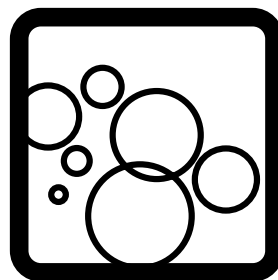


Beleid op het gebied van middelengebruik in de forensisch psychiatrische instellingen



**Soenita Ganpat
Sabrina Soe-Agnie
Agnes van der Poel
Fleur van der Meer
Brigitte Boon**



Onderzoek in opdracht van de sectordirectie tbs van de
Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie

Beleid op het gebied van middelengebruik in de forensisch psychiatrische instellingen

Soenita Ganpat (IVO), Sabrina Soe-Agnie (EFP), Agnes van der Poel (IVO), Fleur van der Meer (EFP)
en Brigitte Boon (IVO)

November 2007

IVO

Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
T 010 425 33 66
secretariaat@ivo.nl

ISBN 978-90-74234-73-3

Ontwerp en druk: Basement Grafische Producties, Den Haag

Inhoudsopgave

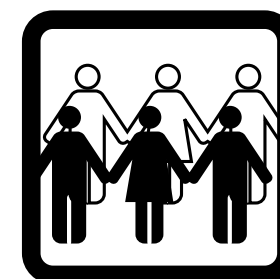
1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding en doel van het onderzoek	6
1.2 Tbs-behandeling	7
1.3 Middelengebruik in de tbs	8
1.4 Ontwikkelingen in de verslavingszorg en de GGZ	9
1.5 Het onderzoek	10
1.6 Leeswijzer	10
2 Methoden	14
2.1 Probleem- en vraagstelling	14
2.2 Onderzoeksopzet	15
Vorbereiding / Schriftelijke beleidsstukken / Interviews met professionals / Informeel gesprekken met patiënten / Observaties	
2.3 Anonimiteit van respondenten	20
2.4 Analyse en rapportage	21
2.5 Begrippen en definities	21
Klinieken / FPC versus FPK / Patiënten / Middelengebruik / Uitzonderingsbeleid / Beheersvisie (middelengebruik als beheersprobleem) / Behandelvisie (middelengebruik als behandelprobleem) / Sancties / Fasen in behandeling / Indexdelict / As I en As II stoornissen	
3 Beleidsstukken	26
3.1 Beschikbare beleidsstukken	26
3.2 Middelengebruik als behandelprobleem	27
Diagnostiek / Behandelaanbod / Verslavingsafdeling	
3.3 Middelengebruik als beheersprobleem	29
Controlemaatregelen / Sanctie maatregelen / Communicatie van de regels naar patiënten	
3.4 Knelpunten en aanbevelingen	30
3.5 Samenvatting	31
4 Omvang en kenmerken van het middelengebruik	34
4.1 Aantal gebruikende patiënten en aard van het middelengebruik	34
4.2 Hoe patiënten de middelen verkrijgen	35
4.3 Relatie tussen middelengebruik, delictgedrag en psychopathologie	36
Samenhang tussen middelengebruik en delict / Samenhang tussen middelengebruik, delict en psychopathologie	
4.4 Wanneer middelengebruik als problematisch wordt ervaren	37
Middelengebruik soms niet negatief	
4.5 Samenvatting	38

5 Middelengebruik als beheersprobleem	42
5.1 Middelengebruik als beheersprobleem: van zero-tolerance tot uitzonderingsbeleid	42
5.2 Controlemaatregelen	43
5.3 Sanctiemaatregelen	45
5.4 Informatievoorziening beheersbeleid	46
5.5 Middelengebruik als (zelf)medicatie	47
5.6 Diversiteit in beheersmaatregelen	47
5.6.1 Verschillen in maatregelen tussen typen patiënten	48
5.6.2 Verschillen tussen behandel fasen en afdelingen Opnamefase / Behandelfase / Resocialisatiefase/ Middelengebruik op de longstay afdeling	49
5.6.3 Verschillen tussen typen klinieken	50
5.7 Ervaringen met het beheersen van middelengebruik: verbeterpunten Begrip voor een zero-tolerance beleid / Beheersbeleid als te streng ervaren / Onduidelijkheid door de diversiteit in maatregelen / Beheersen tijdens bijzondere gelegenheden / Angst / Kunstmatige situatie door beheersen / Onbedoelde effecten van zero tolerance beleid / Urinecontroles / Blaastest / Negatieve benadering controles / Controles niet streng genoeg / Controle van bezoek en personeel / Onder druk zetten van het personeel / Inzetten van personeel	51
5.8 Samenvatting	54
6 Middelengebruik als behandelprobleem	58
6.1 Behandelvisie	58
6.2 Diagnostiek in de opnamefase	59
6.3 Het behandel aanbod	60
6.4 Speciale afdeling voor verslaafden	61
6.5 Ervaringen met de behandeling van middelengebruik: verbeterpunten Aanbod modules / Diagnostiek / Kliniekbrede aandacht en kennis	62
6.6 Samenvatting	63
7 Conclusie en discussie	66
7.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen	66
7.2 Discussie	74
Referenties	76
Bijlagen	79
1 Semi-gestructureerde vragenlijst interview professionals	80
2 Topiclijst informele gesprekken patiënten	86
3 Observatieprotocol	89
4 Vragenlijst verwerking beleidsstukken	91
5 Patiënt Informatie Brief	100

hoofdstuk 1

inleiding

Inleiding



Hoofdstuk 1

Inleiding

Dit rapport vormt het verslag van een kwalitatief onderzoek naar het huidige - geschreven en ongeschreven - beleid op het gebied van middelengebruik in de forensisch psychiatrische instellingen.

1.1 Aanleiding en doel van het onderzoek

De tijdelijke commissie onderzoek tbs (commissie Visser) heeft vorig jaar een rapport uitgebracht waarin wordt gesteld dat er verbeteringen nodig zijn in het tbs-stelsel om de maatschappelijke veiligheid ook in de toekomst te kunnen blijven garanderen (TBS, vandaag over gisteren en morgen, 16 mei 2006). Onder andere wordt hierin benoemd dat er speciale aandacht moet komen voor de behandeling van verslaving binnen de tbs. Het rapport van de commissie Visser heeft geleid tot een plan van aanpak dat door het kabinet en de betrokken maatschappelijke instellingen breed wordt gedragen. In het algemeen overleg van 26 oktober 2006 blijkt dat de Kamer enkele wijzigingen in het plan van aanpak voorstelt, waaronder over het vóórkomen van verslavingsproblematiek in de tbs sector. Naar aanleiding daarvan heeft de Directie Sanctie- en Preventiebeleid besloten van het Ministerie van Justitie de opdracht te geven voor het doen van een onderzoek naar het beleid op het gebied van middelengebruik en verslaving in de forensisch psychiatrische instellingen (Toezeggingen tbs, 11 december 2006). In januari 2007 heeft de sectordirectie tbs van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie deze opdracht neergelegd bij het EFP (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie). Voor de uitvoering van het onderzoek heeft het EFP samenwerking gezocht met het IVO (Wetenschappelijk bureau voor onderzoek naar leefwijzen en verslaving).

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is informatie te leveren om te komen tot een startdocument voor het ontwikkelen van een zorgprogramma verslaving dat gebruikt kan worden binnen alle tbs-klinieken. Verschillende tbs-klinieken hebben al zorgmodules en/of zorgprogramma's voor verslaving binnen hun specifieke setting ontwikkeld. Het is van belang dergelijke praktijkvoorbeelden mee te nemen bij het

ontwikkelen van een overkoepelend zorgprogramma. Bekeken kan worden welke van de huidige inspanningen en initiatieven van de klinieken beschouwd kunnen worden als "best practices". Deze best practices kunnen vervolgens het uitgangspunt vormen bij de ontwikkeling van een geïntegreerd zorgprogramma verslaving, specifiek voor de tbs. Het in kaart brengen van het huidige beleid op papier en in de praktijk middels dit onderzoek vormt daartoe een eerste stap. DJI heeft de intentie uitgesproken om dit onderzoeksverslag neer te leggen bij het EFP en haar te vragen om het zorgprogramma verslaving te ontwikkelen in samenwerking met de tbs-klinieken.

1.2 Tbs-behandeling

De forensische psychiatrie bevindt zich op het raakvlak van de geestelijke gezondheidszorg met justitie. Ze houdt zich bezig met personen die van de rechter een vrijheidsbeperkende maatregel gekregen hebben, in combinatie met gedwongen verpleging en behandeling. De terbeschikkingstelling (tbs) is de meest bekende vorm; deze maatregel kan de rechter opleggen aan verdachten die een ernstig delict hebben gepleegd (gevangenisstraf van tenminste vier jaar) en in zekere mate ontoerekeningsvatbaar waren ten tijde van het plegen van het misdrijf (er is sprake van een psychiatrische en/of persoonlijkheidsstoornis). Omdat de stoornis heeft bijgedragen aan het plegen van het delict kan er gevaar voor herhaling bestaan. De meeste tbs-patiënten hebben een combinatievonnis opgelegd gekregen, dat betekent dat zij eerst (een deel van) de opgelegde gevangenisstraf uitzitten en dat zij daarna opgenomen worden in een tbs-kliniek. Doel van de tbs is enerzijds bescherming van de maatschappij en anderzijds behandeling van de patiënt - om recidive te voorkomen. De patiënt wordt behandeld in een gesloten instelling. De duur van de tbs staat niet vast, maar kan steeds worden verlengd met een periode van twee jaar. Wanneer een periode van zes jaar is bereikt en er geen of onvoldoende vermindering van het recidiverisico is opgetreden, kan de tbs overgaan in longstay, hetgeen kan inhouden dat de tbs-gestelde levenslang in de instelling verblijft.

Tbs-patiënten krijgen tijdens hun verblijf in de kliniek een behandeling die is afgestemd op hun stoornis en hun persoonlijkheid. De tbs-behandeling bestaat uit een klinisch deel, waarbij de patiënt binnen de beveiligde zone van de inrichting verblijft, en een deel in de resocialisatiefase, waarin de patiënt buiten de beveiligde zone van de inrichting oefent met het terugkeren naar de maatschappij. De tbs-patiënt en het behandelteam maken samen afspraken over een behandelplan. Het uitgangspunt is dat de patiënt zoveel mogelijk op zijn verantwoordelijkheden wordt aangesproken. Naast het behandelen van de stoornis met het oog op de effecten daarvan op het risicovolle gedrag, vormt de geleidelijke en begeleide terugkeer in de samenleving een essentieel onderdeel van de behandeling van de tbs-patiënt. Door het verlenen van verlof wordt de tbs-patiënt voorbereid op zijn/haar terugkeer in de samenleving. Er wordt getoetst of de veronderstelde gedragsverandering daadwerkelijk aanwezig is en standhoudt bij toenemende vrijheden en verantwoordelijkheden. Ook wordt getoetst of de patiënt in staat is de voor hem/haar specifieke risico's adequaat te hanteren bij toenemende vrijheden. Er wordt gebruik gemaakt van een structuur waarin de tbs-patiënt middels opeenvolgende vormen van verlof, met een stapsgewijs groter wordende mate van vrij-

heid¹, geleidelijk wordt teruggeleid naar de maatschappij. Er worden vier vormen van verlof onderscheiden (zie Hildebrand e.a., 2006, p 2):

- Begeleid verlof. In de regel eendaagse verloven buiten de beveiligde zone van de inrichting onder begeleiding van personeel, doorgaans in de eerste fase van de behandeling (opname en stabilisatie);
- Onbegeleid verlof. Hier gaat het om alle eendaagse of meerdaagse verloven, zonder of met overnachtingen, buiten de beveiligde zone van de inrichting zonder begeleiding van personeel. Onbegeleid verlof vindt doorgaans gefaseerd plaats in de klinische fase van de behandeling binnen de beveiligde zone van de kliniek;
- Transmuraal verlof. Het doel van transmuraal verlof is allereerst resocialiseren en dit verlof vindt plaats in de laatste fase van de behandeling, waarin reïntegratiemogelijkheden in de maatschappij worden verkend. Het betreft alle verloven die buiten de beveiligde zone van de inrichting plaatsvinden, zonder begeleiding van personeel, met een gefaseerde afbouw in het afsprakenstelsel, en voor langere tijd, zodat ondermeer zicht ontstaat op de mogelijke beëindiging van de behandeling;
- Proefverlof, tenslotte, vindt plaats in de uitstroomfase die leidt tot een onvoorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel dan wel tot vervolgbehandeling (bijvoorbeeld overplaatsing naar de ggz-sector of voorwaardelijke beëindiging tbs). Bij deze vorm van verlof houdt de reclassering toezicht.

Het in deze rapportage beschreven onderzoek naar het beleid van de tbs-klinieken ten aanzien van middelengebruik, heeft betrekking op zowel het intramurale (klinische) deel van de tbs-behandeling, inclusief de longstay, als op het transmurale deel van de behandeling.

1.3 Middelengebruik in de tbs

Uit een studie van Timmerman en Emmelkamp (2001) blijkt dat middelengebruik en middelenaafhankelijkheid voorkomt bij ruim 75% van de tbs-patiënten. Dit percentage heeft betrekking op de periode vóór de tbs-behandeling. Het betreft hier de zogenaamde lifetime prevalentie van deze stoornissen zoals die gediagnosticeerd worden bij opname in de tbs-kliniek. Wanneer gekeken wordt naar de hoofddiagnose van de tbs-patiënten, dan blijkt dat 20% als hoofddiagnose een aan middelengebruik gerelateerde stoornis heeft (Van Emmerik & Brouwers, 2001). Volgens Van Emmerik en Brouwers (p. 16) komt het "verslaafd zijn aan dan wel intensief gebruik van psychotrope stoffen ten tijde van het delict" voor bij ongeveer twee op de drie tbs-patiënten.

In het kader van het parlementaire onderzoek naar het functioneren van het tbs-stelsel heeft het EFP, in opdracht van de Minister van Justitie, onderzoek gedaan naar de vraag welke inzichten de analyse van onttrekkingen (ongeorloofde afwezigheid vanuit een verstrekt verlof) en recidive vanuit een onttrekking oplevert (Hildebrand e.a., 2006). Uit de resultaten komt naar voren dat bij zowel onttrekkingen als recidives (al dan niet na een onttrekking) meerdere individuele risicofactoren een voorspellende waarde hebben,

¹ Uiteraard voorzover alles naar wens verloopt; gebeurt dit niet, dan gaat de patiënt terug naar een vorige situatie met meer beperkingen.

waaronder alcohol, softdrug- en harddruggebruik in het jaar voorafgaande aan de onttrekking. Zowel de onttrekkers als de recidivisten nemen tijdens de tbs-behandeling vaker hun toevlucht tot alcohol, soft- en harddrugs dan zij die geen onttrekkingen en/of recidive laten zien.

Dat het gebruik van alcohol, softdrugs en harddrugs een rol van betekenis speelt binnen het traject van de tbs blijkt bovendien uit het parlementair onderzoek "TBS: vandaag over gister en morgen" (Tweede Kamer, 2006). Hierin wordt geconcludeerd dat er vergeleken met 20 à 30 jaar geleden vaker sprake is van verslavingsproblematiek binnen de tbs-populatie. Tekenend is dat in vijf van de zeven casussen die beschreven worden in dit rapport van de parlementaire commissie, middelengebruik een rol speelt in de verschillende fasen van de tbs.

De vraag dient zich aan wat er nodig is om de geschetste problemen ten aanzien van middelengebruik en verslaving binnen het traject van de tbs te doen verminderen. De behoefte aan nieuw beleid, bijvoorbeeld aan een zorgprogramma voor verslaving kan ook worden verduidelijkt aan de hand van de ontwikkelingen in de ggz en binnen de verslavingszorg zelf.

1.4 Ontwikkelingen in de verslavingszorg en de GGZ

Recent heeft GGZ Nederland in opdracht van het Ministerie van VWS een vergelijkbaar onderzoek als het onderhavige - zij het beperkter in omvang - uitgevoerd onder de ggz-instellingen (Drugsoverlast in de GGZ, 2006). Zij heeft daartoe middels een schriftelijke enquête gegevens verzameld over de aard en omvang van het drugs- en alcoholgebruik in ggz en verslavingszorginstellingen, en over de maatregelen die de instellingen treffen om de hiermee gepaard gaande overlast te verminderen. Naast de enquête die verstuurd werd aan de instellingen zijn er met elf instellingen mondelinge interviews gehouden, onder andere om informatie te vergaren over best practices.

Uit deze inventarisatie blijkt dat naar schatting 30% van de patiënten die in de ggz-instellingen wegens psychische stoornissen zijn opgenomen, verslaafd zijn aan alcohol en of drugs, dan wel deze middelen in ernstige mate gebruiken. Bij druggebruik gaat het over het algemeen om softdrugs, maar men heeft de indruk dat het in toenemende mate ook gaat om harddrugs. Bij meer dan driekwart van de ggz- en verslavingszorginstellingen leidt het middelengebruik in en rond de instelling tot overlast (GGZ Nederland, Persbericht, 20 december 2006). De overlast kan bestaan op de afdelingen omdat medepatiënten en ambulante patiënten drugs meebrengen of gebruiken. Verpleegkundigen kunnen daardoor hun werk niet goed doen. Op het instellingsterrein kan drugshandel ontstaan. Dealers bevinden zich op het terrein en kunnen patiënten onder druk zetten om drugs te verkopen aan hun medepatiënten, waardoor zich situaties voordoen van afpersing en bedreiging. Met name aan alcohol verslaafde patiënten veroorzaken door hun gedragsproblemen overlast in omringende woon- en winkelcentra.

Alle ggz- en verslavingszorginstellingen treffen volgens de bevindingen in deze inventarisatie maatregelen om de drugsoverlast tegen te gaan. De keuze voor de maatregelen die zij daarvoor gebruiken hangt af

van de visie van de instelling op verslaving. "Wanneer verslaving wordt gezien als een psychiatrische ziekte - en deze visie wint de laatste jaren terrein - dan is daarmee tevens gezegd dat het drugsgebruik van de betreffende patiënten beschouwd moet worden als een gezondheidsprobleem" (Drugsoverlast in de GGZ, 2006, p. 7). De drugsoverlast die het gevolg is van verslaving wordt binnen deze visie beschouwd als een behandelprobleem. Driekwart van de instellingen beschouwt het middelengebruik en de ermee gepaard gaande overlast ook primair als een behandelprobleem. In 83% van de instellingen worden, volgend uit deze visie, in het behandelplan afspraken gemaakt tussen behandelaar en patiënt over het druggebruik. Deze afspraken kunnen abstinentie betreffen of gereguleerd gebruik (eventueel leidend tot abstinentie). De richtlijn voor deze afspraken is het behandelperspectief van de patiënt dat gebaseerd is op een diagnostisch oordeel over zowel de psychiatrische problematiek als het middelengebruik. Daarbij speelt bovendien de natuurlijke omgeving waarin de patiënt voor de behandeling verkeerde en waarnaar hij/zij waarschijnlijk terug zal keren een rol. "Tenslotte dient men te overwegen dat het soms beter kan zijn om patiënten, die terugkeren in hun sociale milieu (waar drugsgebruik soms aan de orde van de dag is) te leren er - met mate - mee om te gaan, dan abstinentie te benadrukken. De kans op afbreuk is in dat laatste geval groot" (Drugsoverlast in de GGZ, 2006, p. 7).

De ggz- en verslavingszorginstellingen benadrukken dat door de aanpak van de drugsoverlast in het perspectief te plaatsen van de behandeling, het veiligheidsaspect niet minder belangrijk wordt. Voor het welslagen van de zorg moeten zowel patiënten als behandelaars zich veilig voelen. Een onveilige omgeving moet daarom zoveel mogelijk worden ingeperkt. Wel dient volgens hen onderkend te worden dat beveiliging geen oplossing biedt voor de verslavingsproblematiek en de ermee gepaard gaande overlast: "het stopt de ziekelijke zucht van de patiënt naar het verslavende middel niet" (Drugsoverlast in de GGZ, 2006, p. 11).

1.5 Het onderzoek

De setting van de tbs wijkt door het juridische kader waarin de tbs-behandeling plaatsvindt echter af van die van de ggz- en verslavingszorginstellingen. Dat betekent dat er behoefte is aan een voor de tbs-setting geschikt beleid ten aanzien van middelengebruik. De laatste jaren worden er door de tbs-instellingen al steeds meer modules en programma's ontwikkeld op het gebied van zowel de beheersing als de behandeling van middelengebruik binnen de tbs. Het onderhavige onderzoek is erop gericht om het huidige beleid van de tbs-klinieken ten aanzien van middelengebruik en verslaving, dat wil zeggen zowel het geschreven beleid als het ongeschreven beleid zoals dat praktisch vorm krijgt, in kaart te brengen. Deze rapportage bevat de resultaten van deze inventarisatie en kan daarmee een startdocument vormen voor de ontwikkeling van een zorgprogramma verslaving specifiek voor de tbs-klinieken.

1.6 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk beschrijven we de onderzoeksopzet: hoe is het onderzoek uitgevoerd? Dat hoofdstuk eindigt met een lijst van begrippen en definities omdat we met het oog op de leesbaarheid van

deze rapportage een aantal keuzes in terminologie hebben gemaakt. In de daaropvolgende hoofdstukken (3-6) worden de resultaten gepresenteerd. We hebben daartoe de rapportage ingedeeld in een aantal hoofdthema's die per hoofdstuk worden behandeld: het beleid volgens de beleidsstukken (3), omvang en kenmerken van het middelengebruik (4), middelengebruik als beheersprobleem (5) en middelengebruik als behandelprobleem (6). In het laatste hoofdstuk (7) combineren we al het voorgaande ten behoeve van de beantwoording van de onderzoeksvragen en komen we tot conclusies.

methoden

hoofdstuk 2

Methoden van onderzoek



Hoofdstuk 2

Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk worden de methoden van onderzoek beschreven. We maken gebruik van vier kwalitatieve methoden: het bestuderen van beleidsstukken, het interviewen van professionals, informele gesprekken met patiënten en observaties.

2.1 Probleem- en vraagstelling

De volgende probleemstelling staat centraal in het onderzoek:

Wat is het - geschreven en ongeschreven - beleid van de forensisch psychiatrische instellingen op het gebied van middelengebruik van hun patiënten? Wat zijn volgens professionals en patiënten de mogelijkheden tot verbetering van dit beleid?

Deze probleemstelling is uitgesplitst in de volgende vragenstellingen:

1. Geschatte omvang en kenmerken middelengebruik

Wat is de geschatte omvang van het aantal patiënten met alcohol-, softdrugs- en/of harddrugsgebruik door professionals? Welke samenhang zien professionals tussen soort middelengebruik en bepaalde typen delicten? En welke tussen soort middelengebruik, andere psychiatrische stoornissen en bepaalde typen delicten?

2. Uitgangspunten voor beleid

Wordt binnen de klinieken middelengebruik van patiënten voornamelijk gezien als een 'behandelprobleem' of als een 'beheers- of veiligheidsprobleem'? Wat zijn de gevolgen in de praktijk voor de verschillende visies?

3. Beleid en behandeling

Wat is het beleid op het gebied van middelengebruik van zowel alcohol als soft- en harddrugs in de verschillende fasen die patiënten doorlopen in de kliniek: bij de opname, bij de behandeling en in de resocialisatiefase?

- Opname: Wordt er gebruik gemaakt van diagnostische instrumenten specifiek gericht op middelengebruik? Hoe worden patiënten geïnformeerd over het beleid? Zijn er schriftelijke materialen beschikbaar? Worden, bij de intake, manieren waarop gecontroleerd wordt en evt. sancties kenbaar gemaakt?
- Behandeling: Hoe wordt er in de praktijk omgegaan met middelengebruik? Wanneer, en waarom, wordt gebruik van middelen als problematisch ervaren door behandelaars? Zijn er beheersproblemen op dit gebied? Worden middelen wellicht ingezet als (zelf)medicatie (zoals medicinale cannabis)? Welke behandelmodules op het gebied van middelengebruik (zoals terugvalpreventie) worden aan patiënten aangeboden? Op welke momenten (in welke fase van de behandeling) worden dergelijke behandelmodules aangeboden? Is dit aanbod, inclusief het moment waarop het wordt aangeboden, schriftelijk vastgelegd?
- Resocialisatie: Hoe wordt er in de praktijk omgegaan met middelengebruik door patiënten die op verlof gaan? Wordt er vóóraf specifieke aandacht aan besteed? Wordt er achteraf geëvalueerd?

4. Beheersmaatregelen

Wanneer middelengebruik (mede) gezien wordt als beheersprobleem, op welke wijze krijgen controle en sancties vorm?

5. Diversiteit

Gelden er - bij de opname, tijdens behandeling en tijdens resocialisatie - verschillende regels voor verschillende typen patiënten? Te denken valt aan patiënten met en zonder persoonlijkheidsstoornissen, of aan patiënten met en zonder een gebruiksgeschiedenis. Denk ook aan patiënten bij wie het gepleegde delict (en hun stoornis) al dan niet direct samenhangt met hun middelengebruik.

6. Patiëntenperspectief en perspectief professionals

Hoe ervaren patiënten het gevoerde beleid? Hoe ervaren professionals het gevoerde beleid?

7. Verbeterpunten

Op basis van bovenstaande inventarisatie; welke mogelijkheden zijn er volgens professionals en patiënten tot verbetering van het bestaande beleid?

2.2 Onderzoeksofzet

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is te komen tot een startdocument van waaruit een begin gemaakt kan worden met het ontwikkelen van een zorgprogramma verslaving dat gebruikt kan worden binnen alle tbs-klinieken. De ofzet van het onderzoek is exploratief van aard. Het betreft een inventarisatie van het beleid van de forensisch psychiatrische klinieken op het gebied van middelengebruik. De onder-

zoeksopdracht omvatte geen prevalentie-meting. M.b.t. de omvang is er een inventarisatie gemaakt van de geschatte omvang door professionals. Bovendien wordt geïnventariseerd hoe het beleid volgens professionals en patiënten in de praktijk wordt uitgevoerd en hoe het verbeterd kan worden. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn - per kliniek - kwalitatieve gegevens verzameld aan de hand van verschillende methoden: (1) het bestuderen van schriftelijke beleidsstukken, (2) het afnemen van semi-gestructureerde interviews met professionals, (3) het voeren van informele gesprekken met patiënten, en (4) het verrichten van observaties. Het gaat hierbij niet alleen om het schriftelijke beleid, maar ook om de uitvoering ervan, en om welke zaken daarbij belemmerend of juist bevorderend werken. Een korte periode van voorbereiding is voorafgegaan aan de daadwerkelijke dataverzameling, waarbij een onderzoeker gedurende drie dagen aanwezig was in elke kliniek. De verschillende onderdelen van het onderzoek worden hieronder nader toegelicht.

Vorbereiding

In de voorbereidende fase is een brief opgesteld aan de algemeen directeuren van de dertien tbs-klinieken, waarin door DJI werd verzocht om medewerking aan dit onderzoek. Vervolgens hebben de projectleider en een van de onderzoekers elke kliniek persoonlijk bezocht en tijdens dat bezoek de gang van zaken tijdens het onderzoek doorgesproken. Meestal vond dat gesprek plaats met de behandeldirecteur en een medewerker die als contactpersoon voor het onderzoek zou optreden. Twaalf klinieken stemden toe in deelname aan het onderzoek. Per kliniek is geïnventariseerd welke vijf à zes professionals geïnterviewd zouden worden (met dezelfde beroepsmatige achtergrond, in de verschillende klinieken), op welke afdelingen de observaties en informele gesprekken met patiënten konden plaatsvinden, en welke beleidsstukken in het kader van dit onderzoek bestudeerd konden worden. In de eerste kliniek waar het onderzoek is gestart hebben twee onderzoekers de dataverzameling samen uitgevoerd, om afstemming van de wijze van dataverzameling mogelijk te maken tussen de twee betrokken onderzoekers. In de andere elf klinieken heeft steeds één onderzoeker de data verzameld.

In diezelfde periode hebben de onderzoekers de vragenlijst ten behoeve van de interviews opgesteld (Bijlage 1), net als de topiclijst voor de informele gesprekken (Bijlage 2) en het observatieprotocol (Bijlage 3). Ook is een begeleidingscommissie samengesteld. Deze bestond uit:

- Mr. C.A. Herstel (hoofd uitvoeringsbeleid en plaatsvervangend sectordirecteur tbs, Dienst Justitiële Inrichtingen);
- Dr. L.M.C. van den Bosch (behandeldirecteur, FPC Oldenkotte);
- Prof. dr. H.J.C. van Marle (hoogleraar forensische psychiatrie en forensisch psychiater);
- Mr. P. Osinga (beleidscoördinator forensische zorg, Directie Sanctie en Preventiebeleid, Ministerie van Justitie);
- Dr. J. Meyer (directeur EFP);
- Prof. dr. H. van de Mheen (directeur Onderzoek & Onderwijs, IVO).

De begeleidingscommissie is op twee momenten gevraagd om vanuit haar expertise te reageren op het onderzoek. De commissie heeft schriftelijk gereageerd op de onderzoeksopzet en de bijbehorende protocollen voor dataverzameling. Aan het eind van het project heeft de commissie de concepteindrapportage

kritisch becommentarieerd. De commentaren van de begeleidingscommissie zijn verwerkt in zowel de protocollen voor dataverzameling als in de eindrapportage zoals die nu voor u ligt.

Schriftelijke beleidsstukken

Het eerste onderdeel van de dataverzameling betreft het bestuderen van de beleidsstukken van de klinieken waarin het beleid rondom middelengebruik wordt beschreven. Te denken valt aan beleids- of visiestukken, behandelprogramma's of behandelprotocollen, folders voor de patiënten en familie, en stukken waarin de algemene huisregels vermeld staan. In overleg met de betreffende kliniek (veelal de behandeldirecteur) is besloten welke stukken hierbij werden meegenomen.

De onderzoeker heeft de schriftelijke beleidsstukken zoveel mogelijk vóór de periode in de kliniek verzameld en bestudeerd. Op deze manier was de onderzoeker goed voorbereid op de driedaagse aanwezigheid in de kliniek. De beleidsstukken gelden daarmee als startpunt voor de rest van de dataverzameling.

Aan de hand van een hiervoor speciaal ontwikkelde vragenlijst is per kliniek dezelfde informatie verzameld uit de schriftelijke stukken. De bevindingen op basis van de beleidsstukken zijn getoetst aan de hand van de interviews met professionals, informele gesprekken met tbs-patiënten en de observaties. Zo is met name bekeken of het geschreven beleid overeenkomt met het beleid zoals dat in de praktijk toegepast wordt, hoe de professionals en patiënten over het geschreven beleid en de praktische uitvoering ervan denken, waar de knelpunten liggen bij de uitvoering van het beleid en welke zaken volgens hen verbeterd kunnen worden.

Interviews met professionals

Per kliniek is ernaar gestreefd om bij vijf tot zes professionals een 'face-to-face' interview af te nemen, bij voorkeur gedurende de driedaagse aanwezigheid van de onderzoeker in de betreffende kliniek. Het voornaamste doel van deze interviews is inzage te krijgen in de visie van de professionals op het verslavingsbeleid in hun kliniek, zowel op het geschreven beleid als op de praktische uitvoering ervan. Per kliniek zijn steeds minimaal de volgende professionals geïnterviewd: behandeldirecteur, behandelaar en één of meerdere sociotherapeuten of coördinerend sociotherapeuten. Wanneer er binnen de kliniek een afdeling voor verslaving bleek te zijn (of er plannen zijn deze op te richten) is ook gesproken met het betreffende afdelingshoofd of behandelcoördinator. In sommige gevallen is ook een verpleegkundige geïnterviewd die betrokken is bij urinecontroles, en éénmaal een portier die betrokken is bij de beveiliging. Deze professionals zijn in samenspraak met de kliniek geselecteerd en uitgenodigd, op basis van hun kennis en expertise op dit gebied. Verwacht werd dat zij de meest waardevolle informatie konden verschaffen over het beleid van de klinieken op het gebied van middelengebruik van hun patiënten.

Het interview met de professional vond plaats in de kliniek en duurde gemiddeld anderhalf uur. Voor dit interview heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde vragenlijst (Bijlage 1). Concreet betekent dit dat alle professionals dezelfde standaardvragen kregen voorgelegd. De vragenlijst is gebaseerd op de eerder genoemde onderzoeksvragen. Het interview bestond grotendeels uit open vragen. Onderwerpen van de vragenlijst betroffen in ieder geval:

- de geschatte omvang van het aantal tbs-patiënten met problemen rondom middelengebruik;
- grondslagen van het beleid en visie op middelengebruik;

- geschreven en ongeschreven beleid - algemeen, bij intake, gedurende behandeling (incl. aanbod behandelmodules), bij resocialisatie;
- het beleid in de praktijk (ervaringen): hoe werkt het en waarom werkt het zo?;
- mogelijkheden voor verbetering.

In totaal zijn er 74 professionals geïnterviewd. In tabel 2.1 worden de aantallen professionals weergegeven die per type functie zijn geïnterviewd. We hebben bij het benoemen van deze functies de terminologie aangehouden die binnen de klinieken gehanteerd wordt. Mogelijk wordt met verschillende termen dezelfde functie bedoeld. Een groot aantal professionals vervult meerdere functies, bijvoorbeeld die van behandelcoördinator én psychiater. In dat geval hebben we in de tabel alleen de functie genoemd die leidinggevende of coördinerende aspecten heeft.

Tabel 2.1 Aantal geïnterviewde professionals per type functie

Functie	Aantal
Sociotherapeut / groepsleider	10
Senior sociotherapeut / groepsleider	2
Coördinerend sociotherapeut	3
Senior behandelcoördinator	1
Behandeldirecteur	8
Behandelverantwoordelijke	1
Behandelcoördinator	5
Hoofd behandeling	9
Manager behandeling	1
Hoofd therapeutische dienst	1
Psychiater	1
Psycholoog	4
Psychotherapeut	1
Psychomotore therapeut	1
Maatschappelijk werker	1
Drama therapeut	1
Persoonlijk begeleider	1
Individueel traject begeleider	1
Verpleegkundige (medische dienst)	7
Unitleider	5
Team coördinator	3

Functie	Aantal
Wetenschappelijk medewerker	1
Algemeen coördinator	1
Hoofd diagnostiek, onderzoek & opleiding	1
Kwaliteitscoördinator	2
Blokcoördinator	1
Portier	1
Totaal	74

Het merendeel van de professionals is individueel geïnterviewd. Twee interviews hebben plaatsgevonden met twee professionals tegelijk. Op twee na zijn alle interviews 'face-to-face' uitgevoerd, twee professionals zijn telefonisch geïnterviewd omdat de afspraak niet ingepland kon worden op de dagen waarop de onderzoeker aanwezig was in de kliniek. De interviews zijn zoveel mogelijk tijdens en direct na het interview door de onderzoekers uitgewerkt. Alle interviews zijn opgenomen op cassette of MP3. De onderzoeker heeft hiervoor steeds eerst toestemming gevraagd aan de respondent. De opname diende als ondersteuning voor het uitwerken van het interview. Alle gegevens zijn anoniem en vertrouwelijk verwerkt.

Informeel gesprekken met patiënten

Tijdens het verblijf in de kliniek heeft de onderzoeker informele gesprekken gevoerd met patiënten, bijvoorbeeld tijdens maaltijden, koffiepauzes, en in de avonden. Tevoren is een ieder duidelijk gemaakt dat de onderzoeker informatie verzamelde voor het onderzoek: het onderzoek werd aangekondigd, de onderzoeker werd voorgesteld en patiënten hebben zowel mondeling als schriftelijk informatie over het onderzoek gekregen (zie Bijlage 5 voor de Patiënt Informatie Brief). De gesprekken zijn op vrijwillige basis gevoerd: patiënten die hun ervaringen wilden delen zijn door de onderzoeker daartoe uitgenodigd. Er heeft geen selectie van patiënten plaatsgevonden, ook niet op aanwezigheid van problematisch middelengebruik. Doel van de informele gesprekken was de populatie patiënten beter te leren kennen en met relatief veel patiënten te spreken over hun persoonlijke ervaringen enerzijds met middelengebruik en anderzijds met het beleid en de praktijk in de kliniek. Door het verblijf in de kliniek en het informele karakter van de gesprekken is getracht een vertrouwensband op te bouwen tussen onderzoeker en patiënten waardoor persoonlijke ervaringen eerder gedeeld worden met de onderzoeker.

De onderzoeker maakte tijdens de informele gesprekken gebruik van een topiclijst die de onderzoeker van buiten (uit het hoofd) kende (zie Bijlage 2). Deze topiclijst is vastgesteld op basis van thema's uit de onderzoeksvragen. Wanneer een patiënt een ervaring vertelde, heeft de onderzoeker steeds gevraagd naar de rol die de patiënt zelf speelde en naar de rol die anderen, zoals een behandelaar, bij de ervaring speelden.

Er is gestreefd naar circa vijftien informele gesprekken per kliniek, maar dit streefgetal is niet overal gehaald. Uiteindelijk is met in totaal 117 patiënten (gemiddeld 10 patiënten per kliniek) een informeel gesprek gevoerd. Meestal betrof dit individuele gesprekken, enkele keren betrof het een groepsgesprek.

In de klinieken waar minder dan het beoogde aantal informele gesprekken is gevoerd, waren patiënten veelal op pad (naar werk, therapie of met verlof), wilden patiënten niet deelnemen of bleken slechts weinig tbs-patiënten op de afdelingen te verblijven². De onderzoeker heeft de informele gesprekken zoveel mogelijk direct vast gelegd in een verslag. Er zijn hierbij geen audio-opnames gemaakt.

In twee van de klinieken werd geen toestemming verkregen voor de aanwezigheid van de onderzoeker op de afdelingen. Hiervoor werd gekozen vanwege veiligheidsoverwegingen, aangezien de kliniek de veiligheid van de onderzoeker niet kon garanderen, bijvoorbeeld omdat er niet voldoende personeel aanwezig was om de onderzoeker in de gaten te houden. De informele gesprekken met de patiënten konden in deze klinieken niet plaatsvinden. In samenspraak met de beide klinieken is hier gekozen voor een alternatieve oplossing. De onderzoeker is aanwezig geweest bij een bijeenkomst van de patiëntenraad (ook wel kliniekraad genoemd). Speciaal voor dat doel heeft de onderzoeker de topiclijst voor de informele gesprekken verwerkt in een gesprek met deze patiëntenraden. Vanwege de grote hoeveelheid aan informatie werden deze gesprekken met toestemming van patiënten en directie wel opgenomen op MP3.

Observaties

In tien van de twaalf klinieken hebben de onderzoekers geobserveerd³. De observaties hebben plaatsgevonden door een drietal dagen (inclusief de avonduren) door te brengen in de kliniek. Op die manier kregen de onderzoekers de ruimte om te observeren hoe het beleid ten aanzien van middelengebruik in de praktijk vorm krijgt. Er zijn verschillende observaties gedaan. De onderzoekers hebben rondgekeken in de feitelijke ruimtes. Bijvoorbeeld: hangen de huisregels zichtbaar op een prikbord? Zijn er sporen van drug- en of alcoholgebruik? Daarnaast is het groepsproces geobserveerd. Bijvoorbeeld: is middelengebruik een onderwerp van gesprek? Hoe reageren patiënten op elkaar als dit onderwerp ter sprake komt? Hoe reageren patiënten en professionals op elkaar als dit onderwerp ter sprake komt? Verder hebben de onderzoekers in een aantal klinieken ook geobserveerd tijdens (individuele en groeps-) behandelgesprekken. Vanzelfsprekend is daarbij ook toestemming gevraagd aan de betreffende patiënten. Gezien de privacy-gevoelige informatie die bij deze gesprekken aan het licht kan komen, werd observeren tijdens behandelgesprekken echter niet overal toegestaan. Bij de observaties is gebruik gemaakt van een observatieprotocol, waarin dezelfde thema's als in de topiclijst voor de informele gesprekken centraal stonden (zie Bijlage 3). Ook de observaties zijn steeds zo snel mogelijk verwerkt in een verslag. Er zijn geen opnames gemaakt.

2.3 Anonimiteit van respondenten

Tijdens de dataverzameling is op verschillende manieren de anonimiteit van de patiënten en professionals gewaarborgd. Namen en andere tot de persoon herleidbare gegevens van de patiënten zijn niet gevraagd.

² Dit laatste was het geval in een kliniek waar naast tbs-patiënten ook andere patiënten (voornamelijk GGZ-patiënten) verbleven. Er bleken op het moment van dataverzameling slechts weinig tbs-patiënten op deze afdeling te zijn opgenomen.

³ Zoals al gezegd was in twee klinieken de aanwezigheid van de onderzoeker niet toegestaan op de afdelingen. Behoudens de observaties tijdens de gesprekken met de patiëntenraden, hebben in deze klinieken geen observaties plaatsgevonden.

Wanneer namen van patiënten wel bekend waren, doordat men zich voorstelde, zijn deze niet genoteerd. Namen en functies van de professionals zijn bij de onderzoeker bekend met het oog op het inplannen van de afspraken voor de interviews. Bij de verslaglegging en verwerking van de interviews met professionals is echter steeds gewerkt met niet tot de persoon herleidbare cijfercodes. De tot de persoon herleidbare gegevens van de professionals worden apart - dat wil zeggen niet gekoppeld aan de inhoudelijke databestanden - bewaard. In de informatie aan zowel patiënten als professionals is steeds gewezen op de anonieme en vertrouwelijke verwerking van de data.

2.4 Analyse en rapportage

Na de dataverzameling zijn de gegevens per kliniek geanalyseerd en gecombineerd. Zowel de informatie uit de interviews en de informele gesprekken, als die uit de observaties, is in schema's per kliniek weer gegeven. Op basis van de beleidsstukken is bovendien voor elk van de klinieken een vragenlijst ingevuld door een onafhankelijke beoordelaar (Bijlage 4). Aan de hand van deze schema's en vragenlijsten zijn vervolgens de onderzoeksvragen op kliniekoverstijgend niveau beantwoord op basis van de verschillende (informatie)bronnen: synthese van resultaten. Hierbij hebben de onderzoekers een cyclisch proces doorlopen waarbij gegevens worden aangevuld, getoetst en gecorrigeerd met gegevens uit andere bronnen (triangulatie⁴).

Er wordt niet per kliniek gerapporteerd. Ook zijn de gegevens niet herleidbaar naar individuele klinieken. Hiervoor is gekozen omdat middels het waarborgen van de anonimiteit van de klinieken, naast die van de respondenten, het verkrijgen van sociaal en politiek wenselijke antwoorden zoveel mogelijk vermeden wordt. Aangezien het een kwalitatief onderzoek betreft worden geen absolute aantallen met betrekking tot het aantal klinieken of het aantal professionals en/of patiënten gegeven.

2.5 Begrippen en definities

Voordat we van start gaan met de beschrijving van de resultaten volgt hier een lijst met begrippen en definities die daarbij van belang is.

Klinieken

Aan dit onderzoek hebben twaalf FPC's (Forensisch Psychiatrische Centra) deelgenomen, waaronder drie FPK's (Forensisch Psychiatrische Klinieken). Hierbij dient de kanttekening worden geplaatst dat in de praktijk het onderscheid tussen FPC's en FPK's niet scherp is. Vanwege de leesbaarheid hebben we ervoor

⁴ Triangulatie betekent toetsing van de interne validiteit en geldigheid van data (Baarda, Goede & Theunissen, 2000).

Door data uit verschillende bronnen (beleidsstukken, interviews met professionals, gesprekken met patiënten, observaties) met elkaar te vergelijken en te combineren, worden 'toevallige' resultaten voorkomen. Tevens wordt het materiaal geanalyseerd vanuit de verschillende theoretische referentiekaders van de betrokken onderzoekers (psychologisch, antropologisch, sociologisch en criminologische perspectieven).

gekozen om simpelweg te spreken van 'klinieken' waarmee we de beide typen instellingen bedoelen. Op sommige plekken in deze rapportage is specifiek onderscheid gemaakt tussen FPC's en FPK's, wanneer de bevindingen daar aanleiding toe geven.

FPC en FPK

Het formele onderscheid tussen FPC's en FPK's betreft een juridisch onderscheid. Tbs-patiënten die in een FPC verblijven vallen onder het Ministerie van Justitie waarbij de wet BVT van toepassing is (Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden). Tbs-patiënten en alle andere patiënten (met zowel een civiele als strafrechtelijke maatregel) die daarentegen in een FPK verblijven, vallen onder VWS waarbij de wet BOPZ van kracht is (wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen). Op deze regel geldt voor patiënten die met een tbs-maatregel in een FPK verblijven wel een uitzondering. Ondanks het feit dat deze tbs-patiënten in een niet-justitiële inrichting verblijven en binnen de klinische setting onder de wet BOPZ vallen, is de wet BVT van toepassing op het moment dat tbs-patiënten op verlof gaan (De Kogel, Verwers & Den Hartogh, 2005).

Voor dit onderzoek is van belang dat wanneer patiënten middelen gebruiken - maar ook in andere gevallen - een FPK wettelijk gezien minder beheersmaatregelen (controlemaatregelen en sancties) mag toepassen dan een FPC⁵.

Patiënten

In formele zin zou het juist zijn om te spreken van tbs-gestelden. We hebben ervoor gekozen om in deze rapportage te spreken over patiënten, hiermee doelend op tbs-gestelden. Dit is gedaan omdat ook in de klinieken gesproken wordt over patiënten en niet over tbs-gestelden. Wanneer bepaalde bevindingen specifiek blijken te zijn voor bepaalde typen patiënten met verschillende justitiële titels, dan maken we op die plek wel melding van de formele justitiële titel (bijvoorbeeld de zogenaamde rechterlijke machtiging, rechterlijke macht op eigen verzoek, plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis en tbs met dwangverpleging of tbs met voorwaarden).

Middelengebruik

De term 'middelengebruik' gebruiken we in dit onderzoek als verzamelterm voor het gebruik van alcohol, softdrugs en harddrugs. Hiermee bedoelen we zowel middelengebruik in het algemeen, als problematisch middelengebruik dat in de DSM-IV geformuleerd wordt als 'middelenmisbruik' en 'middelenafhankelijkheid'. De term 'verslaving' gebruiken we in deze rapportage slechts wanneer patiënten of professionals deze term zelf genoemd hebben tijdens de gesprekken.

⁵ Citaat uit De Kogel, Verwers & Den Hartogh (2005): "In BOPZ-instellingen kan een aantal middelen en maatregelen alleen worden toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt als gevolg van de stoornis worden veroorzaakt. (Wet BOPZ art. 39 lid 1). Deze zijn afzondering, separatie (in een speciale separeerruimte), het beperken van bewegingsvrijheid (fixatie), medicatie en het toedienen van vocht of voeding (artikel 2, Besluit middelen en maatregelen BOPZ)".

Uitzonderingsbeleid

Tijdens tbs is het gebruiken van middelen verboden. Dat verbod geldt voor tbs-patiënten binnen zowel de FPC's als de FPK's, en voor zowel tbs-patiënten met dwangverpleging als tbs-patiënten met voorwaarden. Wanneer ten behoeve van de behandeling of om welke reden dan ook een uitzondering gemaakt wordt door middelengebruik toe te staan binnen de setting van de tbs, spreken we in deze rapportage van 'uitzonderingsbeleid'.

Beheersvisie (middelengebruik als beheersprobleem)⁶

Met 'beheersvisie' wordt bedoeld dat middelengebruik binnen de kliniek gezien wordt als een veiligheidsprobleem dat beheerst moet worden. Dat betekent dat de patiënten gecontroleerd worden op het gebruik van middelen (controlemaatregelen) en dat patiënten die de afspraken en regels over gebruik van middelen overtreden, gestraft worden (sancties). De controlemaatregelen en sancties worden samengevat onder de noemer 'beheersmaatregelen'.

Behandelvisie (middelengebruik als behandelprobleem)

Met 'behandelvisie' wordt bedoeld dat middelengebruik binnen de kliniek gezien wordt als een probleem dat behandeld moet worden. In dat geval worden er met de patiënt afspraken gemaakt in het behandelplan over het gebruik van alcohol en drugs binnen de behandel doelstellingen en leert de patiënt omgaan met de verleiding van deze middelen.

Sancties

Onder het begrip 'sancties' verstaan we de consequenties van middelengebruik, dat wil zeggen de beperkende maatregelen of strafmaatregelen die getroffen worden wanneer patiënten zich niet houden aan de gemaakte afspraken over het gebruik van middelen. Sommige professionals zijn geen voorstander van de term 'sancties' en spraken in de interviews over 'consequenties' of 'beperkende maatregelen'. In deze rapportage hebben we deze termen voor de duidelijkheid steeds vervangen door de term 'sancties'.

Fasen in behandeling

Met 'fasen in behandeling' verwijzen we naar de verschillende fasen die patiënten doorlopen in de kliniek. Analooq aan de werkwijze binnen de klinieken maken we daarbij een onderscheid in opname-, behandel- en resocialisatiefase. In de opnamefase vindt doorgaans de diagnostiek plaats en wordt de patiënt geobserveerd met het doel te komen tot een behandelplan. Tijdens de behandel fase wordt dit behandelplan uitgevoerd en indien nodig bijgesteld. Vanaf het eind van de behandel fase kunnen patiënten soms begeleid op verlof om buiten de kliniek zaken te oefenen die in de behandelmodules aan de orde komen. De laatste fase is de resocialisatiefase waarin de patiënt voorbereid wordt op terugkeer in de samenleving. Patiënten gaan in deze fase regelmatig begeleid of onbegeleid op verlof. Zij die vrijwel aan het eind van hun behandeling zijn, kunnen ook transmuraal worden behandeld. Dit betekent dat deze patiënten niet meer in de kliniek verblijven, maar wel nog onder behandeling staan van de kliniek.

⁶ Behandelen kan ook een vorm van beheersen bevatten en andersom. De beheersvisie en behandelvisie hoeven dus geen tegenstellingen te zijn

Indexdelict

Het 'indexdelict' is het delict naar aanleiding waarvan de patiënt de huidige tbs-maatregel opgelegd heeft gekregen.

As I en As II stoornissen

Ter vaststelling van een diagnose worden psychiatrische stoornissen doorgaans geclusterd volgens de indeling van DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; APA, 2000). Onder de As I stoornissen vallen de zogenaamde klinische stoornissen, bijvoorbeeld depressie. De duur en ernst van de aanwezige symptomen zijn van belang bij deze diagnosestelling. Onder As II stoornissen vallen de persoonlijkheidsstoornissen. Deze worden ingedeeld in drie clusters. Onder Cluster A behoren de paranoïde, schizoïde of schizotypische persoonlijkheidsstoornissen. Cluster B omvat de antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen. In Cluster C worden de ontwijkende, afhankelijke en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen ingedeeld. Wanneer de resultaten van deze studie daartoe aanleiding geven wordt de DSM-IV terminologie gebruikt om aan te duiden voor welk type patiënten bepaalde bevindingen gelden.

hoofdstuk 3

beleidsstuk

Beleidsstukken



Hoofdstuk 3

Beleidsstukken

Ter voorbereiding van de dataverzameling in de twaalf klinieken hebben de onderzoekers schriftelijke beleidsstukken van elke kliniek bestudeerd. Aan de hand daarvan konden zij goed voorbereid de interviews met professionals en gesprekken met patiënten uitvoeren. In dit hoofdstuk geven we de bevindingen uit deze beleidsstukken weer. Bestudeerd is of klinieken in hun visie ten aanzien van middelengebruik het accent leggen op behandelen of juist op beheersen, wat de concrete invulling van deze visies is, in hoeverre het beleid kan verschillen per situatie, en of er knelpunten en aanbevelingen zijn geformuleerd met het oog op de toekomst. In de volgende hoofdstukken wordt uiteengezet hoe het geschreven beleid in de praktijk vorm krijgt.

3.1 Beschikbare beleidsstukken

In alle klinieken is tenminste één stuk aanwezig waarin het beleid ten aanzien van middelengebruik beschreven staat. De mate waarin het geschreven beleid uitgewerkt is, verschilt tussen de klinieken. Zo heeft één kliniek slechts één geschreven stuk, namelijk huisregels waarin het middelenbeleid summier vermeld is: daarin staat alleen dat het gebruik van middelen verboden is. In een andere kliniek is het middenbeleid daarentegen juist uitgebreid op papier uitgewerkt in beleidsnotities, behandel- en beheersprotocollen, huisregels en een literatuurstudie.

Het grootste deel van de klinieken beschikt over een beleidsnotitie, een richtlijn of een zorgprogramma voor middelengebruik ('zorgprogramma verslaving'). In de meeste klinieken zijn daarnaast ook huisregels, afdelingsregels, beheersprotocollen, protocollen voor urinecontrole en algemene folders met informatie over de kliniek beschikbaar. Soms wordt er in de stukken niet specifiek naar middelengebruik verwezen, maar bijvoorbeeld naar bezit van contrabande (smokkelwaar, waaronder alcohol en drugs) in het algemeen. Bij enkele klinieken gaat het om beleid dat nog in ontwikkeling is en derhalve (nog) niet volledig geïmplementeerd, zo blijkt uit notities van werkgroepen en implementatieplannen. Het gaat hier om het gericht behandelen van verslaving.

De meeste klinieken baseren hun beleid op expertise-uitwisseling met andere forensische klinieken en de verslavingszorg. Ook worden (evidence-based) modellen uit de wetenschappelijke literatuur gebruikt. Drie klinieken baseren middelenbeleid voornamelijk op de richtlijnen van Resultaten Scoren. Resultaten Scoren is een project waarbij in samenwerking met wetenschap en praktijk gestreefd wordt te komen tot evidence-based behandeling voor patiënten met verslavingsproblematiek (Van Es, 2004). Eén kliniek heeft haar beleid gebaseerd op het programma 'Terugdringen recidive' van het Ministerie van Justitie (2005). Aangezien een groot deel van de gedetineerden recidiveerde na detentie is dit beleidsprogramma ontwikkeld met het doel de kans op recidive terug te dringen. Van enkele klinieken is de achtergrond van het beleid niet in de beleidsstukken terug te vinden. Vanzelfsprekend wordt hier geen oordeel uitgesproken over "goed of fout" van de bronnen waarop beleid t.a.v. middelengebruik gebaseerd is.

3.2 Middelengebruik als behandelprobleem

Uit het geschreven beleid blijkt dat de twaalf klinieken er vanuit gaan dat het gebruik van middelen vooral een behandelprobleem is. Het voornaamste doel van behandeling is patiënten te leren omgaan met de verslavingsproblematiek en (langdurige) terugval in verslavingsgedrag te voorkomen. Enkele klinieken leggen expliciet het accent op behandelen omdat in het verleden is gebleken dat louter beheersmatig optreden het verslavingsprobleem niet doet verdwijnen. De overmaat aan beheersmaatregelen komt het werk- en leefklimaat in de kliniek daarbij niet ten goede. In de stukken van de meeste klinieken wordt bovendien vermeld dat een drugsvrije kliniek een illusie is.

Diagnostiek

Bij driekwart van de klinieken worden bij binnenkomst diagnostische instrumenten gebruikt om de verslavingsproblematiek van de patiënt in kaart te brengen. Bij één kwart van de klinieken wordt uit de beleidsstukken niet duidelijk of er instrumenten worden gebruikt om verslavingsproblematiek uit te vragen.

Bij de meeste klinieken worden geen specifieke instrumenten genoemd, maar blijkt dat verslaving wordt uitgevraagd middels klinisch psychiatrisch onderzoek. Middelengebruik en verslaving is dan één van de onderdelen die gemeten wordt, bijvoorbeeld in de SCID-I⁷ (First, Spitzer, Gibon & Williams, 1996). Voor zover er wel instrumenten worden beschreven die specifiek op verslaving gericht zijn betreft dit de ASI (McLellan, Luborsky, O'Brien & Woody, 1980) en delen van MATE (Broekman & Schippers, 2007). De ASI (Addiction Severity Index) is een semi-gestructureerde vragenlijst waarmee middelengebruik en middelenmisbruik in kaart wordt gebracht (daarnaast worden zes andere leefgebieden uitgevraagd zoals werk, familie en hulpverleningsgeschiedenis). De MATE (Meetinstrument bij Addictie voor Triage en Evaluatie) is een instrument waarmee de verslavingsgeschiedenis en de mate van afhankelijkheid van de patiënt in kaart wordt gebracht.

⁷ Dit instrument wordt gebruikt om de psychiatrische stoornis van de patiënt vast te stellen die onder de As I stoornissen van DSM-IV vallen.

Behandelaanbod

Nagenoeg alle klinieken bieden specifiek op middelengebruik gerichte behandeling aan, zoals de Lieberman-verslavingsmodule. Dit is een vaardigheidstraining voor patiënten die een psychiatrische stoornis én verslavingsproblematiek hebben, waarbij hen geleerd wordt om te gaan met verslaving, bijvoorbeeld door nee te leren zeggen tegen alcohol en drugs⁸. Ook wordt psycho-educatie over verslaving aangeboden. Dat betreft voorlichting over de effecten van middelengebruik met als doel inzicht te krijgen in en leren omgaan met de eigen verslavingsproblematiek. Veel klinieken hebben ook een aanbod gericht op preventie van terugval. Daarbij worden de risicofactoren van het indexdelict in kaart gebracht om terugval in delictgedrag te voorkomen.

De meeste klinieken beschrijven naast dit specifieke aanbod ook een algemeen behandelaanbod waarbinnen middelengebruik en verslaving één van de thema's is die aan bod komen. Binnen dit algemene aanbod worden vooral psychomotore therapie, algemene groepsgesprekken en motivationele gesprekken genoemd. In sommige gevallen betreft het ook creatieve therapieën, cognitieve therapie en sociale vaardigheden. Het behandelaanbod is in de meeste klinieken gebaseerd op expertise-uitwisseling met andere forensische klinieken en met de verslavingszorg.

Het middelengerelateerde aanbod wordt in bijna alle klinieken vastgelegd in een behandelplan. In twee klinieken is dit echter niet het geval. De reden hiervoor wordt niet duidelijk uit de stukken. In geen van de beleidsstukken wordt concreet beschreven in welke fase van de behandeling de modules worden aangeboden. In de stukken van de helft van de klinieken is wel terug te lezen wanneer behandeling geïndiceerd is. Voornamelijk gaat het hier om de bereidheid tot medewerking, motivatie en groeps-geschiktheid van patiënten. Een enkele keer worden afronding van andere modules, een verlofstatus hebben en verslaafd zijn genoemd als voorwaarden.

Verslavingsafdeling

Vijf van de twaalf klinieken maken melding van een verslavingsafdeling. In twee klinieken is de verslavingsafdeling al operationeel, in twee andere klinieken wordt de afdeling momenteel opgezet en in één kliniek zijn er vooralsnog alleen plannen voor een verslavingsafdeling. De twee operationele afdelingen zijn bedoeld voor patiënten die gekenmerkt worden door zware verslavingsproblematiek. Eén van deze afdelingen heeft een speciaal verslavingsteam en werkt groepsgericht. Ook de nog op te zetten afdelingen zijn bestemd voor patiënten bij wie het verslavingsprobleem op de voorgrond staat, voor patiënten bij wie verslaving de behandeling belemmert en voor patiënten bij wie het indexdelict gerelateerd was aan middelengebruik.

⁸ De Lieberman-module is oorspronkelijk gemaakt voor psychotische patiënten. Hier wordt bedoeld op de Lieberman-module die specifiek op verslaving gericht is.

3.3 Middelengebruik als beheersprobleem

Hoewel alle onderzochte klinieken het accent leggen op het behandelen van middelengebruik of verslavingsproblematiek, wordt met name één belangrijk doel beschreven dat meer binnen een beheersvisie past. Dit betreft het streven naar een drugsvrije instelling. Hoewel geconcludeerd wordt dat de drugsvrije tbs-kliniek een illusie is, blijft driekwart van de klinieken – in het geschreven beleid – dit doel nastreven en middelengebruik ten allen tijde verbieden.

Een kwart van de klinieken biedt patiënten echter de mogelijkheid om in het kader van de behandeling in beperkte mate en onder voorwaarden alcohol en/of softdrugs te gebruiken tijdens de behandeling. Met behandeling wordt hier zowel de intramurale als transmurale fase bedoeld. Alcohol en/of softdrugs-gebruik is dan onder voorwaarden toegestaan tijdens verlof of op speciaal daarvoor ingerichte plekken binnen de kliniek. Eén kliniek heeft bijvoorbeeld een café waar patiënten twee consumpties alcohol mogen nuttigen, op voorwaarde dat zij daarvoor toestemming hebben. Andere klinieken staan patiënten, die geen middelengerelateerd delict hebben gepleegd, toe om tijdens hun verlof softdrugs of alcohol te gebruiken. Weer een andere kliniek heeft het gebruik nog verder ingekaderd en staat alleen alcohol toe tijdens verlof bij besloten of feestelijke bijeenkomsten vanaf het einde van de middag.

Controlemaatregelen

Zowel de klinieken die middelengebruik strikt verbieden als de klinieken die het onder voorwaarden toestaan maken gebruik van controle- en sanctie maatregelen. Toegepaste manieren om te controleren zijn (in volgorde van meest naar minder vaak genoemd): urinecontrole, kamercontrole, tas- en kledingcontrole, regels over welke en hoeveel spullen bezoek mag meenemen, regels welke en hoeveel spullen patiënten mogen hebben, controle van binnenkomende post, screening van bezoek, blaastest, fouillering bezoek en/of patiënt, visiteren en/of strippen patiënt. Tenslotte worden in de stukken van één kliniek het gebruik van drugshonden, beveiliging op en rond het terrein, de inzet van bewakingspersoneel, en controle van het bestedingspatroon (financiën) van de patiënt genoemd.

Alle klinieken beschrijven dat patiënten gecontroleerd worden na verlof, maar het is niet altijd duidelijk of dit standaard gebeurt, op indicatie of ad random. Vijf klinieken schrijven expliciet dat patiënten na verlof altijd moeten worden gecontroleerd, zij het dat dat bij één kliniek enkel na weekendverlof moet gebeuren en bij een andere alleen na onbegeleid verlof.

Sanctie maatregelen

Driekwart van de klinieken beschrijft dat sancties toegepast worden wanneer afspraken rondom middelengebruik niet worden nageleefd. Een kwart van de klinieken beschrijft niet of onduidelijk welke sancties worden opgelegd bij overtredingen van afspraken over middelengebruik. Dit wil uiteraard niet zeggen dat er ook geen sancties worden toegepast. In plaats daarvan wordt beschreven dat bewegingsbeperkingen worden toegepast of dat er geen uniforme regels zijn. De klinieken die wel sancties bij middelengebruik beschrijven noemen vooral: het geheel of gedeeltelijk intrekken van verlof, ontzegging van bezoek of telefonisch contact, afdelingsarrest, kamerarrest en/of insluiting op de eigen kamer. Minder vaak genoemde sancties zijn: zich begeleid door de kliniek begeven, uitsluiting van kliniekactiviteiten, media-

beperking en het intrekken van vrijheden op de binnentuin. Twee klinieken omschrijven expliciet wat de sancties zijn na gebruik van middelen specifiek tijdens verlof. Deze bestaan uit de ontzegging van bezoek, het geheel of gedeeltelijk intrekken van verlof, ontzegging van contact met medepatiënten, het intrekken van vrijheden in de binnentuin, in de groep moeten uitleggen wat hij/zij gedaan heeft en beperking van kliniekactiviteiten.

Communicatie van de regels naar patiënten

In de beleidsstukken wordt weinig tot niets geschreven over de manier waarop patiënten worden geïnformeerd over de regels. Een enkele kliniek geeft aan dat er afdelingregels en huisregels beschikbaar zijn en dat de patiënten bij binnenkomst een mondelinge toelichting krijgen. Een groot deel van de klinieken beschikt echter wel over patiëntenfolders waar het beleid in staat beschreven. Bijna alle klinieken melden dat afspraken over de aard van de controle op middelengebruik moeten worden vastgelegd in het behandelplan. Uit enkele beleidsstukken blijkt bovendien dat de urinecontroles niet uitgevoerd mogen worden als het niet in het behandelplan is opgenomen. De patiënten worden dus op verschillende manieren geïnformeerd over het beleid rondom middelengebruik.

3.4 Knelpunten en aanbevelingen

In een minderheid van de beleidsstukken worden knelpunten genoemd bij het behandelen en beheersen van middelengebruik. Enkele klinieken doen ook aanbevelingen over het beleid rondom middelengebruik.

Eén kliniek beschrijft dat er te weinig op middelengebruik gerichte diagnostiek gedaan wordt. Een andere kliniek vindt dat de aanwezigheid van een verslavingsafdeling goed is, maar dat dat niet voldoende is, omdat er op elke afdeling expertise zou moeten zijn op het gebied van middelengebruik en verslaving. Weer een andere kliniek vindt dat de behandeling niet exclusief op verslaving gericht moet zijn, maar als comorbide problematiek naast persoonlijkheidsstoornissen gezien zou moeten worden.

Ten aanzien van de beheersmaatregelen benoemt één kliniek dat er teveel wordt ingezet op reactieve maatregelen. Ook een andere kliniek beschrijft dit probleem. In haar beleidsstukken staat dat beheersbaarheid en behandeldoelen op gespannen voet staan met elkaar, en dat het personeel veel moeite heeft met het handhaven van de strakke regels. Een concreet benoemd probleem bij het beheersen van middelengebruik is de controle op gebruik van harddrugs, omdat deze snel uit het lichaam verdwijnen en dus moeilijk meetbaar zijn.

De aanbevelingen, zoals ze in de beleidsstukken zijn aangegeven, hebben vooral betrekking op verbetering van het behandelbeleid en de uitvoering daarvan. Gesteld wordt dat het beleid meer gericht moet zijn op behandeling, en minder op beheersing van middelengebruik. Wat betreft de inhoud van de behandeling beschrijft één kliniek dat er 'zorg op maat' gegeven moet worden. In plaats van binnen de behandeling één lijn aan te houden, moet het beleid en de behandeling per individu ingericht worden. Een andere kliniek stelt dat het van belang is om diagnostiek gericht op specifiek verslavingsproblematiek op te nemen in

het zorgprogramma. Enkele klinieken pleiten voor het binnenhalen van verslavingsgerelateerde expertise. Zo worden er meer samenwerkingverbanden met gespecialiseerde instanties aanbevolen, evenals het instellen van een kenniskring waarbij het trainen en uitwisselen van personeel mogelijk moet zijn.

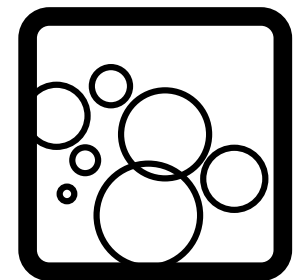
3.5 Samenvatting

De meeste klinieken beschikken over beleidsstukken waarin een visie, richtlijn en/of zorgprogramma rondom middelengebruik wordt gepresenteerd. Daarnaast zijn er doorgaans schriftelijke huisregels, afdelingsregels en protocollen voor urinecontroles. Het beleid gericht op middelengebruik is bij de meeste klinieken gebaseerd op expertise-uitwisseling met andere tbs-klinieken en/of met de verslavingszorg. Daarnaast verwijst men naar wetenschappelijke literatuur en naar de richtlijnen van Resultaten Scoren.

Alle klinieken beschouwen middelengebruik als een probleem dat behandeld moet worden, en vrijwel allemaal gaan ze er vanuit dat een drugsvrije kliniek een illusie is. Bij opname wordt de verslavingsproblematiek meestal uitgevraagd binnen het klinisch psychiatrisch onderzoek. In enkele gevallen gebruikt men specifieke verslavingsgerichte instrumenten. Nagenoeg alle klinieken kennen binnen hun behandel-aanbod specifieke op verslaving gerichte modules, meestal de Lieberman-verslavingsmodule, psycho-educatie en terugvalpreventie. Daarnaast komt verslaving in de meeste klinieken aan bod binnen algemene behandelmodules. Het behandel aanbod wordt vrijwel altijd schriftelijk vastgelegd in het individuele behandelplan van de patiënt. Binnen twee klinieken heeft men een speciale verslavingsafdeling opgericht, in twee andere klinieken is men daarmee bezig, en een vijfde kliniek heeft plannen om dat te doen.

Driekwart van de klinieken geeft aan dat, hoewel de drugsvrije instelling een illusie is, zij dat doel wel blijven nastreven en het gebruik van middelen verbieden. Een kwart van de instellingen daarentegen laat onder strikte voorwaarden en in beperkte mate het gebruik van middelen toe. Alle klinieken maken gebruik van controlemaatregelen en sanctie maatregelen om het gebruik van middelen onder controle te houden. De momenten waarop en de frequentie waarmee controles worden uitgevoerd verschillen tussen de klinieken.

hoofdstuk 4
Omvang en kenmerken
van het middelengebruik



Hoofdstuk 4

Omvang en kenmerken van het middelengebruik

Zoals beschreven in de inleiding heeft het gebruik van alcohol en drugs voorspellende waarde ten aanzien van onttrekkingen en ontvluchtingen van tbs-patiënten. Er is echter weinig bekend over de mate waarin middelengebruik door patiënten tijdens de tbs-behandeling plaatsvindt, om welke middelen het gaat en welke consequenties dat heeft voor de behandeling en veiligheid binnen de kliniek. In de interviews met professionals en tijdens de informele gesprekken met patiënten is gevraagd naar hoe zij de grootte en de aard van dit probleem inschatten. In dit hoofdstuk geven we deze bevindingen weer. We benadrukken hier nogmaals dat het gaat om de geschatte omvang van het probleem door professionals en patiënten. Dit is met nadruk geen objectief prevalentiecijfer.

4.1 Aantal gebruikende patiënten en aard van het middelengebruik

Op de vraag hoeveel patiënten tijdens hun behandeling⁹ alcohol of drugs gebruiken lopen de schattingen van professionals breed uiteen. De meest genoemde percentages liggen tussen de 10 en 30 procent gebruikende patiënten. Deze schattingen lijken niet samen te hangen met de beroepsgroep van de professional of het type kliniek (mate van geslotenheid). Enkele professionals zeggen geen inschatting te kunnen geven.

Professionals die middelengebruik vooral als een beheersprobleem zien, schatten het percentage patiënten dat gebruikt lager in dan professionals die het voornamelijk beschouwen als een behandelprobleem. Professionals die het accent op de beheersing leggen, menen dat er relatief weinig patiënten zijn die middelen gebruiken omdat gebruik hen moeilijk wordt gemaakt. In de hoofdstukken 5 en 6 wordt uitgebreid ingegaan op de verschillen tussen de beide visies.

⁹ In de interviews is steeds expliciet gevraagd naar zowel de intramurale als transmurale fase van de behandeling. De geschatte percentages hebben dus betrekking op beide.

Volgens de professionals is het meest gebruikte middel tijdens de behandeling cannabis, gevolgd door harddrugs en alcohol. Aan patiënten is niet specifiek gevraagd welk middel het meest gebruikt wordt, maar zij geven dezelfde volgorde van middelen aan. Als meest gebruikte soorten harddrugs tijdens de behandeling worden zowel door professionals als patiënten cocaïne, XTC en heroïne genoemd. De omvang van dit gebruik is onbekend. Daarnaast komt oneigenlijk gebruik van medicijnen (zoals Ritalin, Seresta of Valium) ook voor bij een klein aantal patiënten.

4.2 Hoe patiënten de middelen verkrijgen

In het overgrote deel van de klinieken noemen zowel professionals als patiënten dat alcohol nagenoeg niet wordt gebruikt omdat het te moeilijk is om binnen te smokkelen, aangezien het door het grote volume (fles) moeilijk is om het te verstoppen. In enkele klinieken blijken patiënten alcohol zelf te brouwen op hun kamer. Vanwege de compactheid kan cannabis kan daarentegen juist gemakkelijk worden binnengesmokkeld.

Een streng verbod zorgt voor meer veiligheid in de kliniek en voor minder chaos en handel, aldus een groot deel van de patiënten. Echter, een streng verbod op middelengebruik kan niet bewerkstelligen dat patiënten geen middelen meer gebruiken, zo menen professionals die middelengebruik vooral zien als behandelprobleem. Patiënten zullen ook bij een streng verbod nog steeds blijven gebruiken, maar dan stiekem. Patiënten geven aan dat er meer wordt gebruikt dan stafleden denken, en bevestigen dat gebruik zelden openlijk gebeurt. Soms wordt in de tuin van de klinieken in het geheim gebruikt en gehandeld. De meeste professionals zeggen de indruk te hebben dat het voor patiënten mogelijk is aan middelen komen c.q. middelen te kunnen gebruiken gedurende hun verblijf in de kliniek. Volgens hen komen middelen vooral de kliniek binnen via het bezoek en via medepatiënten die het tijdens hun verlof kopen en voor anderen mee de kliniek in nemen. Enkele keren is door professionals en patiënten genoemd dat stafleden, al dan niet onder druk van patiënten, soms middelen aan patiënten verschaffen. Tevens wordt genoemd dat alcohol soms naar binnen worden gesmokkeld via een bezorgservice.

Het is in de meeste klinieken mogelijk om middelen naar binnen te smokkelen doordat bezoek niet wordt gefouilleerd en omdat personeel nooit wordt gecontroleerd, aldus sommige professionals en een groot deel van de patiënten. Ook worden patiënten niet altijd gecontroleerd als zij terugkomen van verlof. Een minderheid van de professionals zegt daarentegen dat zij niet de indruk heeft dat patiënten makkelijk aan middelen kunnen komen, omdat bezoek en patiënten goed worden gecontroleerd als zij de kliniek binnen komen. In één kliniek zegt de meerderheid van patiënten en professionals dat er weinig patiënten zijn die in de kliniek gebruiken vanwege de grote sociale controle die in de kliniek heerst. Opvallend daarbij is dat zij niet alleen sociale controle van het personeel bedoelen, maar ook de sociale controle door medepatiënten.

De professionals baseren hun ideeën omtrent middelengebruik doorgaans op wat zij in de wandelgangen horen en op uitslagen van urinecontroles. Bij dit laatste wordt wel als kanttekening genoemd dat er waarschijnlijk veel meer gebruikt wordt dan je met een urinecontrole kan achterhalen. Er zijn voor patiënten

vele mogelijkheden om urinecontroles te omzeilen, omdat urine weinig op harddrugs wordt getest vanwege de hoge kosten en omdat het moeilijk is om gebruik van harddrugs, die veel sneller uit de urine verdwijnen dan softdrugs, te bewijzen. De patiënten gaan vooral af op wat zij op hun eigen afdeling zien gebeuren en wat zij van medepatiënten horen.

4.3 Relatie tussen middelengebruik, delictgedrag en psychopathologie

Bij professionals is nagevraagd hoe zij de samenhang zien tussen middelengebruik, het indexdelict of het delict risico (het plegen van nieuwe delicten) en de zogenaamde As I en As II stoornissen zoals geformuleerd in de DSM-IV-TR (APA, 2000).

Samenhang tussen middelengebruik en delict

Een minderheid van de professionals ziet geen duidelijke samenhang tussen het gebruik van middelen en het indexdelict.

De meerderheid van de professionals is wel van mening dat het gebruik van alcohol of harddrugs (vooral cocaïne en amfetamine), of een combinatie van beiden, de kans op gewelddadige delicten meer doet toenemen dan andere middelen. Het is daarbij vooral de ontremmende werking van bepaalde middelen (alcohol, cocaïne, maar ook bijvoorbeeld XTC) die de kans op het plegen van geweld vergroot. Volgens hen is er dus sprake van een directe relatie tussen middelengebruik en delict risico. Daardoor plegen mensen met een probleem in de impulscontrole of emotieregulatie - denk aan mensen met 'een kort lontje' - onder invloed van ontremmende middelen, vaker een gewelddadig delict.

Verder ziet een groot deel van de professionals dat alcoholgebruik en zedendelicten (zoals verkrachting) vaak met elkaar samengaan, maar zegt niet te weten hoe deze samenhang verklaard kan worden. Slechts zelden zien zij een relatie tussen middelengebruik en pedoseksuele delicten. Brandstichting en alcohol blijken vaak met elkaar samen te gaan. Ook hier is voor een deel van de patiënten onduidelijk hoe deze samenhang eruit ziet. De professionals zien geen directe samenhang tussen het gebruik van softdrugs en delict risico.

Overigens zijn de professionals van mening dat het gebruik van middelen op zichzelf nooit een delict kan veroorzaken. Andere factoren, zoals omgevingsfactoren, spelen ook een belangrijke rol. Middelengebruik is volgens hen slechts een onderdeel in het geheel van het proces dat leidt tot het plegen van een delict.

Samenhang tussen middelengebruik, delict en psychopathologie

Bij het beschrijven van de mogelijke samenhang tussen middelengebruik, delict en psychopathologie gaat het om de kennis en mening van de professionals. Er wordt hier dus geen objectieve samenhang beschreven, het gaat om wat de professionals hiervan weten. De professionals zien duidelijke relaties tussen psychopathologie, middelengebruik en delictgedrag. Zo zien zij dat patiënten met ADHD of persoonlijkheidsstoornissen die in cluster B¹⁰ van de DSM-IV vallen (dat zijn met name patiënten met een

¹⁰ Stoornissen waarbij problemen in de impulscontrole en emotieregulatie ook zonder middelengebruik vaak aan de orde zijn.

narcistische of antisociale persoonlijkheidsstoornis) voornamelijk middelen als alcohol, cocaïne of amfetamine gebruiken. Door het gebruik verliezen zij de controle over zichzelf (verlies van zelfcontrole) en raken zij eerder ontremd, met het gevolg dat ze gewelddadig gedrag kunnen vertonen.

Patiënten met een psychotische stoornis gebruiken voornamelijk softdrugs, aldus een groot deel van de professionals. Deze patiënten hebben veelal de neiging om cannabis te gebruiken als zelfmedicatie. Echter, het softdrugsgebruik kan er volgens de professionals bij psychotische patiënten voor zorgen dat de stoornis juist verergerd wordt (zij worden dan bijvoorbeeld meer paranoïde), waardoor zij een verhoogde kans hebben om een delict te plegen.

Het gebruik van softdrugs hangt volgens de professionals bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (zoals patiënten met een antisociale of narcistische stoornis) daarentegen minder samen met het delict risico. Van dit middel worden zij namelijk juist rustiger in plaats van dat het de stoornis verergert, aldus de professionals. Wel bestaat de kans dat deze patiënten, wanneer ze softdrugs gebruiken, ook overgaan op gebruik van middelen als cocaïne, amfetamine en alcohol. In dat geval wordt de kans wel weer groter dat zij een delict plegen.

4.4 Wanneer middelengebruik als problematisch wordt ervaren

In de interviews met professionals is gevraagd wanneer het gebruik van middelen als problematisch wordt ervaren door behandelaars. De antwoorden kunnen in twee categorieën worden ingedeeld. Ten eerste wordt middelengebruik als problematisch ervaren wanneer het de behandeling in de weg staat. Onder invloed van middelen zijn patiënten soms niet meer aanspreekbaar. De behandeling slaat dan niet aan omdat zij niet in staat zijn om informatie op te nemen en om te leren gaan met hun emoties. Vaak betekent dit dat zij zich niet meer inzetten om het recidivegevaar te doen afnemen. Behandeling heeft dan volgens de meeste professionals geen zin. Bovendien vinden zij middelengebruik problematisch als het de werking van medicatie belemmert.

Ten tweede wordt middelengebruik als problematisch ervaren wanneer de veiligheid in de kliniek afneemt omdat het gedrag van de patiënt niet meer goed te voorspellen is. Het gevaar bestaat dat patiënten psychotisch of agressief reageren als zij middelen gebruiken. Daarnaast vinden professionals gebruik problematisch als het voor de medepatiënten moeilijker wordt om de verleiding van middelen te weerstaan.

Middelengebruik soms niet negatief

Hoewel middelengebruik door de meeste professionals als problematisch wordt gezien, zijn er ook situaties denkbaar waarin middelengebruik van patiënten niet als negatief wordt beschouwd of zelfs als positief. In één kliniek wordt het gebruik van alcohol niet per definitie als negatief beschouwd. In die kliniek is het toegestaan om in het café van de kliniek alcohol te drinken. Dit geldt echter alleen voor patiënten bij wie het middelengebruik geen rol heeft gespeeld ten tijde van het delict of bij wie geen sprake was van problematisch middelengebruik in de voorgeschiedenis.

Een enkele keer is genoemd dat bij patiënten met agressieproblematiek, die in het verleden nogal eens de neiging hadden snel gewelddadig te worden, het gebruik van bepaalde middelen niet als negatief wordt beschouwd. Dit betreft situaties waarin deze patiënten hun toevlucht nemen tot rustgevende middelen,

zoals cannabis, om hun agressie onderdrukken. Verder zeggen enkele professionals dat het gebruik van softdrugs soms niet als negatief wordt gezien, omdat sommige patiënten er rustiger door worden en er beter van kunnen slapen.

In uitzonderlijke gevallen krijgen chronisch verslaafde patiënten in de behandelfase de mogelijkheid om methadon te gebruiken, omdat behandeling anders niet mogelijk is, aldus een enkele professional. Wanneer deze uitzondering gemaakt wordt, geldt dit alleen voor patiënten bij wie het middelengebruik geen rol heeft gespeeld ten tijde van het indexdelict. Het in uitzonderlijke gevallen toestaan van middelengebruik komt ook aan de orde in hoofdstuk 5, waar wordt ingegaan op specifieke variaties in beheersmaatregelen voor bepaalde subgroepen patiënten.

4.5 Samenvatting

Professionals en patiënten rapporteren dat middelengebruik voorkomt tijdens de tbs-behandeling. Schattingen over het aantal patiënten dat middelen gebruikt lopen uiteen, maar een schatting van tussen de 10% en 30% wordt het meest genoemd. Deze schattingen betreffen de totale behandeling, dus zowel de intramurale als transmurale fase. Voornamelijk gaat het hierbij om het gebruik van cannabis; de inschatting is dat alcohol en harddrugs door minder patiënten worden gebruikt. Middelen worden volgens de professionals voornamelijk de kliniek in gesmokkeld door patiënten die van verlof terugkeren of door bezoek. Alcohol wordt soms zelf gebrouwen. Het gebruik van middelen gebeurt stiekem op de kamer of in de binnentuin.

De samenhang tussen het middel, het delict risico en de psychopathologie is complex. Volgens professionals kunnen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis door het gebruik van alcohol, cocaïne of amfetamine ernstig ontremd raken, waarmee de kans op nieuwe delicten toeneemt. Psychotici gebruiken softdrugs om de symptomen van hun ziekte te bestrijden. Deze softdrugs kunnen volgens de professionals echter juist een verergering van de symptomen uitlokken, waardoor eveneens de kans op delictgedrag toeneemt.

Middelengebruik wordt voornamelijk als problematisch beschouwd omdat door de ontremmende werking het delict risico vergroot kan worden. Bovendien is behandelen niet goed mogelijk als patiënten onder invloed zijn. Een enkele keer wordt het gebruik van softdrugs niet als problematisch ervaren. Het gaat dan om gevallen waarbij een patiënt rustiger wordt door het gebruiken van cannabis. In uitzonderingsgevallen wordt in de behandelfase het gebruik van methadon toegestaan. Hierbij gaat het om zwaar verslaafde patiënten die anders niet aan de behandeling kunnen deelnemen.

hoofdstuk 5
Middelengebruik als
beheersprobleem



Hoofdstuk 5

Middelengebruik als beheersprobleem

Middelengebruik wordt in alle klinieken opgevat als een probleem dat zowel behandeld als beheerst moet worden. Wel leggen de klinieken verschillende accenten. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op dat deel van het beleid waarbinnen middelengebruik gezien wordt als beheersprobleem. Het beheersen van middelengebruik gebeurt door middel van controles en sancties. De controlemaatregelen dienen om te controleren of de afspraken over het (niet) gebruiken van middelen worden nageleefd. De sancties kunnen worden ingezet als patiënten de afspraken over het gebruik van middelen overtreden hebben.

5.1 Middelengebruik als beheersprobleem: van zero tolerance tot uitzonderingsbeleid

Vanuit alle klinieken wordt genoemd dat er nooit 100% wordt gekozen voor ofwel een behandelvisie ofwel een beheersvisie vanwege de dubbele opdracht die de instellingen hebben: bescherming van de maatschappij en psychiatrische behandeling van de patiënten. Vanuit een klein deel van de klinieken (twee van de twaalf) wordt echter door de meeste professionals aangegeven dat het accent van het beleid op het waarborgen van de veiligheid ligt, met andere woorden zij leggen de nadruk op de beheersvisie. Dit houdt in dat gebruik of bezit van alle alcohol en drugs, inclusief de legale middelen, voor alle patiënten streng verboden is. In deze klinieken wordt een breed scala aan maatregelen getroffen om stiekem gebruik of bezit van middelen te bemoeilijken en op gebruik van middelen staat te allen tijde een sanctie. Bovenstaande geldt met name in de intramurale fase. In de transmurale fase kan men hier soms van afwijken.

De getroffen maatregelen om het gebruik te bemoeilijken behelzen veelal urinecontroles of alcoholcontroles, maar kunnen ook een verbod op bezit van alcoholhoudende chocolaatjes (kersenbonbons) of materialen waarmee verboden middelen gefabriceerd kunnen worden (bijvoorbeeld gist om alcohol mee te brouwen) betekenen. De sancties zijn eveneens gevarieerd. De meest genoemde sanctie in de meeste

klinieken is afdelingarrest, hetgeen betekent dat een patiënt zijn afdeling niet mag verlaten of dit enkel onder begeleiding van personeel mag doen. Dit kan tot gevolg hebben dat het behandelingsprogramma tijdelijk stopt aangezien patiënten niet meer aanwezig kunnen zijn bij behandelmodules. De uitvoering van dit beleid kan per situatie verschillen (zie ook paragraaf 5.6).

Een opvallend resultaat is dat de visies van verschillende professionals binnen een kliniek vaak niet overeen komen. Uit de interviews blijkt dat met name beleidsmakers en uitvoerend personeel nogal eens van mening verschillen als het gaat om de vraag op welke beleidsvisie het accent ligt. Zo zegt de ene professional dat de kliniek vooral het accent legt op het beheersen van middelengebruik, terwijl een andere professional aangeeft dat de kliniek vooral de nadruk legt op het behandelen van de middelenproblematiek. Dit is deels te verklaren doordat veel klinieken bezig zijn een nieuw beleid te implementeren. Afhankelijk van het stadium van het implementatieproces blijkt uitvoerend personeel niet altijd volledig op de hoogte te zijn van de nieuwe beleidsvisie. Dit heeft gevolgen voor de uitvoering van het beleid. In enkele klinieken, waar de beleidsmakers van mening zijn dat er een behandelvisie wordt uitgedragen, blijkt op de werkvloer uiteindelijk het accent te liggen op controle en beheersing. Een voorbeeld hiervan is dat sociotherapeuten als een patiënt alcohol of drugs heeft gebruikt alleen sanctioneren, terwijl het volgens de beleidsmakers de bedoeling is om daarnaast gesprekken te voeren over de functie van het gebruik. Ook komt het in enkele gevallen voor dat beleidsmakers een beheersvisie menen uit te dragen terwijl het uitvoerende personeel meer vanuit een behandelvisie werkt. Dit uit zich bijvoorbeeld in het feit dat uitvoerend personeel alcoholgebruik toestaat in de resocialisatiefase als dat geen gevaarlijk gedrag oplevert, terwijl beleidsmakers melden dat het voor alle patiënten in iedere behandel fase verboden is om alcohol te drinken.

Als voornaamste voordeel van het beheersen van middelengebruik wordt vaak genoemd dat het voor personeel en patiënten duidelijkheid schept, en een veilig behandelklimaat creëert waarin patiënten de ruimte hebben om aan hun behandeling te werken in plaats van bezig te zijn met stiekeme handel. Aan de andere kant kan het als nadeel hebben dat er geen zorg op maat geboden kan worden. Bovendien kan het ertoe leiden dat in de behandeling minder aandacht wordt besteed aan middelenproblematiek omdat teveel vertrouwd wordt op de beheersmaatregelen. Daarbij dreigt het gevaar dat patiënten te inventief zijn om middelengebruik tegen te gaan, waardoor personeel achter de feiten aanloopt.

5.2 Controlemaatregelen

Er zijn relatief veel maatregelen voorhanden als het gaat om controle op middelengebruik. In tabel 5.2 staat een overzicht van alle controlemaatregelen die we hebben aangetroffen. Het betreft hier voornamelijk maatregelen binnen de kliniek, er worden echter ook enkele maatregelen genoemd die de situatie buiten de kliniek betreffen.

Tabel 5.2: Overzicht controlemaatregelen (geordend van meest naar minst genoemd)

Controlemaatregelen
Urinecontrole
Blaastest
Kamercontrole
Controle tas/kleding patiënt
Controle tas/kleding bezoek
Fouillering patiënt
Regels over welke en over hoeveel goederen het bezoek de kliniek mag binnenbrengen
Regels over welke en hoeveel goederen patiënten de kliniek mogen binnenbrengen
Inzetten beveiliging op of rond terrein: cameratoezicht
Inzetten bewakingspersoneel
Het verzegelen van goederen waarin middelen verstopt kunnen worden, bijv. tv
Strippen van patiënt (kleding uittrekken)
Screenen van bezoek
Controle van post (brieven / pakketjes)
Fouillering bezoek
Controle bezorgservice, bijv. pizzakoeriers
Inzetten drugshonden
Visiteren (controle in lichaam)
Bloedtest
Inzetten sociale controle medepatiënten
Bellen naar verlofadres
Achternvolgen tijdens verlof

Vrijwel alle klinieken voeren urinecontroles uit om soft- en/of harddruggebruik op te sporen. Patiënten zijn verplicht hieraan mee te werken. De frequentie van de urinecontroles verschilt tussen de klinieken: dit varieert van een aantal keren in de week tot één keer in het jaar. Bovendien verschilt het per kliniek of iedereen standaard getest wordt, of dat maar een selectie van patiënten gecontroleerd wordt. Selectiecriteria kan zijn of er een voorgeschiedenis is met middelengebruik ten aanzien van het delict, of dat iemand zich zichtbaar zuchtig gedraagt.

De klinieken blijken verschillende systemen te gebruiken om te bepalen wanneer en bij welke patiënt een urinecontrole afgenomen moet worden. Een deel¹¹ van de klinieken gebruikt een computerprogramma

¹¹ Wij hebben het gebruik van een computerprogramma in een minderheid van de klinieken gehoord. Aangezien echter niet expliciet gevraagd is naar het wel of niet gebruiken van een computerprogramma voor het ad random uitvoeren van urinecontroles kan niet met zekerheid gezegd worden of dit in de meerderheid of minderheid van de klinieken het geval is.

waarmee patiënten ad random een urinecontrole aangezegd krijgen, terwijl in een ander deel van de klinieken het personeel zelf moet beslissen bij wie urinecontroles afgenomen moeten worden. Professionals die met het computersysteem werken zijn tevreden over de onvoorspelbaarheid die het systeem garandeert. Professionals die niet met het systeem werken zijn nogal eens op zoek naar een manier om de controles minder voorspelbaar te maken.

Om te achterhalen of patiënten alcohol hebben genuttigd, worden in het merendeel van de klinieken ook blaastesten uitgevoerd. Deelname aan deze testen is verplicht. Wanneer een patiënt weigert om mee te werken aan een test, beschouwen de meeste klinieken dit als fraude. In een dergelijk geval krijgt de patiënt dezelfde sanctie als wanneer uit de test blijkt dat iemand gedronken heeft.

Verder worden ook vaak kamercontroles, tascontroles van bezoek en patiënten bij binnenkomst, en kledingcontroles van patiënten uitgevoerd. In enkele klinieken worden de patiënten bij binnenkomst gefouilleerd. Drugshonden worden in een minderheid van de klinieken ingezet. Visitatie van patiënten (controle in het lichaam, zoals anaal) vindt in enkele klinieken plaats.

Opvallend is dat in een klein aantal klinieken sociale controle wordt ingezet om middelen buiten de kliniek te houden. Een vaak gehoorde term hierbij is 'gezamenlijke verantwoordelijkheid'. Hiermee bedoelen professionals en patiënten niet alleen controle door personeelsleden, maar ook dat medepatiënten en professionals elkaar onderling in de gaten houden.

5.3 Sanctiemaatregelen

Naast controlemaatregelen om middelengebruik aan te tonen, worden er sanctiemaatregelen getroffen wanneer afspraken rond middelengebruik overtreden worden. Zie tabel 5.3 voor een overzicht van alle mogelijke sancties. Ook hier betreft het voornamelijk sanctiemaatregelen binnen de kliniek, maar ook sancties buiten de kliniek worden genoemd.

De professionals geven aan dat de opgelegde sanctiemaatregel kan verschillen per individu en afhankelijk is van de situatie. Daarbij wordt rekening gehouden met het gebruikte middel (de duur van de opgelegde sanctiemaatregel is bij harddruggebruik soms langer dan bij softdruggebruik), de ernst van het gebruik (betreft het een incident of heeft de patiënt vaker de afspraken overtreden), of het indexdelict gerelateerd was aan het middelengebruik, en of het middelengebruik ook al een rol speelde in de voorgeschiedenis van de patiënt.

In de meeste klinieken worden patiënten ingesloten op hun kamer of mogen zij hun kamer niet verlaten als ze gedurende hun behandeltraject (binnen de kliniek) middelen hebben gebruikt (dat laatste wordt ook wel kamerarrest of kamerprogramma genoemd) of wordt hen verboden om hun afdeling te verlaten (afdelingsarrest). Ook behoort het plaatsnemen in een isoleer- of separeercel tot de mogelijkheden. Het geheel of gedeeltelijk ontzeggen van bezoek of telefonisch contact, of het ontzeggen van het contact met medepatiënten wordt in een aantal klinieken ook ingezet.

Tabel 5.3: Overzicht sanctiemaatregelen (geordend van meest naar minst genoemd)

Sanctiemaatregelen
Opleggen van afdelingsarrest
Opleggen van kamerarrest
Insluiten op kamer
(Tijdelijk) geheel of gedeeltelijk intrekken van verlof
Opleggen verlof onder (extra) begeleiding
Heropnemen patiënt in de kliniek bij transmuraal verlof
Begeleid door de kliniek begeven
Intrekken vrijheid binnentuin
Plaatsen in separeer/ isoleercel
Ontzeggen van contact medepatiënten
Geheel of gedeeltelijk ontzeggen van bezoek of telefonisch contact met netwerk
Mediabeperking: het in beslag nemen van radio of televisie
Plaatsen in een prikkelarme kamer
Beperken van bezoektijd
Stopzetten behandelmodules

Bij gebruik tijdens verlof is de meest voorkomende sanctie het (tijdelijk) geheel of gedeeltelijk intrekken van verlof. In het overgrote deel van de klinieken worden patiënten bij schending van afspraken omtrent middelengebruik bij transmuraal verlof heropgenomen in de kliniek. In sommige klinieken wordt onbegeleid verlof omgezet naar begeleid verlof, wanneer de afspraken rondom middelengebruik niet worden nagekomen. In enkele klinieken mag de patiënt als sanctie na middelengebruik (dit geldt zowel voor de intramurale als transmurale fase) tijdelijk niet meer deelnemen aan behandelmodules, waaronder soms ook de verslavingsmodules. In andere klinieken mag dat juist wel en wordt de terugval in middelengebruik als gespreksonderwerp gebruikt in de verslavingsmodules.

5.4 Informatievoorziening beheersbeleid

Volgens de professionals worden patiënten in de opnamefase geïnformeerd over het beheersbeleid in een individueel gesprek. Tijdens het intakegesprek wordt aan de patiënt in het algemeen verteld dat controle- en sanctiemaatregelen ingezet kunnen worden als afspraken rondom middelengebruik overtreden worden. Daarbij worden specifiek de urinecontroles en blaastesten genoemd. Patiënten beamen dat zij mondeling op de hoogte gesteld zijn over het beheersbeleid. Enkele patiënten zeggen daarentegen weinig of geen informatie over het beheersbeleid te hebben ontvangen.

In de meeste gevallen zijn er ook schriftelijke stukken beschikbaar voor patiënten: folders en afdelings- en/of huisregels worden meestal bij binnenkomst aan de patiënten uitgereikt. Een klein deel van de professionals zegt niet te weten of schriftelijke stukken voor patiënten voorhanden zijn. De meerderheid van de patiënten bevestigt dat zij deze stukken hebben ontvangen, terwijl een minderheid zegt van niet. De meeste professionals zeggen dat wanneer een nieuwe patiënt binnenkomt, er direct een urinecontrole op middelengebruik kan plaatsvinden. Dat gebeurt echter niet bij iedereen. Het blijkt meestal afhankelijk te zijn van de vraag of het indexdelict gerelateerd was aan middelengebruik, en of middelengebruik een rol speelde in de voorgeschiedenis van de patiënt.

5.5 Middelengebruik als (zelf)medicatie

Harddrugs en softdrugs worden niet ingezet (voorgeschreven) als medicatie, aldus de meeste professionals. Professionals denken wel dat sommige patiënten softdrugs als zelfmedicatie gebruiken. Dit wordt ook bevestigd in de gesprekken met patiënten. Een klein deel van de professionals zegt dat methadon soms voorgeschreven wordt in de behandel fase als behandeling anders niet mogelijk is. Zij benadrukken daarbij wel dat het de bedoeling is dat het methadongebruik uiteindelijk afgebouwd wordt. In het overgrote deel van de klinieken wordt daarentegen juist geen methadon voorgeschreven, omdat methadon als een drug wordt beschouwd met soortgelijke roes- en afkickverschijnselen. Ook komt het in enkele gevallen voor dat softdrugs voorgeschreven wordt bij terminale patiënten, zodat zij beter kunnen slapen. Professionals geven aan dat er geen beheersproblemen zijn als middelen als medicatie voorgeschreven worden, omdat er in die gevallen goede controle en toezicht is bij inname van deze middelen.

5.6 Diversiteit in beheersmaatregelen

De beheersmaatregelen zijn niet in alle situaties gelijk voor alle patiënten. Professionals en patiënten rapporteren diversiteit in de frequentie waarmee gecontroleerd wordt op middelengebruik: sommige groepen worden minder vaak gecontroleerd dan andere (zie paragraaf 5.6.1). Dit kan verschillen tussen de diverse fasen van de behandeling (zowel intramuraal als transmuraal). Ook kan diversiteit optreden in de mate waarin gesanctioneerd wordt wanneer middelengebruik is aangetoond: de sancties kunnen verschillen in zwaarte en in duur. De op-maat afspraken die met een individuele patiënt gemaakt worden over controles en sancties worden meestal opgenomen in het behandelplan. De differentiatie in regels, controles en sancties kan afhangen van de behandel fase waarin iemand verkeert, of juist van het type patiënt. Er is ook een klein deel van de professionals dat aangeeft dat elke afdeling zijn eigen behandel- en beheersbeleid invult.

Voorts zijn er verschillen gesignaleerd in de uitvoering van het beleid tussen verschillende typen klinieken. Deze paragraaf gaat in op de verschillen in handelwijzen en de achtergronden ervan, zoals die door professionals en patiënten zijn aangegeven of zijn waargenomen door de onderzoekers tijdens observaties.

5.6.1 Verschillen in maatregelen tussen typen patiënten

De diversiteit in uitvoering van het beleid heeft volgens een groot deel van de professionals en patiënten te maken met de mate van het recidivegevaar. In veel klinieken wordt een cruciaal onderscheid aangegeven tussen patiënten met en zonder voorgeschiedenis met middelenmisbruik, en tussen patiënten waarbij middelengebruik wel versus geen rol heeft gespeeld ten tijde van het indexdelict.

In een groot deel van de klinieken geldt volgens professionals en patiënten een bepaalde vorm van uitzonderingsbeleid voor patiënten bij wie middelengebruik geen rol heeft gespeeld ten tijde van het indexdelict, noch in hun voorgeschiedenis. Indien er sprake is van een uitzonderingsbeleid geldt dit doorgaans alleen voor de middelen alcohol en/of softdrugs. Voor harddrugs wordt in vrijwel geen kliniek een uitzondering gemaakt. Een klein deel van de professionals zegt echter dat methadon onder strikte voorwaarden soms voorgeschreven wordt aan chronisch verslaafde patiënten (in de behandelfase), maar dit gebeurt alleen als behandeling anders niet mogelijk is. Voor de groep patiënten waarbij middelengebruik wel een rol heeft gespeeld ten tijde van het indexdelict of in de voorgeschiedenis is er wel sprake van een zero tolerance beleid. Dit geldt voor de intramurale fase. Op een verslavingsafdeling binnen één van de klinieken mogen de patiënten bijvoorbeeld geen alcohol drinken, terwijl voor patiënten van andere afdelingen wel een uitzondering wordt gemaakt.

De patiënten bij wie het indexdelict middelengerelateerd was, of die middelengebruik in hun voorgeschiedenis rapporteerden, worden vaker gecontroleerd op het gebruiken van middelen dan patiënten bij wie dat niet het geval is. Dit blijkt bijvoorbeeld ook uit de bevinding dat er op de verslavingsafdelingen vaker gecontroleerd wordt op middelengebruik, voornamelijk met urinecontroles, dan op andere afdelingen.

Een voordeel van het gedifferentieerde beleid is dat het alleen gericht is op de groep voor wie het van belang is. Zo worden patiënten die geen probleem hebben met middelen niet onnodig lastig gevallen met controles.

Ook de zwaarte van de sancties die worden opgelegd wanneer middelengebruik is aangetoond, is in veel klinieken afhankelijk van de vraag of middelengebruik een rol heeft gespeeld ten tijde van het indexdelict of in de voorgeschiedenis. Patiënten bij wie dat wel het geval is worden zwaarder gestraft wanneer zij tijdens de tbs-behandeling blijken te gebruiken. Dit betreft ook de transmurale fase. Het onderscheid kan ook worden gemaakt door de duur van de sanctiemaatregel te laten verschillen. In veel klinieken kan de zwaarte of duur van de sancties daarbij afhangen van het middel dat men heeft gebruikt: de straf is strenger of de duur van de sanctiemaatregel langer als een patiënt harddrugs heeft gebruikt vergeleken met wanneer hij alcohol of softdrugs heeft gebruikt.

Enkele professionals geven aan dat sancties - in alle behandelfasen - vaker worden ingezet bij patiënten met een psychotische stoornis dan bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Dit wordt gedaan omdat patiënten met een psychotische stoornis meer structuur behoeven dan persoonlijkheidsgestoorden.

In enkele klinieken bestaat de samenstelling van de groep patiënten op een afdeling niet alleen uit patiënten met een tbs-maatregel. Zij delen de afdeling met patiënten die bijvoorbeeld op grond van een civielrechtelijke maatregel zijn opgenomen. In één van deze klinieken rapporteren professionals dat het beleid voor tbs-patiënten anders is (vanwege hun verblijfstitel) dan het beleid dat geldt voor patiënten die op vrijwillige

basis (civielrechtelijk) in de kliniek opgenomen zijn. Patiënten met een tbs-maatregel worden frequenter gecontroleerd op middelengebruik en strenger gesanctioneerd bij middelengebruik dan de anderen.

5.6.2 Verschillen tussen behandelfasen en afdelingen

Opnamefase

In het grootste deel van de klinieken worden in de opnamefase geen verschillen in de uitvoering van het beleid ten aanzien van middelengebruik toegestaan. Middelengebruik is in deze fase voor iedereen verboden. Hiervoor wordt gekozen omdat de professionals de patiënten op dat moment nog niet voldoende kunnen inschatten. Dit verschilt echter van de werkwijze in een klein aantal andere klinieken waar professionals juist aangeven dat er in de opnamefase minder strikt met de regels ten aanzien van middelengebruik wordt omgegaan zodat men een beter beeld krijgt van de problematiek van patiënten.

Behandelfase

Een minderheid van de professionals geeft aan dat er gedurende de behandelfase tot op zekere hoogte sprake is van een uitzonderingsbeleid voor alcohol en/of softdrugs, mits er geen sprake is van delict-gerelateerd middelengebruik of een voorgeschiedenis met middelengebruik.

Tijdens de behandelfase wordt aldus in veel klinieken, op de manier zoals dat in paragraaf 5.6.1 is geschetst, gedifferentieerd in de uitvoering van het beleid tussen typen patiënten. Dit gebeurt door te variëren met de frequentie van controles en de duur en zwaarte van de sancties.

Resocialisatiefase

In de resocialisatiefase krijgen patiënten langzaam maar zeker meer vrijheden en mogen ze vaker begeleid en/of onbegeleid op verlof. Confrontatie met het gebruik van alcohol in veel sociale settings en met het gedoogbeleid voor softdrugs zoals dat in de maatschappij geldt, is daarbij onvermijdelijk, aldus de professionals. In een klein aantal klinieken is in de resocialisatiefase - net als in de andere behandelfasen - sprake van een zero tolerance beleid ten aanzien van middelengebruik, en zijn de regels soms nog strikter dan in de intramurale fase omdat patiënten door de toenemende vrijheden meer blootstaan aan verleidingen en daardoor een grotere kans lopen om terug te vallen in middelengebruik. In een groot deel van de klinieken wordt het gebruik van alcohol en softdrugs echter onder bepaalde voorwaarden toegestaan in deze fase. Het beleid in de resocialisatiefase wijkt dan af van het beleid in de klinische setting (opname- en behandelfase). Het beleid ten aanzien van middelen is in de resocialisatiefase in die gevallen niet zo zeer gericht op het straffen bij middelengebruik maar juist op het leren omgaan met de verleiding van middelen. Verlof wordt dan nabesproken: of middelen zijn gebruikt, of de patiënt verleidingen is tegengekomen, en wat hij gedaan heeft om dat te voorkomen. Als de patiënt gebruikt heeft wordt besproken hoe hij dat in de toekomst kan voorkomen.

Indien er in de kliniek sprake is van een uitzonderingsbeleid tijdens verlof, geldt dit doorgaans alleen voor het middel alcohol. In enkele klinieken blijkt er echter ook sprake te zijn van een uitzonderingsbeleid voor softdrugs. In alle klinieken geldt in de resocialisatiefase een zero tolerance beleid voor harddrugs.

Volgens zowel professionals als patiënten is het grootste voordeel van het toestaan van middelengebruik tijdens verlof dat patiënten dan leren om grenzen te stellen aan hun gebruik en met de verleiding van middelen om te gaan.

Professionals geven aan dat het gebruik van middelen niet voor alle patiënten toegestaan is. Patiënten die psychotisch reageren als zij middelen gebruiken, worden uitgesloten van gebruik. Ook wordt in sommige klinieken de voorwaarde gesteld dat patiënten geen middelen mogen gebruiken als zij medicatie gebruiken. Dit omdat het gebruik van middelen de werking van medicatie kan belemmeren.

Met de patiënten die wel tijdens verlof mogen gebruiken, worden voorafgaand aan het verlof afspraken gemaakt over welk middel de patiënt mag gebruiken, hoeveel (meestal één of twee biertjes) en onder welke omstandigheden (bijvoorbeeld alleen tijdens verjaardagen). In enkele klinieken worden tevens vooraf afspraken gemaakt over controles op middelengebruik bij terugkeer van verlof. Eén kliniek stelt als voorwaarde dat de patiënt alleen onder toezicht van familie alcohol mag drinken tijdens verlof. Ook wordt in enkele gevallen met de patiënt afgesproken dat hij niet dronken in de kliniek terug mag komen.

Bij terugkomst van verlof kunnen patiënten gecontroleerd worden op middelengebruik, meestal door een urinecontrole of blaastest. Vanwege de grotere kans op recidive voor de patiënten bij wie het indexdelict gerelateerd was aan het middelengebruik of bij wie middelengebruik ook al een rol speelde in de voor-geschiedenis, worden zij in de meeste gevallen inderdaad gecontroleerd. Bij patiënten bij wie niet het geval was, vindt controle op middelengebruik tijdens verlof minder vaak (maar nog steeds wel regelmatig) plaats. Wanneer patiënten zich niet houden aan de gemaakte afspraken over middelengebruik gedurende hun verlof wordt doorgaans, zoals al beschreven, als sanctie het verlof geheel of gedeeltelijk (tijdelijk) ingetrokken en worden patiënten die transmuraal verlof hebben, teruggeplaatst in de kliniek. Volgens een deel van de professionals verschillen deze sancties echter per patiënt. Patiënten waarbij het indexdelict gerelateerd was aan middelengebruik of die middelengebruik vertoonden in hun voorgeschiedenis worden vaker teruggeplaatst in de kliniek dan de patiënten bij wie dat niet het geval is.

Middelengebruik op de longstay afdeling

“Binnen tbs-klinieken, maar ook in instellingen van de forensische ggz, wordt een deel van de behandel-plaatsen bezet door patiënten die op dit moment niet te behandelen zijn, terwijl hun delictisico van dien aard is dat zij nog steeds een gevaar voor de samenleving vormen. Voor deze patiënten bestaat er inmiddels een aantal 'long stay plaatsen' waar zij tegen een lager tarief verblijven en niet meer worden behandeld vanuit het oogmerk van resocialisatie.”¹²

De longstay afdelingen lijken een bijzondere plaats in te nemen als het gaat om middelengebruik. Tijdens diverse gesprekken met patiënten en professionals is gebleken dat het gebruik van alcohol en softdrugs op de longstay afdeling in een minderheid van de klinieken toegestaan wordt. Professionals geven aan dat middelen op deze afdeling zijn toegestaan omdat hier een ander behandeldoel geldt: patiënten worden hier niet meer behandeld met als doel terug te keren in de samenleving, maar met als doel de kwaliteit van leven te verbeteren. Het toestaan van alcohol of softdrugs kan volgens een aantal professionals hieraan bijdragen.

5.6.3 Verschillen tussen typen klinieken

Patiënten met een tbs-maatregel worden doorgaans geplaatst in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC). Zij kunnen echter ook geplaatst worden in een forensisch psychiatrische kliniek (FPK). Zoals

¹² Citaat uit De Kogel, Verwers & Den Hartogh (2005, pagina 19)

al aangeduid in paragraaf 2.5 kan een FPK wettelijk gezien minder beheersmaatregelen toepassen om tbs-patiënten te beperken die tegen de afspraken in middelen hebben gebruikt. Dit wordt bevestigd door enkele professionals. Dit heeft tot gevolg dat er binnen deze klinieken een minder streng repressief beleid geldt, óók ten aanzien van de tbs-patiënten die daar zijn opgenomen.

5.7 Ervaringen met het beheersen van middelengebruik: verbeterpunten

Aan het eind van het interview of gesprek is aan professionals en patiënten specifiek gevraagd wat volgens hen knelpunten of verbeterpunten zijn van het huidige beheersbeleid, naast de punten die zij spontaan al hebben genoemd zoals die vermeld zijn in de voorgaande paragrafen. Hieronder volgt een overzicht van de genoemde verbeterpunten.

Begrip voor een zero-tolerance beleid

Veel patiënten vinden het goed dat het gebruik van middelen in de kliniek verboden is. Zonder dit verbod zou er volgens hen veel chaos en handel aanwezig zijn in de kliniek. Het merendeel van de professionals en patiënten noemt bovendien de mogelijkheid om “clean” te worden in de kliniek als het grootste voor-deel van beheersmatig optreden. Een groot deel van de patiënten zegt begrip te hebben voor het strenge beleid, omdat sommige patiënten onder invloed van middelen hun delict hebben gepleegd.

Beheersbeleid als te streng ervaren

Ondanks het feit dat een groot deel van de patiënten het verbod op gebruik of bezit van middelen goed-keurt, vinden veel patiënten en veel professionals het beheersbeleid te streng. Zij geven er de voorkeur aan dat het sanctie- en controlebeleid individueel bekeken wordt. Patiënten die geen voorgeschiedenis hebben met middelengebruik geven daarentegen aan niet veel last te hebben van het strenge beleid. Bij hen worden niet regelmatig urinecontroles afgenomen en worden zij niet gesanctioneerd omdat zij niet gebruiken. Dit ervaren zij als positief.

Onduidelijkheid door de diversiteit in maatregelen

Een minderheid van de professionals merkt op dat de diversiteit in beheersmaatregelen kan zorgen voor onduidelijkheid. Dit wordt tevens ondersteund door een minderheid van de patiënten die het beleid als verwarrend ervaart. Daarnaast wordt het onderscheid dat gemaakt wordt tussen verschillende patiënten, in klinieken waar dat gebeurt door sommige patiënten als oneerlijk ervaren. Enkele professionals stellen dat diversiteit soms moeilijk uit te leggen is aan patiënten: zij begrijpen soms niet goed waarom de één wel mag gebruiken en de ander niet. Ook patiënten zelf geven aan dat zij niet weten waarom er voor verschil-lende patiënten verschillende regels of maatregelen gelden. Verder is als knelpunt genoemd door enkele patiënten en professionals dat er onduidelijkheid ontstaat bij patiënten omdat het beleid binnen sommige klinieken op de verschillende afdelingen niet eenduidig is.

Beheersen tijdens bijzondere gelegenheden

Tijdens de feestdagen maakt het overgrote deel van de klinieken geen uitzondering op de regel. Middelengebruik blijft ook dan verboden. Sommige patiënten vinden dit te streng: tijdens de feestdagen willen zij bij wijze van uitzondering bijvoorbeeld een glas bier of champagne kunnen drinken. Veel professionals zijn zich hier bewust van en voeren juist daarom meer controles uit omdat er rond de feestdagen vaker wordt gebruikt. Dit wordt zowel door professionals als patiënten bevestigd.

Angst

Uit zowel de observaties als uit de gesprekken met professionals en patiënten blijkt dat een minderheid van de patiënten door de dreigende beheersmaatregelen bang is om hulp te vragen aan personeelsleden, bijvoorbeeld als ze gevoelens van zucht hebben of als ze gebruikt hebben. Omdat patiënten bang zijn voor de consequenties als ze open en eerlijk zijn over hun middelengebruik, kiezen zij er eerder voor om middelengebruik niet bespreekbaar te maken. Een klein deel van de professionals, met name op verslavingsafdelingen, vindt dit een kwalijke zaak omdat zij het bespreekbaar maken van middelen belangrijker vindt dan het afstraffen daarvan.

Kunstmatige situatie door beheersen In klinieken waarin er voornamelijk sprake is van een zero tolerance beleid binnen de kliniek wordt regelmatig door zowel professionals als patiënten gezegd dat hiermee een 'kunstmatige situatie' gecreëerd wordt. Daarmee wordt bedoeld dat het zero tolerance beleid in de kliniek afwijkt van het gedoogbeleid voor alcohol en drugs zoals dat in de samenleving geldt. Het invoeren van een zekere mate van uitzonderingsbeleid binnen de kliniek wordt door deze professionals als een verbetering van het beleid gezien omdat zij daardoor meer zicht krijgen op het verslavingsprobleem van de patiënt. Op die manier kan de overgang van de klinische setting (binnen de kliniek) naar een niet-klinische setting (terugkeer in samenleving) worden vergemakkelijkt.

Onbedoelde effecten van zero tolerance beleid

Doordat er in bepaalde klinieken een zero tolerance beleid bestaat, wordt het voor sommige patiënten onbedoeld aantrekkelijk gemaakt om te gebruiken: sommige patiënten gaan het leuk vinden om stiekem te gebruiken omdat er een streng verbod op middelen heerst.

Urinecontroles

In de meerderheid van de klinieken wordt urine standaard (altijd) op THC¹³ gecontroleerd, terwijl er slechts op indicatie op harddrugs wordt gecontroleerd. Het gevaar bestaat daardoor dat harddruggebruik niet wordt aangetoond.

Veel patiënten geven aan de urinecontroles vervelend te vinden omdat ze het mensonterend vinden om onder toezicht te plassen. Ook het afnemen van een urinecontrole door een personeelslid van het andere geslacht wordt als onprettig ervaren. Daarnaast zijn urinecontroles volgens patiënten vrij makkelijk te manipuleren door bijvoorbeeld een dag van te voren veel water te drinken.

¹³ Tetrahydrocannabinol: de werkzame stof in cannabis

Blaastest

Verder vinden enkele patiënten en professionals dat de blaastest ontoereikend is, omdat dit instrument het alcoholgehalte volgens hen niet goed meet. Vanwege de onbetrouwbaarheid van dit instrument pleiten zij voor het invoeren van de bloedtest, omdat deze volgens hen betrouwbaarder is.

Negatieve benadering controles

Enkele professionals noemen de benadering voor het uitvoeren van een test als een knelpunt. Zij vinden dat controles te vaak louter gebruikt worden om patiënten te "betrappen" op het gebruik. De controles zouden meer ingezet moeten worden als positieve benadering, namelijk om te laten zien dat patiënten niet gebruikt hebben en hen daarmee te complimenteren.

Controles niet streng genoeg

Een minderheid van de patiënten vindt het beleid, maar vooral de controle en sancties juist niet streng genoeg, waardoor middelen volgens hen de kliniek blijven binnenkomen. Het beleid zou nog strenger mogen omdat zij van mening zijn dat drugs en alcohol niet in een tbs-kliniek hoort. Dit zou volgens hen verbeterd kunnen worden door patiënten die middelen gebruiken, strenger te controleren en strenger te straffen. Daarbij noemt een klein deel van de patiënten en een klein deel van de professionals als voorbeeld dat een drugshond vaker preventief ingezet zou mogen worden. In de klinieken waar gebruik wordt gemaakt van drugshonden vinden enkele patiënten dit een prettigere controlemaatregel dan kamercontroles. Zij hebben liever dat er even een hond rondsuffelt, dan dat personeel in hun persoonlijke spullen graait.

Controle van bezoek en personeel

Een opmerking die patiënten en professionals vaak hebben gemaakt, is dat het bezoek onvoldoende gecontroleerd wordt. Dit, zoals al gezegd, vanwege wettelijke bepalingen die fouillering van het bezoek verbieden. Professionals voelen zich hierdoor beperkt in hun controlemogelijkheden omdat het op deze manier moeilijk wordt om drugs buiten te houden. Immers, de meeste middelen worden naar binnen gesmokkeld door bezoek, zo zeggen patiënten en professionals. Sommigen pleiten dan ook voor aanpassing van de wetgeving zodat het bezoek in de toekomst gefouilleerd kan worden. Enkele professionals geven overigens wel aan dat bezoek gefouilleerd wordt. Bovendien zou het beleid volgens een groot deel van de patiënten en professionals verbeterd kunnen worden door iedereen die de kliniek binnenkomt te controleren: personeel, bezoek, advocaten en patiënten. Verder zou volgens professionals middelengebruik in de kliniek geminimaliseerd kunnen worden door meer te investeren in gezamenlijke verantwoordelijkheid c.q. sociale controle van medepatiënten.

Onder druk zetten van het personeel

Enkele patiënten en professionals noemen bovendien dat urinecontroles of blaastesten soms niet worden uitgevoerd omdat personeelsleden onder druk worden gezet door patiënten. Het zijn vooral de nieuwe personeelsleden die geen weerstand kunnen bieden aan deze druk. Dit kan volgens professionals verbeterd worden door het uitvoerende personeel scholing aan te bieden over hoe zij om kunnen gaan met onderdrukking door patiënten.

Inzetten van personeel

Een knelpunt dat veel professionals noemen is dat door krappe personeelsbezetting, hoge werkdruk, en de afwezigheid van personeel van hetzelfde geslacht, het beleid soms moeilijk uit te voeren is. Daardoor komt het voor dat (urine)controles niet of later uitgevoerd worden. Zij pleiten dan ook voor het inzetten van meer personeel. Een klein deel van de professionals geeft daarnaast aan dat (nieuw) personeel soms niet op de hoogte is van het feit dat er in de kliniek een urineprotocol aanwezig is. Dat laatste speelt meestal in de klinieken waar geen gebruik wordt gemaakt van een computerprogramma om urinecontroles aan te zeggen.

5.8 Samenvatting

Het beleid binnen de tbs-klinieken is bijna altijd gericht is op zowel behandelen als beheersen. De professionals binnen twee van de twaalf klinieken geven echter te kennen dat het accent van het beleid op beheersen ligt. Opvallend is dat vaak naar voren is gekomen dat niet alle professionals binnen een kliniek overeenstemming vertonen over de accenten in de beleidsvisie van de kliniek.

Alle klinieken hebben een heel scala aan controle- en sanctiemogelijkheden tot hun beschikking. Urinecontrole, blaastesten, kamercontrole en controle van tas en kleding van patiënt en bezoek zijn de controlemaatregelen die het meest genoemd zijn. Daarnaast maken enkele klinieken gebruik van drugs-honden, sociale controle, foullering en visitatie. De sanctiemaatregelen die het vaakst genoemd zijn, betreffen het intrekken van verlof, insluiten op kamer, kamer- en afdelingarrest, en het heropnemen in de kliniek. Minder vaak is het plaatsen in een isoleer- of separeercel, het ontzeggen van bezoek of telefonisch contact of contact met medepatiënten, of het tijdelijk stopzetten van behandelmodules genoemd.

De aard en frequentie van de controle- en sanctie maatregelen die ingezet worden, kunnen in de meeste klinieken per situatie of per patiënt verschillen. Om te bepalen welke beheersmaatregel ingezet wordt, wordt vooral bekeken of het indexdelict gerelateerd was aan middelengebruik, en of middelengebruik een rol speelde in de voorgeschiedenis van de patiënt. Voor het bepalen van de sanctie wordt daarnaast ook rekening houden met het soort middel dat de patiënt gebruikt heeft, en wat de ernst van het gebruik is. Diversiteit in beheersmaatregelen wordt het meest toegepast in de resocialisatiefase. FPK's kunnen wettelijk gezien minder strenge beheersmaatregelen opleggen dan FPC's. Patiënten krijgen doorgaans mondelinge en schriftelijke informatie over het beheersbeleid van de kliniek.

Patiënten en professionals hebben zowel positieve als negatieve ervaringen met het beheersbeleid. Zo heerst bij veel patiënten begrip voor een streng verbod op het gebruik van middelen omdat dit anders tot onwenselijke situaties (chaos, handel en eventuele toename van het delict risico bij sommige patiënten) leidt en de veiligheid van de kliniek in gevaar brengt. Aan de andere kant vinden patiënten het beleid te streng omdat er volgens hen geen of weinig uitzondering gemaakt wordt op het verbod op middelengebruik. Professionals vinden dat een zero tolerance beleid onbedoelde effecten teweeg brengt. Behandeling krijgt door de overmaat aan aandacht voor beheersen, in verhouding te weinig aandacht. De instrumenten voor urinecontrole en blaastesten zijn volgens patiënten en professionals niet altijd toereikend aangezien ze

volgens hen niet altijd betrouwbaar zijn of makkelijk te manipuleren zijn. Ook vinden zowel professionals als patiënten dat er meer geïnvesteerd moeten worden in de personele bezetting en in kliniekbrede kennis over verslaving.

hoofdstuk 6
Middelengebruik als
behandelprobleem



Hoofdstuk 6

Middelengebruik als behandelprobleem

Naast het beheersen van middelengebruik kennen alle klinieken veel belang toe aan het behandelen ervan. In dit hoofdstuk worden de kenmerken van deze behandeling beschreven.

6.1 Behandelvisie

Binnen vijf van de twaalf klinieken geeft de meerderheid van patiënten en professionals aan dat het accent ligt op behandelen, en dus minder op beheersen. Vaak bestaat er onder professionals binnen een kliniek echter geen overeenstemming over de vraag op welke visie het accent ligt. Dit is afhankelijk van de functie van de professional. Het uitvoerende personeel lijkt meer aan te geven dat het accent voornamelijk ligt op beheersen, in vergelijking met coördinerend of leidinggevend personeel.

Wanneer middelengebruik gezien wordt als een behandelprobleem (ook wel behandelvisie genoemd) worden er met de patiënt afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en drugs binnen de behandel-doelstellingen en leert de patiënt omgaan met de verleiding van deze middelen. Dit onderdeel van de behandeling betreft zowel de intramurale als transmurale fase. Daarbinnen wordt terugval (het opnieuw gebruiken van middelen) gezien als een onderdeel van behandeling. Zo kan aan patiënten de mogelijkheid worden geboden door behandelaars, om met mate middelen te gebruiken om bijvoorbeeld grenzen te leren stellen aan het gebruik. Middelengebruik wordt niet zozeer 'afgestraft', maar er vinden juist individuele gesprekken plaats met de patiënt waarin gesproken wordt over de achterliggende redenen van het gebruik. Hierbij wordt gestimuleerd dat patiënten open en eerlijk zijn over het gebruik, zodat zij gevoelens van zucht kunnen bespreken met het personeel.

Volgens alle professionals wordt het behandelaanbod dat een patiënt krijgt op het gebied van middelengebruik schriftelijk vastgelegd in het behandelplan. Een behandelplan wordt samen met de patiënt opgesteld. In het behandelplan worden doorgaans de probleemgebieden, behandeldoelen en een plan van aanpak geformuleerd. Dit plan wordt tussentijds geëvalueerd. Indien individuele afspraken worden gemaakt over gebruik van middelen (tijdens het verblijf in de kliniek of tijdens verlof) wordt dat ook altijd vastgelegd. Op de afspraken die in het behandelplan gemaakt worden omtrent middelengebruik is uitgebreid ingegaan in hoofdstuk 5. Omdat dit onderdeel ook van belang is voor de behandeling wordt dit op deze plek kort herhaald. Individuele afspraken over middelengebruik die veel professionals noemen zijn afspraken over welke middelen wel en niet gebruikt mogen worden. Ook kunnen er afspraken gemaakt worden over de hoeveelheid middelen die men gebruikt. Een voorbeeld van een specifieke afspraak is dat één of twee glazen bier toegestaan zijn, of dat een patiënt buiten de kliniek tot een maximum bedrag aan softdrugs mag gebruiken. Daarnaast worden er soms afspraken gemaakt over specifieke situaties waarin patiënten buiten de kliniek mogen gebruiken, zoals tijdens verjaardagen, of wanneer familieleden erbij zijn die het gebruik kunnen controleren. Soms wordt ook afgesproken dat een patiënt niet onder invloed terug mag komen in de kliniek.

6.2 Diagnostiek in de opnamefase

In het overgrote deel van de klinieken wordt bij opname het eventuele middelengebruik nagevraagd bij de patiënt zelf en daarnaast bij de familie van de patiënt. Bovendien wordt het doorgaans ook uitgezocht door de strafdossiers en medische dossiers van de patiënt te bestuderen.

De meeste professionals weten niet of de kliniek in de opnamefase gebruik maakt van een diagnostisch instrument dat specifiek gericht is op het in kaart brengen van middelengebruik van patiënten. Dit geldt met name voor het uitvoerende personeel. Een minderheid van de professionals zegt dat de kliniek geen specifieke diagnostische instrumenten gebruikt om middelengebruik in kaart te brengen. De reden die zij daarvoor geven is dat er nog geen goede diagnostische instrumenten beschikbaar zijn die geschikt zijn voor de tbs-populatie. Een enkele kliniek gebruikt geen instrument omdat voor hun specifieke doelgroep geen instrument beschikbaar is, zoals voor tbs-patiënten met een verstandelijke beperking. De meerderheid van de professionals die aangeeft dat de kliniek wel een dergelijk instrument gebruikt, noemt het instrument (EUROP) ASI of CIDI (Composite International Diagnostic Interview).¹⁴

Een minderheid van de professionals vindt dat er te weinig aandacht is voor middelengebruik in de opnamefase. Meestal betreft dit de klinieken waarin geen gebruik wordt gemaakt van diagnostische instrumenten om middelengebruik in kaart te brengen. Volgens deze professionals kan de aandacht voor verslaving in de opnamefase verbeterd worden door diagnostische instrumenten in te voeren zodat de kliniek meer inzicht krijgt in de verslavingsproblematiek van patiënten.

¹⁴ De (EUROP) ASI is een gestructureerde vragenlijst waarmee middelengebruik en -misbruik in kaart wordt gebracht. De CIDI is een gestructureerde vragenlijst aan de hand waarvan psychische stoornissen van de patiënt in kaart worden gebracht. Daarbij wordt middelengebruik ook uitgebreid nagevraagd.

6.3 Het behandelaanbod

Binnen de tbs-behandeling worden verschillende behandelmodules aangeboden waarin omgaan met middelengebruik aan bod komt. Soms betreft dat modules die specifiek gericht zijn op middelengebruik, en soms gaat het om bredere modules waarbinnen middelengebruik een onderdeel is. De meeste modules worden in beginsel in groepsverband gegeven. Echter, indien een patiënt niet in een groep kan functioneren, bestaat de mogelijkheid dat de modules op individueel niveau worden gegeven. Het voorgaande blijkt uit zowel de gesprekken met patiënten en professionals, als uit de observaties op de afdelingen. Professionals en patiënten geven aan dat er, zoals ook blijkt uit de beleidsstukken, in het overgrote deel van de klinieken op zijn minst één speciale behandelmodule specifiek gericht op middelengebruik wordt aangeboden. De module die het meest genoemd wordt, is de zogenaamde Lieberman-module waarin patiënten geleerd worden om de verleiding van middelen te weerstaan. Daarnaast wordt er in enkele klinieken psycho-educatie over verslaving gegeven, waarbij de patiënt met name voorlichting krijgt over de effecten van middelen. Een minderheid van de professionals noemt in het interview dat er een module terugvalpreventie aanwezig is. Veel professionals geven in het interview aan niet op de hoogte te zijn van de specifieke invulling van het behandelaanbod.

Veel patiënten vinden de aangeboden verslavingsmodules effectief omdat zij het gevoel hebben dat ze voor hulp bij de kliniek terecht kunnen. Volgens deze patiënten helpt de verslavingsmodule om te leren omgaan met middelen en om inzicht te krijgen in de eigen verslavingsproblematiek. Door te observeren bij een aantal verslavingsmodules is naar voren gekomen dat patiënten erg gemotiveerd zijn om te werken aan hun verslavingsprobleem. Een klein deel van de patiënten vindt het niveau van de aangeboden verslavingsmodules daarentegen te eenvoudig en typeert het om die reden als "kinderachtig".

Naast de specifieke en algemene behandelmodules worden ook individuele gesprekken aan patiënten aangeboden waarin het verslavingsprobleem een onderwerp van gesprek kan zijn. In een groot deel van de klinieken kan ook in algemene groeps gesprekken ingegaan worden op het thema verslaving, indien daar behoefte aan is. In enkele klinieken ontbreken deze groeps gesprekken of komen ze slechts beperkt voor. Patiënten en professionals in deze klinieken pleiten voor meer groeps gesprekken.

Voordat een patiënt een bepaalde module mag volgen, moet deze aan bepaalde voorwaarden voldoen. Zo stellen de meeste klinieken dat de patiënt gemotiveerd moet zijn om de module te volgen, er moet enige bereidheid zijn om aan het verslavingsprobleem te werken, en de patiënt moet in een groep kunnen functioneren. Daarnaast mogen patiënten op het moment dat bijeenkomsten binnen de module plaatsvinden niet psychotisch of onder invloed van middelen zijn.

Totstandkoming behandelaanbod

Voor de meeste professionals is onbekend hoe het behandelaanbod tot stand gekomen is. Veel professionals verklaren dit doordat zij bij dergelijke beslissingen niet direct inhoudelijk betrokken zijn, dat zij zich alleen bezighouden met de uitvoering van het beleid, of dat het behandelaanbod reeds bestond toen zij in dienst traden. In enkele klinieken zeggen vooral beleidsmakers dat het behandelaanbod tot stand gekomen is op basis van wetenschappelijk onderzoek naar de meest effectieve behandeling (zoals eigen literatuur-

onderzoek), op basis van informatie-uitwisseling met andere tbs-klinieken en door samen te werken met de verslavingszorg. Daarnaast zeggen enkele professionals dat het behandelaanbod gebaseerd is op datgene wat in de praktijk het meest effectief blijkt te zijn.

6.4 Speciale afdeling voor verslaafden

Vijf klinieken hebben een speciale afdeling voor verslaafden opgericht. Eén van deze klinieken is daar nog mee bezig. Deze verslavingsafdelingen zijn bedoeld voor patiënten bij wie verslavingsproblematiek in hoge mate aanwezig is, het indexdelict gerelateerd was aan het middelengebruik, of bij wie het verslavingsprobleem de behandeling van de stoornis in de weg staat.

De meeste professionals en patiënten weten wel dat er een speciale afdeling is voor verslaafden, maar zeggen dat het voor hen onduidelijk is hoe het behandelaanbod op deze afdeling eruit ziet. Dit kan verklaard worden doordat sommige professionals en patiënten niet direct betrokken zijn bij verslavingsproblematiek. Dit geldt met name voor de uitvoerende professionals. In de kliniek waar het afdeling nog niet operationeel is, is nog niet bekend hoe het precieze aanbod eruit zal zien. Desondanks geven de meeste professionals in het algemeen aan dat de behandeling op de verslavingsafdeling primair gericht is op het behandelen van het verslavingsprobleem, waarbij de andere stoornissen van de patiënt zijdelings of op de achtergrond behandeld worden. Professionals die wel aangeven op de hoogte te zijn van de inhoudelijk invulling van het behandelaanbod zeggen dat het behandelaanbod op de verslavingsafdelingen uit het volgende bestaat: groepsgesprekken over middelen, specifieke verslavingsmodules (variërend van één tot vier verslavingsmodules) waarbij de patiënt geleerd wordt om te gaan met de verleiding van middelen, een terugvalpreventieplan specifiek voor middelengebruik, en een cursus waarin patiënten voorlichting krijgen over de werking van middelen. Vaak worden er ook sociale vaardigheidstrainingen aangeboden waarin patiënten onder andere geleerd wordt om "nee" te zeggen tegen drugs.

Volgens de meeste professionals functioneert de speciale verslavingsafdeling doorgaans ook als een vraagbaak voor andere afdelingen. In de meeste klinieken biedt de verslavingsafdeling ook afdelingsoverstijgende behandelmodules aan. Patiënten van andere afdelingen kunnen de verslavingsmodules van deze afdeling dan ook volgen.

In één kliniek geeft het personeel van de verslavingsafdeling een cursus over middelengebruik aan alle medewerkers van de kliniek. Dit wordt gedaan om ervoor te zorgen dat er kliniekbrede kennis aanwezig is over verslaving. Professionals uit andere klinieken missen nog kennisverspreiding vanuit de verslavingsafdeling naar de rest van de kliniek. Dit wordt ondersteund door patiënten. Enkelen van hen vinden het daarbij moeilijk om advies van jonge, pas afgestudeerde personeelsleden aan te nemen.

Enkele professionals geven aan dat het beleid op de andere afdelingen veranderd is door de oprichting van de verslavingsafdeling. Volgens hen is er nu kliniekbreed meer aandacht voor het behandelen van middelengebruik, terwijl voorheen vooral of louter beheersmatig opgetreden werd.

6.5 Ervaringen met de behandeling van middelengebruik: verbeterpunten

Aan het eind van het interview of gesprek is aan professionals en patiënten specifiek gevraagd wat volgens hen knelpunten of verbeterpunten zijn van de huidige behandeling van middelengebruik, naast de punten die zij spontaan al hebben genoemd (zie de voorgaande paragrafen). Hieronder volgt een overzicht van de genoemde verbeterpunten.

Aanbod modules

De meningen over het behandelaanbod zijn verdeeld. Ongeveer de helft van de professionals is tevreden omdat patiënten minder snel terugvallen in gebruik. Daarnaast vinden enkele professionals dat er een breed en gevarieerd behandelaanbod is. Ook ongeveer de helft van de patiënten zegt tevreden te zijn over het behandelaanbod omdat zij leren omgaan met de verleiding van middelen. De andere helft van de professionals en patiënten is ontevreden over het behandelaanbod. In de meeste klinieken waar er slechts een beperkt behandelaanbod voor verslaving aanwezig is, vinden zowel patiënten als professionals dat er nog te weinig verslavingsmodules aangeboden worden. Bovendien zou het beleid beter worden als de kliniek meer gebruik zou maken van ervaringsdeskundigen, zoals ex-verslaafden die voorlichting geven over middelengebruik.

Diagnostiek

In klinieken waar in de opnamefase geen gebruik wordt gemaakt van diagnostische instrumenten voor middelengebruik, noemen veel professionals als verbeterpunt dat het verslavingsprobleem beter in kaart gebracht zou kunnen worden door dergelijke diagnostische instrumenten in te voeren.

Kliniekbrede aandacht en kennis

Hoewel een groot deel van de professionals noemt dat op de speciale afdeling voor verslaving (indien deze in de kliniek aanwezig is) vaak voldoende aandacht is voor verslaving, beschouwen zij het als een knelpunt dat kliniekbrede kennis voor verslaving ontbreekt. Sommige professionals stellen voor dat aan het uitvoerende personeel meer scholing over verslaving aangeboden moet worden. Een groot deel van de professionals en patiënten vindt ook dat meer kennis en expertise ingewonnen zou moeten worden bij de verslavingszorg. Daarnaast zou volgens een meerderheid van de professionals meer samengewerkt moeten worden met andere forensische instellingen om kennis en expertise onderling uit te wisselen.

Balans tussen beheersen en behandelen

Een knelpunt dat door veel professionals genoemd is, is dat een evenwichtige balans tussen beheersen en behandelen moeilijk te vinden is. Vaak botst de beheersvisie van een kliniek met het behandelbeleid op bepaalde afdelingen van dezelfde kliniek (met name op de resocialisatieafdeling). Professionals voelen zich soms beperkt door het beheersmatig optreden. Deze mening wordt vooral gedeeld door behandelaars. Meerdere patiënten en professionals vinden dat er namelijk te beheersmatig wordt opgetreden, terwijl zij meer aandacht zouden willen hebben voor het behandelen van het verslavingsprobleem.

6.6 Samenvatting

Alle klinieken achten de behandeling van middelengebruik van belang. Ongeveer de helft van de klinieken legt het accent daarbij meer op het behandelen van middelengebruik dan op het beheersen ervan. Onder professionals bestaat echter vaak geen overeenstemming over waar het accent ligt. Behandeling houdt in dat er met de patiënten afspraken gemaakt worden over het gebruik van middelen binnen de behandel-doelstellingen. Deze afspraken en behandeldoelen worden opgenomen in het behandelplan. Doel van de behandeling is dan de patiënt te leren omgaan met de drang naar middelen en te oefenen met het voorkomen van terugval.

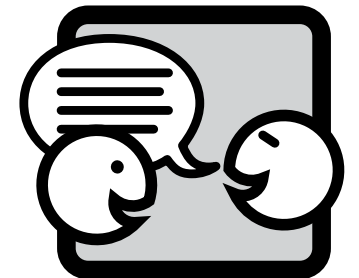
Het middelengebruik van de patiënten wordt in de opnamefase in kaart gebracht door het na te vragen bij de patiënt zelf en soms bij zijn of haar familie. Ook worden dossiers erop nageslagen. De meeste professionals weten niet of voor het uitvragen van het middelengebruik speciale diagnostische instrumenten worden gebruikt. Dit geldt met name voor het uitvoerende personeel. Binnen enkele klinieken noemen de professionals de ASI en de CIDI.

Het behandelaanbod bestaat in vrijwel alle klinieken uit specifiek op middelengebruik gerichte behandel-modules en uit algemene modules waarin middelengebruik aan de orde kan komen als een van de onderdelen. De specifieke modules die het meest genoemd worden zijn de Lieberman-module, terugvalpreventie en psycho-educatie. Algemene modules die veel klinieken aanbieden, zijn sociale vaardigheidstrainingen en algemene groepsgesprekken. Vijf van de twaalf klinieken hebben een speciale afdeling voor verslaafden opgezet of zijn bezig deze op te zetten.

Hoewel ongeveer de helft van de professionals tevreden is over het behandelaanbod vanwege de effectieve vermindering in terugval in het middelengebruik, vindt de andere helft het ontoereikend. Met betrekking tot de diagnostiek heeft men behoefte aan een diagnostisch instrument dat geschikt is voor de tbs-populatie. Hoewel het opzetten van een speciale afdeling voor verslaafden bewerkstelligt dat er meer aandacht is voor het verslavingproblematiek en om die reden positief beoordeeld wordt door professionals, schiet het realiseren van meer kliniekbrede kennis van en aandacht voor verslaving volgens hen nog tekort. Zij vinden dat er meer samengewerkt moet worden met de verslavingszorg en met andere tbs-klinieken met het doel kennis en expertise uit te wisselen.

hoofdstuk 7

Conclusie en discussie



Hoofdstuk 7

Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden allereerst de onderzoeksvragen één voor één beantwoord. Sommige vragen worden daartoe uitgesplitst of juist samengevoegd wanneer dat handig is voor de beantwoording. Vervolgens worden in de tweede paragraaf conclusies getrokken naar aanleiding van de antwoorden, en worden discussiepunten aangedragen.

7.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

1a. Wat is de geschatte omvang van het aantal patiënten met alcohol-, softdrugs- en/of harddrugsgebruik door professionals?

Het aantal patiënten dat middelen gebruikt tijdens de tbs-behandeling wordt door professionals geschat tussen de 10% en 30%. Deze schattingen hebben betrekking op zowel de intramurale fase van behandeling (binnen de kliniek) als de transmurale fase van behandeling (buiten de kliniek). De schattingen lopen echter breed uiteen. Binnen de kliniek wordt cannabis het meest gebruikt. Alcohol en harddrugs worden volgens patiënten en professionals door minder patiënten gebruikt. Doorgaans worden de middelen de kliniek binnengesmokkeld door patiënten die van verlof terugkeren of door bezoek. Enkele professionals noemen dat het voorkomt dat personeel middelen de kliniek binnen brengt. Alcohol wordt soms zelf gebrouwen.

1b. Welke samenhang zien professionals tussen soort middelengebruik en bepaalde typen delicten? En welke tussen soort middelengebruik, andere psychiatrische stoornissen en bepaalde typen delicten?

Er is in dit onderzoek geen duidelijke samenhang naar voren gekomen tussen middelengebruik en type delict. Een deel van de professionals noemt dat alcoholgebruik en zedendelicten vaak samengaan, maar professionals herkennen geen relatie tussen middelengebruik en pedoseksuele delicten. Brandstichting komt volgens de professionals vaak voor in combinatie met alcoholgebruik. Andere verbanden tussen typen middelen en type (index)delicten worden niet genoemd.

De samenhang van middelengebruik met het risico op het optreden van nieuwe delicten wordt duidelijker benoemd. Alcohol, cocaïne en amfetamine hebben een ontremmend effect en laten dus een direct verband zien met een toegenomen delict risico, aldus de professionals. Een dergelijk direct verband tussen het gebruik van softdrugs en delict risico zien zij niet. De samenhang tussen middelengebruik en delict risico gecombineerd met het type psychopathologie blijkt complex. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kan het gebruik van alcohol, cocaïne en amfetamine ontremming tot gevolg hebben, waarmee de kans op het plegen van nieuwe delicten toeneemt. Juist zij kiezen vaak voor dit type middelen. Psychotici daarentegen gaan volgens de professionals vaak over tot het gebruik van softdrugs om hun symptomen te bestrijden. De softdrugs kunnen echter juist een verergering van de symptomen in de hand werken, met als gevolg dat ook bij hen de kans op het plegen van nieuwe delicten toeneemt. Wanneer patiënten met een persoonlijkheidsstoornis softdrugs gebruiken, verergert dat volgens de professionals hun symptomen niet; zij worden er juist rustiger van.

2a. Wordt binnen de klinieken middelengebruik van patiënten voornamelijk gezien als een 'behandelprobleem' of als een 'beheers- of veiligheidsprobleem'?

Volgens de beleidsstukken beschouwen alle klinieken middelengebruik als behandelprobleem. Enkele klinieken geven daarbij expliciet aan dat het accent op behandeling ligt omdat louter beheersmatig optreden in het verleden onvoldoende effectief is gebleken. Vrijwel alle klinieken beschrijven dat een drugsvrije kliniek een illusie is, aangezien middelen zullen blijven binnenkomen. Uit de praktijk zoals die beschreven is aan de hand van observaties, interviews met professionals en gesprekken met patiënten, komt echter een minder eenduidig beeld naar voren dan wat uit de beleidsstukken duidelijk wordt. Hoewel alle klinieken aangeven nooit volledig te kiezen voor beheersing enerzijds of behandeling anderzijds, geven twee van de twaalf klinieken aan de nadruk op het beheersen van middelengebruik te leggen. In vijf van de twaalf klinieken geeft de meerderheid van de professionals aan dat het accent juist op de behandeling ligt. Bij de overgebleven vijf klinieken blijkt uit het onderzoek geen duidelijk accent op beheersen of behandelen: professionals van deze klinieken geven aan beide in ongeveer gelijke mate te benadrukken.

2b. Wat zijn de gevolgen in de praktijk van de verschillende visies?

In de klinieken waar het accent ligt op het beheersen van het middelengebruik is het in bezit hebben van en het gebruiken van middelen zonder uitzondering verboden. Er vinden met grote regelmaat controles plaats om eventueel middelengebruik aan te tonen en er wordt standaard gesanctioneerd als het desondanks voorkomt. Bij de beantwoording van vraag 4 is te lezen uit welke maatregelen het beheersbeleid kan bestaan.

Wanneer middelengebruik beschouwd wordt als behandelprobleem, wordt terugval (het opnieuw gebruiken van middelen) en het oefenen met het voorkómen daarvan gezien als onderdeel van de behandeling. Middelengebruik wordt daarbij in beperkte mate en in bepaalde gevallen toegestaan (zie ook vraag 5). Als er sprake is van een dergelijk uitzonderingsbeleid, heeft dat doorgaans betrekking op verlofsituaties in de resocialisatiefase.

3. Wat is het beleid op het gebied van middelengebruik van zowel alcohol als soft- en harddrugs in de verschillende fasen die patiënten doorlopen in de kliniek: bij de opname, bij de behandeling en in de resocialisatiefase? Deze vraag is opgesplitst in zes subvragen die hieronder worden beantwoord.

3a. Wordt er bij opname gebruik gemaakt van diagnostische instrumenten specifiek gericht op middelengebruik?

In de meerderheid van de klinieken wordt uit de beleidsstukken duidelijk dat de kliniek wel een diagnostisch instrument gebruikt om middelengebruik uit te vragen, maar niet welke instrumenten dat betreft. De meeste professionals weten niet welke instrumenten worden gebruikt. Dit geldt met name voor het personeel dat niet direct betrokken is bij de verslavingsproblematiek. Een beperkt aantal professionals zegt dat de kliniek gebruik maakt van de (EUROP) ASI, een instrument dat er specifiek op gericht is om verslavingsproblematiek uit te vragen. Een ander diagnostisch instrument dat door verschillende professionals is genoemd is de CIDI, een instrument waarin middelengebruik een onderdeel is. Meestal wordt eventueel middelengebruik nagevraagd bij de patiënt zelf of bij familie. Bovendien worden strafdossiers en medische dossiers nagelezen op eventueel middelengebruik.

3b. Hoe worden patiënten geïnformeerd over het beleid? Zijn er schriftelijke materialen beschikbaar? Worden, bij de intake, manieren waarop gecontroleerd wordt en evt. sancties kenbaar gemaakt?

Zowel professionals als patiënten zeggen dat patiënten bij binnenkomst mondeling op de hoogte worden gesteld van het verslavingsbeleid in de kliniek. Verder worden er folders en schriftelijke huis- en/of afdelingregels aan de patiënten uitgereikt. Bij de intake wordt meestal alleen in het algemeen verteld dat er controle- en sanctie maatregelen kunnen worden ingezet als patiënten zich niet houden aan de gemaakte afspraken ten aanzien van alcohol- en druggebruik. Wanneer specifieke maatregelen tijdens het intakegesprek genoemd worden, betreft dat vaak de urinecontrole en blaastest.

3c. Hoe wordt er in de praktijk omgegaan met middelengebruik (bijvoorbeeld met feestdagen, maar ook rondom het ontvangen van bezoek)?

Middelengebruik wordt in het overgrote deel van de klinieken ook tijdens bijzondere gelegenheden, zoals tijdens feestdagen of tijdens het ontvangen van bezoek, niet toegestaan. In de praktijk blijkt dat er juist tijdens bijzondere gelegenheden extra gecontroleerd wordt op eventueel gebruik. In enkele klinieken gelden tijdens bijzondere gelegenheden uitzonderingen, waarbij bepaalde patiënten in bepaalde situaties (bijvoorbeeld alleen op verjaardagen tijdens verlof) wel beperkt alcohol of softdrugs mogen gebruiken. Deze uitzondering geldt over het algemeen alleen tijdens het verlof. Dit wordt verder toegelicht bij vraag 5.

3d. Wanneer, en waarom, wordt gebruik van middelen als problematisch ervaren door behandelaars?

Middelengebruik wordt door professionals als problematisch ervaren wanneer het de behandeling in de weg staat. Behandeling slaat dan niet aan omdat de patiënt minder goed aanspreekbaar is. Dit gaat ten koste van het functioneren van de patiënt. Daarnaast wordt het ook als problematisch beschouwd omdat patiënten die gebruiken zich onvoorspelbaar of psychotisch kunnen gaan gedragen, hetgeen het ten koste gaat van de veiligheid in de kliniek. Bovendien wordt het gebruik van middelen in de kliniek als problematisch bestempeld omdat daarmee het gevaar ontstaat dat medepatiënten in de verleiding komen om middelen te gebruiken.

In enkele gevallen wordt het gebruik van middelen door patiënten tijdens de tbs-behandeling niet als problematisch ervaren door professionals. Dat betreft situaties waarin patiënten die de neiging hebben snel gewelddadig te worden hun toevlucht nemen tot rustgevende middelen, voornamelijk cannabis, om hun agressie te onderdrukken. Sommige patiënten worden rustiger door het gebruik van softdrugs en kunnen er beter van slapen, hetgeen als positief benoemd wordt door de professionals. In uitzonderingsgevallen krijgen chronisch verslaafde patiënten in de behandel fase de ruimte om te gebruiken, omdat behandeling bij hen anders juist helemaal niet mogelijk is. Het gebruik mag dan niet samenhangen met een hoger delict risico.

3e. Worden middelen wellicht ingezet als (zelf)medicatie (zoals medicinale cannabis)? Zijn er beheersproblemen op dit gebied?

In de meeste van de klinieken worden harddrugs of softdrugs niet voorgeschreven als medicatie. Enkele professionals geven wel aan dat methadon soms wordt voorgeschreven in de behandel fase als de behandeling daardoor beter aanslaat. Voorwaarde is daarbij dat het gebruik van methadon uiteindelijk wordt afgebouwd. In uitzonderingsgevallen wordt het gebruik van softdrugs voorgeschreven. Het gaat dan om terminale patiënten. Professionals constateren op dit gebied geen beheersproblemen aangezien de inname van voorgeschreven middelen nauwlettend in de gaten wordt gehouden.

Als zelfmedicatie wordt cannabis wel eens gebruikt door psychotici, zoals beschreven in vraag 1b, met het doel om hun symptomen te beperken; en door patiënten die snel agressief worden, zoals beschreven bij vraag 3d, met het doel om de agressie te onderdrukken. Deze middelen worden voornamelijk via het bezoek of via medepatiënten verkregen, zoals beschreven in vraag 1a. Bij psychotici kan het gebruik van cannabis de symptomen juist verergeren, maar er zijn in dit kader geen beheersproblemen ten aanzien van het middelengebruik zelf benoemd.

3f. Welke behandelmodules op het gebied van middelengebruik (zoals terugvalpreventie) worden aan patiënten aangeboden? Op welke momenten (in welke fase van de behandeling) worden dergelijke behandelmodules aangeboden? Is dit aanbod, inclusief het moment waarop het wordt aangeboden, schriftelijk vastgelegd?

In het overgrote deel van de klinieken worden zowel algemene als specifieke behandelmodules aangeboden waarin ingegaan wordt op middelengebruik. De meest genoemde module die specifiek gericht is op middelengebruik is de zogenaamde Lieberman-module. Daarnaast worden psycho-educatie, groepsgesprekken en terugvalpreventie specifiek gericht op verslaving genoemd. Aan de hand van dergelijke verslavingsmodules leren patiënten om te gaan met de verleiding van middelen. Algemene modules, waarbinnen bepaalde onderdelen gericht zijn op middelengebruik, zijn sociale vaardigheidstrainingen en groepsgesprekken.

De meeste modules worden in de behandel fase en in de resocialisatiefase aangeboden. Het behandel aanbod wordt volgens de professionals en blijktens de beleidsstukken, altijd opgenomen in het behandelplan van de patiënt. Voor deelname aan de middelengebruik gerelateerde modules gelden vaak een aantal voorwaarden: de patiënt moet in staat zijn om te kunnen functioneren in de groep, de patiënt moet bereid en

gemotiveerd zijn om te werken aan het verslavingsprobleem, de patiënt mag niet psychotisch reageren of onder invloed zijn van middelen tijdens het volgen van de behandelmodule.

In de vier van de klinieken is een speciale afdeling voor verslaafden opgericht of is men bezig met de oprichting daarvan. Deze afdelingen zijn bestemd voor patiënten waarbij verslavingsproblematiek op de voorgrond staat of behandeling in de weg staat. In een vijfde kliniek heeft men het plan om een dergelijke afdeling op te richten.

3g. Hoe wordt er in de praktijk omgegaan met middelengebruik door patiënten die op verlof gaan? Wordt er vóóraf specifieke aandacht aan besteed? Wordt er achteraf geëvalueerd?

Het beleid in de resocialisatiefase is niet in alle klinieken hetzelfde. In sommige klinieken is middelengebruik (ook) in de resocialisatiefase verboden, terwijl in andere klinieken in deze fase sprake is van een zekere mate van uitzonderingsbeleid. De klinieken die een zero tolerance beleid ook in de resocialisatiefase hanteren doen dat juist vanwege gevaar voor terugval in middelengebruik door de toenemende vrijheden die patiënten in deze fase genieten. De klinieken die middelengebruik in de resocialisatiefase beperkt toestaan doen dat met het doel de patiënten te laten oefenen met de verleiding van middelen in de maatschappij en met het voorkomen van terugval. In dit laatste geval worden per patiënt individuele afspraken gemaakt over het gebruik van middelen, zie ook vraag 5.

Vóórdat patiënten op verlof gaan wordt besproken hoe ze kunnen omgaan met de moeilijke situaties die patiënten verwachten tegen te komen in relatie tot middelengebruik. Indien middelengebruik aan bepaalde patiënten tijdens verlof toegestaan wordt, worden expliciete afspraken gemaakt over het soort middel dat toegestaan wordt, de hoeveelheid die toegestaan is en in welke situaties het gebruik mag plaatsvinden. Wanneer patiënten terugkomen van verlof wordt het verlof in de meeste gevallen ook nabesproken. Daarbij wordt de patiënt gevraagd naar zijn ervaringen tijdens verlof, of de patiënt moeilijke of verleidelijke situaties is tegengekomen en zich aan de afspraken heeft gehouden. Bovendien worden patiënten bij terugkomst van verlof meestal gecontroleerd op middelengebruik aan de hand van een blaastest en/of urinecontrole.

4. Wanneer middelengebruik (mede) gezien wordt als beheersprobleem, op welke wijze krijgen controle en sancties vorm?

De klinieken hebben een groot aantal controle- en sanctiemaatregelen voorhanden. De controlemaatregelen bestaan voornamelijk uit urinecontrole, blaastesten, kamercontrole en controle van tas en kleding bij patiënten. Ook wordt bezoek soms gecontroleerd, maar hiertoe zijn de mogelijkheden door de wetgeving beperkt. In enkele klinieken wordt daarnaast onder andere gefouilleerd, gevisiteerd, en worden drugshonden ingezet. Overigens kan de frequentie van controles per patiënt verschillen, zie ook vraag 5.

Wanneer afspraken rondom middelengebruik overtreden worden, zetten de klinieken diverse sanctiemaatregelen in. Het insluiten op de kamer, kamer- of afdelingarrest en het intrekken van verlof zijn het vaakst genoemd. Professionals en patiënten noemen daarnaast als mogelijke sanctiemaatregelen: het plaatsen in een isoleer- of separeercel, verlof onder (extra) begeleiding, heropnemen in de kliniek bij (transmuraal) verlof, ontzegging van bezoek of telefonisch contact, ontzegging van het contact met medepatiënten of

het tijdelijk stopzetten van behandelmodules. Net zoals in het geval van controlemaatregelen wordt in enkele klinieken per individu bekeken wat de meest geschikte sanctiemaatregel is, zie eveneens vraag 5.

5. Gelden er - bij de opname, tijdens behandeling en tijdens resocialisatie - verschillende regels voor verschillende typen patiënten? (Te denken valt aan patiënten met en zonder persoonlijkheidsstoornissen, of aan patiënten met en zonder een gebruiksgeschiedenis. Denk ook aan patiënten bij wie het gepleegde delict (en hun stoornis) al dan niet direct samenhangt met hun middelengebruik.)

De frequentie van de controles op middelengebruik, evenals de ernst en duur van de sancties zijn niet voor elke patiënt in elke situatie gelijk. In veel klinieken wordt gesproken over op-maat afspraken met individuele patiënten, die doorgaans ook in het behandelplan worden opgenomen. De aard van de afspraken hangt af van het type patiënt en/of van de behandel fase waarin deze zich bevindt. Voorts blijken er verschillen te zijn tussen typen klinieken (FPK en FPC).

De diversiteit in controlemaatregelen en sancties hangt samen met het recidivegevaar. Een bepaalde mate van uitzonderingsbeleid van middelengebruik geldt in een groot aantal klinieken voor patiënten bij wie het indexdelict niet gerelateerd was aan middelengebruik en die geen voorgeschiedenis hebben waarin middelengebruik een rol speelde. Alleen alcohol en softdrugs worden dan in beperkte mate toegestaan, voor harddrugs geldt vrijwel altijd een verbod. Een uitzondering hierop vormt het middel methadon dat onder strikte voorwaarden soms voorgeschreven wordt aan chronisch verslaafde patiënten in de behandel fase. Bij patiënten bij wie voorafgaand aan de tbs-behandeling al sprake was van problematisch middelengebruik of een aan middelen gerelateerd delict, wordt juist strenger en frequenter gecontroleerd en gesanctioneerd. Bij gebruik van harddrugs gelden dan weer zwaardere sancties dan bij gebruik van alcohol of softdrugs.

In de opnamefase is middelengebruik doorgaans voor alle patiënten verboden omdat de professionals de betreffende patiënten dan nog onvoldoende kennen en zij hun reacties op het gebruik van middelen en de gevaren die dat oplevert nog onvoldoende kunnen inschatten. In een beperkt aantal klinieken wordt echter juist om die reden minder strikt met de regels omgegaan tijdens de opnamefase, met het doel een goed beeld te krijgen van de problematiek. De differentiatie in beheersmaatregelen tussen typen patiënten vindt voornamelijk plaats in de behandel fase en op grotere schaal in de resocialisatiefase. Doel hiervan is de patiënten te laten oefenen met de verleiding van middelen zoals ze die bij hun terugkeer in de samenleving ook weer zullen tegenkomen. De specifieke afspraken over wat en hoeveel de patiënt mag gebruiken gedurende verlof worden opgenomen in het behandelplan. Wanneer de patiënt zich niet aan de afspraken houdt, worden sancties opgelegd die wederom kunnen verschillen tussen patiënten afhankelijk van het eventuele middelengebruik ten tijde van het indexdelict of in de voorgeschiedenis.

Forensische Psychiatrische Centra (FPC's) kunnen wettelijk gezien meer beheersmaatregelen toepassen dan Forensisch Psychiatrische klinieken (FPK's). Binnen de FPK's geldt als gevolg daarvan een minder streng repressief beleid dan in de FPC's.

6. Hoe ervaren patiënten het gevoerde beleid? Hoe ervaren professionals het gevoerde beleid?

De meningen van zowel patiënten als professionals lopen uiteen. Ongeveer de helft is positief over het zero-tolerance beleid in een aantal klinieken, terwijl de andere helft dat juist niet is. Ook over het (beperkte) uitzonderingsbeleid in andere klinieken bestaan zowel positieve als negatieve meningen.

Veel patiënten zeggen begrip te hebben voor het verbod op het gebruik van middelen omdat er anders chaotische situaties en handel zouden ontstaan. Het verbod wordt vooral van belang geacht omdat bepaalde patiënten onder invloed van middelen tot hun delict zijn gekomen. Een deel van de patiënten vindt het beleid te streng, voornamelijk in klinieken waar geen sprake is van op-maat afspraken en dus voor iedereen een zero-tolerance beleid geldt. Zij vinden dat het beleid meer op het individu zou moeten worden afgestemd. Bovendien ervaren patiënten het beleid tijdens de feestdagen als te streng omdat er volgens hen dan wel een uitzondering op het verbod van middelengebruik gemaakt zou mogen worden. Binnen klinieken waar enige vorm van uitzonderingsbeleid heerst, is er soms juist ontevredenheid over de diversiteit in beheersmaatregelen omdat die tot onduidelijkheid en gevoelens van oneerlijkheid leidt.

Een knelpunt dat door veel professionals genoemd is, is dat een evenwichtige balans tussen beheersen en behandelen moeilijk te vinden is. Vaak botst de beheersvisie van een kliniek met het behandelbeleid op bepaalde afdelingen van dezelfde kliniek (met name op de resocialisatieafdeling). Professionals voelen zich soms beperkt door het beheersmatig optreden. Een klein deel van de professionals is bijvoorbeeld ontevreden over het inzetten van (te)veel controle-en sanctiemaatregelen. Dit kan ertoe leiden dat patiënten uit angst voor sancties niet meer open en eerlijk zijn over hun middelengebruik, en daardoor geen hulp durven te vragen aan het personeel. Volgens deze professionals zou de bespreekbaarheid van middelengebruik moeten prevaleren boven het sanctioneren ervan. Controlemaatregelen worden naar hun idee teveel gebruikt om te sanctioneren, terwijl er onvoldoende aandacht is voor de patiënten die juist niet gebruiken, blijkens de controle. Patiënten en professionals zijn het erover eens dat een zero tolerance beleid binnen de kliniek ten aanzien van middelengebruik bewerkstelligt dat de klinische setting teveel afwijkt van het gedoogbeleid zoals dat in de samenleving geldt. Dit kan tot problemen leiden als patiënten verlof krijgen en dan niet hebben geleerd met de verleiding van middelen om te gaan. Bovendien kan een zero tolerance beleid onbedoelde effecten teweeg brengen. Sommige patiënten zouden juist overgaan tot middelengebruik omdat zij het leuk of spannend vinden om tegen autoriteit in te gaan.

Zowel patiënten als professionals geven aan dat urinecontroles relatief gemakkelijk te manipuleren zijn, en dat blaasstenen onvoldoende betrouwbaar zijn. Daarnaast zijn volgens sommige patiënten en professionals de controle- en sanctiemaatregelen niet streng of afschrikwekkend genoeg omdat blijkt dat middelen relatief makkelijk de kliniek binnen komen. Velen vinden dat het bezoek onvoldoende gecontroleerd wordt. Bovendien wordt de personele bezetting door veel professionals als problematisch ervaren. Personeelstekort en onervarenheid van personeel zijn aspecten die ertoe leiden dat controles soms niet uitgevoerd worden. De helft van de professionals is tevreden over het behandelaanbod vanwege de aanwezigheid van een breed en gevarieerd behandelaanbod en vanwege de effectieve vermindering van de kans op terugval in middelengebruik. De andere helft van de professionals is daarentegen ontevreden omdat er volgens hen nog te weinig specifieke verslavingsmodules aangeboden worden. Bovendien zijn veel professionals van

mening dat een goed diagnostisch instrument voor het uitvragen van middelengebruik, dat geschikt is voor de tbs-populatie, nog ontbreekt.

Binnen de klinieken die een speciale afdeling voor verslaafden hebben, zijn professionals positief omdat er daardoor meer aandacht besteed wordt aan middelengebruik. Desondanks heerst er bij hen ook ontevredenheid omdat de kliniekbrede aandacht voor en kennis van verslaving nog onvoldoende is.

7. Op basis van bovenstaande inventarisatie; welke mogelijkheden zijn er volgens professionals en patiënten tot verbetering van het bestaande beleid?

De verbeterpunten die genoemd worden door professionals en patiënten hangen uiteraard samen met hoe zij het huidige beleid ervaren. Deze ervaringen zijn geschetst bij de beantwoording van vraag 6. Hieronder wordt volstaan met een puntsgewijze opsomming van de verbeterpunten die patiënten en professionals gerelateerd daaraan hebben genoemd. De verbeterpunten die men aandraagt, kunnen in sommige gevallen tegenstrijdig met elkaar zijn, maar dit is te verklaren door het feit dat de ervaringen en meningen ten opzichte van het beleid verschillen.

- Controles en sancties meer afstemmen op het individu
- Niet teveel diversiteit in beheersmaatregelen
- Een meer evenwichtige balans tussen behandelen en beheersen
- Meer uitzonderingen maken tijdens bijzondere gelegenheden
- Meer aandacht voor het behandelen van middelengebruik
- Controles ook gebruiken om patiënten te complimenteren met het níet gebruiken van middelen
- Middelengebruik bespreekbaar maken
- Meer uitzonderingen maken om zicht te krijgen op middelengebruik (verslavingsproblematiek)
- Meer uitzonderingen maken om discrepantie tussen kliniek en maatschappij te verkleinen
- Strenger controleren en sanctioneren, o.a. door inzet drugshonden
- Bezoek, personeel en advocaten et cetera ook controleren op binnenbrengen van middelen, o.a. door wettelijke aanpassing zodat fouillering bezoek mogelijk wordt
- Meer investeren in gezamenlijke verantwoordelijkheid / sociale controle
- Meer middelengebruik gerelateerde behandelmodules aanbieden
- Ervaringsdeskundigen inzetten bij de behandeling
- Meer samenwerken en kennis/expertise uitwisselen met verslavingszorginstellingen en collega tbs-klinieken
- (Goede) diagnostische instrumenten gebruiken om middelengebruik uit te vragen, daar waar dat nog niet gebeurt
- Diagnostisch instrument ontwikkelen dat geschikt is voor de tbs-populatie
- Het oprichten van een verslavingsafdeling binnen klinieken die deze nog niet hebben
- Kliniekbrede aandacht voor en kennis over middelengebruik realiseren, o.a. door meer scholing van personeel over middelengebruik/verslaving

7.2 Discussie

Deze kwalitatieve studie biedt een inventarisatie van het beleid ten aanzien van middelengebruik en de uitvoering daarvan binnen de Nederlandse forensisch psychiatrische instellingen. Het onderzoek werd uitgevoerd in twaalf Forensisch Psychiatrische Centra, waaronder drie Forensisch Psychiatrische Klinieken. De onderzoeksmethode bestond uit vier kwalitatieve methoden: het bestuderen van beleidsstukken, interviews met professionals, informele gesprekken met patiënten en observaties. Alle twaalf klinieken hebben meerdere beleidsstukken beschikbaar gesteld ten behoeve van het onderzoek. Een groot aantal professionals en patiënten heeft deelgenomen aan het onderzoek. De observaties hebben in tien van de twaalf klinieken plaatsgevonden, en werden per kliniek op meerdere afdelingen uitgevoerd.

De onderzoeksvragen die de basis vormen van deze studie zijn in de vorige paragraaf beantwoord. Uit deze antwoorden kunnen een aantal conclusies worden getrokken. Ook komen er een aantal discussiepunten naar voren.

Middelengebruik komt regelmatig voor bij patiënten tijdens de tbs-behandeling. Het aantal patiënten dat middelen gebruikt wordt door de meeste professionals geschat tussen de 10% en 30%. Deze schattingen betreffen de totale behandeling, dus zowel de intramurale als transmurale fase. Middelengebruik tijdens de tbs-behandeling is daarmee geen gering probleem. De schattingen van de professionals over de omvang van het middelengebruik lopen echter zeer breed uiteen. Er zijn binnen dit onderzoek geen objectieve gegevens verzameld over de frequentie en ernst van het middelengebruik. Dat was niet de doelstelling van het huidige onderzoek. Het verkrijgen van betrouwbare prevalentie cijfers en een beeld van de ernst van het middelengebruik zou een andere dan de hier gehanteerde onderzoeksmethode vergen. Binnen een dergelijk onderzoek zouden standaardmethodes om middelengebruik te meten bij een representatieve steekproef van de tbs-populatie gebruikt moeten worden. Het wordt aanbevolen om als vervolg op deze exploratieve studie een dergelijk prevalentie onderzoek uit te voeren.

Bij de ontwikkeling van een (gezamenlijke) aanpak van middelengebruik moet rekening gehouden worden met het feit dat de tbs-situatie en de tbs-populatie uniek zijn. Effectief gebleken richtlijnen en behandelmodules uit bijvoorbeeld de verslavingszorg kunnen derhalve niet zondermeer worden overgenomen binnen de tbs-setting. Bovendien is de tbs-groep zeer divers. Van belang bij de ontwikkeling van een richtlijn en/of zorgprogramma is het uitvoeren van onderzoek naar de effectiviteit ervan. Gegevens over de effectiviteit van het behandelen (en beheersen) van middelengebruik specifiek voor de tbs-populatie, ten aanzien van bijvoorbeeld het recidivegevaar, ontbreken vooralsnog. Bovendien is, ook gezien de opmerkingen van de professionals, de relatie tussen middelengebruik, psychopathologie en delictrisico complex. Precieze kennis over het proces waarbinnen deze factoren elkaar beïnvloeden ontbreekt. Daarnaast lijkt ook dat de wel beschikbare kennis niet bij alle professionals bekend is. Nader onderzoek dat licht werpt op de relatie tussen middelengebruik, psychopathologie en delictrisico is van belang. Om een juiste keuze te maken bij de behandeling van verslaving is het namelijk nodig om een goede analyse te maken van de samenhang van middelengebruik met het delictrisico. Een dynamische delicttheorie waarin de samenhang met andere risicofactoren een plaats heeft, kan richting geven aan het behandelplan en uiteindelijk leiden tot een gericht terugvalpreventieplan.

Bij de behandeling van middelengebruik speelt de unieke setting van de tbs een beperkende rol. Terwijl motivatie juist de basis vormt van de meeste behandelmodules in de setting van de verslavingszorg, speelt deze een ondergeschikte rol in de setting van de tbs. Patiënten kunnen nu eenmaal niet weg. Bij terugvalpreventie speelt ook nog een ander probleem gerelateerd aan de setting van de tbs. Terugvalpreventie behelst ook het oefenen met terugval inducerende momenten, en ermee omgaan dat het een keer mislukt. Dat kan binnen de tbs-setting alleen theoretisch omdat deze patiënten zich niet in de samenleving bevinden en dus (in principe) geen verleidende situaties kunnen tegenkomen. Het effect van "theoretische terugvalpreventie" is niet bekend. Echt oefenen tijdens verlof lijkt daarmee noodzakelijk. Temeer omdat middelengebruik door veel patiënten pas (weer) als probleem ervaren wordt wanneer ze weer met verleidings-situaties tijdens verlof worden geconfronteerd. Vaak beschouwen ze zichzelf als niet (meer) verslaafd terwijl er hooguit gesproken kan worden van "gedwongen in remissie".

De aandacht voor het beheersen van het middelengebruik brengt daarnaast met zich mee dat de communicatie tussen patiënten en professionals niet zuiver is. De patiënten zijn bang om te vertellen over middelengebruik omdat dat kan leiden tot sancties. Dat kan betekenen dat zij geen hulpvraag stellen omtrent hun (drang naar) middelengebruik. De professional heeft dan geen correct beeld van de problematiek en kan de behandeling daar onvoldoende bij laten aansluiten.

Het restrictieve beleid dat door de overheid wordt opgelegd, en dat door de media, de politiek en de samenleving wordt verwacht (bijvoorbeeld na incidenten), botst soms met het uitzonderingsbeleid van sommige klinieken.

Het bewerkstelligen van een goede balans tussen het beheersen van middelengebruik en het behandelen ervan is lastig, maar noodzakelijk. Binnen de meeste klinieken lijkt deze balans nog niet gevonden. In de dagelijkse praktijk lijkt de nadruk te liggen op beheersen, hoewel in de meeste klinieken op dit moment stappen worden gezet om meer het accent te leggen op behandelen. Het (nieuwe) beleid, waarin meer plaats is voor op-maat afspraken omtrent middelengebruik, is echter nog slechts beperkt geïmplementeerd. De klinieken hebben daarbij behoefte aan samenwerking met andere tbs-klinieken, evenals met de verslavingszorg. Verschillende initiatieven lopen op dit gebied naast elkaar. Het is aan te bevelen om deze initiatieven te bundelen en te streven naar een gezamenlijke richtlijn en/of zorgprogramma gericht op middelengebruik tijdens tbs-behandeling. De beheersing van het probleem moet daarbij deel uitmaken van de behandeling, en wellicht ook omgekeerd. Het zorgprogramma dat ontwikkeld is door het Trimbosinstituut voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische kwetsbaarheid is een voorbeeld van een dergelijk programma (Trimbos-instituut, 2004).

Samenvattend kunnen we stellen:

- dat er dringend behoefte is aan een richtlijn en/of zorgprogramma dat gericht is op middelengebruik in de forensisch psychiatrische klinieken, en
- dat daarbij de noodzaak tot samenwerking tussen de verschillende tbs-klinieken onderling en met de verslavingszorg evident is.

Referenties

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Theunissen, J. (2000). Kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Houten: Stenfert Kroese.
- Broekman, T.G. & Schippers, G.M. (2007). MATE. Measurements in the Addictions for Triange and Evaluation. Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment. Final report. ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31000068.
- Directie Sanctie- en Preventiebeleid (2006). Toezeggingen TBS, Brief van de Directie Sanctie- en Preventiebeleid aan de Voorzitter van de Tweede kamer der Staten-Generaal, 11 december 2006.
- Emmerik, J.L. van & Brouwers, M. (2001). De terbeschikkingstelling in maat en getal: een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Es, D. van (2004). Resultaten Scoren, verslag 1999 - 2003. GGZ Nederland: Utrecht.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B. (1996). Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders.
- GGZ Nederland (2006a). Brief aan de minister van VWS, 26 april 2006.
- GGZ Nederland (2006b). Drugsoverlast in de GGZ. Brief van GGZ Nederland aan de minister van VWS, 15 december 2006.
- GGZ Nederland (2006c). Drugsoverlast bij driekwart van ggz-instellingen: Resultaten inventarisatie GGZ Nederland. Persbericht, 20 december 2006.
- Hildebrand, M. (2004). Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients: Assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications. Amsterdam: Dutch University Press (dissertatie Universiteit van Amsterdam).
- Hildebrand, M., Spreen, M., Schönberger, H.J.M., Augustinus, F. & Hesper, B.L. (2006). Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen, en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).
- Kogel, C.H. de., Verwers, C. & Hartogh, V.E. den (2005). Blijvend delictgevaarlijk; empirische schattingen en conceptuele verheldering. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers, WODC-reeks Onderzoek en beleid, nr. 226.

McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. & Woody, G.E. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous & Mental Diseases*, 168, 26-33.

Ministerie van Justitie (2005). Programmaplan Terugdringen Recidive 2e fase. "van droom naar daad". http://www.justitie.nl/recidive/images/Nieuws/nieuws_2005/Programmaplan_TR_2e_fase.pdf.

Psy (B. Peeters) (2005). Drugsvrije instelling is illusie. *Psy*, 14, 4-9.

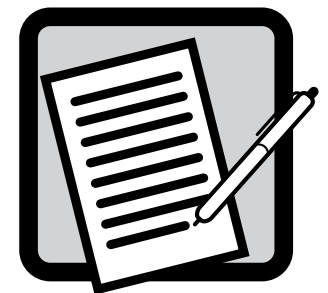
Timmerman, I.G.H. & Emmelkamp, P.M.G. (2001). The prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II pathology in a group of forensic patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 198-213.

Trimbos-instituut (2004). Aanzet tot een basisprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische kwetsbaarheid. Utrecht: Trimbos-instituut.

Tweede Kamer (2006). Parlementair onderzoek "TBS: vandaag over gister en morgen". Vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nrs. 4-5. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Bijlagen

bijlagen 1 t/m 5



Bijlage 1

Semi-gestructureerde vragenlijst interview professionals

Introductie onderzoek

'Allereerst wil ik u hartelijk danken voor uw deelname aan dit onderzoek. Ik zal u kort uitleggen waar dit onderzoek over gaat en wat het uiteindelijke doel hiervan is.

In opdracht van het Ministerie van Justitie doet het IVO in samenwerking met het EFP onderzoek naar het verslavingsbeleid in de forensisch psychiatrische instellingen. Het IVO is een wetenschappelijk onderzoeksbureau dat onderzoek doet naar verslaving en leefwijzen, en het EFP staat voor Expertise-centrum Forensische Psychiatrie en streeft naar een wetenschappelijk gefundeerde behandeling van patiënten.

Het doel van dit onderzoek is het beschrijven van het (geschreven en ongeschreven) beleid van de Nederlandse forensisch psychiatrische FPC's op het gebied van middelengebruik van hun patiënten. Er wordt ook onderzocht of en welke mogelijkheden er zijn tot verbetering van dit beleid.

Om dit te onderzoeken zullen wij informatie uit diverse hoeken verzamelen. Zo inventariseren wij, naast de ervaringen van patiënten, onder andere de visie en mening van professionals over het beleid, de uitvoering daarvan en eventuele verbeterpunten. Afhankelijk van uw antwoorden zal het gesprek ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Tot slot wil ik benadrukken dat alle verstrekte informatie vertrouwelijk en anoniem zal worden verwerkt. Wat u vertelt, zal dus onherkenbaar worden verwerkt. Er wordt ook niet over individuele FPC's gerapporteerd. Er zullen namelijk alleen uitspraken worden gedaan over de Nederlandse FPC's als geheel.

Heeft u er bezwaar tegen als ik het gesprek opneem? Dit dient slecht ter ondersteuning voor het uitwerken van dit gesprek. Na afloop van het onderzoek zal het worden gewist. Heeft u verder nog vragen of opmerkingen? Dan zou ik nu graag willen beginnen met het interview.'

Introductie onderdeel 1

Allereerst moet vooropgesteld worden dat wij in dit onderzoek geïnteresseerd zijn in middelengebruik. Alle vragen die ik stel, zullen dan ook over het gebruik van alcohol en drugs gaan. Ik heb hier een kaartje waarop staat welke middelen daar allemaal onder vallen. Ik zal dat hier op tafel laten liggen zodat u dat indien nodig kunt checken. Eerst wil ik u een paar vragen stellen over de omvang van het middelengebruik in de FPC en de samenhang met delictgedrag en psychopathologie. Het gaat hier om uw beeld en eigen ervaring.

Onderdeel 1. Probleem inventarisatie: omvang en samenhang

1A.

- Hoeveel patiënten telt deze FPC in zijn geheel?
- Hoeveel van deze patiënten gebruiken volgens u alcohol-, softdrugs- en/of harddrugs (in percentages per type middel)?
- Als u naar deze lijst kijkt (lijst met middelen laten zien) welke middelen worden er volgens u voornamelijk gebruikt en door hoeveel patiënten? Waar baseert u die schatting op?

In de literatuur wordt vaak gevonden dat er een bepaalde relatie is tussen het soort middel dat men gebruikt en het type delict dat men pleegt. Maar we zijn vooral ook geïnteresseerd in hoe de professionals deze samenhang zien.

1B.

- Welke samenhang is er volgens u tussen soort middelengebruik en het type indexdelict? Ziet u dat patiënten die bepaalde middelen gebruiken ook bepaalde delicten plegen?
- Welke samenhang is er volgens u tussen soort middelengebruik en delictgevaarlijkheid tijdens de behandeling?

1C.

- We hebben het net gehad over de samenhang tussen soort middelengebruik en type indexdelict. Wat is volgens u de rol van psychopathologie (as I of as II stoornissen of kenmerken daarvan) hierbij?
- En binnen samenhang tussen soort middelengebruik en delictgevaarlijkheid, wat is daar volgens u de rol van psychopathologie?

Onderdeel 2. Uitgangspunten van het beleid: beleidsvisie en praktische gevolgen

2A.

- Hoe wordt binnen deze FPC het middelengebruik van patiënten voornamelijk gezien? Wordt het gezien als een "behandelprobleem" en/of als een "beheers- of veiligheidsprobleem" (zero tolerance, beheersbaar gebruik e.d.)? (eventuele uitleg: wordt middelengebruik helemaal niet toegestaan of wordt het enigszins toegestaan zolang het de veiligheid niet in gevaar brengt?)
- Indien beide: welke staat op de eerste plaats en welke op de tweede plaats? (NB: Opmerking voor interviewer: Als men niet weet wat dit onderscheid precies inhoudt, het volgende vermelden: wanneer middelengebruik gezien wordt als behandelprobleem worden er met de patiënt vaak afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en drugs en leert de patiënt om te gaan met de verleiding van deze middelen. Wanneer het gezien wordt als beheers- of veiligheidsprobleem wordt de overtreder gestraft en wordt er beveiliging ingezet)

2B.

- Is het verslavingsbeleid of beleid ten aanzien van middelengebruik op papier uitgewerkt? Zo ja, welke onderdelen bevat dit geschreven beleid?
- Waarop is deze beleidsvisie gebaseerd?
- Wat zijn de gevolgen in de praktijk voor de verschillende visies? We gaan later in op de gevolgen voor de praktijk per behandelfase, maar wat merk je in het algemeen van de beleidsvisie(s)?

2C. **Bij middelengebruik als behandelprobleem:**

- Welke behandelmodules, of onderdelen van bredere modules, worden aan patiënten aangeboden op het gebied van middelengebruik (bijvoorbeeld terugvalpreventie)?
- Waarop is het behandelaanbod gebaseerd (bijvoorbeeld de richtlijn van Resultaten Scoren)?
- Op welke momenten (in welke fase van de behandeling) worden dergelijke (onderdelen van) behandelmodules aangeboden? Moet er aan bepaalde voorwaarden voldaan worden? Zo ja, welke?
- In hoeverre wordt dit middelengerelateerde behandelaanbod (schriftelijk) vastgelegd in het behandelplan?
- Heeft de FPC een aparte afdeling waar patiënten die extreem middelengebruik of verslaving vertonen behandeld kunnen worden, of is men bezig deze op te richten? Zo ja, wat is/wordt het aanbod op deze afdeling? Op welk moment in de behandeling gaan patiënten naar deze afdeling? Waarop is de behandeling op deze afdeling gebaseerd? Hoe werkt deze speciale afdeling samen met de overige afdelingen? Wat betekent het bestaan/oprichten van deze afdeling voor het beleid ten aanzien van middelengebruik op de andere afdelingen? Verandert dat daardoor?

2D. **Bij middelengebruik als beheersprobleem:**

- Wanneer middelengebruik (mede) gezien wordt als beheersprobleem, op welke wijze krijgen controle en sancties vorm? (respondent eerst zelf laten antwoorden, en daarna de lijst met mogelijke maatregelen erbij nemen ter aanvulling).
- Op welke wijze probeert de FPC drugs buiten te houden (bijv. controle bij pizzakoeriers, controle van bezoekers)?
- **Vraag voor de behandeldirecteur en/of coördinator van de afdeling verslaving:** Welk bedrag wordt er volgens u door de FPC jaarlijks uitgegeven aan het controleren van het drug- en of alcoholgebruik van de patiënten (bijvoorbeeld urine-controles)? Welk deel van het totale budget van de FPC betreft dat (percentage)?

2E. **Overlap behandelen en beheersen:**

- Overlappen behandeling en beheersmaatregelen elkaar? Gebeurt het dus wel eens dat je tegelijkertijd behandelt en straft?
- Kunnen hulpverleners tijdens hun interventies het verschil zien tussen behandeling en sanctie? En de patiënten?

2F.

- Hoe ervaart u zelf de behandel- en/of beheersmaatregelen? Zijn ze wat u betreft voldoende? Wat ontbreekt er volgens u?

Onderdeel 3. Beleid en behandeling in de verschillende fases

We hebben daarnet gesproken over het beleid, de behandel- en/of beheersvisie en de gevolgen daarvan voor de praktijk. We gaan het nu hebben over de uitvoering van het beleid op het gebied van middelengebruik in de verschillende fasen die patiënten doorlopen in de FPC. We splitsen deze op in: opname, behandeling en resocialisatiefase. Het gaat hierbij steeds om zowel de uitvoering van het beleid volgens de behandelvisie, als om uitvoering van het beleid vanuit de beheersvisie.

3A. **Opname**

- In hoeverre wordt er gebruik gemaakt van diagnostische instrumenten die specifiek gericht zijn op middelengebruik? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?
- Verschilt dat per type patiënt?
- Wordt middelengebruik dan nagevraagd of op een ander manier uitgezocht?
- Hoe worden patiënten geïnformeerd over het beleid?
- In hoeverre zijn er schriftelijke materialen beschikbaar?
- In hoeverre worden, bij de intake, manieren waarop gecontroleerd wordt en evt. sancties kenbaar gemaakt (respondent eerst zelf laten antwoorden, en daarna lijst met maatregelen erbij nemen ter aanvulling)?
- Is er meteen wanneer een nieuwe patiënt binnenkomt al sprake van controle op middelengebruik?
- Komt het voor dat patiënten bij opname ontweningsverschijnselen vertonen en hoe wordt daarop gereageerd?
- Wat is uw persoonlijke mening over de uitvoering van het beleid ten aanzien van middelengebruik in de opname-fase?

3B. **Behandeling**

- Hoe wordt er in de praktijk omgegaan met middelengebruik (bijvoorbeeld met feestdagen, maar ook rondom het ontvangen van bezoek)?
- Heeft u de indruk dat patiënten gemakkelijk aan middelen kunnen komen / middelen kunnen gebruiken, gedurende hun verblijf in de FPC? Zo ja, hoe gaat dat in zijn werk? Zo nee, waarom niet?
- Wanneer, en waarom, wordt gebruik van middelen als problematisch ervaren door behandelaars?
- Zijn er situaties waarin het gebruik van middelen niet wordt beschouwd als iets negatiefs of zelfs een positief effect heeft? Zo ja, voor welke middelen en/of patiënten geldt dit?
- Hoe is de communicatie en samenwerking tussen de behandelaar / psychotherapeut en groepsleider t.a.v. het middelengebruik van de patiënten?
- In hoeverre worden middelen ingezet als (zelf)medicatie (zoals medicinale cannabis)?
- In hoeverre zijn er beheersproblemen op dit gebied? Bij eventuele huisregels: hoe worden die nageleefd? Wat is de rol daarin voor psychotherapeuten / groepsleiders?
- Is er een verschil in het naleven van huisregel tussen de verschillende leefgroepen?
- En tussen verschillende therapieën of therapiegroepen?
- Hoe is de communicatie en samenwerking t.a.v. middelengebruik tussen de afdelingen die we net hebben genoemd?

- Wat is uw persoonlijke mening over de uitvoering van het beleid ten aanzien van middelengebruik in de behandel-fase?

3C. Resocialisatie:

- Hoe wordt er in de praktijk omgegaan met middelengebruik door patiënten die op verlof gaan? Wat voor afspraken worden hierover gemaakt met de patiënt?
- In hoeverre wordt er vóóraf specifieke aandacht aan besteed?
- In hoeverre wordt er achteraf geëvalueerd?
- Wordt er gecontroleerd op middelengebruik gedurende het verlof, of op het in bezit hebben van middelen bij terugkomst van een verlof? Zo ja, hoe gebeurt deze controle (bv. aan de hand van urine-controles, of een polygraaf / leugendetector)?
- Wat voor sancties worden er getroffen wanneer patiënten zich niet houden aan de gemaakte afspraken over middelengebruik gedurende hun verlof? Verschilt dit per patiënt? Waar hangt dat van af, bv. type delict, type stoornis, de rol van middelen in het delictscenario?
- Wat is uw persoonlijke mening over de uitvoering van het beleid ten aanzien van middelengebruik in de resocialisatie-fase?
- Sommige patiënten krijgen in deze fase behandeling in een polikliniek. Hoe is de aansluiting van het intramurale beleid omtrent middelengebruik bij dat van de polikliniek? (Bijvoorbeeld: is er sprake van een overdracht? Neemt men dezelfde afspraken t.a.v. middelengebruik in het behandelplan over? Of wordt er in de polikliniek anders mee omgegaan?)

Onderdeel 4. Diversiteit regels

Ik ga u nu een paar vragen stellen die te maken hebben met verschillen in maatregelen. Ik wil graag weten in hoeverre het uitvoeren van het beheers- of behandel-beleid ten aanzien van middelengebruik kan verschillen per situatie.

4A.

- In hoeverre gelden er - bij de opname, tijdens behandeling en tijdens resocialisatie - verschillende regels voor verschillende typen patiënten? Te denken valt aan patiënten met en zonder persoonlijkheidsstoornissen, of aan patiënten met en zonder een gebruiksgeschiedenis. Denk ook aan patiënten bij wie het gepleegde delict (en hun evt. stoornis) al dan niet direct samenhangt met hun middelengebruik.
- Waarom bestaan die verschillende regels?
- Is het praktisch uitvoerbaar om voor verschillende patiënten verschillende regels te handhaven? Wat maakt het goed/slecht uitvoerbaar?
- Wat is uw persoonlijke mening over deze (diversiteit aan) regels?

Onderdeel 5. Patiëntenperspectief en perspectief professionals

5A.

- We hebben het nu gehad over het beleid ten aanzien van middelengebruik in de verschillende behandel-fases en de manier waarop het wordt uitgevoerd. Ik heb u steeds per onderdeel gevraagd hoe u het ervaart. Maar hoe ervaart u het beleid en de uitvoering als geheel? Wat zijn de voor- en nadelen van het beleid volgens u?

5B.

- Hoe denkt u dat de patiënten het beleid in de verschillende fasen (opname-, behandel-, en resocialisatie-fase) ervaren? In hoeverre verschilt deze ervaring per patient?
- En hoe denkt u dat de patiënten het beleid als geheel ervaren?

Onderdeel 6. Aanbevelingen en knelpunten

6A.

- Op basis van bovenstaande inventarisatie; welke mogelijkheden zijn er tot verbetering van het bestaande beleid?
- Doorvragen: Als u het voor het zeggen had, wat mocht dan blijven zoals het is en wat zou anders moeten in een ideale situatie? Wat zou volgens u het ideale plaatje zijn?

6B.

- Gebeurt het wel eens dat er anders wordt omgegaan met het middelengebruik van de patiënten dan is vastgelegd in het (schriftelijke) beleid? Wat zijn daarvoor de redenen (denk bijvoorbeeld aan werkdruk / personeelstekort of wisselingen in personeel)?
- Zijn er andere knelpunten die maken dat het moeilijk is om het geplande beleid ten aanzien van middelengebruik uit te voeren? Welke zaken behoeven aanpassing volgens u?

Afsluiting interview

Heeft u tot slot nog opmerkingen over dit onderzoek, of over dingen die ik niet gevraagd heb? Of zijn er nog relevante zaken die u gemist heeft? Zo ja, welke?

Dan wil ik u graag hartelijk bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Onderdeel 7. Overige opmerkingen

Vul hier de opvallende opmerkingen of uitspraken die respondent gemaakt heeft

Bijlage 2

Topiclijst Informele gesprekken patiënten

Introductie onderzoek

Ik zal me even voorstellen. Ik ben - naam -, onderzoeker van het IVO/ EFP (onderzoeksbureau/ expertisecentrum) en ik zal hier een aantal dagen rondlopen omdat ik aan de patiënten vragen wil stellen over hoe in de FPC wordt omgegaan met het gebruik van alcohol en drugs. Voor het onderzoek zijn de meningen en ervaringen van patiënten van groot belang. Daarnaast interview ik ook enkele hulpverleners die in de FPC werken en loop ik enkele dagen mee met het dagprogramma dat de patiënten volgen. Als het goed is heeft u daarover ook al een brief ontvangen. (check of je "je" mag zeggen en ga daar pas daarna toe over)

Graag hoor ik dus ook jouw mening. Wat merk je van het beleid van de FPC over het gebruiken van alcohol en drugs? Wat vind je daarvan? Zou het volgens jou anders kunnen/moeten? Als je wilt kun je ook over je eigen middelengebruik vertellen, als voorbeeld, maar dat hoeft niet. Je kunt ook vertellen hoe in deze FPC in het algemeen met middelengebruik wordt omgegaan.

De informatie die je geeft over jezelf of andere patiënten zal anoniem worden verwerkt. Ik noteer geen namen. Ook zal wat je me vertelt in het kader van dit onderzoek niet worden doorgegeven aan je begeleiders of behandelaar. Als je liever niet mee wil werken met het onderzoek, hoeft het niet. Het is niet verplicht. Wel is het voor het onderzoek goed om zoveel mogelijk meningen en ervaringen van patiënten te verzamelen, dus het is prettig als je meewerkt

Vragen als leidraad

Bij alle vragen die gesteld worden in de informele gesprekken met patiënten gaat het erom zowel het behandel- als het beheersbeleid uit te vragen. Als er situaties rondom middelengebruik ter sprake komen, wordt zowel het aandeel van de tbs-gestelde als het aandeel van professionals nagevraagd. De hieronder geformuleerde vragen zullen niet letterlijk zo gesteld worden, zij dienen vooral als leidraad voor de interviewer. De cursieve tekst betreft voorbeeldvragen die eventueel letterlijk gesteld kunnen worden door de onderzoeker.

- **Wat voor persoonlijke ervaringen heeft de patiënt met middelengebruik in de FPC? (als de patiënt de vraag niet te bedreigend vindt: heeft hij zelf middelen gebruikt en wat zijn zijn eigen ervaringen met het beleid?)**
Heb je wel eens meegemaakt dat patiënten hier in de FPC alcohol of drugs gebruiken? Wat gebruiken ze dan en hoe doen ze dat? Waar halen ze de alcohol of drugs dan vandaan? Lukt het om het stiekem te doen? Gebeurt het ook wel eens openlijk? Heb je weleens meegemaakt dat iemand last had van afkickverschijnselen? Wat vind je daarvan?

- **Is de tbs-gestelde geïnformeerd over het behandelings- cq. beheersbeleid als het gaat om middelengebruik, tijdens opname, behandeling en resocialisatie? Heeft hij/zij daarover ook schriftelijke informatie gekregen?**
Hoe is aan jou duidelijk gemaakt wat hier de afspraken zijn als het gaat om het gebruiken van alcohol en drugs? Heb je daarover ook een folder of zoiets ontvangen?
- **Weet de tbs-gestelde wat er gebeurt als hij middelen gebruikt (consequenties)?**
Wat zijn hier de afspraken rondom middelengebruik? Wat vind jij van deze afspraken over het wel of niet gebruiken van alcohol en drugs? Zijn er ook speciale huisregels? Zo ja, welke?
Hoe nodig zijn de afspraken / 'regels' over drugs en alcohol volgens jou? Hoe streng wordt ermee omgegaan? En wat vind jij van de manier waarop hiermee wordt omgegaan?
Zijn de regels voor het gebruiken van alcohol of drugs voor iedereen hetzelfde? Of verschilt dat wel eens? Zo ja, wat zijn die verschillen?
- **Wat voor sancties en controlemaatregelen worden toegepast volgens de tbs-gestelde?**
Stel nou dat iemand hier alcohol of drugs zou gebruiken, hoe zou men hier dan reageren? Wat voor acties worden dan ondernomen? Wat zijn de consequenties? Krijg je bijv. een straf, wordt de tbs-gestelde ondersteund door het behandelingsteam of wordt er niks tegen gedaan?
- **Krijgt de tbs-gestelde het gevoel dat hij voor hulp bij de FPC terecht kan om van middelen af te blijven. Zo ja, weet de tbs-gestelde dan ook wat voor hulp er geboden wordt?**
Wordt het gebruiken van alcohol en drugs wel eens toegestaan? Zo ja, op welke momenten, of in welke situaties? Krijgen mensen die middelen gebruiken daar ook hulp voor? Wordt het gebruiken van alcohol of drugs bijvoorbeeld besproken in gesprekken met de behandelaar? Hoe gaat dat dan? Leer je hier bijvoorbeeld om de verleiding van alcohol en drugs te weerstaan? Wat voor hulp krijg je daarbij? Wat vind je hiervan?
- **Zijn er ook patiënten die middelen gebruiken als (zelf)medicatie, zoals medicinale cannabis?**
- **Hoe wordt er omgegaan met middelengebruik, bijv. tijdens feestdagen of tijdens ontvangen van bezoek)**
Zijn er nog speciale afspraken of regels over alcohol en drugs als je bezoek krijgt? En hoe gaat dat op bijzondere momenten, bijvoorbeeld feestdagen?
- **Hoe gaat de FPC om met het gebruiken van middelen tijdens het verlof, en wat gebeurt er als men erachter komt dat de patiënt tijdens verlof iets heeft gebruikt?**
Zijn er regels over het gebruiken van alcohol of drugs tijdens verlof? Zo ja, welke? Als een patiënt op verlof gaat, wordt er dan van tevoren gesproken over het gebruiken van alcohol of drugs? Worden daarover speciale afspraken gemaakt? Zo ja, kun je voorbeelden noemen? Wat gebeurt er als je je niet aan die afspraken houdt?

- **Evalueert de FPC ook achteraf als het gaat om middelengebruik?**
Wordt er gecontroleerd voor middelengebruik als je terugkomt van je verlof? Zo nee, waarom niet, zo ja, hoe precies? Wordt er met patiënten over hun middelengebruik tijdens het verlof gesproken? Wat vind je hiervan? Hoe gaat zo'n gesprek dan?
- **Wat vindt de patiënt van het beleid t.a.v. middelengebruik in de FPC?**
Hoe vind je dat de FPC omgaat met het gebruik van alcohol of drugs door patiënten? Wat vind je van de regels over het gebruik, en van de controles en straffen die patiënten krijgen als ze toch gebruiken? Heb je daarover nog dingen meegemaakt die voor dit onderzoek belangrijk zijn?
- **Wat kan volgens de patiënt verbeterd worden aan (de uitvoering van) het beleid rondom middelengebruik?**
Zijn er dingen waarvan je vindt dat ze anders of beter zouden moeten? Wat zou er dan volgens jou verbeterd moeten worden in de FPC als het gaat om het gebruiken van alcohol en drugs? Waarom vind je dat? Wat zijn de voor- en nadelen van het beleid volgens jou?

Bijlage 3

Observatieprotocol

Instructie observeren

Naast het interviewen zal de onderzoeker tevens observaties verrichten in de FPC's. De ruimte in de FPC en de dynamica tussen de volgende personen staan hierbij centraal: patiënt-patiënt, patiënt-hulpverlener en hulpverlener-hulpverlener. De observaties zullen zich beperken tot verslaving- of middelengerelateerde aspecten. Het is de bedoeling dat de onderzoeker zich passief opstelt en zich onopvallend gedraagt. De onderzoeker bepaalt welke ruimte het meest geschikt is voor de observatie. Het is aan te raden dat de onderzoeker ook observeert tijdens een behandel- of intakegesprek, mits hiervoor toestemming is verleend. Ook kan in overleg geobserveerd worden bij groepsgesprekken, tijdens recreatie, (arbeids)therapie, op de werkplaats e.d. Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste aandachtspunten voor het observeren.

Fysieke ruimte

- Hoe ziet de ruimte eruit? Beschrijf de setting.
- Hoe duidelijk worden de regels kenbaar gemaakt?
- Hangen de huisregels zichtbaar op een prikbord?
- Staat er duidelijk geschreven wat de consequenties zullen zijn als iemand zich niet aan de huisregels houdt?
- Wat is de inhoud van de koelkast? (Staan er alcoholhoudende dranken in de koelkast)
- Zijn er veel mogelijkheden om alcohol of drugs te verstopten, stiekem te gebruiken of bv. zelf drank te brouwen?
- Zijn er sporen te vinden van middelengebruik zoals jointjes, lege bierflesjes e.d.?
- Krijg je de indruk dat het gebruik van middelen wordt gedoogd, of dat het juist ten strengste verboden wordt?

Patiënten

- Hoeveel patiënten zijn er op de afdeling?
- Wat is de samenstelling van de groep (geslacht, leeftijd enz.)?
- Hoe zien de patiënten eruit en hoe gedragen zij zich?
- Wat is de sfeer op de afdeling?
- Is de sfeer anders dan normaal door recente gebeurtenissen zoals een incident of een negatief krantenbericht over TBS?
- Gedragen sommige patiënten zich zodanig dat het lijkt alsof zij onder invloed zijn van middelen?
- Zijn er patiënten bij die in of bij de FPC openlijk (of juist heimelijk) middelen gebruiken? En zijn er patiënten bij die middelen aan andere patiënten verschaffen?

Groepsdynamiek

- Is middelengebruik wel eens onderwerp van gesprek? Op welke momenten en tussen wie (hulpverlener-patiënt of hulpverlener-hulpverlener of patiënt-patiënt)
- Hoe reageren patiënten op elkaar als dit onderwerp ter sprake komt? Wat is de context van het gesprek?
- Hoe reageren patiënten en hulpverlener op elkaar als dit onderwerp ter sprake komt? Wat is de context van het gesprek?
- Hoe reageren de patiënten als de onderzoeker dit onderwerp (tijdens het informele gesprek) ter sprake brengt?
- Vindt er overdracht van informatie plaats tussen de hulpverleners onderling? Wisselen de hulpverleners informatie aan elkaar uit over bijv. incidenten die plaatsgevonden hebben? Hoe verloopt die communicatie? Wat is de context van het gesprek?
- Hoe praat men over middelengebruik (gelooftwaardigheid, bravoure, geheimzinnigheid)? Wat is de context van het gesprek?
- Hoe wordt er gereageerd als iemand middelen heeft gebruikt? Verschilt dat per type patiënt? Maakt het uit of het iemand is van de eigen groep of van een andere?
- Is er sprake van een voelbare controle- en sanctiesysteem in geval van middelengebruik (duidelijke machtsverhouding tussen socio-therapeut en patiënt)? Of juist een therapeutische ondersteunende sfeer?
- Hoe is de sfeer in de groep (ontspannen, gespannen, lacherig e.d.)? Maakt het verschil of er personeel bij is of niet en hoe?

Intake- of behandelgesprek, therapeutisch gesprek

- Hoe gedraagt de patiënt zich tijdens het intake- of behandelgesprek of therapeutisch gesprek, wanneer er gesproken wordt over middelengebruik? Hoe gedraagt de patiënt zich tegenover de socio-therapeut wanneer daarmee middelengebruik besproken wordt?
- Wordt er gesproken over het beleid op het gebied van middelengebruik?
- Wordt er gesproken over de (mogelijke) consequenties indien de patiënt middelen (heeft) gebruikt?
- Wordt er een behandelprogramma aangeboden aan de patiënt in geval van middelengebruik? Wat voor afspraken wordt er met de patiënt gemaakt?
- Wordt de patiënt daadwerkelijk aangesproken op zijn gedrag als hij een terugval heeft als het gaat om middelengebruik?
- Hoe is de sfeer van het gesprek?

Bijlage 4

Vragenlijst verwerking beleidsstukken

Dataverwerking beleidsstukken Verslavingsbeleid FPC's

Opmerking: Bij een groot aantal vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk!

1. Welk type kliniek betreft het?
 - FPC (justitie)
 - FPK (VWS)

2. Welke patiënten wonen in de kliniek?
 - TBS'ers
 - TBS'ers met voorwaarden
 - Vrijwillige opname
 - Rechterlijke machtigingen
 - Artikel 37, plaatsing psychiatrisch ziekenhuis
 - Niet bekend uit de beleidsstukken

3. Hoeveel bedden voor tbs-ptn heeft deze kliniek?

 - Niet bekend uit de beleidsstukken

4. Zijn er schriftelijke beleidsstukken waarin het verslavingsbeleid of beleid ten aanzien van middelengebruik wordt beschreven?
 - Nee
 - Ja, namelijk
 - Beleidsnotities / richtlijnen voor verslavingsbeleid / zorgprogramma verslaving
 - Behandelprotocollen (draaiboek van module)
 - Beheersprotocollen
 - Huisregels (kliniekbreed)
 - Afdelingsregels
 - Folders voor ptn
 - Folders voor familie
 - Anders, namelijk _____

Beleidsnotitie(s)

5. Wat is het doel van het geschreven beleid volgens de beleidsnotitie(s)?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
 Niet van toepassing, de kliniek heeft geen beleidsnotities

6. Welke hoofdpunten worden behandeld in de beleidsnotitie?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
 Algemene visie t.a.v. middelengebruik in de kliniek
 De wijze van beheersing
 De wijze van behandeling
 De implementatie van het beleid
 Anders, namelijk _____

7. Wat staat volgens de beleidsnotitie op de eerste plaats: het beheersen van middelengebruik, het behandelen van middelengebruik of beide?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
 Beheersen
 Behandelen
 Beide

8. In welk stadium is het beleid zoals beschreven in de beleidsnotitie?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
 Notitie
 Werkgroep
 Implementatiefase
 Uitvoering
 Anders, namelijk _____

9. Waar is het beleid volgens de beleidsnotitie op gebaseerd?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
 Protocollen van Resultaten Scoren / richtlijnen van Resultaten Scoren
 CBO richtlijnen i.o. omtrent drugs en/of alcohol (= multidisciplinaire richtlijn voor verslaving)
 Evidence volgens eigen literatuuronderzoek
 Praktijkervaring
 Expertise uitwisseling andere FPC / FPK
 Expertise uitwisseling verslavingszorg
 Anders, namelijk _____

10. Heeft de kliniek samengewerkt met externe partners bij de vormgeving van het beleid?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
 Nee
 Ja, met andere FPC / FPK
 Ja, met het CBO
 Ja, met Resultaten Scoren
 Ja, met de Verslavingszorg
 Ja, anders namelijk _____

Vragen over de behandeling van middelengebruik / verslaving (in te vullen op basis van de beleidsnotities en/of behandelprotocollen)

11. Biedt de kliniek behandelmodules aan gericht op middelengebruik / verslaving?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
 Nee
 Ja, algemene modules waarin verslaving aan bod komt, namelijk
 Sociale vaardigheidstraining (Bijv. Goldstein of 'leren nee zeggen')
 Psycho-educatie
 Drama groepen
 Dadergesprekken
 Psychomotore therapie
 Terugvalpreventieplan als onderdeel van ander module
 Groepsgesprek algemeen
 Indiv. gesprek algemeen
 Motivationeel gesprek
 Anders, namelijk _____
 Ja, specifieke modules voor verslaving, namelijk
 Cursus Leren omgaan met verleiding (Bijv. Liberman)
 Groepsgesprekken middelengebruik
 Individuele therapie middelengebruik
 Psycho-educatie Verslaving
 Terugvalpreventie specifiek voor verslaving
 Anders, namelijk _____

12. In welke fase van de behandeling worden deze behandelmodules aangeboden?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
 Opnamefase
 Behandelfase
 Resocialisatiefase
 Anders, namelijk _____

13. Zijn er voorwaarden verbonden aan deelname aan deze behandelmodules?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Nee
- Ja, namelijk
 - motivatie
 - bereidheid medewerking
 - niet psychotisch (stabiel)
 - niet gebruiken (clean)
 - afronding bep. modules
 - groepsgeschied
- Anders, namelijk _____

B. Verschillen de voorwaarden per module?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Ja
- Nee

14. Gebruikt men diagnostische instrumenten om middelengebruik en verslaving in kaart te brengen bij opname?

- Nee
- Ja
- Niet bekend uit de beleidsstukken

Indien ja, welke?

Indien Nee, waarom niet?

15. Wordt middelen gebruik nagevraagd of op ander manier uitgezocht?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Nee
- Ja, nagevraagd, namelijk
 - bij patiënt zelf
 - bij familie
 - Anders, namelijk _____
- Ja, uitgezocht, namelijk
 - dossiers info
 - Anders, namelijk _____

16. Wordt het middelengerelateerde behandelaanbod vastgelegd in het behandelplan?

- Nee
- Soms
- Vaak
- Altijd
- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Anders, namelijk _____

17. Heeft de kliniek een speciale afdeling voor verslaving, of is voornemens deze op te zetten volgens de beleidsnotitie?

- Nee
- Ja, men is van plan deze op te zetten
- Ja, men is bezig deze op te zetten
- Ja, de afdeling is reeds operationeel
- Niet bekend uit de beleidsstukken

Beschrijving van de (geplande) afdeling:

18. Wanneer komen patiënten op deze speciale afdeling terecht?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Als verslavingsprobleem op voorgrond staat
- Als verslaving de behandeling belemmert
- Anders, namelijk _____

19. Waar is het behandelaanbod (zowel binnen de modules als binnen de ev. speciale afdeling) op gebaseerd?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Protocollen / richtlijnen van Resultaten Scoren
- CBO richtlijnen i.o. omtrent drugs en/of alcohol
- Evidence volgens eigen literatuuronderzoek
- Praktijkervaring
- Expertise uitwisseling andere FPC / FPK
- Expertise uitwisseling bij verslavingszorg
- Anders, namelijk _____

Vragen over de beheersing van middelengebruik / verslaving (in te vullen op basis van de beleidsnotities en/of beheersprotocollen)

20. Op welke wijze krijgen controles vorm bij de beheersing van middelengebruik?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Regel verbod
- Regel spullen ptn
- Regel spullen bezoek
- Urinecontrole
- Kamercontrole
- Verzegeling spullen
- Controle tas/kleding ptn
- Controle tas/kleding bezoek
- Inzet drugshonden
- Beveiliging op of rond terrein
- Inzet bewakingspersoneel
- Leugendetector
- Controle pizzakoeriers
- Foullering bezoek
- Visiteren (controle in lichaam)
- Screening bezoek
- Strippen (kleding uittrekken)
- Blaastest
- Medicatie
- Anders, namelijk _____

21. Op welke wijze krijgen sancties vorm bij de beheersing van middelengebruik?

- Intrek vrijheid binnentuin
- Kamerarrest
- Insluiting op kamer
- Begeleid door kliniek
- Ontzegging bezoek of tel. Contact
- Ontzegging contact medeptn
- Foullering ptn
- Anders, namelijk
- Mediabeperking
- Geheel of gedeeltelijk intrek verlof
- (Extra) begeleiding verlof
- Heropnemen kliniek bij trans.
- Medicatie
- Afdelingsarrest
- Separeer/ isoleer

22. Welk bedrag wordt er jaarlijks uitgegeven aan controleren van drugs-en of alcoholgebruik van ptn?

- Bedrag:
- Niet bekend uit de beleidsstukken

23. Wordt middelengebruik gedoogd?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Nee
- Ja

Toelichting:

24. Hoe worden ptn geïnformeerd over het beleid rondom middelengebruik / verslaving?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Via folder
- In intake gesprek
- Via huisregels
- Tijdens een individueel gesprek
- Via afdelingsregels
- Anders, namelijk _____

25. Zijn de regels rondom middelengebruik gelijk voor alle ptn?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- De regels zijn voor iedereen gelijk
- De regels kunnen verschillen per behandelfase, namelijk (toelichten)
- De regels zijn voor iedereen gelijk, maar uitvoering v/d maatregelen kan verschillen (bijv. freq controle of mate van gebruik), namelijk (toelichten)
- De regels kunnen verschillen tussen ptn, namelijk (toelichten)

Toelichting

26. Is er bij de binnenkomst van nieuwe ptn controle op middelengebruik of het in bezit hebben van middelen?

- Nee
- Ja altijd
- Ja soms, namelijk (bij wie / op welke momenten) _____

- Niet bekend uit de beleidsstukken

27. Hoe gaat de kliniek om met middelengebruik tijdens bijzondere gelegenheden?

- Gedoogbeleid
- Zero tolerance
- Niet bekend uit de beleidsstukken

Toelichting:

28. Wordt er wanneer ptn terugkeren van verlof of tijdens verlof gecontroleerd op middelengebruik?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Nee
- Ja soms, namelijk (bij wie / op welke momenten) _____

Ja altijd

29. Hoe gebeurt deze controle van verlof?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Urinecontrole
- Inzet drugshonden
- Controle tas/kleding ptn
- Kamercontrole
- Strippen (kleding uittrekken)
- Controle tas/kleding bezoek
- Medicatie
- Fouillering ptn
- Blaastest
- Bellen naar verlofadres
- Achtervolgen tijdens verlof
- Visiteren (controle in lichaam)
- Anders, namelijk

30. Wat zijn de sancties wanneer ptn de afspraken over middelengebruik niet naleven tijdens hun verlof?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Insluiting op kamer
- Begeleid door kliniek
- Ontzegging bezoek of tel. contact
- Heropnemen kliniek bij trans
- Afdelingsarrest
- Kamerarrest
- Anders, namelijk
- Geheel of gedeeltelijk intrekken verlof
- (Extra) begeleiding verlof
- Ontzegging contact medeptn
- Separeer/ isoleer
- ntrek vrijheid binnentuin

31. Kunnen deze sancties per ptn verschillen?

- Nee
- Ja, namelijk _____
- Niet bekend uit de beleidsstukken

32. Indien ja, bij vraag 31: Waarvan zijn deze verschillen afhankelijk?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Afh van delictgerelateerdheid (indexdelict gepleegd oiv mid), namelijk (toelichten)
- Afh van voorgeschiedenis (mid misbruik of afhankelijkheid in gesch.), namelijk (toelichten)
- Afh. van stoornis, namelijk (toelichten)
- Anders, namelijk _____

Toelichting

33. Werkt de kliniek samen met een polikliniek op het gebied van verslaving?

- Niet bekend uit de beleidsstukken
- Nee
- Ja

B. Indien Ja bij vraag 33: Hoe ziet de samenwerking eruit?

34. Worden er knelpunten beschreven in de beleidsstukken ten aanzien van het verslavingsbeleid?

Zoja, welke?

- Nee
- Ja, namelijk _____

35. Worden er verbeterpunten beschreven in de beleidsstukken ten aanzien van het verslavingsbeleid?

Zoja, welke?

- Nee
- Ja, namelijk _____

36. Wat zijn overige zaken die vermeld worden in de beleidsstukken, die het verslavingsbeleid van deze kliniek kenmerken?

Bijlage 5

Patiënt informatie brief

Beleid op het gebied van alcohol- en drugsgebruik in de forensisch psychiatrische instellingen

Geachte heer/mevrouw,

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

Wie doen het onderzoek

Het ministerie van justitie heeft het IVO en het EFP gevraagd om het beleid over middelengebruik, waaronder alcohol en drugs, in de forensisch psychiatrische centra in kaart te brengen. Het IVO is een onafhankelijk, wetenschappelijk bureau dat onderzoek doet naar verslaving, leefwijzen en maatschappelijke ontwikkelingen die hiermee te maken hebben. Het EFP is een expertisecentrum dat bijdraagt aan verbetering van de behandeling van patiënten. De onderzoekers die het onderzoek uitvoeren, werken voor het IVO of voor het EFP.

Wat gebeurt er tijdens het onderzoek

Tijdens het onderzoek zal in elke forensische psychiatrisch centrum (FPC) in Nederland gedurende een aantal dagen een onderzoeker aanwezig zijn. Deze zal praten met de hulpverleners in het FPC en met de patiënten zelf.

De vragen van het onderzoek

Met dit onderzoek willen we antwoorden vinden op de volgende vragen:

Wat is het beleid op het gebied van alcohol- en drugsgebruik in de FPC's?

Hoe ervaren de patiënten aan de ene kant en stafleden aan de andere kant het alcohol- en drugsbeleid in de FPC?

Welke mogelijkheden zijn er voor verbetering van het alcohol- en drugsbeleid in de FPC's volgens de patiënten en stafleden?

Wat betekent dat voor u

De komende tijd zal een onderzoeker in de FPC aanwezig zijn en gesprekken met een aantal patiënten en stafleden voeren. Bovendien zal de onderzoeker op diverse afdelingen van de FPC een tijdje meelopen. De onderzoeker zal bijvoorbeeld aanwezig zijn bij het gebruiken van maaltijden, in de huiskamer, en als u of andere patiënten daar toestemming voor geven ook bij behandelgesprekken. De onderzoeker zal aan de

patiënten vragen stellen over hoe er in de FPC wordt omgegaan met het gebruik van drugs of alcohol. Het gaat dan vooral over hoe u het beleid ervaart, wat u daarvan merkt en ook over wat u ervan vindt. U mag zelf bepalen of u met de onderzoeker hierover wil praten, uw deelname aan het onderzoek is niet verplicht.

Het hele onderzoek is anoniem

Alles wat u bespreekt met de onderzoeker wordt anoniem verwerkt en worden behandeld als strikt vertrouwelijk. Uw naam wordt niet gevraagd, ook geen andere informatie die tot uw persoon herleidbaar zou kunnen zijn. De informatie die de onderzoeker krijgt van individuele patiënten wordt niet aan anderen bekend gemaakt, dus ook niet aan de stafleden. Uw privacy wordt ten alle tijden gewaarborgd. De gegevens worden alleen gebruikt voor het doel van dit onderzoek.

Meewerken aan het onderzoek heeft geen gevolgen voor u als persoon

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

Meedoen en vragen

Vanwege het belang van dit onderzoek, hopen wij dat u wilt meedoen. Toch willen wij ook benadrukken dat meedoen vrijwillig is en melden dat u op elk moment kunt besluiten af te zien van verdere deelname. Als u nog vragen heeft over het onderzoek kunt u die stellen aan de onderzoeker. Deze zal worden voorgesteld aan alle patiënten van de afdelingen waar het onderzoek zal plaatsvinden.

Bij voorbaat willen wij u vast hartelijk danken voor uw medewerking!

