

B I M

De Beoordeling-Indicatiestelling-Motivatie
module voor justitiabelen met een stoornis
door het gebruik van psycho-actieve
stoffen getest:

Een pilotstudie

Auteurs:

Drs. G.G.M. Riezebos

Drs. H.A. de Haan

Dr. C.A.J. de Jong

Oktober 2005

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Voorwoord	3
Afkortingenlijst	5
Literatuurstudie	6
Inleiding	6
Methode	6
Resultaten	6
Conclusie	20
Module	22
Doelstelling	22
Rationale	22
Doelgroep	22
Uitvoerder	22
Opbouw van de module	23
Pilotstudie	26
Opzet pilot	26
Vorbereiding	26
Instroom	26
Instrumenten ten behoeve van de pilot	29
Data-analyseplan	29
Resultaten	30
Achtergrondkenmerken	30
Beschrijving populatie op basis van afgenomen testen	30
Informatie module	40
Ervaringen uitvoerders	41
Conclusies	44
Aanbevelingen	46
Literatuurlijst	49
Bijlagen	54

Voorwoord

Voor U ligt het verslag van de pilotstudie met betrekking tot een Beoordeling-Indicatie-Motivatie-module (BIM-module) voor verslaafde justitiabelen met een middelenprobleem. De pilotstudie is onderdeel van het project Resultaten Scoren. Resultaten Scoren is het kwaliteits-, en innovatieproject van de sector verslavingszorg van GGZ Nederland en wordt door VWS gefinancierd. De pilotstudie werd in de periode 14 juni tot 15 december 2004 uitgevoerd bij de instellingen voor verslavingszorg Novadic-Kentron en TACTUS.

De BIM module werd ontwikkeld vanuit de behoefte aan een protocol dat de procedure beschrijft en het instrumentarium aanreikt waarmee de relatie tussen delictgedrag, verslaving en comorbide problematiek, en een behandeltraject voor behandeling in de verslavingszorg wordt vastgesteld. De module bestaat uit een assessment-, en motivatiedeel waarbij in samenspraak met cliënt een behandeltraject wordt bepaald.

Het is van groot belang, zowel uit het oogpunt van kosteneffectiviteit als vanuit humanitair perspectief, dat de wereld van justitie en de wereld van de algemene verslavingszorg beter op elkaar aansluiten. De uitkomsten van deze pilotstudie geven ons de mogelijkheid om hiertoe een stap in de goede richting te doen. Een belangrijke volgende stap is het verfijnen en aanpassen van de module in samenhang met de ontwikkelingen in een bredere context.

Vanuit justitie ontstond parallel ook de behoefte aan het ontwikkelen van een aansluitprotocol tussen justitie en verslavingszorg. Binnen het reclasseringswerk en daarmee ook binnen de justitiële verslavingszorg is de afgelopen jaren een basisinstrument voor diagnostiek (RISc) ontwikkeld door het bureau van Montfoort. Dit instrument richt zich op het bepalen van de kans op recidive (middels het opsporen van de criminogene factoren), de mogelijkheden en motivatie voor gedragsverandering. Met betrekking tot de verslavingsaspecten kan verdiepingsdiagnostiek noodzakelijk zijn teneinde de ernst van de verslavingsproblematiek en de samenhang met andere criminogene factoren vast te stellen. Bij deze verdiepingsdiagnostiek moet tevens vanuit justitie de aansluiting bij de zorg worden gezocht en wil men de procesgang op geprotocolleerde wijze gaan vastleggen.

Het zij opgemerkt dat de hierboven aangegeven ontwikkeling van verdiepingsdiagnostiek in de justitiële verslavingszorg zich parallel voltrekt aan de ontwikkeling van de BIM-module. Er was dan ook niet de mogelijkheid om directe afstemming te zoeken. De module zoals uitgetest richtte zich volledig op de vraag naar de aansluiting van verslaafde justitiabelen bij de verslavingszorg voor behandeling of begeleiding. Hierdoor is het een uitvoerig diagnostisch instrument geworden dat bestaat uit de volgende onderdelen:

- diagnostiek van de afhankelijkheidsproblematiek;
- diagnostiek van de mate van sociale integratie;
- screener van met name psychiatrische comorbiditeit;
- taxatie van motivatie.

Waar in deze tekst hij wordt gebruikt, wordt bedoeld hij/zij.

Met de term justitiabele wordt bedoeld iemand die verdacht is van of veroordeeld is voor een strafbaar feit.

De term "stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen" (classificatie in DSM-IV) wordt om de leesbaarheid van de tekst te verhogen soms vervangen door verslaving.

Afkortingenlijst

ADP-IV	: Assessment DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen
BIM	: Beoordeling-Indicatiestelling-Motivatie
C-lijst	: Criminaliteitslijst
CIDI-SAM	: Composite International Diagnostic Interview-Substance Abuse Module
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EuropASI	: European Addiction Severity Index
EuroQol	: European Quality of Life instrument
GGZ	: Geestelijke GezondheidsZorg
HvB	: Huis van Bewaring
ICD	: International Classification of Diseases
MFT	: Motivation for Treatment
MINI	: Mini International Neuropsychiatric Interview
NDM	: Nationale Drugs Monitor
O.M.	: Openbaar Ministerie
P.I.	: Penitentiaire Inrichting
PTSS	: Post Traumatische Stress Stoornis
RCQ-2	: Readiness to Change
RISc	: Recidive Inschatting Schaal
RS	: Resultaten Scoren
SAV	: ScreeningsAfdeling Verslaafden
SCL-90	: Symptom CheckList
SD	: Standaarddeviatie
SDGG	: Schaal voor Drink en GebruikGewoonten
SVG	: Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland
TBS	: Ter BeschikkingStelling
TG	: Therapeutische Gemeenschap
VAS	: Visueel Analoge Schaal
VBA	: VerslaafdenBegeleidingsAfdeling
VBE	: Vragenlijst Belastende Ervaringen

Literatuurstudie

Inleiding

Via de literatuurstudie wordt getracht de vraag te beantwoorden of zorgtoeleiding en assessment bij verslaafde justitiabelen nuttig is. Daarbij werden de volgende vragen gehanteerd:

- 1) Is er een verband tussen druggebruik en criminaliteit?
- 2) Is er bij de populatie verslaafde criminelen in vergelijking met verslaafden zonder justitiële contacten vaker sprake van comorbide problematiek op diverse levensgebieden?
- 3) Is er aanbod ontwikkeld in Nederland voor bovenstaande populatie en zijn huidige indicatiestellingsmodules voor verslaafden geschikt voor de populatie verslaafde criminelen?
- 4) Is er een uit onderzoek effectief gebleken methode om assessment, indicatiestelling en zorgtoeleiding te verrichten bij verslaafde justitiabelen?
- 5) Zijn er relevante overige factoren waarmee rekening gehouden dient te worden als het gaat om indicatiestelling en zorgtoeleiding bij verslaafde justitiabelen?

Methode

Via pubmed is een search uitgevoerd met de volgende termen:

De Mesh term "Substance-Related Disorders" als major topic en (Mesh term "Triage" of de Mesh term "Referral and consultation") en (Mesh term "Crime" of Mesh term "Prisons" of Mesh term "Prisoners") met de beperking dat de artikelen niet ouder mogen zijn dan 10 jaar (vanaf 1994). Verder is gezocht via de referenties van de reeds gevonden artikelen.

Resultaten

Er werden 28 artikelen gevonden via pubmed. Van de 28 artikelen waren slechts 2 artikelen die methoden beschreven voor assessment bij verslaafde justitiabelen. De overige artikelen bestonden uit: studies waarbij de effectiviteit van zorgtoeleiding werd geëvalueerd, maar waarin de toeleiding zelf niet beschreven werd; artikelen, waarin aspecten (motivatie en misleiding, zie blz 14 tot en met 16) van assessment bij verslaafden uitgelicht werden; artikelen over behandeling van verslaafde justitiabelen; artikelen die weinig van doen hadden met assessment en zorgtoeleiding bij justitiabelen, maar waarin de termen wel genoemd werden. Deze laatste artikelen zijn niet gebruikt in dit literatuuronderzoek.

Verband druggebruik en criminaliteit

- Druggebruikers rapporteren een grotere mate van criminele activiteiten en hebben vaker een strafblad dan niet-gebruikers en mensen met een strafblad rapporteren vaker druggebruik dan mensen zonder strafblad (Hill & Thoma, 1996);
- Er is een duidelijk significante relatie tussen middelenmisbruik en misdaden die verband houden met geweld (Lindqvist, 1991).
- Behandeling van afhankelijkheid reduceert niet alleen het druggebruik, maar wordt ook gerelateerd aan het terugdringen van recidive in delicten (Davis, Bear, Saxon & Kivlahan, 2003; Gossop, Marsden, Stewart & Rolfe, 2000; Solomon, Draine & Marcus, 2002). Hoewel deze relatie in een ander onderzoek van Hoaken en Stewart (2003) wordt genuanceerd. De relatie alcoholintoxicatie met geweld is het best aangetoond. Bij de overige middelen gaat het waarschijnlijk meer om persoonlijkheidsfactoren dan om farmacologische factoren. Intoxicatie met cannabis geeft waarschijnlijk zelfs reductie van de kans op geweld in tegenstelling tot onthouding van cannabis.
- Bij een onderzoek naar psychische comorbiditeit bij seksuele delinquenten werd een stoornis in het gebruik van alcohol, gevolgd door een stoornis in het gebruik van drugs het meest vastgesteld (Långström, Sjöstedt & Grann, 2004).
- Er is tevens onderzoek gedaan naar samenhang waarbij onderscheid werd gemaakt tussen type misdadiger en type psycho-actieve stof. In een onderzoek werd gevonden dat bij seksuele delinquenten vaker sprake was van alcoholmisbruik dan plegers van een gewelddadig, maar niet seksueel delict. Bij de laatste groep was daarentegen vaker sprake van een geschiedenis van gebruik van andere psycho-actieve stoffen (Abracen, Looman & Anderson, 2000).

Hoe de relatie is tussen verslaving en criminaliteit, is nog onderwerp van discussie. Hill & Thoma (1996) beschrijven drie wijzen waarop criminaliteit met druggebruik samenhangt:

a) Druggedefinieerde criminaliteit. Criminaliteit die samenhangt met overtredingen van wetten die gebruik, bezit, productie, en distributie van drugs reguleren. Bijvoorbeeld bezit of handel van heroïne.

b) Druggerelateerde criminaliteit. Criminaliteit waarbij de farmacologische effecten van drugs meespelen; criminaliteit om in de behoefte aan geld om gebruik te kunnen bekostigen te kunnen voorzien; criminaliteit rond de distributie van drugs. Bijvoorbeeld agressief gedrag onder invloed; stelen om drugs te kunnen kopen; geweld tussen rivaliserende drugdealers.

c) Interactionele omstandigheden. Druggebruik en criminaliteit zijn aspecten van een deviante levensstijl. De kans om zich met criminaliteit in te laten wordt vergroot omdat druggebruikers en criminelen in situaties komen die misdaad faciliteren. Bijvoorbeeld een levenshouding gericht op de korte termijn ondersteund door illegale activiteiten. Mogelijkheden tot criminaliteit komen uit contacten met criminelen en het illegale circuit. Criminele vaardigheden worden van andere criminelen geleerd.

Echter resultaten uit een prospectief onderzoek bij adolescenten suggereren dat persoonlijkheidstrekken zowel crimineel gedrag als middelengebruik voorspellen (Wilson, Rojas, Haapanen, Duxbury & Steiner, 2001). Onderzoek naar het verloop van druggebruik en criminaliteit toont aan dat het effect van gebruik/kleine criminaliteit op jonge leeftijd op meer serieus druggebruik en criminaliteit klein is, maar wel significant; het effect van sociale, familiale en culturele factoren wordt veel groter geacht (Pudney, 2002).

In een onderzoek van McMurrin, Blair & Egan (2002) wordt gesteld dat alcohol een risicofactor voor geweld is, maar dat factoren die leiden naar alcoholgebruik en factoren die leiden tot geweld elkaar overlappen. Zij achten waarschijnlijk dat wederkerige interacties gedurende de levensduur tussen individuele karakteristieken en de sociale omgeving (bijv. ouders, school en leeftijdsgenoten) de kans kunnen vergroten op criminaliteit; hevig drinken en druggebruik; en geweld dat aan alcohol gerelateerd is.

Concluderend kan gesteld worden dat er een verband is tussen druggebruik en criminaliteit, maar dat dit verband mogelijk in grote mate bepaald wordt door individuele karakteristieken en omgevingsfactoren (de onderzoeken waarin dit laatste wordt gesteld zijn van wetenschappelijk grotere waarde: beschrijvend onderzoek versus prospectief en verklarend onderzoek (Wilson et al, 2001; Pudney, 2002).

Populatie verslaafde criminelen

In Nederland heeft de NDM cijfers verzameld omtrent misdaden door druggebruikers in 2002. In de politiestatistiek zijn de kwalificaties misbruik en afhankelijkheid van drugs vaak niet accuraat. Er is waarschijnlijk sprake van onderrapportage en het volgende moet als een grove schets gelezen worden.

Kenmerken van de in het politieregistratiesysteem HKS opgenomen druggebruikers (als de verdachte door druggebruik een gevaar vormt voor anderen):

- 10% is vrouw;
- De gemiddelde leeftijd van deze druggebruikers is gestegen van 33 jaar in 1997 tot 36 jaar in 2002;
- De meesten werden verdacht van een vermogensdelict zonder geweld (62%);
- 45% woonde in een van de vier grote steden;
- 44% pleegde zijn of haar eerste misdaad voor het achttiende levensjaar;
- De frequentie van recidivisme is hoog: van driekwart van de geregistreerde druggebruikers zijn 11 of meer misdaden geregistreerd en voor bijna een kwart van de druggebruikers is dit aantal 50.

In 1999 werd geschat dat het percentage harddruggebruikers in contact met het O.M. en de rechtbank 12% van die totale populatie omvatte; softdruggebruikers vormden 3% van die populatie en in 5% van de zaken speelden andere middelen (bijv. alcohol en medicijnen) mee.

In een rapport van de Gezondheidsraad (2002) wordt geschat dat eenderde tot de helft van de Nederlandse gedetineerden enige vorm van verslavingsproblematiek heeft. Tweederde van die "verslaafde" gedetineerden (in reguliere detentie, uitgezonderd TBS en justitiële jeugdinrichtingen) heeft te kampen met ernstige verslavingsproblematiek. De detentieduur van verslaafden is over het algemeen iets korter dan de detentieduur van de totale populatie gedetineerden. Bij 50% van hen wordt de detentie binnen 2 maanden beëindigd, terwijl 75% binnen vier maanden uitstroomt naar de maatschappij. Er zijn relatief weinig vrouwen onder gedetineerde drugsverslaafden. Meer dan de helft van de gedetineerde drugsverslaafden heeft als geboorteland Nederland.

Over de somatische problemen van gedetineerden met problematisch druggebruik is weinig bekend. De meeste verslaafde gedetineerden zijn polygebruikers; meestal gaat het om heroïne en cocaïne. Ze hebben over het algemeen een laag opleidingsniveau, een geringe werkervaring en velen zijn van allochtone afkomst. Degenen die cocaïne als belangrijkste middel noemen, zijn over het algemeen wat jonger dan degenen die heroïne als belangrijkste middel noemen. Verreweg de meesten nemen het middel van hun voorkeur door inhalatie (snuiven/roken) tot zich; degenen die spuiten zijn in de minderheid. In de Nederlandse penitentiaire inrichtingen is druggebruik waarschijnlijk tamelijk algemeen, maar er wordt niet of nauwelijks gespoot.

Naast de grote groep polydruggebruikers is er een kleine groep gedetineerden die uitsluitend cocaïne gebruikt. Hoe groot deze groep is, of die in omvang toeneemt en welke kenmerken deze gebruikers hebben is onbekend. Volgens het Jaarbericht 2001 van de Nationale Drugsmonitor consumeert 10-15% van de problematische harddruggebruikers cocaïne zonder daarnaast heroïne te nemen. De indruk bestaat dat het cocaïnegebruik bij het deel van de gedetineerden die uitsluitend cocaïne gebruiken in dienst staat van het crimineel gedrag en dat de comorbiditeit in deze gevallen beperkt blijft tot de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Geschat wordt dat meer dan de helft van de verslaafde gedetineerden eerder contact met de hulpverlening heeft gehad over de verslavingsproblemen. Naar alle waarschijnlijkheid zijn echter zeer weinig gedetineerden, die uitsluitend cocaïne gebruiken, voorafgaand aan hun detentie bij de verslavingszorg vanwege cocaïneverslaving geweest.

Bij de populatie verslaafde gedetineerden is vaak sprake van ernstige problemen, onder andere op sociaal-maatschappelijk gebied en er bestaat veel comorbide psychopathologie. In Nederland voldoet ongeveer de helft van de gedetineerden die aan de criteria voor afhankelijkheid of misbruik van middelen volgens de DSM III-R voldoen, tevens aan de DSM-criteria voor minstens een andere stoornis (Gezondheidsraad, 2002).

Personen in detentie die psycho-actieve stoffen misbruiken en justitiële problemen hebben, ervaren meer ernstige biopsychosociale problemen dan personen die psycho-actieve stoffen gebruiken zonder justitiële problemen. Justitiabelen in de gevangenis ervaren in vergelijking met justitiabelen in een behandelprogramma voor verslaving een slechtere sociale aanpassing, zijn minder gepreoccupeerd met hun drugconsumptie en minder gemotiveerd te veranderen (Brochu, Guyon and Desjardins, 1999).

In een ander onderzoek waarin verslaafden in behandeling in de verslavingszorg met een justitieel kader vergeleken werden met verslaafden in behandeling zonder justitieel kader werd juist gevonden dat ze een betere gezondheidsstatus, een betere sociale en psychische aanpassing, minder dakloosheid, minder gezondheidsproblemen, betere aanpassing in de familie en minder medische, sociale en drugproblemen rapporteren die een interventie behoeven (Kline, 1997). Ook werd gevonden dat verslaafden in een gedwongen kader jonger waren, vaker man waren en vaker blank waren.

Eno, Long, Blanchet, Hansen & Dine (2001) maken een onderscheid voor daders in de "high-need" categorie: daders met het meest ernstige probleem met psycho-actieve stoffen, die corresponderende hoge niveaus hebben van problemen met familie, interpersoonlijke relaties, lichamelijke gezondheid, mentale gezondheid, vrije tijdsbesteding, scholing, werk en criminaliteit. Daders in deze categorie zijn met grotere waarschijnlijkheid onder invloed op de dag van de misdaad; hebben de meeste eerdere veroordelingen; hebben de meeste hulp nodig bij het stoppen of controleren van hun gebruik; hebben de meeste onsuccesvolle pogingen tot stoppen of minderen; hebben de hoogste frequentie van alcohol- en druggebruik en recidiveren vaker dan daders met een minder ernstige stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen. Dus hoe ernstiger de verslaving, hoe ernstiger de problemen op diverse levensgebieden.

Verslaafde criminelen, met name vrouwen, hebben intensieve zorg nodig. Belenko & Peugh (2005) hebben een kader ontworpen om gedetineerden die drugs gebruiken (alcohol werd niet meegenomen) aan diverse niveaus van behandeling toe te wijzen, gezien de schaarse middelen voor behandeling. Zij hebben gebaseerd op andere matching-protocollen, zoals de ASAM, een model ontwikkeld waarbij gedetineerden aan een bepaald niveau worden toegewezen op basis van de ernst van het gebruik, het bestaan van andere sociale en gezondheidsproblemen, en het aantal consequenties in gedrag die aan drugs gerelateerd zijn. Ze hebben vervolgens op basis van niet-gevalideerde standaardonderzoeken in detentie 14.285 gedetineerden ingedeeld op basis van hun model. De methoden in dit onderzoek zijn gelimiteerd door beperkte validiteit. Zij schatten dat op basis van hun model in 2002 tussen de 20 en 30% van de gedetineerden geen behandeling behoeft (zie tabel 1). De relatief grote behoefte van vrouwen aan een behandeling is consistent met eerdere bevindingen en pleit voor het vestigen van de aandacht op geslachtspecifieke zorgbehoeften van gedetineerden.

Tabel 1. *Geschatte noodzaak tot behandeling van de gedetineerde populatie die drugs gebruikt, naar geslacht volgens het model van Belenko & Peugh (2005).*

	Percentage mannen	Percentage vrouwen
Klinische behandeling	31%	52,3%
Poliklinische behandeling	18,7%	16,2%
Korte interventie	20,2%	8,3%
Geen behandeling nodig	29,6%	23,2%

Speciaal voor vrouwelijke druggebruikers geldt dat zij specifieke moeilijkheden hebben in het vinden van nazorg na detentie wegens hun verantwoordelijkheid in de zorg voor hun kinderen, die een actieve deelname aan een behandeling in de weg staan. Bovendien speelt een rol dat behandelprotocollen vaak door mannen voor vrouwen geschreven zijn (Richie, Freudenberg & Page, 2001). Een gebrek aan nazorg na een P.I. is een significante predictor voor recidive in druggebruik.

Concluderend kan gesteld worden dat:

- Eenderde tot de helft van de Nederlandse gedetineerden enige vorm van verslavingsproblematiek heeft, waarvan de meeste polygebruikers zijn. Bij deze populatie is vaak sprake van ernstige problemen onder andere op sociaal-maatschappelijk gebied en comorbide psychopathologie.
- Over het algemeen werd gevonden dat verslaafde justitiabelen op diverse levensgebieden meer problemen ervaren dan verslaafden zonder justitieproblemen. Eén onderzoek lijkt een andere richting op te wijzen, maar hoeft bovenstaande conclusie niet tegen te spreken. De gevonden onderzoeken (quasi-experimenten) waarin verslaafde justitiabelen werden vergeleken met verslaafden zonder justitieproblemen hoeven elkaar niet tegen te spreken, omdat het verschillende populaties betreft: (gedetineerden en verslaafden die in een gedwongen kader behandeld worden). Het is bijvoorbeeld mogelijk dat verslaafden in een gedwongen kader hun problemen onderrapporterend, omdat men niet intensiever of langer behandeld wil worden.
- Het onderscheid in categorieën verslaafde justitiabelen ("high-need" categorie) wordt in de bovenbeschreven studie gemaakt aan de hand van verwijzingen in de literatuur.
- Er dient aandacht te zijn voor vrouwelijke druggebruikers aangezien in twee beschrijvende onderzoeken aanwijzingen zijn dat zij relatief ernstige problematiek ervaren.

Effectief aanbod aan verslaafde justitiabelen

In een recent onderzoek in Nederland (SVG Werkgroep Interventiematrix, 2004) zijn diverse effectief gebleken behandelprogramma's (effectief in het verminderen van verslaving; onbekend is of ze effectief zijn in het verminderen van recidive) toegelicht en op hun waarde beoordeeld binnen het justitiële systeem. De conclusie was dat diverse programma's die effectief zijn gebleken in de verslavingszorg (zoals, medicamenteuze interventies, leefstijltrainingen, klinische en laagdrempelige trajecten) vaak, al dan niet in aangepaste vorm, toegepast kunnen worden in detentie of een justitieel traject.

Er is tevens een indicatiestellingsmodule ontwikkeld voor verslaafden in de verslavingszorg (de Wildt, Schramade, Boonstra & Bachrach, 2002). Echter onderzoek heeft aangetoond dat er verschillen zijn tussen verslaafden met justitiële problemen en verslaafden zonder justitiële problemen (bijv. Epstein, 2004). Decaire (2001) uit zich kritisch over benaderingen van assessment van stoornissen door het gebruik van psycho-actieve stoffen in de reguliere verslavingszorg. Het ongestructureerde klinische interview is, ongeacht de twijfelachtige validiteit, niet geschikt voor de populatie. Door een groeiende justitiële populatie en bezuinigingen op personeel is deze methode niet

meer kosteneffectief uit te voeren. Voor de psychometrische instrumenten van de verslavingszorg zijn vaak geen normscores bepaald voor verslaafde justitiabelen.

Een correct assessment en daarop gebaseerde zorgtoeleiding is van belang. Een adequaat assessment is nodig zodat, met de grote aantallen middelengebruikers die het justitiële systeem bevolken, de kosteneffectiviteit wordt vergroot (door effectievere matching naar behandeling) en de justitiabele zelf een reële verwachting heeft van de investering die nodig is om over de verslaving heen te komen (Shearer & Carter, 1999). Terugval in gebruik van psycho-actieve stoffen, recidive in criminele activiteiten en werkloosheid na een behandeling kunnen voorspeld worden door de ernst van dezelfde factoren voor behandeling (Anglin & Hser, 1991). Dit benadrukt het belang van een correct assessment en daarop gebaseerde zorgtoeleiding.

Meer toegespitst op de Nederlandse situatie, is het zo dat assessment en zorgtoeleiding vanuit het justitiële systeem voor verslaafden niet helder omschreven is.

Concluderend kan gesteld worden dat er een effectief aanbod is in Nederland in het verminderen van recidive voor justitiabelen en effectief in het verminderen van verslaving voor verslaafden, maar dat tot op heden beperkt empirisch onderzocht is wat de effectiviteit is van deze interventies bij de doelgroep verslaafde justitiabelen. Ook is er geen indicatiestelling- en zorgtoeleidingsmodule is voor verslaafde justitiabelen, terwijl de ontwikkeling hiervan wel belangrijk is.

Effectiviteit zorgtoeleiding

Er is divers onderzoek gedaan naar de effectiviteit van bepaalde manieren van zorgtoeleiding vanuit justitie. Beperkingen van deze onderzoeken zijn dat diversion (het toewijzen van gedetineerden aan een behandeling door het justitiële systeem) in diverse staten van Amerika en zelfs soms binnen staten verschilt (bijvoorbeeld van een ongestructureerd interview door een P.I. medewerker tot een uitgebreide assessment door een psycholoog).

Significante reducties in recidive (gemeten als hernieuwde arrestatie) werden gemeten in een verslaafde populatie, die door een CPU (Central Placement Unit; diversion centrum vanuit justitie) verwezen werd naar een poliklinische behandeling in de verslavingszorg en vervolgens behandeling ontving (Falkin, Strauss & Bohen, 1999).

In een onderzoek naar de effecten van diversion bij volwassenen met een dubbele diagnose werd geen significante reductie gevonden in recidive in criminaliteit, maar ook niet reductie in psychische symptomen, gebruik van psycho-actieve stoffen of kwaliteit van leven (Broner, Lattimore, Cowell & Schlenger, 2004). Dit resultaat werd tevens gevonden in een quasi-experiment bij personen met een dubbele diagnose in een onderzoek naar diversion (Shafer, Arthur, Francak, 2004).

In een Brits onderzoek werd de populatie die bij arrestatie diversion had gehad 18 maanden later beschreven. 64% nam deel aan een behandeling buiten detentie en gebruikte niks meer. 88% was niet opnieuw gearresteerd (Crossen-White & Galvin, 2002)

In een onderzoek naar verwijzingen van mensen met een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen die nooit eerder behandeling hiervoor hadden ontvangen bleek het belang van verwijzingen vanuit een gedwongen kader, omdat deze mensen nu wel behandeling ontvingen (Friedmann, Lemon, Stein & D'Aunno, 2003).

Concluderend kan gesteld worden dat het quasi-experimentele onderzoek dat op diverse plaatsen uitgevoerd is moeilijk te vergelijken is, gezien het feit dat het allemaal verschillende methoden zijn, die niet voldoende in de artikelen beschreven worden. Er kan geen conclusie worden getrokken over welke manier van zorgtoeleiding effectief is. Over toeleiding van justitiabele verslaafden door de verslavingszorg vanuit justitie werd niks gevonden.

Screening en assessment bij verslaafde justitiabelen

De begrippen screening, diagnostiek, assessment en zelfrapportage-instrument wordt in onderstaande paragraaf als volgt gedefinieerd.

- Screening: Screening gaat om het detecteren van een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen en het vaststellen van de mogelijkheden tot verder onderzoek (bijvoorbeeld het bestaan van ernstige cognitieve beperkingen). Screening vindt vroeg in het proces van informatieverzameling plaats d.m.v. het afnemen van een interview of vragenlijst.
- Diagnostiek (ook wel classificatie): Diagnostiek gaat om het al dan niet vaststellen van specifieke DSM-IV stoornissen. Dit gebeurt meestal aan de hand van interviews testen evt. heteroanamnese en raadplegen van dossierinformatie. Diagnostiek helpt bij het bepalen van het zwaartepunt van behandeling en het stellen van hypothesen voor psychosociale assessment.
- Assessment: Assessment is een veelomvattend onderzoek van psychosociale behoeften en problemen, inclusief de ernst van stoornissen, condities die verband houden met het bestaan en onderhouden van de stoornis, andere problemen die gerelateerd zijn aan de stoornis of behandeling beïnvloeden, individuele motivatie ten opzichte van behandeling en aanknopingspunten voor interventies. Assessment vindt plaats door middel van interview en/of het gebruik van instrumenten en biedt een basis voor het plannen van een behandeling.
- Zelfrapportage-instrument: hiermee worden instrumenten om informatie te verzamelen (bijv. gestructureerd interview, vragenlijst) bedoeld waarbij van de subjectieve rapportage van de cliënt wordt uitgegaan (i.t.t. bijvoorbeeld een hetero-anamnese).

Er worden 3 manieren onderscheiden om screening en assessment te doen van stoornissen door het gebruik van psycho-actieve stoffen (Hill & Thoma, 1996).

a) Zelfrapportage instrumenten. Deze worden als beste geacht ten behoeve van assessment en het stellen van een diagnose. Ze zijn bruikbaar als screeningsinstrument, in zoverre dat vertrouwd kan worden op de eerlijkheid van cliënt.

- b) Dossieronderzoek. Afhankelijk van de volledigheid van de officiële documentatiesystemen kan het een nuttige (en kostenefficiënte) manier zijn voor screening. Voor assessment en diagnose is de informatie vaak ontoereikend.
- c) Urinecontroles. Deze zijn bruikbaar als massascreening op actueel gebruik en ondersteuning bij het uitvoeren van een toezicht. Urinecontroles kunnen slechts na een periode regelmatig testen onderscheid maken tussen een gebruiker en iemand met een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen. Het is niet mogelijk urinecontroles te gebruiken om een differentiële diagnose binnen deze categorie vast te stellen.

Als het gaat om validiteit is een veelomvattende psychometrisch assessmentinstrument de geprefereerde techniek (Decaire, 2001). Er zijn vele van dit soort instrumenten beschikbaar, maar validiteitsonderzoek binnen de justitiële populatie is nauwelijks uitgevoerd.

Decaire (2001) beveelt de ontwikkeling van een veelomvattend assessment instrument voor verslaafde justitiabelen aan waarin methoden van detectie van misleiding opgenomen is. In navolging van Brochu & Levesque (1990) zou dit instrument verder moeten bevatten een evaluatie van:

- de tijdslijn van middelengebruik en de eerste criminele activiteiten;
- familiegeschiedenis van drug/alcoholgebruik;
- redenen voor drug/alcoholgebruik;
- redenen voor crimineel gedrag;
- eerdere behandelingen voor stoornissen door het gebruik van psycho-actieve stoffen;
- de bereidheid en het vermogen tot verandering.

Biologische methoden van assessment kunnen slechts in aanvulling op een psychometrische assessment worden gebruikt en een goede indicator zijn voor mogelijke misleiding.

Zelfrapportage-instrumenten die bruikbaar worden geacht bij screening zijn de MAST, de SASSI en de RAPI. Zelfrapportage-instrumenten die bruikbaar worden geacht bij assessment zijn de ASI en de AUI (Hill & Thoma, 1996). Suggesties voor instrumenten zijn gebaseerd op literatuuronderzoek.

Concluderend kan gesteld worden dat er geen module is voor de screening en assessment van verslaafde justitiabelen.

Misleiding

Misleiding speelt voornamelijk bij screening een rol, waardoor screening onderwerp van kritiek is. De doorzichtigheid van screeningsinstrumenten in combinatie met een populatie die de neiging heeft opzettelijk misleidend te zijn, leidt ertoe dat personen die zouden kunnen profiteren van een degelijke assessment niet daarvoor in aanmerking komen.

Deze veronderstelling wordt bevestigd door onderzoek van Fiander & Bartlett (1997), die in een onderzoek at random 100 individuen in detentie een semi-gestructureerd

interview aanboden. Ze vonden een zeer hoge mate van alcohol en drugmisbruik en een geschiedenis van opzettelijk zichzelf schade toebrengen, bij wie het erg onwaarschijnlijk was dat ze door screening in aanmerking kwamen voor verwijzing naar mogelijke behandeling.

In een ander onderzoek naar screeningsmethoden voor verwijzing naar behandeling onder daders van rijden onder invloed van alcohol bleek dat zelfrapportage leidt tot onderrapportage van aan alcohol gerelateerde problemen die behandeling behoeven (Lapham, de Baca, McMillan & Hunt, 2004).

In een onderzoek van Lo & Stephens (2002) werd gevonden dat personen bij binnenkomst in detentie met afhankelijkheid van een middel eerder de vraag, of drugs een rol in het plegen van hun misdaad hadden gespeeld, bevestigend beantwoordden dan personen zonder afhankelijkheidsdiagnose.

De PDS (Paulhus Deception Scale) is getest bij gedetineerden, waarbij gekeken werd of ze in aanmerking kwamen voor een vrijwillige penitentiaire behandeling voor verslaving (Richards & Pai, 2003). De schaal beoogt antwoordpatronen bij het invullen van een andere op zichzelf staande vragenlijst te ontdekken. In vergelijking met de normscores, die al waren verzameld voor de gedetineerde populatie, waren de gemiddelde PDS scores significant hoger: 22% vertoonde een faking good patroon, 14,7% een faking bad patroon. Maar meer dan 90% van de scores waren niet te typeren volgens de handleiding. Gezien methodische beperkingen is nog verder onderzoek nodig.

Bovenstaande onderzoeken en met name het onderzoek waarin de PDS werd afgenomen, wijzen uit dat misleiding een grote rol speelt bij het screenen van verslaafde justitiabelen.

Motivatie

Motivatie is van belang als het gaat om het te verwachten resultaat van een behandeling.

Voor gedetineerden in een justitieel opgelegde behandeling voor verslaving die geen interne wens tot verandering hadden, is de kans groot dat ze zich niet houden aan de regels van het behandelprogramma (Sung, Belenko, Feng & Tabachnick, 2004). In een beschrijvende studie (Schalast, 2000) naar motivatie bij cliënten die in een justitieel kader behandeling volgden voor verslaving kon motivatie in 2 factoren beschreven worden: "bereidheid tot coöperatie" en "probleembewustzijn": de eerste factor hangt samen met het verloop van de behandeling (gekeken werd naar grove schendingen van de regels, bijv. terugval); de tweede factor hangt niet direct samen met het beloop van de behandeling. Gespeculeerd werd dat een heel groot of juist heel laag probleembewustzijn wel voorspellend is voor het behandelverloop.

Een beschrijvend onderzoek (Pelissier, Camp & Motivans, 2003) naar therapietrouw bij bijna 1500 gedetineerde mannen en vrouwen in een penitentiair behandelprogramma voor drugsverslaving wees uit dat:

- als het erom gaat iemand te prikkelen voor behandeling, externe motivatie de belangrijkste rol speelt;
- als iemand eenmaal meedoet aan behandeling lijkt interne motivatie de belangrijkste rol te spelen;
- pogingen om motivatie te vergroten zouden in een vroeg stadium plaats moeten vinden, omdat meer dan de helft van de drop-outs in de eerste drie maanden van behandeling stopt met het programma.

In een onderzoek naar motivatie in een penitentiare therapeutische gemeenschap (TG) ter behandeling van verslaving (de Leon, Mellnick, Thomas, Kressel & Wexler, 2000) werd gevonden dat motivatie een significant effect heeft op het al dan niet deelnemen aan het onderdeel vervolg behandeling na TG (behandelstatus). Deze behandelstatus heeft een direct effect op de behandeluitkomsten terugval in gebruik of een hernieuwde detentie. Er werd geen direct effect van motivatie op de behandeluitkomsten geconstateerd.

Bovendien is het van belang de motivatie te inventariseren, omdat gebleken is dat motivatie beïnvloed kan worden door interventies.

Davis et al (2003) hebben gepoogd hun bevindingen uit de literatuur te repliceren; namelijk dat korte motivationele interventies middelengebruik verminderen bij personen met een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen, ongeacht of ze behandeling zoeken of niet. Zij vonden bovendien dat de interventies deelname, aanwezigheid en volharding bij behandeling vergroten. In een gerandomiseerd onderzoek met een beperkt aantal proefpersonen vonden zij dat gedetineerde veteranen die feedback middels motivational interviewing hebben ontvangen vaker behandeling zoeken na vrijlating uit de P.I. dan veteranen die geen feedback hebben ontvangen.

Motivatie om gebruik van psycho/actieve stoffen te veranderen kan beïnvloed worden door een interventie om motivatie te vergroten (Motivational Enhancement Theory) bij daders van huiselijk geweld (Easton, Swan & Sinha, 2000). Ook jonge marihuana gebruikers die in contact staan met de reclassering nemen vaker deel aan een behandeling en hebben betere behandeluitkomsten na een variatie van MET (Sinha, Easton, Renee-Aubin & Carrol, 2003).

Concluderend kan gesteld worden dat motivatie waarschijnlijk van invloed is op een behandeling. Hoewel het gaat om beschrijvend en quasi-experimenteel onderzoek spreken de resultaten elkaar niet tegen.

Het blijkt dat motivatie middels interventies te beïnvloeden is.

Screening en assessment bij justitiabelen met een dubbele diagnose

Dubbele diagnose wordt hier gedefinieerd als een stoornis in het gebruik van psycho-actieve stoffen en een andere DSM-IV stoornis. In de volgende samenvatting van een review-artikel over screening en assessment van dubbele diagnose in het justitiesysteem (Peters & Bartoi, 1997), wordt met dubbele diagnose bedoeld een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen en een stoornis op As I; As II stoornissen worden buiten beschouwing gelaten.

Dubbele diagnoses worden vaak ondergediagnosticeerd in het justitiesysteem. Schattingen in Amerika 3-11 % geven aan dat van de detentiepopulatie een dubbele diagnose heeft, wat meer is dan in de algemene populatie (vooral voor schizofrenie en manisch-depressieve stoornis). Bijvoorbeeld bleek uit onderzoek dat alle gedetineerden met schizofrenie voldeden aan de diagnose stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen.

Er is sprake van een grote mate van heterogeniteit in de populatie met een dubbele diagnose. Er zijn wel karakteristieken van personen aan te wijzen die kwetsbaar zijn voor een dubbele diagnose volgens Peters & Bartoi (1997). Als gedetineerden meerdere van de onderstaande kenmerken vertonen, zou zorgvuldig op dubbele diagnose gescreend moeten worden:

- mannen;
- jonge criminelen;
- laaggeschoold;
- geschiedenis van instabiele huisvesting of dakloosheid;
- geschiedenis van problemen met justitie of detentie;
- suïcidaliteit;
- geschiedenis van bezoeken aan EHBO of acute zorg;
- hoge frequentie van terugvallen in gebruik van psycho-actieve stoffen;
- kennissen/relaties die drug gebruiken of anti-sociale trekken hebben;
- slechte relatie met familieleden;
- familie geschiedenis van middelengebruik en/of psychiatrische stoornissen;
- niet goed aan behandelafspraken houden;
- storend gedrag.

Een dubbele diagnose heeft verband met diverse moeilijkheden in sociaal functioneren en negatieve behandeluitkomsten. De volgende bevindingen zijn in onderzoek naar dubbele diagnose gedaan die van grote invloed kunnen zijn op deelname aan behandeling:

- Gedetineerden met een dubbele diagnose hebben meer moeilijkheden op het gebied van werkloosheid, familie en sociale relaties, hebben vaker serieuze medische problemen, minder terugvalpreventievaardigheden en kennis van principes van behandelingen voor verslaving in vergelijking met gedetineerden met alleen een stoornis in het gebruik van psycho-actieve stoffen.

- De kans dat gedetineerden met een dubbele diagnose verwijderd worden van een behandeling voor verslaving is bijna 2 keer zo groot dan de kans voor andere gedetineerden. Ook is de kans groter dat gedetineerden met een dubbele diagnose een behandelprogramma verlaten.
- Snellere progressie van initieel gebruik naar afhankelijkheid van drugs.
- Meer ziekenhuisopnames.
- Een slechte prognose voor het afronden van behandeling.
- Non-compliance als het gaat om medicatie en behandelinterventies.
- Hogere aantalen van depressie en suïcide.
- Personen met een dubbele diagnose passen niet goed in bestaande behandelprogramma's en reageren minder goed op een behandeling.

Het is vaak moeilijk accurate informatie te verkrijgen als het gaat om screening en assessment van personen in het justitiële systeem met een dubbele diagnose:

- Er zijn beperkingen in tijd om screening en assessment te doen.
- Personen variëren zeer in de manifestatie van dubbele diagnoses:
 - Personen met verschillende psychiatrische stoornissen hebben verschillende patronen van druggebruik.
 - Personen met een ernstige psychiatrische stoornis kunnen kwetsbaarder zijn voor zelfs kleine hoeveelheden psycho-actieve stoffen.
 - Verschillende psycho-actieve stoffen hebben variërende korte en lange termijn effecten. Bijvoorbeeld variëren afhankelijkheidssymptomen zeer al naar gelang de stof die wordt gebruikt.
- Psychische stoornissen en stoornissen door het gebruik van psycho-actieve stoffen verlopen in diverse fasen en kunnen in verschillende vormen verschijnen in verschillende perioden. Deze diversiteit leidt tot veelal verschillende, en vaak conflicterende diagnoses.
- Een persoon kan een tijdelijke remissie van symptomen hebben ten tijde van de screening of assessment.
- Er is grote interactie van symptomen bij een dubbele diagnose, wat leidt tot moeilijkheden in de interpretatie of symptomen bij een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen horen, of bij een andere psychiatrische stoornis.
- Personen met een dubbele diagnose kunnen moeite hebben accurate informatie over hun klachtengeschiedenis te verschaffen door cognitieve beperkingen, psychiatrische symptomen, verwarring met betrekking tot de effecten van hun middelengebruik en door de chronische aard van hun alcohol en druggebruik.
- Personen in het justitiesysteem kunnen negatieve consequenties verwachten gerelateerd aan het kenbaar maken van symptomen van middelengebruik of een psychiatrische stoornis.
- Symptomen kunnen geveinsd of overdreven worden als een persoon denkt dat dit tot een betere plaatsing of positie leidt.

Gestandaardiseerde screening en assessmentinstrumenten zouden geïmplementeerd moeten worden in justitiële settings. Het gebruik van formele interviews zou, waar het mogelijk is, aangevuld moeten worden met een individueel interview, drugtesten, dossieronderzoek en een heteroanamnese.

Belangrijke elementen van screening zijn:

- justitiegeschiedenis en status;
- herkennen van tekenen en symptomen van een ernstige psychiatrische stoornis (bijv. depressie, schizofrenie, bipolaire stoornis);
- herkennen van symptomen van alcohol en drugsafhankelijkheid;
- patronen van recent en huidig gebruik;
- andere motivationele en gezondheidsfactoren die mogelijk van invloed zijn op een behandeling;
- onderzoek naar suïciderisico.

Assessments zouden verder moeten bevatten c.q. zich richten op:

- patronen van interactie tussen psychiatrische symptomen en symptomen van een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen;
- een gedetailleerde geschiedenis en de huidige status van de dubbele diagnose;
- andere psycho-sociale gebieden die beïnvloed worden door de dubbele diagnose of die van invloed kunnen zijn op het behandelen of controleren ervan (bijv. lichamelijke gezondheid, familie en sociale relaties en arbeids-, en opleidingsverleden en huidige status.
- Gedetailleerde informatie van justitiegeschiedenis en huidige justitiële status.

Bij afwezigheid van specifieke instrumenten, die ontwikkeld zijn voor screening en assessment van een dubbele diagnose, moeten hiervoor diverse andere instrumenten gecombineerd worden. Instrumenten zouden betrouwbaar moeten zijn, valide in het detecteren van psychiatrie, middelenmisbruik en andere aanverwante problemen en idealiter hun waarde bij afname binnen het justitiële systeem bewezen hebben.

Instrumenten die gevalideerd zijn voor gebruik binnen een justitiële setting zijn de RDS (Referral Decision Scale), de MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2), de ASI (Addiction Severity Index), de ADS (Alcohol Dependence Scale), de DDS (Drug Dependence Screen) en de SSI (Simple Screening Instrument). Screeninginstrumenten voor motivatie (Circumstances Motivation Readiness and Suitability Scale, Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale) worden ook gebruikt binnen een justitiële setting.

Conclusie

Er is de laatste jaren toenemend aandacht voor de populatie verslaafde justitiabelen. De aandacht van onderzoekers gaat vooral uit naar het beschrijven van de doelgroep en identificeren van relevante aspecten voor assessment en behandeling, behandeling voor deze doelgroep en specifieke subgroepen. De vragen waarmee het onderzoek gestart is, zijn voorzichtig (afhankelijk van de kwaliteit van het beschreven onderzoek) te beantwoorden:

1) Is er een verband tussen druggebruik en criminaliteit?

Er is een verband tussen druggebruik en criminaliteit, maar dit verband wordt mogelijk in grote mate bepaald door individuele karakteristieken en omgevingsfactoren.

2) Is er bij de populatie verslaafde criminelen in vergelijking met verslaafden zonder justitiële contacten vaak sprake van comorbide problematiek op diverse levensgebieden?

Bij deze populatie is vaak sprake van ernstige problemen onder andere op sociaal-maatschappelijk gebied en comorbide psychopathologie in Nederland. Resultaten uit Amerikaans onderzoek zijn niet eenduidig. Er dient aandacht te zijn voor vrouwelijke druggebruikers.

3) Is er aanbod ontwikkeld in Nederland voor bovenstaande populatie en zijn huidige indicatiestellingsmodules voor verslaafden geschikt voor de populatie verslaafde criminelen?

Er is een effectief aanbod in Nederland in het verminderen van recidive voor justitiabelen en effectief in het verminderen van verslaving voor verslaafden, maar dat tot op heden beperkt empirisch onderzocht is wat de effectiviteit is van deze interventies bij de doelgroep verslaafde justitiabelen. Er is geen indicatiestelling- en zorgtoeleidingsmodule voor verslaafde justitiabelen. Er zijn aanwijzingen dat de bestaande indicatiestellingsmodules minder geschikt zijn voor de verslaafde justitiabele.

4) Is er een uit onderzoek effectief gebleken methode om assessment, indicatiestelling en zorgtoeleiding te verrichten bij verslaafde justitiabelen?

Er is geen module voor de screening en assessment van verslaafde justitiabelen. Suggesties gebaseerd op literatuuronderzoek zijn wel gevonden.

5) Zijn er relevante overige factoren waarmee rekening gehouden dient te worden als het gaat om indicatiestelling en zorgtoeleiding bij verslaafde justitiabelen?

De volgende factoren zijn van belang:

- Motivatie: Motivatie is waarschijnlijk van invloed op een behandeling. Bovendien blijkt dat motivatie middels interventies te beïnvloeden is.
- Misleiding: Misleiding speelt een relevante rol bij het screenen van justitiabelen op verslavingsproblematiek. Gezien de hoge prevalentie van verslaving onder justitiabelen en de hoge mate van misleiding die een rol speelt bij screenen verdient het aanbeveling te onderzoeken of screening in het kader van verslavingsproblematiek een meerwaarde heeft. Vooralsnog lijkt het wenselijk een screeningsinstrument te hanteren waarbij misleiding een zo'n klein mogelijke rol speelt of meteen over te gaan tot assessment.
- Dubbele diagnose: voor de populatie verslaafde justitiabelen met een dubbele diagnose zijn specifieke kenmerken te duiden en aanwijzingen voor screening en assessment (zie voor een beschrijving van de kenmerken en aanwijzingen voorgaande paragraaf "Screening en assessment bij justitiabelen met een dubbele diagnose").

Samenvattend blijkt dat er nog geen veelomvattende assessment- en indicatiestellingsmodule is ontwikkeld voor verslaafde justitiabelen, terwijl dit in diverse onderzoeken wordt aanbevolen.

Module

Doelstelling

De primaire doelstelling van de module is de aansluiting bij de verslavingszorg te faciliteren voor justitiabelen met een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen. Om dit te realiseren dient een gestandaardiseerde assessment gemaakt te worden van de forensische, middelen- en comorbide problematiek. Op basis van dit uitgebreide assessment en de voorkeur van cliënt wordt een zorgplan gemaakt waar cliënt het mee eens is en dat vervolgens door de zorginstellingen wordt uitgevoerd. Verondersteld wordt dat op basis van dit assessment en de terugkoppeling aan cliënt, cliënten gemotiveerd raken voor behandeling. Daarbij worden motiverende gesprekstechnieken gehanteerd (Miller & Rollnick, 1991)

Rationale

Voor verslaafde justitiabelen is een andere indicatiestellingwijze ontwikkeld dan de wijze die eerder binnen Resultaten Scoren voor de verslavingszorg in het algemeen is ontwikkeld. De forensische problematiek verdient meer aandacht bij deze doelgroep, omdat deze vaak samenhangt met de middelengerelateerde problematiek. Bovendien bevordert een assessment van de forensische problematiek en van de relatie tussen deze problematiek en de verslavingsproblematiek een betere zorgtoeleiding middels een betere samenhang tussen verslavingszorg en reclassering/justitie. Ook comorbide psychiatrische problematiek is relatief vaak aanwezig bij deze doelgroep en van invloed op het uit te stippelen traject. Vandaar dat op deze drie gebieden (middelenproblematiek, criminaliteit en psychiatrische problematiek) de nadruk is gelegd.

Doelgroep

De module is bedoeld voor mensen met zowel een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen, als een justitieel probleem. Bijvoorbeeld verslaafde gedetineerden; of mensen met verslavingsproblematiek, voor wie door justitie een voorlichtingsrapportage is aangevraagd.

Exclusiecriteria zijn:

- onvoldoende kennis van de Nederlandse taal;
- ernstige cognitieve beperking of beschadiging;
- ernstig (zelf)destructief gedrag (gevaar voor cliënt of hulpverlener);
- ernstig acuut psychiatrisch beeld (bijv. psychose).

Uitvoerder

De module wordt uitgevoerd door een medewerker van de verslavingszorg, omdat uiteindelijk naar de verslavingszorg de aansluiting verzorgd moet worden.

De afname van de module kan, na training, geschieden door een HBO'er met een relevante opleiding (bijv. MW). De interpretatie van de verzamelde gegevens valt onder de verantwoordelijkheid van een psycholoog of psychiater.

Opbouw van de module

De uitvoering van de module wordt verdeeld over de screening om in de module in te stromen en de 4 sessies ter assessment. Deze indeling werd gemaakt op basis van een logisch verloop (eerst vaststellen of überhaupt sprake is van een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen; vervolgens verdere gegevensverzameling en als laatste een terugkoppeling) en op basis van tijdbelasting (iedere sessie werd op ongeveer een uur geschat).

Inhoudelijk verloopt de module als volgt:

Eerst wordt gescreend op middelengebruik bij justitiabelen. Dit wordt middels de middelenscreener gedaan, die in het protocol "Dubbele diagnose, dubbele hulp" werd aangeraden (Resultaten Scoren, 2003). Afname van de middelenscreener is overbodig, indien stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen al eerder is vastgesteld.

Na de screening volgen 4 sessies.

Allereerst wordt middels de sectie verslaving van de CIDI-SAM¹ en de EuropASI vastgesteld of er sprake is van een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen. Indien uit de CIDI-SAM geen misbruik of afhankelijkheid van een middel naar voren komt en de EuropASI ernstscore lager is dan 4, kan de module toch afgenomen worden als cliënt zelf aangeeft een hulpvraag richting de verslavingszorg te hebben. Vervolgens wordt cliënt toestemming gevraagd relevante informatie op te vragen.

Als de cliënt voldoet aan de instroomcriteria, worden hem vragenlijsten meegegeven, die hij zelf dient in te vullen. Dit zijn:

- de RCQ-2 om het stadium van gedragsverandering te bepalen;
- de SDGG om een indruk te krijgen van de aard van het gebruik;
- de MFT om de motivatie voor behandeling te toetsen;
- de Euro-Qol om de kwaliteit van leven te screenen;
- de SCL-90 om een recent beeld te krijgen van psychische klachten;
- de ADP-IV om DSM-IV persoonlijkheidsonderzoek te doen;
- de VBE om te bekijken of er belastende ervaringen in het verleden hebben plaatsgevonden.

In de tweede sessie wordt de MINI afgenomen om een assessment van As I problematiek te doen. Ook wordt in de tweede sessie de C-lijst afgenomen. De C-lijst bestaat uit open vragen, die in het kader van recidive-inschatting gesteld dienden te worden en vragen over de samenhang tussen criminaliteit en middelenproblematiek.

¹ Voor afkortingen zie pagina 5

Dan wordt de lijst Behandelvoorkeur meegegeven waarop de cliënt kan aangeven of hij bepaalde voorkeuren heeft ten aanzien van behandeling en of hij wenst dat justitie betrokken wordt bij de bepaling van het traject (bijv. voor artikelplaatsing).

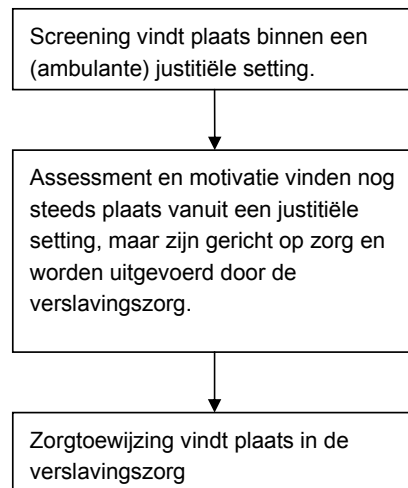
In de derde sessie worden de resterende secties van de EuropASI afgenomen om het functioneren op overige leefgebieden te inventariseren. De lijst Behandelvoorkeur wordt doorgesproken met cliënt.

Na de derde sessie worden alle gegevens uitgewerkt en samengevoegd in een verslag. In dit verslag staan de belangrijkste gegevens uit testen, opgevraagde gegevens en de sessies en een voorlopige DSM-IV classificatie. Er worden aan de hand van de gegevens minimaal 2 plannen opgesteld waar de cliënt uit kan kiezen en die uitvoerbaar zijn.

De vierde sessie wordt bij voorkeur met een belangrijke derde gevoerd. Deze belangrijke derde kan de cliënt steunen bij het maken van een keuze en de uitvoer van het behandelingsplan. De keuze voor een behandelingsplan wordt gemaakt aan de hand van het shared decision making model (Gattellari, Butow & Tattersall, 2001; Edwards, Evans & Elwyn, 2003). Dit model houdt het midden tussen het paternalistische model en het informed decision making model. In het paternalistische model maakt de hulpverlener de keuze voor een behandelingsplan op basis van zijn expertise en de deelname van cliënt aan het beslissingsproces is beperkt. In het informed decision model geeft de hulpverlener zoveel mogelijk informatie aan de cliënt, die vervolgens de keuze maakt voor een behandelingsplan. Bij shared decision making nemen zowel hulpverlener als cliënt deel aan het beslissingsproces. In de BIM-module wordt de cliënt geïnformeerd over de diagnostische bevindingen en krijgt hij een samenvatting mee. De hulpverlener legt een beperkt aantal mogelijke behandelingsplannen voor aan de cliënt die met behulp van de informatie van de hulpverlener een keuze maakt.

Opmerking [J1]: Shared decision making uitleggen

Procesmatig verloopt de zorgtoeleiding vanuit justitie als volgt:



Zie ook bijlage 1 Handleiding BIM-module, zoals gebruikt in de pilotstudie bij Novadic-Kentron. In deze bijlage zijn tevens de vragenlijsten opgenomen die gemaakt zijn in het kader van de BIM-module.

Pilotstudie

Er is een pilotstudie uitgevoerd om de BIM-module in de praktijk te testen. De centrale vraag die door de ervaringen en gegevens uit de pilotstudie beantwoord moet worden: "Is de BIM-module uitvoerbaar als het gaat om de cliënt, de hulpverlener en de instelling (en ook tussen instellingen)?"

Verder biedt een pilotstudie de mogelijkheid tot een eerste indruk van wat de BIM-module oplevert aan diagnostische informatie over cliënten en daaruit voortvloeiende indicatiestellingen.

Opzet pilotstudie

Vorbereiding

De pilotstudie werd uitgevoerd binnen Novadic-Kentron en TACTUS. De module werd bij Novadic-Kentron afgenomen door een psycholoog en een maatschappelijk werker. Bij TACTUS werd de module door twee reclasseringswerkers afgenomen, die in overleg met een psycholoog werkten. De uitvoerders kregen de handleiding en toelichting en konden vragen stellen en éénmaal werd meegelopen met een meer ervaren uitvoerder. De betrokken medewerkers en leidinggevenden werden op de hoogte gebracht van de pilotstudie. Bij Novadic-Kentron is de reclassering door deelname van onderzoeksmedewerkers aan teamvergaderingen op de hoogte gesteld van de pilotstudie. Binnen de P.I.'s werden afspraken gemaakt omtrent ruimtes, tijden, pasjes, etc. en is op de betreffende afdelingen een voorlichting gegeven. Bij TACTUS werden afspraken gemaakt binnen de diverse P.I.'s over de screening door de medische dienst, de doorverwijzing, etc.

Instroom

Novadic-Kentron

De instroomperiode was tussen 14 juni 2004 en 20 september 2004.

Cliënten die in de periode werden aangemeld voor een toezicht; aangemeld voor een voorlichtingsrapportage; instroomden op de VBA te Vught of instroomden op de SAV te Grave (zie kader) werd de BIM-module aangeboden. Deze aanmelding werd door hun reclasseringswerker gedaan: zij gaven cliënten schriftelijke informatie over de BIM-module en vroegen of cliënten hieraan mee wilden werken. Vervolgens werden degenen die mee wilden werken gemeld aan de BIM-medewerker. Als een cliënt niet mee wilde werken aan de BIM-module werd dit met reden genoteerd.

VBA Verslaafdenbegeleidingsafdeling: Alleen gemotiveerde gedetineerden met een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen komen hiervoor in aanmerking (ca. 4% van de totale gedetineerdenbevolking). Men stroomt in op advies van een selectieadviseur na het schrijven van een motivatiebrief. Het programma heeft als doel de afhankelijkheid te doorbreken. Een vaste dagstructuur is belangrijk op de VBA en dit wordt vastgelegd door het verrichten van arbeid. Er wordt middels urinecontroles gecontroleerd op middelengebruik en gedetineerden worden middels groepsactiviteiten, gesprekken met mentoren, terugvalpreventiegroepen behandeld voor hun stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen. Het programma duurt 3-4 maanden.

SAV: Screening Afdeling Verslaafden. Gedetineerden in het HVB te Grave worden geselecteerd op middelenproblematiek middels screening door Medische dienst of dossierinformatie. Als uit een screeningsgesprek blijkt dat men deel wil nemen aan de programma's op de afdeling (bijv. groepswork, urinecontroles); in ieder geval minimaal gemotiveerd is aan de middelenproblematiek te werken; een strafverwachting heeft tussen 3 en 12 maanden; niet zwakbegaafd is of een ernstig psychiatrisch beeld heeft, kan men instromen op de afdeling (geschat wordt dat 50 % van de gescreenden uitgesloten wordt). Het programma bestaat uit 2 fasen: fase 1 is meer individueel en gericht op screening en diagnostiek (4 weken); fase 2 is meer groepsgericht en bestaat uit trajectbepaling en motivering (afhankelijk van mogelijke plaatsing).

TACTUS

De instroomperiode was tussen 1 november 2004 en 15 december 2005. Cliënten die in die periode gedetineerd werden in de P.I. Almelo en de P.I. Zutphen kwamen in aanmerking voor deelname. De medische diensten van de betreffende P.I.'s namen de middelenscreener af. Als er sprake was van een positieve score (ja op een van de vragen), verwees men deze persoon door naar een BIM-medewerker die vervolgens de module toelichtte en vroeg om medewerking. Als een cliënt niet mee wilde werken aan de BIM-module werd dit met reden genoteerd.

Instreamcriteria waren:

- een positieve score voor middelengebruik/verslaving (positieve CIDI-SAM score/ernstscore op de schaal alcohol of drugs van de EuropASI \geq 4/hulpvraag op dit gebied);
- bereidheid mee te doen aan de pilotstudie middels het ondertekenen van een informed consent;
- bereidheid tot het tekenen van een verklaring betreffende informatie opvragen bij justitie, reclassering en eerdere relevante behandelingen;
- woonachtig in de regio van de zorginstelling, die de module afneemt.

Binnen de P.I.'s stroomden alleen proefpersonen in uit de regio van de eigen instelling (VBA/SAV: alleen uit de regio van Novadic-Kentron;HVB Zutphen/Almelo: alleen uit regio TACTUS). Dit werd gedaan om de uitvoering van de pilotstudie te faciliteren. Uit praktische overwegingen is ervoor gekozen om in de regio Novadic-Kentron binnen de P.I.'s de populatie te werven op afdelingen waar al een programma bestaat gericht op middelenproblematiek. Met de afdelingen werd afgesproken dat van elkaars informatie gebruik zou worden gemaakt (er was geen overlap in de diagnostiek). Het

behandelingsplan, zoals naar voren zou komen uit de BIM-module, zou aan de proefpersoon worden aangeboden na overleg met de betreffende afdelingen. In de regio van TACTUS bleek dat het mogelijk was de gehele populatie die in de HVB's instroomde te screenen. Dit heeft echter langdurig overleg gekost, zodat de instroomperiode verkort diende te worden.

In totaal voldeden 33 proefpersonen aan de instroomcriteria. Uiteindelijk hebben 18 personen (een deel van) de module gevolgd: Bij Novadic-Kentron 13 mannen en 1 vrouw; bij TACTUS 4 mannen. Voor specificatie van wijze van instroom zie tabel 2.

Tabel 2. *Aantallen personen, die zijn ingestroomd en hebben deelgenomen aan de module naar justitiële status.*

Status	Instroom	Deelname
P.I. Vught	8	5
P.I. Grave	4	4
P.I. Zutphen	6	4
P.I. Almelo	10	0
Voorlichtingsrapportage	3	3
Toezicht	2	2
Totaal	33	18

De proefpersonen, die instroomden waren verdacht van of veroordeeld voor één of meerdere delicten. De zwaarste delicten waarvan proefpersonen verdacht of veroordeeld werden staan vermeld in tabel 3. Acht maal hield het delict verband met geweld, vier maal met de opiumwet en zes maal met een overig delict.

Tabel 3. *Delicten waardoor proefpersonen in contact zijn gekomen met justitie, uitgesplitst naar verdacht en veroordeeld.*

Delict	Verdacht	Veroordeeld
Bedreiging leven		1
Geweld	2	1
Poging geweld		
Bedreiging geweld		
Brandstichting		1
Vermogen	1	2
Vermogen + geweld		4
Fraude/oplichting		
Opiumwet	2	2
Overig		2

Instrumenten ten behoeve van de pilotstudie

Aan de BIM-module waren enkele testen toegevoegd in het kader van evaluatie van het onderzoek:

- a) De lijsten Verslavingsgegevens en Cliëntgegevens werden in de eerste sessie ingevuld om de populatie te kunnen beschrijven. In de lijst Verslavingsgegevens werden vragen gescoord zoals wat is de eerste problematiek van de proefpersoon. In de lijst Cliëntgegevens werden vragen gesteld over onder andere burgerlijke staat, nationaliteit.
- b) De lijst Niveau Justitie werd na de eerste sessie ingevuld om de populatie te kunnen beschrijven. Op de lijst Niveau Justitie wordt door de uitvoerder aangegeven voor welk soort delict de proefpersoon op dit moment in aanraking is met justitie en of hij daarvan verdacht of veroordeeld is.
- c) In de vierde sessie werden de RCQ-2 en de MFT nogmaals afgenomen, zodat geanalyseerd kan worden of de motivatie gewijzigd was tussen de start en het einde van de BIM-module (waarbij de hypothese was dat de motivatie aan het einde van de module groter is dan bij de start).
- d) In de vierde sessie werd een formulier Evaluatie toegevoegd, waarop de proefpersoon de BIM kon evalueren.
- e) De lijst Niveau Behandeling Verwacht werd na de vierde sessie door de uitvoerder ingevuld om te kunnen analyseren welke voorspellingen de uitvoerder maakte voor het niveau van behandeling waar de cliënt zich na 3 maanden zou bevinden. Ook zou geanalyseerd worden welke lijsten bijdroegen aan de voorspelling van de uitvoerder.
- f) Er zou 3 maanden na de vierde sessie een follow-up worden uitgevoerd, waarin het middelengebruik in de afgelopen dertig dagen (tabel EuropASI, sectie Alcohol- en Druggebruik; Niveau Behandeling); de justitiële status en de algehele gezondheidstoestand (Euroqol) van proefpersoon zou worden geïnventariseerd. De hypothese hierbij was dat het middelengebruik zou zijn afgenomen; cliënt een minder zware justitiële status zou hebben en de algehele gezondheidstoestand zou zijn verbeterd.

Data-analyseplan

Het data-analyseplan werd aangepast en van een follow-up werd afgezien, omdat het aantal proefpersonen te klein was voor vergelijkende analyses. Het uiteindelijke data-analyseplan richt zich op de beschrijving van de populatie met de bovengenoemde instrumenten en op de evaluatie van de uitvoerbaarheid van de BIM.

Resultaten

Achtergrondkenmerken

De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen is 33 jaar variërend van 19 tot 44. Vijftien proefpersonen hebben een drugprobleem, van wie er elf amfetamine, cocaïne of crack als eerste probleem hebben. Twee proefpersonen hebben een alcoholprobleem. Met uitzondering van 1 proefpersoon is lager vervolgonderwijs de hoogste opleiding die proefpersonen hebben afgerond. De meeste proefpersonen hebben een autochtone culturele herkomst (zie tabel 4).

Tabel 4. *Achtergrondkenmerken van proefpersonen.*

Kenmerk	Aantal
Eerste problematiek	
Alcohol	2
Heroïne	3
Cocaïne	6
Amfetamine	3
Crack	2
Cannabis	1
Overig	1
Hoogste opleiding afgerond	
Basisschool	6
LO/LVO/LBO	10
MVO/MBO	1
Onbekend	1
Culturele herkomst	
Nederlands/autochtoon	15
Antilliaans	1
Marokkaans	2

Beschrijving populatie op basis van afgenomen testen

Middelengebruik

De Cidi-Sam is een volledig gestructureerd interview waarmee DSM-III en ICD-10 diagnoses voor afhankelijkheid en misbruik kunnen worden vastgesteld (Cottler, Robins & Helzer, 1989).

Uit de Cidi-Sam (N=18) blijkt dat bij 11 proefpersonen sprake is van een of meerdere afhankelijkheidsdiagnose(s); bij 8 proefpersonen sprake is van een misbruikdiagnose; bij 1 proefpersoon sprake is van geen diagnose. Deze proefpersoon stroomde in naar

aanleiding van een hulpvraag. Het aantal diagnoses per proefpersoon varieerde van 1 tot 5 (zie tabel 5). Bij 9 proefpersonen is sprake van meer dan een diagnose afhankelijkheid of misbruik van een psycho-actieve stof (zie bijlage 2 voor de diagnoses afhankelijkheid en misbruik van de diverse stoffen per proefpersoon).

Tabel 5. *Frequentie aantal diagnoses misbruik, afhankelijkheid en beide per proefpersoon volgens CIDI-SAM.*

Aantal diagnoses	Misbruik	Afhankelijkheid	Misbruik en Afhankelijkheid
1	4	6	8
2	1	2	3
3	3	2	4
4		1	1
5			1

Stadium van gedragsverandering

De RCQ-2 bestaat uit 12 vragen die op een 5-punt Likertschaal gescoord worden om het stadium van gedragsverandering (precontemplatie, contemplatie of actie) te bepalen voor diverse middelen (de Fuentes-Merillas, de Jong & Schippers, 2002).

Bij de RCQ-2 is per subschaal voor alcohol het gemiddelde en de SD bij afname in de eerste sessie berekend, zie tabel 6. Daarnaast wordt aangegeven wat de scores waren van een populatie opgenomen in een verslavingskliniek voor detoxificatie (n=192) en een populatie die veroordeeld is voor een aan alcohol-gerelateerde misdaad, veelal rijden onder invloed (n=54) (de Fuentes-Merillas, de Jong & Schippers, 2002). De proefpersonen in dit onderzoek komen het meest overeen met de laatstgenoemde groep; dat wil zeggen hoger op precontemplatie en lager op contemplatie/actie dan de groep die de stap heeft genomen te willen stoppen (detoxgroep).

Voor alle middelen is bekeken in welk stadium van gedragsverandering proefpersonen het best in te delen waren (zie tabel 7). Er waren opvallend veel proefpersonen die niet in te delen waren in één van de drie fasen, omdat ze op de 2 hoogst scorende schalen een evenhoog gemiddelde hadden. Slechts bij nicotine en gokken was de verdeling duidelijk: proefpersonen werden het meest in de precontemplatieschaal ingedeeld. De resultaten van de RCQ-2 van de vierde sessie worden niet besproken, omdat deze slechts van 4 proefpersonen beschikbaar was.

Concluderend kan gesteld worden dat door het geringe aantal proefpersonen de overwegende indeling in stadia van gedragsverandering per middel niet zinvol is.

Tabel 6. *M (SD) van de subschalen van de RCQ-2 voor alcohol met daarnaast de cijfers uit ander onderzoek met een populatie opgenomen in ter detoxificatie en een populatie veroordeelden voor een aan alcohol gerelateerde misdaad.*

Stadium	M (SD) (N=14)	Detox M (SD)	Veroordeeld M(SD)
Precontemplatie	13,2 (5,2)	7,8 (3,5)	11,8 (4,1)
Contemplatie	12,7 (4,8)	15,4 (4,1)	12,3 (4,4)
Actie	12,9 (4,2)	15,3 (4,3)	11,1 (4,5)

Tabel 7. *De indeling in stadia volgens de RCQ-2 per middel dat het afgelopen jaar gebruikt is.*

Middel	Precontemplatie	Contemplatie	Actie	Niet in te delen
<i>Alcohol</i> (N=12)	3	3	2	4
<i>Nicotine</i> (N=15)	9	1	2	3
<i>Cannabis</i> (N=3)	1	1		1
<i>Cocaïne</i> (N=7)		3	3	1
<i>Heroïne</i> (N=6)			3	3
<i>Benzodiazepine</i> (N=3)		2		1
<i>Amfetamine</i> (N=4)	1	1		2
<i>XTC</i> (N=6)	2	1	2	1
<i>Gokken</i> (N=4)	3	1		
<i>Methadon</i> (N=4)		1	2	1

Aard van het gebruik

De SDGG bestaat uit 46 situaties, waarbij op een 5 punt Likertschaal per item gescoord wordt hoe frequent men in die situatie gebruikt en in hoeverre men in die situatie trek ervaart. De SDGG is ontleend aan de Schaal voor drinkgewoontes (Walburg & van Emst, 1985). De SDGG kan ook worden ingevuld voor druggebruik.

Bij de SDGG (N=18) is gekozen de gemiddelden (SD) van de 5 hoogst scorende items en de 5 laagst scorende items van frequentie van gebruik weer te geven, zie tabel 8. De bijbehorende trek-items blijken tevens de 5 hoogst en laagst scorende trek-items in een andere volgorde.

De 5 hoogst scorende items betreffen specifieke gelegenheden, waar gebruikt wordt. De 5 laagst scorende items zijn 4 fysieke prikkels en hulp vragen aan anderen. Opvallend is dat de gemiddelde frequentie telkens hoger is dan de gemiddelde trek.

De resultaten doen vermoeden dat de populatie drinkt en gebruikt als de gelegenheid daar is, niet met een specifieke functie.

Tabel 8. De gemiddelden (SD) van de 5 hoogst en laagst scorende items van de SDGG.

Item (nr.)	Frequentie	Trek
<i>5 hoogst scorende items</i>		
Kerstmis & Oud en Nieuw(14).	4,1 (1,1)	3,7 (1,3)
Het is weekend(9).	3,8 (1,0)	3,2 (1,3)
Je favoriete middel, drankje, kansspel is aanwezig(41).	3,8 (1,0)	3,4 (1,3)
Op een feestje zijn(1).	3,8 (1,2)	3,0 (1,1)
Op een plaats zijn waar gebruikt/gedronken/ gegokt wordt(24).	3,6 (1,0)	3,4 (1,3)
<i>5 laagst scorende items</i>		
Trillende handen hebben(45).	1,8 (1,3)	1,6 (1,0)
Het warm hebben, transpireren terwijl het niet warm is(20).	1,8 (1,3)	1,5 (0,8)
Hulp vragen aan anderen(4).	2,0 (1,3)	1,7 (1,1)
Het benauwd hebben(18).	2,1 (1,5)	1,8 (1,2)
Moe zijn (31).	2,3 (1,3)	1,9 (1,5)

Kwaliteit van leven

Met de Euro-Qol zijn 2 benaderingen mogelijk. Er worden 5 vragen gesteld m.b.t. de waardering van de gezondheidstoestand van de cliënt zoals die wordt gewaardeerd door de algemene samenleving (utiliteitscore die kan variëren van 0 tot 100). Bij deze items kan men kiezen welke van de 3 antwoorden het meest van toepassing is.

Daarnaast kan gebruik gemaakt worden van de VAS (visueel analoge schaal), waar de cliënt zijn eigen beleving van zijn gezondheidstoestand aangeeft van 0 tot 100 (Rabin & de Charro, 2001);

Bij de Euroqol voor (N=18) is de utiliteitscore berekend: M=0,87 (SD=0,08); min= 0,69; max=0,92. Voor de VAS is het gemiddelde 75,71 (SD=21,00). In vergelijking met een ander onderzoek (de Jong, Roozen, Krabbe & Kerkhof, 2004) met een populatie opiaatverslaafden (n=272) bij opname voor detoxificatie m.b.v. naltrexon werden vergelijkbare utiliteitscores gevonden (tussen 0,75 en 0,8) en een iets lagere VAS (tussen 65 en 70).

De algemene gezondheidstoestand van de populatie in dit onderzoek is, zoals gewaardeerd door de maatschappij, vergelijkbaar met een populatie opiaatverslaafden bij de start van een opname. De populatie in dit onderzoek schat de eigen gezondheidstoestand iets beter in dan de populatie opiaatverslaafden.

Motivatie voor behandeling

De MFT toetst de motivatie voor behandeling, waarbij middels subschalen onderscheid gemaakt kan worden tussen probleemherkenning, wens tot hulp en behandelbereidheid (de Weert-van Oene, Schippers, de Jong & Schrijvers, 2002). Het bestaat uit items over houding t.o.v. gebruik of gokken en items over houding t.o.v. een behandelprogramma,

beide gescoord op een 5 punt Likertschaal. Er wordt geen onderscheid in middel gemaakt;

Bij de MFT is voor de subschalen voor beide afnamemomenten het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend, zie tabel 9. De gemiddelde scores zijn voor alle subschalen bij de vierde sessie hoger (gezien genoemde statistische beperkingen niet berekend of het verschil significant is). Vergeleken met de scores uit het validatie-onderzoek bij klinisch opgenomen verslaafden (De Weert-Van Oene, et al., 2002) zijn de gemiddelden op alle subschalen, behalve “probleemherkenning specifiek” lager. Dit kan verklaard worden uit het feit dat de normscore-populatie al opgenomen was in een verslavingskliniek, en de proefpersonen in dit onderzoek niet. Opvallend is de lage score op behandelbereidheid.

De proefpersonen in dit onderzoek zijn relatief weinig gemotiveerd tot behandeling. Opvallend is dat men wel enige hulp wenst en problemen erkent, maar minder bereid is te investeren in verandering middels een behandeling.

Tabel 9. *M (SD) van de subschalen van de MFT voor de eerste en vierde sessie.*

	Eerste sessie (N=18)	Vierde sessie (N=4)
Probleemherkenning alg.	2,4 (1,1)	3,2 (0,8)
Probleemherkenning spec.	2,4 (1,0)	2,7 (0,5)
Hulpwens	2,4 (0,8)	2,7 (0,7)
Behandelbereidheid	1,9 (0,4)	1,9 (0,5)

Psychische/psychosomatische klachten

De SCL-90 heeft tot doel een recent beeld te krijgen van psychische klachten, waardoor een schatting gemaakt kan worden van de ervaren pathologie (als toestand) op een aantal dimensies (Arrindell & Ettema, 2003). Het betreft 90 items waar op een 5 punt Likertschaal kan worden aangegeven in welke mate de proefpersoon er in de afgelopen week last van heeft gehad. Het bereik van deze afzonderlijke schalen is verschillend: agorafobie (7-35), angst (10-50), depressie (15-75), somatische ziekten (12-60), insufficiëntie van denken en handelen (9-45), wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit (18-90), hostiliteit (6-30) en slaapproblemen (3-15). De totaalscore van de SCL-90 is psychoneuroticisme (90-450);

Bij de SCL-90 (N=18) is voor de subschalen en de psychoneuroticisme-score het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend, zie tabel 10 en vergeleken met de normpopulatie uit de SCL-90 Handleiding (Arrindell & Ettema, 2003). In vergelijking met de “normale” populatie zijn de gemiddelde scores gemiddeld tot hoog; in vergelijking met de normgroep poliklinische psychiatrische patiënten meest benedengemiddeld. Ook zijn de scores vergeleken met een ander onderzoek (de Jong, Roozen, Krabbe & Kerkhof, 2004) met een populatie opiaatverslaafden (n=272) bij opname voor detoxificatie m.b.v. naltrexon. In vergelijking met deze populatie zijn scores in dit onderzoek hoger op angstklachten, maar lager op de schalen agorafobie, somatische klachten. Ook de psychoneuroticismescore is in dit onderzoek lager.

In vergelijking met een populatie opiaatverslaafden hebben de proefpersonen in dit onderzoek de week voor afname van de SCL-90 over het algemeen minder psychische klachten.

Tabel 10. Gemiddelde(SD) schaalscores van de SCL-90 en de kwalificatie van het gemiddelde in vergelijking met een populatie opiaatverslaafden bij start van opname en twee normgroepen^{*2}.

Schaal*	M (SD)	Opiaatverslaafden M	Normgroep I	Normgroep II
ANG	14,4 (4,0)	9,1 (3,7)	Laag	Gemiddeld
AGO	8,4 (1,7)	16,2 (6,5)	Beneden gemiddeld	Gemiddeld
DEP	29,2 (11,1)	32,1 (12,0)	Beneden gemiddeld	Hoog
SOM	15,7 (3,5)	20,0 (6,9)	Laag	Gemiddeld
IN	15,6 (5,0)	16,4 (6,1)	Beneden gemiddeld	Hoog
SEN	30,6 (10,2)	29,2 (10,9)	Beneden gemiddeld	Hoog
HOS	10,6 (4,1)	8,9 (3,4)	Gemiddeld	Hoog
SLA	6,4 (3,0)	6,9 (3,9)	Beneden gemiddeld	Hoog
Overig	13,6 (3,4)			
PSNEUR	144,5 (35,0)	152,2 (49,8)	Laag	Hoog

* AGO= Agorafobische klachten; ANG= Angst; DEP= Depressie;SOM= Somatische klachten;IN= Insufficiëntie van denken en handelen; SEN= Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit; HOS= Hostiliteit; SLA= Slaapproblemen; Psneur= Psychoneuroticisme.

^{*2} Normgroep I = poliklinische psychiatrische patiënten; Normgroep II = gewone bevolking.

Persoonlijkheidsstoornissen

De ADP-IV bevat 94 items die de criteria van de DSM-IV weerspiegelen. Bij elk criterium wordt gevraagd in hoeverre dit kenmerkend wordt geacht door de cliënt zelf (trait-score (t) op een 7 punt Likertschaal) en in hoeverre het criterium last of leed veroorzaakt bij cliënt zelf of zijn omgeving (dimensionele score (d) op een 3 punt Likertschaal). Met behulp van beide kan een DSM-IV classificatie worden gesteld.

Bij de ADP-IV (N=17) is per subschaal (traitscore), per cluster (traitscore) en voor het totaal (traitscore) het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend en vergeleken met de normpopulatie uit de Voorlopige Handleiding ADP-IV vragenlijst (Schotte et al, 1998), zie tabel 11. Er werd 1 keer voldaan aan de criteria van een bepaalde persoonlijkheidsstoornis (nl. de vermijdende persoonlijkheidsstoornis) volgens het principe $t > 5$ en $d > 1$.

In cluster A werd gemiddeld hoog gescoord door de relatief hoge score op schizotypische en schizoïde persoonlijkheidsstoornis. In Cluster B werd hoog gescoord door de relatief zeer hoge score op antisociale persoonlijkheidsstoornis en de hoge score op borderlinepersoonlijkheidsstoornis. In totaal werd hoog gescoord in vergelijking met de normpopulatie.

Opvallend is dat de normscores hoog zijn in vergelijking met de normpopulatie, maar slechts 1 keer aan de criteria van een diagnose werd voldaan. Dit kan verklaard worden

uit het feit dat proefpersonen wel aangaven dat bepaalde trekken karakteristiek waren voor hen, maar geen last of leed bij hen of hun omgeving veroorzaakten.

Tabel 11. *Traitscores per subschaal, cluster en totaal van de ADP-IV en kwalificatie i.v.m. normgroep.*

Persoonlijkheidsstoornis	Gemiddelde (SD)	Kwalificatie
Paranoïde	19,7 (9,7)	Gemiddeld
Schizoïde	20,5 (7,2)	Hoog
Schizotypische	25,7 (10,6)	Hoog
Antisociale	25,9 (9,6)	Zeer hoog
Borderline	31,3 (11,9)	Hoog
Theatrale	20,7 (10,3)	Gemiddeld
Narcistische	22,4 (7,0)	Gemiddeld
Vermijdende	18,7 (10,3)	Gemiddeld
Afhankelijke	18,4 (7,2)	Gemiddeld
Obsessief-compulsieve	20,9 (8,9)	Gemiddeld
Depressieve	16,9 (10,1)	Gemiddeld
Passief-agressieve	16,9 (6,3)	Gemiddeld
Cluster A	65,5 (25,2)	Hoog
Cluster B	102,0 (31,1)	Hoog
Cluster C	57,9 (24,2)	Gemiddeld
Totaal	234,4 (75,8)	Hoog

Belastende ervaringen

De VBE inventariseert of er belastende ervaringen in het verleden hebben plaatsgevonden (Nijenhuis, van der Hart & Kruger, 2002). Het bestaat uit 26 belastende ervaringen die proefpersonen meegemaakt hebben, waarbij men per item aangeeft: of men het ooit heeft ervaren; hoe oud men was en tot welke leeftijd de ervaring duurde; welke impact de ervaring had op een 5 punt Likertschaal.

Twaalf van de 18 proefpersonen noemden een of meerdere belastende ervaringen te hebben meegemaakt. Als naar het soort belastende ervaring gekeken wordt valt op dat emotionele verwaarlozing vaak genoemd werd (zie tabel 12).

Voor de VBE is geen compositescore voor emotioneel en seksueel trauma, inclusief lichamelijke bedreiging of intense pijn berekend, omdat er op dit moment nog geen normpopulatie beschikbaar is waarmee de scores uit dit onderzoek vergeleken kunnen worden.

Tabel 12. Frequentie belastende ervaringen genoemd bij afname VBE ingedeeld in soort trauma.

Belastende ervaring	Frequentie genoemd
Emotionele verwaarlozing	10
Emotionele mishandeling	5
Lichamelijke mishandeling	6
Bedreiging leven	6
Intense pijn	2
Bizarre straffen	4
Seksuele toenadering	2
Seksuele mishandeling	2

As I problematiek

De MINI wordt afgenomen om een assessment van As I problematiek te doen (Sheenen, et al., 1998). De MINI (interviewversie) heeft van 17 As I stoornissen een of meer screeningsvragen. Als hier bevestigend op geantwoord wordt, dienen de diagnostische vragen van die sectie tevens beantwoord te worden.

Bij de Mini is berekend hoe vaak er volgens de criteria van de DSM-IV aan de diverse diagnoses is voldaan (N= 18), zie tabel 13 voor de frequenties bij gestelde diagnoses. Geen van de proefpersonen voldeed aan de criteria voor een eetstoornis, sociale fobie of obsessief-compulsieve stoornis. 16 maal werd aan de criteria van een diagnose voldaan: 11 maal aan een stemmingstoornis en 5 maal aan een angststoornis. 4 maal werd een suïcidaal risico vastgesteld.

Geconcludeerd moet worden dat zich in deze populatie een aanzienlijke mate van psychopathologie voordoet.

C-lijst

De C-lijst bestaat uit open vragen, die in het kader van recidive-inschatting gesteld dienden te worden en vragen over de samenhang tussen criminaliteit en middelenproblematiek.

Omdat de C-lijst (N=17) voornamelijk uit open vragen bestaat, is er 1 relevante ja/nee vraag uitgelicht en het antwoordpatroon wordt beschreven.

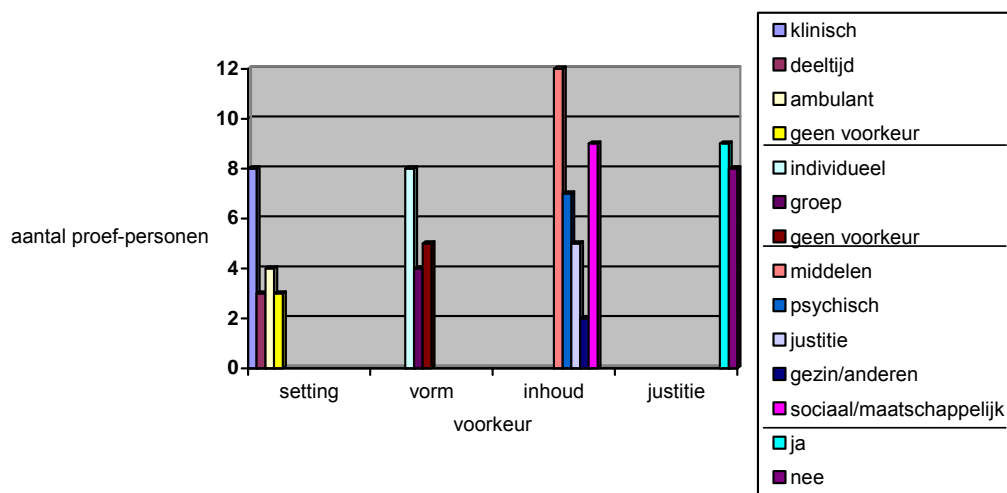
Op de vraag: Vindt u dat in uw geval verslaving in combinatie met criminaliteit een levenshouding is geworden? is 13 keer "ja" geantwoord en 3 keer "nee" en 1 keer "weet ik niet".

Tabel 13. *Frequenties gestelde diagnoses MINI met evt. specificatie.*

Diagnose	Frequentie	Specificatie	Frequentie
Depressieve episode	3	Current	2
		Lifetime	1
Depressieve episode met melancholische kenmerken current	1	-	
Dysthymie current	1	-	
Suïcidaal risico	4	Laag	3
		Hoog	1
Hypomane episode	2	Current	1
		Lifetime	1
Manische episode	3	Current	1
		Lifetime	2
Paniekstoornis current	1	Met agorafobie	1
		Zonder agorafobie	0
Beperkte symptoomaanvallen lifetime (paniekstoornis)	1	-	
Agorafobie current zonder paniekstoornis	1	-	
PTSS	1	-	
Stemmingsstoornis met psychotische kenmerken	1	-	
Gegeneraliseerde angststoornis	1	-	

Behandelvoorkeur

Bij de lijst Behandelvoorkeur (N=17) is naar de frequenties van de antwoorden gekeken, zie fig. 1. De meeste proefpersonen (8) geven de voorkeur aan een klinische behandeling. Ook geven de meesten de voorkeur aan een behandeling waarbij de nadruk op individuele behandeling ligt (8). Wat betreft de inhoud staat het werken aan de verslaving bovenaan (12) en vervolgens problemen met huisvesting, scholing en arbeid (9). Negen proefpersonen wil justitie/reclassering betrekken bij de uitvoer van het behandelingsplan, de overigen niet.



Figuur 1. Antwoordfrequenties bij de vragen over behandelvoorkeur.

Ernst van de verslaving

De EuropASI is een multi-dimensioneel instrument dat verslavingsernst vaststelt (Kokkevi & Hartgers, 1995). Op zeven domeinen wordt de ernst van de toestand van de cliënt vastgesteld. Deze domeinen zijn: medisch, arbeid, justitie, psychische klachten, sociaal, alcohol, drugs en gokken.

Bij de EuropASI is voor de drugs- en alcoholsectie (N=18) en de overige secties (N=17) de gemiddelde ernstscore en standaarddeviatie berekend, zie tabel 14. Justitie, Drugs en Psychische klachten werden het hoogst gescoord. Lichamelijke gezondheid en alcohol het laagst.

Ook deze scores zijn vergeleken met het onderzoek (de Jong, Roozen, Krabbe & Kerkhof, 2004) met een populatie opiaatverslaafden (n=120) bij opname voor detoxificatie m.b.v. naltrexon. De ernstscores van de EuropASI bij de populatie in dit onderzoek zijn, m.u.v. de schaal drugs hoger dan de populatie opiaatverslaafden.

Tabel 14. M (SD) voor de ernstscores van de EuropASI van de populatie in dit onderzoek en de populatie opiaatverslaafden uit het onderzoek van de Jong et al. (2004).

Domein	Ernstscore	Opiaatverslaafden
Lichamelijke gezondheid	1,9 (2,1)	1,1 (1,4)
Arbeid, opleiding en inkomen	4,4 (1,6)	2,1 (2,3)
Alcohol	2,4 (2,6)	0,9 (1,7)
Drugs	5,8 (1,8)	6,3 (1,0)
Justitie, politie	5,9 (1,1)	1,7 (2,0)
Familie, sociale relaties	4,8 (1,9)	2,6 (1,8)
Psychisch, emotionele klachten	5,4 (1,9)	2,1 (1,9)
Gokken	3,8 (1,3)	0,1 (0,4)

Niveau behandeling verwacht

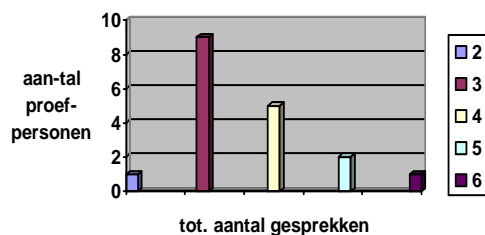
Het Niveau Behandeling Verwacht werd 12 keer ingevuld. Bij de helft van de proefpersonen werd verwacht dat de proefpersoon het behaalde resultaat na de behandeling voor een bepaalde periode aantoonbaar kon vasthouden. De overige proefpersonen waren gelijk verdeeld over de overige niveaus (na behandeling is de proefpersoon niet in staat de vooruitgang vast te houden; proefpersoon ondergaat een behandeling gericht op specifieke reïntegratiedoelen; proefpersoon ondergaat een behandeling gericht op abstinentie en drastische verandering van leefstijl).

Informatie module

De module werd 7 keer helemaal afgerond. Met uitzondering van 1 proefpersoon werd de module tot en met de derde sessie afgerond (zie tabel 15). In sommige gevallen zijn meer afspraken gepland om de inhoud van een sessie te kunnen afmaken om praktische redenen (bijv. de proefpersoon was te laat en het gesprek kon niet afgerond worden in 1 keer). Het aantal gesprekken varieerde van 2 tot 6 gesprekken (zie figuur 3)

Tabel 15. Deelnemers aan en minimum, maximum en gemiddelde duur (in minuten) van de sessies.

	Aant. deelnemers	Minimum	Maximum	Gemiddelde duur (SD)
Eerste sessie	18	60	90	66,9 (9,6)
Tweede sessie	18	50	80	62,2 (8,8)
Derde sessie	17	50	80	62,9 (7,5)
Vierde sessie	7	30	60	43,8 (9,9)



Figuur 3. Frequentie totaal aantal gesprekken per proefpersoon.

Bij één proefpersoon bleek na de tweede sessie dat de module niet kon worden afgerond vanwege een ernstig psychiatrisch beeld en is de proefpersoon op een andere manier toegeleid naar zorg. Bij 10 proefpersonen heeft na de derde sessie geen vierde sessie plaatsgevonden.

Bij 4 proefpersonen bleek toeleiding tot zorg niet te kunnen worden afgesproken vanwege de wachttijden en doorstroom binnen de zorgorganisatie. Bij één proefpersoon bleek verslavingszorg niet nodig (en proefpersoon had zich op eigen initiatief al

aangemeld bij een geestelijke gezondheidszorginstelling). Eén proefpersoon kwam niet terug van verlof uit de P.I.; één werd vrijgelaten uit de P.I. en kwam ambulante niet opdagen; één werd overgeplaatst naar een andere P.I. en kreeg uit praktische overwegingen zijn zorgplan aangeboden door een andere reclasseringsmedewerker; twee haakten af na de derde sessie.

Bij geen van de proefpersonen was een belangrijke derde aanwezig bij de laatste sessie.

De tijdperiode waarbinnen de module wordt afgenomen, indien afgerond vanaf de eerste sessie tot en met de laatste sessie, varieerde van ±6 weken tot ±10 weken. Bij gedetineerde proefpersonen was de duur van de eerste drie sessies over het algemeen het snelst: proefpersonen waren aanwezig voor gesprek. Bij de proefpersonen die ambulante werden gezien, kwam men incidenteel niet opdagen voor een gesprek, zodat een nieuwe afspraak een week later werd gepland. Het traject naar het indicerend orgaan van de zorgorganisatie varieerde van 2 weken tot 4 weken.

De tijdbesteding voor het afnemen van de module in totaal neemt globaal 14 uur in beslag.

De tijdbesteding voor de 4 sessies met proefpersoon bedroeg gemiddeld 4 uur (zie tabel 15); de tijdbesteding van het schrijven van het verwerken van de testgegevens, opvragen en doornemen van dossierinformatie en het schrijven van het verslag varieerde van 7 uur tot 12 uur afhankelijk van de hoeveelheid dossierinformatie en complexiteit van de problematiek.

Ervaringen uitvoerbaarheid

Begrijpelijkheid/Volledigheid handleiding

De handleiding bij de module is voor de uitvoerders goed te begrijpen en helder. Over de volledigheid was één opmerking: de rationale achter sommige testen en achter de volgorde zou in de handleiding vermeld moeten worden.

Praktische uitvoerbaarheid bij populatie

De toepasbaarheid van de module verschilde per setting. Op de VBA en de SAV verblijven gedetineerden met een bepaalde minimumstrafmaat; heeft de cliënt al aangegeven iets met zijn middelengebruik te willen doen en heerst een motiverend klimaat. Hier is de module relatief goed toepasbaar. In het HVB werden gedetineerden snel overgeplaatst of werden vrijgelaten en kwamen in een ambulante setting niet opdagen.

Voor alle P.I.'s geldt dat door het nieuwe sobere regime en evt. verplichte programma's er maar beperkte spreektijden zijn. Ook was het een grotere investering voor de

uitvoerder om proefpersonen in de P.I.'s te zien: men moet de module meenemen; men moet zich van te voren melden; men moet ruimtes plannen die vaak niet geschikt zijn om dergelijke gesprekken te voeren.

In een ambulante setting is de module redelijk toepasbaar. Soms vergaten proefpersonen vragenlijsten mee te nemen voor het afgesproken gesprek.

Inhoudelijke uitvoerbaarheid bij de populatie

Volgens de uitvoerders werden sommige items uit bijvoorbeeld de ADP-IV en de Euro-qol niet goed begrepen door cliënten.

Bij de diverse vragenlijsten, die werden meegegeven na het eerste gesprek, wordt aan de proefpersoon vragen gesteld over diverse periodes (bijv. een week voor de SCL-90, een jaar voor de Euro-qol en vanaf jonge volwassenheid karakteristiek voor de ADP-IV). Het opvolgen van de instructies bij de vragenlijsten leverde problemen op, omdat de instructie voor sommigen te complex en lang was en men de lijsten een week na de instructie invulde.

De EuropASI en de SCL-90 gaven volgens uitvoerders soms een vertekend beeld bij proefpersonen die gedetineerd waren van welke probleemgebieden/klachten in welke mate behandeling behoeven. Vanwege de beperking in tijd (resp. 1 maand, 1 week) wordt het functioneren buiten detentie onvoldoende gescoord, terwijl dit wel van belang wordt geacht voor indicatiestelling.

Evaluatie door cliënten

Bij de lijst Evaluatie is voor item 1 en 2 (schaal 1-5) het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend:

Item 1 ("In hoeverre vond u het klikken tussen u en de medewerker van Novadic-Kentron/TACTUS?"): $M=4,29$ ($SD=0,59$); $min=4$; $max=5$.

Item 2 ("In hoeverre bent u tevreden over de BIM-module?"): $M=4,14$ ($SD=0,69$); $min=3$; $max=5$.

Proefpersonen gaven dat ze tevreden waren over de module en dat het klikte met de uitvoerder.

Proefpersonen merkten op dat ze de tijd tussen de aanmelding voor de module en het tekenen van een behandelingsplan over het algemeen lang vonden duren. Ze voelden zich serieus genomen door de uitgebreidheid van de module.

Enkele proefpersonen gaven aan dat ze de vragenlijsten erg op elkaar vonden lijken (de RCQ-2 en de MFT; de MINI, de sectie psychische klachten van de EuropASI, de SCL-90 en de ADP-IV).

Uitvoerbaarheid binnen de verslavingszorginstelling

Vanuit de zorginstelling werd de informatie die verkregen kon worden vanuit de BIM-module als ruim voldoende ervaren om de zorgbehoefte vast te stellen. Over de toewijzing van de bijbehorende behandelprogramma's verschilde het advies van de BIM-uitvoerder met de indicatie van het indicatieorgaan. Dit droeg bij aan de vertraging tussen de derde en vierde sessie.

Bovendien bleek het om praktische redenen niet mogelijk meerdere zorgplannen voor te leggen aan het indicatie-orgaan.

Andere kanttekeningen zijn dat uitvoering van de BIM-module veel personele inzet vergt en er een psycholoog moet worden ingezet om de gegevens te interpreteren. Deze was tijdens de pilotstudie niet altijd voorhanden. Uitvoerders vonden zich, in verhouding tot de hoeveelheid en diversiteit aan instrumenten, onvoldoende getraind.

In relatie tot de reclassering/justitie

Bij de afname bleek dat de BIM-module niet paste binnen justitiële termijnen (bijv. voorlichtingsrapportages, die voor de uiteindelijk strafrechtzitting moeten worden gerealiseerd).

Reclasseringsmedewerkers hebben, wat betreft voorlichtingsrapportages, dit opgelost door aan het O.M. te melden dat er diagnostiek plaatsvindt en dat voorwaarden aan het te volgen advies gesteld dienen te worden.

De reclasseringswerkers waren, naar de mening van de BIM-uitvoerders, tevreden over de manier waarop het uiteindelijke advies tot stand kwam en vonden de conclusies goed onderbouwd.

Conclusies

De opdracht was om een instrument te ontwikkelen dat de aansluiting van de behandeling vanuit de justitiële verslavingszorg naar de verslavingszorg kan waarborgen. We stelden daarbij de volgende eisen:

1. Het instrument moet geschikt zijn om zowel vanuit gezondheidsperspectief als vanuit het perspectief van verminderen van recidive een behandeling te indiceren. Dit kan alleen op basis van gedegen diagnostiek/assessment teneinde een juiste indicatiestelling te realiseren.
2. Het moet tevens het doel hebben justitiabelen te motiveren tot deelname aan een behandeling.
3. Het instrument moet in te passen zijn in de praktijk van de diverse instellingen.

De onderzoeksuitkomsten leiden tot de volgende conclusies:

1. De module bleek in de pilotstudie, naar de mening van de uitvoerder, het indicatie-orgaan, zeker voldoende te zijn voor diagnostiek bij justitiabelen ten behoeve van een behandelingsplan in de verslavingszorg. Echter de samenhang tussen middelen gebruik en justitiële problematiek (en eventuele middelende factoren als psychische problematiek) werd door middel van de C-lijst onvoldoende in zicht gebracht.
Ook blijkt dat de module een behoorlijke tijdsinvestering vergt van cliënten en zorginstelling, wat waarschijnlijk heeft geleid tot de hoge mate van proefpersonen die de pilotstudie niet hebben afgemaakt. Op enkele aspecten kunnen in een doorontwikkeling verbeteringen worden aangebracht .
2. Er zijn aanwijzingen dat proefpersonen na afname van de module meer gemotiveerd zijn tot verandering en deelname aan een behandeling. Er waren echter onvoldoende proefpersonen om conclusies over de motiverende werking van de module te trekken.
3. De derde doelstelling bleek niet altijd haalbaar. De termijnen bijv. voor justitiële beslissingen bleken nogal eens tekort om daarbinnen het traject af te werken. Verder is een belangrijk gegeven dat binnen de eigen zorginstelling voorwaarden noodzakelijk zijn om de module binnen gestelde justitiële termijnen af te ronden.

Het aantal deelnemers aan de pilotstudie was kleiner dan verwacht. Verklaringen voor de lage instroom kunnen zijn:

- de instroomperiode bij Novadic-Kentron was in de zomermaanden, waarin minder reclasseringswerkers werken en er dus minder aanmeldingen zijn.
- De module was geheel vrijwillig en proefpersonen wilden niet bij de verslavingszorg aangemeld worden en/of 4 keer een uur investeren.
- Proefpersonen hadden, gezien hun positie binnen de justitiële afwikkeling van hun strafzaak (bijvoorbeeld in de 1^e 30 dagen van preventieve hechtenis) hun

hoofd niet staan naar een diepgaand onderzoek of het invullen van allerlei testen of waren angstig dat onderzoek hun strafzaak negatief konden beïnvloeden.

- Vanwege praktische redenen was de instroomperiode bij TACTUS te kort.

Gezien het relatief kleine aantal proefpersonen kunnen geen generaliseerbare conclusies worden getrokken. De onderzoekspopulatie in deze pilotstudie komt overeen met eerder gevonden beschrijvingen van verslaafde justitiabelen en kan als volgt omschreven worden:

Naast de middelenproblematiek (zoals blijkt uit de EuropASI en de CIDI-SAM) en justitiële problemen, is psychische problematiek relatief vaak aanwezig bij de populatie: relatief hoge aanwezigheid van As I problematiek (zoals blijkt uit de MINI) en persoonlijkheidsproblematiek (zoals blijkt uit de ADP-IV). Bovendien rapporteren proefpersonen in hoge mate van verwevenheid van justitiële problemen en middelenproblematiek (zoals blijkt uit de C-lijst). Verder blijkt de motivatie tot verandering en behandeling aanvankelijk relatief laag, maar aan het eind van de module relatief hoog (zoals blijkt uit de MFT en de RCQ-2). Ook de sociaal maatschappelijke problemen blijken ernstig (EuropASI).

Samenvattend kunnen we stellen dat de module voor wat betreft de diagnostische eisen voldoet, zeker vanuit gezondheidsperspectief, maar dat op aspecten (vooral m.b.t. de relatie verslaving-criminaliteit) verbeteringen noodzakelijk zijn (zie aanbevelingen). Met betrekking tot de omvang kunnen we concluderen dat die kan worden teruggebracht (zie ook "Aanbevelingen"). Dat zal ook de praktische inpassing in de procedures binnen de instellingen en binnen de kaders van justitiële procedures ten goede komen. Hoe dit alles valt te realiseren zullen we in onze aanbevelingen duidelijk maken .

Terugdringen recidive en verminderen van verslavingsproblematiek zijn doelstellingen die een integrale aanpak verdienen. Een te sterke separatie van sectoraal bepaalde doelstellingen (of dat nu vanuit justitieel of gezondheidzorgperspectief is) leidt nu veelal tot een niet efficiënt en verantwoord inzetten van schaarse middelen. De BIM module is een eerste stap om de hier bedoelde integratie in denken en handelen tot stand te brengen .

De pilotstudie biedt de nodige aanknopingspunten tot het verder ontwikkelen van een geprotocolleerde evidence-based werkwijze in het toeleiden van justitiabelen naar zorg. Daarbij is het wel nodig om verbeteringen aan te brengen en dat leidt tot de volgende aanbevelingen.

Aanbevelingen

Perspectief

Om de aansluiting tussen verslavingszorg en reclassering/justitie te optimaliseren dienen in de module alle perspectieven van de betreffende instellingen in acht genomen te worden. De betrokken instellingen hebben andere primaire doelen/perspectieven: De verslavingszorg heeft als primaire taak de schade aan de (volks) gezondheid te beperken, de reclassering heeft als primaire taak de recidive te verminderen, Penitentiare inrichtingen hebben als primaire taak afstraffen (maar zijn tevens verplicht gedetineerden zorg te bieden als deze nodig is.

In de BIM-module komt vooral het gezondheidsperspectief naar voren. In plaats van de C-lijst dient een betrouwbaar instrument ontwikkeld en gevalideerd te worden dat de samenhang onderzoekt tussen middelenproblematiek en justitiële problematiek (en evt. middelende factoren als psychische problematiek). Met een dergelijk instrument kan het verwachte effect van behandeling van de middelenproblematiek op de recidivekans worden vastgesteld. Zo kan de aansluiting vanuit reclasseringsperspectief verbeteren*.

Omvang van de module

De module dient ingekort te worden om te voldoen aan de eisen van de praktijk. Naast de vragenlijsten die zijn toegevoegd in het kader van het onderzoek, moet overwogen worden andere vragenlijsten te schrappen.

- Meten psychische klachten: MINI handhaven; SCL-90 en sectie “psychisch, emotionele klachten” van de EuropASI laten vervallen.
In de module zijn meerdere vragenlijsten over het psychisch welbevinden van cliënten: de MINI, de SCL-90 en de sectie psychisch, emotionele klachten van de EuropASI. Voordeel van de EuropASI is dat assessment op relevante overige levensgebieden (bijv. familie, sociale relaties) plaatsvindt. Voordeel van de SCL-90 is dat hij makkelijker af te nemen is in vergelijking met de MINI. Voordeel van de MINI is dat hij in het “Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp” protocol (RS, 2003) wordt aanbevolen en bovendien is het mogelijk DSM-IV AsI classificaties te stellen. Ook handelen de klachten/symptomen zich over langer dan één week (i.t.t. de SCL-90). Bij gedetineerden kan het klachtenniveau over één week een vertekend beeld geven van de noodzaak tot behandeling van psychische klachten (bijvoorbeeld het item van de SCL-90: “ik voel me opgesloten”, wordt hoog gescoord, terwijl behandeling voor dit gevoel na detentie niet noodzakelijk hoeft te zijn).

*Op dit moment wordt in opdracht van de SVG (Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland) een instrument, genaamd Verdiepingsdiagnostiek, ontwikkeld en onderzocht, waarin een medewerker van de verslavingszorg in opdracht van de reclassering een assessment doet van de relatie tussen criminaliteit en verslaving.

- De SDGG laten vervallen.
De SDGG had volgens de uitvoerders in de pilotstudie slechts een bescheiden bijdrage in de overwegingen tot indicatiestelling; het instrument differentieert onvoldoende tussen de onderscheiden risicosituaties. Bovendien is de SDDG psychometrisch niet goed gevalideerd (de Jong, Derksen E. & Ellis, 1997).
- Meten kwaliteit van leven: Euro-Qol laten vervallen.
De Euro-Qol is een gevalideerd, makkelijk af te nemen vragenlijst met een brede toepasbaarheid (Rabin & de Charro, 2001). Echter er is sprake van overlap met andere vragenlijsten: de sectie lichamelijke gezondheid van de EuropASI en de MINI geven tevens een beeld van de algemene kwaliteit van leven.
- Meten kans op recidive: De C-lijst laten vervallen en vervangen door een gevalideerd instrument.
De C-lijst werd toegevoegd, omdat nog 2 elementen ontbraken aan de BIM-module: 1) bepaalde informatie om een recidive-inschatting te kunnen doen (items 1, 2, 10, 11, 12); 2) een instrument dat een beeld geeft van de samenhang tussen middelengebruik en criminaliteit (items 3 t/m 9).
- Inventariseren van trauma's in het verleden: De VBE schrappen.
De screeningsvraag van de MINI voor PTSS (zijn er enige trauma's geweest) overlapt met de VBE. Bij de MINI screeningsvraag waren evenveel proefpersonen die aangaven een trauma te hebben meegemaakt als bij de VBE (10 van de 18 proefpersonen).

Implementatie

Gezien de veelheid aan instellingen rondom de doelgroep dient veel aandacht aan de implementatie van de module en de implementatie van verder onderzoek gegeven te worden, bijvoorbeeld:

- De uitvoerders van de BIM-module dienen getraind te worden in de afname van de BIM-module en in motiverende gesprekstechnieken, omdat dit, zeker bij de doelgroep verslaafde justitiabelen, van groot belang wordt geacht.
- Er dienen afspraken gemaakt te worden met de verslavingsreclassering omtrent het tijdspad, informatie-uitwisseling en het daadwerkelijk uitzetten van zorg.
- Er dienen afspraken gemaakt te worden met de P.I.'s over een evt. screening door de medische dienst, de mogelijkheden tot toegang, ruimtes, gesprekstijden, een veilige plaats om cliënteninformatie te bewaren.
- Het O.M. moet op de hoogte worden gebracht van het bestaan en de meerwaarde van de module.
- Binnen de eigen zorginstelling dienen de voorwaarden gecreëerd te worden om de module binnen gestelde justitietermijnen af te ronden.
- De verslavingszorginstellingen onderling zouden kunnen afspreken om de module voldoende te achten als basis voor indicatie en niet opnieuw een heel nieuw indicatietraject uit te voeren (zodat gedetineerden in P.I.'s in één regio,

maar woonachtig in een andere, toch tijdens detentie en wellicht aansluitend op detentie zorg kunnen ontvangen).

- Aanbevolen wordt bij vervolgonderzoek de aanmelders vanuit justitie te trainen in motiverende gesprekstechnieken (dit geldt niet voor de VBA/SAV, waar al een motiverende context bestaat), zodat de motivatie om te starten met de module wordt vergroot.

Vervolgonderzoek

Ook na het schrappen van vragenlijsten is de BIM-module een instrument dat een behoorlijke investering vraagt qua tijd en geld. Het wordt aanbevolen om de keuze om de module in te zetten goed te verantwoorden. Als het daarbij gaat om het perspectief van het terugdringen van recidive dan is noodzakelijk dat eerst de relatie tussen middelengebruik en delictgedrag wordt vastgesteld. Zoals aangegeven wordt een dergelijk instrument thans onderzocht.

Het is van belang om de resultaten van dit onderzoek af te wachten.

Tevens wordt aanbevolen verder (literatuur)onderzoek te verrichten om een richtlijn te ontwikkelen voor behandeling van justitiabelen met een stoornis door het gebruik van psycho-actieve stoffen. In deze richtlijn zou voor welomschreven subpopulaties aangegeven moeten worden welke behandelingen (gericht op het verbeteren van de (geestelijke) gezondheid en/of het verminderen van recidive) evidence-based of best-practice het meest geïndiceerd zijn voor de betreffende doelgroep. Ook wordt aanbevolen hierbij een duiding van het gewenste juridische kader te geven.

In een later stadium wordt vervolgonderzoek naar de module bij een grotere populatie met aanpassingen vanuit de ervaringen van het pilotonderzoek aanbevolen, zodat analyses betreffende motivatie, bijdragen van de diverse vragenlijsten aan de indicatiestelling, effecten van de module op middelengebruik, algemeen welbevinden en recidive onderzocht kunnen worden.

Vervolgonderzoek zou het best kunnen worden uitgevoerd nadat het onderzoek naar de relatie tussen middelengebruik en delictgedrag (uit te voeren onder verantwoordelijkheid van de SVG) is afgerond.

Dit onderzoek zou moeten leiden tot afstemming en verfijning van het diagnostisch instrumentarium: een set van op elkaar afgestemde, wetenschappelijk getoetste instrumenten die bij de populatie verslaafde justitiabelen op een valide en betrouwbare wijze verslaving vastlegt en een onderbouwd oordeel verschaft over de relatie middelengebruik en criminaliteit. Daarnaast zal de nieuwe module moeten kunnen indiceren voor de meest effectieve c.q. evidence-based behandelingsmogelijkheden (zowel vanuit gezondheidsperspectief, als het perspectief van terugdringen recidive), wat de behandeling van criminele verslaafden een grote stap vooruit zal brengen.

Literatuurlijst

Abracen, J., Looman, J. & Anderson, D. (2000). Alcohol and drug abuse in sexual and nonsexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 263-274.

Anglin, M.D. & Hser, Y.I. (1991). Criminal justice and the drug-abusing offender. *Behavioral Science and the Law*, 9, 243-267.

Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). SCL-90: Handleiding bij een multi-dimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Belenko, S. & Peugh, J. (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269-281.

Brochu, S., Guyon, L. & Desjardins, L. (1999). Comparative profiles of addicted adult populations in rehabilitation and correctional services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 173-182.

Brochu, S. & Levesque, M. (1990). Treatment of prisoners for alcohol or drug abuse problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 7(4), 113-121.

Broner, N. Lattimore, P.K., Cowell, A.J. & Schlenger, W.E. (2004). Effects of diversion on adults with co-occurring mental illness and substance use: Outcomes from a national multi-site study. *Behavioral Science and the Law*, 22, 519-541.

Cottler, L.B., Robins, L.N. & Helzer, J.E. (1989). The reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. *British Journal on Addiction*, 84(7), 801-814.

Crossen-White, H. & Gavin, K. (2002). A follow-up study of drug-misusers who received an intervention from a local arrest referral scheme. *Health Policy*, 61(2), 153-171.

Davis, T.M., Baer, J.S., Saxon, A.J. & Kivlahan, D.R. (2003). Brief motivational feedback improves post-incarceration treatment contact among veterans with substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 191-203.

Decaire, M.W. (2001) *Evaluation of substance abuse assessments in forensic-correctional settings*. <http://www.uplink.com.au/lawlibrary/Documents/Docs/Doc 134.html>

Easton, C., Swan, S. & Sinha, R. (2000). Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 1-5.

- Edwards, A., Evans, R. & Elwyn, G. (2003). Manufactured but not imported: new directions for research in shared decision making support and skills. *Patient Education and Counseling*, 50, 33-38.
- Eno, J., Long, C., Blanchet, S., Hansen, E. & Dine, S. (2001). High intensity substance abuse programming for offenders. *Forum on Corrections Research Focusing on Alcohol And Drugs*, 13(3), 45-47.
- Epstein, J.F., Hourani, L.L. & Heller, D.C. (2004). Predictors of treatment receipt among adults with a drug use disorder. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(4), 841-869.
- Falkin, G.P., Strauss, S. & Bohlen, T. (1999). Matching drug-involved probationers to appropriate drug interventions: A strategy for reducing recidivism. *Federal Probation*, 63, 3-8.
- Fiander, M. & Bartlett, A.E. (1997). Missed 'psychiatric' cases? The effectiveness of a Court Diversion Scheme. *Alcohol and Alcoholism*, 32(6), 715-723.
- Friedman, P.D., Lemon, S.C., Stein, M.D. & D'Aunno, T.A. (2003). Community referral sources and entry of treatment-naïve clients into outpatient addiction treatment. *American Journal of Drug and Alcohol abuse*, 29(1), 105-115.
- De Fuentes-Merillas, L., Jong, C.A.J., and Schippers, G. M. (2002). Reliability and validity of the Dutch version of the Readiness to Change Questionnaire. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 93-99.
- Gattelari, M., Butow, P.N. & Tattersall, M.H.N. (2001). Shared decisions in cancer care. *Social Science & Medicine*, 52, 1865-1878.
- Gezondheidsraad. *Behandeling van drugverslaafde gedetineerden*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatie nr 2002/08.
- Gossop, M., Marsden, J. Stewart, D. & Rolfe, A. (2000). Reductions in acquisitive crime and drug use after treatment of addiction problems: 1-year follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 165-172.
- Hill, D.E. & Thoma, R. (1996). *Needs assessment of substance use in the criminal justice system*. <http://www.nmsc.state.nm.us/download/wp/wpn26.pdf>
- Hoaken, P.N.S, Stewart, S.H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behaviour. *Addictive behaviours*, 28, 1533-1554
- De Jong, C.A.J., Derksen, E.M.E. & Ellis, J.L. (1997). *Drinkgewoonten gemeten in de kliniek*. TADP, 22, 216-225.

- De Jong, C.A.J., Roozen, H.G., Krabbe, P.F.M. & Kerkhof, A.J.F.M. (2004). Van detoxificatie naar abstinentie: eindrapportage. Sint-Oedenrode: Novadic-Kentron.
- Kline, A. (1997). Profiles of criminal-justice clients in drug treatment: implications for intervention. *Addictive behaviors*, 22(2), 263-268.
- Kokkevi, A. & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Journal Addiction Research*, 1, 208-210.
- Långström, N., Sjöstedt, G. & Grann, M. (2004). Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 139-150.
- Lapham, S.C., de Baca, J.C., McMillan, G. & Hunt, W.C. (2004). Accuracy of alcohol diagnosis among DWI offenders referred for screening. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 135-141.
- De Leon, G., Mellnick, G., Thomas, G. Kressel, D. & Wexler, H.K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 33-46.
- Lindqvist, P. (1991). Homicides committed by abusers of alcohol and illicit drugs. *British Journal of Addiction*, 86, 321-326.
- Lo, C.C. & Stephens, R.C. (2002). The role of drugs in crime: Insights from a group of incoming prisoners. *Substance Use and Misuse*, 37, 121-131.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
- McMurrin, M., Blair, M. & Egan, V. (2002). An investigation of the correlations between aggression, impulsiveness, social problem-solving and alcohol use. *Aggressive Behaviour*, 28, 439-445.
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Questionnaire (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(3), 200-210.
- Pelissier, B, Camp, S.D. & Motivans, M. (2003). Staying in treatment: How much difference is there from prison tot prison ? *Psychology of Addictive behaviors*, 17(2), 134-141.

- Peters, R.H., & Bartoi, M.G. (1997). *Screening and assessment of co-occurring disorders in the justice system*. Delmar, NY: GAINS Center.
- Pudney, S. (2002). *The Road to Ruin? Sequences of Initiation into Drug Use and Offending by Young People in Britain*. London: Home Office Development and Statistics Directorate.
- Rabin, R. and de Charro, F. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol group. *Ann Med*, 33, 337-343.
- Resultaten Scoren, (2003). *Dubbele Diagnose, dubbele hulp: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Parnassia: Den Haag.
- Richards, H.J. & Pai, S.M. (2003). Deception in prison assessment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 121-128.
- Richie, B.E., Freudenberg, N. & Page, J. (2001). Reintegrating women leaving jail into urban communities: a description of a model program. *Journal of Urban Health*, 78(2), 290-303.
- Robertson, A.A., Dill, P.L. Hussain, J. & Undesser, C. (2004). Prevalence of mental illness and substance abuse disorders among incarcerated juvenile offenders in Mississippi. *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 55-74.
- Schalast, N. (2000). Zur Frage der Behandlungsmotivation bei Patienten des Massregelvollzugs gemäss §64 StGB. *Psychiatrische Praxis*, 27, 270-276.
- Schotte, C., de Donker, D., van Kerckhoven C., Vertommen, H. & Cosyns, P. (1998). Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders. Measurement of trait and distress characteristics: The ADP-IV. *Psychological Medicine*, 28, 1179-1188.
- Shafer, M.S., Arthur, B. & Franczak, M..J. (2004). An analysis of post-bookingjail diversion programming for personswith co-occurring disorders. *Behavioral Science and Law*, 22(6), 771-785.
- Shearer, R.A. & Carter, C.R. (1999). Screening and assessing substance-abusing offenders: Quantity and quality. *Federal Probation*, 63, 30-34.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.

Sinha, R., Easton, C. Renee-Aubin, L & Carrol, K.M. (2003). Engaging young probation-referred marijuana abusing individuals in treatment: a pilot trial. *American journal on Addiction*, 12(4), 314-323.

Solomon, P., Draine, J., Marcus, S.C. (2002). Predicting incarceration of clients of a psychiatric probation and parole service. *Psychiatric Services*, 53(1), 50-56.

Sung, H. E., Belenko, S., Feng, L. & Tabachnik, C. (2004). Predicting treatment noncompliance among criminal justice-mandated clients: A theoretical and empirical exploration. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 13-26.

SVG Werkgroep Interventiematrix. *Interventie-aanbod voor verslaafde justitiabelen*. Utrecht: GGZ Nederland.

Walburg, J.A. & van Ernst, A.J. (1985). *Schaal voor drinkgewoontes*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

De Weert-van Oene, G. H., Shippers, G.M., de Jong, C.A.J., Schrijvers, A.J.P. (2002). Motivation for treatment in substance-dependent patients. *European Addiction Research*, 8, 2-9.

De Wildt W., Schramme M., Boonstra M., Bachrach C. (2002). *Intake Module; indicatiestelling & trajecttoewijzing*. Utrecht: GGZ Nederland.

Wilson, J.J., Rojas, N., Haapanen, R., Duxburry, E. & Steiner, H. (2001). Substance abuse and criminal recidivism: A prospective study of adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(4), 297-312.

Bijlage 1

BIM

Beoordeling-Indicatiestelling-Motivering

juni-2004

Inhoudsopgave



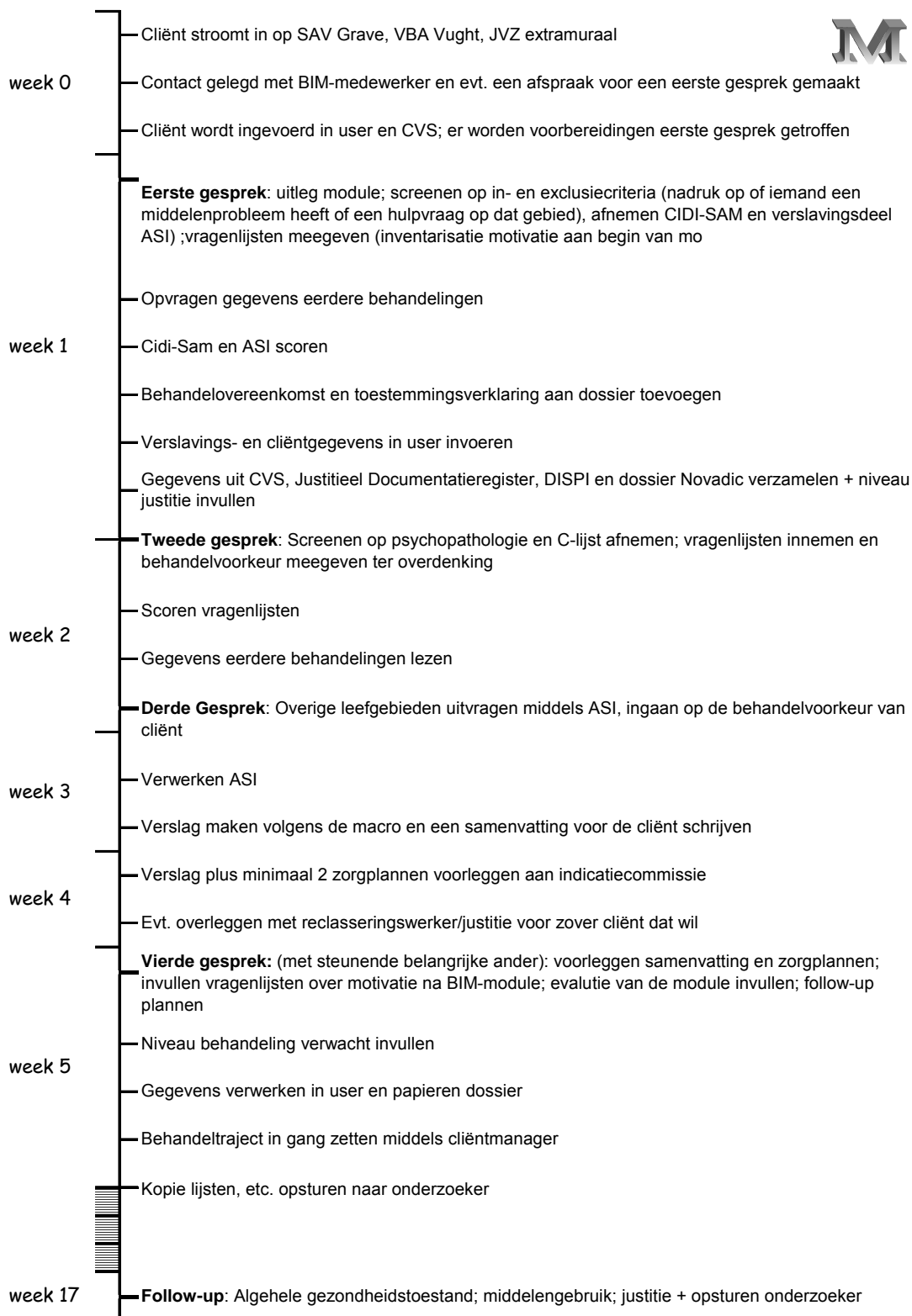
Proces en verwijzing.....	5
Het proces in het kort.....	5
Verwijzing vanuit de PI Grave/Vught.....	5
Verwijzing door een ambulante JVZ-medewerker.....	5
Het eerste contact	6
Het Eerste Gesprek.....	7
Tweede Gesprek	13
Derde Gesprek	16
Vierde gesprek	19
Follow-up	21
Appendices.....	22

Gebruiksaanwijzing BIM

Om het lezen en gebruiken van de BIM makkelijker te maken enkele tips:

- Per gesprek staat uitgewerkt wat er besproken dient te worden met enkele voorbeelden. Het is niet de bedoeling dat dit letterlijk opgelezen wordt. Een eigen “echte” stijl is belangrijk.
- Gesprekken zijn globaal als volgt opgebouwd:
 - Informeren afgelopen huidige situatie;
 - Innemen en bespreken eventueel meegegeven lijsten;
 - Aankondigen inhoud gesprek;
 - De inhoud van het gesprek;
 - Kort de inhoud van het volgende gesprek
 - Evalueren, afspraken en afsluiten.
- Bijlagen worden aan cliënt meegegeven of door hem ondertekend (informatie, toestemmingsverklaring, behandelovereenkomst) en zijn los bijgevoegd.
- Appendices zijn vragenlijsten en interviews die soms door cliënt en soms door de werker ingevuld worden. Appendices zijn genummerd naar gesprek (rechtsonder). Appendix 2 bestaat uit testen die in het tweede gesprek aan de orde komen. Appendix follow-up is gekoppeld aan de follow-up. Appendices met nummer 0 komen oftewel voor het eerste gesprek aan de orde of worden mogelijk gedurende de hele module ingevuld.
NB. Niet alle vragenlijsten zijn opgenomen in de appendices; bijvoorbeeld de EuropASI en de SCL-90 worden in het originele formaat op lokatie toegevoegd.
- Checklisten zijn bedoeld om het de werker makkelijker te maken. Er staat niets nieuws in. Alleen is kort op een rijtje gezet (met de mogelijkheid tot afvinken) wat in een gesprek aan de orde moet komen.
- Op de volgende pagina staat op een tijdsbalk in het kort wat er tijdens de BIM-module gebeurt.

Tijdsbalk BIM-module



Proces en verwijzing

Het proces in het kort

Er wordt een middelenprobleem gesignaleerd door een justitiemedewerker. In de P.I. vindt dit middels de screening van het CVS en vanuit de screening van de medische dienst plaats. Ambulant middels screening van een JVZ-medewerker. Zij vragen de cliënt om medewerking aan een onderzoek en geven hem of haar informatie. Indien cliënt akkoord gaat, wordt een eerste afspraak met een module-medewerker gepland. De module wordt afgenomen met als resultaat een getekend zorgplan. Afsluitend volgt de overdracht van degene die de module uitvoert naar de behandelaar/vaste contactpersoon. Aanwezigheid wordt geregistreerd op een formulier (zie app. 0).

Verwijzing vanuit de PI Grave/Vught

Een cliënt die op de SAV, resp. VBA, verblijft en afkomstig is uit de regio Novadic-Kentron Oost wordt benaderd door een onderzoeksmedewerker. Hem wordt gevraagd of hij mee wil werken aan een onderzoek en nadere informatie (Bijlage 1) wordt gegeven over de module. Er wordt tevens een eerste beoordeling gemaakt of iemand aan de in- en exclusie criteria voldoet. Ook wordt in dit gesprek de aanmelding bij de instelling verzorgd (inschrijven in user en openen Blok B). Tevens wordt zorggedragen dat cliënt wordt ingevoerd in het CVS. Dit om justitiële modaliteiten zoals schorsing, preventieve hechtenis en artikelplaatsingen in het kader van nazorg mogelijk te maken.

Verwijzing door een ambulante JVZ-medewerker

De ambulante JVZ medewerker, die contacten heeft met een cliënt in het kader van een toezicht of voorlichtingsrapportage, vraagt de cliënt of hij mee wil werken aan een onderzoek en geeft informatie over het onderzoek (Bijlage 1).* Indien de cliënt mee wil werken, wordt het telefoonnummer van de cliënt genoteerd en doorgemailed naar de onderzoeksmedewerker, die binnen 3 werkdagen contact opneemt met de cliënt. Voor cliënten die telefonisch niet te bereiken zijn wordt een andere regeling getroffen. (Zie ook Checklist JVZ)

Telefonisch zal de onderzoeksmedewerker een eerste beoordeling maken of iemand aan de in- en exclusie criteria voldoet. Tevens wordt de inschrijving in user verzorgd en blok B geopend. Dan wordt een afspraak gemaakt voor een eerste gesprek.

*NB. Als meteen al duidelijk is dat cliënt de module niet kan volgen wegens bijvoorbeeld zeer gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal, wordt de JVZ medewerker gevraagd dit te noteren op een op de locatie op te hangen lijst (App.0, uitgesloten van deelname), zodat de gegevens na afloop van de onderzoeksperiode verzameld kunnen worden.

Het eerste contact

Cliënt wordt gevraagd of hij de “informatie ten behoeve van de cliënt” heeft gekregen en of hij een eerste afspraak voor de module wil maken. Indien hij hiertoe bereid is, worden de benodigde personalia van de cliënt verzameld en indien nodig verzocht ontbrekende gegevens mee te nemen naar het eerste gesprek. Vervolgens worden, indien van toepassing, de CAGE en de CAGE-AID (zie het kader voor de introductie, app.0 voor de lijst) afgenomen en, na een grove screening van de in- en exclusiecriteria, een afspraak gemaakt voor een eerste gesprek.

Cage (-AID) introductie

- Vertel dat het een standaard vragenlijst betreft die bij iedere cliënt/altijd bij binnenkomst wordt afgenomen.
- Vertel het doel van de vragenlijst: de uitkomst van de vragenlijst geeft inzicht in middelengebruik.
- Vertel de cliënt dat eerlijk antwoorden op de vragen geen nadelige gevolgen heeft voor zijn vervolg binnen (bijvoorbeeld de P.I.)

Scoring

- Als cliënt op één van de acht vragen met ja antwoordt, is er een indicatie om de BIM te introduceren.

Handelingen na het eerste contact

- De cliënt wordt in user ingeschreven en evt. een ruimte gereserveerd voor het gesprek
- Indien aanwezig wordt het dossier opgevraagd.
- Invoeren in CVS

Het Eerste Gesprek

Duur

60 minuten

Inhoud (zie ook Checklist eerste gesprek)

Na kennisgemaakt te hebben, wordt uitleg gegeven over de procedure en gelegenheid gegeven tot het stellen van vragen. In deze uitleg dienen in ieder geval de volgende punten aan de orde te komen:

- Doel module
- Korte beschrijving verloop van de 4 gesprekken en follow-up, wat erna gebeurt en inhoud eerste gesprek (vooral onderzoeken of de module geschikt is voor de cliënt)
- Vertrouwelijkheid van de gegevens
- Investering in de module
- Geen garantie aangepaste justitielijn

Een voorbeeld

De komende tijd gaan we 4 gesprekken van elk ± 1 uur voeren die uiteindelijk leiden naar een indicatie. De bedoeling is aan de hand van vragenlijsten en interviews een beeld te krijgen van u en dan met name of, en welke problemen er spelen op het gebied van middelengebruik, psychische problemen en justitie. Mogelijk is dit niet de eerste keer dat dit gebeurt; Deze module zal vrij diep op al deze gebieden ingaan en dan vooral ook op de samenhang tussen deze gebieden ingaan. Dit is het eerste gesprek. Vandaag zal vooral in het teken staan van uitleg, de geschiktheid van de module onderzoeken en het in kaart brengen van het middelengebruik. Aan het einde van het gesprek krijgt u vragenlijsten mee die u invult en meebrengt naar het volgende gesprek. In het tweede en derde gesprek worden enkele interviews afgenomen met als doel eventuele andere probleemgebieden in kaart te brengen. In de tussentijd zal informatie bij justitie, reclassering en eerdere behandelingen worden opgevraagd over u. In het laatste gesprek worden de bevindingen meegedeeld en worden, indien gewenst, enkele zorgplannen voorgelegd waaruit een keuze gemaakt kan worden, als u dat wilt. Een zorgplan is niet hetzelfde als een behandeling, het kan ook een verwijzing betekenen of dat geen behandeling nodig is. Na de 4 gesprekken is de module afgerond. Drie maanden na het laatste gesprek zal aan de hand van gegevens van uzelf, uw behandelaar en justitie gekeken worden hoe uw situatie op dat moment is. Van de gegevens die verzameld worden tijdens de gesprekken wordt een verslag gemaakt. Dit verslag is zonder uw schriftelijke toestemming niet in te zien door personen buiten Novadic-Kentron/Tactus. Wel is het de bedoeling dat bij justitie, de reclassering en eerdere relevante behandelingen informatie opgevraagd gaat worden. Alleen als u het wilt en er schriftelijke toestemming voor geeft zal in overleg gegaan worden met justitie en reclassering over het te volgen traject. Er is echter geen garantie dat volgen van deze module enige invloed heeft op de duur en hoogte van uw straf. Heeft u nog vragen?

Na eventuele vragen beantwoord te hebben, wordt kort het lijstje met exclusiecriteria langsgegaan om te kijken of dit van toepassing is.

Exclusiecriteria

- Ernstig acuut psychiatrisch beeld (bijv. psychose)
- Ernstig (zelf)destructief gedrag (gevaar voor cliënt of hulpverlener)
- Ernstige cognitieve beperking of beschadiging
- Onvoldoende kennis van de Nederlandse taal

Als er geen sprake is van een exclusie criterium wordt de Cidi-Sam (app. 1) geïntroduceerd (zie kader) en afgenomen. Als bij de Cidi-Sam voor een bepaalde groep middelen op vraag 5 tot en met 13 minimaal 3 antwoorden met ja zijn beantwoord, is er sprake van een positieve score.

Cidi-Sam (Introductie)

- Wanneer u de CIDI-Sam afneemt, vertelt u de cliënt dat het gaat om een standaard vragenlijst die bij elke cliënt wordt afgenomen.
- Vertel de cliënt het doel van het interview: zijn middelengebruik in het afgelopen jaar nader bekijken en vaststellen of er sprake is van middelenafhankelijkheid.
- Vertel de cliënt dat het gaat om standaard vragen die bij elke cliënt gesteld worden en dat er waarschijnlijk vragen bij zijn die niet op de cliënt van toepassing zijn. Deze vragen moeten toch gesteld worden om een zo zuiver mogelijke beoordeling te kunnen doen.
- Wees duidelijk dat een eerlijk antwoord op de vragen noodzakelijk is en dat de uitslag geen nadelige gevolgen zal hebben voor de behandelrelatie.

Dan wordt de verslavingssectie van de EuropASI geïntroduceerd en afgenomen.

Verslavingssectie EuropASI (Introductie)

- Vertel dat het een standaard vragenlijst betreft die bij iedereen die de BIM module volgt wordt afgenomen. Dit betekent dat enkele vragen niet op hem/haar van toepassing zullen zijn.
- Vertel het doel van de vragenlijst: het middelengebruik nog meer in kaart brengen. Ook is het daarbij voor de cliënt mogelijk zelf aan te geven in hoeverre hij zelf zijn middelengebruik problematisch vindt. Aan het einde van de vragenlijst wordt namelijk gevraagd of hij vindt dat hij problemen heeft met alcohol en/of drugs, hoeveel last hij daarvan heeft en hoe belangrijk hij denkt dat begeleiding op dit gebied voor hem zou zijn.
- Neem het verslavingsgedeelte van de EuropASI af volgens de handleiding voor training en afname van EuropASI vraaggesprekken.
- Benadruk bij de last/hulp vraag aan het einde dat het gaat om alle problemen die samenhangen met alcohol en/of druggebruik. Het gaat dus niet alleen om zuchtmomenten of een katergevoel, maar ook om bijvoorbeeld financiële problemen, sociale problemen, psychische problemen, lichamelijke problemen, justitiële problemen etc., die uit gebruik voortvloeien.

Vervolgens wordt kort ingegaan op de hulpvraag van cliënt. Het is hierbij belangrijk te vragen naar de hulpvraag met betrekking tot het middelengebruik en of er wellicht andere gebieden zijn waarop cliënt klachten ervaart/verandering zou wensen. Vraag welke richting een verandering op zou horen te gaan en of cliënt hierbij hulp zou wensen.

Een voorbeeld

U noemde ... te gebruiken, zou u hulp willen om iets aan dit gebruik te veranderen? (Zo ja) wat zou u dan graag willen (stoppen/minderen en hoeveel dan voor elke middel).

Vervolgens wordt de cliënt gevraagd de toestemmingsverklaring (bijlage 2) te tekenen waarbij in ieder geval voor de mogelijkheid tot opvragen van gegevens bij justitie en reclassering getekend dient te worden. Als dit van toepassing is vragen te tekenen voor het opvragen/verschaffen van gegevens van huisarts en evt. eerdere behandelingen.

Vervolgens wordt de behandelovereenkomst (bijlage 3) voorgelegd en de cliënt verzocht deze lezen en vervolgens te ondertekenen.

Dan wordt het lijstje inclusiecriteria langsgelopen

Inclusiecriteria

- Positieve score voor middelenmisbruik/verslaving (positieve CIDI-score/ernstschaal ASI₂4/hulpvraag op dit gebied)
- Voldoende kennis van de Nederlandse taal
- Bereidheid de module te volgen middels het ondertekenen van een standaard behandelovereenkomst
- Bereidheid tot tekenen verklaring betreffende informatie opvragen bij justitie, reclassering en eerdere relevante behandelingen
- Woonachtig in de regio Novadic-Kentron Oost

Voor de cliënten van Novadic-Kentron worden de cliëntgegevens verzameld aan de hand van het formulier cliëntgegevens

Dan worden de vragenlijsten kort uitgelegd en meegegeven met het verzoek ze bij de volgende afspraak ingevuld weer in te leveren. Er wordt meegegeven de SCL-90, de ADP-IV, de VBE, de MFT, de RCQ-2, de schaal voor drink- en gebruikgewoonten en de Euroqol (zie kader voor intro, app.1 voor lijsten).

Er wordt doorgenomen hoe en wanneer cliënt de lijsten gaat invullen (bijvoorbeeld allemaal achter elkaar of elke dag 1, etc.). Ook wordt gevraagd of cliënt moeilijkheden verwacht bij het invullen van de vragenlijsten. Het is belangrijk te benadrukken dat er geen goede of foute antwoorden zijn, dat gevraagd wordt zo eerlijk mogelijk in te vullen, en bij elk item een antwoord te geven.

Mee te geven lijsten eerste gesprek

Algemene introductie

- Vertel dat het standaard vragenlijsten betreft die bij iedere cliënt worden afgenomen.
- Benadruk dat er geen goede of foute antwoorden zijn, maar dat eerlijk invullen het belangrijkste is.
- Vertel dat het soms moeilijk zal zijn een antwoord te geven, omdat bijvoorbeeld het antwoord er niet tussen staat of het verschilt per situatie etc. Benadruk dat het toch belangrijk is overal wat in te vullen.
- Als je per ongeluk eerst het verkeerde antwoord hebt gegeven zet er dan een groot kruis door en geef vervolgens het goede antwoord.
- Vertel dat indien nodig kort bij het tweede gesprek op de lijsten wordt teruggekomen. In ieder geval wordt bij het vierde gesprek de resultaten verwerkt in een verslag dat de cliënt mag lezen.
- Laat bij de introductie van iedere vragenlijst de lijst zien aan cliënt onder het geven van de uitleg.

Schaal voor drink- en gebruikgewoontes

- Vertel dat de schaal als doel heeft een beeld te krijgen in welke situaties iemand zin heeft om te drinken/gebruiken en in welke situaties iemand daadwerkelijk gebruikt.
- Er staan 46 situaties genoemd en de bedoeling is dat iemand eerst bij alle situaties aangeeft hoeveel zin hij in die situatie heeft om te drinken (van "helemaal niet" tot "heel erg"). Als hij bij alle situaties de mate van trek heeft aangegeven, vervolgens bij alle situaties aangeven hoe vaak hij drinkt/gebruikt (van "nooit" tot "altijd").

RCQ-2

- Vertel dat de RCQ-2 als doel heeft een indruk te krijgen van iemands ideeën over stoffen als alcohol en nicotine. Soms is iemand zich er niet bewust van dat het gebruik van een bepaalde stof problemen zou kunnen opleveren. Het kan ook zijn dat iemand zich afvraagt of het gebruik veranderd zou moeten worden. Ten slotte kan iemand er ook werk van maken zijn gebruik te veranderen.
- Er wordt eerst gevraagd of u het laatste jaar een bepaalde stof gebruikt heeft. Als dit niet het geval is, gaat men door naar de volgende pagina; als dit het geval is, wordt de rest van de vragen over die stof ook ingevuld. Het gaat om omschrijvingen waar u het van "helemaal niet mee eens" tot helemaal mee eens" kunt zijn.

Euroqol

- Vertel dat de Euroqol als doel heeft een beeld te krijgen van iemands gezondheidstoestand de afgelopen week.
- Op de eerste pagina is het de bedoeling bij de van toepassing zijnde uitspraak per vraag het rondje in te kleuren.

- Op de tweede pagina staat een schaal waarop iemand op een soort thermometer aangeeft hoe hij zijn gezondheidstoestand de afgelopen week becijfert. Hij kan dit doen door een pijl vanuit de "0" te trekken naar het punt wat hij van toepassing acht.

MFT

- Vertel dat de MFT als doel heeft de mening van cliënt te verkrijgen over middelengebruik en een behandeling.
- De MFT begint met de vraag welk doel een behandeling voor u zou hebben en indien u er meerdere heeft aangekruist welke voor u het belangrijkste is.
- Daarna volgen enkele uitspraken over gebruik en behandeling waar u kunt aangeven of u het er van "zeker niet mee eens" tot zeker wel mee eens" bent.

SCL-90

- Vertel dat het bij de SCL-90 gaat om bij 90 klachten, lichamelijk en psychisch, aan te geven in hoeverre de cliënt ze in de **afgelopen week** ervaren heeft van "helemaal niet" tot "heel erg"; dus als iemand altijd hoofdpijn heeft en toevallig de afgelopen week niet, vult hij in "helemaal niet" bij uitspraak 1.

ADP-IV

- Vertel dat de ADP-IV de bedoeling heeft persoonlijkheidskenmerken te meten. Manieren van doen, denken en voelen die kenmerkend kunnen zijn voor iemand als persoon. Manieren die al vanaf jonge volwassenheid aanwezig zijn. Het gaat hier dus niet over een beperkte tijd (zoals de afgelopen week), maar of je het over het algemeen van "helemaal oneens" tot "helemaal eens" bent met de uitspraak.
- Antwoorden doe je door één van de cijfers 1 tot en met 7 te omcirkelen. Als iemand een 5, 6 of 7 omcirkelt kan hij tot de volgende vraag overgaan: of deze eigenschap hem of anderen ooit leed of last heeft berokkent. Hier kan hij weer kiezen uit 2 antwoorden. Als iemand dus 1,2,3 of 4 omcirkelt kan hij doorgaan naar de volgende vraag.

VBE

- Vertel dat de VBE een vragenlijst is die ingaat op belastende gebeurtenissen die mensen kunnen overkomen. Er worden gebeurtenissen genoemd en aan cliënt wordt gevraagd of de gebeurtenis hem is overkomen (ja of nee omcirkelen). Als hij ja heeft omcirkelt, wordt gevraagd ook in te vullen op welke leeftijd dit gebeurde. Bijvoorbeeld "van 6 tot 10" of "toen 10 jaar". Vervolgens graag omcirkelen in welke mate de cliënt vindt dat de situatie hem belast heeft.

Kort wordt aangegeven dat bij het volgende gesprek een kort interview van gemiddeld 20 minuten af wordt genomen om eventuele psychische klachten in kaart te brengen, wat over criminaliteit & justitie wordt gevraagd en behandelvoorkeuren worden besproken.

Ten slotte wordt gevraagd hoe cliënt het gesprek ervaren heeft, een afspraak gemaakt voor het volgende gesprek en het gesprek afgesloten.

Handelingen na eerste gesprek

- Opvragen gegevens eerdere behandelingen
- Cidi-SAM en Verslavingsdeel ASI scoren
- Behandelovereenkomst toevoegen aan dossier
- Verslaving-en cliëntgegevens in user invoeren
- Indien aanwezig, dossierstudie.
- Gegevens uit CVS, Justitieel documentatieregister en DISPI bekijken en verwerken
- Niveau Justitie (app. 1) invullen

Tweede Gesprek

Duur

60 minuten

Inhoud (zie ook Checklist tweede gesprek)

Na kort geïnformeerd te hebben naar de afgelopen tijd/huidige situatie, wordt kort nog eens herhaald wat tijdens dit gesprek aan de orde gaat komen. Namelijk dat de vragenlijsten ingenomen worden, een kort interview van gemiddeld 20 minuten af wordt genomen, wat over criminaliteit en justitie wordt gevraagd en behandelvoorkeuren worden besproken.

Dan worden de vragenlijsten ingenomen en gecontroleerd op volledigheid. Indien een vragenlijst onvolledig is ingevuld wordt gevraagd alsnog de ontbrekende items in te vullen. Er wordt gevraagd hoe het invullen van de vragenlijsten ervaren werd.

Dan wordt de MINI geïntroduceerd en afgenomen.

Mini (introductie)

- Wanneer u de MINI afneemt, vertelt u de cliënt dat het gaat om een standaard vragenlijst die bij elke cliënt wordt afgenomen.
- Vertel de cliënt het doel van het interview: Veel cliënten die zich aanmelden in de verslavingszorg hebben naast verslavingsproblemen ook psychiatrische problemen. Doordat hier vaak niet goed over gesproken wordt met de behandelaar, kan dit nadelige gevolgen hebben voor de verslavingsbehandeling. De cliënt krijgt nu de gelegenheid om te vertellen wat de belangrijkste problemen zijn op psychiatrisch gebied om samen met de behandelaar te kijken waar het dringendst hulp nodig is.
- Vertel de cliënt dat het gaat om standaard vragen die bij elke cliënt gesteld worden en dat er waarschijnlijk vragen bij zijn die niet op de cliënt van toepassing zijn. Deze vragen moeten toch gesteld worden om een zo zuiver mogelijke beoordeling te kunnen doen.
- Wees duidelijk dat een eerlijk antwoord op de vragen noodzakelijk is en dat de uitslag geen nadelige gevolgen zal hebben voor de behandelrelatie.

Afname

- Observeer tijdens het gesprek of u signalen herkent die duiden op eventuele psychiatrische problematiek.
- De vragen van de MINI worden gesteld op een rustige neutrale wijze.
- Lees vragen precies voor zoals ze beschreven staan.

- De antwoorden op de vragen worden rechtstreeks ingevuld op het formulier door het betreffende vakje aan te kruisen.
- Lees altijd de vragen boven de streep van elke sectie en volg de aanwijzingen.
- Een pijltje onder een antwoord betekent: ga naar diagnosevak.
- Vetgedrukte zinsdelen zijn het begin van alle daaropvolgende vragen behorende bij één diagnose. Hoofdletters (groot) wijzen u de weg door het interview (niet voorlezen aan de cliënt). Cursieve teksten zijn instructies voor het interview.

Vervolgens wordt de C-lijst geïntroduceerd en afgenomen.

C-lijst (introdunctie)

- Vertel de cliënt dat het hier een standaard vragenlijst betreft.
- Vertel dat het doel van de vragenlijst is over enkele factoren, die verband kunnen houden met criminaliteit, te vragen en iets over de zijn ervaringen met criminaliteit te vragen met behulp van standaard vragen.

Dan worden de vragen met betrekking tot de behandelvoorkeur (zie app. 2) van cliënt meegegeven en toegelicht.

Behandelvoorkeur (introdunctie)

- Vertel de cliënt dat hij door het invullen van zijn behandelvoorkeur de mogelijkheid heeft specifieke wensen wat betreft behandeling kenbaar te maken.
- Vertel dat het belangrijk is om te weten waar iemands voorkeur naar uit gaat. Als iemand geen specifieke voorkeuren heeft, hoeft er niks ingevuld te worden
- Vertel dat het gaat om een *voorkeur* voor behandeling, wat mee zal spelen in het opstellen van een zorgplan, maar dat niet volledig het zorgplan zal bepalen.
- Wat betreft de laatste vraag gaat het niet om een voorkeur. Bij vraag 3 is het de bedoeling dat de cliënt aangeeft of hij al dan niet wil dat er pogingen worden ondernomen het zorgtraject af te stemmen op het justitietraject.

Vervolgens wordt aangekondigd dat bij het laatste gesprek een “belangrijke ander” belangrijk is. Deze ander kan betrokken worden bij het plan, de cliënt steun bieden en de motivatie op peil houden. Mogelijkheden worden met de cliënt besproken welke steunende persoon uitgenodigd kan worden. Wanneer de relatie te beladen is en er veel negatieve emoties zijn omtrent het gedrag van de cliënt, is het niet aan te raden deze persoon uit te nodigen.

Kort wordt aangekondigd dat in het volgende gesprek een interview wordt afgenomen dat relevante levensgebieden naloopt aan de hand van standaard vragen.

Ten slotte wordt het gesprek geëvalueerd, een volgende afspraak gemaakt en het gesprek afgesloten.

Na het tweede gesprek

- Scoren en beoordelen ingenomen vragenlijsten
- Scoren MINI

Derde Gesprek

Duur

60 minuten

Inhoud (zie ook Checklist derde gesprek)

Er wordt kort geïnformeerd naar de afgelopen tijd/huidige situatie. Er wordt verteld dat vandaag de ASI wordt afgenomen en kort “de Behandelvoorkeur” van cliënt wordt besproken. Indien nodig kunnen bijzonderheden bij de ingenomen vragenlijsten doorgesproken worden.

Dan wordt het resterende deel van de ASI geïntroduceerd (zie de handleiding van de ASI voor voorbeeld) en afgenomen.

Rest EuropASI

- Vertel dat het een het vervolg betreft van de standaard vragenlijst is die in het eerste gesprek is afgenomen
- Vertel het doel van de vragenlijst: Het in kaart brengen van levensgebieden, waar mensen met een middelenprobleem vaak problemen ervaren. Het gaat om de gebieden lichamelijke gezondheid; arbeid, opleiding en inkomen; justitie, politie; familie en sociale relaties; psychische problemen; evt. gokken.
- Vertel dat het hier weer een standaard vragenlijst betreft, wat betekent dat sommige vragen op hem niet van toepassing zijn.
- Neem de rest van de EuropASI af volgens de handleiding voor training en afname van EuropASI vraaggesprekken

Hierna kan kort worden ingegaan op de behandelvoorkeur van cliënt.

Vervolgens wordt het laatste gesprek besproken. Er wordt geïnformeerd of en evt. wie bij het laatste gesprek aanwezig zal zijn. Dan wordt aangekondigd dat in het laatste gesprek een schriftelijke samenvatting van een combinatie van testresultaten en het besprokene bekeken zal worden en uitgelegd. Aan de hand van die samenvatting zullen enkele mogelijkheden voor behandeling voorgelegd worden en deze met cliënt besproken worden. Dan wordt informatie gegeven de betekenis van het gekozen voorstel en wordt nog verzocht de RCQ-2 en de MfT nog eens in te vullen.

Ten slotte wordt het gesprek geëvalueerd, een volgende afspraak gemaakt en het gesprek afgesloten.

Handelingen na het derde gesprek

- EuropASI verder scoren
- Een verslag maken volgens de macro (zie kader)
- De bijbehorende samenvatting voorleggen aan de programmaleider/zorgcoördinator
- Twee of drie behandelvoorstellen maken en voorleggen aan programmaleider/zorgcoördinator
- Evt. overleggen met medewerkers van justitie

Macro BIM-verslag

Aanleiding tot aanmelding module

Observatie/gedragskenmerken

Middelengebruik

Verslavingsdeel ASI, Cidi-Sam, schaal voor drink- en drugsgewoontes

Gokken

ASI

Testresultaten Psychisch beeld

SCL-90, VBE, ADP-IV , Mini

Behandelgeschiedenis

Waar, wanneer, beloop en evt. diagnostiek

Justitie

Beschikbare info van justitie en reclassering, ASI en gegevens tweede gesprek

Leefsituatie

Overige gebieden ASI, EuroQol

Motivatie

RCQ-2, MFT

Behandelvoorkeur cliënt

Visie, samenhang en classificatie

Samenvatting voor cliënt

Vierde gesprek

Duur

60 minuten

Inhoud (zie ook Checklist vierde gesprek)

Er wordt kennisgemaakt met de belangrijke ander. Na kort geïnformeerd te hebben naar de afgelopen tijd/huidige situatie, wordt uitgelegd wat het doel is van vandaag. Er wordt uitgelegd dat een schriftelijke samenvatting van een combinatie van testresultaten en het besprokene bekeken zal worden en uitgelegd. Aan de hand van die samenvatting zullen enkele mogelijkheden voor behandeling voorgelegd worden en deze met cliënt besproken worden. Dan wordt informatie gegeven de betekenis van het gekozen voorstel en wordt nog verzocht de RCQ-2 en de MFT-2 nog eens in te vullen. Hierbij komt ook aan de orde dat het belangrijk is het belang van de aanwezigheid van de "belangrijke ander" te benadrukken, maar dat de aandacht vooral op cliënt gericht zal zijn.

Dan wordt de samenvatting voorgelegd en uitgelegd en wordt de gelegenheid gegeven tot het stellen van vragen.

Volgens het "FRAMES" model wordt ingegaan op de gegeven behandelvoorstellen. Cliënt wordt gevraagd te tekenen voor het gekozen behandelvoorstel. Een handtekening is vooral voor de duidelijkheid; zodat op papier staat welke behandeling cliënt verkiest. Het is geen plicht waar hij nooit meer onderuit kan. Indien nodig wordt cliënt de nodige bedenktijd gegeven en volgt de rest van het gesprek op een later tijdstip. Dan wordt de uitvoer van het gekozen behandelvoorstel gemotiveerd en de rol van de belangrijke ander hierin besproken. Ook worden praktische zaken uitgelegd over de te volgen gang van zaken.

De RCQ-2 en MFT-2 (zie app. 4) worden nogmaals afgenomen (herhaal indien nodig de introductie zoals beschreven staat op pagina 10/11 eerste gesprek).

De follow-up wordt uitgelegd. Namelijk dat drie maanden na het laatste gesprek telefonisch contact zal plaatsvinden. Er worden dan vragen gesteld of er verandering heeft plaatsgevonden in het middelengebruik en hoe de algehele gezondheidstoestand is. Er zal contact worden gezocht met de contactpersoon/ behandelaar over het verloop van de behandeling. Ook zal er gekeken worden of u opnieuw met justitie in aanraking bent geweest.

Er wordt gevraagd de evaluatie in te vullen (zie app. 4).

Evaluatie (introdunctie)

- Vertel de cliënt dat hij de mogelijkheid heeft aan te geven hoe hij het contact met de medewerker heeft ervaren en hoe tevreden hij is over de BIM-module.
- Vertel dat eerlijk antwoord geven geen nadelige gevolgen zal hebben voor de uitvoer van het zorgplan.
- Vertel dat een toelichting (bij 3) erg op prijs wordt gesteld, omdat de module dan verder verbeterd kan worden.

Ten slotte wordt het gesprek geëvalueerd, een afspraak gemaakt en afgesloten.

Na het vierde gesprek

- Dossier aanvullen met relevante gegevens
- Gegevens verwerken in User
- Het behandeltraject opstarten
- Moment plannen van follow-up
- App. 4(niveau behandeling verwacht) invullen
- Opsturen kopie:
 - Voorblad dossier
 - App. 0 t/m 4 (16 lijsten incl. criminaliteitsgegevens)

Follow-up

Duur

40 minuten

Telefonisch contact met cliënt/bezoek afdeling (15 min)

In dit telefonisch contact wordt gevraagd naar de afgelopen tijd/huidige situatie, de Euro-Qol afgenomen en gevraagd naar het Middelengebruik (App. flup).

Telefonisch contact/e-mail behandelaar (10 min)

In dit telefonisch contact wordt het niveau van cliënt volgens App. flup vastgesteld.

Opvragen gegevens justitie (15 min)

Er wordt gezocht of na de start van het zorgtraject cliënt nog in aanraking is geweest met justitie volgens App. flup.

Handelingen na Follow-up

- Opsturen kopie App. flup (4 lijsten)
- Cliënt afsluiten

Vul de codes in (bij wijze van gebruik alleen de belangrijkste wijze van gebruik kiezen)

Type problematiek :

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 crisis/detox gecombineerd | 13 kortdurend drug (< 6 wk) |
| 2 crisis/detox alcohol | 21 langdurend gecombineerd (> 6 wk) |
| 3 crisis/detox drugs | 22 langdurend alcohol (> 6 wk) |
| 11 kortdurend gecombineerd (< 6 wk) | 23 langdurend drugs (> 6 wk) |
| 12 kortdurend alcohol (< 6 wk) | 99 onbekend |

Duur problematiek :

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. tot 3 maanden | 5. 2 tot 5 jaar |
| 2. 3 tot 6 maanden | 6. 5 tot 10 jaar |
| 3. 6 tot 12 maanden | 7. meer dan 10 jaar |
| 4. 1 tot 2 jaar | 9. onbekend |

1^{ste} problematiek :

- 19 alcohol
- 21 heroïne
- 22 morfine
- 23 methadon
- 29 overige opioïden
- 31 cocaïne
- 32 amfetamine
- 37 poppers
- 38 crack
- 39 overige opwek mid
- 41 benzodiazepinen

2^{de} problematiek:

- 42 overige slaapmiddelen
- 43 psychofarmaca
- 49 overige medicijn
- 51 extacy(-achtigen)
- 52 lsd
- 53 cannabis
- 56 paddestoel
- 59 overige hallucinogeen
- 61 lachgas
- 69 overige vluchtige middelen

3^{de} problematiek:

- 71 kansspelautom. buiten casino
- 72 kansspelautom. binnen casino
- 73 overige casinospelen
- 74 krasloten
- 75 bingo
- 76 weddenschappen
- 77 overige loterijen
- 79 gokken overig
- 80 overige verslaving
- 90 geen
- 97 n.v.t.

Frequentie gebruik :

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| 1 meermalen daags | 5 onregelmatig |
| 2 dagelijks | 8 niet (meer) van toepassing |
| 3 meermalen per week | 9 onbekend |
| 4 wekelijks | |

Sputen :

- | | |
|------------------|------------------------------|
| 1 ooit gespoten | 8 niet (meer) van toepassing |
| 2 spuit nog | 9 onbekend |
| 3 nooit gespoten | |

Polygebruik : ja nee onbekend n.v.t.

Wijze van gebruik :

- | | |
|-----------|------------------------------|
| 1 spuiten | 5 drinken |
| 2 roken | 6 anders |
| 3 snuiven | 8 niet (meer) van toepassing |
| 4 slikken | 9 onbekend |

Vul de codes in

Nationaliteit :

Burgerlijke staat :

0 onbekend	3 gescheiden
1 ongehuwd en nooit gehuwd geweest	4 gescheiden van tafel en bed
2 gehuwd	5 weduwstaat

Opleiding afgerond :

10 geen	60 HBO afgemaakt
20 BUO afgemaakt	70 VWO afgemaakt
30 LO/LVO/LBO afgemaakt	80 WO afgemaakt
40 MVO/MBO afgemaakt	98 n.v.t.
50 HVO afgemaakt	99 onbekend

Opleiding niet af :

10 geen	61 HBO niet afgemaakt
21 BUO niet afgemaakt	62 HBO nog bezig met
22 Buo nog bezig met	71 VWO niet afgemaakt
31 LO/LVO/LBO niet afgemaakt	72 VWO nog bezig met
32 LO/LVO/LBO nog bezig met	81 WO niet afgemaakt
41 MVO/MBO niet afgemaakt	82 WO nog bezig met
42 MVO/MBO nog bezig met	98 n.v.t.
51 HVO niet afgemaakt	99 onbekend
52 HVO nog bezig met	

Bron van inkomsten :

1 loon/zelfstandig/eigen bedrijf	7 AAW/WAO
2 zelfstandig eigen bedrijf	8 WSW
3 studietoelagen	9 AOW/pensioen
4 (nog) gee eigen inkomen	10 ziekwet
5 WW/wachtgeld/WWv	97 anders
6 algemene bijstandswet ABW	99 onbekend

Culturele herkomst :

1 Nederlands/autochtoon	21 Surinaams
2 Oost-Europees	22 Antilliaans
3 Zuid-Europees	29 overig Latijns Amerika
9 overig Europees	31 Marokkaans
11 Turks	39 overig Afrikaans
12 Moluks	49 overige landen
19 overig Arabisch	99 onbekend

(Samen)Leefsituatie :

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| 1 alleenstaand | 7 in pension/internaat e.d. |
| 2 zonder partner, met kinderen | 8 in GGZ-instelling |
| 3 met partner, zonder kinderen | 9 zwerfend, dakloos |
| 4 met partner, met kinderen | 10 met anderen |
| 5 met ouder, eenoudergezin | 98 anderszins |
| 6 met ouders, meeroudergezin | 99 onbekend |

Woonsituatie :

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 10 eigen huis | 19 daklozentehuis/sociaal pension |
| 11 pension/kosthuis/klooster | 20 psych. afd. ziekenshuis (PAAZ) |
| 12 ouderlijk huis | 21 GGZ-instelling |
| 13 op kamers | 22 TBS-kliniek |
| 14 familie/kenissen/relatie | 28 overige justitiële instelling |
| 15 asielzoekerscentrum | 29 overige institutionele instelling |
| 16 gastgezin | 97 op straat/zwerfend |
| 17 pleeggezin | 98 anderszins |
| 18 begeleide kamerbewoning | 99 onbekend |

Toestemming voor rapportage aan huisarts :

Toestemming voor rapportage aan verwijzer :

Toestemming voor evaluatieonderzoek :

Aantal kinderen :

Leeftijd 1^{ste} gebruik :

Belangrijkste bezigh. :

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1 betaald werk | 5 alleen huishouding |
| 2 vrijwilligerswerk | 6 sport en hobby |
| 3 stage lopen of studeren | 7 anders |
| 4 verzorging en huishouding | 8 onbekend |

Heeft medische intake plaatsgevonden : onbekend ja nee

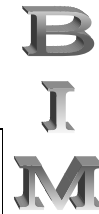
Werkervaring :

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 laatste 5 jaar 1 jaar gewerkt | 5 laatste 5 jaar 5 jaar gewerkt |
| 2 laatste 5 jaar 2 jaar gewerkt | 6 laatste 5 jaar niet gewerkt |
| 3 laatste 5 jaar 3 jaar gewerkt | 9 onbekend |
| 4 laatste 5 jaar 4 jaar gewerkt | |

Klinische psych. behand. : onbekend ja nee

Soort cliënt 1 probl. gebr., gokversl. 6 behorend tot de risicogroep 7 niet-verslaafde cl

Niveau Justitie



Naam :		Usernr. :	
Locatie :		Geb.datum :	

Kruis aan of cliënt verdacht, dan wel veroordeeld is voor een bepaalde categorie
Het gaat om het delict waardoor cliënt op dit moment voor gedetineerd zit/een toezicht/een voorlichtingsrapportage heeft.

	Verdacht	Veroordeeld
Leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poging leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedreiging leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poging geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedreiging geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeden + geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poging zeden + geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeden met jeugdige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brandstichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Vermogen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermogen + geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraude/oplichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiumwet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vreemdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overig/anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onbekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kruis aan hoe cliënt is ingestroomd in de module en, indien hij op de SAV of VBA verblijft, met welke status hij gedetineerd is. *(bijvoorbeeld preventief gehecht, kort gestraft, etc.)*

Instroomlocatie/status	Status (indien cliënt op SAV/VBA)
SAV Grave	<input type="checkbox"/>
VBA Vught	<input type="checkbox"/>
Voorlichtingsrapportage	<input type="checkbox"/>
Toezicht	<input type="checkbox"/>

C-Lijst

B
J
M

Naam :	Usernr. :
Locatie :	Geb.datum :

1. Heeft u een bijzondere seksuele voorkeur?

Bijvoorbeeld voyeurisme, exhibitionisme, fetisjisme, gewelddadige, sadistische elementen etc.

2. Heeft u voor uw twaalfde gedragsproblemen gehad?

Concreet gedrag bijvoorbeeld: pestgedrag, diefstal, onbeheersbaarheid, ADHD problematiek, etc.

3. Hoe staat u tegenover het ten laste gelegde?

Het gaat hierbij om ontkenning versus erkenning, verantwoordelijkheid, schuld/schaamte, interesse t.o.v. het slachtoffer.

4. Heeft u een verklaring voor het gebeurde?

5. Hoe groot acht u de kans dat een vergelijkbaar delict zich gaat herhalen?
Als er een kans wordt geacht: Van welke factoren is dit afhankelijk?

6. Wat is uw mening over het verband tussen criminaliteit en
middelengebruik in uw situatie?

7. Kunt u aangeven wat er eerst was, criminaliteit of verslaving of is het nagenoeg tegelijkertijd ontstaan?

8. Vindt u dat in uw geval verslaving in combinatie met criminaliteit een levenshouding geworden? Zo ja, op welke manier zou deze levenshouding doorbroken kunnen worden?

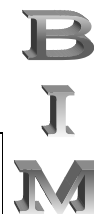
9. Hoe heeft u het ervaren om in de criminaliteit terecht te komen?
Bijvoorbeeld snel geld verdienen, een bepaalde positie verwerven, een bepaalde status krijgen, etc.

10. Heeft u in uw verleden ooit arbeidsproblemen gehad?

11. Hoe vaak heeft u van werkgever gewisseld?

12. Zijn er een of meer langere periodes geweest van werkloosheid?

Behandelaarvoorkeur



Naam :	Usernr. :
Locatie :	Geb.datum :

Omcirkel eventuele voorkeuren en licht toe indien van toepassing.

- | |
|---|
| 1. Heeft u specifieke wensen met betrekking tot een soort behandeling/ Welke soort behandeling zou u kunnen helpen? |
| a) klinisch/deeltijd/ambulant
b) nadruk op groep/nadruk op individueel
c) overig, nl. |

- | |
|--|
| 2. Wat zou volgens u aan de orde moeten komen in een behandeling? |
| a) middelengebruik/verslavingsproblematiek
b) psychische problematiek
c) justitiële problemen
d) problemen met gezin- en/of anderen
e) huisvesting, scholing, arbeid
f) overig, nl. |

- | |
|--|
| 3. <u>Wilt u dat er pogingen gedaan worden om justitie te betrekken in het ten uitvoer brengen van een behandelplan?</u> |
| Ja/nee (eventueel toelichten) |

Niveau behandeling verwacht

Naam :	Userrnr. :
Locatie :	Geb.datum :

1) Er is zorg of behandeling afgesproken

- Ja
- Nee
- Onbekend

2) Op welk niveau verwacht u dat de cliënt 3 maanden na de start van de behandeling zal zijn

- Niveau 1**
De cliënt is na behandeling niet in staat gebleken de vooruitgang vast te kunnen houden (bijv. lichamelijk herstel gold alleen gedurende de opname).
- Niveau 2**
De cliënt kon het behaalde resultaat na de behandeling voor een bepaalde periode aantoonbaar vasthouden.
- Niveau 3**
De cliënt ondergaat de afgesproken behandeling, die in meer of mindere mate gestructureerd, gericht is op het bereiken van specifieke reïntegratiedoelen t.a.v. wonen, werken, dagbesteding en eventueel middelenmisbruik.
- Niveau 4**
De cliënt ondergaat de afgesproken behandeling die gericht is op abstinentie en/of drastische verandering van het verslavingsgedrag en leefstijl.

Bijlage 2

Afhankelijkheid (A) en misbruik (M) volgens de CIDI-SAM van de diverse middelen voor iedere proefpersoon.

	Alcohol	Cannabis	Stimulantia	Sedativa	Opiaten	Cocaïne	Overig
1					A		
2		M				A	
3	A		M	M		A	A
4						A	
5		A		A	A	A	
6				M	M	M	
7		A					
8	A						
9					A	A	
10						A	
11		A			A	A	
12							
13	A					A	
14		M	M				M
15		M					
16		M	M			M	
17		M					
18			M				

NB. PCP, psychedelica en inhalantia zijn niet genoemd, omdat er bij geen van de proefpersonen sprake was van afhankelijkheid of misbruik van deze middelen.

Evaluatie



Naam :		Usernr. :	
Locatie :		Geb.datum :	

GGZ Nederland is de brancheorganisatie van circa 120 instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Zij behartigt de zorginhoudelijke, sociale en economische belangen. GGZ Nederland is een vereniging met een directie en een bestuur dat ondersteund wordt door vier commissies. De secretarissen van deze commissies zijn lid van het management team van GGZ Nederland. Zij geven gevraagd advies aan het bestuur. De voorzitters van deze vier commissies hebben zitting in het bestuur van de vereniging. De leden van de brancheorganisatie zijn actieve deelnemers in deze commissies en geven mede vorm aan het landelijk beleid. De beleidsvoorbereiding, -ondersteuning, advisering en uitvoering ten behoeve van haar leden en de maatschappij wordt verzorgd door het landelijk bureau in Amersfoort.

Uitgever: GGZ Nederland
Piet Mondriaanlaan 50/52
3812 GV Amersfoort
Postbus 830
3800 AV Amersfoort

t 033 - 460 8900
f 033 - 460 8999
e info@ggz nederland.nl

**Publicatie-
nummer:** 2006 – 307 L

Evaluatie



Naam :		Usernr. :	
Locatie :		Geb.datum :	

Bestellingen

Per fax o.v.v. het publicatienummer, aantal, ter attentie van en verzendadres. Voor publicaties waaraan kosten zijn verbonden ontvangt u een acceptgiro.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld.