



**kwiteit
forensische
zorg**

2021

Kwaliteit van leven en middelengebruik

Achtergrondrapportage bij de Handreiking voor het toepassen van
maatwerk en belonen in de klinische forensische zorg

Cas Barendregt, Elske Wits, Hein de Haan

Datum van publicatie: mei 2021

Colofon

Deze publicatie/ dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorg gedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voorgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

© KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld



Inhoudsopgave

Samenvatting/Abstract.....	4
1. Inleiding	6
1.1 Achtergrond	6
1.2 Doelstelling	7
1.3 Focus op middelengebruik en kwaliteit van leven	7
1.5 Reikwijdte en gebruik van de handreiking	8
1.6 Leeswijzer.....	8
2. Werkwijze.....	9
2.1. Voorbereiding	9
2.2. Vignetten, interviews en factsheets	9
2.3 Praktijktoets Contingency Management	10
2.4 Opstellen handreiking	10
3. Kwaliteit van leven.....	11
3.1 Voorwaarde voor herstel, of uitkomst van een behandeling?.....	11
3.2 Kwaliteit van leven en het Good Lives Model	11
3.3 Herstelbenadering	12
3.4 Bejegening.....	12
3.5 Kwaliteit van leven: meer dan middelengebruik	13
3.5.1 Bouwen aan een goede werkrelatie	13
3.5.2 Vijf stappen	14
4. Middelengebruik: richtlijnen en wettelijke kaders.....	16
4.1 Richtlijnen en behandelopties voor belonen en maatwerk.....	16
4.1.1 Bestaande richtlijnen	16
4.1.2 Richtlijnen over belonen van abstinentie	16
4.1.3 Maatwerk bieden in de forensische behandeling	19
4.2 Wetten en beleidskaders.....	23
4.2.1 Bijzondere voorwaarden.....	23
4.2.2 Penitentiaire inrichting (PI).....	24
4.3 Ethisch perspectief	24
5. Middelengebruik: belonen en maatwerk in de praktijk	27
5.1 Belonen in de praktijk.....	27
5.1.1 Complimenten	27
5.1.2 Vier de successen.....	28
5.1.3 Verlof	28
5.1.4 Community Reinforcement Approach (CRA)	28
5.1.5 Contingency Management: resultaten van de praktijktoets.....	29

5.2 Maatwerk in de praktijk	32
5.2.1 Maatwerk in de klinische praktijk	33
5.2.2 Verslaving en terugval	33
5.2.3 Zorg op maat, schipperen en pre-habilitatie	34
5.2.4 Bieden van maatwerk, per context	35
5.2.5 Veiligheid op de afdeling	37
6. Conclusies en aanbevelingen	39
6.1 Belonen van abstinentie.....	39
6.1.1 Aanbevelingen vanuit de richtlijnen	39
6.1.2 Belonen: de praktijk.....	39
6.2 Bieden van maatwerk.....	40
6.2.1 Wettelijke kaders en het bieden van maatwerk	40
6.2.2 Richtlijnen en het bieden van maatwerk.....	41
6.2.3 Bieden van maatwerk: de praktijk.....	41
7. Discussie	42
Referenties	44
Bijlage 1 Factsheet Contingency Management	47
Bijlage 2 Factsheet Maatwerk.....	50
Bijlage 3 Praktijkttoets medewerkersenquête, resultaten	53
Bijlage 4 Vignetten	55

Het onderstaande gedicht van Gerrit Achterberg kregen we aangereikt van Leida Feringa tijdens een interview. Zij vertegenwoordigde het Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S van Mesdag in dit project en overleed 1 december 2019.

Directeur

Vanmorgen heb ik hem zien fietsen door de lanen.
Zijn bril flikkerde in de zon.

Er schoot een scherpte door mijn ingewanden,
omdat hij me gevangen houden kan

zolang hij wil, want duizend wegen leiden
naar Rome, één verkeerd gekozen woord staat
nog dezelfde avond in 't rapport en blijft
bewaard tot aan het eind der tijden.

Onmacht en rechtloosheid ontbinden de ziel,
die langzaam onpersoonlijk wordt.
Zo zal ze beter passen in het blinde systeem
van kaarten, dat zijn tafel torst.

Verraden krachten richten zich op deze mens
met het enige tekort:
dat hij mij zolang zal genezen dat
ik me op hem stort.

Gerrit Achterberg (1905-1962) uit: Blauwzuur (1969)

Samenvatting/Abstract

Het gebruik van alcohol en met name ook drugs in de forensische ggz is een gevoelig onderwerp. Het is niet toegestaan, maar veel patiënten verlangen wel naar middelen. Een studie naar factoren die de kwaliteit van leven in de forensische zorg beïnvloeden, leidde tot het advies om de nadruk te leggen op het belonen van abstinentie (in plaats van straffen van gebruik) en het bieden van maatwerk, dat wil zeggen: kijken naar individuele behoeften en mogelijkheden, rekening houdend met het recidiverisico (Schel et al., 2017). Onderzoeksinstituut IVO en Tactus verslavingszorg hebben, in samenwerking met praktijkpartners, in kaart gebracht wat mogelijkheden en methoden zijn voor het toepassen van 'belonen' en 'maatwerk' in de klinische forensische setting. De bevindingen zijn samengebracht in een "Handreiking voor het toepassen van maatwerk en belonen in de klinische forensische zorg", en bedoeld als verdieping bij de generieke handreiking voor de verbetering van de kwaliteit van leven in de klinische forensische zorg, ontwikkeld door de Pompestichting en Transfore (call 2018-90).

Onderhavig document is de achtergrondrapportage bij de handreiking 'maatwerk en belonen'. We doen verslag van de totstandkoming van de handreiking en geven achtergrondinformatie bij onderwerpen uit de handreiking.

In deze achtergrondrapportage beschrijven we de werkwijze van het projectteam in verschillende fasen van het project (hoofdstuk 2). We gaan dieper in op het concept kwaliteit van leven waarbij we de relatie leggen met de herstelbenadering en het Good Lives Model (hoofdstuk 3). Hoe naar middelengebruik en maatwerk in de forensische context wordt gekeken, komt onder andere tot uitdrukking in wettelijke kaders en richtlijnen. Het blijkt dat het leveren van maatwerk stuit op wettelijke beperkingen, het belonen van abstinentie niet. Belonen, in de vorm van contingency management (CM) als aanvullende behandelstrategie, wordt zelfs aanbevolen in behandelrichtlijnen. Dit lichten we toe in hoofdstuk 4. De adviezen in de handreiking rondom maatwerk en belonen zijn mede gebaseerd op praktijkervaring. Die ervaring leert dat de ruimte om maatwerk te leveren in de klinische setting ook beperkt wordt door praktische en therapeutische bezwaren: met name het behandelklimaat kan worden bedreigd door maatwerk. Met belonen in de klinische forensische zorg is veel minder ervaring. De literatuur leert dat implementatie van CM een zorgvuldige voorbereiding vergt, zowel qua draagvlak als de ontwikkeling van het uitvoeringsprotocol. Daarom gingen we in het praktijkonderzoek na hoe, en onder welke voorwaarden CM zou kunnen worden toegepast. Het blijkt dat de deelnemende klinieken welwillend staan tegenover belonen en CM, maar als het gaat om een financiële beloning de medewerkers verdeeld zijn (hoofdstuk 5). De aanbevelingen die voortvloeien uit wettelijke kaders, richtlijnen en het praktijkonderzoek presenteren we in hoofdstuk 6. Deze aanbevelingen zijn ook terug te lezen in de handreiking.

Abstract

In forensic mental health care the use of alcohol and drugs in particular is a sensitive topic. It is not allowed, but many patients do desire the use of these substances. A study of factors that influence the quality of life in forensic care (Schel et al., 2017), led to the advice to emphasize the reward of abstinence (instead of punishing use) and offering customization. Customization means: looking at individual needs and possibilities, taking into account the risk of recidivism. Applying these recommendations in practice is not easy. Onderzoeksinstituut IVO and Tactus Verslavingszorg have therefore, in collaboration with several forensic mental health care clinics, mapped out the possibilities and methods for applying 'rewards' and 'customization' in the clinical forensic setting in a (separate) guide. This guide serves as focus document to, the generic guide to improve quality of life in the clinical forensic setting (KFZ call 2018-90).

The current document is the background report to the guide on 'rewards and customization'. It reports on the development of the guide and provides background information on subjects the guide deals with.

In this background report we describe the working method of the project team in different phases of the project (chapter 2). We take a closer look at the concept of quality of life, linking it to the recovery approach and the Good Lives Model (Chapter 3). How substance use and customization are viewed in the forensic context is lined out in legal frameworks and guidelines. Customization is subject to legal restrictions, rewarding abstinence is not. Rewarding abstinence, in the form of contingency management (CM) is even recommended in guidelines as an additional treatment

strategy. We elaborate on this in chapter 4. The recommendations in the guide on rewarding abstinence and customization are partly based on practical experience. This experience has shown that the possibilities for customization in the clinical setting are limited as it encounters practical and therapeutic objections: the treatment climate in particular is threatened by customization.

In clinical forensic care, there's not much experience with rewarding abstinence, and in particular with CM. The literature shows that implementation of CM requires careful preparation, both in terms of staff support and the development of the protocol. That is why we examined in the practical study how and under what conditions CM could be implemented. It appears that the participating clinics have favourable attitude to rewarding abstinence and CM, but when it comes to a financial reward, the employees are divided (chapter 5). We present the recommendations arising from legal frameworks, guidelines and practical research in Chapter 6. These recommendations can also be found in the guide.

1. Inleiding

Deze rapportage bevat achtergrond- en procesinformatie bij de 'handreiking voor het toepassen van maatwerk en belonen in de klinische forensische zorg.' (Barendregt et al., 2021). Ten behoeve van de praktische bruikbaarheid is de handreiking gescheiden van dit achtergronddocument.

1.1 Achtergrond

"Binnen de forensische psychiatrie staat het verminderen van het risico op strafrechtelijke recidive centraal. De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor het optimaliseren van de kwaliteit van leven van forensisch psychiatrische patiënten, vooral omdat het als beschermende factor voor recidive wordt gezien. Zo kan een hogere kwaliteit van leven bijdragen aan het therapeutische klimaat, de therapeutische relatie en aan het effect van de behandeling. Ook in het resocialisatietraject en het vormgeven van het leven van de patiënt buiten de instelling spelen factoren die bijdragen aan kwaliteit van leven een belangrijke rol in het behalen van de doelstelling om bij te dragen aan een vermindering van recidive. Streven naar een optimale kwaliteit van leven sluit tevens aan bij twee belangrijke modellen in de forensische psychiatrie: (het responsiviteitsprincipe van) het Risk Need Responsivity model en het Good Lives Model." (Uit: Schel et al., 2017, p.5).

Bovenstaand citaat komt uit een eind 2017 verschenen KFZ-rapportage (Schel et al. 2017)¹. Hierin zijn relevante factoren voor de kwaliteit van leven van forensisch psychiatrisch patiënten beschreven aan de hand van een literatuurstudie. Vervolgens zijn, in dezelfde studie, deze relevante factoren getoetst bij patiënten en behandelaren om te zien of ze daadwerkelijk aansluiten bij de wensen en behoeften van de patiënten en ook praktisch toepasbaar zijn in de dagelijkse behandelpraktijk.

Schel et al. (2017) formuleerden op basis van deze exercitie 30 aanbevelingen², geclusterd in zes domeinen (autonomie, professionele zorg, zelfontplooiing, sociale relaties, erkenning als mens en gezondheid). Per aanbeveling wordt aangegeven voor welke professionele laag in de organisatie ze relevant zijn (begeleiders, behandelaren en management). Tevens doen de auteurs aanbevelingen voor het monitoren van de kwaliteit van leven en doen ze suggesties hoe een methodiek te ontwikkelen om de kwaliteit van leven van individuele patiënten te verbeteren.

Het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) gaf naar aanleiding van deze publicatie opdracht om via twee projecten concreet handen en voeten te geven aan de aanbevelingen van Schel et al. (2017). Binnen het ene project, uitgevoerd door de Pompestichting en Transfore, is een generieke handreiking Kwaliteit van leven ontwikkeld en getest³. Hierin zijn de aanbevelingen van Schel et al. (2017) voor het verbeteren van de kwaliteit van leven geoperationaliseerd (Van Vliet et al., 2021). Het andere project – waarover deze rapportage gaat – betreft specifiek het ontwikkelen van een handreiking voor de kwaliteit van leven in relatie tot middelengebruik. Twee aanbevelingen van Schel et al. (2017) over middelengebruik staan hierin centraal:

1. Leg de nadruk op de beloning van abstinentie in plaats van op het bestraffen van drugsgebruik.
2. Pas de regels voor drugsgebruik zoveel mogelijk aan op de behoeften en de mogelijkheden van de patiënt.

De eerste aanbeveling vatten we in het vervolg van deze achtergrondrapportage samen als 'belonen van abstinentie' en de tweede aanbeveling als 'bieden van maatwerk'.

We maken in dit document en in de handreiking onderscheid tussen problematisch middelengebruik en niet-problematisch middelengebruik, gezien vanuit de relatie van middelengebruik met de kans op criminele recidive. Middelengebruik (alcohol, drugs, tabak) kan het symptoom zijn van een lichte, matige of ernstige verslaving. Deze verslaving hoeft niet gerelateerd te zijn aan de kans op criminele recidive. Vanuit het perspectief van de forensische

¹ <https://kfz.nl/projecten/call-2016-46>

² Ibid.

³ <https://kfz.nl/projecten/kwaliteit-van-leven-en-middelengebruik-in-de-forensische-zorg-call-2018-92>

zorg is middelengebruik problematisch wanneer het de kans op criminele recidive substantieel verhoogt, ook als er geen sprake is van een verslaving en er niet (vrijwel) dagelijks wordt gebruikt. Ook incidenteel (excessief) gebruik van middelen kan immers tot criminele recidive leiden. Deze invulling van het begrip problematisch middelengebruik is conform de Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensisch klinische zorg (Lans et al., 2015). In de handreiking beperken we ons tot alcohol en drugs (ook illegaal gebruik van psychoactieve medicatie zoals methylfenidaat), omdat het gebruik van deze middelen rechtstreeks gerelateerd kan zijn aan de kans op criminele recidive (Ramaekers et al., 2016). Alhoewel het behandelen van een comorbide tabaksverslaving de kans op een succesvolle behandeling van bijvoorbeeld alcoholverslaving vergroot (Kalman et al., 2010) en stoppen met roken in de zorg steeds meer aandacht krijgt vanwege de positieve effecten op de algehele gezondheid, ligt de focus in de handreiking op alcohol en drugs vanwege de genoemde directe relatie met de kans op criminele recidive.

1.2 Doelstelling

Doel van dit project is om een handreiking te ontwikkelen met a) adviezen voor het vormgeven van behandeling en begeleiding bij problematisch middelengebruik door meer nadruk op beloning van abstinentie dan op bestraffen van gebruik te leggen en b) adviezen voor het bieden van maatwerk bij middelengebruik in de klinische forensische zorg, die zoveel mogelijk op de individuele patiënt/cliënt (gepersonaliseerd) zijn toegesneden. Met het opvolgen van deze adviezen moet de uniformiteit in het opvolgen van de twee aanbevelingen van Schel et al (2017) worden bevorderd. Bij de uitvoering van de generieke handreikingen Kwaliteit van leven (Van Vliet et al., 2021) biedt de handreiking (Barendregt et al., 2021) specifiek voor het omgaan met (problematisch) middelengebruik de benodigde inhoudelijke ondersteuning. De handreiking is gebaseerd op deze achtergrondrapportage.

1.3 Focus op middelengebruik en kwaliteit van leven

In onze zoektocht naar het omgaan met middelengebruik en ervaringen met het toepassen van belonen en maatwerk in de klinische context blijkt dat middelengebruik in heel veel situaties, op alle beveiligingsniveaus, aan de orde is. Het hindert de behandeling en vaak ook de vooruitgang in de forensische keten, dat wil zeggen het afschalen van het beveiligingsniveau. Het zet bovendien druk op de hulpverleningsrelatie, en het leidt tot ongewenste dynamiek op afdelingen. In de forensische verslavingszorg wordt middelengebruik echter niet enkel gezien als een probleem, maar ook als een *kans* om in de behandeling mee te werken. De individuele patiënt kan, wanneer een terugval wordt betrokken in de behandeling, veel leren van een terugval. Tevens wordt deze ervaring gedeeld met de groepsgenoten, die er daardoor ook van leren. Behalve deze tegenstelling in de dagelijkse uitvoeringspraktijk is er ook een tegenstelling in de manier waarop behandelaars en patiënten aankijken tegen middelengebruik. Veel behandelaars zijn ervan overtuigd dat middelengebruik een optimale kwaliteit van leven op de langere termijn in de weg staat. Tegelijkertijd ervaart een deel van de patiënten binnen de forensische ggz en forensische verslavingszorg juist een verminderde kwaliteit van leven, omdat ze niet kunnen gebruiken (Schel et al., 2017).

De relatie van middelengebruik met kwaliteit van leven is dus ambigu. Maar bovenal is er ook het besef dat er naast risicobeheersing moet worden gewerkt aan het psychosociaal welbevinden van de patiënt om op de langere termijn de kans op recidive te verminderen (zie 3.2: Kwaliteit van leven en Good Lives Model). In de dagelijkse praktijk van de forensische zorg eist middelengebruik en het 'gedoe' eromheen echter de meeste aandacht op. Het mag niet, het wordt toch gedaan en dit leidt tot spanning. Dat alleen al tast de kwaliteit van leven (en het leefklimaat) aan. De omgang met (verlangen naar) middelengebruik staat bij alle betrokkenen op de voorgrond.

Dit roept de vraag op hoe we kwaliteit van leven kunnen zien? Is het een uitkomstmaat van behandeling of is het een voorwaarde om behandeling te laten slagen? Beide perspectieven zijn relevant en beide perspectieven vragen om handvatten om met middelengebruik tijdens de behandeling om te gaan.

In de handreiking richten we ons op de klinische forensische zorg, omdat het hierboven beschreven spanningsveld in de kliniek het sterkst wordt gevoeld (De Vogel et al., 2020). Door het dagelijkse onderlinge contact tussen patiënten, de sfeer op de groep en wet- en regelgeving is er weinig ruimte voor het bieden van maatwerk, terwijl dit bij een deel van de patiënten wel wenselijk is.

1.5 Reikwijdte en gebruik van de handreiking

De handreiking is geschreven met vooral de klinische context in gedachten. De projectpartners leveren allen (ook) klinische zorg, en daarmee is hun bijdrage ook en vooral van toepassing op de klinische setting. Met de handreiking willen we behandelaren, psychotherapeuten en beleidsmedewerkers inspiratie en houvast bieden om (meer) maatwerk te leveren en effectieve behandelmethoden toe te passen. Dat wil zeggen het verleggen van de focus naar belonen van abstinentie in plaats van sanctioneren van middelengebruik.

1.6 Leeswijzer

In het eerstvolgende hoofdstuk leggen we uit op welke manier we tot de handreiking zijn gekomen. In hoofdstuk 3 bespreken we de toenemende aandacht voor kwaliteit van leven als voorwaarde voor herstel en recidivevermindering en manieren om in de praktijk invulling te geven aan het bevorderen van de kwaliteit van leven. Hoofdstuk 4 gaat in op richtlijnen, wettelijke kaders en het ethisch perspectief, op basis waarvan afwegingen moeten worden gemaakt voor het omgaan met middelengebruik in de behandeling en in de dagelijkse praktijk van forensische klinieken. In hoofdstuk 5 komen de praktijkervaringen met belonen en maatwerk aan de orde. Hoofdstuk 6 sluit af met een overzicht van de conclusies en belangrijkste adviezen die in de verschillende hoofdstukken zijn besproken.

2. Werkwijze

In dit project werkten we samen met partners in de forensische praktijk die allen (ook) klinische zorg leveren, zowel Forensische Verslavingsklinieken (FVK's) als een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) en een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA). Het gaat om: FVK Piet Roorda Kliniek, FVK Basalt, FPC Dr. S. Van Mesdagkliniek en een FPA van Transfore in Almelo. Twee vertegenwoordigers van elk van deze instellingen namen deel aan het project om samen met de onderzoekers invulling te geven aan de twee aanbevelingen van Schel et al. (2017):

1. Pas de regels rondom middelengebruik zoveel mogelijk aan de behoefte en mogelijkheden van het individu aan.
2. Probeer abstinentie te belonen in plaats van gebruik te straffen.

Twee experts van Novadic-Kentron (Boukje Dijkstra en Laura de Fuentes Merillas) hadden een adviserende rol bij het opstellen van de handreiking.

Het project bestond uit vier fasen, die we in de verschillende paragrafen van dit hoofdstuk beschrijven.

2.1. Voorbereiding

Ter voorbereiding verzamelden we input van de projectpartners, informatie over relevante wetgeving en beleidsstukken en rapporten die raken aan deze twee aanbevelingen, zoals de Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg (Lans et al., 2015), Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg (EFP, 2018) en het Handboek Forensische zorg (Min. JenV, 2018). Documenten zijn digitaal doorzocht met de zoektermen: drugs, alcohol, middelen, verslaving, misbruik, cannabis, blowen en kwaliteit van leven. Vervolgens is telkens beoordeeld in hoeverre ze relevant werden geacht voor het afbakenen en/of invullen van de twee aanbevelingen van Schel et al. (2017). Van de geselecteerde documenten is vervolgens de inhoud (op onderdelen) geanalyseerd en samengevat. Verdiepende kennis over kwaliteit van leven en middelengebruik is te vinden in hoofdstuk 3. Richtlijnen met betrekking tot maatwerk en belonen van abstinentie en relevante wetgeving en inzichten ten aanzien van het ethisch perspectief presenteren we in hoofdstuk 4.

2.2. Vignetten, interviews en factsheets

De projectpartners leverden in totaal zeven casussen aan waarin spanning rondom middelengebruik aan de orde is. Daarnaast leverden vertegenwoordigers van twee instellingen die niet in de projectgroep participeerden ook een casus aan.⁴ De casussen zijn omschreven tot vignetten waarin telkens de kern van het spanningsveld tussen kwaliteit van leven en middelengebruik is samengevat.

De vraag hoe werkt 'belonen van abstinentie' en 'bieden van maatwerk' in de uitvoeringspraktijk is onder andere beantwoord door zeven medewerkers van de participerende instellingen te interviewen, waarvan drie medewerkers van Dr. S. van Mesdag (FPC), drie medewerkers van Tactus Verslavingszorg (FVK), drie medewerkers van FPA Transfore (PFA). Aanvullend zijn over dit onderwerp gesprekken gevoerd met medewerkers van Novadic-Kentron (behandelaren en sociotherapeuten in een groepsgesprek, een ervaren onderzoeker van de Pompe-kliniek (PFC), en een psychiater van Tactus Verslavingszorg. Dit waren geen voorbereide of semigestructureerde interviews maar dusdanig informatief dat er aantekeningen van zijn gemaakt en uitgewerkt. Naast de interviews en gesprekken spraken we ook met enkele patiënten tijdens een bezoek aan de locatie van de forensische verslavingsafdeling van Novadic-Kentron. De interviews zijn getranscribeerd en thematisch geanalyseerd in Nvivo™. De interviews waren semigestructureerd en werden uitgevoerd aan de hand van een topiclijst. De resultaten hiervan zijn te vinden in hoofdstuk 5. Een deel van de verkregen inzichten is geïntegreerd in hoofdstuk 4.

⁴ Dank aan Anne Verduin van FPK Transfore en Baukje de Boer van Limor.

Samen met de projectpartners organiseerden we vervolgens een drietal inhoudelijke expertsessies, met twee of drie behandelaren van onze projectpartners en telkens verrijkt met een externe expert, om het betreffende onderwerp te verdiepen. De volgende onderwerpen zijn besproken:

1. *Vignetten*. Bespreken van praktijkvoorbeelden (casussen) waarin de spanning tussen middelengebruik en kwaliteit van leven helder wordt. Externe expert: Boukje Dijkstra, onderzoeker (NISPA, Novadic-Kentron).
2. *Maatwerk*. Geregisseerd gebruik, reikwijdte en toepassing. Externe expert: Ron van Outsem, behandelaar (De Waag).
3. *Belonen van abstinentie*. Contingency Management (CM). Concept en toepassing. Externe expert: Laura de Fuentes-Merillas, onderzoeker/behandelaar (NISPA, Novadic-Kentron).

Vervolgens zijn de tussentijdse bevindingen van het project gevat in twee factsheets: 'Contingency Management' (zie bijlage 1) en 'Maatwerk' (zie bijlage 2).

2.3 Praktijktoets Contingency Management

De vier deelnemende organisaties voerden een praktijktoets uit, waarbij op verzoek van de deelnemende organisaties is gefocust op de toepassing van CM als aanvullende behandelstrategie. Toepassen van CM kan op weerstand stuiten en vergt een uiterst strakke protocollaire manier van werken. De praktijktoets bestond uit het afnemen van een enquête onder in totaal 59 medewerkers over de ervaren relevantie van CM, visie op logistiek en uitvoering, visie op beloning en acceptatie van CM (zie vragen en resultaten in bijlage 3). Volgens de projectpartners waren de medewerkers voldoende in aantal en voldoende divers om een representatief beeld te schetsen van het draagvlak voor CM. Ook is een verdiepend gesprek gevoerd met in totaal acht behandelaren (inhoudelijk) en leidinggevend (bedrijfsvoering) van drie klinieken (FPC Dr. Van Mesdag niet). Hierin bespraken we de resultaten van de enquête en reflecteerden we op de te nemen stappen om CM daadwerkelijk te implementeren. Deze vertegenwoordigers hadden tezamen de doorzettingsmacht een pilot CM op te starten. De praktijktoetsen resulteerden in interne startnotities voor de betreffende instellingen. De belangrijkste bevindingen hieruit zijn opgenomen in paragraaf 5.1.5 van deze rapportage.

2.4 Opstellen handreiking

Bovengenoemde activiteiten hebben geleid tot deze achtergrondrapportage waarop de handreiking is gebaseerd. In onderliggende rapportage zijn opgenomen:

1. Adviezen over wat op afdelingsniveau moet worden georganiseerd om zowel een verslaving te behandelen, als de kwaliteit van leven te verbeteren.
2. Adviezen voor behandelaren en andere zorgverleners voor het verbeteren van de kwaliteit van leven met betrekking tot het thema middelengebruik en verslaving.
3. Een set van vignetten met dilemma's uit de praktijk waaruit duidelijk wordt waar het vormgeven van kwaliteit van leven rondom het thema middelengebruik in de forensische setting 'spanning oplevert'. Aan de hand hiervan kan het gesprek op de werkvloer worden gevoerd (zie bijlage 4).
4. Bevindingen en conclusies uit de praktijktoets, waarin de aanbeveling om CM in te zetten als aanvullende behandelstrategie op vier afdelingen van de deelnemende instellingen is getoetst op beleid en haalbaarheid.

De handreiking is samengesteld door uit deze achtergrondrapportage de kernelementen te selecteren die behulpzaam zijn om, tegen de achtergrond van kwaliteit van leven, een solide afweging te maken of en hoe maatwerk kan worden toegepast en welke vormen van belonen passend zijn in de klinische forensische setting.

3. Kwaliteit van leven

Dit hoofdstuk is tot stand gekomen in samenwerking met de ontwikkelaars van de generieke Handreiking voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van forensisch psychiatrische patiënten in klinische settingen (Van Vliet et al., 2021).

In dit hoofdstuk bespreken we het begrip kwaliteit van leven in relatie tot de forensische setting. In navolging van Lehman (1983) definiëren Schel et al. (2017) kwaliteit van leven als “*het gevoel van welzijn en tevredenheid dat een individu ervaart over zijn/haar huidige (levens)-omstandigheden*” (p.8). Kwaliteit van leven wordt opgevat als een multidimensionaal concept, bestaande uit objectieve en subjectieve indicatoren. Objectieve indicatoren verwijzen naar feitelijke omstandigheden, zoals financiële situatie, het wel/niet hebben van een baan of een partner. Subjectieve indicatoren verwijzen naar het gevoelsmatige en cognitieve oordeel van een individu over deze omstandigheden of over zijn volledige levenssituatie (Schel et al., 2017).

In paragraaf 3.1 gaan we in op de toenemende aandacht voor kwaliteit van leven als beoogde uitkomst van behandeling maar ook als voorwaarde voor herstel en recidivevermindering. Paragraaf 3.2 bespreekt het Good Lives Model en de aandacht daarin voor kwaliteit van leven. In paragraaf 3.3 staat de herstelbenadering centraal, waar aandacht voor de kwaliteit van leven eveneens een belangrijk onderdeel van is. Herstelondersteunende zorg is in de verslavingszorg en ggz-breed de laatste jaren steeds meer centraal komen te staan, en heeft ook binnen de forensische zorg zijn intrede gedaan. In 3.4 sluiten we af met het belang van aandacht voor bejegening bij het bevorderen van de kwaliteit van leven.

3.1 Voorwaarde voor herstel, of uitkomst van een behandeling?

Kwaliteit van leven kan een beoogde *uitkomst* van een behandeling of interventie zijn, zoals bij (herstelondersteunende) interventies (Van Gestel-Timmermans et al., 2015). Echter, kwaliteit van leven kan ook worden gezien als een *voorwaarde* van herstel en het terugdringen van de kans op recidive. Het uitgangspunt dat een mens doorgaans naar een goed leven streeft (een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven) heeft de laatste jaren, mede onder invloed van het denken vanuit de positieve psychologie, meer aandacht gekregen. De introductie van het ‘strength-based’ behandelen, het Good Lives Model (Ward, 2002) en de toegenomen aandacht voor beschermende factoren als aanvulling op risicofactoren, heeft een impuls gegeven om de forensisch psychiatrische patiënt meer vanuit een holistisch mensbeeld te benaderen (zie paragraaf 3.2 en 3.3). Systematische aandacht voor kwaliteit van leven kan bovendien helpen om aspecten die behandeling behoeven te achterhalen en om mede op basis daarvan individuele behandelplannen te formuleren.

3.2 Kwaliteit van leven en het Good Lives Model

Robertson et al. (2011) beschrijven drie rehabilitatiebenaderingen binnen de forensische psychiatrie:

1. Het risk-needs responsivity model
2. Therapeutische modellen gericht op psychopathologie
3. Strength-based modellen, waaronder het Good Lives Model

Volgens Robertson et al. heeft een strength-based model praktische en theoretische voordelen in vergelijking met de andere twee benaderingen. Het risk-needs responsivity model is met name gericht op risicomanagement en houdt onvoldoende rekening met de bijdrage van sociale en culturele factoren aan risico's. De therapeutische modellen gericht op psychopathologie zijn gebaseerd op het medische model. Dat wil zeggen dat de behandeling gericht is op verlichting van symptomen en psychische beperkingen. Het Good Lives Model daarentegen is een strength-based, patiëntgerichte en herstelgerichte benadering dat zowel risicofactoren als rehabilitatiedoelen combineert (Robertson et al., 2011 in: Van Gestel-Timmermans et al., 2015). In het Good Lives Model wordt getracht de individuele persoonlijke ambities en kernwaarden van de patiënt te ontdekken. Met andere woorden: Er is ruimte om naast risicobeheersing te werken aan het

psychosociaal welbevinden van de patiënt. Volgens het Good Lives Model zijn er elf basisbehoeften⁵ die elk mens min of meer tracht te vervullen. Het idee is dat het op een sociaal acceptabele manier vervullen van deze behoeften de ervaren kwaliteit van leven vergroot en daarmee de kans op recidive vermindert.

3.3 Herstelbenadering

Een andere, vergelijkbare manier om te werken aan kwaliteit van leven is via het gedachtengoed van herstelondersteunende zorg. Eén van de doelen van (herstelgerichte) zorg bij psychiatrische patiënten is een waardevol leven, dat onder andere tot uitdrukking komt als (een hoge) kwaliteit van leven (Van Gestel-Timmermans et al., 2015). In herstelgerichte zorg is herstel niet gelijk aan de uitkomst van behandeling (genezing), maar is herstel een proces van vallen en opstaan, zonder vooraf gedefinieerde uitkomst. Een veelgebruikte definitie van herstel is afkomstig van Anthony (1993): "Herstel is een persoonlijk en continu veranderingsproces in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het gaat om het vinden van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in het leven en om het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven, ondanks de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen."

De concepten 'herstel' en 'kwaliteit van leven' zijn nauw met elkaar verweven en beide zijn geen vanzelfsprekende doelen in de forensische context. De kernconcepten van herstel, zoals hoop, zelfacceptatie en autonomie, zijn door de geslotenheid van de forensische context moeilijker te realiseren dan in de vrijwillige ggz. Er kan minder met vaardigheden, zoals keuzes maken en zelfstandigheid, worden geoefend (Mann et al., 2014). De gerichtheid op pathologie en risicobeperking is niet bevorderlijk voor het ontwikkelen van een positief zelfbeeld (Mann et al., 2014), evenals het dubbele stigma van delict en aandoening (Drennan & Woolridge, 2014).

Niettemin vindt er binnen de forensische zorg een verschuiving plaats van een focus op risicofactoren naar een meer positieve, strength-based benadering, die beter aansluit bij een herstelondersteunend zorgaanbod. Het gaat daarbij om het invulling geven aan een leven dat als zinvol wordt ervaren én om de stappen die nodig zijn om dat te bereiken en te ervaren (Mann et al., 2014; Simpson & Penney, 2011). Herstelgerichte zorg in een forensische setting kent volgens Walravens vijf kernwaarden (Walravens, 2015):

1. gericht op de persoon in plaats van het delict of de diagnose;
2. gelijkwaardigheid;
3. keuzevrijheid;
4. uitgaan van groeimogelijkheden;
5. bewustzijn van de context van de forensische ggz.

Persoonlijke betekenisgeving in het herstelproces brengt mensen tot keuzes die hoop, nieuwe kracht en mogelijkheden opleveren waardoor gewerkt kan worden richting een menswaardig en kwaliteitsvol leven. Hierbij is het herwinnen van een positief zelfbeeld, waarbij de ziekte niet op de voorgrond staat, een van de belangrijkste facetten naast het herwinnen van grip op het eigen leven en de ziekte (Van der Stel & Buisman, 2012).

3.4 Bejegening

Het werken vanuit een herstel- en strength-based benadering, en dus ook het werken aan het thema kwaliteit van leven, vraagt iets van de werkwijze van de hulpverlener.⁶ Een belangrijk aspect van die werkwijze is de bejegening van de patiënt. Het gaat daarin om verschillende aspecten (gebaseerd op Haan, 2013):

- *Ruimte geven*: Werken aan kwaliteit van leven vraagt om oprechte interesse in de gedachten, wensen en sterke en zwakke punten van de patiënt. Het gaat erom dat de

⁵ 1. Leven (met inbegrip van gezond leven en functioneren); 2. Kennis; 3. Voortreffelijkheid in spel; 4. Voortreffelijkheid in werk; 5. Voortreffelijkheid in 'agency' (autonomie en zelfsturing). 6. Innerlijke vrede (vrij zijn van emotionele onrust en stress); 7. Vriendschap (inclusief intieme, romantische en familierelaties); 8. Gemeenschap; 9. Spiritualiteit (in de brede zin van een betekenis en doel in het leven vinden); 10. Geluk; 11. Creativiteit (Pomp, 2009).

⁶ De term hulpverlener verwijst naar verschillende rollen in de forensische zorg, zoals sociotherapeut, mentor of behandelaar.

patiënt de ruimte krijgt om zelf te ervaren wat voor hém belangrijk is in het leven, en zodoende zijn kwaliteit van leven kan bevorderen. Dit sluit goed aan bij de herstelbenadering, waar de basishouding van de professional die van betrokken ondersteuner of coach is, die indien nodig intervineert. Persoonlijke betrokkenheid, compassie, empathie, nabijheid en trouw zijn hierbij cruciale elementen, evenals reflectie op het eigen handelen. De hulpverlener stimuleert en ondersteunt het veranderingsproces door patiënten te helpen concrete en realistische doelen te stellen.

- *Niet de problemen, maar sterke kanten van de patiënt staan centraal:* In een strength-based benadering staan, net als in de herstelbenadering, de sterke eigenschappen en capaciteiten van de patiënt centraal. Het betekent ook dat het werken aan kwaliteit van leven een (verander)proces van de patiënt zélf is. Motivatie en een actieve inzet vanuit de patiënt zijn hierbij noodzakelijk. Het is noodzakelijk dat de hulpverlener ruimte geeft aan de patiënt om zijn eigen kracht te ontdekken, te ontwikkelen en in te zetten. De patiënt kan op die manier controle (her)vinden op het eigen leven en daar ook verantwoordelijkheid voor nemen.
- *Inzetten op vergroten van de eigen regie:* Het proces is van de patiënt zelf. En toch heeft de hulpverlener een belangrijke rol in dit proces: de hulpverlener ondersteunt de patiënt in zijn proces, heeft oog voor de patiënt als persoon en sluit aan bij zijn verhaal. Deze benaderingswijze is gericht op het vergroten van de eigen regie en de autonomie van de patiënt. Zo kan de hulpverlener de patiënt, binnen de geldende kaders, helpen om persoonlijke, haalbare doelen te stellen en te behalen. De steun komt vooral neer op het stellen van vragen (in plaats van het aandragen van oplossingen), het herkennen van de eigen kracht van de patiënt en vervolgens stimuleren om de eigen kracht te benutten. Een andere belangrijke rol is het stimuleren en benutten van de ondersteuning van de patiënt door *belangrijke anderen*, die deel uitmaken van het eigen steunsysteem van de patiënt. Het kan dan gaan om bijvoorbeeld familie of naasten, of om andere betrokkenen in de behandeling.

Merk op dat de rol van de hulpverlener in deze benadering ondersteunend is en niet bepalend. In de forensische context wordt de invulling van deze rol altijd afgewogen tegen het centrale doel 'vermindering van recidive' en risicobeheersing. Dit vergt van hulpverleners (en de teams waarin ze werken) een reflexieve houding, zowel op het eigen handelen als op de regels en protocollen waarin dat handelen is ingebed. De inzet van ervaringsdeskundigheid kan hierbij ondersteunen. Een ervaringsdeskundige verenigt de ervaring van ziekte én herstel in zich ("been there, done that") en is daarnaast ook vaardig om deze ervaring ondersteunend in te zetten (Bierbooms et al., 2017).

3.5 Kwaliteit van leven: meer dan middelengebruik

Schel et al. (2017) komen tot een elftal factoren die samenhangen met de kwaliteit van leven, waarvan "drugsbeleid" er een is. In het KFZ project 'Kwaliteit van leven' (call 2018-90) zijn de adviezen uitgewerkt in een generieke handreiking Kwaliteit van leven voor het klinische domein (Van Vliet et al., 2021). Deze beschrijft een stappenplan waarmee samen met patiënten in een klinische setting een verbeterplan voor hun kwaliteit van leven kan worden opgesteld en uitgevoerd. Ook bevat de handleiding adviezen voor de organisatie. Gebaseerd op de methodische suggesties in de voorgaande paragrafen formuleren de auteurs van de generieke handreiking enkele uitgangspunten voor een goede werkrelatie. Een goede werkrelatie is een noodzakelijke voorwaarde om succesvol het stappenplan te kunnen doorlopen. We vatten hier eerst de elementen van een goede werkrelatie samen en presenteren aansluitend de vijf stappen van het stappenplan uit die handreiking.

3.5.1 Bouwen aan een goede werkrelatie

Betrokkenheid, compassie, empathie, nabijheid en betrouwbaarheid zijn cruciale elementen die een hulpverlener inzet om een goede werkrelatie te creëren. Een hulpverlener stimuleert en ondersteunt het veranderingsproces door patiënten te helpen concrete en realistische doelen te stellen. Het centrale doel van de forensische ggz wordt daarbij niet uit het oog verloren: het verminderen van recidive.

Flexibiliteit, creativiteit en realisme zijn vereisten om responsief om te gaan met het stappenplan. Patiënten, werksettings en persoonlijke voorkeuren van medewerkers verschillen. Medewerkers zijn

zich daarvan bewust en maken daarin ook bewuste afwegingen waarbij denken in mogelijkheden bevorderend is.

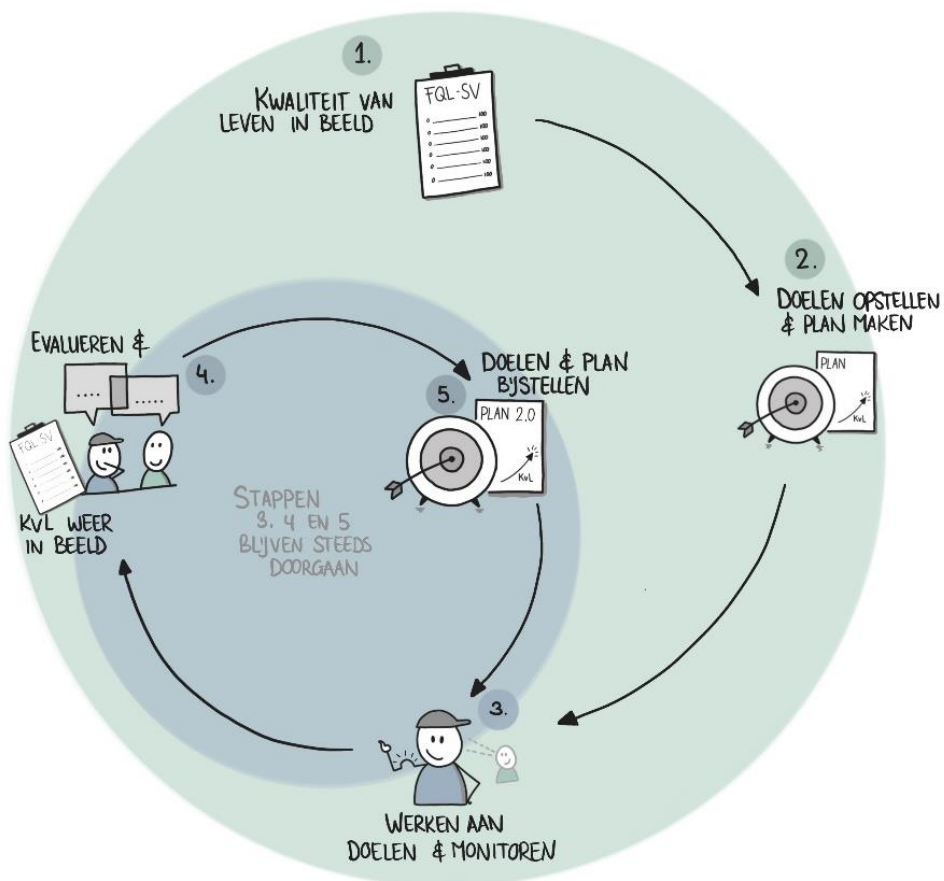
Het is belangrijk dat patiënten achter de verbeterdoelen staan die worden gekozen. Daarom moet het ook hun keuze zijn. Hulpverleners vragen goed door om verbeterdoelen helder te krijgen en ook duidelijk te krijgen wat haalbaar is en waar voor de patiënt 'uitdagingen' liggen.

Het initiatief om kwaliteit van leven aan de orde te stellen komt hoogstwaarschijnlijk van de hulpverlener. Het is de kunst om de motivatie van de patiënt aan te boren. Binnen de beperkende context van de forensische ggz moet worden gezocht naar een 'passende participatie' van de patiënt waarbij het uitgangspunt is dat de patiënt zoveel mogelijk regie heeft over zijn eigen doelen. Doelen worden geformuleerd vanuit eigen behoeften, mogelijkheden en wensen.

3.5.2 Vijf stappen

In de handreiking⁷ is zoals gezegd een stappenplan uitgewerkt waarmee samen met patiënten in een klinische setting een verbeterplan voor hun kwaliteit van leven kan worden opgesteld en uitgevoerd. In figuur 1 is het stappenplan visueel weergegeven. Daarna lichten we de stappen toe.

Figuur 1. Visualisatie van het stappenplan: kwaliteit van leven verbeteren (Van Vliet et al., 2021).



⁷ Het stappenplan vind je hier: <https://kfz.nl/projecten/handelsprotocol-voor-het-verbeteren-van-de-kwaliteit-van-leven-van-patienten-in-de-forensische-psychiatrie-call-2018-90>

1. Allereerst brengen de patiënt en professional de ervaren kwaliteit van leven van de patiënt in beeld.
 - a. De patiënt vult (bij voorkeur zelfstandig) een vragenlijst voor kwaliteit van leven in. (Forensic inpatient Quality of Life Questionnaire – short version (FQL-SV: Schel et al., 2016).
 - b. Analyseer de uitkomsten.
2. Vervolgens bespreken patiënt en professional samen de resultaten van de vragenlijst en stelt de patiënt doelen die de kwaliteit van leven kunnen verhogen. De doelen worden in een plan verwerkt.
 - a. Onderzoek (samen) wat wenselijk én haalbaar is.
 - b. Formuleer meerdere doelen en middelen (buffer).
3. Dan wordt een periode gewerkt aan de opgestelde doelen. De voortgang wordt regelmatig besproken in een gesprek tussen de patiënt en de professional.
4. Daarna wordt de afgelopen periode geëvalueerd in een gesprek tussen de patiënt en de professional. Ter evaluatie wordt de vragenlijst voor het meten van kwaliteit van leven nogmaals ingevuld.
5. Tot slot worden de doelen en het plan bijgesteld. Nieuwe doelen worden geformuleerd en/of bestaande doelen worden aangescherpt. Vervolgens wordt weer gewerkt aan de doelen.

De stappen 3, 4 en 5 worden steeds weer doorlopen.

Adviezen

Wat kan de hulpverlener doen voor de kwaliteit van leven van een patiënt met problematisch middelengebruik? De adviezen die volgen uit dit hoofdstuk zijn:

- Sluit aan bij het verhaal van de patiënt. Zie de persoon als geheel, niet alleen de stoornis.
- Verken samen met de patiënt wat binnen de beperkingen mogelijk is.
- Geef ruimte en aandacht voor sterke kanten: weet wie hij/zij is en wat hem/haar drijft. Wat zijn iemands wensen, dromen, geschiedenis, talenten, sterke en zwakke punten?
- Versterk en ondersteun de eigen regie: gebruik de professionele kennis om de juiste vragen te stellen en opties aan te bieden. Er moet iets te kiezen zijn.
- Stimuleer en ondersteun het formuleren van concrete en realistische doelen en verifieer of de patiënt er achter staat.
- Benut de eigen kracht en eigen bronnen van steun van de patiënt. Ondersteun hem/haar door zijn steunsysteem te betrekken en te stimuleren.
- Erken en benut ervaringsdeskundigheid (indien beschikbaar in de kliniek).
- Wees je bewust van de beperkingen (van jezelf, de patiënt en de setting) maar denk in mogelijkheden.
- Gebruik waar mogelijk het stappenplan Kwaliteit van Leven verbeteren.



4. Middelengebruik: richtlijnen en wettelijke kaders

Het werk in de forensische ggz is ingebed in de kaders van bestaande richtlijnen en wetten. De adviezen van Schel et al. (2017), om waar mogelijk maatwerk te leveren op het gebied van middelengebruik en om abstinentie te belonen in plaats van gebruik te straffen, kunnen alleen worden uitgevoerd met inachtneming van deze kaders en richtlijnen. Er is een spanningsveld tussen wat therapeutisch gewenst is (richtlijnen) en wat wettelijk mogelijk is. Daarnaast speelt ook nog een ethisch perspectief; wat vinden medewerkers en de samenleving van middelengebruik door patiënten in de forensische ggz. Incidenten met patiënten halen soms de landelijke pers en leiden niet zelden tot publieke verontwaardiging. Behandelaren laveren bij het denken over het middelengebruik en wat het beste is voor patiënt en samenleving tussen deze perspectieven:

- het therapeutische perspectief (richtlijnen en behandelopties);
- het juridische perspectief (wetten en beleidskaders);
- het ethisch perspectief (door medewerkers en samenleving).

In dit hoofdstuk beschrijven we de ruimte die deze drie perspectieven bieden voor het vormgeven van de adviezen van Schel et al. (2017) ten aanzien van kwaliteit van leven en middelengebruik in de forensische zorg ('belonen van abstinentie' en 'bieden van maatwerk'). Als eerste gaan we in op richtlijnen en behandelopties (4.1) omdat we willen weten wat een effectieve aanpak van middelengebruik is om de kans op recidive te verminderen én de kwaliteit van leven te optimaliseren. Vervolgens kijken we kort naar de wettelijke kaders (4.2) die de therapeutische vrijheid inkaderen. Ten slotte staan we stil bij het ethische perspectief (4.3). In de bespreking van deze verschillende perspectieven nemen we indien relevant ook de resultaten mee van de interviews die voor het opstellen van vignetten zijn uitgevoerd.

4.1 Richtlijnen en behandelopties voor belonen en maatwerk

In deze paragraaf gaan we na welke adviezen over middelengebruik en kwaliteit van leven bestaande richtlijnen geven en hoe deze adviezen kunnen worden vertaald naar de organisatie en invulling van de behandeling in de forensische zorg, rekening houdend met de adviezen 'belonen van abstinentie' en 'bieden van maatwerk'.

4.1.1 Bestaande richtlijnen

Er zijn drie multidisciplinaire richtlijnen (MDR) waarin aanbevelingen worden gedaan voor de inzet van bewezen effectieve behandelingen bij stoornissen in het middelengebruik: voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol (2009), in het gebruik van opiaten (2013) en in het gebruik van andere drugs (Hendriks et al., 2018). Deze richtlijnen zijn ontwikkeld naar aanleiding van een advies van Zorginstituut Nederland (ZIN). Een MDR geeft een algemeen behandeladvies op basis van beschikbare wetenschappelijke evidentie. De genoemde richtlijnen gaan niet in op de forensische context en gaan (derhalve) ook niet in op de aanbeveling van Schel et al. (2017) waar mogelijk de regels ten aanzien van drugsgebruik aan te passen.

Voor het forensische veld is de Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg (Lans, Raaijmakers & Wits, 2015) ontwikkeld.⁸ Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) publiceerde een zorgprogramma forensische verslavingszorg⁹ (EFP, 2018). Deze documenten bevatten verschillende aanbevelingen en aanknopingspunten voor het leveren van maatwerk en belonen van abstinentie. In de volgende paragraaf gaan we als eerste in op wat deze documenten zeggen over het belonen van abstinentie.

4.1.2 Richtlijnen over belonen van abstinentie

Het belonen van abstinentie (in plaats van straffen van gebruik) en belonen van gedragsverandering zijn effectieve behandelstrategieën die worden genoemd in verschillende

⁸ Deze richtlijn wordt in 2021 aangevuld met een handreiking en toolbox (KFZ call 2017-52)

<https://kfz.nl/resultaten/call-2017-52>

⁹ Dit document wordt regelmatig geactualiseerd en is te vinden op: <https://efp.nl/publicaties/zorgprogramma-forensische-verslavingszorg>

richtlijnen voor behandeling van verslaving. Er zijn twee interventies waarbij het belonen centraal staat: Contingency Management (CM) en Community Reinforcement Approach (CRA). Beide bespreken we in deze paragraaf.

4.1.2.1 Contingency Management

Contingency Management (CM) is expliciet gericht op het belonen van abstinentie, en is ook toepasbaar op ander gewenst gedrag. CM is als aanvullende behandelstrategie de meest effectieve behandeling voor mensen met een stoornis in het cocaïne- en cannabisgebruik. We vinden deze aanbeveling terug in de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines'¹⁰ (Hendriks et al., 2018), de Richtlijn Middelengebruik in de forensische klinische zorg (Lans et al., 2015) en in het Zorgprogramma forensische verslavingszorg (EFP, 2018). In een door KFZ gefinancierde studie (call 2013-1)¹¹ naar toepasbaarheid van CM in de ambulante forensische setting blijkt dat implementatie van CM aanpassingen vraagt specifiek voor de forensische context, maar wel haalbaar is (Merkx et al., 2015). CM is dus alleen nog experimenteel toegepast in de forensische zorg.

CM is een gedragstherapeutische methode die gericht is op systematische contingente bekrachtiging van vooraf vastgelegd doelgedrag (Emmelkamp et al., 2015). Positieve bekrachtiging, het toevoegen van een beloning, is het centrale element van CM. Het laten volgen van een beloning op gedrag zorgt voor een toename van dat bepaalde gedrag. Belangrijke randvoorwaarden voor CM als behandelingsinterventie zijn:

1. Het doelgedrag dient duidelijk omschreven te zijn.
2. Het doelgedrag wordt tijdens de behandeling regelmatig objectief gemonitord.
3. Op het moment dat de patiënt het doelgedrag vertoont, wordt dit gedrag positief bekrachtigd door tastbare beloningen en sociale bekrachtiging door de therapeut.
4. Op het moment dat de patiënt het doelgedrag niet vertoont, wordt de patiënt positieve en sociale bekrachtiging onthouden. Daarnaast wordt op het ongewenste gedrag op een neutrale, objectieve manier gereageerd.

CM is gebaseerd op de principes van operante conditionering¹² en wordt gerekend tot de klassieke gedragstherapie. De methodiek bestaat uit de directe beïnvloeding door de therapeut van gedrag van de patiënt; verandering van gedrag vindt dus van buitenaf plaats. Het middelengebruik wordt door de therapeut beïnvloed door het consequent positief bekrachtigen, en wel in de vorm van tastbare beloningen voor gewenst gedrag. Gewenst gedrag is bijvoorbeeld abtinent gedrag, het verschijnen op behandelafspraken of het doen van huiswerkopdrachten. De beloningen worden meestal gegeven in de vorm van geld of tokens/vouchers, en sociale bekrachtiging door de therapeut. De therapeut onthoudt zich ook van negatief commentaar indien het de patiënt niet lukt om het doelgedrag te realiseren. Belangrijke voordelen van het gebruik van vouchers om gewenst gedrag te versterken zijn dat ze (1) onmiddellijk gegeven kunnen worden als het gewenste gedrag zich voordoet, (2) op kunnen lopen tot een grote beloning en (3) ingezet kunnen worden bij personen die relatief ongevoelig zijn voor andere typen bekrachtigers, zoals sociale bekrachtigers, of ongevoelig zijn voor andere behandelingen. De waarde van de vouchers neemt toe bij elke volgende alcohol- of drugsvrije controle, volgens een vooraf vastgesteld escalerend beloningssysteem. Het escalerende principe houdt in dat de waarde van de beloning toeneemt naarmate het doelgedrag langer voortduurt.

In de meeste CM-programma's wordt het priming-principe toegepast, wat betekent dat de patiënt een initiële beloning krijgt op het moment dat de behandelingsovereenkomst wordt gesloten. Hierdoor ervaart de patiënt wat het is om positief bekrachtigd te worden. Deze beloning is niet gekoppeld aan het inleveren van een urinemonster. De therapeut en de patiënt bespreken

¹⁰ Zie: <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines/samenvatting>

¹¹ <https://kfz.nl/projecten/call-2013-1>

¹² Operante conditionering: het individu wordt beloond of gestraft, zodat zij/hij de handeling gaat associëren met iets leuks of iets vervelends. Klassieke conditionering: door twee prikkels altijd tegelijk te geven, gaat het individu de twee met elkaar associëren. De hond van Pavlov kreeg altijd eten wanneer een belletje ging; wanneer het belletje ging, liep de hond het water al in de mond.

vervolgens samen hoe de verdiende vouchers besteed worden¹³, en op welke wijze de patiënt middelenrijke activiteiten gaat plannen gedurende de komende periode. Om het gewenste gedrag te belonen wordt het doelgedrag doorgaans opgeknipt in deelaspecten: het ontwikkelen van nieuw gedrag door opeenvolgende selectieve bekrachtiging van gedrag dat het vooropgestelde doelgedrag steeds dichterbij nadert. Dit wordt 'shaping' of 'successieve approximatie' genoemd. Het is dus een procedure om nieuw gedrag stapsgewijs aan te leren via positieve bekrachtiging (Preston et al., 2001). Bij een dubbeldiagnosebehandeling kan dat bijvoorbeeld in eerste instantie het belonen van therapietrouw zijn en het belonen van deelname aan een urineanalyseprocedure, en daarna het bekrachtigen van reducties van middelengebruik en leefstijlveranderingen.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van CM in de klinische forensische setting. Defuentes-Merillas et al. (2015) vonden in hun literatuurstudie dat "er aanwijzingen zijn voor de voor de meerwaarde van de combinatie CM + CGT in een forensisch kader maar dat meer onderzoek nodig is" (p.22). In een systematische review en meta-analyse naar de effecten van CM in een opiatenbehandeling vonden Ainscough et al. (2017) dat CM effectief is om het gebruik van andere drugs dan opiaten te verminderen (cocaïne, tabak, opiaten cocaïne en poly-gebruik). In deze meta-analyse zijn geen studies in de forensische setting opgenomen. Een vignettenstudie onder patiënten in klinische en ambulante forensische zorgsettings laat zien dat geld niet altijd de meest gewaardeerde beloning is. Beloningen die veel betrokkenheid van de klinische omgeving vragen worden hoger gewaardeerd dan 'makkelijke' beloningen in de vorm van geld of goederen. De studie gaat niet in op het belonen van abstinentie (Glimmerveen et al, 2018). Edwards et al. (2011) beschrijven de toepassing van CM als onderdeel van een groepsbehandeling voor dubbele diagnose patiënten in beveiligde forensische kliniek. De auteurs hebben niet de effectiviteit onderzocht, maar benoemen de rol van CM in de gewenste cultuurverandering naar minder straffen en meer samenwerken.

Het advies van Defuentes-Merillas et al. (2015) blijft staan: (meer) onderzoek in de klinische forensische context is nodig.



Advies

Zet in op toepassing van Contingency Management als aanvullende behandelstrategie voor patiënten met problematisch middelengebruik. Evalueer op haalbaarheid en effectiviteit en stel de werkwijze waar nodig bij.

4.1.2.2 Community Reinforcement approach (CRA)

Community Reinforcement Approach¹⁴ (CRA) wordt op verschillende plaatsen in de forensische zorg toegepast. CRA wordt wel ingezet om abstinentie te belonen, maar vooral om het aanleren (bekrachtigen) van gewenst gedrag te stimuleren die als alternatieve activiteiten kunnen dienen voor het middelengebruik. (Meyers et al, 2011). CRA wordt in de Richtlijn Problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg aanbevolen. CM en CRA laten zich volgens de richtlijn goed met elkaar combineren. CRA is gericht op gedragsverandering bij mensen met problematisch middelengebruik en gaat uit van het idee dat omgevingsfactoren hierbij een belangrijke rol spelen. De uitgangspunten en procedures van de CRA richten zich voornamelijk op het bekrachtigen van gewenst gedrag op belangrijke leefgebieden van de patiënt. Er worden positieve bekrachtigers ingebouwd in het leven van de patiënt. Dit gebeurt op verscheidene gebieden om zo patiënten te laten ervaren dat een abstinente levensstijl minstens even belonend is als een levensstijl waarbij het middelengebruik nog wel aan de orde is. Er zijn enige wetenschappelijke aanwijzingen dat CRA in combinatie met CM effectiever is dan de standaard behandeling (CGT) bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (Hendriks et al, 2018).¹⁵ Tevens lijkt de CRA-methode een effectieve basis van zorg en begeleiding voor patiënten

¹³ Welke bemoeienis een therapeut heeft met de vraag hoe vouchers besteed worden is iets dat bij het precieze ontwerp van de interventie wordt bepaald.

¹⁴ Zie: <https://erkendeinterventiesqgz.trimbos.nl/erkende-interventies/the-community-reinforcement-approach-cra->

¹⁵ De MDR niet opioïde drugs (Hendrix et al., 2018) geeft aanbevelingen voor afzonderlijke middelen. De MDR geeft bijvoorbeeld bij een stoornis in het cocaïnegebruik de voorkeur aan CM.

met een lichte verstandelijke beperking (Clerkx & Trentelman, 2007). Er zijn, voor zover bekend, in Nederland geen effectstudies gedaan naar CRA in de klinische forensische setting.

Het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg (EFP, 2018; p. 56) vult de beschrijving van CRA aan met de Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). Deze methode zet patiënten die niet gemotiveerd zijn om hun verslaving aan te pakken via familieleden of goede vrienden aan om alsnog behandeling te zoeken. CRAFT is probleemgericht, gaat uit van vaardigheden en vereist actieve deelname, zowel tijdens de sessies, via rollenspellen, als daarbuiten, via opdrachten (Roozen et al., 2010).



Advies

Zet CRA bij voorkeur in combinatie met CM in.

4.1.3 Maatwerk bieden in de forensische behandeling

In deze paragraaf vatten we samen wat het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg (EFP, 2018) en de Richtlijn Problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg (Lans et al., 2015) zeggen over maatwerk. In beide documenten wordt een opening geboden om maatwerk te leveren ten aanzien van middelengebruik.

4.1.3.1 Wat zeggen de richtlijnen over het bieden van maatwerk?

De Richtlijn Problematisch middelengebruik in de forensische zorg (Lans et al., 2015) stelt dat blijvende abstinentie of gecontroleerd gebruik voor een groot deel van de groep 'verslaafde patiënten'¹⁶ in klinische behandeling geen haalbare doelstelling is. Zelfcontrole, eigen verantwoordelijkheid en terugvalpreventie zijn voor hen minder passend. Voor deze groep zou "medicamenteuze behandeling en controle (externe controle en juridisch toezicht) bij forensische behandelingen" centraal moeten staan, zodat bij terugval in gebruik snel kan worden geïntervenieerd (p. 11).

De werkgroep die het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg ontwikkelde (EFP, 2018), beveelt aan dat: "In zijn algemeenheid in het kader van het risicomanagement van de instelling middelengebruik niet kan worden gedoogd." Anderzijds, zo stelt de werkgroep, moet in de forensisch klinische setting terugval worden gezien als een cruciaal moment in de behandeling en niet slechts als een probleem dat bestraft moet worden. Als de inschatting is dat gebruik van een bepaald middel door een patiënt het recidiverisico niet verhoogt, is gecontroleerd gebruik acceptabel. Per patiënt moet maatwerk worden geleverd op de risicofactoren en moeten realistische en haalbare doelen worden nagestreefd. Op die manier kan een patiënt zich het beste voorbereiden op een leven buiten de kliniek.

Het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg onderscheidt twee vormen van gecontroleerd gebruik:

1. De regie van het gebruik ligt **bij de behandelaar/behandelende instelling**. De behandelaar/behandelende instelling monitort het gebruik middels controles (urine, bloed, uitademingslucht, etc.). De behandelaar/behandelende instelling bepaalt hierbij:

- welk middel er wel en niet kan worden gebruikt;
- hoeveel van dat middel per keer kan worden gebruikt;
- hoe vaak het middel in de afgesproken dosering kan worden gebruikt;
- waar het middel wel en niet kan worden gebruikt.

2. De regie van het gebruik ligt **bij de patiënt**. De patiënt bepaalt het gebruik. De behandelaar/behandelende instelling monitort het gebruik middels controles (urine, bloed, uitademingslucht, etc.) en intervenueert indien:

- het gebruik gezondheidsbedreigend (ook psychische gezondheid) wordt;
- het gebruik overlast en/of delictgedrag veroorzaakt of dreigt te veroorzaken;

¹⁶ Patiënten met een ernstige stoornis in het middelengebruik.

- het gebruik (ernstige) negatieve consequenties heeft op het gebied van huisvesting, financiën, dagbesteding, sociaal netwerk en dergelijke.

In het geval van ongecontroleerd gebruik moet dit bespreekbaar worden gemaakt met de patiënt en moet de behandeling worden geïntensiveerd en motivatie gestimuleerd. Terugval (in ongecontroleerd gebruik) wordt dus niet bestraft, maar beschouwd als een cruciaal leermoment, op basis waarvan de behandeling wordt aangepast.

In onderstaande tabel 1 staan de posities van de richtlijnen en het zorgprogramma samengevat. Maatwerk is maar in een beperkt aantal situaties mogelijk.

Tabel 1
Wanneer is maatwerk t.a.v. middelengebruik mogelijk?

	(gecontroleerd) Gebruik of lichte verslaving	(matige en ernstige) Verslaving/ problematisch middelengebruik (gerelateerd aan delict)
Risico verhogend	Nee	Nee
Risiconeutraal	Ja	Nee

Als er sprake is van een matige of ernstige verslaving (naar de indeling in de DSM 5)¹⁷ en/of wanneer het gebruik het risico op criminele recidive verhoogt, is het leveren van maatwerk niet wenselijk. Op casusniveau is een professioneel oordeel (gebaseerd op gestructureerd verzamelde informatie) altijd doorslaggevend.

In de volgende paragraaf wordt stilgestaan bij de instrumenten die behulpzaam zijn bij het vormgeven van maatwerk.

4.1.3.2 Instrumenten ondersteunend aan het leveren van maatwerk

De Richtlijn Problematisch middelengebruik in de forensische zorg (Lans et al., 2015) biedt een aantal handvatten voor het leveren van maatwerk bij problematisch middelengebruik. Als het gaat om het leveren van maatwerk, waarbij een beroep wordt gedaan op eigen verantwoordelijkheid en zelfcontrole, zijn onderstaande instrumenten minder van toepassing bij het primaire middel waaraan iemand verslaafd is (omdat patiënten dan juist moeite hebben met eigen verantwoordelijkheid en zelfcontrole). Per geval kan worden bekeken of risico's op ongecontroleerd gebruik en/of delictgedrag ook gelden voor andere middelen die een patiënt gebruikte. De in tabel 2 gepresenteerde instrumenten zijn dan passender. De instrumenten worden onder de tabel besproken.

Tabel 2
Overzicht ondersteunende instrumenten

Instrument	Te gebruiken bij	Opmerking / toelichting
Middelenanalyse	Opstellen behandeldoelen en – plan.	Met name gebruik bij TBS.
Terugvalpreventie	Als voorbereiding op verlof en (andere) hoge risicosituaties.	Vooraf nuttig bij verlof in lage frequentie.
Terugvalanalyse	Indien uitglijder of terugval heeft plaats gevonden.	Het leren van de situatie staat centraal. Overlap met functieanalyse.
Signaleringsplan	Indien patiënt zelf onvoldoende vaardig is of controle heeft.	Omgeving van de patiënt wordt ingezet. Wordt ook gebruikt voor ander risicogedrag (bijv. agressie)

¹⁷ Het onderscheid dat hier wordt gemaakt tussen maatwerk bij enerzijds een matige of ernstige verslaving en anderzijds een lichte verslaving en (gecontroleerd) gebruik is niet gebaseerd op wetenschappelijke kennis, maar op de verzamelde praktijkkennis.

Bij een goed risicomanagement ten aanzien van middelengebruik horen vragen als: 'Is de omvang van het gebruik risicovol?' en 'zijn de motieven en gevolgen risicovol?' Verschillende instrumenten kunnen worden ingezet bij de analyse van risicofactoren. Onderdeel van de delictanalyse is een analyse van de functie van het middelengebruik (indien aan de orde). De functieanalyse wordt betrokken bij het opstellen van een terugvalpreventieplan en het signaleringsplan. Deze laatste twee instrumenten worden gebruikt om het verloop voor te bereiden. Deze richtlijn gaat er vooral vanuit dat middelengebruik tijdens verloop¹⁸ zal kunnen plaatsvinden en dat behandelaars dit (risico) voorafgaand aan het verloop bespreken met de patiënt.

Middelanalyse

Voor behandeling in de FPC is een instrument (Middelanalyse) beschikbaar dat behulpzaam is bij het opstellen van behandeldoelen, het behandelplan en een advies over de inhoud, vorm en volgorde van de behandelmodules (Kersten & Verwaaijen, 2012).¹⁹

Terugvalpreventie

Terugvalpreventie vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling. Dit is gericht op het voorkomen van terugval of het beperken van risico's wanneer terugval optreedt. Daarom is terugvalpreventie ook een onderdeel van het risicomanagement. Door aandacht te geven aan terugvalpreventie wordt rekening gehouden met een confrontatie met alcohol en (soft)drugs tijdens de verlooffasen. Een terugval kan als leermoment worden beschouwd. Na terugval vindt een terugvalanalyse plaats waarin de terugval van de patiënt uitgebreid wordt besproken met de patiënt en in de groep, met als doel er zoveel mogelijk lering uit te trekken.²⁰

Terugvalanalyse

De terugvalanalyse is een vorm van functieanalyse waarbij individueel of in de groep minutieus wordt nagegaan welke factoren hebben geleid tot het gebruik. Hoe kan middelengebruik tijdens verloop onderdeel zijn van een terugvalpreventieplan? Enerzijds wordt geprobeerd een terugval te voorkomen. Anderzijds wordt in het terugvalpreventieplan onderscheid gemaakt tussen een 'uitglijder' en 'terugval', waarbij een uitglijder minder ernstig is dan terugval. Onderstaande vragen maken onderdeel uit van een terugvalanalyse:²¹

- Zijn de determinanten voor de eerste uitglijder hetzelfde als de determinanten die een terugval veroorzaken? Zo niet, hoe zijn deze van elkaar te onderscheiden?
- Hoe reageert een individu in de situatie of gebeurtenis voorafgaand aan en volgend op een uitglijder en wat is de invloed daarvan op een terugval?
- Op welk punt in het terugvalproces is het mogelijk om in te breken en de koers van de situatie te wijzigen om zodoende een terugval te voorkomen?

Het impliceert dat de inzet van terugvalpreventie rekening houdt met gebruik tijdens verloop en dat deze ervaring wordt ingezet als therapeutisch leermoment.

Gebruik tijdens verloop

Onder het kopje "afwegingen bij het vaststellen van individueel beleid en vrijheden" besteedt de Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische zorg (Lans, et al., 2015) kort aandacht aan maatwerk tijdens verloop. "Belangrijk is dat samen met de patiënt voorafgaand aan het verloop afspraken worden gemaakt over welk middel de patiënt eventueel mag gebruiken, hoeveel en onder elke omstandigheden. Maar ook wanneer dit gezien het risico niet getolereerd kan worden. Tevens worden vooraf afspraken gemaakt over controles op middelengebruik bij terugkeer van verloop. Bij patiënten moet worden gekeken of de patiënt risicosituaties herkent en hier adequaat op

¹⁸ De richtlijn erkent weliswaar dat gebruik (of verlangen naar gebruik) ook in de behandelfase kan plaats vinden en dan opportuun is te starten met aanleren van terugvalpreventietechnieken. Voor het overige gaan adviezen vooral in op mogelijke terugval tijdens de resocialisatiefase.

¹⁹ Aangehaald in: Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg, 2015, p.28.

²⁰ Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg, 2015, p.23.

²¹ Ibid. p.28.

kan handelen. Waarbij twee algemene risicosituaties zijn: externe factoren (bijvoorbeeld in gezelschap van bepaalde personen) en interne factoren (bijvoorbeeld een emotie). Met name externe factoren kunnen een rol spelen bij uitlokken middelengebruik.²² Wanneer dergelijke afspraken over gebruik tijdens verlof kunnen worden gemaakt, is er geen sprake van terugval maar van gecontroleerd (of: geregisseerd) gebruik.

De richtlijn acht eigen verantwoordelijkheid, zelfcontrole en terugvalpreventie minder van toepassing op ernstig verslaafde patiënten. Voor deze groep kan aanvullend een signaleringsplan worden gemaakt dat ondersteunend is bij het uitvoeren van het terugvalpreventieplan.

Signaleringsplan

“Wanneer de patiënt zelf onvoldoende in staat is controle op te brengen om het terugvalpreventieplan uit te voeren en tevens tekort schiet in het vragen van ondersteuning aan anderen, wordt een plan opgesteld dat de omgeving in staat stelt tijdig in te grijpen wanneer zich ‘vroegsymptomen’ van delictgedrag of omstandigheden die bevorderlijk zijn voor delictgedrag voordoen (Tervoort, 2012). Dit signaleringsplan is een hulpmiddel, mede gebaseerd op het delictscenario, om een dreigende terugval te herkennen en te voorkómen. In het signaleringsplan zijn de gedragingen beschreven die wijzen op een verhoogd risico en de maatregelen die deze risico's beheersbaar houden. De patiënt en het behandelteam stellen het, voor zover mogelijk, samen op om de omgeving in staat te stellen tijdig in te grijpen en bij te sturen (EFP, 2014b).²³ Met omgeving wordt in het signaleringsplan eerst de omgeving in de klinische setting bedoeld (sociotherapeuten) en bij verlof ook het ondersteunende netwerk buiten de kliniek (EFP, 2019).²⁴

4.1.3.3 Geregisseerd gebruik

Het concept ‘geregisseerd gebruik’ (Van Outsem, 2019) is ontwikkeld in de context van forensisch beschermd wonen, in het bijzonder een woonvorm waar mensen wonen met een ernstige verslaving. In deze voorzieningen kunnen de bewoners dagelijks naar buiten. Zij doen dat ook, en doen dat onder andere om drugs aan te schaffen en (thuis) te gebruiken. Het centrale idee van geregisseerd gebruik is dat hulpverleners afspraken met patiënten maken over wat, hoeveel, wanneer en waar ze mogen gebruiken. Het is een manier om continu met de patiënten in gesprek te blijven over middelengebruik en vooral te voorkomen dat gebruik (verder) uit de hand loopt en leidt tot delictgedrag.

De behandeldoelstelling zoals hierboven geschetst lijkt weinig ambitieus. Het lijkt een ‘harm reduction’ benadering, zoals gebruikelijk in de sociale verslavingszorg. In een toelichting op deze werkwijze wijst Van Outsem erop dat het de patiënten vaak niet lukte om zich aan de gemaakte afspraken te houden.²⁵ Deze ervaring lijkt in overeenstemming met de notie dat een kernmerk van een ernstige verslaving is dat het gebruik niet gecontroleerd kan worden.²⁶ Geregisseerd gebruik lijkt daarom beter van toepassing op mensen met gecontroleerd gebruik of een lichte verslaving, bij wie middelengebruik het recidiverisico niet verhoogt.

4.1.3.4 Maatwerk: conclusie en aanbevelingen

De conclusie is dat de Richtlijn Problematisch middelengebruik in de forensische zorg en het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg voldoende ruimte bieden om - waar nodig en mogelijk - maatwerk te leveren ten aanzien van middelengebruik in de praktijk. Er worden in de richtlijnen diverse gedragstherapeutische instrumenten besproken die bruikbaar zijn om middelengebruik te voorkomen en om te leren wanneer middelengebruik desondanks toch plaatsvindt. De richtlijnen gaan dus pragmatisch om met het feit dat middelengebruik voorkomt en geven advies hoe daarmee kan worden omgegaan vanuit gedragstherapeutisch perspectief, maar adviseren niet expliciet om te experimenteren met gecontroleerd of geregisseerd gebruik.

²² Ibid. p.36.

²³ Ibid. p.27.

²⁴ <https://efp.nl/publicaties/basis-zorgprogramma> (versie 4.1., december 2019)

²⁵ Tijdens een projectbijeenkomst op 10 oktober 2020.

²⁶ Denk aan de DSM-5 criteria als: “Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was”, “sterk verlangen om te gebruiken”.

De genoemde richtlijn en zorgprogramma beschrijven vooral mogelijkheden voor maatwerk in de resocialisatiefase van klinische behandeling en in situaties waarin sprake is van relatief veel vrijheden, zoals beschermd wonen en ambulante behandeling. Echter, zij wijzen er ook op dat voor een goede aansluiting tussen de klinische en resocialisatiefase het van belang is om al in de klinische fase rekening te houden met de vervolgstappen in het traject. En waar mogelijk ook dan al maatwerk te leveren.



Advies

'Leren is beter dan straffen'. Terugvalpreventie houdt rekening met middelengebruik tijdens verlof. Als gebruik niet kon worden voorkomen, dan is het zaak ervan te leren voor toekomstige verlofsituaties.



Advies

Richtlijnen adviseren om in de klinische setting van de forensische ggz alleen maatwerk te bieden in verlofsituaties, rekening houdend met delict risico en ernst van de verslaving. Verlof is een goede aanleiding om te spreken over middelengebruik en patiënten voor te bereiden en toe te rusten met gedragsopties om gebruik te voorkomen (bijvoorbeeld een terugvalpreventieplan) of gebruik in de hand te houden. Evaluatie bij terugkomst (functieanalyse) is onderdeel van maatwerk. Echter, wanneer het verlof het karakter heeft van dagelijkse vrijheden om de kliniek te verlaten, dan is het gedragstherapeutisch monitoren van afspraken niet haalbaar. De kans is dan reëel dat de gemaakte afspraken niet worden nageleefd en het therapeutisch leereffect niet wordt behaald. In die situaties heeft maatwerk (te) veel nadelen.



Advies

Zet maatwerk alleen in als het gedragstherapeutisch kan worden ingebed. Dat wil zeggen voorbereiden (wat, waar, wanneer, hoeveel, met wie?) en evalueren (functieanalyse of gebruiksanalyse).

4.2 Wetten en beleidskaders

Het leveren van maatwerk ten aanzien van middelengebruik is sterk aan wetten en regels gebonden, in tegenstelling tot het (materieel) belonen van abstinentie. Het leveren van maatwerk komt al snel in botsing met de wet en de (mede daaruit voortvloeiende) huisregels van behandelende instellingen, en met de bescherming van andere patiënten. Een rechter kan bijvoorbeeld een verbod op middelengebruik opnemen als bijzondere voorwaarde, waardoor afspraken over middelengebruik (wat mag in welke omstandigheden wel, wat niet) niet mogelijk zijn²⁷. We kijken daarom in deze paragraaf alleen naar de belangrijkste wettelijke kaders (en de forensische zorgtitels die erop zijn gebaseerd) die relevant zijn voor (on)mogelijkheden voor het bieden van maatwerk bij patiënten met problematisch middelengebruik of een verslaving. Het belonen van abstinentie is zoals gezegd niet of nauwelijks gebonden aan wetten en regels en blijft hier buiten beschouwing. De wetgever legt niet a priori beperkingen op voor het belonen van gewenst gedrag, zoals abstinentie. De beperkingen in het belonen liggen eerder op het terrein van maatschappelijk draagvlak (Bulten & Groeneweg, 2013).

4.2.1 Bijzondere voorwaarden

Een door de rechter opgelegde zorgtitel of gestelde voorwaarden zijn de uitkomst van een (straf)proces waarin naast de feiten ook de omstandigheden zijn meegewogen. Die omstandigheden gaan onder andere over de psychische gesteldheid van de verdachte ten tijde van het delict. Het NIFP/IFZ onderzoekt op verzoek van de rechter de psychische gesteldheid van de

²⁷ De adviezen van Schel e.a. hebben betrekking op de situatie waarin de adviezen van NIFP en de reclassering al zijn gedaan en de verdachte niet meer verdacht is, maar veroordeeld en op grond van een forensische zorgtitel wordt behandeld in of door een forensische zorginstelling. Het is dus belangrijk om ook bij de advisering van de bijzondere voorwaarden na te gaan waar ruimte is voor maatwerk.

verdachte en levert een zogenaamde Pro Justitia rapportage²⁸ waarin ook een advies wordt gegeven voor een eventuele behandeling om de kans op herhaling te voorkomen. Het laten behandelen van een verslaving is een mogelijk advies.

De reclassering doet iets soortgelijks. Ook zij kijken naar de omstandigheden van de verdachte en geven een advies waarin wordt omschreven wat nodig is om herhaling van het misdrijf te voorkomen. De reclassering kan bijvoorbeeld adviseren de verdachte een bijzondere voorwaarde op te leggen, zoals het volgen van gedragstraining of behandeling. Het advies van het NIFP en het advies van de reclassering over middelengebruik is van grote invloed op de bijzondere voorwaarden die in het vonnis worden gesteld. Adviseurs van de reclassering en Pro Justitia rapporteurs houden rekening met de waarschijnlijkheid dat het gebruik van middelen niet definitief zal worden gestaakt dankzij de behandeling in de forensische zorg. Adviezen worden in het ideale geval, zo mogelijk, zo geformuleerd dat deze de openingen bieden om te oefenen met gecontroleerd gebruik of met het gebruik van middelen met een gering delictrisico. Dit helpt om tijdens de behandeling therapeutisch maatwerk te leveren.

4.2.2 Penitentiaire inrichting (PI)

Behandeling in een voorziening van de forensische ggz kan plaatsvinden vanuit verschillende justitiële kaders. Zo is het mogelijk dat de behandeling tijdens detentie plaatsvindt, maar buiten de PI. De gedetineerde volgt de behandeling in een behandelinstelling. Belangrijk in de verhouding tussen de PI en de behandelinstelling is dat de (directeur van de) PI eindverantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van de detentie. Dit heeft onder meer als consequentie dat er "gedurende het verblijf van een gedetineerde afstemming tussen zorgaanbieder en PI nodig is en afspraken moeten worden gemaakt hoe op bepaalde momenten te handelen."²⁹ De directeur van de PI moet worden geïnformeerd bij incidenten met drugsgebruik. De "meldingen matrix bijzondere voorvallen"³⁰ bevat een lijst van alle gebeurtenissen die worden opgevat als incidenten waarover de PI geïnformeerd dient te worden. Hieronder valt ook drugsgebruik.

Advies



Het is gewenst dat de reclasseringsadviseurs en Pro Justitia rapporteurs in hun adviezen rekening kunnen houden met de (gewenste) praktijk dat een uitglijder of terugval in middelengebruik een belangrijk gedragstherapeutisch moment is om van te leren. Dat betekent dan dat de voorwaarde niet is dat er geen uitglijder of terugval mag zijn, maar dat de voorwaarde is dat de patiënt zich zo goed mogelijk inzet om deze te leren voorkomen.

Advies



In de huidige omstandigheden is maatwerk in verlofsituaties enigszins mogelijk; zoek daarom ruimte om patiënten te laten oefenen met gecontroleerd gebruik of met het gebruik van middelen met een gering delictrisico. Wees helder over de experimentele status van de maatwerkafspraken: als het niet goed gaat worden afspraken teruggedraaid. Doe dat ook.

4.3 Ethisch perspectief

Het feit dat de forensische ggz bestaat, is behalve een psychiatrische, ook een ethische uitdrukking van onze kijk op delinquentie. Als een psychische stoornis mede oorzaak is van een delict heeft alleen straffen geen zin. Alleen straffen is dan ook ethisch niet acceptabel. Het doet geen recht aan de persoon. Het begrip toerekeningsvatbaarheid is hierop gestoeld; goede behandeling doet recht aan de persoon en vermindert het risico op recidive. Uit de samenleving klinkt echter ook de roep om veiligheid. Ook dit perspectief speelt een rol in de speelruimte die er is in de omgang met middelengebruik in de forensische context. Het werkt door op alle actoren in het forensische veld: van groepswerker tot behandelcoördinator, van toezichthouder tot rechter. Tegelijkertijd is er ook

²⁸ Zie: <https://www.nifp.nl/pro-justitia-rapportage/index.aspx>.

²⁹ "Standaard afspraken tussen zorgaanbieders en PI". De (wettelijke) status van deze documenten is onhelder, ze zijn gerubriceerd onder "beleidsdocumenten en kaders" <https://www.forensischezorg.nl/beleid/beleidsdocumenten-en-kaders/forensische-zorg-tijdens-detentie> (geraadpleegd 4 september 2019).

³⁰ Deze matrix hoort bij: "Standaard afspraken tussen zorgaanbieders en PI". (zie vorige voetnoot).

een tendens om niet alleen naar de patiënt als dader of 'risico' te kijken, maar juist als mens met ook goede eigenschappen en rechtvaardige verlangens. De toegenomen aandacht voor kwaliteit van leven hangt met dit laatste samen, via bijvoorbeeld het Good Lives Model (Pomp, 2009) en herstelondersteunende zorg (Gestel-Timmermans et al., 2015). Deze geven handvatten om verder te kijken dan risicobeheersing op de korte termijn alleen. Het Good Lives Model gaat er bijvoorbeeld van uit dat het op een sociaal acceptabele manier vervullen van de menselijke basisbehoeften de ervaren kwaliteit van leven vergroot en daarmee de kans op recidive vermindert. In deze benaderingen is het verbeteren van de kwaliteit van leven zowel een middel als een uitkomst. In paragraaf 2.3 zagen we dat de inzet van ervaringsdeskundigheid kan helpen om de grip op het eigen leven en de psychische ziekte te herwinnen. Een ervaringsdeskundige verenigt de ervaring van ziekte én herstel in zich en is daarnaast ook vaardig om deze ervaring ondersteunend in te zetten. Het erkennen van ervaringskennis (van de patiënt) als legitieme en relevante kennisbron die mede richting geeft aan de invulling van de behandeling is een voorwaarde. Het kan helpen ervaringsdeskundigen (formeel opgeleid) en ervaringswerkers (getrainde vrijwilligers) een rol te geven in het behandelteam.

De nadruk op het verminderen van recidiverisico en het vergroten van veiligheid in de forensische ggz kan worden gezien als een maatschappelijke opdracht. De samenleving is steeds meer georganiseerd rondom het voorkomen van veiligheidsrisico's. Denk niet alleen aan de forensische zorg, maar ook aan veiligheidsprocedures op luchthavens, de beheersing van besmettelijke ziekten etc. De samenleving heeft de zorg voor forensisch psychiatrische patiënten (mede namens de slachtoffers) uitbesteed aan de forensische zorginstellingen en verwacht daarbij veiligheidsgaranties. Wanneer deze niet worden waargemaakt - en helaas blijkt uit incidenten dat 100% veiligheid niet haalbaar is - ontstaat er vaak maatschappelijke verontwaardiging en politieke druk. Dit maatschappelijk sentiment werkt door op de professionals in de klinieken. Zij weten dat de werkelijkheid vaak genuanceerder ligt dan de krantenkoppen suggereren en ervaren de maatschappelijke feedback als weinig belonend. Het relatief slechte imago van de forensische zorg leidt mede tot personeelskrapte.³¹ Bij elkaar leidt dit tot beperkte speelruimte van de forensische zorg om te experimenteren met vernieuwende zorg die naast veiligheid op korte termijn ook focust op het herstel en recidivevermindering op langere termijn, en daartoe de patiënt als mens centraal wil stellen.

**Advies**

In een ethisch perspectief op forensische zorg, tot uitdrukking komend in een herstelbenadering en het Good Lives Model, staat de patiënt als mens centraal en niet zijn of haar delict. Onderzoek op afdelings- of instellingsniveau hoe aan deze benadering(en) concreet invulling kan worden gegeven.

**Advies**

Het erkennen van ervaringskennis (van de patiënt) als legitieme en relevante kennisbron die mede richting geeft aan de invulling van de behandeling is een voorwaarde. Het kan helpen ervaringsdeskundigen (formeel opgeleid) en ervaringswerkers (getrainde vrijwilligers) een rol te geven in het behandelteam.

**Advies**

Ondanks het weinig empathische maatschappelijke sentiment is het essentieel voor de forensische zorg om meer speelruimte te krijgen zodat vernieuwende zorg kan worden geleverd die naast veiligheid op korte termijn ook focust op het herstel en recidivevermindering op langere termijn.

Reflecteren op maatwerk

De praktijk van de forensische zorg wordt gekenmerkt door complexiteit, onzekerheid en waardeconflicten. Er doen zich dagelijks tal van situaties voor waarin reflectie wordt gevraagd op

³¹ Zie de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021: <https://www.gqznederland.nl/uploads/assets/Meerjarenovereenkomst+Forensische+Zorg+2019-2021.pdf>

het eigen handelen. Die reflectie vindt plaats *in action* en *on action* (Schön, 1983). In de dagelijkse omgang met patiënten en collega's maken zorgverleners bewust en onbewust afwegingen die consequenties hebben voor de patiënt en dienst kwaliteit van leven. In de forensische zorg speelt veiligheid van de patiënt, de afdeling en de samenleving in die afweging een centrale rol. Forensische scherpste is de term die wordt gebruikt om de alertheid op signalen van escalatie en het handelen daarnaar aan te duiden (Clercx et al., 2020). Het signaleren van middelengebruik en de effecten daarvan op de patiënt en afdeling hoort daarbij.

De vignetten in bijlage 4 kunnen worden gebruikt als startpunt voor een reflectie op afdelingsniveau over hoe wordt omgegaan met middelengebruik en welke impact dit heeft op de kwaliteit van leven van de patiënt en het behandelklimaat op de afdeling. Bij het reflecteren op middelengebruik en kwaliteit van leven wordt de forensische scherpste niet uit het oog verloren. Het professionele handelen in de forensische context is een continu zoeken en afwegen van deze balans.

5. Middelengebruik: belonen en maatwerk in de praktijk

Het belonen van abstinentie en maatwerk ten aanzien van middelengebruik wordt al in de praktijk gebracht. In gesprekken en interviews met medewerkers van de projectpartners is dit op meerdere momenten aan de orde gekomen. De praktijken zijn vaak niet uitgekristalliseerd als behandeling of interventie. Alleen de Community Reinforcement Approach (CRA) is een uitgeschreven interventie (Dijkstra et al., 2012) die in mindere of meerdere mate wordt toegepast, waarbij alternatieve bekrachtigers op andere leefgebieden worden gezocht die een alternatief gaan vormen voor alcohol of drugs als bekrachtiger.

In dit hoofdstuk worden deze praktijken van belonen en maatwerk in de praktijk van de projectpartners beschreven. Eerst gaan we in op de praktijk van het belonen (5.1). In 5.1.5 staan we stil bij de medewerker-enquêtes over de toepassing en invulling van Contingency Management (CM) die zijn gehouden bij vier locaties van de deelnemende projectpartners. In 5.2 gaan we in op de ervaringen met maatwerk. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele aanbevelingen die voortkomen uit de verzamelde praktijkkennis over belonen en maatwerk in de praktijk.

5.1 Belonen in de praktijk

5.1.1 Complimenten

Belonen van gewenst gedrag is een belangrijk onderdeel van therapeutisch handelen. Veelal gebeurt het in de vorm van complimenten, schouderklopjes en aandacht. Het gaat om positieve aandacht voor de getoonde inzet, voor wat is bereikt, maar ook voor het lijden. De patiënten in de forensische ggz hebben vaak veel nare dingen meegemaakt en het middelengebruik is ook bedoeld om het lijden minder te voelen. Soms wordt vergeten dat patiënt zijn in de forensische ggz een niet te benijden status is.

De bekrachtigende woorden mogen niet leeg zijn. Ze moeten gemeend zijn. Het is een houding waarvan de waarachtigheid door de cliënt moet worden gevoeld. De waardering moet concreet zijn en klein worden gemaakt, moet resoneren. (zorgmanager FVK)

Ondanks dat het belang van positief bekrachtigen breed wordt onderkend, is er in de behandeling veel aandacht voor de dingen die niet goed gaan, voor negatief gedrag. En misschien is het in de forensische context ook niet vreemd dat de behandelstaf in de 'correctiemodus' staat. Niettemin lijkt er nog een wereld te winnen door meer aandacht te hebben voor wat goed gaat.

We zijn te veel bezig met dingen die niet goed gaan of die beter moeten i.p.v. de dingen die goed gaan versterken. Nu we het hier zo over hebben... We weten dat, maar toch zijn we te vaak bezig met de mindere dingen. Dus ik denk dat het een goed aanbevelingspunt is om daar ook naar te kijken. Het goede gedrag te belonen en te bekrachtigen. Dat, ja. Ik denk dat dat een hele goede is. (psychiater FVK)

Veel patiënten, zo klinkt het onder behandelaars, hebben de neiging om te "sjoemelen". Of het nu deel is van de psychopathologie of hoort bij de gesloten forensische (sub)cultuur, er wordt gesjoemeld. Dat wil zeggen: het lijkt of patiënten vaak in het grensgebied opereren van wat mag en niet mag. Dat geldt voor middelengebruik, maar ook voor andere regels en afspraken. In dat perspectief is het niet vreemd dat de behandelstaf zich vaak genoodzaakt ziet, corrigerend en 'grens bewakend' te handelen.

Naast de in de volgende paragrafen benaderingen van belonen, wijzen we graag op de Toolbox die hoort bij de handreiking middelengebruik, om middelengebruik in de forensische zorg bespreekbaar te maken.³²

³² <https://kfz.nl/projecten/call-2017-52>
<https://www.youtube.com/watch?v=R2eHfXvI-Hg>

5.1.2 Vier de successen

Zowel in de individuele behandelrelatie als bij groepstherapie is het belangrijk mijlpalen te markeren. Als in groepstherapie (FVK) een behandelmodule is afgerond, wordt daar aandacht aan gegeven. Er is een taartje en de deelnemers krijgen een certificaat. Deze symbolische bekrachtigers worden gewaardeerd door de deelnemers.

5.1.3 Verlof

Verlof is de traditionele bekrachtiger in de forensische behandelsetting. Wat verlof anders maakt dan een compliment of een materiele beloning is dat verlof – ook al is het een expliciet onderdeel van de behandeling – tijdelijk kan worden afgenomen. Een complimentje wordt per keer gegeven en kan alleen als bekrachtiger worden ingezet; verlof werkt twee kanten op omdat het ook kan worden ingetrokken.

Ook in de PI kan het verlof worden ingetrokken bij (drugs)incidenten. Intrekken van de mogelijkheid tot verlof valt onder de disciplinaire maatregelen die de directeur van de PI kan toepassen en heeft expliciet een strafkarakter.³³ Wellicht is dat waarom het intrekken van verlof in de behandelcontext (ook) vaak als straf wordt ervaren.

Het “verwerven van vrijheden”, zoals het ook vaak wordt genoemd, is een belangrijke motivator voor patiënten om zich aan het behandelprogramma te committeren. Maar omgekeerd wordt er ook gestraft (FVK) als iemand niet komt opdagen voor zijn dagprogramma. Per gemist onderdeel wordt een kwartier verlof ingehouden.

Alleen wanneer iemand vrijheden heeft opgebouwd kunnen die ook weer worden ingetrokken. In de ene FVK betekent een terugval altijd dat het verlof twee weken *on hold* wordt gezet. In de andere FVK hangt het er ook vanaf of iemand zijn terugval (of uitglijder) zelf heeft gemeld.

5.1.4 Community Reinforcement Approach (CRA)

In twee deelnemende instellingen (FPA en FPC) wordt met Community Reinforcement Approach (CRA) gewerkt. Het centrale idee is dat hulpverleners in samenspraak met de patiënt uitzoeken welke doelen iemand zou willen bereiken. Deze doelen worden dan opgedeeld in kleinere tussenstapjes. Wanneer deze worden behaald, zit daar een beloning aan vast. Het bekende CRA voorbeeld is ‘de prijzenkast’ waar de deelnemer iets uit kan kiezen. CRA wordt in de praktijk wel ingezet voor het bereiken van abstinentie maar op een indirecte manier, door in te zetten op allerlei andere doelen die, als ze behaald worden, voldoening geven. Denk bijvoorbeeld aan het contactleggen met een familielid. Als het goed werkt, kunnen deze bekrachtigers een alternatief gaan vormen voor alcohol of drugs als bekrachtiger (zie ook paragraaf 4.1.2.2).

We hebben een jongen gehad die het niet kon laten om alcohol te gebruiken. Dat gebeurde steeds weer en toen hebben we op een bepaald moment gezegd: als je tien [schone, CB] ademcontroles inlevert krijg je dat, als je er nog tien bij doet krijg je dat. Hij heeft toen hij een bepaald aantal had, 25 ofzo, een felicitatie gehad en een ballon op zijn deur. Dat heeft echt gewerkt. (behandelcoördinator FPC)

De ervaring is ook dat ‘gezien worden’ een belangrijke bekrachtiger is. Oog hebben voor de patiënt door op onverwachte momenten te belonen of complimenteren is daarom belangrijk, bijvoorbeeld als je ziet dat een patiënt zijn best doet of iets extra’s gedaan heeft.

De ervaringen van de projectpartners zijn niet onverdeeld positief. Dat ligt niet per se aan CRA, maar ook aan de manier waarop CRA geïmplementeerd en vervolgens levendig gehouden wordt voor de medewerkers. Het succes van CRA (en CM) hangt bovendien samen met de mate waarin methodisch wordt gewerkt (CGT, motiverende gespreksvoering). Dit methodisch werken is lang niet altijd goed doorgevoerd.

³³ Zie Art. 51, lid 1d Pbw.

In een FPA komt CRA maar moeilijk van de grond. Bij veel medewerkers is het “weggezakt” en sommige medewerkers lijken het ook vermoeiend te vinden om met deelnemers haalbare doelen te verzinnen. Veel patiënten blijven maar kort waardoor de cyclus van ‘inspanning/beloning’ te kort duurt om effectief te worden. Bovendien, zo wordt genoemd, is de prijzenkast niet aantrekkelijk en is er onvoldoende personeel om sociale beloningen ‘uit te keren’, zoals samen koffiedrinken in de stad of naar de bioscoop gaan. Ten slotte wordt erop gewezen dat veel patiënten een zeer beperkt sociaal netwerk hebben waardoor ze voor sociale beloningen, die wel worden gewaardeerd, afhankelijk zijn van professionals.

Adviezen

- Complimenteer niet routinematig maar alleen wanneer je het echt meent, op onverwachte momenten en/of bij mijlpalen.
- Markeer behaalde tussenstappen in de behandeling met kleine rituelen en/of kleine beloningen, zoals een versnapering.
- Tijdens verlov lopen patiënten het grootste risico op een ‘uitglijder’ of terugval. Bereid het verlov goed voor. Zie een verlov waarin iemand niet heeft gebruikt als een ‘behaalde tussenstap’. Evalueer en bekrachtig wat er goed ging.
- CRA is geen trucje maar een methodiek die onderhoud vergt. Zorg ervoor dat bij implementatie van CRA ook regelmatig opfris- en scholingsdagen worden gepland.



5.1.5 Contingency Management: resultaten van de praktijktoets

De basis van Contingency Management (CM) als aanvullende behandelstrategie is eenvoudig: het (materieel) belonen van gewenst gedrag. De uitvoering is echter complex en vergt invulling van nogal wat details en het opstellen van een intern handelingsprotocol. Om na te gaan waar instellingen bij het uitdenken van deze details en het protocol tegenaan lopen is een zogenoemde praktijktoets uitgevoerd, als voorbereiding op de toekomstige invoering van CM. Er is in Nederland nog geen (beschreven) ervaring met CM in de klinische forensische setting.

5.1.5.1 Werkwijze

Vier locaties hebben meegewerkt aan deze praktijktoets: Basalt (FVK, Almere), de Piet Roordakliniek (FVK, Zutphen), Transfore (FPA, Almelo) en de Dr. S van Mesdag kliniek (FPC, Groningen). Een toelichting op de praktijktoets is te vinden in paragraaf 2.3. Het doel van de praktijktoets was tweeledig:

- 1) praktijkgericht: voorbereiden van de voorgenomen implementatie van CM in de betreffende context (FVK, FPA of FPC);
- 2) kennisgericht: verzamelen van praktijkkennis over (rand)voorwaarden en benodigde voorbereidingen voor toepassing van CM, om te komen tot aanbevelingen zoals beschreven in deze achtergrond rapportage en de handreiking.

Als onderdeel van de praktijktoets hebben medewerkers van de betreffende afdelingen een enquête over CM ingevuld, om de bereidheid voor het inzetten van CM te peilen (zie bijlage 3). Deze door de projectpartners uitgezette enquête had niet tot doel een volledig representatief overzicht te krijgen. In de feedback gaven zij wel aan dat zij de indruk hadden dat de resultaten representatief waren voor wat er leeft op de afdeling. Ter voorbereiding ontvingen medewerkers de factsheet “Contingency Management in de forensische GGZ” (zie bijlage 1). De open vragen in de enquête leverde kwalitatieve informatie over de mening van medewerkers ten aanzien van CM. De resultaten werden per afdeling samengevat in een beknopte interne rapportage. Deze werd besproken met een of twee behandelaars en een manager bedrijfsvoering. Na afronden van de interne rapportage zijn op alle locaties vervolgens acties ondernomen om CM daadwerkelijk te gaan implementeren, zoals het instellen van een projectgroep.

Hierna vatten we de resultaten van de praktijktoets samen en komen we tot enkele aanbevelingen voor toepassing van CM in de praktijk. Daarbij houden we rekening met de context (FVK, FPA of FPC). De focus op behandeling van (problematisch) middelengebruik in deze verschillende contexten is immers verschillend. In een FVK is een (meestal ernstige) verslaving aanleiding voor plaatsing in een FVK. Op een FPA en in een FPC is middelengebruik voor een deel van de patiënten prominent in de problematiek vertegenwoordigd, maar meestal minder op de voorgrond.

5.1.5.2 Resultaten

In totaal vulden 59 medewerkers de enquête in.³⁴ De respons was vooral afkomstig van behandelaren en sociotherapeuten, maar ook van maatschappelijk werkers en ervaringsdeskundigen. Volgens de projectpartners vormden zij een goede afspiegeling van de medewerkers op de afdeling.

Relevantie

CM is een aanvullende interventie bedoeld om abstinentie materieel te belonen. Wanneer (problematisch) middelengebruik niet als een belangrijk onderwerp of probleem wordt ervaren heeft de invoering van CM ook geen zin. Daarom is gevraagd in hoeverre middelengebruik de behandeling in de weg staat. Een meerderheid van de medewerkers denkt dat middelengebruik de behandeling in de weg staat; slechts op een locatie (een FVK) zijn de meningen hierover verdeeld (de helft van de medewerkers vindt dat middelengebruik de behandeling (helemaal) niet hindert). De effectiviteit van de huidige behandeling van verslaving wordt door een substantieel deel van de respondenten als "niet effectief" beschouwd; in dat opzicht is toepassing van CM als aanvullende behandelstrategie bij verslaving dus relevant. Opmerkingen bij deze vraag zijn bijvoorbeeld: *'Veel patiënten komen ondanks allerlei andere successen niet verder in de tbs, omdat ze maar gestraft blijven worden op drugsgebruik. Dat is ineffectief.'* (FPC) *'Continu middelgebruik hindert de behandeling, een uitglijder niet.'* (FVK) *'Terugval kan leermoment zijn, i.p.v. consequenties op te leggen kan ook het leermoment gestimuleerd worden.'* (FVK)

Logistiek en Uitvoering

In een Nederlandse studie komt naar voren dat praktische zaken zoals het aanwezig zijn van faciliteiten voor urinecontroles en personeel dat gewend is om protocollair te werken bevorderend is voor de uitvoering van CM (Merkx et al., 2015). De respons op de enquête wijst uit dat medewerkers denken dat aan deze twee voorwaarden op hun afdeling wordt voldaan.

Belonen van abstinentie

Hoewel de meerderheid van de geënquêteerde medewerkers denkt dat het financieel belonen van abstinentie werkt, is ook een aanzienlijk deel niet overtuigd. Een van de argumenten die wordt ingebracht is dat met CM de motivatie om abtinent te zijn niet intrinsiek is, maar extrinsiek is gedreven. Anderen zien CM als "een opstapje" naar intrinsieke motivatie. Een medewerker van een FVK stelt dat "middelengebruik een complex geheel is waarin elke kleine verbetering die kan leiden tot afname welkom is." Een medewerker van diezelfde FVK denkt dat belonen van abstinentie tot onderlinge spanning kan leiden omdat het patiënten uitsluit die geen beloning krijgen. Een andere medewerker vindt CM te instrumenteel gericht op één soort gewenst gedrag. Liever ziet deze persoon een goede inzet beloond.

Soort beloning

Een materiele beloning voor het vertonen van gewenst gedrag is de kern van CM. In zijn meest zuivere vorm gaat het om een financiële beloning. Maar over een financiële beloning zijn de medewerkers verdeeld. Er lijkt iets meer draagvlak voor "leuke en nuttige spulletjes" als beloningsvorm. Hoe leuke en nuttige spulletjes passen in een oplopend beloningsschema (waar de meeste medewerkers een voorstander van zijn) is iets om uit te zoeken. Mogelijk kan worden gewerkt met vouchers die recht geven op een categorie spulletjes in een daartoe ingerichte vitrinekast zoals ook bij CRA wordt gedaan of 'iets lekkers' uit de kantine of uit de winkel.

Hoogte van de beloning

De uiteindelijke vorm en hoogte van de beloning is een afweging tussen belangen van effectiviteit en acceptatie (door medewerkers en samenleving) en haalbaarheid (financieel, praktisch). Om de uitvoeringspraktijk te ondersteunen met voorbeelden van mogelijke oplopende beloningsschema's, zijn door de onderzoekers zelf schema's opgesteld op basis van een looptijd van 13 weken. Deze zijn in onderstaande tabel 3 weergegeven. Van deze voorbeelden kan vanzelfsprekend worden afgeweken als daar aanleiding voor is, bijvoorbeeld als de doorlooptijd korter of langer is.

³⁴ FVK Basalt 19 medewerkers; FVK Piet Roorda Kliniek (Zutphen) 15 medewerkers; FPA Transfore 13 medewerkers; FPC Van Mesdag 12 medewerkers.

Tabel 3**Voorbeelden escalerend beloningsschema's o.b.v. 3 maanden.**

	Oplopend per schone UC				Oplopend per week	
	Beloning		Beloning		Beloning	
	bij 1 UC pw (euro)	Cumulatief (euro)	bij 2 UC's pw (euro)	Cumulatief (euro)	2 UC's per week (euro)	Cumulatief (euro)
Week 1	1	1	1 2	1 3	1 1	2
Week 2	2	3	3 4	6 10	2 2	6
Week 3	3	6	5 6	15 21	3 3	12
Week 4	4	10	7 8	28 36	4 4	20
Week 5	5	15	9 10	45 55	5 5	30
Week 6	6	21	11 12	66 78	6 6	42
Week 7	7	28	13 14	91 105	7 7	56
Week 8	8	36	15 16	120 136	8 8	72
Week 9	9	45	17 18	153 171	9 9	90
Week 10	10	55	19 20	190 210	10 10	110
Week 11	11	66	21 22	231 253	11 11	132
Week 12	12	78	23 24	276 300	12 12	156
Week 13	13	91	25 26	325 351	13 13	189

De voorbeeldschema's in tabel 3 geven een indruk van hoe een escalerend beloningsschema eruit kan zien gedurende een bepaalde periode. Er is bewust een keuze gemaakt voor een beloning in euro's omdat dit de helderste en zuiverste vorm van belonen is. Enkele afwegingen die kunnen worden gemaakt bij de keuze van het ene of het andere óf een aangepast beloningsschema zijn:

- Hoeveel beloningsmomenten doen zich per week voor?
- Staat de beloning in verhouding tot het gevraagde gedrag?
- Is de beloning interessant genoeg om het gevraagde gedrag te tonen?
- Is er draagvlak voor onder medewerkers?
- Is er voldoende projectbudget?

Acceptatie van CM

Er is niet een eenduidige conclusie te trekken uit de antwoordpatronen op de vragen naar acceptatie van CM (zie bijlage 3). Hoewel de balans neigt naar positieve attitude ten aanzien van materieel belonen van abstinente, lijken er ook twijfels en zijn enkelen negatief. Er zijn geen conclusies uit te trekken anders dan dat afdelingen, die wensen met CM aan de slag te gaan, een zorgvuldig implementatietraject aangaan en rekening houden met kritiek en nuance die medewerkers hebben op deze benadering.

5.1.5.3 Vragen die bij implementatie moeten worden beantwoord

Een belangrijke vraag die voor implementatie van CM moet worden beantwoord is wie in aanmerking komen voor CM. Dit moet voor patiënten en medewerkers helder en goed uit te leggen zijn. Hoewel in niet-FVK settings de prevalentie van middelengebruik vaak hoog is, is niet elk gebruik problematisch (d.w.z. delictgerelateerd). In een dergelijke setting kan er bijvoorbeeld voor

worden gekozen om alleen patiënten tot CM toe te laten, die deelnemen aan de behandelmodule verslaving. De vraag is ook of CM al kan worden aangeboden wanneer patiënten nog niet op verlov mogen. Wanneer er wel regelmatig drugs op de afdeling circuleren kan hiertoe worden besloten. Wanneer in de kliniek zelf niet of nauwelijks wordt gebruikt, moet een alternatief worden bedacht voor belonen van abstinentie. Een FVK besloot om in die fase deelname aan het dagprogramma te gaan belonen.

Een andere vraag is hoe lang het belonen in principe moet doorgaan, en hoe lang je doorgaat met testen bij iemand die telkens een positieve UC/blaastest inlevert. Dit zijn beslissingen die 'op maat' moeten worden genomen, afhankelijk van de context. Medewerkers en deelnemers moeten in ieder geval weten waar ze aan toe zijn.

Acceptatie

Het materieel en vooral financieel belonen van gewenst gedrag is niet onomstreden. De enquête onder medewerkers geeft geen inzicht in de achtergrond van bezwaren van sommige medewerkers tegen een financiële beloning: komt het bezwaar voort uit therapeutische of ethische overwegingen? De acceptatie onder patiënten maar ook medewerkers is iets dat proefondervindelijk moet uitgezocht. Veel hangt af van de uitleg of onderbouwing die kan worden gegeven bij de inclusiecriteria voor deelname aan de interventie.

De conclusie is dat er in de praktijk behoefte is aan het inzetten van CM als aanvullende behandelstrategie. Iedere instelling moet in de voorbereiding van toepassing van CM zelf keuzes maken over onder meer wie wel en wie niet in CM participeren. Maar ook over de aard van de beloning, en in hoeverre daarin maatwerk per patiënt moet worden geleverd. Om 'gedoe' te voorkomen is het aan te raden om een (vrij te besteden) geldelijke beloning te geven; die is het meest eenduidig en duidelijk. Er wordt een sterke bekrachtiger ingezet (geld) voor een precies geformuleerd en objectief vast te stellen doel (abstinentie). Bij de implementatie van CM moet rekening worden gehouden met het draagvlak onder medewerkers.

Adviezen

- Bereid de implementatie van interventies als CRA en CM goed voor. Betrokkenheid van medewerkers en 'geloof' in de werkzaamheid van de interventie zijn belangrijk voor het welslagen.
- Het uitwerken van CM als interventie vergt nogal wat detaillering. Neem vooraf de tijd om die details uit te werken, doe dat met een afspiegeling van het medewerkersbestand. Begin met een pilot en formuleer criteria om succes en falen van de interventie te kunnen vaststellen.
- Indien bij CM niet wordt gekozen voor abstinentie als doelgedrag is het aan te raden om doelgedrag te kiezen dat objectief is vast te stellen. Een "goede inzet", bijvoorbeeld, is nauwelijks objectief vast te stellen; deelname aan het dagprogramma wel.
- Houd bij CM zoveel mogelijk vast aan een gelijke behandeling van alle patiënten. Kies om dit te bereiken voor een geldelijke beloning (cash of voucher); die is het meest eenduidig en duidelijk. Er wordt een sterke bekrachtiger inzet (geld) voor een precies geformuleerd en objectief vast te stellen doel (abstinentie). Spreek eventueel af waar het geld wel en niet aan mag worden besteed.



5.2 Maatwerk in de praktijk

Als onderdeel van het project interviewden we zeven medewerkers van projectpartners rondom de vraag hoe zij in hun praktijk invulling geven aan de adviezen van Schel et al. (2017): maatwerk en belonen van abstinentie. Naast de aangekondigde en voorbereide interviews nemen we in de analyse ook de inhoud van drie gesprekken mee die zijn gevoerd met bij dit project (indirect) betrokken professionals.

Veel van de geïnterviewden met een behandel functie stelden zich voor met meerdere functies of rollen. Zo is een psychotherapeut ook zorgmanager en een psycholoog ook behandelcoördinator én psychotherapeut. Het onderscheid tussen functies en rollen is diffuus.

5.2.1 Maatwerk in de klinische praktijk

Het lijkt erop dat de forensische ggz twee gezichten heeft: een van regels, protocollen en structuur, het ander van meebewegen en maatwerk.

De bewegingsvrijheid om maatwerk (met betrekking tot middelengebruik) te leveren, wordt bepaald door de setting en de fase van behandeling. De informatie die we over maatwerk verzamelden, gaat over verschillende klinische settings (FVK, FPA, FPC) en over verschillende behandelfasen (in FPC: behandel- en resocialisatiefase). Op een enkele uitzondering na gaat het over klinische settings; dus settings waar mensen blijven slapen. Waar relevant verwijzen we naar de specifieke context.

Vooruitlopend op de volgende paragrafen kan worden gesteld dat maatwerk leveren in de klinische context uiterst complex is. Er zijn geen algemene adviezen te geven die maatwerk legitimeren. Een belangrijke overweging is dat maatwerk voor een individu het behandelklimaat op de afdeling kan aantasten. Zodra dat het geval is of dreigt, gaat het groepsbelang boven het individuele belang.

5.2.2 Verslaving en terugval

Er leeft bij alle professionals de op ervaring gestoelde overtuiging dat een terugval (of uitglijder) een kenmerk is van verslaving. Het beschouwen van middelengebruik als symptoom van een verslaving helpt bij het niet-moraliserend omgaan met een terugval. Een verslaving is na een periode van abstinentie niet verdwenen; de zucht naar middelen kan blijven, of op elk moment terugkomen. Terugval is onderdeel van het herstelproces. Dat betekent echter niet dat een terugval ook zonder consequenties is.

FVK

In de FVK staat de behandeling van het middelengebruik centraal. Een terugval, vooral tijdens onbegeleid verlof, komt regelmatig voor. Er bestaat binnen de Piet Roordakliniek en Basalt een protocol hoe met terugval wordt omgegaan. Daarbinnen is enige ruimte voor maatwerk, maar de grote lijn is dat bij de derde terugval de behandeling wordt beëindigd. Maatwerk bij een terugval bestaat eruit dat wordt meegewogen of iemand het spontaan meldt of probeert verborgen te houden en pas bij een positieve urinecontrole toegeeft. In het laatste geval wordt er strenger geoordeeld.

Gebruik buitenshuis zonder dat je daar eerlijk over bent, ja dan zitten we niet in de samenwerking. Dan maak je het onmogelijk voor ons om kijken en ervan te leren en er een goed moment van te maken waar je op kunt terugkijken en van leert zodat de kans in de toekomst om te gebruiken kleiner wordt.³⁵ (psychiater FVK)

Een andere factor die wordt meegewogen, is of iemand op tijd terugkomt van verlof. Als iemand zich later dan 24 uur dan de afgesproken tijd meldt, wordt de behandeling beëindigd. Dat betekent in veel gevallen dat iemand de rest van de straftijd teruggaat naar de PI. Overigens wordt niet slechts afgewacht en op de klok gekeken. Wanneer iemand te laat is, wordt er telefonisch contact gezocht om na te gaan wat er aan de hand is en geprobeerd iemand toch nog tijdig terug te krijgen. Bij een terugval is er vaak sprake van schaamte, waardoor de neiging om contact te zoeken met de kliniek klein is. De schaamte lokt ook weer (meer) gebruik uit.

In de FVK wordt het verlof bij een terugval sowieso twee weken stopgezet. Niet zelden is een terugval toch een ingrijpende ervaring waarvan moet worden hersteld (en geleerd). In de FVK is een terugval een belangrijk leermoment voor de patiënt en voor de groep waar de terugval wordt besproken.

FPC

In de resocialisatiefase van de FPC wordt bij terugval in middelengebruik ook met een functieanalyse gewerkt. Het lijkt erop dat, te midden van allerlei andere psychopathologie, de

³⁵ Het systematisch terugkijken op wat er precies is gebeurd bij een terugval en het uitpluizen van de aanleiding en dieperliggende oorzaak, wordt in de cognitieve gedragstherapie een functieanalyse genoemd.

omgang met terugval tijdens verlof minder geprotocolleerd is dan bij de FVK, waar terugval hoort bij de *core business*. De situatie is ook anders, de behandeling beëindigen in een FPC situatie is niet mogelijk. Wel kan de patiënt meer of minder worden beperkt. Het individuele oordeel van de behandelaar lijkt hierin sterk mee te wegen. Net als in de FVK is openheid over gebruik en herhaling ervan een wegingsfactor.

Als je merkt dat mensen er steeds over liegen of dat ze aan het handelen zijn, dan moet je gewoon strakkere maatregelen nemen. Wij proberen in de eerste instantie gewoon ondersteunend te zijn. De eerste afspraak gewoon weer opnieuw proberen, dan beperken we nog niet veel, maar ja als iemand ermee doorgaat dan kun je bijna niet anders.
(psycholoog FPC)

Het herstellen van een verslaving is vaak een lange weg. De behandeling in de (forensische) kliniek is vaak maar een klein stukje op de route. Het is een beschermde omgeving waarbij tijdens verlof wordt geëxperimenteerd met de uitdagingen en verleidingen van het dagelijks leven. Het is een ervaringsfeit dat het daar soms mis gaat. Het is geen vrijbrief, benadrukken de behandelaars. Verslaving is een ziekte maar je bent ook verantwoordelijk voor je ziekte. Een lastige paradox.

FPA

Bij terugval bij incidenteel verlof zijn behandelaren geneigd om rekening te houden met de voortgang in de behandeling en met de omstandigheden van de terugval. Aan hand daarvan beoordelen zij te adviseren de behandeling voort te zetten of niet. Maar omdat zij verplicht zijn een terugval te melden aan de directeur van de PI beslissen zij niet zelf over de casus. Het komt regelmatig voor dat zij hun inschatting dat het beter is de behandeling voort te zetten *overruled* zien door de beslissing van de PI.

Advies



Besef dat middelengebruik een symptoom kan zijn van verslaving. Dit biedt meer aanknopingspunten om maatwerk te leveren dan wanneer middelengebruik als een (foute) keuze wordt gezien. Middelengebruik zien als symptoom van een psychische aandoening of als een manier om pijn te vermijden of te verzachten, biedt ruimte om samen met de patiënt die pijn te onderzoeken en te leren er op een andere manier mee om te gaan.

Advies



Houd bij de beoordeling van gebruik tijdens verlof rekening met de vraag of iemand gebruik zelf heeft gemeld bij terugkomst of niet.

5.2.3 Zorg op maat, schipperen en pre-rehabilitatie

Als het gaat om maatwerk lijkt er in de FVK minder ruimte dan in de FPC en FPA. In de FVK ligt het vergrootglas op middelengebruik. In de FPC en FPA ligt het accent op andere psychopathologie en is middelengebruik meer een bijzaak. Een sociotherapeut verzuchtte tijdens een interview dat zij niet begrijpt waarom mensen met zulke ernstige middelenproblematiek op de FPA terecht komen. Kennelijk is andere problematiek 'voorliggend' zoals dat heet, en zijn zij daarom niet in een FVK geplaatst.

Een zorg op maat benadering, zoals toegepast in een FPA, lijkt sterk op wat Van Outsem (2019) geregisseerd gebruik noemt. De kern is dat met de patiënt precieze afspraken worden gemaakt over de voorwaarden waaronder de patiënt mag gebruiken. Voorwaarde is dat middelengebruik, of het middel in kwestie, niet is opgenomen in de bijzondere voorwaarden van het vonnis. Als de voorwaarden worden afgesproken, is het belangrijk dat deze in het behandelplan zo precies mogelijk worden geformuleerd. Hoe minder interpretatieruimte, hoe minder ruis er in de communicatie ontstaat. Als er niet concreet wordt geformuleerd, zal de patiënt die (mogelijk) benutten om die in zijn voordeel te interpreteren en dat geeft 'gedoe' en conflictstof tussen staf en patiënt. Dus niet: "mag 3x per week cannabis gebruiken", maar "mag op maandag, woensdag en zaterdag, tussen 14 en 16 uur, niet in de directe omgeving van de voorziening één joint roken." Ook moet worden gepreciseerd waar de cannabis wordt bewaard, dat er niet mag worden gedeeld of gedeeld of gebruikt met andere patiënten.

Goede afspraken maken is geen garantie voor een goede afloop. Het is voor veel patiënten in de forensische zorg moeilijk om zich aan de afspraken te houden, zeker waar het om middelengebruik gaat. Voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) is het moeilijk de consequenties van hun handelen te overzien.

Een 43-jarige man gebruikt al sinds zijn 12e jaar cannabis. Hij ziet het als een soort zelfmedicatie. Toen hij op de FPA kwam, is met hem een 'zorg op maat'-beleid afgesproken. Hij mocht twee keer per dag buiten roken, niet in de buurt van de voorziening en niet met andere mensen. Het ging een tijd lang goed tot hij er andere middelen bij ging gebruiken (coke, speed). Het ging tot drie keer toe mis waarna hij terugging naar de PI. Na zes weken kwam hij terug op de afdeling, maar met een strenger beleid: volledige abstinentie. Hij hield het 10 dagen vol en ging toen blowen. De consequentie van de terugval was dat behandeling helemaal en definitief stopte. Veel spanning, onmacht en onbegrip bij de patiënt: "Jullie pakken mijn medicijn af!" Hij werd in boeien afgevoerd. (sociotherapeut FPA)



Advies

Wanneer maatwerk met een patiënt wordt afgesproken, moeten de afspraken over het toegestane gebruik (waar, wanneer en hoeveel) zo precies mogelijk worden geformuleerd. Interpretatieruimte moet zoveel mogelijk worden vermeden.



Advies

Het is belangrijk om samen met de patiënt in te schatten welke consequenties het voor de patiënt heeft als blijkt dat de maatwerkafspraken niet worden nageleefd. Voorkomen moet worden dat 'falen' en de faalervaring leidt tot een achteruitgang in de behandeling. Dit geldt zowel voor het opgebouwde zelfvertrouwen als voor de eventuele consequentie dat iemand de behandeling moet staken en teruggaat naar de PI.



Advies

Directeuren van de PI doen er goed aan om bij een 'uitglijder' of terugval tijdens de klinische behandeling in nauw overleg met de behandelaren te bepalen of de patiënt terug moet naar de PI.

5.2.4 Bieden van maatwerk, per context

De mogelijkheid voor het bieden van maatwerk verschilt per context. In deze paragraaf bespreken we deze verschillende contexten.

FPC

Het is geen nieuws dat FPC's worstelen met incidenteel drugsgebruik in de kliniek (Ganpat, Soe-Agnie en Boon, 2007). Iemand die in de delictfase (de fase waarin nog geen sprake is van verlov) wordt betrapt, krijgt te maken met beperkingen (bijvoorbeeld geen arbeid, op de kamer blijven). In de pre-resocialisatie fase, waarin mensen wel met (onbegeleid) verlov kunnen, kan het verlov worden ingetrokken bij vastgesteld gebruik. Gebruiken op de afdeling blijft problematisch en kan ook leiden tot het intrekken van verlov. Interne, onafhankelijke, beveiliging voert los daarvan steekproefsgewijs kamercontroles uit.

Behandelaren weten vaak wel dat een aantal patiënten middelengebruik niet kan laten als ze met verlov zijn. Zij maken (uiteraard) een risicoafweging en proberen tot een werkbaar modus te komen en proberen, door het gebruik zo concreet mogelijk te bespreken zonder het gebruik aan te moedigen of goed te keuren, tot een veilig en werkbaar resocialisatieproces te komen. Het bredere functioneren van de patiënt weegt mee in de overweging het geconstateerde middelengebruik te sanctioneren. Het instrument 'functieanalyse' wordt vaak ingezet om het hoe en waarom van de terugval inzichtelijk te maken. Patiënten die op de afdeling drugs verhandelen of andere patiënten met gebruik 'besmetten' kunnen niet omgaan met de verantwoordelijkheid die met maatwerk gepaard gaat. Met hen wordt dan de maatwerkafpraak gemaakt dat zij niet meer mogen gebruiken.

In de FPC is verveling de vijand van kwaliteit van leven, vertelt een sociotherapeut. Het ongewisse toekomstperspectief - elke twee jaar kan de TBS worden verlengd - maakt het moeilijk 'ergens naartoe te werken'. In de behandelphase (zonder verlof) gaan de patiënten elke avond om negen uur "in verblijf": de deur van de kamer gaat dicht en gaat pas 's ochtends om acht uur weer open. Of, als er geen arbeid is, gaan de mensen ook "in verblijf". Bij velen slaat de verveling dan toe. De patiënten die blowen doen dat meestal 's avonds op hun kamer.

In de FPC kunnen patiënten die worden betrapt op middelengebruik niet 'terug naar de PI'. Door deze situatie moeten sociotherapeuten en behandelaren veel meer schipperen. De beveiliging houdt steekproefsgewijs kamercontroles met snuffelhonden, daar heeft de behandelstaf geen invloed op. Kamercontroles kunnen ook worden aangevraagd als iemand ervan wordt verdacht in drugs te handelen. Hetzelfde geldt voor UC's, die worden steekproefsgewijs afgenomen én wanneer er aanwijzingen zijn dat iemand 'sjoemelt'.

Maatwerk wordt pas mogelijk als iemand met verlof gaat en dat gebeurt vanaf de pre-resocialisatiefase. In de praktijk maken behandelaren onderscheid tussen mensen die wel eens terugvallen en mensen die structureel hun gebruik niet in de hand hebben. Dat wil zeggen mensen die dagelijks en soms ook meerdere keren op een dag gebruiken. Ondanks dat het niet hoeft te gaan om 'het' risicomiddel, maar om blowen, staat het gebruik resocialisatie in de weg, zoals doorstromen naar een transmurale voorziening of naar een voorziening voor beschermd wonen (BW).

... kijk, dat in de transmurale fase af en toe mensen terugvallen dat weten we nou wel. Dat rekenen we min of meer mee (...) kijk, het is echt niet zo dat mensen meteen teruggeplaatst worden als ze een keer gebruiken ofzo, maar het moet niet de spuigaten uitlopen. (behandelcoördinator FPC)

Het meest gebruikte illegale middel is cannabis (blowen). In veel gevallen is dat niet het risicomiddel voor delictgedrag. Toch mag het niet en vinden therapeuten het ook ongewenst, onder meer omdat gebruik van het ene middel de kans kan vergroten dat men een ander middel weer gaat gebruiken (een middel dat wel kan samenhangen met delictrecidive). Tegelijkertijd wordt er ook naar de persoon en omstandigheden gekeken. Als het blowen leidt tot verschuiving in dag- en nachtritme kan ook het delictrisico weer toenemen. Voor een patiënt met psychotische symptomen kan blowen wel een directe relatie hebben met het delict. En ook daar komt het voor dat een terugval in blowen niet direct leidt tot terugplaatsing, maar eerst tot bijvoorbeeld verhoging van de medicatie. Ruimte geven om te experimenteren met gebruiken is niet hetzelfde als expliciet toestemming geven. Het is meer de manier waarop met de geconstateerde feiten wordt omgegaan. Het gesprek erover aangaan, monitoren, openheid stimuleren en in contact blijven zijn therapeutische instrumenten die worden toegepast.

Dat bedoel ik ook als ik zeg van: het schipperen is een beetje meebewegen, een beetje duwen en trekken. (behandelcoördinator FPC)

Het betekent niet dat alles kan. Als iemand verslechtert, het contact begint te vermijden of begint te sjoemelen en draaien, worden de teugels weer aangehaald, voor de bescherming van de patiënt en de samenleving.

Samengevat kunnen we stellen dat behandelaren en sociotherapeuten in de context van een FPC schipperen tussen wat moet en wat kan, tussen wat wenselijk en haalbaar is. Abstinentie wordt weliswaar nagestreefd, maar duurzame abstinentie is voor veel patiënten nog een stap te vroeg. Vanuit een herstelperspectief kan het lonend zijn om eerst andere doelen na te streven dan (duurzame) abstinentie.



Advies

Beschouw de avondperiode "in verblijf" van de patiënt als privétijd, tenzij er aanwijzingen zijn dat dit de behandeling frustreert.



Advies

Zie het schipperen tussen wat (niet) mag en wat nodig is voor de voortgang van de behandeling niet als een zwaktebod maar een keuze voor het minste kwaad in een gegeven situatie. Haal de teugels aan als het moet en vier ze als het nodig is voor de voortgang in de behandeling. Dit is een professionele vaardigheid die hoort bij het werken en de forensische ggz.

FPA

De situatie in de FPA (Transfore) is anders dan in de FPC. Veel patiënten in de FPA zijn daar op grond van art. 43.3 pbw³⁶ (de gedetineerde heeft recht op sociale verzorging en hulpverlening). Als zij de bijzondere voorwaarden overtreden, die zijn gekoppeld aan hun veroordeling, dan kan de behandeling worden beëindigd en moet de patiënt weer terug naar de PI. Er is ruimte om maatwerk te leveren indien (het beoogde) middelengebruik niet is verboden in de bijzondere voorwaarden. De ervaringen met maatwerk zijn echter overwegend 'moeizaam'. Patiënten met wie afspraken zijn gemaakt, zijn niet altijd in staat deze afspraken te respecteren. De overtreding van de gemaakte afspraken hebben repercussies op het afdelingsklimaat. Andere patiënten, vooral de meest kwetsbaren, worden 'aangestoken'. Het leidt tot spanning, het verstoort de ingezette behandeling en leidt soms ook tot onveilige situaties. Dit vergt veel inspanning van de sociotherapeuten en draagt niet bij aan een veilig en positief behandelklimaat.

FVK

In de FVK (Basalt en Piet Roordakliniek van Tactus verslavingszorg) is maatwerk niet aan de orde, omdat de primaire reden om opgenomen te zijn in een FVK het middelengebruik is. Middelengebruik in huis leidt altijd tot beëindiging van de behandeling. Hierbij is ook de bescherming van de andere patiënten een argument. In de FVK is er alleen ruimte voor maatwerk in verlofsituaties. Alleen dan kan er rekening worden gehouden met een 'uitglijder' of 'terugval'. Het wordt aangegrepen om van te leren door een functieanalyse. Bij meerdere terugvallen of uitglijders eindigt alsnog de behandelrelatie. Vaak betekent dit dat iemand onvoldoende behandeld teruggaat naar de PI.

5.2.5 Veiligheid op de afdeling

Het leveren van maatwerk doet recht aan het individu en zijn situatie. Het ingewikkelde ervan is dat behandelaren in de kliniek te maken hebben met de dynamiek van een hele afdeling.

Dat maakt het ingewikkeld. Zelfs al zeg je tegen een patiënt, en dat doen we vaak, van: we hebben met jou andere afspraken gemaakt, kijken zij toch ook naar anderen. Ik denk dat ik dat zelf ook zou doen. (behandelcoördinator FPC)

Onrust op de afdeling als gevolg van maatwerk is misschien wel het grootste obstakel om maatwerk te leveren ten aanzien van middelengebruik. In de FVK is middelengebruik in de kliniek reden om direct de behandeling te stoppen. Gebruiken in huis leidt voor allen die proberen niet te gebruiken direct tot een onveilige behandelsetting. En hoewel er begrip voor is dat terugvallen een symptoom van verslaving is, neemt de behandelstaf de groep in bescherming en moet de persoon die heeft gebruikt vertrekken.

Bij terugkomst van verlof is er iets meer speelruimte. Gebruik tijdens verlof is weliswaar niet toegestaan, maar het hoeft niet direct te leiden tot het einde van de behandeling. Dat de ene persoon daarin anders wordt behandeld dan de andere is volgens een regiebehandelaar goed uit te leggen. Dat is nodig, want ook over dit soort situaties wordt op de afdeling gepraat.

Natuurlijk komen mensen verhaal halen, maar als ik zeg 'maar volgende week maak ik misschien voor jou ook die uitzondering', snappen ze dat meestal wel. (regiebehandelaar FVK)

³⁶ Penitentiaire beginselenwet.

Een terugval tijdens verlof is een gebeurtenis om van te leren, mits die bereidheid er is bij de patiënt. Bij niet gemelde terugval is dat anders dan bij een terugval die aan de behandelstaf wordt gemeld.

Als jij bijvoorbeeld buiten bent en je belt ons "ik heb een terugval gehad", dan gaan (...) we de functieanalyse [doen] (...) Hoe kunnen we dit gebruiken om te voorkomen dat het nog een keer gaat gebeuren? Dan is het niet van "Dan moet je weg" of "dan krijg je straf" of "dan worden je vrijheden ingetrokken". Dus terugval wordt niet gebruikt om te straffen maar om te leren. (psychiater FVK)

In de klinische setting is het samenleven in een groep onderdeel van de behandelstrategie. Samen koken, samen eten. De dagopening, sporten, groepstherapie, patiënten doen heel veel samen en leren ook van elkaar. Als iemand sjoemelt met middelen of medicatie werkt dat door in het groepsklimaat. Voor de behandeling is het een voorwaarde dat er een schone en veilige omgeving is. Geen verleidingen en zo min mogelijk onrust.

Het regiem is strak, de bejegening is warm. (zorgmanager FVK)

In de opvatting van de FVK is het onmogelijk om het klimaat veilig en gezond te houden als de regels niet helder zijn en goed worden gehandhaafd. Het is een voortdurende uitdaging dat klimaat ook zo te houden. Veel patiënten hebben (ook) een persoonlijkheidsstoornis, een laag IQ en vaak ook andere kwetsbaarheden waardoor het moeilijk voor ze is om in de pas te lopen. Ook eerlijkheid moet soms worden aangeleerd, omdat patiënten door verslaving verleerd kunnen zijn om eerlijk te zijn. Dat er gesjoemeld wordt, is dus niet helemaal te vermijden, maar het streven op de FVK is een schoon en veilig klimaat.



Advies

Houd bij de afweging wel of geen maatwerk te leveren rekening met de mogelijke invloed op het behandelklimaat. Wanneer dat wordt aangetast gaat een belangrijk element van de klinische behandeling verloren.

Het leveren van maatwerk ten aanzien van middelengebruik is vaak problematisch. Toch maken sommige behandelaren de keuze wel afspraken te maken over gebruik tijdens verlof. Zij doen dat omdat ze het noodzakelijk vinden voor de voortgang in de behandeling. Deze keuzes vergen een zorgvuldige afweging tussen individuele belangen, risico's voor de samenleving en vigerende regels en protocollen (Hörberg, 2018).

6. Conclusies en aanbevelingen

In deze achtergrondrapportage hebben we in de verschillende hoofdstukken aanbevelingen gedaan voor het omgaan met (problematisch) middelengebruik in de uitvoeringspraktijk van forensische klinieken. In hoofdstuk 3 beschreven we in algemene zin wat een hulpverlener kan doen voor de kwaliteit van leven van een patiënt met problematisch middelengebruik:

- Sluit aan bij het verhaal van de patiënt. Zie de persoon als geheel, niet alleen de stoornis.
- Geef ruimte en aandacht voor sterke kanten: weet wie hij/zij is en wat hem/haar drijft. Wat zijn iemands wensen, dromen, geschiedenis, talenten, sterke en zwakke punten?
- Versterk de eigen regie: gebruik de professionele kennis om de juiste vragen te stellen en opties aan te bieden.
- Erken en benut ervaringsdeskundigheid.

De adviezen van Schel et al. (2017) ten aanzien van middelengebruik zijn veel specifiek: beloon abstinentie en lever maatwerk. Op basis van wettelijke kaders, richtlijnen en praktijkkennis zijn we in deze achtergrondrapportage tot enkele conclusies en aanbevelingen gekomen ten aanzien van deze specifieke adviezen. De belangrijkste zetten we in dit hoofdstuk op een rij. In paragraaf 6.1 bespreken we het belonen van abstinentie. Het bieden van maatwerk volgt in paragraaf 6.2. Het hoofdstuk sluit af met een algemene beschouwing over toepassen van de adviezen in de praktijk.

6.1 Belonen van abstinentie

“Leg de nadruk op de beloning van abstinentie in plaats van op het bestraffen van drugsgebruik.” Dit is het eerste advies van Schel et al. (2017) over kwaliteit van leven en middelengebruik dat we in deze achtergrondrapportage hebben uitgewerkt. Hiervoor is naar zowel bestaande richtlijnen (6.1.1) als naar de praktijk (6.1.2) gekeken. De conclusies en adviezen vatten we in deze paragraaf samen.

Wettelijke kaders en richtlijnen gaan niet in op het belonen van abstinentie. Behandelaren zijn vrij om gewenst gedrag te belonen, immaterieel of materieel. In behandelrichtlijnen wordt wel ingegaan op het belonen van abstinentie (en ander gewenst gedrag).

6.1.1 Aanbevelingen vanuit de richtlijnen

Het belonen van abstinentie (in plaats van straffen van gebruik) en belonen van gedragsverandering zijn effectieve behandelstrategieën die worden aanbevolen in verschillende richtlijnen voor behandeling van verslaving. Er zijn twee interventies waarbij het belonen centraal staat: Community Reinforcement Approach (CRA) en Contingency Management (CM). Voor CM zijn de sterkste aanwijzingen dat deze aanvullende behandelstrategie effectief is in het terugdringen van middelengebruik. In Nederland is in de forensische setting deze behandeling nog nauwelijks toegepast. CRA is een aanpak die wel wordt toegepast in de forensisch zorg, maar niet direct is gericht op abstinentie als doelgedrag.

- Zet pilots op met CM en evalueer ze op haalbaarheid en effectiviteit.
- Zet CRA bij voorkeur in combinatie met CM in.
- ‘Leren is beter dan straffen’. Terugvalpreventie houdt rekening met middelengebruik tijdens verlof. Als gebruik niet kon worden voorkomen, dan is het zaak ervan te leren voor toekomstige verlofsituaties. Dit vraagt wel dat de patiënt bereid is om te leren diens gebruik te minderen of te stoppen, én het vraagt aandacht (en maatwerk) voor hoe er geleerd kan worden.
- Zet terugvalpreventie (en het maken van een terugvalpreventieplan) niet alleen in bij patiënten met een verslaving, maar bij *alle* patiënten bij wie middelengebruik direct of indirect is gerelateerd aan het delictgedrag. Het biedt de mogelijkheid om naast beheersmatig ook therapeutisch om te gaan met middelengebruik tijdens verlof.

6.1.2 Belonen: de praktijk

In de praktijk is nog weinig ervaring opgedaan met het materieel belonen van abstinentie. CRA wordt wel ingezet door twee deelnemende projectpartners. Echter, het lijkt sterk van de individuele medewerker af te hangen of en hoe systematisch dit gebeurt. De praktijk van CRA lijkt niet erg populair en is bij veel medewerkers weggezaakt. Bovendien wordt het niet of nauwelijks ingezet om

abstinentie te stimuleren. CM werd ten tijde van de ontwikkeling van deze achtergrondrapportage nergens toegepast.

Projectpartners vatten belonen breed op, niet alleen materieel. Er wordt erkend dat er over het algemeen veel aandacht is voor wat niet goed gaat. Patiënten worden vaak aangesproken op het overtreden van de regels (huisregels, wellevendheidsregels) en ongewenst gedrag. De cultuur van de forensische zorg is corrigerend.

Vanuit een gedragstherapeutisch oogpunt is het belangrijk mensen ook te bekrachtigen in wat goed gaat, inclusief abstinentie als dat relevant is. Hieronder volgt een opsomming van de belangrijkste aanbevelingen die naar voren zijn gekomen uit de praktijk van het belonen (zie ook paragraaf 5.1).

- Complimenteer niet routinematig maar alleen wanneer je het echt meent, op onverwachte momenten en/of bij mijlpalen.
- Markeer behaalde tussenstappen in de behandeling met kleine rituelen en/of kleine beloningen, zoals een (gezonde) versnapering.
- Tijdens verlof lopen patiënten het grootste risico op een 'uitglijder' of terugval. Bereid het verlof goed voor. Zie een verlof waarin iemand niet heeft gebruikt als een 'behaalde tussenstap'. Evalueer en bekrachtig wat er goed ging. Welke geleerde of spontaan bedachte of aangereikte anti-craving en/of anti-terugval technieken zijn met succes ingezet en hoe kan daar op worden voortgeborduurd?
- Bereid de implementatie van interventies als CRA en CM goed voor. Betrokkenheid van medewerkers en 'geloof' in de werkzaamheid van de interventie zijn belangrijk voor het welslagen, maar ook het voldoende trainen en daarmee gericht oefenen.
- Het uitwerken van CM als interventie vergt nogal wat detaillering. Neem de tijd om die details uit te werken, en betrek daarbij medewerkers uit het behandelteam en management. Begin met een pilot en formuleer criteria om succes en falen van de interventie te kunnen vaststellen.
- Kies in principe voor een financiële beloning (eventueel via vouchers) en maak afspraken waar het geld (niet) aan mag worden besteed. Verander de beloning als uit de evaluatie blijkt dat de effecten averechts zijn.

6.2 Bieden van maatwerk

"Pas de regels m.b.t. drugsgebruik zoveel mogelijk aan op de behoeften en de mogelijkheden van de patiënt", zo luidt het tweede advies dat we in deze achtergrondrapportage hebben uitgewerkt. Dit advies is het meest ingewikkeld om handen en voeten te geven in de forensische ggz. Maatwerk leveren of nalaten, beide leveren spanning op en het ziet er niet naar uit dat het spanningsveld met een paar rake adviezen kan worden opgelost. Het belangrijkste spanningsveld zit 'm in de context. De (klinische) forensisch ggz leent zich moeilijk voor maatwerk. Maatwerk voor het individu komt regelmatig in botsing met de belangen van de groep. De uitzondering voor de een leidt tot afgunst (of trek) bij de ander.

In 6.2.1 komen eerst de wettelijke kaders aan de orde; vervolgens bespreken we in 6.2.2 wat er uit de beschikbare richtlijnen kan worden geconcludeerd over het bieden van maatwerk. Tot slot gaan we in 6.2.3 in op wat de praktijk leert over het bieden van maatwerk. In elk van de subparagrafen zijn de aanbevelingen in *bullits* weergegeven.

6.2.1 Wettelijke kaders en het bieden van maatwerk

De wettelijke kaders en richtlijnen bieden weinig maar wel enige ruimte om maatwerk ten aanzien van middelengebruik te leveren. Veel van de speelruimte hangt af van de bijzondere voorwaarden die de rechter in het vonnis opneemt. Deze voorwaarden worden voorbereid in het reclasseringsadvies en de Pro Justitia rapportage en adviseren welke bijzondere voorwaarden zouden moeten worden opgenomen. Een voorbeeld van zo'n voorwaarde is dat iemand zich moet laten behandelen voor middelengebruik, of, dat iemand geen middelen mag gebruiken.

- De reclasseringsadviseurs en Pro Justitia rapporteurs moeten in hun adviezen rekening kunnen houden met de (gewenste) praktijk dat een uitglijder of terugval in middelengebruik een

belangrijk gedragstherapeutisch moment is om van te leren. Dat betekent dan dat de voorwaarde niet is dat er geen uitglijder of terugval mag zijn, maar dat de voorwaarde is dat de patiënt/cliënt zich zo goed mogelijk inzet om deze te leren voorkomen.

- In de huidige omstandigheden is maatwerk enigszins mogelijk; zoek daarom ruimte om patiënten te laten oefenen met gecontroleerd gebruik of met het gebruik van middelen met een gering delict risico.

6.2.2 Richtlijnen en het bieden van maatwerk

De Richtlijn Problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg (Lans et al., 2015) en het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg (EFP, 2018) bieden diverse gedragstherapeutische aanknopingspunten om maatwerk te leveren. Er zijn diverse instrumenten ontwikkeld om hulpverleners en patiënten te ondersteunen bij het voorkomen van middelengebruik tijdens verlov en instrumenten die ondersteunen om van 'uitglijders' en terugvalmomenten een leerzame ervaring te maken. Ook kunnen deze instrumenten behulpzaam zijn om met de patiënt gecontroleerd gebruik te evalueren.

- 'Leren is beter dan straffen'. Terugvalpreventie houdt rekening met middelengebruik tijdens verlov. Als gebruik niet kon worden voorkomen, dan is het zaak ervan te leren voor toekomstige verlofsituaties.
- Voor patiënten met een lichte verslaving ligt maatwerk meer in de rede dan voor patiënten met een matige tot ernstige verslaving. Deze laatste groep moet eerst leren om niet te gebruiken voordat zij kunnen beginnen aan geregisseerd/gecontroleerd gebruik of ander maatwerk in verlofsituaties. Dit geldt ook voor patiënten bij wie middelengebruik in het verleden niet frequent was, maar bij wie het bij incidenteel gebruik wel kan leiden tot ernstige grensoverschrijdingen, bijvoorbeeld geweld. Bij patiënten met een lichte verslaving is de kans op ongecontroleerd gebruik kleiner.

6.2.3 Bieden van maatwerk: de praktijk

Veel behandelaren (in diverse settings) noemen dat patiënten sjoemelen met middelengebruik, of met hun medicatie. Vaak verwijzen behandelaren naar de psychopathologie om het sjoemelen te verklaren, maar plausibel is dat ook (sub)culturele factoren een rol spelen (Goffman, 1961). Hoe het ook komt, vaak handelen patiënten op het grensgebied van wat wel en niet is toegestaan. Vaak interpreteren zij de regels in hun voordeel.

- Wanneer maatwerk met een patiënt wordt afgesproken, moeten de afspraken over het toegestane gebruik zo precies mogelijk worden geformuleerd. Interpretatieruimte moet zoveel mogelijk worden vermeden.

Ondanks afspraken die geen ruimte bieden voor eigen interpretatie lukt het niet of slechts met 'duwen en trekken' patiënten binnen de minimale marges van de gemaakte afspraken te houden. Daar tegenover staan ook positieve ervaringen van patiënten die wel respectvol en discreet met de afspraken omgaan. Zij lijken een minderheid.

- Het is belangrijk om samen met de patiënt in te schatten welke consequenties het voor de patiënt heeft als blijkt dat de maatwerkafspraken niet worden nageleefd. Voorkomen moet worden dat 'falen' en de faalervaring leidt tot een achteruitgang in de behandeling. Dit geldt zowel voor het opgebouwde zelfvertrouwen maar ook voor de eventuele consequentie dat iemand de behandeling moet staken en teruggaat naar de PI.
- Directeuren van de PI doen er goed aan om bij een 'uitglijder' of terugval tijdens de klinische behandeling in nauw overleg met de behandelaren te bepalen of de patiënt terug moet naar de PI. De afweging is dat bij terugkomst in de PI de klinische behandeling eindigt en de patiënt niet (meer) kan leren van de terugval (momenten). Bovendien doet de patiënt een faalervaring op en zal de straf (terug naar PI) niet worden ervaren als een aanmoediging voortaan niet meer terug te vallen.
- Maatwerk ten aanzien van drugsgebruik binnen de muren van een klinische setting (FVK, FPA, FPC) is onwenselijk. Het leidt tot een onveilig behandelklimaat waarin andere patiënten kunnen worden meegezogen. Ook de staf is in dergelijke onveilige situaties meer bezig met 'brandjes blussen' dan behandeling.

- Zorg op maat of maatwerk heeft de meeste kans in verlofsituaties, met dien verstande, dat het verlov niet dagelijks is.

7. Discussie

In dit hoofdstuk reflecteren we op de ontwikkeling van de handreiking en de vraagstukken die daarbij aan de orde zijn gekomen.

Middelengebruik urgenter dan kwaliteit van leven

De handreiking gaat over kwaliteit van leven en middelengebruik. Echter, het accent ligt op de omgang met middelengebruik en minder op kwaliteit van leven. Middelengebruik blijkt in de klinische forensische zorg een pregnanter onderwerp dan kwaliteit van leven. Het lijkt wel alsof het met de kwaliteit van leven vanzelf beter gaat als het spanningsveld rondom middelengebruik is verlicht. Niet voor niets zijn de aanbevelingen 'maatwerk' en 'belonen' van Schel et al. (2017) gericht op middelengebruik zelf zonder de koppeling met kwaliteit van leven verder in te vullen.

Middelengebruik breed agenderen

De handreiking is zowel descriptief als prescriptief, dat wil zeggen dat we gezocht hebben naar mogelijkheden om de aanbevelingen 'maatwerk' en 'belonen' in te vullen, rekening houdend met de wet, de richtlijnen en de praktijk. Dat hebben we beschreven. De aanbevelingen zijn de weergave van praktijk die de moeite waard is om na te volgen. De precieze invulling ervan hangt sterk af van de precieze context: beveiligingsniveau, doelgroep en samenstelling van het team. Een instelling, afdeling of team moet de ambitie hebben om een adequate omgang met middelengebruik prominent op de agenda te zetten. In de FVK's gebeurt dit al, uiteraard, het is inherent aan hun behandelfocus. Waar het om gaat is dat middelengebruik niet alleen wordt 'geparkeerd' in bijvoorbeeld een trainingsmodule maar breder wordt geagendeerd. Elke medewerker in de klinische forensische zorg zou over minimale 'skills' moeten beschikken om over middelengebruik adequaat met patiënten te bespreken. De handreiking en toolbox ontwikkeld in het KFZ project 2017-52³⁷ kunnen hierin een rol spelen. Middelengebruik, of het verlangen om middelen te gebruiken, sijpelt door naar alle hoeken van de klinische forensische zorg. Ook patiënten die geen middelen gebruiken krijgen er zijdelings mee te maken doordat het vaak negatieve energie opslokt van medewerkers en 'het systeem'. Middelengebruik (en verslaving), en niet alleen de uitbanning ervan maar juist ook de kenniskant en 'hoe gaan we hier goed mee om?', verdient daarom aandacht in de volle breedte van de forensische klinische zorg.

Werkdruk

Een van de ervaringen gedurende de 'making of' van de handreiking is dat er grote druk staat op medewerkers van de klinische forensische zorg. Enerzijds is er de druk dat er niets mis mag gaan, niets wat de krant kan halen. Ondanks dat het terecht is dat de bescherming van de samenleving centraal staat, is dit geen veilige context om te kunnen experimenteren met een andere benadering van middelengebruik. In een omgeving die leren stimuleert, is het mogen maken van fouten juist een voorwaarde. Dat geldt zowel voor de patiënten als voor de medewerkers. De druk om geen fouten te maken staat ook in verband met de ervaren tijdsdruk. De beschikbaarheid van medewerkers om samen aan de handreiking te werken was beperkt. Ontmoeting, uitwisseling en reflectie als middelen om tot collectieve en gedragen kennis te komen werd belemmerd doordat mensen zich niet konden vrijmaken van het primaire proces. Reflectie en ontwikkeltijd is een noodzakelijke voorwaarde om tot een verbeterde omgang met middelengebruik in de klinische forensische zorg te komen. Bestuurders en managers hebben een taak om de voorwaarden te scheppen waarin dit mogelijk is.

Klinisch en ambulantly

De handreiking stelt de klinische setting centraal. Het blijkt dat de marges voor maatwerk in deze setting smal zijn. Het reflecteren op de praktijk van middelengebruik in de ambulante setting,

³⁷ <https://kfz.nl/projecten/call-2017-52>

inclusief beschermd wonen, lijkt een logische vervolgstap. Doordat de patiënten in de ambulante setting veel meer vrijheid hebben, speelt middelengebruik daar ook een prominentere rol. Dat geldt ook voor beschermd wonen, waar patiënten dagelijks verlofuren hebben. Het is belangrijk om ook in deze setting het gesprek aan te gaan en uit de ervaringen van medewerkers en instellingen werkzame praktijken te destilleren en te delen.

Kennis en de community

Hoe komen professionals tot kennis? Hoe vertaalt kennis zich in praktisch handelen? En hoe kunnen we praktisch handelen vertalen in deelbare en gedeelde kennis? Is het delen van kennis via lijvige documenten als deze doeltreffend? De ervaring in 'making of' van de handreiking is dat juist in de uitwisseling tussen professionals van verschillende instellingen, verrijkt met de expertise rondom één onderwerp (zie 2.2) kennis naar boven komt die de deelnemers afzonderlijk niet hadden kunnen produceren. De kennis en ervaring die deelnemers uitwisselden is niet droog of theoretisch maar belichaamd (embodied) en daardoor rijker dan in een gespreksverslag of handreiking is te vatten. Dergelijke *communities of practice* worden in allerlei domeinen georganiseerd waar zich *wicked problems* voor doen. De waarde van de gegenereerde kennis valt eerst en vooral de deelnemers toe en indirect hun professionele praktijk. In verdunde vorm komt deze kennis ook terecht in deze achtergrondrapportage en de handreiking. De lezer moet deze kennis weer terugvertalen naar de eigen praktijk. *Communities of practice* (regionaal) zijn een manier om goede praktijken boven tafel te krijgen en door spiegeling aan andere praktijken kan kennis worden verdiept en verrijkt. Het is daarbij aanbevolen om ervoor te zorgen dat de *communities of practice* interdisciplinair en multi-level van opzet zijn, en bij voorkeur aangevuld met een ervaringsdeskundige om het cliënten perspectief niet uit het oog te verliezen. Aansprekende en verhalende verslagen van deze uitwisseling kunnen vervolgens helpen deze kennis breder te verspreiden.

Contingency management, first steps

Contingency Management (CM) is nog geen praktijk in de klinische forensische setting. Niettemin is het belangrijk dat hier praktijkervaring mee wordt opgedaan. Nu lijkt koudwatervrees het grootste obstakel, terwijl het belangrijk is het gesprek over CM te voeren op basis van ervaring en niet op basis van veronderstellingen. Wie durft? De praktijktoetsen die wij voor de handreiking hebben uitgevoerd hadden een tweeledig doel. Ten eerste wilden wij (inclusief de projectpartners) informatie ophalen over het draagvlak en ideeën die leefden onder medewerkers van de klinieken. Tegelijkertijd zonden de projectpartners hiermee nadrukkelijk het signaal uit dat er serieus wordt nagedacht over de implementatie van CM. Het doen van een praktijktoets is daarmee onderdeel van het implementatieproces. Die zorgvuldige weg is nodig omdat het (materieel) belonen van gewenst gedrag niet onomstreden is. Het roept ethische vragen op. Het peilen van het draagvlak levert ook informatie op over de gevoeligheden waarmee rekening kan worden gehouden bij het ontwerpen van het interventieprotocol. Merckx et al. (2015) wijzen erop dat het belangrijk is dat CM niet het speeltje is van enkelen maar wordt uitgevoerd door een groot deel van de medewerkers. Het is dan ook aan te raden om het interventieprotocol te laten ontwerpen door een breed samengestelde interne werkgroep. Het CM interventieprotocol moet eenduidig zijn en daarom gedetailleerd uitgewerkt. Desondanks (of: juist daarom) is het niet aan te raden om vanaf een blauwdruk te werken. Het proces om de interventie op maat van de context te ontwerpen is niet alleen belangrijk voor de technische uitvoering maar ook voor het ontwikkelen van draagvlak voor het principe en betrokkenheid bij de feitelijke uitvoering. Bovendien, is het verstandig om CM op te zetten als een pilot, met de intentie om die te laten volgen door een "verbeterde pilot", zodat medewerkers en patiënten kunnen wennen aan idee en uitvoering. Tijd en stapsgewijze ontwikkeling is nodig omdat CM een beloningssysteem is in een context waarin corrigeren, bijsturen en straffen diep geworteld is.

Referenties

- Ainscough, T.S., McNeill, A., Strang, J., Calder, R. & Brose, L.S. (2017) Contingency Management interventions for non-prescribed drug use during treatment for opiate addiction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 178: 318-339. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.028>.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness; The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4):11-23.
- Barendregt, C., Wits, E. & De Haan, H. (2021) *Kwaliteit van leven en middelengebruik. Handreiking voor het toepassen van maatwerk en belonen in de klinische forensische zorg*. Utrecht: KFZ.
- Bierbooms, J., Barendregt, C., Martinelli, T., Lorenz, K., Dijkslag, D. & Van Bokkem, S. (2017). *Ervaringsdeskundigheid in de forensische GGz. Een overzicht uit de literatuur en praktijk*. Utrecht: KFZ.
- Bulten, E. & Groeneweg J. (2013). Over behandeling, beleid en belangenstrijd in de forensische psychiatrie. *Justitiële verkenningen*, 39(4):37-50.
- Clerkx, M., & Trentelman, T. (2007). Van Kei en Eik. Over de behandeling van verslaving bij volwassen mensen met een lichte verstandelijke handicap, 105-112). In: R. Didden & X. Moonen (red.), *Met het oog op behandeling: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Dolder: LKLVG/De Borg
- De Vogel, V., Monnee- van Doormalen, J., Kleijer-Kool, L. & Van Asch, R. (2020) *Moet terugval altijd worden bestraft?* Utrecht: Kenniscentrum sociale innovatie. Hogeschool Utrecht.
- Dijkstra, A.G., De Fuentes Merillas, L., Blaauw, E. & Roozen, H. (2012). De community reinforcement approach (CRA). In: Blaauw, E., & Roozen, H.. *Handboek Forensische verslavingszorg* (pp 243-258). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Drennan, G. & Wooldridge, J. with Aiyegbusi, A., Alred, D., Ayres, J., Barker, R., Carr, S., Euson, S., Lomas, H., Moore, E., Stanton, D., & Shepherd, G. (2014). *Making Recovery a Reality in Forensic Settings*. [ImROC briefing paper 10]. London: Centre for Mental Health/Mental Health Network/NHS Confederation.
- Edwards, R., Guy, R., Bartholomew, M. & Buckland, R. (2011) Reflecting on the Delivery of a Structured Alcohol and Drug Group in a Medium-secure Forensic Unit. *Advances in Dual Diagnosis* 4(4):180-89.
- EFP (2018). *Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg*. Landelijk zorgprogramma voor cliënten met problematisch middelengebruik en (een risico op) delictgedrag (Versie 1.1, februari 2018). Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- EFP (2019) *Basis Zorgprogramma. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten* (Versie 4.1. december 2019) Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Emmelkamp P.M.G., Merckx, M. & Defuentes-Merillas, L. (2015). Contingency Management. *Gedragstherapie*, 48(2): 153-170.
- Ganpat, S., Soe-Agnie, S. & Boon, B. (2007). *Beleid op middelengebruik in forensisch psychiatrische instellingen*. Rotterdam: IVO.
- Glimmerveen, J.C., Brazil, I.A., Bulten, B.H. & Maes, J.H.R. (2018) Uncovering Naturalistic Rewards and Their Subjective Value in Forensic Psychiatric Patients. *International Journal of Forensic Mental Health* 17(2):154-66.

Haan, E. (2013). 'De herstel special'. *De route naar herstelondersteunende zorg: wat werk en wat niet*. Amersfoort: GGZ Nederland i.s.m. SWBU.

Halpern, S.D., Madison, K.M., & Volpp, K.G. (2009). Patients as mercenaries?: the ethics of using financial incentives in the war on unhealthy behaviors. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 2(5): 514–516. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.109.871855.

Hendriks, V., Blanken, P., Croes, E., Schippers, G., Schellekens, A., Stollenga, M. & Van den Brink, W. (2018). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines*. <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines/preview>.

Hörberg, U. (2018) 'The art of understanding in forensic psychiatric care'- From a caring science perspective based on a lifeworld approach. *Issues in mental health nursing*. Vol.: 39 (9): 802-809.

Kalman, D., Kim, S., DiGirolamo, G., Smelson, D. & Ziedonis, D. (2010). Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: the case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. *Clin Psychol Rev.*, 30(1):12-24.

Kersten, T. & Verwaaien, S. (2012). Verslavingszorg in de tbs-kliniek. In: *Blaauw, E., & Roozen, H. Handboek Forensische verslavingszorg* (pp 164-183). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lans, M., Raaijmakers, L. & Wits, E. (2015). *Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg*. Utrecht/Rotterdam: Victas/IVO.

Mann, B., Matias, E., & Allen, J. (2014). Recovery in forensic services: facing the challenge. *Advances in psychiatric treatment*, 20(2): 125–131. doi: 10.1192/apt.bp.113.011403.

Merckx, M.J.M., DeFuentes-Merillas, L., Koeter, M.W.J. & Schippers, G.M. (2015). *Bruikbaarheid en toepasbaarheid van Contingency Management gecombineerd met Cognitieve Gedragstherapie voor middelengebruik in de ambulante forensische (verslavings)zorg*. Utrecht: KFZ. <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/c3fe5633-659c-46d0-b624-70920d1cd024/projecten/call-2013-1-eindrapportage-nov-2015.pdf>.

Meyers, R.J., Roozen, H.G. & Smith, J.E. (2011). The community reinforcement approach. An update of the evidence. *Alcohol Res Health* 33(4): 380-388

Ministerie JenV (2018). *Handboek forensische zorg, 4^e editie*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen.

Pomp, E. (2009). *Het Good Lives Model. Een literatuurstudie*. Utrecht: EFP <https://efp.nl/publicaties/het-good-lives-model-een-literatuurstudie>.

Preston, K.L., Umbricht, A, Wong, C.J. & Epstein, D.H. (2001) Shaping cocaine abstinence by successive approximation. *J Consult Clin Psychol* 69(4):643-54. doi: 10.1037//0022-006x.69.4.643.

Ramaekers J.G., Verkes R.J., van Amsterdam J.G.C., Van de Brink W., Goudriaan A.E., Kuypers K.P.C., Arends R & Schellekens, A.F.A. (2016). *Middelengebruik en geweld. Een literatuurstudie naar de relatie tussen alcohol, drugs en geweld*. Maastricht, Amsterdam, Nijmegen: Universiteit van Maastricht, AMC-Psychiatrie, Radboud UMC.

Robertson, P., Barnao, M. & Ward, T. (2011). Rehabilitation frameworks in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6): 472–484. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.03.003>.

Roozen H, de Waart R & van der Kroft P (2010). Community reinforcement and Family Training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105(10): 1729-1738. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x.

Schel, S. H. H., Bouman, Y. H. A., Vorstenbosch, E.C.W., & Bulten, B. H. (2017). Development of the forensic inpatient quality of life questionnaire: short version (FQL-SV) *Quality of Life Research* 26(5) 1153-1161. doi 10.1007/s11136-016-1461-9.

Schel, S.H.H., Bouman, Y.H.A., Schaftenaar, P., Smeekens, M.V., Smeijer, D. & Bulten B.H. (2017). *Relevante factoren voor kwaliteit van leven voor (ex) forensisch psychiatrische patiënten. Aanbevelingen en handvatten voor het verbeteren van de objectieve en subjectieve kwaliteit van leven van forensisch psychiatrische patiënten.* Utrecht: KFZ.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action.* New York: Basis Books

Simpson, A.I.F, Penny, S.R. (2011). The recovery paradigm in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5): 299–306. doi: 10.1002/cbm.823.

Tervoort, M.G.A., & Leuw, E. (2007). *Criminaliteit, gestoordheid en forensisch psychiatrische interventies.* Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.

Van der Stel, J., & Buisman, W. (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen.* Den Haag: Boom/Lemma Uitgevers.

Van Gestel-Timmermans, H., Place, C., Van Vught, M., Van Rooijen, S. & Van Nieuwenhuizen, C. (2015). *Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: een overzicht van de wetenschappelijke evidentie.* Utrecht: KFZ.

Van Outsem, R (2019). Geregisseerd gebruik: Praktische handvatten voor gecontroleerd gebruik bij verslaafden bij wie (duurzame) abstinentie geen reëel doel meer is. *Proces* (98)1.

Van Vliet, A., Bouman, Y.H.A., Bouwmeester, J., Braun, P.C., Hanegraaf, L.A.T.W., Van der Heijden, B., Visser, J. & Bulten, B.H. (2021). *Kwaliteit van Leven. Handreiking voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van forensisch psychiatrische patiënten in klinische settingen.* Utrecht: KFZ. (in druk)

Walravens, T. (2015). *Herstelgerichte ondersteuning binnen Forensische & justitiële zorg. Ontwikkelen en implementeren van herstelgerichte detentie & Herstel Ondersteunden Zorg.* Eindhoven: De Woenselse Poort/GGzE.

Ward, T. & Brown, M. (2004). "The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation." *Psychology, Crime & Law*, 10 (4): 243-257. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662744>.

Ward, T. & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk assessment paradigm.* London, UK: Routledge.

Willis, G.M., Yates, P.M., Gannon, T.A. & Ward, T. (2013). How to Integrate the Good Lives Model Into Treatment Programs for Sexual Offending: An Introduction and Overview. *Sexual Abuse*, 25 (2): 123—142. <https://doi.org/10.1177/1079063212452618>.

Bijlage 1 Factsheet Contingency Management

Contingency management in de klinische forensische GGZ

Introductie

In 2017 publiceerden Sandra Schel en collega's het rapport 'Relevante factoren voor de kwaliteit van leven in de forensische GGZ'. Van de 35 aanbevelingen die de kwaliteit van leven kunnen verbeteren gaan er twee over middelengebruik: 1. Probeer abstinentie zoveel mogelijk te belonen in plaats van gebruik te straffen, en 2. Pas de regels met betrekking tot drugsgebruik zoveel mogelijk aan op de behoefte en mogelijkheden van de patiënt. In een door KFZ gefinancierd project³⁸ hebben we met enkele projectpartners gekeken hoe we vorm kunnen geven aan deze twee adviezen. Contingency Management is een methode om abstinentie te belonen. In deze factsheet lichten we dit toe.

Wat is Contingency Management?

Contingency Management (CM) is een gedragstherapeutische methodiek gericht op het systematisch bekrachtigen (belonen) van vooraf vastgelegd doelgedrag. Het laten volgen van een beloning op gedrag zorgt voor een toename van dat bepaalde gedrag. CM is een effectieve behandeling voor een stoornis in middelengebruik. In deze factsheet gaat het allereerst om het belonen van abstinentie (drugsvrij zijn).

Kenmerkend voor de behandeling van een stoornis in middelengebruik is dat patiënten vaak terugvallen in hun gebruik en stoppen met hun behandeling. Ongeveer de helft van de patiënten die ambulante behandeld worden met cognitieve gedragstherapie lukt het om het middelengebruik ook echt te verminderen. CM is er juist ook voor die patiënten bij wie de cognitieve gedragstherapeutische behandeling niet goed werkt. CM is een effectieve interventie voor het verminderen van middelengebruik als stand alone behandeling of als toevoeging aan een andere behandeling (Emmelkamp, Merckx & DeFuentes-Merillas, 2015).

CM is gebaseerd op de principes van operante conditionering. Het toevoegen van een beloning (positieve bekrachtiging) aan vooraf vastgelegd gewenst gedrag (doelgedrag) is het centrale element van CM.

Hoe werkt CM?

In samenwerking met de cliënt wordt er een behandeldoel opgesteld. Het behalen van een behandeldoel wordt bekrachtigd door tastbare beloningen, bijvoorbeeld door het verstrekken van vouchers (tegoedbonnen) of geld. Het behandeldoel wordt meestal stapsgewijs bereikt, door deze op te splitsen in deelaspecten. Bij een behandeling in de forensische zorg kan dat bijvoorbeeld in eerste instantie het belonen van therapietrouw zijn of het belonen van op tijd komen, en daarna het bekrachtigen van de afname van of het stoppen met middelengebruik (Emmelkamp et al., 2015).

De werkzaamheid van CM gaat niet alleen om positieve bekrachtiging op zich, maar om de contingente aanbieding hiervan. Dat wil zeggen dat het gewenste gedrag alleen toe zal nemen als de beloning direct gekoppeld is aan het tonen van het doelgedrag. Het is daarnaast belangrijk dat de waarde van de beloning toeneemt naarmate het doelgedrag voortduurt, en dat de cliënt een

³⁸ KFZ call 2018-92, Kwaliteit van leven en middelengebruik in de forensische zorg
<https://kfz.nl/projecten/kwaliteit-van-leven-en-middelengebruik-in-de-forensische-zorg-call-2018-92>

initiële beloning ervaart bijvoorbeeld op het moment dat de behandelingsovereenkomst wordt gesloten (priming-effect).

Is CM effectief in de forensische zorg?

CM is een bewezen effectieve behandeling om het middelengebruik van patiënten te verminderen (Emmelkamp et al., 2015). Onderzoek naar de werkzaamheid van CM in de forensische setting is beperkt. De combinatie van CM met cognitieve gedragstherapie in de forensische zorg blijkt effectief (Bahr et al., 2012). In een onderzoek onder jongvolwassenen met marihuana-afhankelijkheid blijkt dat CM de mate van therapietrouw en abstinentie versterkt wanneer gecombineerd met andere behandelmethoden, zoals cognitieve gedragstherapie en individuele drugscounseling (Caroll et al., 2006). Ervaring met CM in Nederland leert onder andere dat het belangrijk is dat het hele team bij CM wordt betrokken, dat de acceptatie van CM wordt vergroot als de teams ervaring hebben met gedragstherapie en als CM goed wordt georganiseerd en ondersteund door het management (Merx et al., 2015).

Kortom, het toepassen van CM als behandelmethode in de forensische zorg blijkt mogelijk en effectief als aanvullende behandeling.

Kenmerken van een goede uitvoering

We weten uit onderzoek en uit de praktijk dat CM alleen werkt als het gestructureerd en consequent wordt ingezet, en als de beloning direct gekoppeld is aan het doelgedrag. CM is geen oneindig traject, het is een interventie die gedurende een vooraf bepaalde periode wordt ingezet.

Om CM goed te laten werken, moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan:

1. Het doelgedrag moet helder en duidelijk zijn voor alle betrokkenen, zodat er geen discussie kan ontstaan over het wel of niet behalen van doelgedrag.
2. Er moet objectief bijgehouden worden of en hoe het bereiken van het doelgedrag lukt of niet.
3. Op het moment dat de patiënt het gewenste gedrag laat zien, wordt dit gedrag direct positief beloond door het verstrekken van tastbare beloningen en positieve bekrachtiging door de hulpverlener.
4. Het belonen wordt uitgevoerd volgens een vastgesteld bekrachtigingssysteem (steeds dezelfde beloning of beloning oplopend in waarde).
5. Op het moment dat de patiënt het doelgedrag niet laat zien, wordt de patiënt de beloning niet gegeven. De hulpverlener reageert hier dan neutraal op.

Belonen

Het direct belonen van gewenst (gezond) gedrag is de kern van CM. Maar precies dit belonen zou ook kunnen stuiten op weerstand, bijvoorbeeld bij andere patiënten waarbij belonen niet als behandelstrategie wordt ingezet, bij personeel dat eigenlijk vindt dat mensen intrinsiek gemotiveerd moeten zijn of bij de samenleving die vindt dat 'je criminelen niet moet belonen voor normaal gedrag'. Deze, en andere, bezwaren zijn effectief ontzenuwd (Halpern, Madison & Volpp, 2009), maar zullen toch een rol spelen bij de acceptatie en implementatie van CM. Het belangrijkste argument vóór CM is dat het werkt en dat het onethisch is mensen een bewezen effectieve behandeling te onthouden (DeFuentes-Merillas, 2009).

Adviezen

In de klinische forensische setting is in Nederland nog geen ervaring met CM. Dat is jammer omdat praktijkervaring nodig is om gefundeerde uitspraken te kunnen doen over haalbaarheid en effectiviteit.

- Zet pilots op met CM en evalueer ze op haalbaarheid en effectiviteit.
- Zet CM bij voorkeur in, in combinatie met Community Reinforcement Approach (CRA).
- Bereid de implementatie van CM zorgvuldig voor. Betrokkenheid van medewerkers en 'geloof' in de werkzaamheid van de interventie zijn belangrijk voor het welslagen.

- Betrek meerdere medewerkers bij de opzet en uitvoering van CM teneinde het draagvlak voor de methodiek te optimaliseren.

Literatuur

Bahr, S.J., Masters, A.L., & Taylor, B.M. (2012). What works in substance abuse treatment programs for offenders? *The Prison Journal*, 92 (2), 155-174.

Carroll, K.M., Easton, C.J., Nich, C., Hunkele, K.A., Neavins, T.M., Sinha, R., Ford, H.L., Rounsaville, B.J. (2006). The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 955-66.

DeFuentes-Merillas, L. (2009). Belonen is effectief: is het ethisch het dan niet toe te passen? *PsychoPraktijk*, 1(2), 25-28.

Emmelkamp, P., Merckx, M., DeFuentes-Merillas, L.. (2015). Contingency Management. *Gedragstherapie*, 48 (2).

Halpern, S.D., Madison, K.M., & Volpp, K.G. (2009). Patients as mercenaries?: the ethics of using financial incentives in the war on unhealthy behaviors. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 2(5), 514–516. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.109.871855

Merckx, M.J.M., DeFuentes-Merillas, L., Koeter, M.W.J., & Schippers, G.M. (2015). *Bruikbaarheid en toepasbaarheid van Contingency Management gecombineerd met een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor middelengebruik in de reguliere ambulante forensische zorg*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.

Bijlage 2 Factsheet Maatwerk

Maatwerk voor middelengebruik in de klinische forensische GGZ

Tussen sjoemelen en schipperen

Introductie

In 2017 publiceerden Sandra Schel en collega's het rapport 'Relevante factoren voor de kwaliteit van leven in de forensische GGZ'. Van de 35 aanbevelingen die de kwaliteit van leven kunnen verbeteren gaan er twee over middelengebruik: 1. Probeer abstinentie zoveel mogelijk te belonen in plaats van gebruik te straffen, en 2. Pas de regels met betrekking tot drugsgebruik zoveel mogelijk aan op de behoefte en mogelijkheden van de patiënt. Maatwerk dus. In een door KFZ gefinancierd project³⁹ hebben we met enkele projectpartners gekeken hoe we vorm kunnen geven aan het advies maatwerk ten aanzien van middelengebruik. We kijken naar maatwerk in de drie klinische settings van de FPC, FPA en FVK die aan het project meededen.

Klinische settings

Onderscheidend in de FPC is dat patiënten niet kunnen worden weggestuurd als ze zich niet aan regels houden. Wat wel kan is dat hen beperkingen worden opgelegd, zoals verplicht op de kamer blijven, geen arbeid en geen verlof. Verlof, overigens, is alleen aan de orde in de 'pre-resocialisatiefase,' in de 'delictfase', die twee jaar kan duren, is er geen verlof. Bij veel patiënten is middelengebruik zowel voor opname als tijdens opname in de FPC aan de orde. Soms is er een directe relatie met het delict, vaak ook niet, of alleen indirect. Casuïstiek laat zien dat middelengebruik de voortgang van de behandeling kan hinderen. Als patiënten geen schone urine kunnen produceren, kan niet worden doorgestroomd naar een volgende fase met meer vrijheden. Ook voor de overgang naar beschermd wonen moeten patiënten kunnen aantonen geen drugs te gebruiken. Het aantal instellingen voor beschermd wonen dat middelengebruik van een patiënt uit de FPC accepteert is uiterst gering.

Er zijn diverse strafrechtelijke titels op grond waarvan iemand in een FPA kan worden behandeld. Bijvoorbeeld art. 43 of art. 15 pbw of een ISD maatregel⁴⁰. In deze situaties geldt dat, wanneer patiënten zich niet houden aan de gestelde bijzondere voorwaarden, de directeur van de PI kan besluiten de behandeling te beëindigen. De patiënt gaat dan terug naar de PI. Vaak hebben de bijzondere voorwaarden betrekking op het middelengebruik. De casuïstiek van de FPA laat zien dat patiënten als gevolg van middelengebruik inderdaad hun behandeling soms moeten afbreken. Net als in de FPC is middelengebruik bij veel patiënten aan de orde maar staat het niet altijd op de voorgrond.

De FVK is onderscheidend omdat daar middelenproblematiek wel op de voorgrond staat. Verder zijn ook hier veel patiënten die op grond van art.43.3 worden behandeld en ook ISD patiënten. Dus ook hier geldt dat wanneer de behandeling wordt beëindigd, patiënten hun straf(restant) verder in de PI uitzitten. Het zijn in de FVK met name de interne regels die bepalen dat de behandeling wordt beëindigd. Gebruik in huis leidt tot ontslag, altijd. Verder geldt een waarschuwingssysteem waarbij de derde waarschuwing ook leidt tot beëindiging van de behandeling. Middelengebruik tijdens verlof levert een waarschuwing op.

Spanningsveld

In alle drie de settings levert middelengebruik of het verlangen ernaar spanning op. In de FPC en FPA wordt wel geprobeerd die spanning te reguleren door te kijken waar maatwerk mogelijk is. In de FPC worden geen maatwerkafspraken gemaakt met patiënten maar wordt wel op individuele basis gekeken naar risico's in relatie tot het type middel en het delict, de openheid waarmee erover

³⁹ KFZ call 2018-92, Kwaliteit van Leven en middelengebruik in de forensische zorg.

<https://kfz.nl/projecten/kwaliteit-van-leven-en-middelengebruik-in-de-forensische-zorg-call-2018-92>

⁴⁰ <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorgtitels>

kan worden gesproken en het feitelijke gebruik. In de pre-resocialisatiefase laveren behandelaars tussen wat wenselijk en wat haalbaar is, steeds rekening houdend met recidiverisico en voortgang in de behandeling. De teugels worden soms gevierd en soms weer aangehaald. In de FPA hebben patiënten meestal meer vrijheden. Hier worden met een aantal patiënten, onder de noemer 'zorg op maat', afspraken gemaakt over middelengebruik. Met wisselend succes. Vaak blijkt dat patiënten zich toch niet aan de maatwerkafspraken kunnen houden, hoe gedetailleerd ze ook zijn afgesproken. Patiënten leggen de regels vaak in hun eigen (korte termijn) voordeel uit. Een belangrijke reden in de FPA om geen maatwerkafspraken te maken, of gemaakte afspraken terug te draaien, is dat het leidt tot spanning op de afdeling. Enerzijds is er sprake van afgunst anderzijds is de ervaring dat degene met 'privileges' zich niet kan houden aan afspraken en op de afdeling toch drugs gaat delen of *dealen*. Dat leidt tot onaanvaardbare onveiligheid. Kwetsbare patiënten worden verleid of overgehaald ook te gebruiken. Ook kan het leiden tot conflicten over drugs, geld en hiërarchie in de groep.

Sjoemelen en schipperen

In alle besproken settings hebben hulpverleners te maken met patiënten die sjoemelen. Vooral rondom middelengebruik rekken patiënten de grenzen zoveel mogelijk op. Maar ook rondom andere regels handelen veel patiënten op de grens van wat wel en niet mag. Enerzijds is dit te verklaren door psychopathologie, zoals antisociale persoonlijkheidsstoornis en LVB, anderzijds spelen ook subculturele aspecten een rol die zijn terug te voeren op het klimaat van geslotenheid (Goffman, 1961). Sociotherapeuten en behandelaren proberen hier op een wijze mee om te gaan die recht doet aan (de autonomie van) het individu én die het behandelklimaat productief houdt. Dat betekent dat zij soms streng en rechtlijnig en soms flexibel zijn waarbij het recidiverisico leidend is. Dit vergt van professionals in de forensische (klinische) GGZ een complexe professionele attitude die recht doet aan het individu en verder reikt dan de diagnose (Hörberg, 2018).

Terugval

Terugval is een kenmerk van verslaving. Het kan dus merkwaardig overkomen dat ook in de FVK, waar verslaving centraal staat, zo streng wordt omgegaan met terugval. Maar, net als in de FPC, wordt hier geprobeerd een terugval ook te benutten om van te leren. Door de details van een terugval uit te pluizen in een terugval- of functieanalyse (Merkx, Korrelboom en De Wildt, 2015) kan de patiënt leren welke interne en externe factoren hebben geleid tot het gebruik. Die kennis helpt om een volgende keer beter voorbereid op verlof te gaan. Een functieanalyse past in een bredere gedragstherapeutische benadering van middelengebruik.

Adviezen

Het leveren van maatwerk ten aanzien van middelengebruik in de klinische forensische zorg is vaak problematisch. Niettemin doen zich situaties voor waarin behandelaren proberen maatwerk te leveren omdat zij dit noodzakelijk vinden voor de voortgang van de behandeling. De meeste ruimte maatwerk te leveren is rondom verlofsituaties. De volgende adviezen richten zich op randvoorwaarden waaronder behandelaren de beperkte ruimte optimaal kunnen benutten.

- Creëer de voorwaarden (getraind personeel, inbedding in het proces, afspraken met PI en reclassering) waaronder een terugval in middelengebruik tijdens verlof kan worden benut om te leren over iemands behoeften en mogelijkheden om (niet) te gebruiken.
- Indien aan de orde, formuleer maatwerkafspraken zo nauwkeurig mogelijk om de interpretatieruimte te beperken.
 - Bed de maatwerkafspraken therapeutisch in: tematiseer middelengebruik in de behandelrelatie.
 - Monitor het naleven van de afspraken, en de moeite die het kost zich aan de afspraken te houden, frequent.
 - Betrek, indien aan de orde, PI en reclassering in de gemaakte afspraken.
 - Spreek af welke overtreding leidt tot welke consequenties. Vermijd het 'organiseren' van faalervaringen.
- Overweeg om in plaats van maatwerk rondom middelengebruik de bewezen effectieve interventie *Contingency Management* te organiseren.
- Troost je met de gedachte dat sjoemelen een kenmerk is van (veel) patiënten en ook een kenmerk is van de gesloten setting.

- Realiseer je dat schipperen geen verlegenheids optie is maar een tactiek van duwen en trekken om patiënten zo goed mogelijk voorbereid naar een bestaan met minder toezicht te begeleiden.

Afkortingen

GGZ	geestelijke gezondheidszorg
ISD	inrichting stelselmatige daders
KFZ	kwaliteit forensische zorg
FPA	forensische psychiatrische afdeling
FVK	forensische verslavingskliniek
FPC	forensisch psychiatrisch centrum
Pbw	penitentiaire beginselenwet
PI	penitentiaire inrichting

Literatuur

Hörberg, U. (2018) 'The art of understanding in forensic psychiatric care'- From a caring science perspective based on a lifeworld approach. *Issues in mental health nursing: Vol.: 39 (9) pp 802-809.*

Merkx, M., Korrelboom, K. & De Wildt, W. (2015) Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik. Protocol en leertheoretische reflectie. *Tijdschrift Gedragstherapie, 48(2).*

Schel, S.H.H., Bouman, Y.H.A., Schaftenaar, P., Smeekens, M.V., Smeijer, D. & Bulten B.H. (2017) *Relevante factoren voor kwaliteit van leven voor (ex) forensisch psychiatrische patiënten. Aanbevelingen en handvatten voor het verbeteren van de objectieve en subjectieve kwaliteit van leven van forensisch psychiatrische patiënten.* Utrecht: KFZ

Goffman, E (1961, 1991). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* Penguin Books Ltd.

Bijlage 3 Praktijkttoets medewerkersenquête, resultaten

Na lezing van de factsheet Contingency Management reageerden de respondenten op onderstaande stellingen (5-punts Likert schaal).

Legenda: - = (helemaal) oneens; +/- = neutraal; + = (helemaal) eens.

		Basalt n = 19			PRK n = 15			Transfore n = 13			Van Mesdag n = 12		
		-	+/-	+	-	+/-	+	-	+/-	+	-	+/-	+
Relevantie													
	Middelengebruik hindert de voortgang in de behandeling	8	2	9	2	0	13	1	2	10	0	1	11
	Middelengebruik komt vaak voor in mijn werksetting	1	0	18	1	2	12	0	0	13	0	0	12
	Abstinentie vergroot de kwaliteit van leven bij de meeste cliënten	0	1	18	0	1	14	0	1	12	0	3	9
	De huidige aanpak van middelengebruik is effectief	5	9	5	0	9	6	8	5	0	6	5	1
	Ik denk dat het financieel belonen van abstinentie werkt (effectiviteit)	3	6	10	3	5	7	2	5	6	2	6	4
Logistiek en uitvoering													
	In mijn organisatie zijn faciliteiten voor afname UC's	1	0	18	0	0	15	0	0	13	0	0	12
	In mijn organisatie zijn we gewend te werken met protocollen	0	1	18	0	0	15	0	2	11	1	0	11
Beloning													
	De beloning is financieel	8	7	4	6	4	5	3	5	5	6	2	4
	De beloning is oplopend	2	3	14	1	6	8	3	4	6	1	2	8
	De beloning is constant	7	2	10	5	7	3	1	5	7	6	2	3
	De beloning is wisselend (zoals bij krasloten)	10	1	8	9	5	1	7	4	2	5	3	4
	De beloning wordt direct uitgekeerd	4	4	11	3	4	8	3	0	10	1	3	8
	De beloning wordt uitgekeerd bij verlof	6	7	6	6	6	3	7	3	3	4	6	2
	De beloning wordt uitgekeerd op vaste tijden (bijv. elke maand) ongeacht verlof	5	7	7	6	5	4	7	3	3	6	2	3
	De beloning bestaat uit "leuke en	2	5	12	2	5	8	3	5	5	4	2	6

		Basalt n = 19			PRK n = 15			Transfore n = 13			Van Mesdag n = 12		
		-	+/-	+	-	+/-	+	-	+/-	+	-	+/-	+
	nuttige spulletjes" die kant-en-klaar in een beloningskast of een prijzenpot klaarliggen voor directe toepassing												
Acceptatie													
	Ik vind CM passend voor de forensische setting waar ik werk	0	0	19	3	3	9	1	4	8	0	0	11
	Ik vind CM waardevol voor de forensische setting waar ik werk	0	0	19	1	3	11	0	3	10	0	0	11
	Ik vind het belonen van gewenst gedrag wenselijker dan straffen van ongewenst gedrag	0	3	16	1	2	12	0	1	12	0	1	10
	Ik vind CM geschikt voor het belonen van het niet drinken van alcohol	0	6	13	1	2	12	2	2	9	1	3	7
	Ik vind CM geschikt voor het belonen van niet gebruiken van drugs	0	5	14	1	2	12	1	3	9	0	2	9

Bijlage 4 Vignetten

Toelichting op de vignetten

De geïnterviewde medewerkers van FPA, FPC en FVK is gevraagd om een casus te beschrijven waarin het spanningsveld tussen kwaliteit van leven en (het verlangen naar) middelengebruik zichtbaar wordt. De aangereikte, soms uitgebreide, casusbeschrijvingen zijn sterk ingekort tot uniforme vignetten die telkens in essentie het spanningsveld weergeven.

De vignetten kunnen worden gebruikt door teams in klinische settings om een discussie opgang te brengen over waar precies de spanning tussen kwaliteit van leven en (verlangen naar) middelengebruik zich voor doet en gezamenlijk zoeken naar een oplossing.

Na elk vignet kunnen de volgende vragen worden gesteld:

- Hoe moet u handelen (1. wettelijk en 2. volgens de 'huisregels')?
- Hoe zou u (willen) handelen, gelet op de Kwaliteit van Leven voor Klaas en de veiligheid van de samenleving. Maak een keuze voor A of B (of C) (omcirkel).

A: U spreekt met Klaas af wanneer hij wel en niet mag blowen (zorg op maat).

B: U richt zich op abstinentie en ondersteunt Klaas daarbij.

C: ... (vul zelf in)

Licht uw keuze toe:

- Argumenten voor:
- Argumenten tegen:
- Voorwaarden:
- Alternatieve (behandel) opties:
- Verwachte gevolgen kwaliteit van leven (durf te speculeren):

Vignet 1. FPC-1

Casus: Patiënt John, 28 jaar

Huidige verblijf: FPC (beveiligingsniveau 1)

Juridische titel: voorwaardelijke beëindiging TBS

Diagnose: antisociale persoonlijkheid, dagelijks cannabisgebruik, beneden gemiddeld intelligent

Verleden: Veel agressie problematiek. Ten tijde van delict (doodslag) onder invloed van wiet.

John zit midden in de klinische behandeling waarbij hij een middelenmodule volgt, emotieregulatietraining en ondersteunende cognitieve gedragstherapie. Hij gebruikt terugkerend cannabis ondanks goede voornemens. Hij is extern gemotiveerd: "Ik wil niet echt stoppen maar anders kom ik niet verder met mijn behandeling. Ik wil met verlof en resocialiseren." Blown maakt hem rustig, zegt hij. Ook het behandelteam merkt dat blown hem rustiger maakt in contact maar het behandelteam merkt ook dat hij minder aanspreekbaar en onverschilliger wordt en moeite doet (sjoemelt) om aan cannabis te komen.

Vignet 2. FPC-2

Casus: Ruud, 34 jaar

Verblijf: FPC, behandelunit persoonlijkheidsstoornissen (beveiligingsniveau 4)

Juridische titel: TBS

Diagnose: persoonlijkheidsstoornis, adhd, ernstige stoornis in cannabisgebruik

Relatie middelengebruik / delict: ja

Ruud heeft een ernstige cannabisverslaving. In de kliniek gebruikt hij cannabis met name ter bestrijding van zijn chronische rugpijn en voor het onderdrukken van ADHD klachten. Behandeling van de rugpijn door de huisarts en de pijnpoli levert weinig op. Door het gebruik van cannabis is hij in staat om te functioneren binnen de intramurale setting. Hij volgt zijn dagbesteding en andere behandel- en programmaonderdelen. Hij lijkt hier profijt van te hebben. Het stoppen met gebruik is een voorwaarde om verlof te kunnen krijgen en te kunnen doorstromen naar een volgende behandelfase.

Vignet 3. FPC-3

Casus: Dries, 47 jaar.

Huidige verblijf: pre-resocialisatieafdeling (beveiligingsniveau 2)

Juridische titel:

Diagnose: antisociale- en borderline persoonlijkheidsstoornis en verslavingsproblematiek.

Verleden: poging tot doodslag en diefstal geweld, veroordeling in 2001.

Dries is na geweldsrecidive in vorige klinische setting naar deze PFC overgeplaatst. Eerst op de afdeling persoonlijkheidsstoornissen maar daar toonde hij veel acting-out gedrag, slechte zelfzorg, weinig frequente deelname behandelprogramma. Daarna op de afdeling psychotische kwetsbaarheid waar het beter gaat. Wel voortdurend cannabisgebruik (wordt gedoogd). Dries is niet open over zijn gebruik, ook niet over zijn gebruik in het verleden. Er wordt ingezet op belonen van gewenst gedrag (CRA). Zijn gedrag is verbeterd en hij gaat op onbegeleid verlof. Maar er zijn ook sterke aanwijzingen van handel in cannabis op de afdeling. Hij heeft een machtiging voor overplaatsing naar de transmurale voorziening.

Vignet 4. FVK-1

Casus: Gerard, 49 jaar

Verblijf: FVK (beveiligingsniveau 3)

Juridische titel: isd maatregel

Diagnose: ernstige verslavingsproblematiek (alcohol en cocaïne)

Relatie middelengebruik / delict: ja

Gerard kan bij stress snel ontregelen en er is een sterk verhoogd risico tot acting-out gedrag (overcompensatie d.m.v. middelengebruik, agressie). Hij lijkt weinig zicht te hebben op zijn interne gevoelsleven, ontkent het hebben van negatieve gevoelens (lijdensdruk) en het introspectief vermogen komt beperkt over. Zijn motivatie en zijn vermogen om zich te committeren aan de behandeling is zeer beperkt. Gerard wil op zijn tijd alcohol kunnen blijven drinken als vorm van gezelligheid en beloning en tegengaan van saaiheid. Hij ervaart het moeten stoppen met alcohol drinken als een vorm van moraliseren. De afdelingsdynamiek zorgde ervoor dat hij erg zijn best moest doen om zich te handhaven. Tijdens een ongebeleid verlov drinkt hij een paar halve liters (bier). Hij meldt zich op tijd maar is aangeschoten.

Vignet 5. FVK-2

Casus: Nikky, 39 jaar

Verblijf: FVK (beveiligingsniveau 3)

Juridische titel:

Diagnose: stoornis in het gebruik van cocaïne (matig, ernstig); borderline persoonlijkheidsstoornis.

Relatie middelengebruik/delict:

Nikky heeft een laag en instabiel zelfbeeld dat maakt dat ze zichzelf weinig vertrouwt om problemen op adequate wijze het hoofd te bieden. Voorts is er sprake van impulsiviteit en een beperkte emotieregulatie. Lijdensdruk vermeed zij door middelengebruik. Na aanvankelijke weerstand tegen de behandeling en het idee geen cocaïne meer te kunnen gebruiken, begon Nikky zich coöperatief op te stellen. Andere zaken, zoals haar dochter, de positieve relatie met een man in Rotterdam en een gezonde levensstijl zonder gebruik en delictgedrag, werden belangrijker. Maar na enkele maanden kwam er een negatieve omslag vanwege de onduidelijkheid die er was over naar welke plek Nikky zou kunnen uitstromen. Dit onderwerp hield cliënte dermate bezig dat er nog nauwelijks inhoud gegeven kon worden aan de (verslavings)behandeling. Ze kreeg meer moeite zich te handhaven in de groep. Ze viel terug in gebruik tijdens verlov maar kwam op tijd terug. Hierover deed zij een terugvalpresentatie in de groep. Ze kreeg ook een officiële waarschuwing. Enkele weken later blijft ze bij een nieuw verlov een nacht ongeoorloofd weg. Ze meldt zich in de loop van de ochtend.

Vignet 6. FPA-1

Casus: Patiënt Klaas, 30 jaar (fictieve naam)

Huidige verblijf: FPA (beveiligingsniveau 3)

Juridische titel: TBS met voorwaarden

Diagnose: Schizofrenie en zwakbegaafd.

Verleden: Cannabisafhankelijk. Onder invloed van cannabis ten tijde van delict.

Klaas is erg teleurgesteld over de verlenging van 2 jaar van tbs met voorwaarden. "Ik deed zo mijn best!" Kort erna heeft hij zich tijdens begeleid verlov onttrokken en kwam vervolgens één nacht, waarin hij blowde en alcohol dronk, niet terug. Zijn verloven werden ingetrokken. In de periode erna blijft zijn psychiatrisch toestand beeld wiebelig. Ook lijkt hij depressief. Hij gebruikt vanaf die periode met grote regelmaat cannabis. Hij ontkent gebruik maar uit de urinecontroles blijkt het tegendeel.

Vignet 7. FPA-2

Casus: Patiënt George, 43 jaar

Huidige verblijf: FVA (beveiligingsniveau 1)

Juridische titel: voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr)

Diagnose: stoornis in het gebruik van cannabis, PTSS, depressie, schizofrenie

Verleden: Poly druggebruik, opiaat afhankelijk, opvoedingstrauma

George wordt na een jaar detentie opgenomen binnen de forensische verslavingszorg (FVK). Hij is veroordeeld na een gewapende overval. De detentie maakte dat hij stopt met gebruik van harddrugs. Wanneer hij wordt geplaatst binnen de kliniek blijft hij clean van deze middelen maar hij blowt. Hij is ervan overtuigd dat hij cannabis nodig heeft om te kunnen functioneren. Met veel inspanning lukt het om in contact te komen en blijven met cliënt, die met tijden zeer somber en teruggetrokken is. Hij reageert geagiteerd als hij wordt aangesproken op zijn blowen. Andere patiënten op de afdeling vinden het onrechtvaardig dat er bij George niet wordt ingegrepen en bij hen wel. Het personeel is verdeeld, de een vind het oké zo, de ander deelt het onrechtvaardigheidsgevoel van de patiënten.