



**kwaliteit
forensische
zorg**

2021

Kwaliteit van leven en middelengebruik

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 en doelstelling	6
1.2 Dilemma's bij het omgaan met middelengebruik	7
1.3 Leeswijzer.....	7
2. Kwaliteit van leven.....	9
2.1 Wat verstaan we onder kwaliteit van leven?	9
2.2 Kwaliteit van leven: de werkrelatie.....	10
3. Belonen van abstinentie in de forensische behandeling	13
3.1 Contingency Management	13
3.2 Community Reinforcement approach (CRA)	16
3.3 Belonen integreren in de dagelijkse praktijk	17
4. Maatwerk bieden in de forensische behandeling.....	18
4.1 Wat zeggen richtlijnen over het bieden van maatwerk?.....	18
4.2 Gecontroleerd gebruik en maatwerk	18
4.3 Instrumenten ondersteunend aan het leveren van maatwerk.....	19
4.4 Wetten en beleidskaders	22
4.5 Ethisch perspectief	23
4.6 Maatwerk in de klinische praktijk	24
Referenties	27
Bijlage 1 Factsheet Contingency Management	29
Bijlage 2 Factsheet Maatwerk.....	32
Bijlage 3 Vignetten	35
Bijlage 4 Overzicht van adviezen	39
Adviezen over kwaliteit van Leven	39
Adviezen over belonen	40
Adviezen over maatwerk	41

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 scherpste 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)

Voorwoord

Deze handreiking biedt waardevolle aanknopingspunten om het spanningsveld rondom middelengebruik te verminderen, maar als één ding duidelijk is geworden bij het samenstelling ervan, is dat het spanningsveld niet kan worden opgelost. Net als in de 'vrije samenleving' zorgt middelengebruik voor spanning. Bij zowel legale als illegale middelen worstelt de samenleving met de balans tussen de drang om te gebruiken, de beheersing van de gezondheidseffecten en het handhaven van de openbare orde. Dit spanningsveld komt in verhevigde mate terug in de (klinische) forensische context. Het is een illusie dat, in de gecontroleerde omstandigheden van de klinische forensische zorg of zelfs kale detentie, het spanningsveld kan worden weggenomen. Voor deskundigen en onderzoekers is dat geen verrassing, in hun rol als burger wekt het verwondering en stemt tot nederigheid. Het herinnert eraan dat de (ideale) samenleving niet maakbaar is.

Het ontslaat ons echter niet van de morele plicht om na te denken, te zoeken en te proberen middelengebruik te ontmoedigen en waar dat niet lukt, de nadelen zoveel mogelijk te beperken, zowel voor het individu als voor de samenleving. Deze handreiking moedigt zorgverleners in de forensische zorg aan hieraan vorm te geven.

De auteurs

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 en samengebracht in deze handreiking. Deze handreiking is 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).

Deze handreiking bespreekt allereerst verschillende actuele perspectieven op kwaliteit van leven en middelengebruik (hoofdstuk 2), zoals het Good Lives Model en de herstelbenadering. Vervolgens worden de aanvullende behandelstrategie Contingency Management (CM), Community Reinforcement Approach (CRA) en een aantal meer dagelijkse vormen van belonen besproken (hoofdstuk 3). Er is in de klinische setting nog geen praktijkervaring opgedaan met CM en het is aan te bevelen pilots op te zetten om te leren hoe CM werkt in de praktijk. Met CRA is wel ervaring opgedaan maar deze vorm van belonen is niet direct gericht op abstinentie. Voor het leveren van maatwerk blijkt wettelijk niet veel ruimte te zijn. Forensische beperkingen en bijzondere voorwaarden bieden zorgverleners weinig gelegenheid vooropgezette maatwerkafspraken te maken. Een therapeutische beperking schuilt in de noodzaak het behandelklimaat op de afdeling en in de kliniek veilig te houden. Als er ruimte is om maatwerk te leveren, is het rondom verlofsituaties. Vanuit een gedragstherapeutisch perspectief kunnen zorgverleners daar meer of minder streng mee omgaan. De instrumenten terugvalpreventie en terugvalanalyse anticiperen op het ervaringsfeit dat patiënten tijdens verlop middelen gebruiken. Deze instrumenten worden besproken in hoofdstuk 4. Een terugval tijdens verlop kan worden aangegrepen als therapeutisch leermoment. De inhoudelijke hoofdstukken bevatten adviezen die behulpzaam zijn bij het in de praktijk brengen van kwaliteit van leven, belonen en maatwerk.

De bijlagen bevatten een factsheet over CM als aanvullende behandelstrategie en een factsheet over maatwerk, waarin een overzicht wordt gegeven van de bevindingen uit de praktijk. De vignetten in bijlage 3 kunnen worden gebruikt als gespreksstarter op afdelingsniveau om te reflecteren op het spanningsveld middelengebruik en kwaliteit van leven.

In een separate achtergrondrapportage wordt stilgestaan bij de totstandkoming van deze handreiking en zijn de bevindingen en adviezen van deze handreiking voorzien van meer context en details.

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. This guide summarizes knowledge and advice on 'customization' and 'rewards'. This guide serves as an deepening of the generic guide to improve quality of life in the clinical forensic setting (KFZ call 2018-90).

This guide first discusses some current perspectives on quality of life and substance use (Chapter 2), such as the Good Lives Model and the recovery approach. In Chapter 3 we present the effective supplementary treatment strategy *contingency management* (CM), Community Reinforcement Approach (CRA) and some more every day forms of rewarding. Till today in clinical forensic settings CM has not been tried. We recommend to start pilot interventions with CM in order to learn about its feasibility and effectiveness. CRA is applied in the forensic context but primarily focusses on other

desirable behavior than abstinence. There's limited legal room for customization of substance use. Forensic restrictions and therapeutic limitations offer little opportunity to intentionally customize the use of substance. From a therapeutic perspective the importance to maintain a safe therapeutic climate limits the opportunity to customize for individuals. Most 'space' to customize is found in furlough situations. Forensic care providers could decide to deal with substance use while on furlough more or less rigid. The use of relapse prevention and relapse analysis instruments anticipates on the experiential fact that some patients relapse while on furlough. Relapse while on furlough could be viewed as a therapeutic learning experience. The chapters on quality of live, rewarding abstinence and customization are provided with recommendations.

The annexes contain a fact sheet on CM as a supplementary therapeutic strategy and a fact sheet that summarizes the findings on customization. The vignettes in annex 3 may serve as conversation starters to lance a reflection on the tension between substance use (the desire to) and quality of live.

In a separate background document we elaborate on the 'making of' this guide. The findings and recommendations are provided with more context and detail.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond en doelstelling

Een hogere kwaliteit van leven kan bijdragen aan het therapeutische klimaat, de therapeutische relatie en aan het effect van de behandeling bij forensisch psychiatrische patiënten. Daarom is aandacht voor de kwaliteit van leven van forensisch psychiatrische patiënten belangrijk. Het streven naar een optimale kwaliteit van leven sluit aan bij het Risk Need Responsivity model en het Good Lives Model (Schel et al., 2017, p.5).

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).

In opdracht van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) zijn twee aanbevelingen van Schel et al. (2017) in deze handreiking uitgewerkt:

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 handreiking samen als ‘belonen van abstinentie’ en de tweede aanbeveling als ‘bieden van maatwerk’.

De handreiking is opgesteld door het IVO en Tactus verslavingszorg, 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.

Middelengebruik en criminele recidive

We maken in deze 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 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).

Doel van deze handreiking is het ondersteunen van professionals¹ in de klinische forensische zorg bij het opvolgen van de genoemde twee aanbevelingen. De handreiking moet hen inspiratie en houvast bieden om (meer) maatwerk te leveren en effectieve behandelmethoden toe te passen. Centraal staat daarbij het verleggen van de focus naar belonen van abstinentie in plaats van sanctioneren van middelengebruik. Met de handreiking moet ook de uniformiteit in werkwijzen worden bevorderd.

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 de generieke Handreiking Kwaliteit van leven voor het klinische domein (Van

¹ De term professional verwijst naar verschillende rollen in de forensische zorg, zoals hulpverlener, sociotherapeut, mentor of behandelaar. In het vervolg van deze handreiking gebruiken we de overkoepelende term ‘zorgverlener’.

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. Voor de uitvoering van de generieke handreiking Kwaliteit van leven biedt onderliggende handreiking ondersteuning voor specifiek het omgaan met (problematisch) middelengebruik.

In een aparte achtergrondrapportage is procesinformatie over de ontwikkeling en andere achtergrondinformatie met betrekking tot de handreiking te vinden (Barendregt et al., 2021).

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 deze handreiking op alcohol en drugs vanwege de genoemde directe relatie met de kans op criminele recidive.

1.2 Dilemma's bij het omgaan met middelengebruik

De twee aanbevelingen van Schel en collega's moeten worden vorm gegeven in een ingewikkeld speelveld. Middelengebruik 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 ook 2.1). In de dagelijkse praktijk van de forensische zorg eist middelengebruik en het 'gedoe' eromheen 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 deze 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.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 bespreken we het begrip kwaliteit van leven in relatie tot herstel en recidivevermindering. Ook gaan we in op manieren om in de praktijk invulling te geven aan het bevorderen van de kwaliteit van leven. In hoofdstuk 3 komt het belonen van abstinentie aan bod, zowel via bewezen effectieve interventies als geïntegreerd in behandeling en bejegening. Het leveren

van maatwerk ten aanzien van middelengebruik wordt behandeld in hoofdstuk 4. Elk hoofdstuk is voorzien van uitgelichte adviezen om belonen en maatwerk vorm te geven.

2. Kwaliteit van leven

In dit hoofdstuk bespreken we beknopt het begrip kwaliteit van leven en enkele algemene uitgangspunten bij het bevorderen van de kwaliteit van leven in de forensische zorg. Voor meer uitleg en adviezen over de kwaliteit van leven in de forensische behandeling verwijzen we naar de Handreiking voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten in de forensische psychiatrie (Van Vliet et al., 2021).

2.1 Wat verstaan we onder kwaliteit van leven?

Kwaliteit van leven vatten we op als “*het gevoel van welzijn en tevredenheid dat een individu ervaart over zijn/haar huidige (levens)-omstandigheden*” (Schel et al., 2017, p.8). Het is een concept met meerdere dimensies, 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).

Kwaliteit van leven kan een beoogde *uitkomst* van een behandeling of interventie zijn, zoals bij (herstelondersteunende) interventies. Het kan ook worden gezien als een *voorwaarde* van herstel en het terugdringen van de kans op recidive. Systematische aandacht voor kwaliteit van leven kan helpen om aspecten die behandeling behoeven te achterhalen en om mede op basis daarvan individuele behandelplannen te formuleren.

Verschillende benaderingen en modellen in de forensische zorg zijn bruikbaar om vorm te geven aan het bevorderen van de kwaliteit van leven. Het zijn zogenaamde **strength-based benaderingen** waarbij de focus ligt op het invulling geven aan een leven dat als zinvol wordt ervaren én op de stappen die nodig zijn om dat te bereiken en te ervaren.

- Volgens het **Good Lives Model** zijn er elf basisbehoeften² 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.
- 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 kernconcepten van herstel zijn hoop, zelfacceptatie en autonomie. Herstelgerichte zorg in een forensische setting kent vijf kernwaarden:
 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.

De concepten ‘herstel’ en ‘kwaliteit van leven’ zijn daarmee nauw met elkaar verweven.

Bejegening is een integraal aspect van alle benaderingen, of ze nu gericht zijn op risicobeheersing of strength-based zijn. Dus ook in het werken aan kwaliteit van leven, vraagt het iets van de werkwijze van de zorgverlener. Het gaat daarin om verschillende aspecten:

- *Ruimte geven*
- *Niet de problemen, maar sterke kanten van de patiënt staan centraal*
- *Inzetten op vergroten van de eigen regie*

² 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).

2.2 Kwaliteit van leven: de werkrelatie

De rol van de zorgverlener bij het verbeteren van de kwaliteit van leven is ondersteunend en niet zozeer bepalend of sturend. In de forensische context wordt de invulling van deze rol altijd afgewogen tegen het centrale doel 'vermindering van recidive' en risicobeheersing. Dit vergt van zorgverleners (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. Hierna vatten we eerst de elementen van een goede werkrelatie samen en presenteren aansluitend de vijf stappen van het stappenplan uit de handreiking (Van Vliet et al., 2021).

Bouwen aan een goede werkrelatie

Betrokkenheid, compassie, empathie, nabijheid en betrouwbaarheid zijn cruciale elementen die een zorgverlener inzet om een goede werkrelatie te creëren. Een zorgverlener 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. Zorgverleners vragen goed door om verbeterdoelen helder te krijgen en ook duidelijk te krijgen wat haalbaar is en waar voor de patiënt 'uitdagingen' liggen. Belangrijk is om op een goede manier het gesprek aan te gaan over middelengebruik, om zo tot verbeterdoelen te kunnen komen gericht op verminderen van problematisch middelengebruik. Zie daarvoor de Toolbox behorend bij het Handelingsprotocol middelengebruik, om middelengebruik in de forensische zorg bespreekbaar te maken.³

Het initiatief om kwaliteit van leven aan de orde te stellen komt hoogstwaarschijnlijk van de zorgverlener. 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.

Vijf stappen

In de handreiking (Van Vliet et al., 2021) is zoals gezegd een stappenplan⁴ 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.

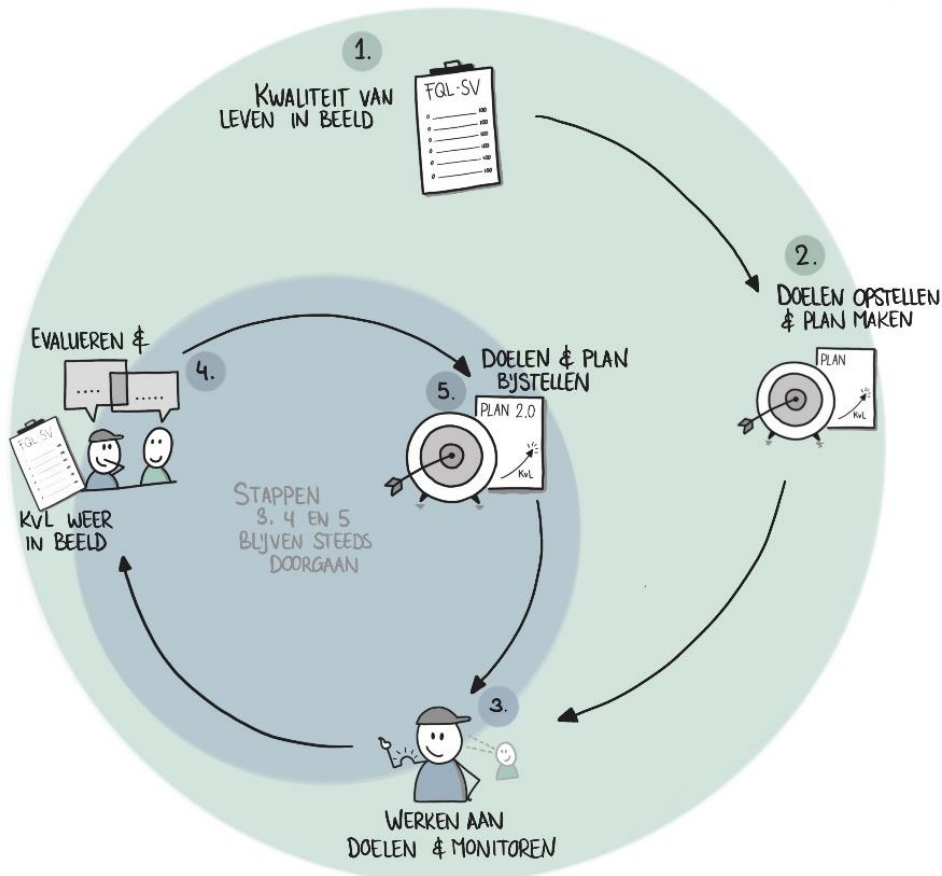
1. Allereerst brengen de patiënt en zorgverlener de ervaren kwaliteit van leven van de patiënt in beeld.
 - a. De patiënt vult (bij voorkeur zelfstandig) een vragenlijst voor kwaliteit van leven in. (Forensic inpatient Quality of Life Questionnaire – short version (FQL-SV: Schel et al., 2016)).
 - b. Analyseer de uitkomsten.
2. Vervolgens bespreken patiënt en zorgverlener 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 zorgverlener.

³ <https://kfz.nl/projecten/call-2017-52>; <https://www.youtube.com/watch?v=R2eHfXvI-Hg>

⁴ Het stappenplan vind je hier: <https://kfz.nl/projecten/handelingsprotocol-voor-het-verbeteren-van-de-kwaliteit-van-leven-van-patienten-in-de-forensische-psiatrie-call-2018-90>

4. Daarna wordt de afgelopen periode geëvalueerd in een gesprek tussen de patiënt en de zorgverlener. 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.

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



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

Adviezen

Wat kan de zorgverlener 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 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.

3. Belonen van abstinentie in de forensische behandeling

Het belonen van abstinentie (in plaats van straffen van gebruik) en belonen van gedragsverandering zijn effectieve behandelstrategieën die worden genoemd in verschillende richtlijnen voor behandeling van verslaving. Er zijn twee interventies waarbij het belonen centraal staat: Contingency Management (CM) en Community Reinforcement Approach (CRA). Deze methoden bespreken we in paragraaf 3.1 en 3.2. In paragraaf 3.3 gaan we in op het integreren van belonen van gewenst gedrag in de dagelijkse praktijk. De factsheet in bijlage 1 beschrijft beknopt en toegankelijk wat Contingency Management is.

3.1 Contingency Management

Contingency Management (CM) is 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.

CM is een gedragstherapeutische methode die gericht is op systematische contingente bekrachtiging van vooraf vastgelegd doelgedrag. 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 conditionering⁵ 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 escalierend 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 vervolgens samen hoe de verdiende vouchers besteed worden⁶, en op welke wijze de patiënt middelenvrij

⁵ 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.

⁶ Welke bemoeienis een therapeut heeft met de vraag hoe vouchers besteed worden is iets dat bij het precieze ontwerp van de interventie wordt bepaald.

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 dichter benadert. 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.



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.

Toepassen van CM

In de praktijk blijkt behoefte te bestaan aan het inzetten van CM als aanvullende behandelstrategie. We deden ten behoeve van deze handreiking een enquête over belonen van abstinentie onder medewerkers van vier klinische forensische settings (FVK 2x, FPC en FPA). Tezamen met de reflectie op de resultaten van de enquête met behandelaren leverde dit een praktijktoets op (Barendregt, et al., 2021, pp 29-32).

Er is brede steun voor belonen van gewenst gedrag. Dat is een goede basis. Toch moet, bij de implementatie van CM, rekening worden gehouden met het draagvlak onder medewerkers: belonen is goed maar belonen met geld vinden sommigen te ver gaan. Verder blijkt dat iedere instelling in de voorbereiding van toepassing van CM keuzes moet maken over onder meer wie wel en wie niet in CM participeren. Maar ook over de aard van de beloning en de duur van het belonen, en in hoeverre daarin maatwerk per patiënt moet worden geleverd. Wij adviseren, in lijn met de kern van CM én om 'gedoe' te voorkomen 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).

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 hebben we zelf voorbeeldschema's opgesteld op basis van een looptijd van 13 weken. Deze zijn in tabel 1 (volgende pagina) weergegeven. Van deze voorbeelden kan vanzelfsprekend worden afgeweken als daar aanleiding voor is, bijvoorbeeld als de doorlooptijd korter of langer 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?

Tabel 1. 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

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); dat 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.



3.2 Community Reinforcement approach (CRA)

Community Reinforcement Approach⁷ (CRA) is gericht op gedragsverandering bij mensen met problematisch middelengebruik en gaat uit van het idee dat omgevingsfactoren hierbij een belangrijke rol spelen. CRA wordt in de forensische zorg ingezet om abstinentie te belonen, maar vooral voor het aanleren (bekrachten) van alternatieve activiteiten die in de plaats komen van het middelengebruik.

De uitgangspunten en procedures van de CRA richten zich voornamelijk op het bekrachten 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.

CM en CRA laten zich goed met elkaar combineren en de combinatie is waarschijnlijk effectiever dan CRA zonder CM. Ook lijkt de CRA-methode een effectieve basis van zorg en begeleiding voor patiënten met een lichte verstandelijke beperking (Hendriks et al., 2018).

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.



Advies

Zet CRA bij voorkeur in combinatie met CM in. (maar test de haalbaarheid van beide interventies afzonderlijk alvorens ze te combineren).

Toepassing van CRA: adviezen

Als invulling van CRA kunnen zorgverleners 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.

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.

Het succes van CRA (en CM) hangt samen met de mate waarin methodisch wordt gewerkt (CGT, motiverende gespreksvoering).

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.



⁷ Zie: <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/the-community-reinforcement-approach-cra->

- 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.
- CRA is een methodiek die onderhoud vergt. Als dat niet gebeurt zakt de animo hiermee te werken weg. Zorg ervoor dat bij implementatie van CRA ook regelmatig opfris- en scholingsdagen worden gepland.

3.3 Belonen integreren in de dagelijkse praktijk

Belonen van gewenst gedrag is een belangrijk onderdeel van therapeutisch handelen. In deze paragraaf bespreken we hoe dit in de praktijk kan worden gedaan.

Complimenten

Belonen gebeurt vaak in de vorm van complimenten, schouderklopjes en aandacht. Het gaat om (gemeende) positieve aandacht voor de getoonde inzet, voor wat is bereikt, maar ook voor het lijden waar veel patiënten mee te maken hebben.

Vier de successen

Zowel in de individuele behandelrelatie als bij groepstherapie is het belangrijk mijlpalen te markeren. Als bijvoorbeeld een groepstherapie behandelmodule verslaving is afgerond, geef daaraan dan aandacht met wat lekkers en een certificaat voor de deelnemers.

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. Daarmee is het een minder ideale manier om de behandelcultuur te veranderen van de focus op bestraffen naar het belonen van gewenst gedrag.

Voor meer inspiratie en praktische handvatten om middelengebruik bespreekbaar te maken, verwijzen we naar de toolbox die hoort bij de handreiking middelengebruik.⁸

⁸ <https://kfz.nl/projecten/call-2017-52>
<https://www.youtube.com/watch?v=R2eHfXvI-Hg>

4. Maatwerk bieden in de forensische behandeling

De factsheet in bijlage 2 vat de bevindingen uit dit hoofdstuk samen.

4.1 Wat zeggen richtlijnen over het bieden van maatwerk?

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.

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'⁹ 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" (Lans et al., 2015, 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.

Beide documenten bieden voldoende ruimte om - waar nodig en mogelijk - maatwerk te leveren ten aanzien van middelengebruik in de praktijk. Er worden diverse gedragstherapeutische instrumenten besproken die bruikbaar zijn om middelengebruik te voorkomen en om te leren wanneer middelengebruik desondanks toch plaatsvindt. Ook is advies te vinden hoe ermee kan worden omgegaan vanuit gedragstherapeutisch perspectief, maar het advies luidt niet expliciet om te experimenteren met gecontroleerd of geregisseerd gebruik. De documenten 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.

In de volgende paragraaf komt het begrip *gecontroleerd gebruik* in relatie tot maatwerk aan de orde.

4.2 Gecontroleerd gebruik en maatwerk

Of maatwerk kan worden geboden hangt mede af van de mate waarin een patiënt het middelengebruik in de hand heeft en het gebruik beheersbaar is. Het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg onderscheidt twee manieren van zogenoemd 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.

⁹ Patiënten met een ernstige stoornis in het middelengebruik.

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;
- 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 2 staan de posities van de richtlijnen en het zorgprogramma samengevat. Maatwerk is maar in een beperkt aantal situaties mogelijk.

Tabel 2 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
Risiconutraal	Ja	Nee

Als er sprake is van een matige of ernstige verslaving (naar de indeling in de DSM 5)¹⁰ 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.

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 zorgverleners 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.¹¹ Deze ervaring lijkt in overeenstemming met de notie dat een kenmerk van een ernstige verslaving is dat het gebruik niet gecontroleerd kan worden.¹² Geregisseerd gebruik lijkt daarom beter van toepassing op mensen met gecontroleerd gebruik of een lichte verslaving, bij wie middelengebruik het recidiverisico niet verhoogt.

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

4.3 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

¹⁰ 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.

¹¹ Tijdens een projectbijeenkomst op 10 oktober 2020.

¹² Denk aan de DSM-5 criteria als: "Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was", "sterk verlangen om te gebruiken".

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 3 gepresenteerde instrumenten zijn dan passender. De instrumenten worden onder de tabel besproken.

Bij een goed risicomangement 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 verloop¹³ zal kunnen plaatsvinden en dat behandelaars dit (risico) voorafgaand aan het verloop bespreken met de patiënt.

Tabel 3
Overzicht ondersteunende instrumenten

Instrument	Te gebruiken bij	Opmerking / toelichting
Middelenanalyse	Opstellen behandeldoelen en - plan	Met name gebruik bij TBS
Terugvalpreventie	Als voorbereiding op verloop en (andere) hoge risicosituaties.	Vooral nuttig bij verloop 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)

Toelichting bij de instrumenten:

Middelenanalyse: Voor behandeling in de FPC is een instrument (Middelenanalyse) 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).¹⁴

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 risicomangement. Door aandacht te geven aan terugvalpreventie wordt rekening gehouden met een confrontatie met alcohol en (soft)drugs tijdens de verloopfasen. 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.¹⁵

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:¹⁶

¹³ De richtlijn erkent weliswaar dat gebruik (of verlangen naar gebruik) ook in de behandel fase kan plaats vinden en dan opportuun is te starten met het aanleren van terugvalpreventietechnieken. Voor het overige gaan adviezen vooral in op mogelijke terugval tijdens de resocialisatiefase.

¹⁴ Aangehaald in: Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg, 2015, p.28.

¹⁵ Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg, 2015, p.23.

¹⁶ Ibid. p.28.

- 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 verlof en dat deze ervaring wordt ingezet als therapeutisch leermoment.

Gebruik tijdens verlof

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 verlof. "Belangrijk is dat samen met de patiënt voorafgaand aan het verlof 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 verlof. Bij patiënten moet worden gekeken of de patiënt risicosituaties herkent en hier adequaat op 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."¹⁷ 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."¹⁸ 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).¹⁹



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 gg 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

¹⁷ Ibid. p.36.

¹⁸ Ibid. p.27.

¹⁹ <https://efp.nl/publicaties/basis-zorgprogramma> (versie 4.1., december 2019)

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).

4.4 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 zijn²⁰. 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).

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 verdachte en levert een zogenaamde Pro Justitia rapportage²¹ 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 delict risico. Dit helpt om tijdens de behandeling therapeutisch maatwerk te leveren.

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

²⁰ 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.

²¹ Zie: <https://www.nifp.nl/pro-justitia-rapportage/index.aspx>.

worden gemaakt hoe op bepaalde momenten te handelen.”²² De directeur van de PI moet worden geïnformeerd bij incidenten met drugsgebruik. De “meldingen matrix bijzondere voorvallen”²³ 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 delict risico. Wees helder over de experimentele status van de maatwerkafspraken: als het niet goed gaat worden afspraken teruggedraaid. Doe dat ook.

4.5 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 en is ethisch gezien 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 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 (Van Gestel-Timmermans et al., 2015).

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 forensische zorg heeft beperkte speelruimte 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

²² “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).

²³ Deze matrix hoort bij: “Standaard afspraken tussen zorgaanbieders en PI”. (zie vorige voetnoot).



Het erkennen van ervaringskennis (van de patiënt) als legitieme en relevante kennisbron geeft mede richting aan de invulling van de behandeling. 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 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 vignettes in bijlage 3 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.

4.6 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. Maatwerk leveren in de klinische context is uiterst complex. 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.

Verslaving en terugval

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.

Een intern protocol over hoe met terugval wordt omgegaan is behulpzaam. Daarbinnen kan enige ruimte zijn voor maatwerk. 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. Een andere factor die kan worden meegewogen is of iemand op tijd terugkomt van verlof.

Een terugval kan reden zijn om het verlof enige tijd stop te zetten. Een terugval is tegelijk een ingrijpende ervaring waarvan moet worden hersteld (en geleerd). Een terugval is een belangrijk leermoment voor de patiënt en voor de groep waar de terugval wordt besproken.

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.

**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.

Maatwerk in context

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.

De ruimte om maatwerk te kunnen leveren verschilt per forensische context. Hieronder stippen we maatwerk in drie klinisch forensische settings aan.

In de delictfase van een TBS behandeling is er geen sprake van verlofsituaties die mogelijkheden biedt om maatwerk te overwegen. Desondanks wordt ook in deze fase van de behandeling gebruikt. Enige therapeutische manoeuvreerruimte kan worden gevonden door onderscheid te maken tussen behandelijd en privétijd, bijvoorbeeld als patiënten 's avonds "in verblijf" gaan. Echter, het veiligheidsregime van de kliniek staat los van therapeutische overwegingen waardoor gebruik alsnog kan worden gesanctioneerd, bijvoorbeeld naar aanleiding van een kamercontrole. In de resocialisatiefase lijkt meer ruimte en die wordt in de praktijk ook therapeutisch benut. Desondanks kan het de doorstroming naar bijvoorbeeld beschermd wonen belemmeren, indien daar bewezen abstinentie als voorwaarde voor toelating geldt. Dat laatste is vaak het geval.

In de forensische verslavingskliniek (FVK) staat abstinentie centraal in de behandeling. Elk gebruik is in principe ondermijnend aan de behandeling. Gebruik in de kliniek leidt onmiddellijk tot beëindiging van de behandeling. In verlofsituaties leidt herhaald gebruik tot beëindiging van de behandeling. Verlof wordt voorbereid (terugvalpreventieplan) en als gebruik tijdens verlof toch plaatsvindt wordt dit zoveel mogelijk aangegrepen om samen met een behandelaar van het gebeurde te leren door middel van een terugvalanalyse.

Op de forensisch psychiatrische afdeling (FPA) kan middelengebruik van de ene patiënt de voortgang van de behandeling van de andere patiënt verstoren. Als er niet discreet met maatwerk wordt omgegaan (en de ervaring leert dat dat voor komt) wordt het leef- en behandelklimaat aangetast. Maatwerk vergt minutieuze afspraken en goede handhaving om de patiënt én het behandelklimaat te beschermen. Zelfs dan blijkt het voor veel patiënten moeilijk om zich naar letter en geest van de afspraken te gedragen.

**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**

Beschouw de avondperiode "in verblijf" van de patiënt als privétijd, tenzij er aanwijzingen zijn dat dit de behandeling frustreert. Pas de interpretatie van de uitslag van de urinecontroles hierop aan.

**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.

**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.

Referenties

- 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. <https://doi.org/10.1037/h0095655>.
- Barendregt, C, Wits, E. & De Haan, H. (2021). *Kwaliteit van leven en middelengebruik. Achtergrondrapportage bij de Handreiking voor het toepassen van maatwerk en belonen in de klinische forensische zorg*. Utrecht, KFZ
- Bulten, E. & Groeneweg J. (2013). Over behandeling, beleid en belangenstrijd in de forensische psychiatrie. *Justitiële verkenningen*, 39(4):37-50.
- Clercx, M., Keulen-de Vos, M., Nijman, H.W., Didden, R. & Nijman H. (2020) What Is so Special about Forensic Psychiatric Professionals? Towards a Definition of Forensic Vigilance in Forensic Psychiatry, *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 21(3): 195-213. <https://doi.org/10.1080/24732850.2020.1847569>.
- 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.
- 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.
- 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>.
- 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.
- Pomp, E. (2009). *Het Good Lives Model. Een literatuurstudie*. Utrecht: EFP <https://efp.nl/publicaties/het-good-lives-model-eeen-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.
- Schel, S.H.H., Bouman, Y.H.A., Vorstenbosch, E.C.W., & Bulten, B.H. (2016). 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

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

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)

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 project²⁴ 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 ambulantly 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 aanbieder 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 initiële beloning ervaart bijvoorbeeld op het moment dat de behandelingsovereenkomst wordt gesloten (priming-effect).

²⁴ 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>

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 (Carroll 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 (Merkx 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 zorgverlener.
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 zorgverlener 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., Merkx, 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

Merkx, 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 project²⁵ 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 maatregel²⁶. 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 kan worden gesproken en het feitelijke gebruik. In de pre-resocialisatiefase laveren behandelaars tussen

²⁵ 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>

²⁶ <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorgtitels>

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 zorgverleners 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 zorgverleners 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: thematiseer 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 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 op gang 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." Blowen maakt hem rustig, zegt hij. Ook het behandelteam merkt dat blowen 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 behandel fase.

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 verlot 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 verlof 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 verlof 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 verlof 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 toestandsbeeld 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.

Bijlage 4 Overzicht van adviezen

In deze handreiking hebben we in de verschillende hoofdstukken aanbevelingen gedaan voor het omgaan met (problematisch) middelengebruik in de uitvoeringspraktijk van forensische klinieken. In dit hoofdstuk zetten we de afzonderlijke adviezen uit de eerdere hoofdstukken overzichtelijk bij elkaar.

Adviezen over de kwaliteit van leven zijn generiek, ze betreffen alle patiënten in de forensische zorg. De adviezen van Schel et al. (2017) ten aanzien van middelengebruik zijn veel specifieker: beloon abstinentie en lever maatwerk. Op basis van richtlijnen, wettelijke kaders en praktijkkennis zijn we in deze handreiking tot adviezen gekomen die kunnen helpen invulling te geven aan de adviezen van Schel et al.

Adviezen over kwaliteit van leven

In hoofdstuk 2 beschreven we in algemene zin wat een zorgverlener kan doen voor de kwaliteit van leven van een patiënt met problematisch middelengebruik. De adviezen uit dit hoofdstuk verwijzen dus naar alle patiënten binnen de (klinische) forensische zorg. De adviezen gaan zowel over behandeling als bejegening en zijn gebaseerd op de Good Lives en de herstelbenadering van de forensische zorg.

Bevinding De veiligheidsovername in de forensische context nodigt uit om in de behandeling en bejegening te focussen op risicobeheersing en de stoornis(sen).	Advies Sluit aan bij het verhaal van de patiënt. Zie de persoon als geheel, niet alleen de stoornis.
Bevinding In de forensische zorg is nog onvoldoende aandacht voor kwaliteit van leven.	Advies Gebruik het stappenplan Kwaliteit van Leven (Van Vliet et al. 2021) om op individueel en op instellingsniveau systematisch de mogelijkheden voor de verbetering van kwaliteit van leven na te gaan en uit te voeren.
Bevinding De forensische context is naar zijn aard beperkend. Het (sterk) beperken van keuzevrijheid tast de kwaliteit van leven aan.	Advies 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.
Bevinding De beperkende cultuur van de forensische context beperkt het zicht op de mogelijkheden die er wel zijn.	Advies Wees je bewust van de beperkingen (van jezelf, de patiënt en de setting) maar denk in mogelijkheden.
Bevinding Doelen stellen over wat te bereiken in het leven is niet eenvoudig. Vaak is het gemakkelijker te bepalen wat je niet wil dan wat je wel wil.	Advies Stimuleer en ondersteun het formuleren van concrete en realistische doelen en verifieer of de patiënt er achter staat.

Bevinding

Sociale relaties van patiënten zijn vaak verstoord. Soms zijn bestaande sociale relaties niet ondersteunend.

Advies

Benut de eigen kracht en eigen bronnen van steun van de patiënt. Ondersteun hem/haar door zijn steunsysteem te betrekken en te stimuleren.

Bevinding

De inzet van ervaringsdeskundigen kan patiënten helpen perspectief te creëren (hoop) en zich meer open te stellen voor de behandeling.

Advies

Erken en benut ervaringsdeskundigheid (indien beschikbaar in de kliniek).

Adviezen over belonen

Materieel belonen van abstinentie, zoals bedoeld bij Contingency Management, is geen praktijk in de klinische forensische zorg. Het belonen van gewenst gedrag, zoals bedoeld bij Community Reinforcement Approach (CRA), wordt mondjesmaat toegepast in de klinische zorg van de projectpartners. De praktijk is 'weggezaakt' bij de medewerkers. Belonen vindt plaats op verschillende andere manieren. Belonen met verlof wordt veel toegepast maar bevelen wij niet aan als praktijk om abstinentie te belonen.

Bevinding

Uit de richtlijnen komt naar voren dat Contingency Management, als aanvullende behandelstrategie effectief is. De effectiviteit in de forensische context is nog weinig onderzocht.

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.

Bevinding

Betrokkenheid van medewerkers en 'geloof' in de werkzaamheid van een interventie zijn belangrijk voor het welslagen.

Advies

Bereid de implementatie van interventies zoals CRA en CM goed voor en betrek medewerkers in de voorbereiding

Bevinding

Het principe van CM is simpel maar het uitwerken van CM als interventie vergt nogal wat detaillering.

Advies

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.

Bevinding

Het (materieel) belonen van 'zachte doelen' kan leiden tot ongewenste discussie over wanneer het doel wel of niet is gehaald.

Advies

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.

Bevinding

Sommige medewerkers vinden een geldelijke beloning onwenselijk vanwege het beladen karakter van geld. Deze medewerkers geven de voorkeur aan 'leuke of nuttige spulletje'.

Advies

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.

Bevinding

Uit de richtlijnen komt naar voren dat CRA in combinatie met Contingency Management effectief is.

Advies

Zet CRA bij voorkeur in combinatie met CM in (maar test de haalbaarheid van beide interventies afzonderlijk alvorens ze te combineren).

Bevinding

CRA is een methodiek die onderhoud vergt. Als dat niet gebeurt zakt de animo hiermee te werken weg.

Advies

Zorg ervoor dat bij implementatie van CRA ook regelmatig opfris- en scholingsdagen worden gepland.

Bevinding

Positieve sociale bekrachtiging van gewenst gedrag is belangrijk maar geen trucje. Het moet gemeend zijn, in verbinding met de ander.

Advies

Complimenteer niet routinematig maar alleen wanneer je het echt meent, op onverwachte momenten en/of bij mijlpalen.

Bevinding

Vier de successen met gemeente complimenten, maar soms verdient iemand meer dan dat.

Advies

Markeer behaalde tussenstappen in de behandeling met kleine rituelen en/of kleine beloningen, zoals een versnapering.

Bevinding

Tijdens verlof lopen patiënten het grootste risico op een 'uitglijder' of terugval.

Advies

Bereid het verlof goed voor. Zie een verlof waarin iemand niet heeft gebruikt als een 'behaalde tussenstap'. Evalueer en bekrachtig wat er goed ging.

Adviezen over maatwerk

Het toepassen van maatwerk ten aanzien van middelengebruik wordt wel toegepast in de praktijk, met name in klinische settings waarin verslaving niet centraal staat. De ervaringen zijn wisselend, maatwerkafspraken worden niet altijd gerespecteerd. Er zijn voorbeelden van een negatieve invloed op het afdelingsklimaat. De meeste ruimte om maatwerk te leveren is rondom verlofsituaties.

Bevinding

Straf, of dreiging daarmee, wordt breed toegepast in forensische setting. Dit is niet bevorderlijk voor het therapeutisch klimaat.

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.

Bevinding

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.

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.

Bevinding

Leren van uitglijder of terugval in verlofsituaties gebeurt door het doen van terugval- of functieanalyse. Uitpluizen wat er is gebeurd, wat risicosituaties en triggers waren en wat nodig is om een volgende keer niet het gedrag te herhalen. Dat is maatwerk.

Advies

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.

Bevinding

Terugval- of functieanalyse na middelengebruik tijdens verlof is een krachtig leermiddel. Een effectieve uitvoering vergt tijd, ruimte en een cultuur waarin (gedragstherapeutisch) leren de norm is.

Advies

Zet maatwerk alleen in als het gedragstherapeutisch kan worden ingebed.

Bevinding

De therapeutische ruimte om (in verlofsituaties) maatwerk te leveren wordt beperkt door bijzondere voorwaarden die worden geadviseerd (NIFP, reclassering) en opgelegd door de rechter.

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.

Bevinding

In de huidige omstandigheden is maatwerk in verlofsituaties enigszins mogelijk: bijzondere voorwaarden beperken de therapeutische ruimte maar bieden soms ook mogelijkheden om maatwerk te leveren.

Advies

Zoek en benut ruimte om patiënten te laten oefenen met gecontroleerd gebruik of met het gebruik van middelen met een gering delict risico. Wees helder over de experimentele status van de maatwerkafspraken: als het niet goed gaat worden afspraken teruggedraaid. Doe dat ook.

Bevinding

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.

Advies

Onderzoek op afdelings- of instellingsniveau hoe aan deze benadering(en) concreet invulling kan worden gegeven.

Bevinding

Het erkennen van ervaringskennis (van de patiënt) als legitieme en relevante kennisbron geeft mede richting aan de invulling van de behandeling

Advies

Het kan helpen ervaringsdeskundigen (formeel opgeleid) en ervaringswerkers (getrainde vrijwilligers) een rol te geven in het behandelteam.

Bevinding

Het maatschappelijke sentiment ten aanzien van de (klinische) forensische zorg is weinig

Advies

Werk aan het vergroten van de therapeutische speelruimte zodat vernieuwende zorg kan worden geleverd die naast veiligheid op korte

empathisch. Dit beperkt de therapeutische handelvrijheid op alle niveaus.	termijn ook focust op het herstel en recidivevermindering op langere termijn.
---	---

Bevinding

Een aantal medewerkers in de forensische zorg vindt dat (terugval in) middelengebruik een keuze is: eerder een symptoom van niet willen dan van niet kunnen. Deze houding bevordert een repressieve of corrigerende benadering van middelengebruik.

Advies

Besef dat middelengebruik een symptoom kan zijn van een stoornis. 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.

Bevinding

Samenwerking tussen patiënt en zorgverlener is een belangrijke voorwaarde voor succesvolle behandeling.

Advies

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

Bevinding

Het overschatten van iemands autonomie en begrip van gemaakte afspraken kan onbedoeld leiden tot schending van de gemaakte afspraken en leiden tot forse consequenties (voor de patiënt en/of voor de afdeling).

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.

Bevinding

Het komt voor dat tegen het therapeutische advies in, patiënten door de directeur van de PI worden teruggeroepen om hun straf uit te zitten.

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.

Bevinding

Onduidelijke afspraken over middelengebruik tijdens verlof leiden tot ongewenste discussie over de vraag of iemand zich aan de afspraken heeft gehouden.

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.

Bevinding

Veel patiënten in de TBS ervaren hun verblijf als perspectiefloos. Het straffen van middelengebruik versterkt de ervaren (en feitelijke) uitzichtloosheid.

Advies

Beschouw de avondperiode "in verblijf" van de patiënt als privétijd, tenzij er aanwijzingen zijn dat dit de behandeling frustreert. Pas de interpretatie van de uitslag van de urinecontroles hierop aan.

Bevinding

Het schipperen tussen wat mag en wat therapeutische nodig is, wordt soms gezien als niet-passend in de cultuur van een forensische setting (tucht en orde).

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 in de forensische ggz.

Bevinding

Het grootst ervaren nadeel van maatwerk is dat het behandelklimaat op de afdeling wordt aangetast. Drugs op de afdeling betekent voor veel patiënten dat het behandelklimaat onveilig wordt en daarmee contraproductief.

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.

Leren is beter dan straffen