relationele beperkingen’ geven hier waarschijnlijk wel enig inzicht in. Inderdaad wil het grootste deel van deze gedetineerden graag hulp bij basale beperkingen (84%) en bij relationele beperkingen (91%). Over de overige zorgdomeinen zijn ze nogal verdeeld.

### **Type 6.**

Mensen in type 6 moeten, volgens de deskundigen, vooral geleerd worden verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag. Dit zou vallen binnen de vragen naar sociale relaties. De groep is verdeeld over of ze hierbij hulp nodig hebben, de meesten vinden van niet (61%). Wel willen ze graag hulp bij basale zaken als woonruimte, gezondheid en zelfverzorging.

### **Type 7.**

Van gedetineerden ingedeeld onder type 7 verwachten de deskundigen dat de grootste problemen voorbij zouden zijn als ze stoppen met gebruik en (weer) werk vinden. In de tabel

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

is enkel de hulpbehoefte bij vinden van werk terug te vinden. Slechts 2 van de 20 gedetineerden zijn het hiermee eens. Ook deze groep wil graag hulp voor basale beperkingen.

### **Type 8.**

Bij type 8 staat het beheersen van agressie centraal. Dit is vooral terug te vinden in de items over omgang met anderen (relationele beperkingen) en omgaan met stress of crisissituaties. Bij relationele beperkingen zegt precies de helft van de (kleine, n=16) groep, hiervoor hulp te willen. Voor wat betreft het leren omgaan met stress en crisissituaties zijn de professionals en de gedetineerden het niet met elkaar eens. Slechts 4 van de 16 gedetineerden vragen hiervoor hulp of ondersteuning.

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

**Tabel 5.2 Subjectieve hulpbehoefte per hulpdomein van gedetineerden per MNS-type.**

	<b>Type 1</b> Middelengebruik onder controle Zelfstandig wonen Omgaan met financiën Behoefte aan opleiding of baan n =15	<b>Type 2</b> Vaste woonplek Dagbesteding Werk Reguleren of stoppen met middel n=19	<b>Type 3</b> Stoppen met middelengebruik Legale inkomsten krijgen Werk Stoppen illegale bezigheden n=12	<b>Type 4</b> Stabiliseren middelengebruik Gestructureerde dagbesteding (zelden een reguliere baan) n=22	<b>Type 5</b> Stoppen middelengebruik Psychiatrische problematiek in kaart brengen Omgaan met psychiatrische problemen n=32	<b>Type 6</b> Stoppen met middelengebruik Verantwoording nemen voor eigen gedrag n=23	<b>Type 7</b> Stoppen met middelengebruik Werk n=20	<b>Type 8</b> Agressie reguleren Verantwoording nemen voor eigen gedrag Stoppen met middelengebruik n=16
<b>Hulpbehoefte bij relationele beperkingen</b>								
<b>Nee</b>	27 (4)	22 (4)	42 (5)	52 <i>1 missing</i> (11)	9 (3)	61 (14)	50 (10)	50 (8)
<b>Ja</b>	73 (11)	78 (15)	58 (7)	48 (10)	91 (29)	39 (9)	50 (10)	50 (8)
<b>Hulpbehoefte bij basale beperkingen, zoals woonruimte, gezondheid en persoonlijke verzorging</b>								
<b>Nee</b>	7 (1)	6 (1)	25 (3)	14 <i>1 missing</i> (3)	16 (5)	17 (4)	5 (1)	13 (4)
<b>Ja</b>	93 (14)	94 (18)	75 (9)	86 (18)	84 (27)	83 (19)	95 (19)	87 (12)
<b>Hulpbehoefte bij dagbesteding</b>								
<b>Nee</b>	87 (13)	39 (7)	82 (9)	57 <i>1 missing</i> (12)	56 (18)	90 <i>3 missing</i> (18)	85 (17)	75 (12)
<b>Ja</b>	13 (2)	61 (12)	12 (3)	43 (9)	44 (14)	10 (2)	15 (3)	25 (4)
<b>Hulpbehoefte bij vinden of behouden van werk</b>								
<b>Nee</b>	60 (9)	39 (7)	68 (8)	68 <i>3 missing</i> (13)	67 <i>5 missing</i> (18)	86 <i>2 missing</i> (18)	99 <i>3 missing</i> (15)	75 (12)
<b>Ja</b>	40 (6)	61 (12)	32 (4)	32 (6)	33 (9)	14 (3)	12 (2)	25 (4)

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Vervolg Tabel 5.2

	<b>Type 1</b> Middelengebruik onder controle Zelfstandig wonen Omgaan met financiën Behoeftte aan opleiding of baan  n=15	<b>Type 2</b> Vaste woonplek Dagbesteding Werk Reguleren of stoppen met middel  n=19	<b>Type 3</b> Stoppen met middelengebruik Legale inkomsten krijgen Werk Stoppen illegale bezigheden  n=12	<b>Type 4</b> Stabiliseren middelengebruik Gestructureerde dagbesteding (zelden een reguliere baan)  n=22	<b>Type 5</b> Stoppen middelengebruik Psychiatrische problematiek in kaart brengen Omgaan met psychiatrische problemen  n=32	<b>Type 6</b> Stoppen met middelengebruik Verantwoording nemen voor eigen gedrag  n=23	<b>Type 7</b> Stoppen met middelengebruik Werk  N=20	<b>Type 8</b> Agressie reguleren Verantwoording nemen voor eigen gedrag Stoppen met middelengebruik  n=16
<b>Hulpbehoefte bij verkrijgen of behouden van economische zelfstandigheid</b>								
<b>Nee</b>	80 (12)	35 (6)	64 (7)	57 <i>1 missing</i> (12)	42 (13)	82 (18)	67 <i>2 missing</i> (12)	67 (10)
<b>Ja</b>	20 (3)	65 (13)	36 (5)	43 (9)	58 (19)	18 (5)	33 (6)	33 (6)
<b>Hulpbehoefte bij het beheersen van en omgaan met van stress of crisissituaties</b>								
<b>Nee</b>	87 (13)	67 <i>4 missing</i> (10)	68 (8)	68 (15)	44 (14)	73 (16)	75 (15)	75 (12)
<b>Ja</b>	13 (2)	33 (5)	32 (4)	32 (7)	56 (18)	27 (7)	25 (5)	25 (4)

Weergave in procenten, binnen categorie. Tussen haakjes absolute aantallen.

**Hoofdstuk 6**  
**Conclusies en**  
**discussie**

## Hoofdstuk 6 Conclusies en discussie

Het Ministerie van Justitie heeft behoefte aan specifieke kennis over de prevalentie van problematisch middelengebruik en problematisch gokken onder gedetineerden in reguliere detentie. De kennis die op dit moment voorhanden is, is op een beperkt aantal studies gebaseerd, en deze studies laten zeer uiteenlopende prevalentiecijfers zien. Deze cijfers variëren tussen 23 - 33% problematisch alcoholgebruik en tussen 30 - 44% voor problematisch druggebruik (harddruggebruik en/of cannabisgebruik).<sup>13</sup> Over gokproblematiek is weinig bekend, maar onderzoek onder specifieke groepen gedetineerden suggereert dat tussen 2 en 11% van de gedetineerden gokproblemen ervaart.

De huidige studie heeft onder andere tot doel meer specifieke informatie te genereren over de prevalentie van problematisch middelengebruik en problematisch gokken onder gedetineerden. Om hier inzicht in te krijgen, zijn 637 gedetineerden in 8 Huizen van Bewaring (voornamelijk preventief gehechten) gescreend op problematisch gebruik van alcohol en drugs en problematisch gokken. Daarnaast heeft een selectie van 161 problematische gebruikers en gokkers deelgenomen aan een uitgebreid interview. Het huidige onderzoek behoort daarmee tot één van de weinige Nederlandse studies naar de prevalentie van problematisch alcohol- en druggebruik en problematisch gokken in reguliere detentiecentra.

### Methodologische overwegingen

Alvorens in te gaan op de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek, zullen eerst een aantal methodologische overwegingen gemaakt worden. Zo is het van belang om te constateren dat de onderzoeksgroep, in vergelijking met de totale populatie gedetineerden, iets meer vrouwen en iets meer jongeren (leeftijd tot en met 23 jaar). Daarnaast was er een ondervertegenwoordiging van allochtone en van illegaal in Nederland verblijvende gedetineerden. Deze (lichte) vertekeningen kunnen van invloed zijn geweest op de hier gerapporteerde prevalentiecijfers. Het is moeilijk om vast te stellen wat de gevolgen hiervan precies zijn voor de gerapporteerde cijfers: is er eerder sprake van een over- of van een onderschatting? Aangezien allochtone gedetineerden ondervertegenwoordigd zijn in de huidige onderzoeksgroep en allochtonen minder probleemgebruik van alcohol en drugs

---

<sup>13</sup> Het gaat hierbij om recent gebruik, dus gebruik in de periode (b.v. 6 of 12 maanden) voor detentie.

rapporteerden en meer gokproblematiek, zou verwacht kunnen worden dat de huidige prevalentiecijfers voor problematisch drinken en druggebruik een overschatting weergeven, terwijl het prevalentiecijfer voor problematisch gokken een onderschatting weerspiegelt. Een assumptie die aan deze redenering ten grondslag ligt, is echter dat er geen etnische verschillen bestaan in de neiging tot onder- of overrapportage van middelengebruik of gokken. Uit eerder onderzoek is echter bekend dat het risico op onderrapportage van alcoholgebruik hoger is onder allochtonen met een Islamitische geloofsovertuiging, omdat alcoholgebruik binnen het Islamitische geloof niet is toegestaan (Dotinga, Van den Eijnden, Bosveld & Garretsen, 2005). Het risico op onderrapportage van alcoholgebruik door Islamitische allochtonen blijkt bovendien groter te zijn bij mondelinge interviews dan bij schriftelijke enquêtes, mogelijk door de beperkte anonimiteit die mensen ervaren als ze deelnemen aan een face-to-face interview (Dotinga e.a., 2005). Dit impliceert dat de lage prevalentiecijfers voor problematisch alcoholgebruik onder allochtonen in deze studie misschien een onderschatting weerspiegelen. Alhoewel weinig tot niets bekend is over etnische verschillen in antwoordtendenties bij vragen over druggebruik of gokken, hadden de interviewers de indruk dat sommige gedetineerden, met name gedetineerden met een Marokkaanse of overige niet-westerse afkomst, niet wilden participeren in onderzoek omdat alcohol- en druggebruik een taboe is in hun cultuur. Uit de literatuur is bekend dat onderrapportage van gedrag meer voorkomt naarmate het gedrag cultureel als minder wenselijk, dus als meer taboe wordt beschouwd (o.a. Veenman, 2002). Het is derhalve goed denkbaar dat het hierboven beschreven probleem voor alcoholonderzoek, ook voor drugsonderzoek onder Islamitische allochtonen geldt. Deze (mogelijke) methodologische problemen bemoeilijken het doen van uitspraken over de gevolgen van vertekeningen in de samenstelling van de onderzoeksgroep voor de gepresenteerde prevalentiecijfers.

Een tweede opmerking betreft de beperkte generaliseerbaarheid van de resultaten voortkomend uit de uitgebreide interviews. Analyses hebben laten zien dat gedetineerden met een Marokkaanse of overige niet-westerse afkomst, sterker nog dan in de screening, ondervertegenwoordigd zijn. Dit heeft onder andere tot gevolg dat de resultaten die we bespreken niet zomaar generaliseerbaar zijn naar de totale populatie preventief gehechten, en bovendien dat de resultaten die gepresenteerd worden voor allochtone gedetineerden, vooral betrekking hebben op allochtone gedetineerden met een Surinaamse, Antilliaanse, Arubaanse, Turkse of (overige) Westerse herkomst.



Een derde punt heeft betrekking op de hoge tot zeer hoge scores op indicatoren voor psychiatrische problematiek in dit onderzoek. De vraag dient gesteld te worden hoe betrouwbaar en valide de gebruikte instrumenten zijn voor onderzoek onder gedetineerden. De SAPAS (voor het meten van persoonlijkheidsstoornis) en de HADS (voor het meten van angst en depressie) zijn weliswaar in eerder onderzoek als valide instrumenten naar voren gekomen (Germans e.a., 2005; Zigmond and Snaith, 1983; Spinhoven et al., 1997), het betrof hier echter onderzoek onder psychiatrische patiënten. Het is denkbaar dat deze instrumenten minder bruikbaar zijn voor gedetineerden of voor problematische gebruikers van alcohol en drugs. Mogelijk is het hoge percentage gedetineerden met een angststoornis bijvoorbeeld mede het gevolg van het verblijf in een HvB of van het veelvuldige gebruik van alcohol en/of drugs of de plotselinge onthouding daarvan. De korte vragenlijst die gebruikt is voor het meten van psychotische klachten, is overigens wel in een gedetineerdenpopulatie gevalideerd (Shaw, Tomenson, & Creed, 2003).

Tot slot willen we nog vermelden dat het binnen deze studie niet mogelijk is om een onderscheid te maken tussen mogelijke interviewereffecten en mogelijke HvB-effecten (inclusief regionale effecten). Dit is het gevolg van het feit dat in elk HvB slechts één interviewer werkzaam was. Aangezien er geen effecten van HvB op de resultaten gevonden zijn, lijkt dit echter geen probleem. In het hiernavolgende worden de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek besproken.

### **De prevalentie van problematisch alcohol- en druggebruik en problematisch gokken**

De resultaten van dit onderzoek komen sterk overeen met de resultaten gevonden in de eerdere Nederlandse studies in reguliere detentiecentra. Bij 30% van de gedetineerden is sprake van problematisch alcoholgebruik, bij 38% van problematisch druggebruik (bestaande uit problematisch harddruggebruik en/ of een hoog risico op problematisch cannabisgebruik), en bij 6% van problematisch gokken. Van de gedetineerden heeft 24% een probleem met het gebruik van harddrugs, waarbij het gebruik van cocaïne (19%), sedativa (15%) en opiaten (12%) het meest voorkomt en het gebruik van stimulantia (4%) minder vaak aan de orde is. Van de gedetineerden heeft 22% een hoog risico op problematisch cannabisgebruik en 11% een matig risico. Wanneer alle vormen van problematisch gebruik en gedrag worden samengenomen, dan blijkt bij 60% van de gedetineerden in reguliere detentie sprake te zijn van de één of andere vorm van problematisch middelengebruik dan wel problematisch gokken.

### **Demografische kenmerken van problematische gebruikers en problematische gokkers**

Uit dit onderzoek komt naar voren dat mannelijke gedetineerden relatief vaker problemen hebben met het gebruik van stimulantia en cannabis (de hoog risico groep), terwijl vrouwelijke gedetineerden naar verhouding vaker problemen hebben met het gebruik van opiaten, cocaïne en sedativa. Zowel problematisch alcohol- als harddruggebruik komt betrekkelijk vaak voor in de leeftijdscategorie 25-44 jaar. Bij harddrugs gaat het hier dan voornamelijk om opiaten, cocaïne en sedativa. Problematisch cannabisgebruik (hoog risico) komt echter betrekkelijk vaak voor onder de jongste groep van 18-24 jarigen. Het opleidingsniveau lijkt nauwelijks verband te houden met problematisch middelengebruik of gokproblematiek. De etnische herkomst lijkt wel een rol te spelen. Allochtonen gedetineerden rapporteren, in vergelijking met autochtone gedetineerden, minder vaak problematisch alcohol- en harddruggebruik, in het bijzonder van opiaten, stimulantia en sedativa. Het aantal allochtonen met problematisch gokgedrag lijkt echter relatief hoger.

### **Delictkenmerken van problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers**

Het hoogste aantal geregistreerde delicten wordt gevonden bij opiaat-, cocaïne- en sedativagebruikers, te weten respectievelijk 58, 47 en 44 delicten. Deze groep heeft daarnaast ook de langste criminele carrière, namelijk 19, 16 en 15 jaren. De gemiddelde leeftijd bij het eerste delict was 19 á 20 jaar.

Bij problematische alcoholgebruikers komen ernstige delicten zoals moord en doodslag en diefstal met geweld betrekkelijk vaak voor. Het totaal aantal strafbare feiten is bij problematisch drinkers echter relatief laag, te weten 20. Cannabisgebruikers zijn vaak verdacht van opiumwetdelicten, diefstal met geweld en mishandeling. Gokkers zijn vaak verdacht van gekwalificeerde diefstal of eenvoudige diefstal. De gemiddelde duur van de criminele carrière van gokkers is relatief kort, te weten 7 jaar.

Zoals de resultaten laten zien, hebben harddruggebruikers, met name gebruikers van opiaten, cocaïne en sedativa, over het algemeen een langere delictgeschiedenis met meer strafbare feiten. De ernst van de geregistreerde delicten is onder deze harddruggebruikers echter niet het hoogst. Problematische alcoholgebruikers en cannabisgebruikers lijken relatief ernstiger delicten gepleegd te hebben, waaronder veel geweldsdelicten.

### **Psychische en lichamelijke co-morbiditeit bij problematische alcohol- en druggebruikers en problematische gokkers**

Psychische problemen komen veelvuldig voor bij problematisch gebruikende of gokkende gedetineerden. Van de totale groep problematische gebruikers en gokkers in detentie bestaat bij driekwart een indicatie voor persoonlijkheidsproblematiek, bij meer dan de helft een indicatie voor een mogelijke of waarschijnlijke angststoornis, bij ongeveer een derde een indicatie voor een mogelijke of waarschijnlijke depressieve stoornis, en bij ongeveer 40% een indicatie voor de aanwezigheid van psychotische klachten. Daarnaast is bij ongeveer 40% van de problematische gebruikers en gokkers sprake van slecht lichamelijk functioneren.

Enkele groepen probleemgebruikers laten verschillen zien ten opzichte van het bovenstaande patroon. Zo wordt een indicatie voor een persoonlijkheidsstoornis gevonden bij maar liefst 85 – 90% van de problematische gebruikers van XTC of stimulantia. XTC-gebruikers laten daarnaast de meeste angstsymptomen (80%) en psychotische klachten (60%) zien, waarbij opgemerkt dient te worden dat op basis hiervan geen conclusies getrokken kunnen worden vanwege de beperkte omvang van deze probleemgroep.

Gokkers scoren ook betrekkelijk hoog op psychotische klachten, evenals op de mogelijke aanwezigheid van een depressieve stoornis en een angststoornis. Tot slot komen angstsymptomen ook in verhouding vaak voor bij problematische sedativagebruikers.

Geconcludeerd kan worden dat er sprake is van veel co-morbiditeit bij problematische alcohol- en druggebruikers en problematische gokkers in detentie. De één of andere vorm van psychische, psychiatrische dan wel lichamelijke problematiek komt bij het merendeel van deze groep voor. De vraag wat oorzaak en wat gevolg is (bijvoorbeeld: zijn sedativagebruikers angstig omdat ze deze middelen gebruiken of gebruiken ze deze middelen omdat ze angstig zijn?), is vanwege het cross-sectionele karakter van deze studie echter niet te beantwoorden.

### **Problematisch gebruik van één middel versus problematisch polydruggebruik**

Van de 381 problematische gebruikers/gokkers uit de screening heeft 47% een probleem met één middel, 27% een probleem met twee middelen en 26% met drie of meer middelen (waaronder gokken). Van de gedetineerden die met twee middelen problemen ervaren, betreft het in de meeste gevallen problemen met cannabis en harddrugs, met cannabis en alcohol of met alcohol en harddrugs. Gedetineerden die problemen ervaren met drie middelen hebben in verreweg de meeste gevallen problemen met de combinatie harddrugs, cannabis en alcohol.

Problematisch polydruggebruik komt relatief vaker voor onder vrouwelijke gedetineerden en onder gedetineerden van 25 jaar of ouder. De gebruikers van één, twee of meer middelen verschillen nauwelijks van elkaar als het gaat om psychische problematiek. Het enige verschil is te zien voor psychotische klachten. Probleemgebruikers van drie of meer middelen blijken meer psychotische klachten te ervaren dan probleemgebruikers van één of twee middelen. Wel is er een duidelijk verschil te zien in ernst van de middelenproblematiek. Naarmate gedetineerden met meer middelen problemen ervaren, is er in sterkere mate sprake van afhankelijkheid, misbruik, en verlangen. Er bestaat een verschil in het aantal geregistreerde delicten. Het aantal delicten bedraagt 21 voor de groep probleemgebruikers van één middel, 34 voor de groep probleemgebruikers van twee middelen en 46 voor de groep probleemgebruikers van drie of meer middelen.

Concluderend kan gezegd worden dat problematisch polydruggebruik veelvuldig voorkomt onder gedetineerden in Nederland. De ernst van de middelenproblematiek is bij deze groep duidelijk groter; er is meer sprake van afhankelijkheid en misbruik. Daarnaast is het aantal geregistreerde strafbare feiten bij deze groep groter. Met het oog op het terugdringen van recidive, gaat het hier naar alle waarschijnlijkheid om een extra moeilijk te behandelen/begeleiden groep.

### **Zorgbehoefte van probleemgebruikers en gokkers**

Problematische gebruikers van alcohol en drugs en problematische gokkers in het gevangeniswezen blijken zelf met name behoefte te hebben aan hulp en begeleiding bij het oplossen van basale beperkingen in hun dagelijkse leven, zoals woonruimte, gezondheid en persoonlijke verzorging. Daarnaast heeft de meerderheid ook behoefte aan hulp en begeleiding bij het oplossen van relationele beperkingen. Problematische druggebruikers hebben over het algemeen een grotere behoefte aan hulp en begeleiding dan alcoholgebruikers

en gokkers. Van de problematische druggebruikers blijken de sedativagebruikers de grootste behoefte te hebben aan hulp, onder andere hulp bij relationele beperkingen, hulp bij het verkrijgen of behouden van economische zelfstandigheid en dagbesteding, en hulp bij het omgaan met stress- en crisissituaties. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de subjectieve hulpbehoefte met gesloten (ja/nee) vragen is bevraagd en niet met een diepgaand open interview. Hierdoor is het hier gepresenteerde beeld van de subjectieve hulpbehoefte wellicht onvoldoende genuanceerd.

Rekening houdend met deze mogelijke beperking, laten de resultaten duidelijke verschillen zien tussen de ervaren hulpbehoefte van gedetineerden en de waargenomen hulpbehoefte volgens experts. Experts is gevraagd om voor iedere gedetineerde die uitgebreid is geïnterviewd te bepalen wat de meest dringende hulpbehoefte is. Daarbij moesten ze zowel de belangen van de gedetineerde zelf als de belangen van de maatschappij (b.v. het beperken van de recidivekans) voor ogen houden. Uit deze exercitie, volgens de methode van Matching Needs and Services, zijn 8 categorieën van hulpbehoeften naar voren gekomen, waarbij sommige categorieën ook bestaan uit subcategorieën met vergelijkbare behoeften. Binnen alle categorieën is het onderdeel ‘hulp bij stoppen of reguleren van middelengebruik of gokken’ opgenomen. Tussen categorieën zijn wel verschillen in het beoogde doel van deze hulp. Voor sommige gedetineerdengroepen is volledig stoppen met middelengebruik (of gokken) als doel geformuleerd, terwijl voor andere groepen het onder controle krijgen van het gebruik dan wel het gokken beoogd wordt. Daarnaast zijn de experts van mening dat er, afhankelijk van het type problematiek, behoefte bestaat aan hulp bij het opbouwen van een zelfstandig leven (b.v. zelfstandig leren wonen), hulp bij het oplossen van basale belemmeringen (b.v. het vinden van een vaste woonplek), hulp bij het verkrijgen of behouden van economische zelfstandigheid en dagbesteding, hulp bij het verwerven van legale inkomsten en het stoppen met illegale bezigheden, hulp bij het leren nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag, hulp bij het leren reguleren van agressief gedrag en hulp bij psychiatrische problematiek.

In volgorde van belangrijkheid, zou volgens de experts het volgende hulpaanbod minimaal voorhanden dienen te zijn om de reïntegratie van problematische gebruikende en gokkende gedetineerden te bevorderen, en daarmee de recidivekans van deze moeilijke groep te beperken:

- Het aanbieden van specifieke begeleiding, waaronder gedragsinterventies, gericht op stoppen met of reguleren van middelengebruik en gokken;

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

- Het bieden van hulp bij het vinden van betaald werk, een opleiding of, als dat niet mogelijk is, een andere structurerende dagbesteding;
- Het aanbieden van specifieke (gedrags)interventies gericht op het stoppen van illegale activiteiten of agressief gedrag en het nemen van verantwoordelijkheid van het eigen handelen;
- Het aanbieden van psychiatrische diagnostiek en behandeling;
- Het bieden van hulp bij basale belemmeringen op het gebied van wonen.

Op basis van verschillen tussen de subjectieve zorgbehoefte van gedetineerden en de zorgbehoefte volgens experts, kunnen een aantal problemen verwacht worden bij de implementatie van dit zorgaanbod:

- Gedetineerden zijn niet naar hun behoefte aan hulp bij het stoppen met of onder controle krijgen van hun probleemgebruik of probleemgokken gevraagd; hierop bestaat dus geen zicht. De problematiek is bij een deel van de groep ernstig; interventies zijn daarom van belang. Voor het welslagen van dit specifieke hulpaanbod is voldoende motivatie bij de probleemgebruiker/gokker echter essentieel. Wanneer deze motivatie niet overtuigend aanwezig is, zal dit hulpaanbod alleen kans van slagen hebben als het wordt voorafgegaan door interventies gericht op het verhogen van de motivatie tot gedragsverandering.
- De belangrijkste hulpbehoefte van gedetineerden ligt op het vlak van basale beperkingen (wonen en gezondheid) en relationele beperkingen. Deze behoeften komen echter niet duidelijk naar voren in het classificatiesysteem van experts. Zij noemen daarentegen vooral het vinden van dagbesteding of werk. Deze behoefte wordt door gedetineerden zelf echter niet op de eerste plaats gezet of is zelfs helemaal niet aan de orde (minder dan de helft van de gedetineerden geeft aan hierbij hulp te willen). Het lijkt aannemelijk dat, als deze behoefte bestaat, hulp bij basale beperkingen (en wellicht ook bij relationele beperkingen) een voorwaarde is om te kunnen werken aan het vinden van dagbesteding of werk. Zonder huisvesting lijkt het zoeken van betaald werk weinig zinvol. Ook dient rekening gehouden te worden met het feit dat de motivatie voor het zoeken van werk bij een substantiële groep probleemgebruikers niet aanwezig zal zijn.
- Gedragsinterventies gericht op het stoppen van illegale activiteiten en het zoeken van legale werkzaamheden zullen, evenals de interventies gericht op stoppen of reguleren van gebruik, wellicht niet direct aansluiten bij de zorgbehoefte. Ook hier zal het

- Het bovenstaande geldt, zij het waarschijnlijk in iets mindere mate, ook voor gedragsinterventies gericht op het leren controleren van agressief gedrag en het nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen handelen.

## Referenties literatuurstudie

Bieleman, B. & Laan, R. van den (1999). *Stok achter de deur: onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden*. Groningen: Intraval.

Bruin, D. de, Meijerman, C., Leenders, F., Braam, R. (2006). *Verslingerd aan meer dan een spel. Een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland*. Utrecht: WODC/CVO.

Bulten, B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg: psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden*. Deventer: Kluwer.

Bulten, E., Nijman, H. & Staak, C. van der (2007) Psychiatric and Personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry (in press)*.

Centraal Bureau voor Statistiek (2006). *Gerapporteerde gezondheid en leefstijl*. Voorburg/Heerlen: CBS.

Emmerik, J.L. van & Brouwers, M. (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal: een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance misuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101, (2), 181-191.

First, M.B., Frances, A. & Pincus, H.A. (2002). *DSM IV-TR handbook of differential diagnoses*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Gezondheidsraad (2002a). *Behandeling van drugverslaafde gedetineerden*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Hendriks, V.M., Kaplan, C.D., van Limbeek, J., e.a. (1989). The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 133-141.



Hildebrand, M. (2004). *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients: assessment, prevalence, predictive validity and clinical implications*. Amsterdam: Dutch University Press.

Hurk, A.A. van den (1998). *Tussen de helpende en harde hand : een studie naar mogelijkheden van succesvolle zorg voor verslaafde gedetineerden*. Nijmegen: Katholieke Universiteit.

Koeter, M.W.J. & Luhrman, G.C. (1998). *Verslavingsproblematiek bij justitiabele drugverslaafden*. Amsterdam: AIAR-reeks 5.

Korf, D.J., Benschop, A. & Rots, G. (2005c). Geweld, alcohol en drugs bij jeugdige gedetineerden en school drop-outs. *Tijdschrift voor Criminologie*, 47, (3), 239-254.

Land, H. van 't, Duijvenbooden, K. van, Plas, A. van der & Wolf, J. (2005). *Opgevangen onder dwang. Procesevaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden*. Trimbos-instituut, 2005.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., e.a. (1985). *Guide to the Addiction Severity Index: background, administration and field testing results* (National Institute on Drug Misbruik, Treatment Research Monograph Series). Washington, D.C.: US Government Printing Office.

Meijer, R., Grapendaal, M., Ooyen, M. van, Wartna, B., Brouwers, B. & Essers, A. (2003). *Geregistreerde drugsriminaliteit in cijfers*. Den Haag: WODC.

Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F. (2006). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht NDM 2005*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Ooyen-Houben, M. van (2004). Drang bij criminele harddruggebruikers: een onderzoek naar de toepassing van drang in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 46, (3), 233-248.

Pemberton, A., Oostdijk, A., Wils, J. & Werf, C. van der (2002). *Een spel met grenzen: de Nederlandse casinomarkt*. Leiden: Ministerie van Justitie en Economische Zaken.

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Schoemaker C., Zessen, G. van (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden: een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Spitzer, R.L. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III-R*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Timmerman, I.G.H., Emmelkamp P.M.G. (2001). The Prevalentie and Comorbidity of Axis I and Axis II Pathology in a Group of Forensic Patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, (2), 198-213.

Vogelvang, B.O., Burik, A. van, Knaap, L.M. van der & Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Adviesbureau van Montfoort/WODC.

Vreugdenhil, C., Brink, W. van den, Wouters, L.F. & Doreleijers, T.A. (2003). Substance use, substance use disorders and comorbidity patterns in a representative sample of incarcerated male Dutch adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, (6), 372-378.

Vrugt, D.F.R. de (2000). *Psychisch gestoorden in detentie: kenmerken van de groep psychisch gestoorden gedetineerden die bekend zijn bij de psycholoog in de inrichting*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen

Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.

## **Referenties kwantitatief en kwalitatief onderzoek**

Anton, R.F., Moak, D.H. & Latham, P.K. (1996). The obsessive compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of General Psychiatry* 53 (3)

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Beck, F., Legleye, S., Karila, L., Reynaud, M., Spilka, S., Vicente, J. e.a. (2006) Screening problematic cannabis use in epidemiological research and in general population : tools, validation and references, Rapport OFDT, to be published.

Beker, M., Maas-de Waal, C.J., Boelhouwer, J. & Hoff, S.J.M. (1997). *Rapportage Jeugd 1997*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Bieleman, B, Maarsingh, M. & Meijer G. (1998). *Aangeschoten wild; onderzoek naar jongeren, alcohol, drugs en agressie tijdens het uitgaan*. Groningen/Rotterdam, Stichting Intraval.

Bongers, I. M. B. (1998). *Problem drinking among the general population: a public health issue?* Rotterdam: IVO reeks 18.

Candel M.J.J.M. (2001). *Metten van probleemgedrag ten aanzien van alcoholconsumptie. Rapportage van de schaalanalyse*. Maastricht:UM, Methodologie en Statistiek.

Dartington Social Research Unit (2001). *Matching Needs and Services. A Dartington-I practice tool*. Dartington: Dartington Academic Press. Voor toepassing in Nederland is deze methode vertaald en bewerkt door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

Defuentes-Merillas L. de, Koeter, M.W.J., Bethlehem, J.G., Schipper, G.M. & van de Brink, W. van den (2003). Are scratchcards addictive? The prevalence of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard buyers in the Netherlands. *Addiction* 98 (6):725-731.

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Dotinga, A (2005). Drinking in a dry culture; Alcohol use among second-generation Turks and Moroccans: Measurements and results. Proefschrift.

Dotinga, A, Van den Eijnden, RJJM, Bosveld W &, Garretsen HFL (2005). The effect of data collection mode and ethnicity of interviewer on response rates and self-reported alcohol use among Turks and Moroccans in the Netherlands: an experimental study. *Alcohol & Alcoholism*, 40(3), 242-248.

Garretsen, H. F. L. (1983). Probleemdrinken: prevalentiebepaling, beïnvloedende factoren en preventiemogelijkheden. Theoretische overwegingen en onderzoek in Rotterdam. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Germans, S., van Heck, G.L. & Hodiament, P.P.G. (2005). Een korte screeningstest voor persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 330.

Haan, W.J.M. de & Bie, E. de (1999). Jeugd en geweld; een interdisciplinair perspectief Den Haag, Interdepartementale Commissie Jeugdonderzoek (CJO), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie jeugdbeleid.

Knibbe, R. A. (1984). Van gangbaar tot problematisch drankgebruik. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Koob G. F. (2000). Animal models of craving for ethanol. *Addiction*, 95, 73-91.

Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987) The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.

McLellan, A.T. (1992) *Addiction Severity Index* 5th edition. Eerste Europese versie EuropASI door Kokkevi, A. Hartgers, C., Hendriks, V., van der Meer, C.W. & Blanken, P (2004).

Rodenburg, G., Spijkerman R., Van den Eijnden, R. & Van de Mheen, H. (2007). Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2005. Rotterdam: IVO-reeks 45.

Schippers, G., Broekman, T. & Buchholz, A. (2007) MATE Handleiding en Protocol. Nijmegen: Bèta Boeken.

Spinhoven, P.H., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Spenckens, M. & van Hemert, A.M. (1997) A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.

Van Dijk, D. & Knibbe, R.A. (2005). De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een algemeen bevolkingsonderzoek. Universiteit Maastricht

Van Rooij T, Mulder N, Wits E, Van der Poel A, & Van de Mheen D (2007). Sceeningsinstrument "Verslaving en Psychiatrie" voor de maatschappelijke opvang. Rotterdam, IVO.

Veenman J. (2002). Interviewen in een multicultureel Nederland. In H. Houtkoop & J Veenman (eds.), *Interviewen in de multiculturele samenleving* (pp. 1-20). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Vogelvang, B.O., Burik, A. van, Knaap, L.M. van der & Wartna, B.S.J. (2003). Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland. Den Haag: Adviesbureau van Montfoort/WODC.

Wartna, B.S.J. & Tollenaar, N. (2006). Voorwaardelijk voor onvoorwaardelijk; substitutie van onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen bij gering recidivegevaar: een raming van de te besparen gevangenis capaciteit. Den Haag: WODC.

Zigmond A.S. & Snaith R.P. (1983) The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-70.

## **Bijlagen**

**Bijlage I Criteria volgens de DSM-IV**

**Bijlage II Informatiebrief**

**Bijlage III Screeningsvragenlijst**

**Bijlage IV Omslagpunten screening**

**Bijlage V Inhoud uitgebreide interviews**

**Bijlage VI Overzicht experts MNS sorteerronde**

**Bijlage VII Overzicht leden begeleidingscommissie**

## **Bijlage 1: Criteria voor middelenafhankelijkheid en misbruik volgens de DSM IV**

### **Afhankelijkheid van een middel (substance dependence):**

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie of meer van de volgende die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:

1. Tolerantie,
2. Onthouding
3. Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was
4. Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden
5. Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten nodig om aan het middel te komen, het gebruik van het middel of aan herstel van de effecten ervan.
6. Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.
7. Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk wordt veroorzaakt of verergerd door het middel.

### **Misbruik van een middel (substance abuse):**

A. Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significantie beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit ten minste een of meer van de volgende:

1. Herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis.
2. Herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is.
3. Herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie.
4. Voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergerd door de effecten van het middel.

B. De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria van afhankelijkheid van een middel uit deze groep middelen.

## **Bijlage II Informatiebrief**

### *Informatiebrief*

#### ***Problematische gebruikers en gokkers in het gevangeniswezen***

Geachte heer/mevrouw,

Deze brief bevat de informatie over het onderzoek waarvoor wij uw medewerking vragen. Neem de informatiebrief rustig door en stel indien u dat wenst aanvullende vragen.

Het aantal mensen in een gevangenis met alcohol, drugs of gokproblemen lijkt erg hoog, maar onduidelijk is hoe hoog precies. Ook is onduidelijk wie deze mensen zijn (wat de kenmerken zijn van de groep verslaafden) en welke behoefte aan zorg ze hebben ná detentie. Om tot een verantwoorde aanpak en begeleiding te komen voor deze groep, is er hierover duidelijkheid nodig.

Met dit onderzoek willen we antwoorden vinden op vragen als:

1. Hoeveel problematische gebruikers van alcohol en/of drugs en gokkers zijn er onder gedetineerden?
2. Wat zijn hun specifieke problemen?
3. Hebben zij behoefte aan zorg als ze uit detentie komen en, zo ja, welke?

#### *Als u meedoet*

Wij vragen u deel te nemen aan dit onderzoek. Als u besluit mee te doen, wordt u een aantal vragen gesteld over eventuele drank-, drugs, of gokproblemen. Dit duurt ongeveer een kwartier. Het is de bedoeling deze vragen aan een grote groep mensen te stellen, daarmee kunnen we de eerste onderzoeksvraag beantwoorden.

Uit deze grote groep wordt een klein aantal mensen geselecteerd met drank-, drugs- of gokproblemen. Deze mensen worden gevraagd mee te doen aan een wat langer interview, van ongeveer een uur. Dit interview zal gaan over de problemen die ervaren worden omtrent gebruik of gokken en over zorg die men nodig denkt te hebben na de detentie. Hiermee kunnen we vragen twee en drie beantwoorden.

Voor elk interview ontvangt u een telefoonkaart van € 5,-

#### *Anoniem*

De gegevens worden anoniem verwerkt en worden behandeld als strikt vertrouwelijk. De interviews worden gecodeerd door ze te bewaren onder een nummer. Uw naam wordt weggelaten. De individuele informatie wordt niet aan derden bekend gemaakt. De betrokken onderzoekers verwerken alleen de geanonimiseerde gegevens en de gegevens zijn enkel voor hen toegankelijk. Uw privacy wordt ten alle tijden gewaarborgd. De gegevens worden alleen gebruikt voor het doel van dit onderzoek.

Uw besluit om wel of niet deel te nemen heeft geen enkele invloed op uw verblijf of strafzaak. Dit geldt ook voor de antwoorden die u geeft, deze zijn immers anoniem en zullen niet aan anderen worden doorgegeven.

#### *De onderzoekers*

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het IVO, in samenwerking met het NIZW, in opdracht van het Ministerie van Justitie. Het IVO is een onafhankelijk, wetenschappelijk instituut dat onderzoek doet naar verslaving, leefwijzen en maatschappelijke ontwikkelingen die hieraan gerelateerd zijn. De interviewers die de vragenlijsten afnemen, werken voor het IVO.

Vanwege het belang van dit onderzoek, hopen wij dat u wilt meedoen. Toch willen wij ook benadrukken dat meedoen vrijwillig is en melden dat u op elk moment kunt besluiten af te zien van verdere deelname.

Lisette Oliemeulen (senior onderzoeker)  
Regina van der Eijnden (projectleider)



## **Doet u mee aan een onderzoek?**

We zoeken mensen voor een kort interview (10 minuten) en daarna eventueel een langer interview van een uur

Telefoonkaart van 5 euro voor elk interview!

Interviewers zijn **niet** van politie, justitie of hulpverlening, maar van een onderzoeksbureau (IVO)

Meedoen of niet heeft geen enkele invloed op uw strafzaak

Alle gegevens zijn anoniem, nergens komt uw naam voor

We zullen informatie over u niet aan anderen geven, ook niet aan politie of justitie

Doel: antwoord vinden op vragen als ‘hoeveel gevangenen hebben een verslaving?’ en ‘hoe kunnen ze beter geholpen worden?’

### Bijlage III Screeningsvragenlijst

### Screening prevalentie problematisch gebruik en gokken in gevangeniswezen

<b>Resp. Nr:</b>	_____	(eerste letter stad, volgordenummer)
Reg. Nr. (VIP)	_____	
Leeftijd	_____	
Man/vrouw		
Opleiding	0 = geen	
	1 = lager	= basisonderwijs, speciaal onderwijs (LOM, e.d.)
	2 = midden I	= LTS, MAVO, VBO, VMBO
	3 = middel II	= MBO, HAVO, VWO
	4 = hoger	= HBO, universiteit
Etniciteit:		
	Geboorteland	_____
	Geboorteland vader en moeder	_____
	Evt. etnische groep	_____

#### ***Tijdsperiode:***

***alle vragen betreffen het afgelopen jaar en de periode buiten detentie***

#### **1. Gokken**

*Onderstaande vragen gaan over gokken.*

#### ***Heeft u het afgelopen jaar wel eens gegokt?***

*Ja/Nee >> (nee, ga verder met volgende deel)*

1. Wanneer U in het afgelopen jaar bij het gokken geld verloren hebt, bent U dan wel eens de volgende dag terug gegaan om het verloren geld terug te winnen?  
0 = Ja  
1 = Nee (*let op bij codering, antwoordcategorieën per abuis verwisseld!*)
2. Hebt U in het afgelopen jaar wel eens gezegd dat u geld gewonnen had met gokken, terwijl U in werkelijkheid geld had verloren?  
0 = Nee  
1 = Ja
3. Hebt U het afgelopen jaar wel eens problemen gehad met gokken?  
0 = Nee  
1 = Ja

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

4. Hebt U het afgelopen jaar wel eens meer geld vergokt dan U zich voorgenomen had?  
0 = Nee  
1 = Ja
5. Waren er het afgelopen jaar mensen die kritiek hadden op het feit dat U gokte of die U vertelden dat U een gokprobleem had?  
*(ook al vindt U misschien dat ze geen gelijk hadden)*  
0 = Nee  
1 = Ja
6. Hebt U zich het afgelopen jaar wel eens schuldig gevoeld over de manier waarop U gokt of over wat er gebeurt wanneer U gokt?  
0 = Nee  
1 = Ja
7. Hebt U het afgelopen jaar wel eens gedacht om te stoppen met gokken en tegelijkertijd het gevoel gehad dat U dat niet zou kunnen?  
0 = Nee  
1 = Ja
8. Hebt U het afgelopen jaar wel eens deelnamebewijzen voor loterijen, geld voor gokken of andere tekenen dat U gokt, verborgen gehouden voor Uw partner, kinderen of andere belangrijke mensen in Uw leven?  
0 = Nee  
1 = Ja
9. Hebt U het afgelopen jaar wel eens ruzie gehad met mensen waarmee U samenleeft over de manier waarop U met geld omgaat?  
0 = Nee  
1 = Ja
10. Als U het afgelopen jaar ruzie hebt gehad over geld, ging het dan wel eens over het feit dat U gokt?  
0 = Nee  
1 = Ja
11. Hebt U het afgelopen jaar wel eens van iemand geld geleend en niet terug betaald omdat U gokt?  
0 = Nee  
1 = Ja
12. Bent U het afgelopen jaar als gevolg van gokken wel eens van het werk of opleiding weggebleven?  
0 = Nee  
1 = Ja
13. Indien U het afgelopen jaar geld hebt geleend om te gokken of om speelschulden terug te betalen, van wie hebt U dit geld geleend of waar komt het geld vandaan?  
0 = Nee  
1 = Ja

*(Omcirkel 'ja' of 'nee' bij elk van de volgende vragen)*

van het huishoudgeld	nee	ja
van partner	nee	ja
van andere familieleden	nee	ja
van vrienden of kennissen	nee	ja
van bank/giro of andere commerciële kredietverstrekkers	nee	ja
van creditcards	nee	ja
van woekeraars	nee	ja
verzilveren van waardepapieren (aandelen, opties, obligaties, etc.)	nee	ja
verkopen van persoonlijke en/of gezinseigendommen	nee	ja
'rood staan' bij bank/giro of uitschrijven van ongedekte cheques	nee	ja
doorlopende kredieten bij (illegaal) casino of <i>bookmaker</i>	nee	ja

## 2. Drinken

*De volgende vragen gaan over drankgebruik*

1. Op hoeveel van de drie weekenddagen drinkt u gemiddeld alcohol (dus vrijdag t/m zondag)?
  - 3 dagen
  - 2 dagen
  - 1 dag
  - minder dan 1 dag
  - ik drink nooit in het weekend
2. Als u op zo'n dag in het weekend alcohol drinkt, hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld?
  - 11 of meer glazen
  - 7 á 10 glazen
  - 6 glazen
  - 4 á 5 glazen
  - 3 glazen
  - 2 glazen
  - 1 glas
  - 0 glazen
3. Op hoeveel van de vier doordeweekse dagen drinkt u gemiddeld alcohol (dus van maandag t/m donderdag)?
  - 4 dagen
  - 3 dagen
  - 2 dagen
  - 1 dag
  - minder dan 1 dag (u drinkt wel eens op een doordeweekse dag, maar niet elke week)
  - ik drink nooit doordeweeks

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

4. Als u op zo'n doordeweekse dag alcohol drinkt, hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld?
  - 11 of meer glazen
  - 7 á 10 glazen
  - 6 glazen
  - 4 á 5 glazen
  - 3 glazen
  - 2 glazen
  - 1 glas
  - 0 glazen
  
5. Hoe vaak hebt u het afgelopen jaar zes of meer glazen alcoholhoudende drank op een dag gedronken?
  - elke dag
  - 5 á 6 keer per week
  - 3 á 4 keer per week
  - 1 á 2 keer per week
  - 1 á 3 keer per maand
  - 3 á 5 keer per half jaar
  - 1 á 2 keer per half jaar
  - Nooit
  
6. Bent u, vergeleken met drie maanden geleden, meer, minder of evenveel alcohol gaan drinken?
  - Ik ben meer gaan drinken, namelijk .... glazen per week meer
  - Ik ben minder gaan drinken, namelijk .... glazen per week minder
  - Ik drink evenveel als drie maanden geleden

### **[De volgende vragen alleen stellen als er sprake is van drank gebruik]**

1. Heeft u in het afgelopen jaar wel eens de behoefte gehad minder te gaan drinken?
2. Als u eenmaal begint met drinken, vindt u het dan wel eens moeilijk om te stoppen met drinken?
3. Heeft u in het afgelopen jaar wel eens maaltijden overgeslagen wanneer u aan het drinken was?
4. Heeft u in het afgelopen jaar wel eens alcoholhoudende drank gedronken om uw zorgen te vergeten?
5. Maakten uw partner en/of naaste familieleden zich wel eens zorgen over uw drankgebruik, of klaagden ze er wel eens over in het afgelopen jaar?
6. Raakt u wel eens geïrriteerd door aanmerkingen van anderen over uw drankgebruik?

### 3. Cannabis

*De volgende vragen gaan over cannabis gebruik.*

*Onder cannabis verstaan we hasj, marihuana en weed.*

1. Heeft u het afgelopen jaar cannabis gerookt vóór de middag?
  - 0 Nooit
  - 1 Ooit, experimenteel
  - 2 Doe ik soms
  - 3 Regelmatig
  - 4 Dagelijks
2. Heeft u het afgelopen jaar cannabis gerookt terwijl u alleen was? (in je eentje)?
  - 0 Nooit
  - 1 Ooit, experimenteel
  - 2 Doe ik soms
  - 3 Regelmatig
  - 4 Dagelijks
3. Heeft u het afgelopen jaar geheugenproblemen gehad terwijl u cannabis rookte?
4. Hebben vrienden of familieleden u het afgelopen jaar gevraagd om te proberen te minderen met cannabis gebruik?
5. Heeft u het afgelopen jaar geprobeerd te minderen of te stoppen met cannabis gebruik zonder succes?
6. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad door uw cannabis gebruik? (ruzie, ongeluk, slechte schoolresultaten, etc.)  
Welke? .....

### 4. Harddrugs

*Nu volgen een paar vragen over het gebruik van andere drugs in de afgelopen 12 maanden. Welke van de volgende middelen gebruikt u dagelijks, of bijna dagelijks? (omslagpunt = 5 dagen per week)*

*Kruis bij categorie 'ja' of 'nee' aan, omcirkel gebruikte middel(en)*

	Ja	Nee
Opiaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Heroïne		
2. Methadon		
3. Overige opiaten, zoals Codeïne, Darvon, Demerol, Dilaudid, Morfine, MSContin, Opium, Palfium, Percodan		
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Crack, gekookte (base) coke		
5. Cocaïne, snuifcoke		
Stimulantia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Amfetamines		
7. Khat		
8. Pepmiddelen		
9. Ponderal		
10. Ritalin*		
11. Speed		
Ecstasy/XTC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

12. MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA od 2CB.		
Andere middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bijvoorbeeld psychedelica, inhalatia, popper. Omschrijf:.....		
Sedativa*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Barbituaren, kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen, tranquilizers, Dalmadorn, Librium, Mogadon, Normison, Rohypnol, Seresta, Temesta, Valium, Xanax		

**\* Wanneer er sprake is van gebruik van Ritalin of Sedativa**

*Kreeg u dit middel op recept van een arts?*

*Ja/nee*

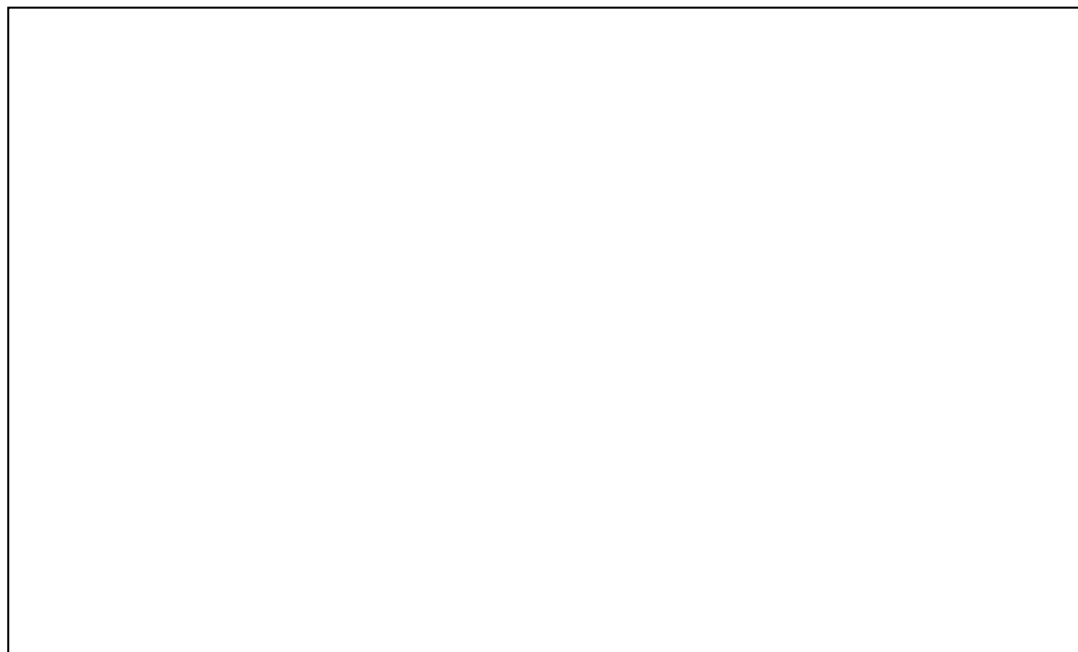
*Waarvoor?*

**Dank!!!**

--

## Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

*Ruimte voor kort verslag (denk aan sfeer, gebeurtenissen, dingen die het resultaat mogelijk hebben beïnvloed)*

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the central portion of the page. It is intended for a short report or summary, as indicated by the text above it.



## **Bijlage IV Omslagpunten screening: wanneer is iemand een problematische gebruiker of gokker?**

Bij de afname van de screening moest onmiddellijk overgegaan worden tot het indeling van een respondent in de groep problematische gebruikers of gokkers, of niet problematische gebruikers en gokkers, omdat respondenten in de eerste groep direct uitgenodigd dienden te worden voor een uitgebreid interview. Op de volgende manier zijn de omslagpunten bepaald.

### 1. Problematisch gokken

Er is sprake van probleemgokken wanneer er een score van 5 of meer wordt gehaald op de SOGS (wanneer er op 5 vragen bevestigend wordt geantwoord). De scores onder vraag 13 worden hierbij niet opgeteld.

### 2. Problematisch alcoholgebruik

Probleemdrinken is gedefinieerd als een score van minimaal 2,5 op de probleemschaal en daarnaast voldoen aan de definitie voor excessief drinken of bingedrinken. Excessief drinken betekent voor mannen 21 glazen of meer per week en voor vrouwen 14 glazen of meer per week. Bingedrinken betekent voor mannen: minstens eens per week zes of meer glazen drinken, en voor vrouwen: minstens eens per week vier of meer glazen drinken.

De zes vragen van de probleemschaal van Candel (2001) worden als volgt gecodeerd: 0 voor 'Nee', 1 voor 'Ja'. Deze items worden vermenigvuldigd met een zogenaamde gewogen somscore, waarbij de schaalscore (0,047) opgeteld wordt. Dat betekent bij een 'Ja' antwoord:

- Vraag 1            1 \* 1,739 + 0,047
- Vraag 2            1 \* 2,334 + 0,047
- Vraag 3            1 \* 1,969 + 0,047
- Vraag 4            1 \* 1,585 + 0,047
- Vraag 5            1 \* 3,296 + 0,047
- Vraag 6            1 \* 3,546 + 0,047

### 3. Problematisch cannabisgebruik

Aan de antwoorden kunnen verschillende scores toegekend worden.

1. 0-4
2. 0-4
3. 0-1
4. 0-1
5. 0-1
6. 0-1

Antwoorden op vraag 1 en 2 zijn gehercodeerd, waarbij antwoordcategorie 0 en 1 een score 0 kregen en antwoordcategorieën 2 – 4 een score 1 kregen. De antwoorden op de vragen 3 t/m 6 zijn identiek aan de toegekende scores. De scores op de zes items zijn opgeteld. Een score van 0 of 1 betekent 'geen risico op cannabismisbruik', een score van 2 betekent 'gemiddeld risico op cannabismisbruik' en een score van 3 t/m 6 betekent 'hoog risico op cannabismisbruik'. Van problematisch cannabisgebruik wordt in deze rapportage gesproken bij een score van 2 of hoger (gemiddeld of hoog risico op cannabismisbruik).

### 4. Harddrugs

Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen

Omslagpunt probleemgebruik is minimaal op 5 dagen per week gebruik of vaker (gevraagd als 'dagelijks' of 'bijna dagelijks').

## **Bijlage V Inhoud uitgebreide interview**

### **GOKKEN**

#### *Gokken*

- Geen extra vragen, benodigde informatie is uit screening te halen

#### *Lichamelijke gezondheid*

- ASI deel 1, lichamelijke gezondheid
- MATE deel 5, Lichamelijke klachten

#### *Psychische gezondheid*

- MATE deel 6, persoonlijkheid (SAPAS)
- Mate deel 10, Angst en depressie (HADS)
- Psychose-vragen uit *Screening psychiatrie en verslaving maatschappelijke opvang* van O3 en IVO

#### *Sociale omgeving*

- ASI deel 5, Familie en sociale relaties
- Tussengevoegde vragen naar kinderen en woonomgeving
- ASI deel 3, Arbeid, opleiding en inkomen
- MATE deel 7, Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning (ICF)

#### *Gokproblematiek*

- MATE deel 4: Afhankelijkheid en Misbruik (CICI-SAM)
- MATE deel 9, Middelen: Verlangen. ‘gebruiken’ vervangen door ‘gokken’

#### *Matching Needs and Services (MNS)*

- Interviewer vult na afloop op het formulier ‘Needs van geïnterviewde’ een samenvatting per leefgebied in; 1) gezin, wonen en omgeving 2) sociale relaties, 3) gedrag 4) lichamelijke en geestelijke gezondheid 5) scholing en werk en 6) problematisch gebruik en gokken.

### **ALCOHOL**

#### *Alcohol*

- Vraag 4.9 – 4.24 Van Dijk > Alcohol vragenlijst

#### *Lichamelijke gezondheid*

- ASI deel 1, lichamelijke gezondheid
- MATE deel 5, Lichamelijke klachten

#### *Psychische gezondheid*

- MATE deel 6, persoonlijkheid (SAPAS)
- Mate deel 10, Angst en depressie (HADS)
- Psychose-vragen uit *Screening psychiatrie en verslaving maatschappelijke opvang* van O3 en IVO

#### *Sociale omgeving*

- ASI deel 5, Familie en sociale relaties
- Tussengevoegde vragen naar kinderen en woonomgeving
- ASI deel 3, Arbeid, opleiding en inkomen
- MATE deel 7, Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning

#### *Middelenproblematiek*

- MATE deel 4: Afhankelijkheid en Misbruik (CICI-SAM)
- MATE deel 9, Middelen: Verlangen (Craving)

#### *Matching Needs and Services (MNS)*

- Interviewer vult na afloop op het formulier ‘Needs van geïnterviewde’ een samenvatting per leefgebied in; 1) gezin, wonen en omgeving 2) sociale relaties, 3) gedrag 4) lichamelijke en geestelijke gezondheid 5) scholing en werk en 6) problematisch gebruik en gokken.

## **DRUGS**

### *Cannabis*

- EMCDDA, Cannabis deel

### *Harddrugs*

- MATE deel 1 Middelen: Gebruik

### *Lichamelijke gezondheid*

- ASI deel 1, lichamelijke gezondheid
- MATE deel 5, Lichamelijke klachten

### *Psychische gezondheid*

- MATE deel 6, persoonlijkheid (SAPAS)
- MATE deel 10, Angst en depressie (HADS)
- Psychose-vragen uit *Screening psychiatrie en verslaving maatschappelijke opvang* van O3 en IVO

### *Sociale omgeving en hulpbehoefte*

- ASI deel 5, Familie en sociale relaties
- Tussengevoegde vragen naar kinderen en woonomgeving
- ASI deel 3, Arbeid, opleiding en inkomen
- MATE deel 7, Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning

### *Middelenproblematiek*

- MATE deel 4: Afhankelijkheid en Misbruik (CICI-SAM)
- MATE deel 9, Middelen: Verlangen (Craving)

### *Matching Needs and Services (MNS)*

- Interviewer vult na afloop op het formulier 'Needs van geïnterviewde' een samenvatting per leefgebied in; 1) gezin, wonen en omgeving 2) sociale relaties, 3) gedrag 4) lichamelijke en geestelijke gezondheid 5) scholing en werk en 6) problematisch gebruik en gokken.

## **Bijlage VI Overzicht experts MNS sorteerronde**

### Begeleiders:

1. Mariska van der Steege, Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht
2. Machteld van der Pijll, Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht

### Deelnemers:

1. Klaas Hofman, hoofd behandeling Zuid-Oost en Zuid-West Drenthe, Verslavingszorg Noord-Nederland
2. Mieke Touw, maatschappelijk werkster, Parnassia, Den Haag
3. Marjet Zeegers, beleidsmedewerker De Grift, Arnhem
4. Tom van Duijnhoven, locatiedirecteur PI De Leuvense Poort, Den Bosch
5. Yolande Rommers, programma-manager SOV, Bavo RNO Groep, Rotterdam
6. Dolf van Rossum, werkbegeleider GAVO, Centrum Maliebaan, Utrecht
7. Remco Moree, beleidsmedewerker Ministerie van Justitie, Den Haag
8. Adèle Hoekstra, beleidsmedewerker Ministerie van Justitie, Den Haag
9. Lisette Oliemeulen, onderzoeker IVO, Rotterdam
10. Soenita Ganpat, onderzoeker IVO, Rotterdam

## **Bijlage VII Overzicht leden begeleidingscommissie**

1. Prof. dr. Cor de Jong, Bijzonder Hoogleraar Verslaving en Verslavingszorg, Stichting NISPA, Radboud Universiteit
2. Prof. dr. Harm 't Hart, Hoogleraar Methoden en Technieken, Universiteit van Utrecht
3. Dr. Jaap van de Stel, Senior Onderzoeker, De Geestgronden
4. Dr. Koert Swiersta, Hoofd Informatie en Documentatie, Dienst Justitiële Inrichtingen
5. Dr. Ien van de Goor, Universitair Hoofddocent, Tranzo, Universiteit van Tilburg
6. Dr. Adele Hoekstra, Senior beleidsmedewerker Justitieel Verslavingsbeleid, Ministerie van Justitie/ DRS
7. Dr. Marianne van Ooyen-Houben, Projectbegeleider, Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum, Ministerie van Justitie.