



Eindrapport ontwikkeling Handreiking Middelencontroles in de ambulante context van de reclassering

IN OPDRACHT VAN HET PROGRAMMA KWALITEIT FORENSISCHE ZORG

Elske Wits

Monica Walhout

Nadine van Gelder

Etienne Michielsen

Jorg de Vlam

Anja van Hunsel

Jaar van publicatie: 2017



Colofon



DIAGNOSTIEK VOOR U

Titel	Eindrapport ontwikkeling Handreiking Middelencontroles in de ambulante context van de reclassering
Auteurs	Elske Wits (IVO) Monica Walhout (IVO) Nadine van Gelder (IVO) Etienne Michielsen (Diagnostiek voor U) Jorg de Vlam (Novadic-Kentron) Anja van Hunsel (GGz Eindhoven)
Projectgroep	Elske Wits (IVO) Etienne Michielsen (Diagnostiek voor U) Jorg de Vlam (Novadic-Kentron) Anja van Hunsel (GGz Eindhoven)
Financiering	Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ)

Met dank aan allen die via deelname aan interviews, werkbijeenkomst of praktijktoets hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze rapportage.

Deze publicatie is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma Kwaliteit Forensische Zorg. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

Het intellectuele eigendom ligt bij de auteurs. De auteurs stemmen er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.

De Handreiking middelencontroles in de reclassering in de ambulante context en deze eindrapportage zijn zonder kosten te downloaden vanaf de websites van het KFZ, GGz Eindhoven en IVO. Niet toegestaan is commercieel gebruik of gebruik zonder bronvermelding.

Contactpersoon: Matty Timmermans (MCM.Timmermans@GGZE.nl).

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
1.1.	Achtergrond en doelstelling	4
1.2.	Werkwijze	4
2.	Literatuuronderzoek.....	5
2.1.	Vraagstelling literatuurstudie	5
2.2.	Werkwijze	5
2.3.	Resultaten.....	6
2.4.	Conclusie	9
3.	Veldverkenning.....	11
3.1.	Werkwijze	11
3.2.	Resultaten veldverkenning.....	12
3.3.	Conclusie	16
4.	Praktijktoets	17
4.1	Werkwijze praktijktoets	17
4.2	Resultaten praktijktoets	17
4.3	Conclusie	18
5.	Tot slot.....	20
	Geraadpleegde bronnen	21
	Bijlage 1 Lijst van geraadpleegde personen	23
	Bijlage 2 Aantoonbaarheid middelengebruik in urine en speeksel.....	24

1. Inleiding

1.1. Achtergrond en doelstelling

Controle op de uitvoering van bijzondere voorwaarden opgelegd vanuit Justitie is de verantwoordelijkheid van de toezichthoudende reclassering. Middelencontroles in de ambulante setting kunnen daar onderdeel van zijn, wanneer als bijzondere voorwaarde een verbod is opgelegd om alcohol en/of drugs te gebruiken of gekozen is voor gecontroleerd gebruik. In de praktijk blijkt dat middelencontrole op veel verschillende manieren plaatsvindt. Behalve voor de reclassering en ambulante forensische GGz is ook voor de diagnostische centra (laboratoria) professionalisering en standaardisatie van middelencontrole in de ambulante omgeving daarom een wens.

Om bovengenoemde reden heeft het Kwaliteitsprogramma Forensische Zorg (KFZ) aan GGz Eindhoven (De Woenselse Poort), Diagnostiek voor U, Novadic-Kentron en onderzoeksinstituut IVO gevraagd om een werkwijze te beschrijven voor de controle op middelengebruik door de reclassering in de ambulante setting. Daarbij staan procedure en aard van de testen centraal: beide moeten betrouwbare uitkomsten garanderen. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van testen (met name directe testen) kunnen de controle op middelengebruik in de ambulante context in potentie vereenvoudigen en beter waarborgen. Deze ontwikkelingen hebben consequenties voor de te volgen procedures.

Doelstelling van het project was het ontwikkelen van een handreiking voor middelencontrole die door toezichthouders van de reclassering kan worden ingezet in de ambulante setting. De handreiking dient gebaseerd te zijn op de uitkomsten van een internationale literatuurstudie naar state-of-the-art methodieken en veldonderzoek. In dit rapport is een verslag te vinden van de werkwijze (paragraaf 1.2 in dit hoofdstuk), de resultaten van de literatuurstudie (hoofdstuk 2), de resultaten van het veldonderzoek (hoofdstuk 3), de uitkomsten van de praktijktoets (hoofdstuk 4) en enkele slotoverwegingen (hoofdstuk 5).

1.2. Werkwijze

Om de handreiking te ontwikkelen is de volgende werkwijze gevolgd. Gestart is met een internationale literatuurstudie, parallel aan een veldverkenning. In de veldverkenning zijn vijf interviews afgenomen met vertegenwoordigers van verschillende (verslavings-)reclasseringsinstellingen in Nederland. Aan de hand van de uitkomsten van de literatuurstudie en veldverkenning is een concept handreiking ontwikkeld. Deze is besproken in een werkbijeenkomst (mei 2016) met representatie van de instellingen IrisZorg, Novadic-Kentron, Programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ), Diagnostiek voor U en De Woenselse Poort/Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven (GGzE) (zie bijlage 1). De concept handreiking is daarop verbeterd en in een praktijktoets voorgelegd aan twee instellingen: Iriszorg en GGzE. De uitkomsten van de praktijktoets hebben aanleiding gegeven om de handreiking op een aantal punten bij te stellen, en opnieuw voor te leggen aan enkele deskundigen binnen Novadic-Kentron en Brijder. De definitieve versie is voorgelegd aan de programmacommissie van KFZ.

In de volgende hoofdstukken wordt telkens uitgebreider stilgestaan bij de werkwijze binnen de verschillende onderdelen van het ontwikkeltraject.

2. Literatuuronderzoek

Hieronder zijn de werkwijze en resultaten beschreven van de literatuurstudie naar internationale procedures rondom middelencontroles in diverse ambulante settings en met name in de reclasseringscontext.

2.1. Vraagstelling literatuurstudie

In de literatuurstudie is getracht antwoord te krijgen op de volgende vraag:

Zijn urinecontroles nog steeds state-of-the art als het gaat om middelencontrole? Wat zijn eventueel alternatieven voor de ambulante reclasseringscontext?

- a. Wat zijn nieuwe ontwikkelingen op gebied van urinecontroles of alternatieven daarvoor in de ambulante reclasseringscontext, zowel gezien vanuit de test zelf (techniek) als de uitvoering in de praktijk (organisatie en kwaliteitsborging)?
- b. Welke daarvan zijn gevalideerd in de praktijk (overzicht van praktijkstudies) en met welke resultaten/uitkomsten?

2.2. Werkwijze

De literatuurstudie is deels uitgevoerd door onderzoekers van het IVO (organisatie en kwaliteitsborging) en deels door DvU (nieuwe technieken). Voor de vraag naar organisatie en kwaliteitsborging is gezocht naar zowel (recente) academische als ‘grijze’ literatuur en overheidsdocumenten en -rapporten aan de hand van verschillende Nederlands-, Engels-, en Duitstalige zoektermen. Aanvankelijk is gezocht naar internationale wetenschappelijke publicaties over middelencontroles in de reclassering en/of ambulante forensische psychiatrie. Hiervoor zijn (combinaties van) de volgende zoektermen gebruikt in de databases PsycInfo en PubMed: probation; supervised probation; intensive probation; home detention; drug court; drug treatment court; suspended sentence; deferred sentence; offender; detainee; drug monitoring; drug testing; urinalysis; substance use monitoring; toxicology testing; illegal drugs; heroin; cocaine; GHB; alcohol; amphetamine; cannabis; intervention. Documenten en artikelen werden geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- Onderzoek bij volwassenen (geen jeugdigen / minderjarigen)
- Onderzoek in met Nederland vergelijkbare contexten / settings

Vervolgens is met bovenstaande zoektermen en met Nederlandstalige en Duitstalige equivalenten gezocht naar (grijze) literatuur via Google Scholar en Google. Hierbij is tevens gebruik gemaakt van (combinaties van) de zoekwoorden “drug testing”; probation; outpatient; ambulant; parole; procedure(s); guideline(s); practice(s); drugtest; procedures; richtlijnen; reclassering; ambulant; Drogentest; Bewährung; Richtlijnen; Verfahren. Ook zijn bestaande protocollen voor de controle op middelengebruik opgevraagd bij de verslavingsreclassering en de drie reclasseringsorganisaties (3RO). Tot slot is via de literatuurlijsten van twee publicaties van het Ministerie van Justitie uit 2006 en 2007 verder gezocht naar relevante literatuur.

Zoekresultaten

De primaire zoekopdrachten naar internationale wetenschappelijke literatuur m.b.t. organisatie en kwaliteitsborging leverden op dit thema weinig relevante publicaties op (5 totaal). In de grijze literatuur zijn vervolgens elf documenten gevonden waarin richtlijnen en procedures rondom middelencontroles zijn beschreven, waarvan zes Nederlandse documenten. Van de vijf internationale publicaties waren slechts twee documenten toegespitst op de context van de reclassering (trefwoorden ‘probation’/ ‘parole’).

Een literatuurstudie naar nieuwe technieken die relevant zijn voor de uitvoeringspraktijk van middelencontroles in de ambulante setting bleek een (inter)nationale literatuurstudie minder voor de hand liggend, omdat (ervarings)kennis daarover vooral in de praktijk van laboratoria bekend is. Door laboratoria worden de gevestigde diagnostische testen voor screening en de bevestigingstesten met geavanceerde technieken steeds verder doorontwikkeld, en nieuwe (gevalideerde) technieken worden uitgetoet. Op basis van praktijkkennis over de – voor de ambulante context - meest relevante nieuwe ontwikkelingen (alcoholenkelband en RUMA-marker) zijn deze technieken vervolgens in deze rapportage beschreven. Deze veelbelovende technieken moeten zich in de praktijk gaan bewijzen.

2.3. Resultaten

2.3.1 Huidige werkwijze reclassering; bestaande protocollen in Nederland

De inhoud van de begeleiding en controle door de reclassering worden afgestemd op het niveau van het recidiverisico, de opgelegde bijzondere voorwaarden, en het doel / de doelen van de behandeling. Hierin kunnen middelencontroles onder de persoonlijke afspraken vallen, of zijn opgelegd zijn als bijzondere voorwaarde (in de zin van een controlerende voorwaarde als reclasseringsinterventie) (Jacobs, Van Kalmthout & Von Bergh, 2006). Een verbod op gebruik van middelen wordt door de rechter weinig opgelegd als bijzondere voorwaarde. Terugval is inherent aan verslaving, en een verbod kan er voor zorgen dat een reclassent minder bereid is mee te werken aan een traject. Een verbod op middelengebruik zou niet goed na te leven en niet effectief zijn (Spits, Oudejans, & Merckx, 2016).

Controles op middelengebruik zijn van toepassing onder toezichtsniveaus 2 en 3 (Spits, Oudejans, & Merckx, 2016), en reclasseringsmedewerkers zijn verantwoordelijk voor het (laten) uitvoeren van urinecontroles (Abraham, Van Dijk & Zwaan, 2007). Op beide niveaus vinden controles (idealiter) *at random* plaats – op niveau twee gebeurt dit maandelijks, en op niveau 3 wekelijks (3RO, 2010). De reclassering voert – ten tijde van het schrijven van deze rapportage - urinecontroles meestal niet zelf uit, maar besteedt dit uit aan andere instanties. Uitslagen van urinecontroles worden onmiddellijk doorgegeven aan reclasseringswerkers. Zij bespreken de uitslag zo snel mogelijk met de cliënt. Er kan - indien gewenst door de cliënt - een contra-expertise aangevraagd worden; de kosten hiervan zijn voor de cliënt zelf (Reclassering Nederland, 2015). Geestelijke GezondheidsZorg Eindhoven en De Kempen (GGzE, 2015) en Novadic-Kentron (2014) maken op dit moment al gebruik van een (intern) protocol bij urinecontroles.

Door de drie Reclasseringsorganisaties (3RO) is het document ‘Werkwijze Alcohol- en Drugscontrole’ (3RO, 2010) opgesteld. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen controle op alcoholgebruik en controle op drugsgebruik. Bij controle op alcoholgebruik wordt gebruik gemaakt van zowel blaas- als urinetests, en bij controles op drugsgebruik alleen van een urinetest. Er worden twee monsters onder toezicht afgenomen, waarvan de tweede maximaal twee maanden bewaard wordt voor een eventuele herhaalde analyse. De reclasseringsmedewerker geeft bij het laboratorium aan op welke middelen getest moet worden. Uitslagen worden gemeld aan de reclassering, waarna er eventueel een contra-expertise of bevestigingsonderzoek uitgevoerd kan worden. In het document van 3RO wordt niet omschreven wie verantwoordelijk is voor de afname van urinemonsters of wie er aanwezig dient te zijn bij het urineren onder toezicht.

In buitenlandse (grijze) literatuur in landen met vergelijkbare rechtssystemen en verslavingszorg zijn geen beschrijvingen van werkwijzen gevonden die vernieuwend of wezenlijk anders zijn t.o.v. de Nederlandse procedures.

2.3.2 Technieken

Voorwaarden voor effectieve middelencontrole

Een literatuurstudie naar de voorwaarden van drugsanalyse binnen de verslavingszorg leverde weinig resultaten op. Vanwege praktische en juridische redenen is het van belang dat zowel adequate sensibeleit (in de zin van weinig vals-negatieven) als adequate specificiteit (in de zin van weinig vals-positieven) van de testen gewenst zijn. Daarnaast zijn belangrijke voorwaarden snelle beschikbaarheid van de resultaten, en acceptabele kosten van afname en analyse. De aard van de gebruikte monsters (urine, speeksel, bloed) speelt ook een rol. Belangrijk is dat middelen voldoende lang aantoonbaar zijn om een effectieve controle mogelijk te maken. In het algemeen zijn middelen in speeksel en bloed veel kortere tijd aantoonbaar dan in urine (zie bijlage 2) (bron: experts laboratorium DVU). Daarbij moet worden opgemerkt dat in urine enkele stoffen (nog) niet traceerbaar zijn (bijvoorbeeld amfetamine derivaten, synthetische cannabinoïden, en opioïde derivaten) (Jellinek, 2010). Ook in speeksel zijn niet alle middelen aan te tonen (zie bijlage 2).

Tot slot—moeten er duidelijke richtlijnen zijn voor afname en aflezing van de testen (bijvoorbeeld met betrekking tot de ‘bewijslimiet’ in juridische zin versus de ‘aantoonbaarheidsgrens’ van een stof). Bij directe testen zijn deze duidelijke richtlijnen er niet (Jellinek, 2010). Diagnostische testen worden uitgevoerd door een daarvoor geaccrediteerd laboratorium (CCKL 4e Praktijkrichtlijn of ISO15189:2012). Deze zijn ervaren en voor alle beschikbare testen zijn (inter)nationaal gevalideerde afkapwaarden gedefinieerd en gevalideerd. De kwaliteit en betrouwbaarheid van de resultaten worden goed gecontroleerd en is aantoonbaar. Er is altijd een laboratoriumspecialist klinische chemie of apotheker beschikbaar voor inhoudelijke consultatie. De rapportage is onafhankelijk en volledig.

Nieuwe ontwikkelingen

Door laboratoria worden de gevestigde diagnostische testen voor screening en de bevestigingstesten met geavanceerde technieken (GC-MS of LC-MS-MS) steeds verder doorontwikkeld. Verreweg de meeste ontwikkelingen zijn zichtbaar bij de directe testen. De technische ontwikkelingen rondom nieuwe testmethoden zijn in volle gang en er wordt in Nederland geëxperimenteerd met diverse methoden. Het aantal leveranciers, het aantal verschillende testen en de mogelijkheid om in verschillende matrices (urine, uitademingslucht, zweet, bloed, enz.) metingen te verrichten neemt toe. Tevens zijn er vaker gecombineerde directe testen beschikbaar die niet een drug testen, maar een combinatie van bijvoorbeeld tien drugs. Vaak zijn dit duurdere versies van de enkelvoudige testen. Een met name voor de reclassering relevante ontwikkeling is de SCRAMx (ontwikkeld door ‘Alcohol Monitoring Systems’), een elektronische enkelband die via zweet alcoholgebruik monitort (‘transdermal alcohol concentration’, TAC). De SCRAMx valt onder de zogenaamde Transdermal Alcohol Monitoring (TAM) technologie. Onder ruim 9000 Amerikaanse gedetineerden werd tussen 2004 en 2009 een ‘compliance rate’ (in de zin van geen alcoholgebruik of moedwillig verstoren van de enkelband) van 75% gevonden (McKnight, Fell & Auld-Owens, 2012). Verder is er, hoewel de SCRAMx met name in de Verenigde Staten veel gebruikt wordt en het op dit moment de meest gebruikte TAM technologie is, nog weinig bekend over de effectiviteit. Op dit moment wordt een database van meer dan 250.000 Amerikaanse ‘alcohol offenders’ die deze enkelband opgelegd hebben gekregen onderzocht (Fell & McKnight, 2013). Wel toonde een recente evaluatie van de SCRAM (Tison, Nichols, Casanova-Powell & Chaudhary, 2015) met betrekking tot recidivisme van rijden onder invloed aan dat gebruik van de SCRAM niet significant gerelateerd was aan recidivisme, maar dat de SCRAM recidivisme wel significant uitstelde (‘onset recidivism’, in dit geval een nieuwe arrestatie voor rijden onder invloed) t.o.v. overtreeders die de enkelband niet opgelegd hadden gekregen. In 2014 werd door de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) in Nederland een pilot uitgevoerd met de SCRAM-X enkelband om alcoholgebruik te meten (Boone, Van der Kooij & Rap, 2016). Meer praktijkonderzoek naar de alcoholenkelband is nodig gebleken; de start van een nieuwe pilot staat momenteel gepland in oktober 2016 (SVG, 2016).

Een tweede ontwikkeling omtrent middelencontroles die relevant is voor de ambulante reclasseringscontext (gezien het huidige gangbare gebruik van urinecontroles) is het gebruik van een zogenaamde RUMA marker als fraudedetectie bij UC's, die kan aantonen dat een monster daadwerkelijk van de desbetreffende cliënt afkomstig is. Hierbij wordt door de cliënt een drankje ingenomen met een specifieke markerstof (een soort suiker). Na 30 minuten wordt urine geproduceerd en in het laboratorium wordt vervolgens gecontroleerd of de ingenomen markerstof in het urinemonster kan worden aangetoond (<http://www.marker-test.de/en-GB>)¹. Dit maakt toezicht op bij het plassen overbodig. De RUMA marker kan worden toegepast als de cliënt hier mee instemt.

2.3.3 Proces: organisatie en kwaliteitsborging

In een studie naar middelengebruik binnen de reclasseringscontext (Kleiman et al., 2002) werd geconcludeerd dat positieve uitslagen en/of het niet komen opdagen voor controles niet vaak genoeg een sanctie tot gevolg hebben, waardoor het testen zelf minder serieus genomen wordt door reclasseringscliënten. De auteurs achten daarom directe, snelle tests het meest geschikt binnen deze context, omdat er dan (indien gewenst) sneller bestraft kan worden. Ook zouden snelle tests, gezien vanuit gezondheidseconomisch perspectief, betere gezondheidssuitkomsten voor cliënten bieden, omdat er aan de hand van de uitslag onmiddellijk een beslissing over een gepaste actie genomen kan worden (Price, 2001).

Moeilijkheden met betrekking tot bestraffen bleken binnen deze studie vaak te maken te hebben met een gebrek aan middelen en capaciteit (ook in de zin van human resources) om sancties snel en consequent uit te kunnen voeren. Deze problemen kunnen ook beperkende factoren vormen voor het überhaupt implementeren van (genoeg) controles op middelengebruik. Bij het verhogen van capaciteit en middelen is het van belang dat de beschikbare middelen ook daadwerkelijk ingezet worden, en er moet het algemene organisatorische doel zijn de naleving van regels omtrent reclasseringscliënten (zoals adequate middelencontroles) te handhaven. Ook Price (2001) benadrukte met betrekking tot directe testen het belang van de rol van de organisatie en het management voor het succesvol implementeren van deze tests.

Tevens werd in deze studie het belang van frequent testen benoemd: éénmaal per week levert een incidentie van detectie van drugsgebruik van gemiddeld 35% op, tweemaal per week testen al een incidentie van meer dan 80%. In een latere studie naar de frequentie van urinecontroles (Shervin, Shwan & el-Guebaly, 2009) werd echter geconcludeerd dat het *verlagen* van de frequentie van wekelijks naar tweewekelijks random controleren geen invloed had op de afschrikkende werking van de controles, noch op de hoeveelheid middelengebruik tijdens ambulante behandeling voor verslaving. In weer een andere studie werden frequent testen (twee à drie keer per week) en het snel communiceren van resultaten (binnen 48 uur) genoemd als belangrijke succesfactoren voor effectieve controles op middelengebruik (binnen de context van zogenaamde *Drug Court Programs* in Amerika) (Carey, Mackin & Finigan, 2012). De onderzoekers doen de volgende aanbevelingen met betrekking tot middelencontroles in de reclasseringscontext:

- implementeer een programma van frequent testen en consequent sanctioneren;
- concentreer de beschikbare middelen (in eerste instantie) in plaats van 'uitspreiden' over de gehele cliëntenpopulatie voor een geloofwaardig middelencontrole-programma;
- laat het afnemen van tests en invoeren van data uitvoeren door bijvoorbeeld administratief personeel (of in elk geval bij voorkeur niet de reclasseringsmedewerkers zelf);
- ga over op directe tests in plaats van tests die naar een laboratorium gestuurd moeten worden;

¹ Elbe AM, Jensen SN, Elsborg P, Wetzke M, Woldemariam GA, Huppertz B, Keller R, Butch AW (2016). The Urine Marker Test: An Alternative Approach to Supervised Urine Collection for Doping Control. *Sports Med.* Jan;46(1):15-22.

- overweeg om het testen op cannabis achterwege te laten, omdat dit middel volgens de onderzoekers aantoonbaar minder invloed heeft op recidive dan andere middelen.

Een Nederlandse overzichtstudie (Kogel & Nagtegaal, 2008) met betrekking tot *Intensive Supervision Probation* (ISP; zie ook Abraham, Van Dijk & Zwaan, 2007) vond dat een dergelijk intensief toezicht (met een combinatie van drugscontroles als monitoring-maatregel en interventies om re-integratie te bevorderen) de detectiekans van gemiste urinecontroles op drugs verhoogt. Een ander ambulante toezichtprogramma, gebaseerd op sociale steun, heeft elementen uit het ISP programma en omvat wekelijkse urinecontroles. Uit een onderzoek uit 1999, meegenomen in de overzichtsstudie, bleek dat cliënten die deze sociale steun ontvingen minder vaak recidiveerden dan cliënten die slechts wekelijkse urinecontroles hadden.

2.4 Conclusie

De centrale vraag in de literatuurstudie was: *Zijn urinecontroles nog steeds state-of-the art als het gaat om middelencontrole, wat zijn eventueel alternatieven voor de ambulante context?* Nagegaan is wat nieuwe ontwikkelingen zijn op het gebied van urinecontroles of alternatieven daarvoor in de ambulante context, zowel gezien vanuit de test zelf (techniek) als de uitvoering in de praktijk (organisatie en kwaliteitsborging). Ook is nagegaan welke daarvan gevalideerd zijn in de praktijk (overzicht van praktijkstudies) en met welke resultaten/uitkomsten.

Urinecontroles nog steeds state-of-the-art

Ondanks de opmars van bijvoorbeeld speekseltests waarmee het gebruik van drugs snel kan worden aangetoond, hebben urinecontroles (met toepassing van directe tests of diagnostische tests) nog steeds de voorkeur. Speekseltests zijn minder passend in de ambulante reclasseringscontext, omdat middelen minder lang aantoonbaar blijven in speeksel dan in urine (zie bijlage 2). Hetzelfde geldt voor bloedtests. Bovendien is weinig bekend over de betrouwbaarheid van directe tests en ontbreken gevalideerde afkapwaarden. Urinecontroles zijn daarmee nog steeds 'state-of-the-art'. Directe tests d.m.v. urinestrips kunnen worden gebruikt in situaties die geen strikte controle vereisen; diagnostische tests van urinemonsters zijn in andere gevallen aangewezen.

Technieken

Een nieuwe ontwikkeling omtrent urinecontroles is fraudedetectie via gebruik van de RUMA marker. Dit maakt toezicht bij het plassen overbodig. De drempel voor reclasseringswerkers om UC's uit te voeren (zie hoofdstuk 3) wordt daarmee grotendeels weggenomen. Verder zijn er steeds meer directe testen die gebruik maken van speeksel-, zweet-, en ademanalyse, eventueel met gebruik van (nieuwe) technologie (zoals de enkelband voor controle op alcoholconsumptie). Deze directe testen hebben veel voordelen: onverwacht en onregelmatig testen wordt eenvoudiger en de uitslag is direct bekend.

Procedures

Zoals blijkt uit de literatuurstudie is het voor de geloofwaardigheid van het testen op middelengebruik voor cliënten van belang dat er directe sancties of consequenties volgen op eventuele positieve uitslagen, en dat de controles regelmatig en onaangekondigd worden uitgevoerd. Het vervolgens snel kunnen reageren bij gebleken middelengebruik speelt beter in op het uiteindelijke doel van de middelencontroles, namelijk ondersteuning (kunnen) bieden en (nieuw of herhaald) delict gedrag voorkomen. Hiervoor lenen directe testen – met name urinestrips, vanwege de langer durende aantoonbaarheid in urine - zich beter dan de diagnostische urinetests die nu voornamelijk worden toegepast. Deze kennen een langere procedure, waardoor minder snel kan worden gereageerd op eventuele positieve testuitslagen.

Uiteindelijk lijkt het daarom, gezien het uiteindelijke doel van controles op middelengebruik, het meest effectief om waar mogelijk directe testen op urinemonsters te gebruiken die door een reclasseringsmedewerker bij de (eigen) cliënt worden afgenomen. Deze tests kunnen eenvoudig onregelmatig en onaangekondigd worden afgenomen en bieden direct uitslag, waardoor de reclasseringswerker onmiddellijk hierover in gesprek kan gaan met de cliënt en eventueel een consequentie of sanctie aan het gebruik kan verbinden. Bij ontkenning van gebruik kan alsnog voor een diagnostische urinetest worden gekozen.

Het onregelmatig en onaangekondigd controleren lijkt bovendien de noodzaak van frequente, sluitende middelencontrole weg te nemen – ondanks het uit de literatuurstudie gebleken belang van frequente controle. Immers, onregelmatig en onverwacht controleren maakt het voor cliënten veel lastiger, zo niet onmogelijk, om het gebruik gunstig te ‘plannen’ tussen de verschillende controles door.

Uit de literatuurstudie zijn veel voorkomende knelpunten bij middelencontrole aan het licht gekomen. Op basis daarvan zijn onderwerpen geselecteerd om in de veldverkenning verder uit te diepen (zie 3.1).

3. Veldverkenning

Voor het ontwikkelen van de handreiking heeft in het voorjaar van 2016 een veldverkenning plaatsgevonden waarin vertegenwoordigers van vijf Nederlandse (verslavings)reclasseringsinstellingen telefonisch zijn geïnterviewd om de bovengenoemde lijst met onderwerpen verder te bespreken. Ook heeft een werkbijeenkomst plaatsgevonden.

3.1. Werkwijze

In aanvulling op de literatuurstudie naar middelencontroles in de context van de reclassering is een veldverkenning uitgevoerd. Met vijf medewerkers van verschillende verslavingsreclasseringsinstellingen in Nederland is een telefonisch interview gehouden (zie bijlage 1). De instellingen die hebben meegewerkt aan de veldverkenning zijn: Novadic-Kentron, Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN), Mondriaan, Tactus Verslavingszorg en IrisZorg. Het interview duurde 30-45 minuten. De dataverzameling is gestopt toen verzadiging bereikt was; in een latere fase van de ontwikkeling van de handreiking is een concept van de handreiking ter toetsing voorgelegd aan een ervaren teammanager van de reclassering van Brijder verslavingszorg. In de interviews is gevraagd naar huidige werkwijzen (eventueel vastgelegd in protocollen) en nieuwe ontwikkelingen in soorten tests en procedures. Daarnaast zijn onderstaande thema's die naar voren kwamen uit de literatuurstudie besproken:

- De juridische kaders en (behandel-)contexten van de middelencontroles;
- De mogelijke doelen van middelencontroles
- Balans tussen ondersteuning en controle
- Waarborgen van integriteit van urinemonsters
- Beoordeling van de uitslag
- Betaalbaarheid/kosten van middelencontroles
- Rechten van cliënten
- Diversiteit binnen de doelgroep
- Toepasbaarheid van een landelijk protocol voor middelencontroles
- Kwaliteitsindicatoren

Van elk interview is een digitale geluidsopname gemaakt, die gebruikt is voor het uitwerken van een interviewverslag. Vervolgens zijn de belangrijkste bevindingen van alle vijf de interviews per topic geschematiseerd. Naast de informatie uit deze interviews is ook informatie (praktijkkennis) over testen en testprocedures gebruikt afkomstig van de bij het project betrokken medewerker van Diagnostiek voor U.

Op basis van de bevindingen uit de literatuurstudie en veldverkenning is vervolgens een eerste concept handreiking opgesteld. Begin mei 2016 is een landelijke werkbijeenkomst georganiseerd met het doel om feedback te krijgen op de concept handreiking van ketenpartners uit het veld. Ook is uitleg gegeven over de praktijktoets volgend op de werkbijeenkomst. Aanwezig waren medewerkers van Iriszorg, Novadic-Kentron, Programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ), Diagnostiek voor U, De Woenselse Poort / GGzE, en het IVO. De werkbijeenkomst werd ingeleid met presentaties over de doelen van het gehele project en de werkbijeenkomst zelf, klassieke en nieuwe methoden van middelencontroles door DvU, en een presentatie van het concept van de handreiking. Hierna volgde een bespreking van dit concept. Hiervan is een verslag gemaakt. Op basis van de uitkomsten van de werkbijeenkomst is de concept handreiking aangepast. Deze versie vormde de basis voor een praktijktoets (zie hoofdstuk 4).

3.2. Resultaten veldverkenning

In deze paragraaf worden de uitkomsten van de veldverkenning besproken. Allereerst komen de verschillende juridische kaders en de mogelijke doelen van middelencontroles aan de orde, de balans tussen ondersteuning en controle en de eisen t.a.v. een landelijke handreiking voor middelencontroles (3.2.1). In 3.2.2 komen knelpunten in de huidige werkwijze aan de orde en de mogelijkheden die directe tests bieden. Daaraan gekoppeld wordt ook de betaalbaarheid/kosten van middelencontroles besproken. Tot slot wordt kort ingegaan op diversiteit binnen de doelgroep (3.2.3) en rechten van cliënten (3.2.4).

3.2.1 Uitgangspunten en doelen middelencontroles

Context, doel middelencontroles

Voor de uitvoering van middelencontroles (momenteel meestal urinecontroles ofwel UC's) zijn de context en juridische kaders van belang: hoe strakker de kaders, hoe gedetailleerder de beschrijving van te volgen procedures in de handreiking moet zijn, en hoe belangrijker het door respondenten gevonden wordt dat verschillende organisaties de controles op dezelfde wijze uitvoeren. Urinecontroles zijn nooit een doel op zichzelf, maar een middel om herhaling van delicten of nieuwe delicten te voorkomen. Voor de reclasseringscontext worden twee scenario's voor middelencontroles onderscheiden:

1. Urinecontroles opgenomen in het vonnis van het Openbaar Ministerie. In dit geval is het de taak van de toezichthoudende reclassering dit vonnis na te leven.
2. Urinecontroles op initiatief van de reclassering. Wanneer middelengebruik door een cliënt als criminogene factor naar voren komt ziet de reclassering het als haar taak om derden en/of de samenleving te beschermen tegen eventuele delicten door cliënten.

Balans tussen ondersteuning en controle

Naast controleren wil de reclassering haar cliënten vooral ondersteunen in een proces van gedragsverandering. Soms wordt dit proces begeleid door de hulpverlening; dan is goede afstemming noodzakelijk. Het is belangrijk dat signalen die het risico op delicten verhogen (zoals middelengebruik) efficiënt uitgewisseld worden om te komen tot een goed en sluitend risicomanagement. Hoewel de reclassering meer controlegericht is dan de hulpverlening, lopen controle en ondersteuning door elkaar - sec binnen de behandeling kunnen middelencontroles relevant zijn in het kader van behandeldoelen. Instellingen gaan in dat geval verschillend om met de verantwoordelijkheid voor de controles: bij sommige organisaties vallen de controles in die gevallen onder de behandeling, bij andere blijft het de verantwoordelijkheid van de reclassering. De balans tussen controle en ondersteuning is per casus verschillend: het vonnis en recidivegevaar zijn daarin richtinggevend. Binnen die kaders is maatwerk mogelijk. Middelengebruik, risicogedrag en potentieel gevaar voor de omgeving worden aangegeven als factoren die de balans kunnen doen doorslaan naar een focus op controle. In de handreiking dient daarom een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen de doelen 'strikte controle' en 'risicobeheersing'. In vonnissen worden nog al eens verschillende termen gebruikt (zoals 'abstinentie', 'gecontroleerd gebruik', of 'geoorloofd gebruik'); de handreiking kan deze onduidelijkheid wegnemen door onderscheid te maken tussen de doelen 'strikte controle' en 'risicobeheersing'. Ook bleek uit de werkbijeenkomst dat vonnissen bij aanmeldingen via het handmatig invoeren niet altijd correct overgenomen worden.

Tot slot werd gevraagd om flexibiliteit bij het bepalen van de striktheid van de controle op middelengebruik wanneer de situatie van een cliënt verbetert. Hiervoor biedt het vonnis meestal al ruimte. Wanneer de situatie verslechtert kan weer worden overgegaan op strenger controleren. Hiervan kunnen voorbeelden worden gegeven in de handreiking, maar er hoeft niets over 'voorgeschreven' te worden. Eventuele versoepelingen hoeven niet in alle gevallen met de opdrachtgever van het vonnis besproken te worden. Belangrijk is dat controles zo veel mogelijk onaangekondigd en onregelmatig plaatsvinden; dit is belangrijker dan

bijvoorbeeld ‘strikt twee maal per week’ een controle uit te voeren als deze dan niet meer onverwachts is en de cliënt zich er dus steeds op kan voorbereiden.

Waar moet een landelijke handreiking rekening mee houden?

In de interviews komt de wenselijkheid van standaardisering en kwaliteitsverbetering van middelencontroles duidelijk naar voren, maar ook dat er keuzeruimte moet blijven voor organisaties - bijvoorbeeld met betrekking tot de keuze van de tests en het laboratorium. Ook is ruimte voor maatwerk op cliëntniveau van belang. Verder wordt benadrukt dat de praktische zaken (faciliteiten, personeel, materiaal etc.) op orde moeten zijn om de controles goed te kunnen uitvoeren. Onder andere om die reden hebben meerdere organisaties de voorkeur voor een snellere procedure (met directe tests/ snelle tests) die door de toezichthoudende reclassering zelf kan worden uitgevoerd. In 3.2.2 wordt dit nader toegelicht.

Voor het bewerkstelligen van een betrouwbare, effectieve en eenduidige procedure moet een handreiking volgens de geïnterviewden rekening houden met de volgende punten:

- Rekening houden met verschillende contexten/doelstellingen;
- Maatwerk per cliënt mogelijk;
- Geringe voorspelbaarheid van controles in de ambulante setting;
- Duidelijkheid bieden over de gewenste testlocatie: bij voorkeur bij de reclassering;
- Flexibiliteit: ad hoc kunnen afnemen van de test en direct kunnen terugkoppelen;
- Helderheid over taakverdeling en communicatie tussen reclassering en behandelaars;
- Gesprek met de cliënt staat centraal;
- Voldoende scholing van medewerkers (testen én gespreksvoering).

Over het algemeen wordt opgemerkt dat de praktijk van de reclassering divers is en moeilijk te vangen in één handreiking. Er is een zorg dat dit ten koste zou gaan van het gesprek met de cliënt en aan maatwerk. Tot slot wordt opgemerkt dat het niet te meten is of middelencontroles effectief zijn of niet (laat staan of de handreiking wel of niet effectief is) omdat er te veel factoren van invloed zijn op het middelengebruik van de cliënten.

3.2.2. Huidige procedures UC's en nieuwe ontwikkelingen

Knelpunten UC's

Een ander punt van onduidelijkheid omtrent middelencontroles in de huidige ambulante reclasseringssetting is de vraag wie verantwoordelijk is voor het afnemen van urinemonsters (de toezichthoudende reclassering of de behandelaars?). Gebleken is dat het reclasseringswerkers vaak tegenstaat deze afnames zelf uit te voeren. Soms wordt gewerkt met verpleegkundigen op de eigen locatie of beveiligers, zodat cliënten voor UC's niet naar andere locaties hoeven te reizen.

De afname en het versturen van urinemonsters wordt nu meestal uitbesteed aan de afdelingen ‘zorg’ van de eigen of een andere organisatie. Daar zijn verpleegkundig personeel en geschikte faciliteiten beschikbaar om een urinemonster af te nemen. Meerdere instellingen geven aan dat de huidige procedure waarin urinecontroles centraal staan een struikelblok is voor het waarborgen van de integriteit van urinemonsters en de kwaliteit en effectiviteit van de middelencontroles in het algemeen. Die procedure bevat enorm veel stappen: de cliënt moet naar een locatie toe, er moet vervolgens worden geplast onder toezicht, er moeten etiketten geplakt worden en formulieren ingevuld, de monsters moeten vaak met interne post mee, en moeten uiteindelijk worden opgestuurd naar het lab waar de monsters op de juiste wijze getest en bewaard moeten worden. In elk van deze stappen kan (hypothetisch gezien) iets misgaan. Uit de interviews komen bovendien de volgende knelpunten naar voren:

- Het duurt relatief lang voordat een uitslag bekend is, waardoor je niet direct met de cliënt in gesprek kunt gaan over de uitkomst van een test.

- Cliënten ervaren een UC als onprettig, zeker als zij de monsterafname onder supervisie van een ‘vreemde’ medewerker van een andere afdeling moeten doen (hoewel deelnemers van de werkbijeenkomst het idee hadden dat cliënten minder moeite hebben met urinemonster afname dan reclasseringswerkers).
- UC's zijn vrij ingrijpend voor de cliënt, wat niet altijd past bij het overkoepelende doel als de reclassering voornamelijk ondersteuning aan de cliënt wil bieden.
- Vanwege de ambulante setting van de reclassering is het in de praktijk niet mogelijk om cliënten dagelijks te controleren. Ook kunnen de tests niet ad hoc (onverwacht) worden ingezet omdat de afname van urinemonsters wordt uitbesteed.

Met de beoordeling van de uitslag van middelencontroles (uitslag laboratorium) gaan de geconsulteerde instellingen verschillend om. Bij enkele organisaties worden de resultaten direct gecommuniceerd naar de reclasseringswerkers, die dit vervolgens bespreken met de cliënten. Er is een arts aanwezig die geconsulteerd kan worden bij vragen of onduidelijkheden over de uitslag van een test. Dit zou ook de voorkeur zijn van organisaties waarbij de uitslag eerst beoordeeld moet worden door een arts. Zij geven aan dat de inzet van de arts voor de beoordeling van de uitslagen extra tijd en geld kost.

Directe tests

Directe tests worden bij twee organisaties (VNN en Mondriaan) toegepast. Zij gebruiken speekseltesten of drugsscreentesten als pre-controle. Eén van de respondenten wijst op de ontwikkelingen van de ‘SCRAM-X’, een methode om op afstand alcoholgebruik te monitoren middels een enkelband. Op dit moment worden in Nederland pilots uitgevoerd met deze test (zie hoofdstuk 2). Er wordt aangegeven dat de ademanalyse en speekselanalyse al wel bewezen betrouwbaar zijn als test, maar nog niet geaccepteerd als juridisch bewijsmiddel. Ze kunnen ook nog niet lang genoeg worden bewaard voor contra-expertise. Daardoor zijn deze testen lastiger in te zetten zijn bij cliënten die middelencontroles in het vonnis hebben staan.

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat een dergelijke snellere procedure die door de reclasseringswerker zelf kan worden uitgevoerd de voorkeur heeft, zodat hij of zij direct na de test het gesprek kan aangaan met de cliënt over de uitslag. Een ander veel genoemd voordeel van directe tests is dat deze testen onverwacht en onaangekondigd kunnen worden ingezet. Een nadeel is dat (nog) geen contra-expertise gedaan kan worden met bijvoorbeeld speekseltesten. Wanneer een pre-controle laat zien dat een cliënt middelen zou hebben gebruikt, maar de cliënt ontkent dit, dan zou voor de juridische bewijskracht alsnog een diagnostische urinecontrole uitgevoerd moeten worden.

Kosten en betrouwbaarheid

Hoe strakker de kaders waarbinnen de controle plaatsvindt, hoe meer prioriteit de betrouwbaarheid heeft t.o.v. de kosten. Als dus in het vonnis is opgenomen datgecontroleerd moet worden, is betrouwbaarheid het belangrijkste en worden de hoge kosten voor lief genomen. Eén van de respondenten merkt op dat de cliënten waarvoor dit geldt echter ook een ruimere normering hebben, wat betekent dat de reclassering voor deze cliënten meer geld krijgt.

De kosten van directe testen zijn moeilijk te vergelijken met die van diagnostische urinetesten. In beide gevallen hangen de kosten af van het aantal middelen waarop moet worden getest. De huidige procedure voor diagnostische urinetesten brengt hoge (ook indirecte) kosten met zich mee door de relatief lange procedure en de inrichting van de organisatie. Men is van mening dat elke organisatie eigen keuzes moet kunnen maken met betrekking tot soorten directe tests.

Overwegingen bij de inzet van nieuwe technieken (m.n. directe testen) in de praktijk zijn volgens de geraadpleegde medewerker van Diagnostiek voor U:

- Betrouwbaarheid: wacht altijd tot de betrouwbaarheid van de test is aangetoond;
- Procedure: onderzoek of de test (voldoende betrouwbaar) kan worden uitgevoerd;
- Bewijskracht: nieuwe testen kunnen mogelijk nog niet worden ingezet als juridische bewijsvoering. Overweeg hiervan de voor- en nadelen, passend bij het doel van de controle.
- Kosten: sommige nieuwe methoden zijn mogelijk erg duur. Evalueer de balans tussen de betrouwbaarheid van de test en de betaalbaarheid, passend bij het doel van de controle.

3.2.3 Diversiteit

Eén geïnterviewde geeft aan dat vrouwelijke cliënten bij voorkeur plassen onder begeleiding van een vrouwelijke medewerker, óf in een ruimte met spiegels zodat ze niet in dezelfde ruimte staan. Een andere geïnterviewde wijst op cliënten die in een begeleid wonen traject zitten. Zij hebben soms te maken met andere regels en afspraken omtrent middelencontroles die van tevoren duidelijk gecommuniceerd moeten worden.

3.2.4 Rechten van cliënten

Twee respondenten geven aan dat het belangrijk is om helder te definiëren wáárom de controle wordt uitgevoerd en, daaraan gerelateerd, hoe dat gedaan moet worden. Dit geeft duidelijkheid voor de cliënt en eventueel betrokken zorgverleners. Meerdere respondenten wijzen om deze reden op de toezichtsovereenkomst. Daarin moeten het doel van de controles en afspraken daaromtrent vastgelegd worden. Als daarvoor namelijk consent is van de cliënt, is de handreiking automatisch makkelijker uit te voeren (want er zal minder risico zijn op weerstand of weigering). Tot slot geeft één van de respondenten aan dat de communicatie van professionals (reclassering, behandelaar) onderling helder moet zijn: welke overwegingen maken zij, wat signaleren zij, etc. In de werkbijeenkomst bleek dat er onduidelijkheid bestaat over de uitwisseling van privacygevoelige gegevens wanneer er geen behandelrelatie bestaat, en over wat te doen wanneer een behandelaar niet zou willen meewerken aan uitwisseling van gegevens over een cliënt.

Onder reclasseringswerkers is het nog te vaak onduidelijk wat een ‘ongeldige’ test of uitslag inhoudt. Met betrekking tot de juridische setting is in elk geval reproduceerbaarheid van een test erg belangrijk.

Het kan voorkomen dat een cliënt ontkent middelen te hebben gebruikt terwijl een test anders uitwijst. De respondenten geven aan dat het dan het belangrijkste is om met die cliënten in gesprek te gaan. Blijft hij of zij de uitslag ontkennen, dan kan er opnieuw getest worden. Het belangrijkste is echter dat je tot overeenstemming komt, liefst op een constructieve wijze. Dat kan zijn door de test te herhalen, maar ook door bijvoorbeeld referenten in te schakelen. Als de controles in het vonnis staan, moet de positieve uitslag worden gemeld bij justitie (OM / OvJ / Rechtbank). Als er meerdere signalen zijn van een negatieve ontwikkeling bij de cliënt dan is een reclasseringswerker eerder geneigd consequenties te verbinden aan een positieve testuitslag. Ook bij weigering van een urinecontrole geven meerdere instellingen aan dat het belangrijk is met de cliënt in gesprek te blijven en hem of haar te motiveren. Weigering van UC's wanneer deze zijn opgenomen in het vonnis is echter weigering van de toezichtsvoorwaarden en kan leiden tot het retourneren van het toezicht. Die mogelijke gevolgen moeten met de cliënt worden besproken.

In de praktijk blijkt dat cliënten zelden gebruik maken van het recht op contra-expertise. Blijkbaar komen de toezichthoudende reclasseringswerker en cliënt in gesprek meestal tot overeenstemming. Mogelijk heeft dit echter ook te maken met de (eventuele) kosten van een contra-expertise voor de cliënt; dit is ook een punt dat duidelijk naar de cliënten toe gecommuniceerd dient te worden wanneer zij gebruik zouden willen maken van de mogelijkheid tot een contra-expertise. De organisaties die werken met de snellere testen, geven aan

dat contra-expertise ook nog lastig te organiseren is. Eventueel kan een test worden herhaald, of kan aanvullend een UC worden afgenomen.

3.3. Conclusie

In het veld bestaat de wens om de verschillende doelstellingen van middelencontroles ('strikte controle' versus 'risicobeheersing') in de handreiking duidelijk van elkaar te onderscheiden. Beide doelstellingen brengen andere eisen met zich mee ten aanzien van middelencontroles (aard van de test en procedures) en de nadruk op controleren of ondersteunen. Binnen de kaders van een eventueel vonnis en de inschatting op recidivegevaar moet hierin maatwerk plaatsvinden. Wanneer een cliënt positieve ontwikkelingen laat zien kunnen er bijvoorbeeld directe tests gebruikt gaan worden. Indien nodig kan weer worden overgegaan op (strengere) urinecontroles. In het algemeen dient er altijd helder naar cliënten toe te worden gecommuniceerd waarom de middelencontroles (moeten) worden uitgevoerd. Flexibiliteit is ook van toepassing op de gevraagde frequentie van controles.

Idealiter vindt er meer standaardisering en kwaliteitswaarborging van middelencontroles plaats, waarbij instellingen wel de vrijheid behouden om eigen keuzes te maken met betrekking tot soorten testen en laboratoria. Omdat het reclasseringsveld zeer divers is moet steeds rekening worden gehouden met verschillende contexten en maatwerk.

In het veld wordt bovendien graag gezien dat de handreiking duidelijkheid biedt omtrent de locatie voor testafnames en taakverdeling / verantwoordelijkheden van behandelaren en reclasseringsswerkers (met name wat betreft monsterafname). Reclasseringsswerkers dienen meer training en scholing te krijgen over testen op middelengebruik, het aflezen, interpreteren en helder uitleggen van testuitslagen, en gesprekstechnieken om op efficiënte wijze met cliënten over middelengebruik in gesprek te kunnen gaan. Ook bij weigering van controles en/of ontkenning van gebruik zijn zulke gesprekstechnieken waardevol.

Wat betreft soorten tests is er in de praktijk om verschillende redenen voorkeur voor directe tests: deze zijn sneller en makkelijker onverwachts uit te voeren dan de huidige UC's. Bovendien zijn directe tests die gebruik maken van adem-, zweet- of speekselmonsters minder ingrijpend voor de cliënt en reclasseringsswerker. Ook is de uitslag direct bekend, waardoor reclasseringsswerkers meteen kunnen handelen. Er dient bij overweging van het gebruik van directe testen rekening gehouden te worden met kosten, aangetoonde betrouwbaarheid, procedures en bewijskracht in juridische context.

4. Praktijkttoets

Voor het toetsen van de concept handreiking is een praktijktoets uitgevoerd. Deze vond plaats bij De Woenselse Poort in Eindhoven en bij IrisZorg in Arnhem. Doel van de praktijktoets (medio mei – medio juni 2016) was het geven van feedback op de concept handreiking vanuit de uitvoeringspraktijk. Na de praktijktoets zijn aangepaste versies van de handreiking beoordeeld binnen Novadic-Kentron en Brijder. In dit hoofdstuk worden de uitvoering (4.1) en resultaten (4.2) van de praktijktoets beschreven.

4.1 Werkwijze praktijktoets

Binnen de participerende instellingen (Iriszorg en GGzE) werd een trekker/aanspreekpunt aangewezen voor de praktijktoets. Deze heeft de concept handreiking naast de huidige werkwijze van de eigen instelling gelegd, en heeft de concept handreiking verspreid onder collega's (behandelaren, managers, begeleiders en toezichthouders). De handreiking is vervolgens met deze collega's besproken in een bijeenkomst waarin werd nagegaan:

- Wat zijn belangrijke elementen van de concept handreiking waarop landelijk meer eenduidigheid en/of kwaliteit in de uitvoering moet komen? (meerwaarde handreiking)
- Is de structuur van de handreiking goed gekozen?
- Welke onderdelen van de concept handreiking verdienen aanpassing en/of verduidelijking? Hoe?
- Wat ontbreekt in de concept handreiking, en hoe moet dit precies worden aangevuld?

Een lid van de projectgroep heeft telkens de bijeenkomsten bijgewoond t.b.v. de evaluatie van de praktijktoets en verwerking van de feedback in de handreiking. Met de bijeenkomst wordt de praktijktoets tevens afgesloten.

Novadic-Kentron had de intentie om ook deel te nemen aan de praktijktoets, maar door omstandigheden is dit niet gelukt. Uiteindelijk is een - na de praktijktoets - aangepaste versie van de handreiking beknopt geëvalueerd binnen de organisatie van Novadic-Kentron. Na deze evaluatie is de handreiking opnieuw aangepast en voorgelegd aan de Adviesraad van de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG). Een lid van de Adviesraad (een ervaren teammanager van de reclassering van Brijder) heeft de tekst daarop beoordeeld. Ook haar reactie heeft tot aanpassingen in de handreiking geleid.

4.2 Resultaten praktijktoets

In de twee bijeenkomsten die werden georganiseerd kwam vooral aan de orde welke onderdelen van de concept handreiking aanpassing en/of verduidelijking behoeven (derde gedachtenstreepje in paragraaf 4.1).

Naar voren kwam dat niet altijd adequate uitwisseling van informatie (zoals testuitslagen) plaatsvindt tussen met name reclasseringswerkers en behandelaars. Een moeilijkheid hierbij is dat testuitslagen vanuit laboratoria slechts naar één instelling mogen worden verstuurd. Ook werd aangegeven dat vanwege beperkte werkbaarheid (lengte van het document en duur van het doorlezen) van de standaard driepartijenovereenkomst (3PO) deze in de praktijk niet vaak wordt gebruikt.

Aflesen en interpreteren van testuitslagen van laboratoria is vaak moeilijk voor reclasseringswerkers. Ook extra uitleg vanuit het laboratorium biedt niet altijd voldoende inzicht. Er wordt gevraagd om training met

betrekking tot aflezen, interpreteren en uitleggen van testuitslagen, en scholing met betrekking tot kennis over wat van invloed kan zijn op testuitslagen (zoals specifiek voedsel en medicatie), omdat cliënten hierover soms in discussie gaan. Wanneer reclasseringswerkers twijfelen over de interpretatie van de uitslag van een test heeft dit invloed op de besluitvorming rondom eventueel op te leggen sancties.

Belangrijk om mee te nemen in de landelijke handreiking is de manier waarop uitslagen moeten worden besproken en hoe eventueel middelengebruik bespreekbaar kan worden gemaakt – hiervoor is maatwerk nodig. Ook wordt getwijfeld of afname van urinecontroles tot drie maal per week op meerdere middelen echt noodzakelijk is. Er werd opgemerkt dat daadwerkelijk ‘at random’ en onaangekondigd testen in de huidige praktijk erg moeilijk uit te voeren is, met name omdat de cliënt voor urinecontroles naar andere locaties moet. Daarnaast blijft het de vraag wie verantwoordelijk is voor de afname van en het houden van toezicht bij de afname van urinemonsters. De wens werd geuit dat hierover een duidelijk standpunt wordt ingenomen.

Knelpunt is het recht op contra-expertise. Deze zijn voor kosten van de cliënt, die dit meestal niet kan betalen. De ervaring is bovendien dat urinemonsters vaak te kort bewaard blijken te worden door laboratoria (een aantal dagen).

Tot slot werd genoemd dat het prettig is wanneer er in elk geval sneltests (directe tests) voorhanden zijn voor middelencontroles. Het idee is dat standaard begonnen kan worden met speekseltesten, die sneller en betaalbaarder zijn, waarna altijd alsnog een diagnostische urinetest kan plaatsvinden. Een directe test is makkelijker onaangekondigd af te nemen. De vraag is ook hier wie een speekselmonster dient af te nemen: de reclasseringswerker of een verpleegkundige. De motivatie bij reclasseringsmedewerkers om dit te doen lijkt sterk te wisselen, met name in verband met hun relatie tot de cliënt (het wordt ervaren als een intieme handeling), maar ook vanwege eventuele juridische aspecten met betrekking tot de lichamelijke integriteit van de cliënt. Mogelijk zouden cliënten een speekselmonster onder toezicht bij zichzelf kunnen afnemen en in een daarvoor bestemd zakje kunnen doen.

4.3 Conclusie

Uit de praktijktoets is naar voren gekomen dat er verbetering (en versnelling) van communicatie nodig is tussen reclasseringswerkers en behandelaren omtrent uitwisseling van informatie over middelencontroles en testuitslagen. Ook adequate informatie-uitwisseling met / vanuit laboratoria verloopt niet altijd soepel. De driepartijenovereenkomst blijkt in de praktijk vaak niet ingezet te worden vanwege de beperkte bruikbaarheid van dit document.

Een ander belangrijk punt is de noodzaak tot meer kennis over testen op middelen en het aflezen en interpreteren van uitslagen door reclasseringswerkers. Hierover is meer training en scholing nodig, waaronder ook gesprekstechnieken over het bespreken van testuitslagen en consequenties van gebruik vallen.

Hoewel andere bronnen omschreven dat monsters een minimale tijd bewaard (dienen te) worden door een laboratorium, is dit in de praktijk niet altijd het geval en blijven monsters soms slechts nog enkele dagen beschikbaar. Voldoende bewaartijd is echter wel van belang voor de mogelijkheid van herhalingsonderzoek of contra-expertise.

Tot slot liet de praktijktoets zien dat er in het werkveld een voorkeur voor directe testen bestaat, welke sneller en makkelijker onaangekondigd af te nemen zijn dan UC's, en onmiddellijk een uitslag bieden. Met name de speekseltest wordt als geschikt beschouwd. Mogelijk kan kunnen cliënten onder toezicht van de reclasseringswerker een speekselmonster bij zichzelf afnemen. Ook bij urinecontroles (voor een directe test of diagnostische test) speelt de onzekerheid over wie dit moet en kan uitvoeren. Toepassing van de RUMA marker (zie hoofdstuk 2) zou het onder toezicht moeten plassen overbodig kunnen maken. Dit zou de organisatie en uitvoering van UC's flink vereenvoudigen.

5. Tot slot

Belangrijke nieuwe ontwikkelingen op het gebied van middelencontroles zijn vooral te vinden in het steeds grotere arsenaal aan directe testen. Deze hebben veel voordelen: onverwacht en onregelmatig testen wordt eenvoudiger en de uitslag is direct bekend. Aanbevolen wordt om op landelijk niveau jaarlijks een inventarisatie te maken van geschikte directe tests en de kosten ervan, om daar vervolgens binnen de reclassering één lijn in te trekken. Mogelijk kunnen de diverse gecertificeerde laboratoria hiervoor worden geraadpleegd.

De mogelijkheid om cliënten een marker te laten innemen die terug te vinden is in de urine biedt kansen om eenvoudiger onaangekondigd op locatie van de reclassering te controleren, waardoor een – zeer voorspelbare en dure - ‘sluitende controle’ van 2 à 3 maal per week niet meer nodig is. Een kosten-batenanalyse is nodig om te onderzoeken welke kosten gebruik van de RUMA marker met zich meebrengt, en welk baten (in termen van effectiviteit van de controles en besparingen op de huidige zorginfrastructuur voor urinecontroles) toepassing ervan met zich meebrengt.

Diagnostische urinetests blijven uitgangspunt van de controles, met ruimte voor toepassing van directe (urine)tests wanneer de juridische context dit toelaat. Diagnostische tests zijn nodig wanneer bevestiging van de uitslag van een directe test nodig is, wanneer zeer strikte controle vereist is of wanneer voor de controle op bepaalde middelen geen betrouwbare directe test voorhanden is. Een overzicht van (voor drugstesten) geaccrediteerde laboratoria bestaat voor zover bekend niet². Het verdient aanbeveling om - bijvoorbeeld met de gezamenlijke reclasseringsorganisaties 3RO - een dergelijk overzicht te maken en jaarlijks te updaten.

Belangrijke uitkomst van het project is om de verantwoordelijkheid voor een effectieve controle op middelengebruik nadrukkelijker bij de reclasseringswerker te leggen. De implementatie van de Handreiking Middelencontroles zal de nodige personele inzet en middelen vergen. Met name nodig zijn:

- Bijscholing van reclasseringswerkers om kennis van tests voor middelencontroles (soorten, snelheid, betrouwbaarheid e.d.), en het correct afnemen van tests en aflezen / interpreteren van testuitslagen te waarborgen. Zij hebben grote behoefte aan kennis over factoren die testuitslagen kunnen beïnvloeden (medicatie, dieet e.d.).
- Training van reclasseringswerkers in gespreksvaardigheden om voorbereiding, afname van tests en bespreken van de uitslag soepel te laten verlopen.
- Uitwisselen van kennis en ervaringen met de handreiking, monitoren, evalueren en verder verbeteren van de uitvoeringspraktijk.

² In de volgende [link](#) kan linksonder bij ‘Discipline’ de medische discipline worden geselecteerd; daarna blijven organisaties over waar in het scope-document (per organisatie apart te downloaden) kan worden nagegaan of drugstesten - behorende onder de groep toxicologie - geaccrediteerd zijn.

Geraadpleegde bronnen

- 3RO (jaartal onbekend). *Driepartijenovereenkomst: overeenkomst zorg – reclassering – cliënt*. Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, Verslavingsreclassering, Leger des Heils, Reclassering Nederland.
- 3RO (2010). *Werkwijze Alcohol- en Drugscontrole*. Programmteam 'Redesign Toezicht'. Leger des Heils, Verslavingsreclassering, Reclassering Nederland.
- Abraham, M., Van Dijk, B., & Zwaan, M. (2007). *Inzicht in Toezicht: de uitvoering van Toezicht door de Reclassering*. Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC: Ministerie van Justitie) in samenwerking met DSP Groep, Amsterdam.
- Boone, M., Van der Kooij, M. & Rap, S. (2016). *Current Uses of Electronic Monitoring in The Netherlands*. Universiteit Utrecht (European Union Criminal Justice Programme).
- Carey, S.M., Mackin, J.R., & Finigan, M.W. (2012). What works? The ten key components of drug court: research-based best practices. *Drug Court Review*, 8(1), 6-42.
- Fell, J.C. & McKnight, A.S. (2013). *Transdermal Alcohol Monitoring (TAM) in Compliance with Abstinence: records from 250,000 offenders in the United States* (proceedings of the 2013 Australasian Road Safety Research, Policing & Education Conference). Maryland, USA: Pacific Institute for Research and Evaluation.
- Gezondheidsraad (1998). *Onderzoek op drugsgebruik*. Rijswijk: Gezondheidsraad, Commissie Medicamenteuze Interventies bij Drugsverslaving.
- GGZE (2015). *Protocol Urinecontrole* (evaluatie van de versie vastgesteld op 2013). Eindhoven: Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen.
- Horno, P., González-Padrón, A. & Moreno, I.M. (2016). Workplace drug testing: an overview of the current situation. *Journal of Toxins*, 3(1).
- Jacobs, M.J.G., Van Kalmthout, A.M., & Von Bergh, M.Y.W. (2006). *Toepassing van bijzondere voorwaarden bij voorwaardelijke vrijheidsstraf en schorsing van de voorlopige hechtenis hechtenis bij volwassenen*. Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC: Ministerie van Justitie). IVA Beleidsonderzoek en Advies, Tilburg.
- Jellinek, C. (2010). *Drogenanalytik in der Suchtmedizin* [presentatie]. A-I-D Berlin: Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe / ADV Suchthilfe. Verkregen juni 2016, via: http://www.adv-suchthilfe.de/fileadmin/ADV/Downloads_2010/ADV_intern/Fachtage/Vortrag%20Chaim%20Jellinek_Drogenanalytik%20in%20der%20Suchtmedizin.pdf.
- Kleiman, M., Tran, T.H., Fishbein, P., Magula, M-T., Allen, W. & Lacy, G. (2002). *Opportunities and barriers in probation reform: a case study of drug testing and sanctions*. California Policy Research Center Papers. University of California Policy Research Centre.
- Kogel, C.H. de & Nagtegaal, M.H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten: Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*. Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC). Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- McKnight, A.S., Fell, J.C., & Auld-Owens, A. (2012). *Transdermal Alcohol Monitoring: case studies* (report No. DOT HS 811 603). Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation.
- Novadic-Kentron (2014). Protocol Urine Onderzoek.
- Pirjo Lillsundea, P., Haavanlammi, K., Partinen, R., Mukalac, K. & Lamberg, M. (2008). Finnish guidelines for workplace drug testing. *Forensic Science International*, 174(2-3), 99 – 102.
- Price, C.P. (2001). Point of care testing. *British Medical Journal*, 322, 1285-8.
- Reclassering Nederland (2015). *Nuchter aan de slag*. Utrecht: Reclassering Nederland.
- Shervin, V., Shawn, C. & el-Guebaly, N. (2009). Evaluating the Utility of Drug Testing in an Outpatient Addiction Program. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 8(1), 22-32.

- Spits, M., Oudejans, S., & Merkx, M. (2016). *Middelengebruik en criminaliteit*. Inventarisatie van de 'state of the art' van onderzoek naar het verband Tussen middelengebruik en criminaliteit relevant voor de reclassering. Amsterdam: Mark Bench/AMC Psychiatrie/ HabitPro. In opdracht van: Kwaliteit Forensische Zorg.
- State of Alaska (2009). *Substance Abuse Testing, Sanctions and Treatment*. State of Alaska: Department of Corrections Policies and Procedures.
- Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) (2016). *Voortgang pilot SCRAM-X 'alcoholmeter'*. Mei 2016.
- Tison, J., Nichols, J.L., Casanova-Powell, T. & Chaudhary, N. K. (2015). *Comparative Study and Evaluation of SCRAM Use, Recidivism Rates, and Characteristics* (report No. DOT HS 812 143). Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation.

Bijlage 1 Lijst van geraadpleegde personen

Interviews veldverkenning

- Joep de Bree, hoofd Justitiële verslavingszorg Drenthe, VNN
- Donna Kloeze, teammanager reclassering, Brijder (schriftelijke reactie op concept handreiking)
- Hans-Reinder Menkveld, Iriszorg
- Anton Sanderman, Divisiemanager, Tactus
- Twan Sommers, Manager Verslavingsreclassering, Mondriaan
- Eric Traa, teamleider reclassering en Mona van Roij, Werkbegeleider VerslavingsReclassering, Novadic-Kentron

Deelnemers werkbijeenkomst

- Hans-Reinder Menkveld (Concernmanager justitiële zorg, Iriszorg)
- Mona van Roij (Werkbegeleider VerslavingsReclassering, Novadic-Kentron)
- Eric Traa (Novadic-Kentron)
- Jorg de Vlam (Novadic-Kentron)
- Etienne Michielsen (Diagnostiek voor U)
- Anja van Hunsel (Woenselse Poort/GGzE)
- Elske Wits (IVO)
- Nadine van Gelder (IVO)
- Malu Landman (KFZ)

Bijlage 2 Aantoonbaarheid middelengebruik in urine en speeksel

In onderstaande tabel is opgenomen tot hoe lang na gebruik bepaalde middelen te traceren zijn middels urine. De tabel dient uitsluitend als richtlijn, gezien de verschillende persoonsgebonden factoren die invloed kunnen hebben op de duur dat de middelen traceerbaar zijn, zoals gewicht, nierfunctie en gebruikersachtergrond (chronische gebruiker).

Tabel 1. Aantoonbaarheid middelen in urine	
Middel	Detectietijd
Alcohol	1 dag
Alcohol via ethylglucuronide (ETG)	1-3 dagen
Cocaïne	1-3 dagen
Cannabis	Enkele dagen – enkele weken (afhankelijk van hoeveelheid)
Amfetaminen	1-3 dagen
XTC	1-3 dagen
LSD	Tot 2 dagen
Methadon	2-4 dagen
Heroïne	2-6 dagen
Morfine	2-6 dagen
Opium	Tot 3 dagen
Benzodiazepine	12 uur – 2 weken (afhankelijk van hoeveelheid)

In onderstaande tabel is opgenomen tot hoe lang na gebruik bepaalde middelen te traceren zijn in speeksel. De ingenomen hoeveelheid drugs is altijd van invloed op de duur waarin een drug traceerbaar is.

Tabel 2. Aantoonbaarheid middelen in speeksel	
Middel	Detectietijd
Cocaïne	1 dag
Cannabis	8-14 uur
Amfetaminen	2-3 dagen
Methadon	2 dagen
Methamfetamine	2-3 dagen
Opiaten, morfine	Enkele dagen