

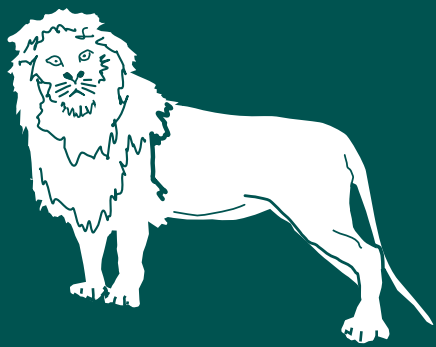
Interventiematrix Justitiële Verslavingszorg

Update 2009

Resultaten Scoren

2009





Interventiematrix Justitiële Verslavingszorg

Update: wat werkt anno 2009

December 2009

Auteurs:

M.W.J. Koeter

M.W. Campen

W. Langeland

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1 Inleiding en opbouw update	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Opbouw Update	7
2 Nieuwe ontwikkelingen binnen justitie	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Het Programma Terugdringen Recidive	9
2.3 Programma Modernisering Gevangeniswezen (MGW)	11
2.4 Project Optimalisering Voorwaardelijke Sancties	12
2.5 Nieuwe doelgroepen	12
2.5.1 <i>Justitiabelen met LVG</i>	13
2.5.2 <i>Interventies voor (justitiabele) jeugdige verslaafden (12 – 24 jaar)</i>	13
3 Update interventiematrix	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Landelijk aanbod	17
3.2.1 <i>Opgeheven of vervangen landelijk aangeboden JVZ-interventies en JVZ-organisatorische kaders</i>	17
3.2.2 <i>Landelijk gebruikte JVZ-organisatorische kaders</i>	18
3.2.3 <i>Landelijk aangeboden JVZ-interventies</i>	20
3.3 Regionaal aanbod	25
3.3.1 <i>Regionale organisatorische kaders</i>	25
3.3.2 <i>Regionale JVZ-interventies</i>	25
4 Update van de wetenschappelijke evidentie	28
5 De interventiematrix	31
6 Discussie en conclusie	41
Literatuur	43

Voorwoord

In het kader van het Programma Terugdringen Recidive heeft het Ministerie van Justitie behoefte aan gedragsinterventies bewezen effectief zijn. Voor verslaafde justitiabelen heeft ze daarom de SVG (Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland) gevraagd een overzicht te maken van de beschikbare bewezen effectieve interventies. De SVG heeft die opdracht in nauwe samenwerking met Resultaten Scoren uitgevoerd en het resultaat daarvan verscheen in 2004. (SVG Werkgroep Interventiematrix JVZ, 2004; JVZ staat voor Justitiële VerslavingsZorg) Het Ministerie richtte in de afgelopen jaren een Erkenningscommissie voor de gedragsinterventies in en de drie reclasseringsorganisaties en het Gevangeniswezen boden daaraan geschikte interventies aan en pasten deze na (voorlopige) erkenning toe.

In 2008 begon het Ministerie met de inkoop van zorg voor justitiabelen. Ook hiervoor zullen in de toekomst alleen interventies ingekocht worden die zijn goed gekeurd door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie.

Al met al voldoende redenen voor de SVG om een geactualiseerd overzicht te hebben van beschikbare bewezen effectieve gedragsinterventies.

Alleen in 2006 verscheen nog zo'n inventarisatie van ZonMW als onderdeel van de afronding van haar onderzoeksprogramma Verslaving, De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader. (Koeter, 2006).

Nadien heeft Resultaten Scoren haar Master Protocol voor de ontwikkeling van haar protocollen en kennisdocumenten vernieuwd en tevens aangepast aan de criteria van de Erkenningscommissie van het Ministerie van Justitie. (Jansen & Snoek, 2007) Dat maakt het voor instellingen voor Verslavingszorg gemakkelijker om aan het Ministerie van Justitie gedragsinterventies aan te bieden die op haar erkenning mogen rekenen.

De SVG heeft Resultaten Scoren gevraagd de Interventiematrix van destijds te actualiseren, daarmee invulling gevend aan haar beleid waarvan inhoud en wetenschappelijke onderbouwing de basis vormen. In haar opdracht is de geactualiseerde interventiematrix opgesteld door Dr. M Koeter en anderen. Het resultaat is door de stuurgroep Resultaten Scoren besproken en vastgesteld.

Graag willen hier onze waardering uitspreken voor de kwaliteit van het resultaat van de heer Koeter en zijn collegae.

Met bijgevoegde matrix kan de zorgontwikkeling voor justitiabelen voorlopig weer vooruit.

Hoe lang?

In het rapport wordt geconstateerd dat er in de afgelopen vijf jaar niet veel nieuwe evidentie is ontstaan. De belangrijkste ontwikkelingen hebben in Nederland plaats gevonden door het onderzoek naar de effectiviteit van de SOV (Strafrechtelijke Opvang Verslaafden), FVK (Forensische Verslavings Kliniek) en Triple-Ex. (Koeter & Bakker, 2007).

Met de erkenning en toepassing van gedragsinterventies is ondertussen ook ervaring opgedaan. Daaruit blijkt dat er ook voor complexe problematiek te zeer wordt ingezet op enkelvoudige interventies en dat het toepassen van sequenties van gedragsinterventies in een stimulerende omgeving nog onvoldoende plaats vindt.

In het rapport wordt aandacht gevraagd voor (lokale) initiatieven die niet voldoen aan de criteria van de Erkeningscommissie maar wel een mogelijk veel belovende ontwikkeling in zich hebben. Kortom wat is de ruimte voor het ontwikkelen van interventies voor problematiek waarvoor nog geen erkende interventies beschikbaar zijn.

Interventies die in de VS bewezen effectief zijn zullen dat niet vanzelfsprekend in Nederland ook zijn. Initiatieven om dergelijke interventies in Nederland uit te proberen en aan te passen hebben tot nu toe ontbroken.

Met dit rapport verwachten we bij te dragen aan de stimulering van nieuwe initiatieven om het pakket van bewezen effectieve interventies voor justitiabelen uit te breiden. Daarmee spreken we tevens de wens uit dat deze ontwikkelingen zodanig zijn dat we over 5 jaar uitkijken naar een nieuwe geactualiseerde Interventiematrix JVZ.

Namens de stuurgroep Resultaten Scoren
Martinus Stollenga
Voorzitter

Amersfoort, november 2009

Literatuur

Jansen, H.A.M. & Snoek, A.: Masterprotocol Resultaten Scoren. Handleiding voor de ontwikkeling van protocollen en kennisdocumenten voor de verslavingszorg. Resultaten Scoren, Amersfoort, 2007.

Koeter, M.W.J. & Maastricht, A.S. van: De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader. NWO-ZonMW, Den Haag, 2006.

Koeter, M.W.J. & Bakker, M.: Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV). Boom juridische uitgevers, Den Haag, 2007.

SVG Werkgroep Interventiematrix JVZ: Interventies voor verslaafde justitiabelen. SVG, Utrecht, 2004.

I Inleiding en opbouw update

1.1. Inleiding

Als gevolg van ontwikkelingen bij justitie (terugdringen recidive) en bij de verslavingszorg (resultaten scoren en werkgroep verslavingszorg) ontstond de behoefte aan een overzicht van interventies die een aantoonbaar effect hebben op recidive bij justitiabele verslaafden. In 2004 werd door de SVG werkgroep interventiematrix JVZ het rapport: "Interventies voor justitiabele verslaafden" gepresenteerd. Dit rapport werd bekend onder de naam "Interventiematrix". Het rapport pretendeerde een dergelijk overzicht te geven. In het rapport werd een onderscheid gemaakt tussen verslavingszorg interventies die zich richten op verslaafden in het algemeen maar ook toegankelijk zijn voor justitiabele verslaafden (zoals de leefstijltrainingen en heroïne behandeling op medisch voorschrift en interventies die specifiek ontwikkeld zijn en gericht zijn op justitiabele verslaafden zoals de SOV, de FVK en GAVO. In mei 2009 kreeg het AIAR van de stuurgroep Resultaten Scoren de opdracht deze interventiematrix te updaten voor zover het interventies betrof die specifiek gericht waren op justitiabele verslaafden (tabellen 1b, 2b en 3b uit de originele interventiematrix). Hiertoe hebben wij:

1. Een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van verslavingsinterventies voor justitiabelen m.b.t. verslavingsgedrag en criminele recidive over de periode 2003-heden. Samen met het literatuuronderzoek van Koeter en van Maastricht (2006) levert dit een beeld op van de wetenschappelijke evidentie van de effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader;
2. Een telefonische enquête gehouden onder alle hoofden justitiële verslavingsreclassering en een aantal hoofden en verslavingszorg in Nederland waarin werd gevraagd naar a) welke interventies in hun organisatie werden gebruikt voor de doelgroep justitiabele verslaafden en b) of er in hun regio specifieke interventies voor deze doelgroep ontwikkeld waren. We beperkten ons hierbij specifiek tot interventies die zich richten op justitiabele verslaafden en die zich naast verbetering van de verslavingsproblematiek ook richten op recidive reductie;
3. Gesprekken gevoerd met medewerkers van het ministerie van justitie (DJI, DSP), de SVG, ISD, veiligheidshuizen, Hoeve Boschoord (i.v.m. LVG problematiek) en VNN (i.v.m. jeugdige verslaafden);
4. Diverse rapporten en (kamer)stukken, evenals digitale informatie op web sites bestudeerd.

Gezien de korte looptijd van het project waren wij niet in staat om voor alle interventies door observatie zelf te bepalen in hoeverre kenmerken veranderd zijn. We hebben ons moeten beperken tot de manuals (voor zover beschikbaar) en gesprekken met ter zake deskundigen. De update heeft hierdoor een globaal karakter.

1.2 Opbouw update

Allereerst wordt ingegaan op verandering in het kader waarbinnen de justitiële verslavingszorginterventies worden aangeboden. Hierbij wordt stilgestaan bij terugdringen recidive, modernisering gevangeniswezen, project optimalisering voorwaardelijke sancties en redesign toezicht, evenals op de veranderde financiering op basis van het advies van de commissie Houtman. Vervolgens worden 2 groepen justitiabele verslaafden kort besproken die speciale aandacht vragen van de justitiële verslavingszorg: 1) criminele verslaafde jongeren en 2) ver-

slaafde justitiabelen met een licht verstandelijke handicap. Voor beide groepen is het aanbod nog beperkt en in ontwikkeling. Daarna worden de veranderingen die zijn opgetreden in het interventieaanbod kort besproken. Vervolgens worden de bevindingen van het literatuuronderzoek besproken waarbij met name wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de internationale literatuur aanleiding geeft om de evidence base van interventies die worden aangeboden in het kader van de forensische verslavingszorg en verslavingsreclassering te herzien. Tot slot wordt een geupdate versie van tabel 1b, 2b en 3b gepresenteerd.

2 Nieuwe ontwikkelingen binnen justitie

2.1. Inleiding

De forensische verslavingszorg en verslavingsreclassering opereren in het grensgebied tussen verslavingszorg en justitie. Cliënten hebben in het algemeen een justitiële titel (bijvoorbeeld: toezicht, voorwaarde bij voorwaardelijke veroordeling, sepot, schorsing of invrijheidstelling). Deze 'justitiële drang' begrenst de mogelijkheden van de verslavingszorg. Justitie kan voorwaarden stellen aan de activiteiten van de verslavingsreclassering en justitiële verslavingszorg die ze vergoedt. Bijvoorbeeld ten aanzien van de setting (beveiliging) en de inhoud (ook aandacht voor recidive en de relatie verslaving delictgedrag). Het justitieel kader kan ook invloed hebben op de hulpverleningsrelatie. Er is sprake van een combinatie van beveiliging (breed opgevat, als voorkomen recidive) en zorg. Vaak is er sprake van verzet van cliënten tegen het opgelegde contact en, in het verlengde hiervan, een beperkte interne motivatie tot verandering bij de justitiabele. Aan de andere kant biedt de relatie met justitie ook voordelen. Door het justitieel kader wordt instroom en retentie in behandeling minder vrijblijvend en verder biedt het justitieel kader de mogelijkheden om in contact te komen met de verslaafden.

Justitie is in de afgelopen jaren een met aantal belangrijke veranderingen en ontwikkelingen gestart. Het betreft in het bijzonder een aantal programma's en projecten die in combinatie tot doel hebben de veiligheid in Nederland te verhogen en de recidivekans te beperken. Deze projecten hebben voor een deel hun invloed op het werk en de ontwikkeling van programma's en producten van de verslavingsreclassering en justitiële verslavingszorg. De belangrijkste zijn: Terugdringen Recidive (TR), Modernisering gevangeniswezen (MGW), Optimalisering voorwaardelijke sancties, professionalisering reclasseringstoezicht en advies, Vernieuwing Forensische Zorg (VFZ) en het programma sluitende aanpak nazorg. Daarnaast is in 2007 gestart met het overhevelen van het budget voor de forensische zorg van VWS (AWBZ gelden) naar justitie. Dit betekent dat alle forensische zorg zolang de justitiële titel duurt wordt gefinancierd door justitie en na beëindiging van de justitiële titel weer moet worden gefinancierd vanuit VWS (AWBZ of indien van toepassing WMO). In de volgende paragrafen worden de belangrijkste programma's kort besproken.

2.2. Het Programma Terugdringen Recidive

Het ministerie van justitie is in 2002 gestart met het beleidsprogramma 'Terugdringen Recidive' (TR). De idee achter dit programma is de recidive te verminderen door de tijd die justitiabelen in de gevangenis doorbrengen of onder reclasseringstoezicht staan beter te benutten voor de voorbereiding op een succesvolle terugkeer in de maatschappij. Daarbij wordt uitgegaan van de zogenaamde 'What works' benadering die zijn oorsprong vindt in Engeland en Canada.

Er wordt gestreefd naar een persoonsgerichte aanpak die rekening houdt met de ernst van het delict, de persoon van de dader en het risico voor de samenleving. Deze aanpak wordt toegepast in alle fasen van het strafproces. In de fase van de strafoplegging; dit wordt o.a. geconcretiseerd in een toename van het aantal voorwaardelijke sancties met als bijzondere voorwaarde deelname aan interventies of behandelingen. In de fase van de uitvoering van de straffen, wordt dit o.a. geconcretiseerd in een strengere toezicht op de naleving van de voorwaarden door de reclassering, bij voorwaardelijke sancties en maatregelen uit de MGW en in de re-integratiefase. Dit laatste wordt onder andere geconcretiseerd in een meer gefaseerde

terugkeer naar de samenleving (de voorwaardelijke invrijheidstelling met toezicht op de voorwaarden door de reclassering) en een verbeterde nazorg.

In het kader van TR wordt ernaar gestreefd de diagnose van criminogene en risicofactoren te verbeteren en effectieve interventies te ontwikkelen en toe te passen die zich richten op deze criminogene behoeften. Ook wordt de samenwerking tussen het Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen en de reclasseringsinstellingen geïntensiveerd en verbeterd. Om een sluitende nazorg te kunnen bieden worden afspraken met de gemeenten gemaakt over maatschappelijke voorzieningen waarvan ex-gedetineerden na ontslag gebruik kunnen maken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om ondersteuning bij huisvesting, inkomen en dergelijke basisvoorwaarden voor een geregeld leven. Ontbreken deze dan stijgt de kans op recidive.

De "What works" benadering postuleert vier principes waaraan een effectieve interventie moet voldoen. Het risicoprincipe dat vereist dat de intensiteit van de interventie is afgestemd op het recidiverisico. Het behoefteprincipe dat vereist dat de interventie zich richt dynamische criminogene factoren¹. Het responsiviteitsprincipe, dat vereist dat de interventie wordt aangeboden in een vorm die aansluit bij de mogelijkheden en leerstijl van de delinquent en het behandelintegriteitsprincipe, dat vereist dat de behandeling wordt gegeven zoals zij bedoeld is. De eerste twee principes vragen een goede inschatting van het recidiverisico en identificatie van criminogene factoren. Hiervoor is de RISC (Recidive Inschatting Schalen) ontwikkeld. Hiermee kan naast het recidiverisico ook bepaald worden welke criminogene factoren er aanwezig zijn. Op basis daarvan moet een op de persoon afgestemd re-integratieplan worden opgesteld waarin onder meer wordt vastgelegd voor welke interventies, passend bij de criminogene factoren, de delinquent in aanmerking komt.

Een belangrijk uitgangspunt van het programma TR is het streven op korte termijn uitsluitend interventies waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze werken toe te passen. Daarom heeft justitie de kwaliteit van het bestaande aanbod van interventies voor volwassenen gedetineerden in kaart gebracht en aan de hand van een aantal kwaliteitscriteria geëvalueerd. Deze kwaliteitscriteria zijn gebaseerd op de 'What works' literatuur. Geen van de Nederlandse gedragsinterventies voldeed bij de eerste inventarisatie aan de kwaliteitscriteria. Op basis van deze bevindingen werd een aantal interventies geselecteerd die worden doorontwikkeld zodat ze aan de kwaliteitscriteria gaan voldoen en worden andere interventies vervangen door nieuwe te ontwikkelen programma's. Het gaat daarbij vooral om gedragsinterventies omdat uit de 'What works' literatuur naar voren komt dat deze het meeste effect opleveren. Justitie streeft naar een beperkt aantal gedragsinterventies, die aan de kwaliteitscriteria voldoen, in plaats van een heel uitgebreid aanbod waarvan de effectiviteit niet kan worden aangetoond. In de nabije toekomst zullen daarom uitsluitend nog erkende interventies door justitie worden gefinancierd. Om een gedragsinterventie daadwerkelijk te kunnen uitvoeren moet er overigens genoeg tijd beschikbaar zijn. Een belangrijke randvoorwaarde is daarom dat een gedetineerde voldoende strafrestant heeft om voor een interventie in aanmerking te komen.

1 Criminogene factoren zijn kenmerken, risicofactoren en problemen van de delinquent die direct samenhangen met zijn crimineel gedrag. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen statische en dynamische criminogene factoren. De eerste zijn factoren die samenhangen met criminaliteit maar niet zijn te veranderen (geslacht, justitiële voorgeschiedenis), de tweede zijn factoren die samenhangen met criminaliteit en zich wel laten veranderen. Verslaving is een belangrijke dynamische risicofactor.

2.3. Programma Modernisering Gevangeniswezen (MGW)

Kern van het MGW is een persoonsgerichte aanpak en het versterken van de samenwerking met de ketenpartners die bij het hele re-integratietraject betrokken zijn. De persoonsgerichte aanpak betekent dat iedere gedetineerde bij binnenkomst wordt gescreend naar risicoprofiel en zorgbehoefde. Op basis van deze gegevens wordt dan een individueel re-integratieplan opgesteld. Dit omvat activiteiten binnen de gevangenis zoals bv. gedragsinterventies en een nazorgplan. Hierbij is samenwerking met ketenpartners zoals zorginstellingen, gemeenten en de reclasseringsinstellingen belangrijk. De bestaande 40 differentiaties binnen het gevangeniswezen worden vervangen door zes doelgroepen (preventief gehechten, kortverblijvenden, langverblijvenden en bijzondere groepen zoals gedetineerden met extra zorg of beveiligingsbehoefte, vrouwen en strafrechtelijke vreemdelingen). Een belangrijke consequentie van deze nieuwe doelgroepbenadering is de opheffing van de Verslaafden Begeleiding Afdelingen (VBA). In het kader van een betere samenwerking met de ketenpartners in het kader van de nazorg worden kortverblijvenden en langverblijvenden in de laatste 4 maanden van hun detentie zoveel mogelijk regionaal geplaatst, worden medewerkers maatschappelijke dienstverlening (mmd-ers) aangesteld die contacten met de gemeentes en ketenpartners moeten leggen en wordt gedacht aan het starten van schuldsanering en arbeidstoeleiding al tijdens de detentiefase. Verder worden vijf zogenaamde Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC) opgericht (Amsterdam, Den Haag, Zwolle, Maastricht en Vught) voor gedetineerden met psychiatrische problemen. Door deze concentratie beoogt men een verhoging van de kwaliteit van zorg te bewerkstelligen. Binnen iedere PI is bovendien een extra zorgvoorziening (EZV) voor de eerstelijns hulp aan gedetineerden.

2.4 Project Optimalisering Voorwaardelijke Sancties

Een groot deel (60%) van de gedetineerden verblijft korter dan 2 maanden in detentie, 50% korter dan 1 maand en een kwart korter dan 2 weken. Deze tijd is te kort om gedragsverandering te bewerkstelligen. Een voorwaardelijke sanctie met als bijzondere voorwaarden deelname aan een gedrag- of zorginterventie met strakke naleving op het nakomen van deze voorwaarden biedt mogelijk meer perspectief op recidivevermindering. Deze gedachte ligt ten grondslag aan het project Optimalisering Voorwaardelijke Sancties (OVS). Een extra voordeel van voorwaardelijke sancties boven detentie is dat de betrokkenen in hun sociaal netwerk kunnen blijven. Concreet streeft het project naar meer vordering van bijzondere voorwaarden, een betere advisering door de reclassering, het opnemen van verschillende soorten bijzondere voorwaarden in de regelgeving, een standaardisering van het reclasseringsadvies, beter en strikter toezicht en consequenter optreden bij niet naleving van de voorwaarden en betere uitwisseling van informatie tussen de betrokken ketenpartners (OM, Raad voor de rechtspraak, reclassering, DJI, GGZ Nederland en politie). Belangrijk is ook dat de specifieke voorwaarden worden opgenomen in het vonnis.

Veranderingen binnen de reclassering in het kader van OVS

Het project OVS heeft ook veranderingen binnen de reclassering tot gevolg. Veranderingen m.b.t. advies en toezicht worden hieronder in het kort nader toegelicht.

Het programma Advies

Binnen het Programma Advies wordt door de reclasseringorganisaties gewerkt aan verbetering van de diagnostiek, het ontwikkelen van standaardformats voor de nieuwe adviesproducten en een efficiëntere werkwijze met het OM rond het aanvragen en uitbrengen van adviezen.

Het plan is het huidige voorlichtingsrapport en alle bestaande vormen van adviesrapportage te vervangen door drie vormen van advies: het reclasseringsadvies op basis van de RISc (eventueel met aanvullend onderzoek), het reclasseringsadvies beknopt op basis van de QuickScan en het reclasseringsadvies beknopt zonder gebruik van een screeninginstrument. De eerste twee adviestypes worden dus altijd opgesteld op basis van een screeninginstrument. Aan de hand van een beslisboom wordt de reclasseringswerker toegeleid naar de juiste adviesvariant. De reclassering beslist in de toekomst dus zelf welke soort advies zij uitbrengt.

Om te voorkomen dat adviezen te laat worden aangevraagd en/of te laat worden verstrekt zijn duidelijke ketenafspraken gemaakt. Deze zijn vastgelegd in een ketenbreed document. Hierin staat ondermeer waar, hoe en wanneer informatie moet worden aangevraagd (bv. OM aan reclassering) en aangeleverd (bv. reclassering aan OM). Ook is de vorm van het advies duidelijk omschreven. Verder is het streven in het advies zo concreet mogelijke aanbevelingen voor de bijzondere voorwaarden te geven.

Redesign toezicht

In het kader van het programma OVS en naar aanleiding van de bevindingen van het rapport 'Inzicht in Toezicht' (Abraham et al. 2007) wordt het reclasseringstoezicht herzien (project redesign toezicht). De belangrijkste veranderingen zijn:

- Hanteren van een enkele definitie van reclasseringstoezicht door alle betrokken instanties. Deze luidt: 'Reclasseringstoezicht is controle op het nakomen van door OM, ZM en DJI opgelegde (bijzondere) voorwaarden en het stimuleren en motiveren van de veroordeelde om zich aan de (bijzondere) voorwaarden te houden'.
- Drie in intensiteit verschillende niveaus van toezicht afgestemd op het individuele cliëntprofiel:
- Niveau 1: voor cliënt met een laag tot laag gemiddeld recidive risico die meewerkt aan bij de uitvoering van het toezicht.
- Niveau 2: cliënt met een laag gemiddeld risico die in eerste instantie niet kan of wil meewerken aan de uitvoering van het toezicht of cliënt met een hoog gemiddeld risico.
- Niveau 3: cliënt met een hoog recidive risico waarbij meewerken aan de uitvoering van het toezicht moet worden afgedwongen.
- Eenduidiger en consequenter reactie op overtreding van de voorwaarden

2.6 Nieuwe doelgroepen

Twee subgroepen justitiabelen waarmee justitie en daarmee ook de justitiële verslavingszorg en verslavingsreclassering wordt geconfronteerd en die speciale aandacht vragen zijn verslaafde justitiabelen met substantiële cognitieve beperkingen en justitiabele jeugdige verslaafden. Beide groepen worden hieronder kort gekarakteriseerd.

In de interventiematrix wordt alleen ingegaan op het aanbod voor volwassen justitiabele verslaafden en blijkt het aanbod voor LVG justitiabelen beperkt te zijn tot de COVA+.

2.6.1 Justitiabelen met LVG

Een aanzienlijk deel van de doelgroep van de justitiële verslavingszorg betreft cliënten met complexe problematiek bij wie naast verslavingsproblematiek ook sprake is van psychiatrische comorbiditeit of substantiële cognitieve beperkingen. Bij de laatste groep onderscheid men zwakbegaafden (IQ tussen de 70 en 85 en beperkt sociaal aanpassingsvermogen als gevolg van dit IQ) en licht verstandelijk gehandicapten (LVG; IQ tussen de 50 en 70). De meest problematische groep, in hulpverleningstermen, wordt gevormd door de cliënten met zogenaamde drievoudige of triple problematiek, dat wil zeggen een combinatie van LVG, verslaving en psychiatrische comorbiditeit. De omvang van de groep justitiabelen met triple problematiek wordt geschat op ten minste 1500 (Kaal et al. 2009). Dit is waarschijnlijk een conservatieve schatting. Daarnaast is er ook een groep justitiabele verslaafden met LVG zonder comorbide psychiatrische problematiek. De omvang van deze laatste groep is onbekend.

Justitiabelen met LVG worden vaak niet herkend door de bewaking en ook niet door de hulpverlening. In sommige subcategorieën justitiabele verslaafden, zoals bijvoorbeeld de ISD, maken ze niettemin een substantieel deel van de groep uit. In de ISD Amsterdam is zelfs een speciale subafdeling voor ISD-ers met LVG opgericht. Ook in de procesevaluatie van de ISD (Goderie et al, 2008) wordt gesproken van een substantiële groep die welwillend is maar als gevolg van een psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking niet geschikt is voor de ISD maatregel.

De behandelingen die beschreven worden in de interventiematrix zijn over het algemeen te ingewikkeld voor justitiabelen met LVG. Trainingen en therapeutische interventies zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes en doen een te groot beroep op cognitieve vaardigheden van de cliënten met LVG. Lokaal worden op basis van klinische ervaring, best practice en trial en error op diverse manieren bestaande interventies aangepast voor deze doelgroep. Hier worden over het algemeen de volgende aanpassingen genoemd: 1) eenvoudiger taalgebruik; 2) meer gericht op aanleren gedrag dan op veranderen cognities met veel herhaling; 3) samenwerking tussen behandeling en begeleiding; 4) ingebed in een intensief (in veel gevallen levenslang) zorgaanbod.

Momenteel is men bijvoorbeeld zowel bij Tactus Verslavingszorg als bij het Trimbos Instituut (in samenwerking met de kliniek Hoeve Boschoord) bezig, een protocol te ontwerpen voor de behandeling van verslaafden met verstandelijke beperkingen. Een ander voorbeeld is de kliniek Hoeve Boschoord in de regio Noord Nederland. Deze is gespecialiseerd in zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap en bijkomende verslaving en/of psychiatrische problematiek die met justitie in aanraking (dreigen te) komen. Met uitzondering van de COVA+ bestaat er op dit moment echter nog geen erkende interventie voor deze doelgroep, noch zijn de lokaal aangepaste interventies op wetenschappelijk verantwoorde wijze op hun effectiviteit onderzocht.

2.6.2. Interventies voor (justitiabele) jeugdige verslaafden (12 – 24 jaar)

Als landelijk aanbod bestaat voor deze doelgroep momenteel nog de jongerenleerstraf 'middelen en delict'. Op dit ogenblik wordt op basis van deze interventie een nieuwe gedragsinterventie ontwikkeld die door Justitie erkend moet worden. Deze nieuwe interventie zal dan de oude leerstraf vervangen. Het huidige programma is bedoeld voor jongeren tussen 12 en 18 jaar die riskant of problematisch middelengebruik tonen en vermogens- en/of geweldsdelicten

plegen. Het is niet geschikt voor zwakbegaafden of licht verstandig gehandicapten (LVG). Inhoudelijk komen zowel problematisch middelengebruik als delictgedrag aan de orde. Ook de ouders worden erbij betrokken.

De volgende in dit hoofdstuk beschreven interventies zijn echter niet specifiek gericht op *justitiabele* verslaafde jongeren maar op verslaafde jongeren in het algemeen. Ze zijn overigens ook toegankelijk voor verslaafden jongeren met een justitiële titel.

Er zijn op dit moment drie projecten voor verslaafde jongeren uit deze leeftijdsgroep in Nederland: in de regio's Amsterdam, Noord Nederland en Den Haag. Het aanbod in de regio's Noord Nederland en Amsterdam wordt hieronder kort beschreven.

In de regio Noord Nederland is er een detox/opnameafdeling, een klinische behandelafdeling (12 – 18 jaar, er bestaat een tweede voor jong volwassenen van 18 – 26 jaar), ambulante- en poliklinische behandeling evenals deeltijdbehandeling (18-24 jaar). Op de detox/opnameafdeling vindt naast detoxificatie ook aanvullende diagnostiek plaats. Deze afdeling biedt een gestructureerde en regelmatige dagindeling voor maximaal vier weken. De klinische behandelafdeling is bedoeld voor jongeren bij wie naast verslavingsproblematiek ook problematiek op andere leefgebieden (gezin, school etc.) bestaat en die geen of een beperkte veranderingsmotivatie tonen. Op deze afdeling vindt intensieve behandeling plaats vooral in vorm van cognitief-gedragstherapeutische interventies. Er wordt veel aandacht besteedt aan terugvalmanagement. Ook psycho-educatie speelt hier een belangrijke rol.

Recent werd samen met de regio Amsterdam in het kader van Resultaten Scoren het 'mid-delenonafhankelijk CGT-protocol jongeren' voor het ambulant behandelaanbod ontwikkeld dat momenteel in de regio's Amsterdam en Noord Nederland wordt getest. Het programma is bedoeld voor jongeren van 12 – 18 jaar met middelenmisbruik of –afhankelijkheid en geen tot lichte bijkomende problematiek. Het bestaat uit twee behandelassen met maximaal 16 wekelijkse sessies in totaal. In de eerste vijf sessies (1^e behandelfase) gaat het om het motiveren van de jongere met behulp van motiverende gespreksvoering. Daarnaast wordt bepaald van welke type de drugsgelateerde problemen zijn: angstig/somber of impulsief/sensatiezoekend. Afhankelijk van het type wordt samen met de jongere een aantal vaardigheidstrainingen (2^e behandelfase) gekozen. Deze zijn deels gericht op middelengebruik algemeen (bv. Uitglijder en noodplan); deze worden door alle jongeren gevolgd. Andere trainingen zijn specifiek gericht op een van de twee typen drugsgelateerde problemen (zoals: omgaan met verveling voor het impulsieve type, omgaan met sombere stemming voor het angstige type) en kunnen afhankelijk van de individuele problematiek bijzonder uitgebreid, alleen kort of helemaal niet worden doorlopen. Naast de inhoudelijke sessies vindt in het begin een intakegesprek plaats, na de eerste vijf sessies een informatiegesprek en na afloop een eindgesprek samen met de ouders.

De interventies zijn ook geïndiceerd voor justitiabele verslaafde jongeren hoewel zij niet specifiek gericht zijn op delictgedrag. Het aanbod is echter beperkter voor de groep (justitiabele) verslaafde jongeren met een licht verstandig handicap (LVG-groep). Voor deze groep bestaat in de regio alleen de mogelijkheid van de detox-afdeling gebruik te maken.

2 Update interventiematrix

3.1. Inleiding

De originele interventiematrix onderscheidt 'verslavingszorginterventies' (VZ-interventies), dit zijn interventies die beschikbaar zijn voor alle mensen met middelenproblematiek (waaronder justitiabelen, soms in het kader van een drangtraject met justitieel kader) en 'justitiële verslavingszorginterventies' (JVZ-interventies), dit zijn interventies die exclusief toegankelijk zijn voor justitiabelen (speciale drangvoorzieningen en interventies van de verslavingsreclassering). In de praktijk blijkt een deel van de JVZ-interventies overigens ook cliënten op te nemen zonder justitiële titel. In dit rapport wordt onder JVZ-interventies verstaan: interventies ontwikkeld voor en gericht op justitiabele verslaafden die zich naast verslavingsproblematiek ook expliciet richten op recidivereductie. Dit hoofdstuk beperkt zich tot deze JVZ-interventies en geeft een update van tabellen 1b, 2b en 3b uit de originele interventiematrix uit 2004.

Bij de update van de interventiematrix wijken we op drie manieren af van de oorspronkelijke interventiematrix:

1. De oorspronkelijke interventiematrix maakte geen onderscheid tussen specifieke interventies zoals leefstijltrainingen, organisatorische kaders zoals ketenaanpak en setting (klinisch versus ambulant), gerelateerd aan de intensiteit van interventies. In dit rapport wordt dit wel gedaan. De ISD, GAVO, Ketenaanpak en veiligheidshuizen worden in onze geupdate versie niet gezien als interventies/zorg maar als organisatorische kaders waarbinnen interventies of zorg kunnen worden aangeboden.

Ook wordt een onderscheid gemaakt tussen specifieke interventies en setting. Dit laatste begrip heeft betrekking op de intensiteit van het aanbod. We maken onderscheid tussen ambulant en klinisch. De Triple-Ex, de forensische verslavingsklinieken en de forensische verslavingspoliklinieken zijn geen specifieke interventies, noch organisatorische kaders, maar settings waarbinnen interventies worden aangeboden. Dergelijke kaders maken het aanbod minder vrijblijvend en kunnen een positieve invloed hebben op de instroom, retentie en het effect van dergelijke interventies. Ook kunnen zij de toegankelijkheid van interventies verhogen door afspraken tussen ketenpartners over het aantal beschikbare plaatsen.

De organisatorische kaders worden niet langer in alle tabellen beschreven omdat een deel van de categorieën naar onze mening niet van toepassing is op organisatorische kaders. Enkele voorbeelden van niet van toepassing zijnde categorieën zijn: 'duur in maanden', 'individueel of groep'.

2. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen landelijk aangeboden interventies en regionale interventies. Een aantal interventies (zoals de leefstijltraining justitiabelen) zijn erkend door de erkenningscommissie van justitie. Deze worden landelijk aangeboden. Daarnaast blijkt dat in diverse arrondissementen de justitiële verslavingszorg en verslavingsreclassering regionale interventies hebben ontwikkeld die (nog) niet landelijk beschikbaar zijn. Enkele voorbeelden zijn het nazorgprogramma van Arkin in de regio Amsterdam en het programma middelengebruik en huiselijk geweld van Centrum Maliebaan. Het is onduidelijk in hoeverre deze interventies landelijk zullen worden geïmplementeerd. Gezien het streven van justitie om na 2012 alleen nog erkende interventies te financieren is de levensvatbaarheid van deze regionale interventies op dit moment nog onduidelijk.

3. Opnemen van motiverende interventies bij JVZ-interventies.

Ondanks het feit dat motiverende interventies niet specifiek ontwikkeld zijn voor justitiabele

verslaafden en ook niet gericht zijn op recidivereductie spelen motiverende interventies naar onze mening een belangrijke rol in justitiële verslavingszorg en bij de verslavingsreclassering. Kenmerkend voor de hulpverlening in gedwongen kader is het vaak ontbreken van interne motivatie tot verandering. Werkers in gedwongen kaders krijgen vaak te maken met cliënten die zich, zeker in het begin, verzetten tegen het contact. Daarnaast zijn zij niet allemaal vanzelfsprekend gemotiveerd om mee te werken aan begeleidingsdoelen (Menger, 2008). Niet alleen heeft een geringe interne motivatie een negatief effect op de bereidheid van de cliënt om met een interventie of behandeltraject te starten, eenmaal gestart is interne motivatie van wezenlijk belang van retentie in de interventie en de mate waarin de cliënt wordt beïnvloed door de interventie of behandeling. Tot slot is interne motivatie van belang voor het beklijven van de veranderingen. Na afloop van de justitiële titel, als de justitiële drang is opgeheven, is de mate waarin de cliënt zelf het belang van de gedragsverandering inziet de enige factor die een op gang gezette verandering kan doen beklijven. Samenvattend: motiverende interventies alleen hebben een beperkt effect op verslavingsgedrag en recidive maar motiverende interventies in combinatie met andere interventies des te meer. Ze versterken de toepasbaarheid en het effect van de andere interventie en vormen in justitieel kader een belangrijke, zo niet noodzakelijke voorwaarde voor een effectieve aanpak van de criminele recidive (zie bijvoorbeeld Wartna 2008). Vanuit dit perspectief kunnen vraagtekens gezet worden bij de kwaliteitscriteria van de erkenningscommissie als te smal. Deze zijn alleen gericht op terugdringen van recidive zodat interventies, bijvoorbeeld motiverende interventies die zich niet expliciet richten op het terugdringen van criminele recidive geen, of althans een verminderde kans hebben om te worden erkend. Dat heeft tot gevolg dat ze niet door justitie worden betaald en de financiering onzeker blijft.

In dit hoofdstuk wordt eerst een kort overzicht gegeven van zowel de JVZ- organisatorische kaders als de JVZ-interventies die in de oorspronkelijke interventiematrix zijn opgenomen, maar ondertussen zijn opgeheven of vervangen, of op korte termijn worden opgeheven c.q. vervangen.

Tussen 2004 en nu is ook een aantal nieuwe organisatorische kaders en interventies aan het landelijke aanbod van de JVZ toegevoegd. Het volledige huidige landelijke aanbod (inclusief de nieuwe interventies en organisatorische kaders) vind u in tabel A. Deze tabel wordt gevolgd door een beschrijving van de diverse elementen uit dit aanbod.

Vervolgens worden de regionaal ontwikkelde en aangeboden JVZ-interventies besproken. Daarna worden de belangrijkste resultaten uit de internationale literatuur met betrekking tot de effectiviteit van justitiële verslavingszorg interventies besproken. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het onderzoek van Wartna (2009) naar de effectiviteit van strafrechtelijke interventies op recidive, het rapport van Koeter en van Maastricht (2004) dat de internationale literatuur m.b.t. de effectiviteit van justitiële verslavingszorg interventies beschrijft tussen 2000 en 2005 en het in het kader van deze update uitgevoerde literatuuronderzoek naar de effectiviteit van justitiële verslavingszorginterventies/organisatorische kaders over de periode 2005-2009. Het integrale verslag van deze literatuurstudie vindt u in bijlage 1.

Het hoofdstuk eindigt met de geupdate tabellen 1b, 2b en 3b van de originele interventiematrix.

3.2. Landelijk aanbod.

Voor dit overzicht hebben we gebruik gemaakt van de beschikbare informatie over deze interventies op bijvoorbeeld de websites van de SVG, het WODC en de verschillende verslavingszorginstellingen. Verder hebben we diverse gesprekken gevoerd met deskundigen van de verslavingszorginstellingen, justitie en het SVG en tot slot hebben we een telefonische enquête gehouden onder de hoofden verslavingsreclassering en verslavingszorg van de verschillende arrondissementen.

3.2.1. Opgeheven of vervangen landelijk aangeboden JVZ-interventies en JVZ-organisatorische kaders

Sinds 2004 is de strafrechtelijke maatregel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) vervangen door de strafrechtelijke maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (ISD) en zijn de leefstijltraining justitiabelen en de terugvalpreventie middelengebruik doorontwikkeld en geïntegreerd in een korte leefstijltraining justitiabelen en een (lange) leefstijltraining justitiabelen. Verder is een aanzienlijk deel van de VBA afdelingen/cellen opgeheven en wordt naar verwachting de rest van de VBA afdelingen/cellen in het kader van het MGW programma op korte termijn opgeheven. Voor preventief gehechten en zogenaamde kortverblijvers (gedetineerden met een strafverwachting korter dan 4 maanden) in huizen van bewaring wordt de VBA vervangen door een zogenaamd doorgeleidingsprogramma (DGP). In de gevangnissen worden geen speciale drugsvrije afdelingen meer gepland. In plaats daarvan wil justitie door een betere controle op drugs de gevangnissen in Nederland allemaal drugvrij maken. Bij het realiteitsgehalte van deze doelstelling kunnen overigens de nodige vraagtekens worden gezet. Tot slot wordt, als gevolg van het verdwijnen van de leerstraffen de taakstraf alcoholdelinquentie (TAD) vervangen door een nieuwe gedragsinterventie 'alcohol en geweld' die aansluit bij het nieuwe beleid ten aanzien van de voorwaardelijke sancties.

Tabel A. Overzicht huidig aanbod landelijke JVZ interventies en organisatorische kaders

Aanbod	Beschrijving op blz.
Organisatorische kaders	
- Inrichting voor stelselmatige daders (ISD)	12
- Veiligheidshuizen	13
- Doorgeleidingsprogramma	13
- Geïntegreerde aanpak verslavingsproblematiek en overlast (GAVO)	14
Interventies/setting	
- Spiraal naar boven	14
- Training cognitieve vaardigheden CoVa	15
- CoVa voor verstandelijk minder begaafden; CoVa+	15
- Korte leefstijltraining voor justitiabelen	15
- Leefstijltraining voor justitiabelen	16
- Gedragsinterventie alcohol en geweld	16
- Piet Roorda Kliniek (FVK)	17
- Forensisch psychiatrische afdeling voor verslaafden (FPAV)	17
- Triple-Ex	18
- Forensische verslavingspolikliek	18
- Educatieve maatregel alcohol en verkeer; EMA	18
- De lichte educatieve maatregel alcohol en verkeer (LEMA)	19

3.2.2. Landelijk gebruikte JVZ-organisatorische kaders.

De volgende organisatorische kaders zijn nieuw: Inrichting voor stelselmatige daders (ISD), veiligheidshuizen en het doorgeleidingsprogramma. Een groot deel van de organisatorische kaders kan worden samengevat onder het begrip ketensamenwerking. Bij justitiabele verslaafden is vaak sprake van complexe problematiek, op meerdere levensgebieden zijn altijd meerdere partijen bij een traject betrokken en is frequent sprake van overgangen tussen verschillende instanties, financiers en hulpverleners (politie, justitie, verslavingszorg, gemeente, sociale dienst woningbouwvereniging etc. etc.). Ketensamenwerking of 'ketenaanpak' heeft mede tot doel de samenwerking tussen deze partijen te verbeteren. Dit betekent concreet: meer en duidelijkere afspraken, meer en betere uitwisseling van informatie en het op elkaar afstemmen van werkzaamheden en afspraken die men maakt met de cliënt in het behandeltraject. Dit wordt bij voorkeur in een beleidsnotitie of protocol vastgelegd. Door de ketensamenwerking neemt de kans toe dat een traject geheel en zoals bedoeld wordt uitgevoerd, wat de succeskans (recidive vermindering) verhoogd. In sommige gevallen bestaat zelfs 'netwerksamenwerking': dan bestaan er directe verbindingen van één samenwerkingspartner naar meerdere andere

Binnen deze organisatorische kaders worden de best passende interventies, op elkaar afgestemd, op de cliënt toegepast.

Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD)

De plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) is een specifiek voor veelplegers bestemde strafrechtelijke maatregel. De maatregel duurt maximaal twee jaar. De maatregel vervangt sinds oktober 2004 de strafrechtelijke maatregel SOV. De doelgroep van de ISD is breder dan de van de SOV. Het betreft zowel verslaafde als niet verslaafde veelplegers. Comorbide psychiatrische as-I of as-II problematiek is geen uitsluitingscriterium. In de praktijk bestaat de ISD populatie echter voor 100% uit verslaafden waarvan een substantieel deel gekenmerkt wordt door dubbele of triple problematiek². De ISD-maatregel kan in een basisregiem of in een regiem met een programma-aanbod ten uitvoer worden gelegd. In een basisregiem wordt het gewone dagprogramma zoals in een HvB aangeboden. In een ISD met programma-aanbod zijn verschillende gedragsinterventies beschikbaar. Voor verslaafden is hier vooral leefstijltraining voor justitiabelen te noemen en vanaf 2010 zal ook de 'Spiraal naar boven' landelijk worden aangeboden. De ISD-maatregel bestaat uit een intramurale en een extramurale fase, waarvan de duur afhankelijk van de regio kan variëren. Begeleiding vindt in de intramurale fase door PIW'ers, in de extramurale fase door reclasseringswerkers plaats. De extramurale fase is belangrijk voor toeleiding naar geschikte zorginstellingen. Een belangrijk kenmerk van de ISD-maatregel is daarom ketensamenwerking van gevangeniswezen, reclassering, zorg en gemeente. In 2008 heeft een procesevaluatie plaatsgevonden (Goderie et al. 2008). Deze leidt op korte termijn tot een aantal aanpassingen³.

Veiligheidshuizen.

2 Onder dubbele problematiek wordt een combinatie van verslaving en psychiatrische problematiek verstaan, onder triple problematiek een combinatie van verslaving, psychiatrische problematiek en een beperkte cognitieve capaciteiten (hieronder wordt een licht verstandelijke handicap (IQ tussen 50 en 75) of zwakbegaafdheid (IQ tussen 75 en 85) verstaan)

3 Op basis van de resultaten van de procesevaluatie heeft de staatssecretaris van justitie de volgende veranderingen aangekondigd: 1) voorafgaand aan de strafvordering wordt door het Nederlands instituut voor forensische psychiatrie en psychologie (NIFP) standaard een trajectconsult uitgevoerd waarin de aanwezigheid van psychiatrische problematiek of detentieongeschiktheid wordt vastgesteld, 2) realisering van een meer motiverend detentieklimaat door extra opleiding van ISD-ers op het gebied van probleemherkenning en een meer motiverende benadering en inzet van zorg en behandelingsinrichtingswerkers in de ISD inrichting, 3) het dagprogramma wordt verlengd, 4) meer gerichte inkoop van zorg, 5) een meer geleidelijke overgang van de intramurale naar de extramurale fase door het inbouwen van een halfopen fase, 6) het concentreren van ISD-ers op één afdeling, 7) het meer betrekken van gemeenten bij de re-integratieplannen van de ISD'ers (TK 2008-2009, 31110 nr. 10)

Op instigatie van het Ministerie van Justitie wordt er momenteel een landelijk dekkend netwerk van veiligheidshuizen opgericht. In een veiligheidshuis zitten alle bij de uitvoering van justitiële trajecten betrokken partijen fysiek onder een dak. Dat zijn in ieder geval politie, OM, reclasseringsinstellingen, gemeenten en jeugd- en zorginstellingen. In veel gevallen zijn ook nog andere organisaties zoals slachtofferhulp bij het veiligheidshuis betrokken. De doelgroep van de veiligheidshuizen bestaat uit jeugd, veelplegers en pleger van huiselijk geweld. Deze doelgroep bestaat voor een groot deel, maar niet uitsluitend, uit verslaafden. In de Veiligheidshuizen (VH) staat ketensamenwerking of zelfs 'netwerksamenwerking' centraal.

Het doel van veiligheidshuizen is een goede samenwerking tussen gemeenten, jeugd- en zorginstellingen, reclasseringsinstellingen, politie en justitie bij de aanpak van criminaliteit en overlast. Kenmerkend voor veiligheidshuizen is een regelmatig casusoverleg met alle bij een traject betrokken instanties. Er wordt gewerkt met een persoonsgerichte aanpak. De context van iedere cliënt (zoals gezin, groep, levensomstandigheden) wordt bij het interventietraject betrokken. Om dit te bereiken wordt de beschikbare informatie gedeeld en worden duidelijke afspraken gemaakt over de taken en inbreng van ieder betrokken partij. Uiteindelijk moet dit leiden tot afstemming van preventie, repressie en nazorg op de behoefte en mogelijkheden van een individuele cliënt.

De reclassering is door de casusoverleggen beter in staat een goed onderbouwd advies voor de voorwaardelijke sancties te geven. Dat vergroot de kans dat dit advies ook door de rechter worden opgevolgd⁴.

De concrete opzet van een veiligheidshuis wordt aan de lokale behoeften aangepast, er bestaat dus geen van bovenaf vastgelegd schema voor een veiligheidshuis.

Het Doorgeleidingsprogramma

Het doorgeleidingsprogramma (DGP) is een ketenaanpak, specifiek gericht op verslaafde kortverblijvers⁵ en gedetineerden in voorlopige hechtenis. Doel is deze zo snel mogelijk te laten doorstromen naar een verslavingsbehandeling buiten de penitentiaire inrichting, om zo de kans op criminele recidive te verkleinen. Daarbij wordt waar mogelijk, door het opleggen van een voorwaardelijke sanctie in plaats van een gevangenisstraf, een drangtraject gestart. Hoe het doorgeleidingsprogramma precies wordt ingevuld en op welke specifieke doelgroep (bijvoorbeeld veelplegers) het programma zich richt, kan door de regionale instellingen, al naar gelang behoefte, worden besloten.

Belangrijke onderdelen van het doorgeleidingsprogramma zijn casusoverleggen met de ketenpartners, een persoonsgerichte aanpak, voorbereiding op een zorgtraject en een goed onderbouwd advies door de reclassering.

Het motiveren voor een behandeling, het accepteren van zorg en de toeleiding naar een passend zorgtraject staan centraal in het doorgeleidingsprogramma.

Op dit moment bevindt het doorgeleidingsprogramma zich nog in de implementatiefase en wordt het alleen toegepast op voorlopige gehechten. Hier vervangt het de deels opgeheven VBA's. Of het doorgeleidingsprogramma in de toekomst ook in de gevangenis zal worden aangeboden is nog niet duidelijk

4 Veiligheidshuizen sluiten hiermee goed aan op het project optimalisering voorwaardelijke sanctie van het Ministerie van Justitie.

5 Gedetineerden met een strafverwachting korter dan 4 maanden.

Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast (GAVO)

Het project 'Drang op maat' dat onder regie van de stuurgroep overlast (SVO) door de SVG is uitgevoerd in de jaren 1995-1998 stimuleerde de instellingen om te werken aan een geïntegreerde aanpak van het overlastprobleem. De kern van deze projecten (waarvan het Utrechtse GAVO het meest onderzocht en bekend is geworden) bestaat uit een sluitende aanpak tussen gemeente, politie, justitie en zorg, waarbij een intensieve langdurige vorm van case management en de dreiging met sancties vanuit justitie overlastgevend gedrag terugdringt. De reclasseringswerkers/case managers hebben binnen de verslavingszorginstellingen extra mogelijkheden om klinische zorg in te schakelen (IMC's) als de situatie daartoe aanleiding geeft. Zodoende kan bij een (dreigende) terugval in gebruik snel worden geïntervenieerd. Het zorgaanbod is heel uitgebreid. Het gaat van verslavingsinterventies over specifieke interventies gericht op comorbide psychiatrische problematiek tot reclasseringsprogramma's. Ook maatschappelijke interventies zoals woonbegeleiding, dagbesteding en leren omgaan met financiën worden geboden.

3.2.4. Landelijk aangeboden JVZ-interventies.

Spiraal naar boven

De "Spiraal naar boven" is een motiverende interventie gebaseerd op het transtheoretische model, ook wel stages of change model genoemd van Prochaska en DiClemente⁶. De cirkel van Prochaska en DiClemente speelt in deze interventie een belangrijke rol. Deze cirkel moet over het algemeen niet een keer maar meerdere keren worden doorlopen. Terugval wordt gezien als een normaal kenmerk van dit proces. Het hele proces kan worden gekarakteriseerd als een 'spiraal naar boven'. In deze interventie wordt gecontroleerd gebruik als alternatief voor abstinentie beschouwd. Doelen zijn het motiveren tot gedragverandering door onder meer het bevorderen van zelfcontrole. Uitgangspunt is daarbij het bereiken van een goede kwaliteit van leven waarbij ervan wordt uitgegaan dat zowel een leven met, als een leven zonder drugs hieromtrent voor- en nadelen heeft. Het programma kan, maar moet niet, door een verdere verslavingsbehandeling worden gevolgd. De interventie kan individueel of in een groep worden gegeven. Het groepsprogramma bestaat uit zes bijeenkomsten van anderhalf tot twee uur, de individuele module uit ten minste zes contacten van een half tot een heel uur. De interventie kan zowel in als buiten detentie worden gegeven, is geschikt voor een brede doelgroep verslaafden en wordt momenteel landelijk in de ISD's geïmplementeerd.

6 Dit stages of change model richt zich op de mate waarin mensen bereid zijn hun gedrag binnen een bepaalde termijn te veranderen. De idee achter dit model is dat mensen verschillende stadia doorlopen waarin deze gedragsveranderingen plaatsvinden. De belangrijkste stadia zijn precontemplatie, contemplatie, voorbereiden, actie en gedragsbehoud. Het doorlopen van deze fasen wordt vaak weergegeven door een cirkel van verandering. Een adequate interventie moet aansluiten bij het stadium van verandering waarin een persoon op dat moment verkeert. In het stages of change model kunnen mensen deze stadia verschillende keren doorlopen en kunnen ze in dit proces ook terugvallen naar eerdere stadia. Er is dus niet zozeer sprake van een cirkel maar meer van een spiraal.

Training Cognitieve Vaardigheden (CoVa)

Het uitgangspunt van de Training Cognitieve Vaardigheden (CoVa) is dat veel delinquenten een tekort hebben aan bepaalde cognitieve vaardigheden en dat dit in verband staat met hun criminaliteit. Door deze cognitieve vaardigheden te verbeteren zijn betrokkenen beter in staat om hun doelen op een pro-sociale manier te bereiken en vermindert zo hun crimineel gedrag. Met de CoVa worden vaardigheden als zelfbeheersing, probleemoplossing (flexibeler denken, denkfouten verminderen), perspectief nemen, (zelf-)kritisch en moreel redeneren getraind. Het programma is dus niet op verslaving gericht. Toch wordt het ook door de verslavingsreclassering aangeboden want het kan worden gebruikt als 'basisinterventie' voordat de cliënt een verdere cognitief-gedragstherapeutische verslavingsinterventie (bv. Leefstijltraining) volgt. De CoVa is bedoeld voor daders met een gemiddeld tot hoog recidiverisico en cognitieve tekorten op de genoemde gebieden. De interventie bestaat uit 20 bijeenkomsten van ieder 2,5 uur. De CoVa is een door het Ministerie van Justitie erkende interventie.

Training Cognitieve Vaardigheden voor verstandelijk minderbegaafden (CoVa+).

De CoVa+ is een voor minderbegaafden (IQ tussen de 60 en 90) aangepaste versie van de CoVa. De CoVa+ houdt rekening met een lager IQ van de deelnemers en achterstanden in taalontwikkeling. De training bestaat uit meer, maar kortere bijeenkomsten (36x 1,5 uur) die twee tot drie keer per week worden gehouden en bevat meer herhalingen van de stof. Ook zijn de groepen kleiner en wordt meer op maat gewerkt. De CoVa+ is een door het Ministerie van Justitie erkende interventie.

Korte leefstijltraining voor justitiabelen

De korte leefstijltraining voor justitiabelen vervangt samen met de nieuwe leefstijltraining justitiabelen de oude leefstijltraining justitiabelen en de training terugvalpreventie middelen. Het is een cognitief-gedragstherapeutische interventie die zich richt op middelengebruik, delictgedrag en de samenhang tussen beide. De interventie kan zowel in detentie als extramuraal worden aangeboden.

In 10 bijeenkomsten van ieder 2,5 uur wordt de justitiabele gemotiveerd om zijn leefstijl te veranderen en wordt alternatief gedrag geoefend. Daarnaast worden 5 'boostersessies' van ieder 1 uur gegeven. De totale training duurt 15 weken. Hier worden de belangrijkste elementen van de training herhaald en verder handvatten aangereikt om met risicofactoren en risicosituaties voor terugval in de normale leefomgeving om te gaan. De interventie is bedoeld voor mensen met een milde problematiek zowel voor wat betreft verslaving als recidiverisico.

De korte leefstijltraining justitiabelen is een door het Ministerie van Justitie erkend programma. Momenteel wordt training landelijk geïmplementeerd.

Leefstijltraining voor justitiabelen

De nieuwe leefstijltraining justitiabelen is een uitgebreide versie van de korte leefstijltraining justitiabelen en is bedoeld voor mensen met zwaardere verslavingsproblematiek en een middel tot hoog recidiverisico. De nadruk ligt nog meer dan bij de korte leefstijltraining op preventie van terugval in middelengebruik en delictgedrag. Dit programma duurt in totaal 21 weken (16 bijeenkomsten van 2,5 uur en vijf boostersessie van 1 uur).

De nieuwe leefstijltraining justitiabelen is een door het Ministerie van Justitie erkend programma. Momenteel wordt de training landelijk geïmplementeerd.

Gedragsinterventie alcohol en geweld⁷

De gedragsinterventie alcohol en geweld richt zich op personen die onder invloed van alcohol (gewelds-) delicten plegen. De gedragsinterventie alcohol en geweld heeft als doel het voorkomen van recidive van alcoholgerelateerde delicten. De interventie richt zich op bewustwording van het problematisch alcoholgebruik, het verhogen van de motivatie om het problematisch alcoholgebruik te veranderen in situaties waarin alcoholgebruik kan leiden tot geweld en het daadwerkelijk veranderen van alcoholgebruik in die specifieke situaties.

De gedragsinterventie alcohol en geweld vervangt de taakstraf alcoholdelinquentie (TAD). Dit gebeurt in het kader van het programma optimalisering voorwaardelijke sancties waarbinnen leerstraffen worden vervangen door erkende gedragsinterventies die dan worden opgelegd als voorwaardelijke sanctie. De gedragsinterventie alcohol en geweld is nog in de ontwikkelfase en zal begin 2010 klaar zijn en na erkenning landelijk worden geïmplementeerd.

De aanpak van de gedragsinterventie alcohol en geweld is cognitief-gedragsmatig in plaats van psycho-educatief. De nieuwe gedragsinterventie alcohol en geweld begint met twee individuele sessies 'Doorlichting Voorlichting Alcoholgebruik' (DVA, Broekman, e.a., 1994), gevolgd door 10 wekelijkse groepsbijeenkomsten van ieder 2 uur. Mogelijk vindt aan het eind van de interventie nog een individueel evaluatiegesprek plaats. Het accent van de interventie ligt op het oefenen van nieuw gedrag. Er wordt veel aandacht besteed aan het vergroten van zelfcontrole: zelfcontrolemaatregelen worden vroeg in de interventie (in de 2e groepsbijeenkomst) geïntroduceerd en doorlopend geoefend. Het maken van huiswerkopdrachten, het bijhouden van een alcoholdagboek, de voor- en nadelenbalans en het opstellen van de delictketen zijn belangrijke bestanddelen van de interventie.

Piet Roorda Kliniek (FVK)

De Piet Roordakliniek is een forensische verslavingskliniek (FVK) en biedt behandeling aan cliënten die veelvuldig met justitie in aanraking zijn gekomen, langdurig verslaafd zijn en niet in staat zijn om dit patroon te doorbreken. De cliëntengroep in deze kliniek kenmerkt zich door problematiek op verschillende gebieden, namelijk persoonlijkheidsproblematiek (met name antisociale persoonlijkheidsstoornis), verslaving, criminaliteit en psychiatrische problematiek. De Piet Roordakliniek biedt behandeling aan deze groep cliënten door middel van een geïntegreerde benadering, waarbij gelijktijdig aandacht is voor de verschillende problematieken. De kliniek heeft twee locaties. Locatie Apeldoorn biedt een besloten setting, met de mogelijkheid tot het werken naar een open setting en doorstroom naar resocialisatie. Locatie Beneden Leeuwen biedt een open setting, veelal als vervolgbehandeling na verblijf in Apeldoorn en doorstroom naar resocialisatie. Voor iedere cliënt wordt een individueel behandelplan opgesteld. De aangeboden therapiemodules zijn onder meer: middelengroep, sociale vaardigheidstraining, agressietraining, systeemtherapie, arbeidstherapie. Er is zowel een groeps- als een individueel behandelaanbod. Het totale traject biedt plaats aan ongeveer 70 cliënten. Plaatsing in een het kader van een ISD-maatregel is mogelijk.

⁷ Dit is de voorlopige naam voor deze interventie. Wat de uiteindelijke naam van deze op dit moment nog in de ontwikkelingfase verkerende interventie wordt is nog niet bekend.

De Piet Roordakliniek van Tactus heeft meegewerkt aan een effectevaluatie door het AIAR. De aanpak binnen de Piet Roordakliniek heeft voor een substantieel deel van de respondenten tot verbetering van hun crimineel gedrag, verslavingsgedrag en maatschappelijk functioneren geleid (Koeter en Bakker, 2007).

De forensisch psychiatrische afdeling voor verslaafden (FPAV)

De forensisch psychiatrische afdeling voor verslaafden in Heerlen is zowel qua doelgroep, behandeldoelen, behandelduur als behandelinhoud vergelijkbaar met de FVK. In principe kunnen cliënten uit heel Nederland naar de FPAV worden doorverwezen. In de praktijk wordt vooral regionaal doorverwezen. De behandeling richt zich zowel op middelengebruik als delictgedrag. Er worden ondermeer trainingen gegeven in sociale vaardigheden en gewerkt aan terugvalpreventie ten aanzien van middelen en delictgedrag.

In algemene termen bestaat het behandelaanbod in de FPAV onder meer uit gedragstherapeutische, medicamenteuze, sociotherapeutische en psychotherapeutische interventies. De FPAV kent vier fasen: 1. Stabilisatiefase (2 weken); 2. Diagnostische fase (4 weken); 3. Behandelfase (4 maanden); 4. Resocialisatiefase (4,5 maanden). De cliënten verblijven gedurende alle fasen in de kliniek. Verlof en oefenen met vrijheden - vooral in de laatste fase - vormen een vast bestanddeel van het programma. Na ontslag uit de kliniek krijgen de cliënten nazorgtraject via de forensische polikliniek aangeboden.

Triple-Ex

Triple-Ex is een programma dat zich specifiek richt op de rehabilitatie van verslaafden met een justitiële achtergrond. Het doel van het programma is ex-gedetineerde verslaafden te begeleiden naar een situatie waarin sprake is van maatschappelijke integratie en van duurzame abstinente van drugs. Dit doel tracht Triple-Ex te bewerkstelligen door middel van het aanbieden van gerichte en intensieve begeleiding op het gebied van huisvesting, werk en opleiding, alsmede door het aanbieden van een sociaal klimaat waarin de cliënten gestimuleerd worden gezamenlijk te leven, leren en werken, eventueel aangevuld met psychosociale behandeling. Triple-Ex is onderzocht op effectiviteit (Koeter & Bakker, 2007; Vermeulen, Hendriks, Zomerfeld, 2000). Het programma is effectief in termen van afname criminaliteit en verslaving en verbetering maatschappelijk functioneren, vergeleken met reguliere detentie.

Forensische Verslavingspolikliniek

Nederland kent drie forensische verslavingspoliklinieken, gevestigd respectievelijk in Warnsveld, Almere en Haarlem. De verslaving staat in alle drie de klinieken centraal.

De forensische verslavingsklinieken in Warnsveld en Almere (Tactus Verslavingszorg) richten zich op personen met verslavings- en delictgedrag waarbij van een samenhang tussen die twee kan worden uitgegaan. Er worden zowel cliënten met als (nog) zonder justitiële titel behandeld. De klinieken bieden uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek en advisering ten aanzien van verslavingsproblematiek, delictgedrag, mogelijke comorbide persoonlijkheidsstoornissen en andere (psychiatrische) problematiek. Verder doet men risicotaxatie en systeemtaxatie.

Er wordt zowel individuele als groepsbehandeling aangeboden, gebaseerd op gedragstherapeutische principes en wordt gewerkt met systeemtherapie. Bij de individuele behandeling staan inzicht in de eigen problematiek en het onder controle krijgen van probleemgedrag

centraal. Indien nodig wordt eerst aan de motivatie van de cliënt gewerkt. Verder is er een individuele module 'Huiselijk geweld' (8 sessies). Als groepsbehandeling is de 'Agressie Hanterings Training' (AHT, 18 bijeenkomsten) beschikbaar. Tijdens de groepsbijeenkomsten wordt aan het omgaan met gevoelens als woede en agressie, het verbeteren van (sociale) vaardigheden en het oplossen van morele problemen gewerkt, waarbij het oefenen met nieuw gedrag een centrale rol speelt. Naast de groepsbijeenkomsten vinden individuele sessies plaats die op middelengebruik gericht zijn. Behandeling en diagnostiek worden ook in de penitentiaire inrichting aangeboden.

De forensische verslavingspolikliniek in Haarlem (Parnassia Brijder Verslavingszorg) richt zich op mensen met een justitiële titel die primair verslaafd zijn en waarbij sprake is van comorbide as 1 en as 2 problematiek, al dan niet in combinatie met verstandelijke beperkingen. Het aanbod omvat diagnostiek, het opstellen van een individueel zorgtraject en behandeling op individueel en groepsniveau. Nazorg na afloop van detentie is eveneens een belangrijke taak, specifiek ook in de extramurale fase van de ISD-maatregel. Omdat zich de polikliniek zich momenteel nog in opbouw bevindt, is op dit moment alleen het individuele behandelaanbod beschikbaar. Op korte termijn wordt dit uitgebreid met een groepsinterventie aanbod. Behandeldoel is recidivevermindering door vermindering en, indien mogelijk, herstel van de problematiek. Waar dat niet haalbaar is wordt naar stabilisatie gestreefd. Maatschappelijke integratie en rehabilitatie zijn bestanddeel van ieder behandeltraject. De verslavingsproblematiek wordt aangepakt met motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie (o.a. leefstijltrainingen) en farmacotherapie. Voor de behandeling van een comorbide as I stoornissen zijn bovendien psycho-educatie en Goldstein- en Liberman modules beschikbaar. Het behandelaanbod voor comorbide (lichte) persoonlijkheidsstoornissen (vooral antisociale- en borderline persoonlijkheidsstoornissen) bestaat uit agressiehanteringstraining en impulsbeheersingsmodules. Voor patiënten met een verstandelijke beperking zijn de bestaande modules aangepast en wordt samengewerkt met Stichting de Hartekamp (gespecialiseerd in behandeling van deze doelgroep). Binnen de forensische verslavingspolikliniek Haarlem wordt uitdrukkelijk naar een naadloze overgang van detentie of forensische zorg naar reguliere zorg gestreefd.

De Lichte Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer

De Lichte Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (LEMA) richt zich op beginnende bestuurders⁸ die zijn aangehouden met alcoholgehalte tussen 0,5 en 0,8 promille. De LEMA bestaat uit twee bijeenkomsten van ieder 3,5 uur en is dus korter dan de EMA. De periode tussen de bijeenkomsten bedraagt een week.

Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer

De Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (EMA) is een cursus gericht op gedragsbeïnvloeding van bestuurders die zijn aangehouden voor het rijden onder invloed (ervaren bestuurders tussen 1,3 en 1,8 promille; beginnende bestuurder tussen 0,8 en 1,3 promille) en waarbij het CBR (Centraal Bureau Rijvaardigheid) een invorderingsprocedure heeft gestart. Het volgen van de EMA is dan als voorwaarde gesteld om deze procedure te beëindigen. De cursus moet door de deelnemer zelf worden betaald. De EMA-cursus bestaat uit een voorgesprek, drie bijeenkomsten van 1 dag waarin het doel is om recidive (rijden onder invloed) te voorkomen. De EMA en haar voorloper AVC (Alcohol Verkeer Cursus) zijn verschillende keren onderzocht op effectiviteit (WODC, Traffic Test, 2002). De huidige EMA is op basis van de aanbevelingen uit het laatste onderzoek aangepast. In Angelsaksische landen kent men een soortgelijk aanbod,

⁸ Personen die korter dan 5 jaar in het bezit zijn van een rijbewijs.

de DID (Drink Impaired Drivers). De EMA is intensiever dan de AVC; er vindt altijd een follow-up gesprek plaats met mogelijk vervolgoopdrachten en na twee jaar vindt er een dossier check plaats.

3.3. Regionaal aanbod

In de originele interventiematrix werd geen onderscheid gemaakt tussen landelijk aangeboden JVZ-interventies en regionale JVZ-interventies. In de geupdatete versie doen we dit wel. Hoewel regionale interventies geen van alle erkend zijn door de Erkenningscommissie en er nauwelijks onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van deze interventies geeft dit toch inzicht in nieuwe ontwikkelingen en de manier waarop regionaal met de complexiteit van de justitiële verslaafden wordt omgegaan. De bron van dit regionaal overzicht is de telefonische enquête die we hebben gehouden met de hoofden verslavingsreclassering en de justitiële verslavingszorg van de verschillende verslavingszorginstellingen in Nederland.

Tabel B Huidig regionaal aanbod

Aanbod		omschrijving blz.
Organisatorische kaders		
- Intensieve trajectbegeleiding	Emergis	20
Interventies/setting		
- Velasquez-groep	Novadic-Kentron	20
- Alles onder controle	Mondriaangroep	21
- Motiveringsprogramma DCL	Tactus	21
- Nazorgprogramma	Amsterdam	21
- Middelengebruik en huiselijk geweld (Utrecht)	Utrecht	22
- Prison gate farm (Gelderland)	Gelderland	22
- Alcohol verkeerscursus proloog (CAD Drenthe)	Drenthe	22

3.3.1. Regionale organisatorische kaders

Intensieve Traject Begeleiding (ITB)

De Intensieve Traject begeleiding (ITB) is bedoeld voor veelplegers die bij het plegen van hun volgende traject waarschijnlijk in aanmerking komen voor een ISD-maatregel. In het kader van de ITB krijgen ze een intensieve begeleiding door een reclasseringwerker en een zorgaanbod. Aan de cliënt wordt uitgelegd, dat niet meewerken tot gevolg kan hebben dat de reclassering bij het volgende delict een ISD-maatregel adviseert. ITB wordt aangeboden door Emergis Justitiële Verslavingszorg (Zeeland).

3.3.2. Regionale JVZ-interventies

Groepsbehandeling bij middelenmisbruik (Velasquez-groep)

Het motiveringsprogramma 'Groepsbehandeling bij middelenmisbruik', naar zijn ontwikkelaar (Velasquez, 2005) ook 'Velasquez-groep' genoemd, is gebaseerd op de principes van motive-

rende gesprekvoering (Miller en Rollnick, 1991). Dit is een directieve, cliëntgerichte manier van gesprekvoering waarmee geprobeerd wordt bij de cliënt een gedragsverandering uit te lokken. Hierbij staan het herkennen en oplossen van ambivalenties ten aanzien van gebruik en gedrag centraal. De cliënt heeft hierin een actieve rol; hij alleen kan bepalen of, wanneer en hoe hij zijn gedrag wil veranderen. Terwijl motiverende gesprekvoering vooral een manier van doen en een bepaalde houding tegenover de cliënt is (hoewel het ook bepaalde technieken kent) wordt dit in de 'Groepsbehandeling bij middelenmisbruik' aangevuld met meer concrete, aan de verschillende stadia van het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente aangepaste technieken.

Er zijn aanwijzingen dat mensen met een lage veranderbereidheid meer van deze interventie profiteren dan van psycho-educatie en advies. Bij een hoge veranderbereidheid lijkt psycho-educatie en advies tot betere resultaten te leiden.

De interventie wordt gegeven door Novadic-Kentron (Brabant).

Alles onder controle (AOC)

Het programma 'Alles onder controle' wordt door de Mondriaan Zorggroep en GGZ Groep Noord en Midden Limburg aangeboden in de ISD en in algemene detentie. Doel van deze interventie is, het motiveren van cliënten tot gedragsverandering, inzicht in eigen verslavingsproblematiek en in de relatie tussen de verslavingsproblematiek en het gepleegde delict. De training bestaat uit 4 groepsbijeenkomsten (6-8 deelnemers) van elk 1,5 - 2 uur. De bijeenkomsten worden in een tijdsbestek van één week gegeven. De deelnemers krijgen daarin informatie over verslaving. Verder komen onder andere de voor- en nadelen van middelengebruik en delictgedrag, de gedragsketen en denkfouten aan de orde. Voor de start van de training vindt een intakegesprek plaats. Na afloop van de training een evaluatiegesprek. De gebruikte methodiek is gebaseerd op het transtheoretische stages of change model van Prochaska en DiClemente (1982), motiveringsstrategieën van Miller en Rollnick (1991) en het terugvalpreventiemodel van Mulder (1995).

Motiveringsprogramma DCL

Het DCL (Detentieconcept Lelystad) is een door Tactus aangeboden motiveringsprogramma. Het is bedoeld voor cliënten die nog geen beslissing genomen hebben over een gedragsverandering ten aanzien van hun middelengebruik met het doel hen daarbij te helpen. Het programma omvat vier wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur. Tijdens het programma komen informatie over middelengebruik, voor- en nadelen van middelengebruik en/of gokken en reflecteren over eigen gedrag aan de orde. De theoretische basis van het programma wordt gevormd door motiverende gesprekvoering (Miller en Rollnick, 1991), het transtheoretische stages of change model van Prochaska en DiClemente (1982) en de Cirkels van van Dijk (1979)

Nazorgprogramma

Dit nazorgprogramma is een groepsprogramma dat wordt aangeboden in de regio Amsterdam en is ontwikkeld door Arkin. Het programma is bedoeld voor verslaafde justitiabelen die onder toezicht gesteld zijn en mogelijk al een gedragsinterventie zoals de leefstijltraining justitiabelen hebben gevolgd. Doel van het programma is het voorkomen of beperken van criminele

recidive en middelengebruik door ondersteuning van de cliënten bij hun beslissing hun gedrag te veranderen. Het programma bestaat uit acht bijeenkomsten van elk twee uur die meerdere keren kunnen worden doorlopen. In deze bijeenkomsten komen zowel middelengebruik als delictgedrag en de relatie daartussen aan de orde. Verder wordt gewerkt aan de relaties met belangrijke personen zoals familie en vrienden. Het geleerde wordt door huiswerkopdrachten verder verdiept. Zowel voor aanvang als na het einde van het programma wordt met elke deelnemer een individueel gesprek gevoerd. Op indicatie kunnen ook gedurende het nazorgprogramma individuele gesprekken plaatsvinden.

Programma 'Middelengebruik en huiselijk geweld'

Het programma 'middelengebruik en huiselijk geweld' wordt aangeboden in de regio Utrecht. Het programma is bedoeld voor mensen die onder de invloed van middelen gewelddadig worden tegenover hun gezin. Binnen dit programma worden verschillende behandelingen, zowel individueel als in groepsverband, aangeboden. De behandelingen zijn gericht op middelengebruik (bv. Leefstijltraining) of agressie of de combinatie hiervan. Aanvullend kunnen psychotherapeutische behandeling, psychiatrische behandeling of relatie/gezinstherapie worden gevolgd. De intensiteit van de behandeling (ambulant, dagbehandeling, klinisch) is afhankelijk van de ernst van de problematiek. De partner wordt zo veel mogelijk bij de behandeling betrokken. Het programma wordt zowel aangeboden aan mensen met als mensen zonder justitiële titel.

Prison gate farm

Onder de werktitel 'Prison Gate Farm' is in de regio Gelderland een behandel- en verblijfsvoorziening in voorbereiding bedoeld voor chronisch verslaafde ISD'ers met comorbide psychiatrische en sociaal-maatschappelijke problematiek, al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking, die regelmatig uit het zorgaanbod vallen en over het algemeen 'onbehandelbaar' worden genoemd. De prison gate farm zal een overzichtelijke inrichting zijn met intensieve begeleiding, zorgaanbod, een zinvol dagbestedingsaanbod en de mogelijkheid om door werk geld te verdienen in een sfeer waar men zich kan thuis voelen. De inrichting is bedoeld voor ISD'ers in de extramurale fase met de mogelijkheid er ook langdurig (ongelimiteerd) te kunnen verblijven. Doel is naast vermindering van recidive de verbetering van de psychische, lichamelijke en sociale toestand van de cliënten. De mogelijkheid tot terugkeer in de samenleving blijft bestaan maar is niet dwingend.

De Alcohol Verkeers Cursus 'proloog'

De Alcohol Verkeers Cursus 'proloog' (AVC proloog) wordt aangeboden als recidivepreventie cursus door het CAD Drenthe. De cursus bestaat uit een programma van twee avonden en is bedoeld voor bestuurders die voor de eerste keer worden aangehouden met een alcohol promillage van 0,8 - 1,3. Bij deelname krijgt men een korting van €113 op het boetebedrag. Tijdens de cursus komen onderwerpen als alcohol en het lichaam, de wet en rijvaardigheid uitgebreid aanbod. Ook wordt er stil gestaan bij de consequenties van rijden onder invloed (ongevallen en de verhalen van slachtoffers). De interventie richt zich op de groep alcohol drinkende bestuurders die qua promillage zit tussen de groep van de EMA en de LEMA.

4 Update van de wetenschappelijke evidentie

Alle JVZ-interventies uit de interventiematrix zijn gebaseerd op principes, methodes en theorieën (zoals cognitieve gedragstherapie, motivational interviewing etc.) waarvan in buitenlands onderzoek in meer of mindere mate de werkzaamheid is aangetoond. De evidence base score van de interventies in tabel 3b van de originele interventiematrix is voornamelijk gebaseerd op de resultaten van deze buitenlandse onderzoeken, waarbij het dan ook in meerderheid ging om onderzoeken onder verslaafden en het effect op verslavingsgedrag. Het is nog maar de vraag of deze resultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar justitiabele verslaafden en naar het effect op delictgedrag. De effectiviteit van de specifieke vorm waarin de interventie in Nederland wordt aangeboden aan justitiabele verslaafden in de Nederlandse situatie is, voor zover ons bekend, nauwelijks onderzocht.

Na het verschijnen van de originele interventiematrix (2004) is door Wartna een overzicht gepubliceerd van de internationale en nationale literatuur met betrekking tot de evidentie van strafrechtelijke interventies op recidive reductie (Wartna, 2009). Wij hebben in het kader van deze update de internationale literatuur over de periode 2003 tot 2009 onderzocht naar evidentie ten aanzien van de effectiviteit van verslavingsinterventies voor justitiabelen met betrekking tot verslavingsgedrag en recidive vermindering (bijlage I en II).

In deze paragraaf worden de bevindingen met betrekking tot de internationale evidentie uit deze 2 onderzoeken kort samengevat.

In het kader van zijn promotieonderzoek onderzocht Wartna de effectiviteit van strafrechtelijke interventies op criminele recidive (Wartna, 2009). Hij geeft een overzicht van de belangrijkste internationale bevindingen en van de resultaten van al het Nederlandse onderzoek op dit gebied. Het proefschrift van Wartna heeft, evenals de 'What works' literatuur overigens betrekking op alle gedetineerden, verslaafden en niet verslaafden. Slechts een klein deel van zijn bevindingen heeft specifiek betrekking op justitiabele verslaafden. Of de overige bevindingen zondermeer te generaliseren zijn naar verslaafde justitiabelen is niet duidelijk. Hij komt op basis van de internationale literatuur en Nederlands onderzoek tot de volgende conclusies ten aanzien van het effect op toekomstig delictgedrag:

Niet tot nauwelijks effect voor

- Afschrikking door verhoogd toezicht (intensief reclasseringscontact, elektronisch toezicht etc.) heeft nauwelijks effect. Niet specifiek onderzocht bij justitiabele verslaafden.
- Resocialisatie door scholing (onderwijsprogramma's voor gedetineerden). Niet specifiek onderzocht bij verslaafde gedetineerden.
- Resocialisatie door het bijbrengen van discipline (boot camps). Ook gevonden voor verslaafde justitiabelen

Onduidelijk

- Incapacitatie of onschadelijkmaking

(Mogelijk) effectief

- Afschrikking door verhoogd toezicht gecombineerd met behandeling (bijvoorbeeld drug courts, therapeutische gemeenschap). Dit is ook gevonden voor justitiabele verslaafden.
- Resocialisatie door behandeling. Vooral programma's die cognitief-gedragsmatig van aard zijn. Zoals interventies die gericht zijn op de ontwikkeling en training van sociale en cognitieve vaardigheden. Dit is ook gevonden voor verslaafde justitiabelen.

De bevindingen uit Nederlands onderzoek geven ook niet direct aanleiding tot veel optimisme. Zo stelt hij op blz. 39: "veel aanwijzingen dat de ene interventie effectiever is dan de andere, heeft het onderzoek niet opgeleverd. Nergens is in Nederland de invoering van nieuwe sancties of experimentele executiemodaliteiten gepaard gegaan met spectaculaire vermindering van de recidive." Dit wil volgens Wartna overigens niet zeggen dat het nutteloos is naar resocialisatie te streven. Aan de meeste onderzoeken op dit terrein mankeerde namelijk wel wat, zodat het trekken van conclusies op basis van deze onderzoeksbevindingen riskant is. Eigenlijk weten we nog onvoldoende. In de woorden van Wartna: "Als het gaat om de kennis van de werking van onze strafrechtelijke interventies zijn we in ons land in feite niet veel verder dan het punt waarop men zich bijna dertig jaar geleden in Amerika bevond. (.....) over speciale preventie weten we eigenlijk niets definitief."

De bevindingen van ons literatuuronderzoek zijn samengevat:

Alcohol en Verkeer Interventies:

- De kwaliteit van de evaluatiestudies is redelijk tot goed.
- Er zijn geen aanwijzingen voor een effect van DUI courts op criminaliteit en alcoholgebruik voor zwaardere overtredders.
- Belangrijke kenmerken van DUI courts zijn elektronisch toezicht en verplichte autoverkoop. Het effect hiervan kon in een RCT niet worden aangetoond.
- Er zijn enige aanwijzingen voor een effect van ambulante programma's op criminaliteit en geen aanwijzingen voor een effect op alcoholgebruik voor lichtere overtredders.
- Er zijn sekseverschillen in behandelvariabelen.

Drangbehandeling in ambulante setting:

- De meeste onderzoeken zijn van matige of slechte kwaliteit.
- Er is nauwelijks tot geen evidentie voor effect op criminaliteit.
- De bevindingen met betrekking tot het effect op drugsgebruik zijn niet eenduidig.
- De bevindingen met betrekking tot het effect op behandelretentie zijn niet eenduidig.
- Er lijkt een effect van langere behandelduur op de uitkomsten, maar door gebrek aan controlegroepen is de omvang van het effect moeilijk in te schatten.
- Een deel van de interventies richt zich op vrouwen.
- Een geïntegreerde drangbehandeling (trauma, psychiatrie, verslaving) is effectief voor vrouwelijke dubbele diagnose cliënten.

Behandeling in detentie:

- De kwaliteit van de onderzoeken is wisselend, de helft is van redelijke tot goede kwaliteit.
- Er is evidentie voor effectiviteit op criminaliteit en verslavingsgedrag.
- Gevangenis-TG is effectief, ook voor dubbele diagnose cliënten, met name in combinatie met een nazorgtraject.
- Aangepaste gevangenis-TG lijkt effectief voor vrouwelijke cliënten.
- Methadon is net zo effectief voor vermindering van criminaliteit en verslavingsgedrag als buprenorfine. Buprenorfine heeft echter een hogere retentiescore.
- Buprenorfine is veel effectiever voor de bestrijding van onthoudingsverschijnselen als dihydrocodeïne.
- Er bestaat nog geen evidentie voor effectiviteit op verslavingsgedrag en criminaliteit van naltrexone.
- Over het effect van medicamenteuze interventies in detentie onder vrouwen is nog weinig bekend.

- Drug courts:
- De methodologische kwaliteit van de studies is over het geheel genomen beperkt.
- Er zijn enige aanwijzingen voor effect op criminele recidive.
- Er zijn nauwelijks aanwijzingen voor effect op drugsgebruik.
- Er zijn verschillen in effectiviteit naar variatie in cliëntkenmerken.
- Er zijn nauwelijks aanwijzingen voor effect op behandelretentie.

Drangbehandeling in een klinische setting:

- De onderzoeken zijn merendeels van goede en redelijke kwaliteit.
- Er zijn aanwijzingen voor een effect op criminaliteit.
- Er is een indicatie dat intensievere vormen van behandeling en hogere mate van medicatietrouw effectief zijn voor recidive reductie bij dubbele diagnose cliënten.
- De bevindingen met betrekking tot het effect op drugsgebruik zijn niet eenduidig.

Algemene conclusie op basis van de internationale literatuur 2003-2009

- Voor de meeste justitiële verslavingsinterventies is de wetenschappelijke evidentie beperkt en in een aantal gevallen ook niet eenduidig.
- Ook de meer recente studies hebben over het algemeen geen grote effecten aan het licht gebracht.
- De meest veelbelovende interventies lijken langdurige klinische trajecten (TG-programma's in detentie) gevolgd door nazorg, nazorgtrajecten onder drang en onderhoudsprogramma's voor opiaatverslaafden.
- Behandeling moet niet algemeen worden ingezet, maar worden gericht op groepen met een hoge kans op relapse en recidive als ook op kansrijke groepen (ook uit oogpunt van kosteneffectiviteit).
- Omdat de groep verslaafde justitiabelen heterogeen is, moet er worden gezocht naar een betere afstemming van de aard van de behandeling op de specifieke kenmerken van de patiënt.
- Over het algemeen laten geïntegreerde programma's de meest gunstige resultaten zien in termen van recidivevermindering en verslavingsgedrag bij dubbele diagnose cliënten.
- Als strategie om de effectiviteit van bestaande interventies te vergroten lijkt verhogen van motivatie een zinvolle optie, evenals het vergroten van therapietrouw.

Samenvatting wetenschappelijke evidentie

In de meeste studies wordt de specifieke behandeling nauwelijks beschreven. In hoeverre deze onderzochte interventies evidence geven voor de specifieke JVZ-interventies uit de interventiematrix is niet duidelijk. Wat wel duidelijk is, zowel uit het rapport van Wartna als uit ons literatuuroverzicht is a.) dat er geen recente internationale publicaties zijn over het effect van de Nederlandse JVZ-interventies op verslavingsgedrag en delictgedrag; b.) dat er de laatste jaren nauwelijks onderzoek van redelijke tot goede kwaliteit is gedaan naar de effectiviteit van de Nederlandse JVZ-interventies; c.) dat de evidentie voor de effectiviteit van interventies voor justitiabele verslaafden die beschikbaar is wijst op beperkte effecten op criminele recidive en verslavingsgedrag; d.) een hoge evidence score niet wil zeggen een groot effect!

5 De interventiematrix

De in de vorige paragrafen beschreven JVZ-interventies en organisatorische kaders worden in de volgende tabellen gekarakteriseerd in termen van: kenmerken/aard interventie (tabel 1), doelgroep (tabel 2) en score op kwaliteitscriteria (tabel 3). Deze indeling, inclusief de scoringscategorieën is overgenomen uit de originele interventiematrix.

Enkele opmerkingen vooraf:

- In de originele interventiematrix vond de beoordeling in tabel 3 plaats in termen van de TR kwaliteitscriteria. Deze criteria zijn zodanig geformuleerd dat ze van toepassing zijn op specifieke interventies maar niet goed kunnen worden gebruikt bij de beoordeling van meer algemene organisatorische kaders (zoals ISD, veiligheidshuizen etc.) en settingen (bijvoorbeeld Triple-Ex). Om deze reden is besloten:
 - Voor organisatorische kaders alleen tabellen 1 en 2 in te vullen.
 - Voor settingen in tabel 3 criteria te gebruiken die niet direct verwijzen naar de specificatie van de TR criteria (zoals specifieke riskscore categorieën).
 - Voor regionale interventies wordt alleen tabel 1 en 2 ingevuld. De reden hiervoor is dat deze interventies niet geprotocolleerd zijn, een handleiding ontbreekt en derhalve een kwaliteitsbeoordeling ook niet mogelijk is.
 - Het leek ons niet zinvol het werk van de erkenningscommissie nog eens over te doen. Daarom krijgen erkende interventies de score '2' op alle criteria van tabel 3 met uitzondering van evidence base.
 - Behandelintegriteit wordt niet geüpdatet⁹ en is daarom niet opgenomen in tabel 3.

Toelichting tabel 1: typering van de interventies

De hiervoor beschreven interventies en organisatorische kaders worden in tabel 1a, 1b en 1c kort getypeerd aan de hand van een aantal relevante variabelen. Deze betreffen:

1. De doelen van de interventie.
2. Voor welke middelen de interventie bedoeld is.
3. De (gemiddelde) duur van de interventie.
4. Of de interventie in individuele vorm wordt aangeboden of in groepsvorm, hoe intensief de behandeling is en in welke setting deze plaatsvindt (bijv. ambulante, deeltijd, klinisch).
5. Of de interventie toepasbaar is in detentie en/of al toegepast wordt. Met toepasbaar wordt bedoeld: of het mogelijk is de interventie geschikt te maken voor uitvoering in detentie.
6. Of de interventie toepasbaar is in een justitieel traject buiten detentie en/of daar op dit moment al toegepast wordt. Met dit laatste wordt een drangtraject bedoeld.

⁹ Voor het oordelen over de mate waarin een interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld zouden een uitvoerige observaties ter plaatse nodig zijn. In de 3 maanden die voor deze update beschikbaar waren was dit niet uitvoerbaar. In overleg met de opdrachtgever maakte de update van dit kenmerk dan ook geen onderdeel uit van onze opdracht.

Tabel 1a Huidig landelijke organisatorische kaders JVZ: typering en bruikbaarheid

	1. Doelen	2. Voor welke middelen/ problematiek?	3. Duur, in mnd	4. Individueel of groep, intensiteit/belasting cliënt	5. Toepasbaar in detentie	6. Toepasbaar in justitieel traject buiten detentie
Veiligheidshuizen	Verminderen overlast en criminaliteit	Alcohol drugs	Variabel	Individueel (persoonsger.aanpak)	Ja	Ja
Drangtrajecten GAVO	Gecontroleerd gebruik, maatsch. integratie, terugdringen recidive	Drugs, polygebruik	6+	Individueel	Nee	Ja
ISD	Terugdringen overlast, terugdringen recidive	Alcohol en drugs	24	Verschillende groeps-programma's en indien noodzakelijk individuele programma's	Ja, strafrechtelijke maatregel	Ja, strafrechtelijke maatregel
Doorgeleidings-programma (DGP)	Motivering, toeleiding naar zorg	alcohol en drugs	niet gespecificeerd	niet verder gespecificeerd	Ja, bedoeld voor toepassing in voorlopige hechtenis	Nee

Tabel 1b Huidig aanbod landelijke JVZ-interventies: typering en bruikbaarheid

	Doelen	Voor welke middelen/ problematiek?	Duur	Individueel of groep, intensiteit/ belasting cliënt	Toepasbaar in detentie?	Toepasbaar in justitieel traject buiten detentie?
Spiraal omhoog	Motivering, verhoging zelfcontrole	Alcohol, drugs en gokken	4-10 weken	individueel: 4 à 10 wekelijkse sessies van 30 à 45 minuten. groep: 4 à 10 wekelijkse sessies van 1.5 uur	Ja ²	Ja
Training Cognitieve Vaardigheden (CoVa) ³	Betere cognitieve vaardigheden om op een meer prosociale wijze te denken en te handelen	Alcohol, drugs, en gokken	3 maanden	Groep, 20 sessies à 2,5 uur, twee keer per week	Ja ²	Ja
Training Cognitieve Vaardigheden voor minder-begaafden (CoVa+) ³	Betere cognitieve vaardigheden om op een meer prosociale wijze te denken en te handelen	Alcohol, drugs en gokken	5 maanden	Groep, 36 sessies à 1,5 uur, twee keer per week +2 individuele gesprekken	Ja ²	Ja
Korte leefstijltraining justitiabelen ³	Terugdringen recidive, abstinentie/gecontroleerd gebruik.	Alcohol, drugs en gokken	4 maanden	groep, 10 sessies à 2,5 uur + 5 booster-sessie à 1 uur	Ja ²	Ja
Leefstijltraining justitiabelen ³	Terugdringen recidive, abstinentie/gecontroleerd gebruik.	Alcohol, drugs en gokken	5 maanden	groep, 16 sessies à 2,5 uur + 5 booster-sessies à 1 uur	Ja ²	Ja
Gedraginterventie alcohol en geweld (i.o.)	Terugdringen recidive	Alcohol (evt. in combinatie met een ander middel)	3 maanden	Indiv. DVA 2 sessies, gevolgd door 10 wekelijkse groeps-sessies à 2 uur	Nee	Ja

	Doelen	Voor welke middelen/ problematiek?	Duur	Individueel of groep, intensiteit/ belasting cliënt	Toepasbaar in detentie?	Toepasbaar in justitieel traject buiten detentie?
Piet Roordakliniek (Forensische Verslavings-Kliniek van Tactus) ¹	Abstinentie, maatsch. integratie, terugdringen recidive	Alcohol, drugs, gokken	9+	Individueel gefaseerd traject m.b.v. groeps-aanpak	Nee, is specifiek klinisch drangtraject	Ja, een landelijke voorziening gevestigd in Apeldoorn en Beneden Leeuwen
Forensisch Psychiatrische Afdeling voor Verslaving (FPAV) (Mondriaan) ¹	Terugdringen recidive, resocialisatie, abstinentie/ gecontroleerd gebruik	Alcohol, drugs, dubbele problematiek	ca. 10	Individueel gefaseerd traject, zowel groeps- als individuele aanpak	Nee, is spec. klinisch drangtraject	Ja, een voorziening in Heerlen
Triple-Ex ¹	Abstinentie, maatsch. integratie	Alcohol, drugs, gokken	9 à 12	Individueel, groep	In principe wel, als onderdeel van behandelgevangenis	Ja, één landelijke voorziening in regio Den Haag
Forensische Verslavingspoliklinieken Warnsveld, Almere (Tactus) ¹	Abstinentie/ gecontroleerd gebruik Terugdringen recidive	Alcohol, drugs, gokken	Variabel	Individueel en/of groep	Ja	Ja
Forensische Verslavingspolikliniek Haarlem (Parnassia-Brijder) ¹	Terugdringen recidive, maatschappelijke (re-) integratie, abstinentie of gecontroleerd gebruik	Alcohol, drugs en gokken	Variabel, maximaal 2 jaar	Individueel (nu beschikbaar) en/of groep (op korte termijn beschikbaar) Intensiteit variabel	Nee	Ja
EMA	Terugdringen recidive alcohol in verkeer	Alcohol	2 maanden	Individueel voorgesprek + 3 cursusdagen in een groep	n.v.t.	n.v.t. administratief bestuurlijke interventie
LEMA	Terugdringen recidive alcohol in verkeer	Alcohol	2 weken	Groep, 2 bijeenkomsten van 3,5 uur	n.v.t.	n.v.t. administratief bestuurlijke interventie

¹ setting; ² wordt op dit moment ook al in detentie toegepast; ³ erkende interventie

Tabel 1c Huidig aanbod regionale JVZ-interventies: typering en bruikbaarheid

	Doelen	Voor welke middelen/ problematiek?	Duur	Individueel of groep, intensiteit/ belasting cliënt	Toepasbaar in detentie	Toepasbaar in justitieel traject buiten detentie
Velasquez groep (Novadic-Kentron)	Motivering	Alcohol, drugs en gokken	Maximaal 6 maanden	Groep maximaal 29 bijeenkomsten Wekelijks, 1½uur	Ja ¹	Ja
Alles onder controle (Mondriaan Zorggroep en GGZ groep Noord en Midden Limburg)	Motivering	Alcohol, drugs en gokken	1 week	Groep, 4 bijeenkomsten van 1½-2 uur + 2 individuele gesprekken van 15-30 min.	Ja ¹	Ja
Motiveringsprogramma DCL (Tactus, Lelystad)	Motivering	Alcohol, drugs en gokken	1 maand	Groep, 4 bijeenkomsten van 1½ uur	Ja ¹	Beperkt, alleen in binnen residentiële voor-zieningen.
Nazorgprogramma Amsterdam (Arkin/Jellinek)	Terugdringen recidive, abstinentie/ gecontroleerd gebruik	Drugs	Ten minste 2 maanden	Groep, 8 sessies van 2 uur, extra individueel gesprekken mogelijk	Nee	Ja
Programma 'middelengebruik en huiselijk geweld' (Centrum Maliebaan)	Terugdringen/ stoppen middelengebruik en huiselijk geweld	Alcohol en drugs	Variabel	Individueel en/of groep	nee	Ja
Prison gate farm (in voorbereiding)	Terugdringen recidive, abstinentie/ gecontroleerd gebruik, verbetering psychische, lichamelijke en sociale toestand	Alcohol, drugs, dubbele en tripel problematiek	In principe on-gelimiteerd	i.o.	Nee	Ja
AVC proloog (Verslavingszorg Noord Nederland)	Terugdringen rijden onder invloed	Alcohol	1 week	Groep, 2 avonden	n.v.t.	Ja

Toelichting tabel 2: specificatie doelgroep.

In tabel 2a en 2b worden de vier cliëntkenmerken die het belangrijkste zijn bij het bepalen van de intensiteit van de zorg weergegeven. In de cellen van de tabel wordt van iedere interventie weergegeven bij welke aard en ernst van de problematiek de interventie geïndiceerd is. In de tabel zijn bij de cliëntkenmerken verslavingsproblematiek, comorbide psychiatrische problematiek en comorbide sociaal-maatschappelijke problematiek (kolom 1 tot en met 3) de volgende ernstscores gehanteerd:

0	=	geen
X	=	licht/matig
XX	=	ernstig/zeer ernstig

Bij de zorggeschiedenis (kolom 4) zijn de ernstscores als volgt:

0	=	geen
X	=	kort
XX	=	lang

Tabel 2a Huidig aanbod landelijke JVZ-organisatorische kaders: specificatie doelgroep:

	Verslavingsproblematiek	Comorbide Psychiatrische problematiek	Comorbide sociaal-maatsch. problematiek	Zorggeschiedenis
Veiligheidshuizen	0, X en XX	0, X en XX	0, X en XX	0, X en XX
Drangtrajecten GAVO	XX	X	0, X en XX	X
ISD	0, X en XX	0, X en XX (mits in staat het programma te volgen)	0, X en XX	0, X en XX
Doorgeleidingsprogramma (DGP)	X en XX	variabel per regio	variabel per regio	variabel per regio

Tabel 2b Huidig aanbod landelijke JVZ-interventies: specificatie doelgroep:

	Verslavingsproblematiek	Comorbide Psychiatrische problematiek	Comorbide sociaal-maatsch. problematiek	Zorggeschiedenis
Spiraal omhoog	X en XX	0, X en XX	0, X en XX	0, X en XX
Training Cognitieve Vaardigheden (CoVa) ²	0, X en XX (XX indien cliënt niet onder invloed van middelen verkeerd tijdens training)	0, X en XX (XX indien cliënt enigszins stabiel is en in een groep kan functioneren)	0, X en XX	0, X en XX
Training Cognitieve Vaardigheden voor minder-begaafden (CoVa+) ²	0, X en XX (XX indien cliënt niet onder invloed van middelen verkeerd tijdens training)	0, X en XX (XX indien cliënt enigszins stabiel is en in een groep kan functioneren)	0 en X	0, X en XX
Korte leefstijltraining justitiabelen ²	X	0 en X	0 en X	0/X (max. een eerdere verslavings-behandeling)
Leefstijltraining justitiabelen ²	X en XX (XX indien ingebed in breder programma)	0, X	0 en X	X en XX (ten minste 2 eerdere behandelingen)
Gedraginterventie alcohol en geweld (i.o.)	0 en X	0 en X	0 en X	0 en X
Piet Roordakliniek (Forensische Verslavingskliniek van Tactus) ¹	XX	X en XX	X en XX	X en XX
Forensisch Psychiatrische Afdeling voor Verslaving (FPAV) (Mondriaan) ¹	X en XX	X	X en XX	X en XX
Triple-Ex ¹	XX	X, cluster B as II	XX	XX
Forensische Verslavingspoliklinieken Warnsveld, Almere (Tactus Verslavingszorg) ¹	X en XX	0, X en XX	0, X en XX	0, X en XX
Forensische Verslavingspolikliniek Haarlem (Parnassia-Brijder) ¹	X en XX	0, X en XX	0, X en XX	0, X en XX
EMA	0 en X	0	0	0
LEMA	0 (alleen riskant alcoholgebruik)	0	0	0

1 setting; 2 erkende gedragsinterventie

Tabel 2c Huidig aanbod regionale JVZ-interventies: specificatie doelgroep

	Verslavingsproblematiek	Comorbide Psychiatrische problematiek	Comorbide sociaal-maatsch. problematiek	Zorggeschiedenis
Velasquez groep (Novadic-Kentron)	X en XX	0, X en XX	X en XX	0, X en XX
Alles onder controle (Mondriaan Zorggroep en GGZ groep Noord en Midden Limburg)	X en XX (XX als onderdeel van traject)	0, X	0, X en XX	0, X en XX
Motiveringsprogramma DCL (Tactus, Lelystad)	0 en X en XX	0, X en XX	0 en X en XX	0 en X en XX
Nazorgprogramma Amsterdam (Arkin/Jellinek)	X en XX	0 en X	X en XX	0, X en XX
Programma 'middelengebruik en huiselijk geweld' (Centrum Maliebaan)	X	X	X	0 en X
Prison gate farm (in voorbereiding)	XX	X en XX	X en XX	XX
AVC proloog (Verslavingszorg Noord Nederland)	0	0	0	0

Toelichting tabel 3 Score op kwaliteitscriteria

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de mate waarin de beschikbare Nederlandse interventies voor verslaafde justitiabelen voldoen aan de (concept)kwaliteitscriteria van TR. Als eerste wordt een nadere toelichting gegeven op de wijze waarop binnen de verslavingszorg aan kwaliteit en effectiviteit wordt gewerkt. Vervolgens wordt aangegeven hoe dit zich verhoudt tot de kwaliteitscriteria van TR. De score op de kwaliteitscriteria TR is in een tabel weergegeven.

Aan de beoordeling van de interventies baseerde men zich op het literatuuronderzoek dat bij de ontwikkeling van de interventie was uitgevoerd. De onderzochte literatuur betrof voor het overgrote deel wetenschappelijke artikelen waarin buitenlandse interventies in een niet Nederlandse setting zijn geëvalueerd. De status van de wetenschappelijke evidentie werd ook bepaald op basis van dit literatuuronderzoek. Hierbij werd gebruik gemaakt van de CEBM¹⁰ criteria. Deze criteria zien er voor behandelinterventies als volgt uit:

Niveau van evidentie

1a	Systematische review van 1b studies
1b	Random gecontroleerd onderzoek
2a	Systematische review van 2b studies
2b	Cohort studie of methodisch zwak random gecontroleerd onderzoek
2c	Resultaatonderzoek (voor en nameting)
3a	Systematische review van 3b studies
3b	Gecontroleerde gevalstudie
4	Niet of slecht gecontroleerde gevalstudie
5	Expert oordeel zonder expliciete kritische beoordeling

Het hoogste niveau van evidentie is dat de effectiviteit van een interventie blijkt uit een systematische review van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Het laagste niveau van evidentie is een expert oordeel zonder expliciete kritische beoordeling.

Daarbij moet bedacht worden dat – zoals gezegd - het meeste gezondheidsonderzoek naar interventies ‘afname van gebruik’ als effectmaat hanteert. Onderzoeken die zowel de afname van verslavingsproblematiek als vermindering van recidive onderzocht hebben zijn beperkt.

In het kader van de doelstelling ‘terugdringen recidive’ kunnen overigens ook de verschillende op verslaving gerichte doelstellingen van hulpverlening effectief zijn: zowel ‘cure’ (oplossen), ‘care’ (beheersbaar maken) als palliatie (schadebeperking) zijn relevante doelstellingen op zich, die daarnaast effect (kunnen) hebben op het terugdringen van recidive.

Als een veelpleger eerst 40 delicten per maand pleegt maar nu door intensief casemanagement dit beperkt is tot 8 delicten per maand, kan gesproken worden van een effectieve interventie, ook als de persoon nog steeds drugs of methadon gebruikt. Rekening houdend met het chronische karakter van verslaving is diversiteit in het denken over de beoogde doelstelling en effectmaat noodzakelijk.

Er is getracht om zo veel mogelijk concrete informatie te verschaffen over welke interventie voor wie op welk moment effectief is. Geconstateerd moet echter worden dat deze informatie beperkt is, met name omdat de conclusies veelal gebaseerd zijn op metastudies of literatuuroverzichten waaruit geconcludeerd kan worden dat een interventie effectief is maar de onderlinge resultaten soms uiteen lopen.

10 Oxford centre of evidence based medicine

Kwaliteitscriteria TR

De kwaliteitscriteria zoals gebruikt binnen het TR-programma worden beschouwd als een voorwaarde voor effectiviteit. Effectiviteit betekent in dit opzicht: vermindering van recidive.

De criteria zijn:

1. De doelgroep is duidelijk omschreven (voor wie is het programma bedoeld, leerstijl, motivatie, risicoprofiel).
2. De doelstelling is duidelijk omschreven (welke risicofactoren worden beïnvloed, welke samenhang is er met andere factoren, hoe worden de doelstellingen meetbaar gemaakt).
3. De werkwijze is duidelijk omschreven (hoe worden deelnemers gemotiveerd, welke fase-ring, intensiteit, etc.).
4. De uitvoering van het programma past in het detentieplan (er is aandacht voor nazorg en terugvalpreventie).
5. Er wordt gebruik gemaakt van effectieve methoden (duidelijk moet zijn op welke theorie of wetenschappelijke bevindingen het programma gebaseerd is).
6. Er is een hoge mate van programma-integriteit: het programma wordt uitgevoerd zoals bedoeld.
7. Het programma wordt aangepast naar aanleiding van continue evaluatie (voor- en name-ting, follow-up met controlegroep).
8. De noodzakelijke randvoorwaarden zijn beschikbaar (garantie voor materiële voorzieningen).
9. Er is voldoende deskundig personeel.

In de tabel worden de volgende waardering gehanteerd:

- 2 Ja, er wordt op dit moment volledig voldaan aan het kwaliteitscriterium.
- 1 Ja, maar er wordt op dit moment slechts gedeeltelijk voldaan aan het criterium.
- 1i.o. Ja, maar er wordt op dit moment slechts gedeeltelijk voldaan aan het criterium omdat de interventie nog in ontwikkeling is.
- 0 Nee, er wordt niet aan het kwaliteitscriterium voldaan.

In kolom 3 wordt beoordeeld of de werkwijze van de interventie beschreven is.

- 2 Er is sprake van een geprotocolleerde interventie. Hiermee wordt bedoeld dat er precies, op uitvoeringsniveau, wordt voorgeschreven hoe een interventie uitgevoerd wordt, qua procedure, te gebruiken materialen en qua inhoud.
- 1 Er sprake van een beschrijving in algemenere zin, bijvoorbeeld een handleiding, richtlijnen, een lokale beschrijving van een interventie of programma.
- 0 Er is geen beschrijving.

Voor settingen geldt dat zij door hun karakter (scala van interventies voor een deel afgestemd op de specifieke problematiek van de cliënt, variabele duur etc.) nooit de maximale score in termen van de TR criteria kunnen krijgen. De vergaande specificiteit van de beschrijvingen, doelgroep en doelstelling past niet op de meer globale doelgroep en de op de specifieke situatie van de cliënt aangepaste programma. De score '1' lijkt daarom het maximum haalbare. Mogelijk moeten de beoordelingscriteria voor settingen worden herzien (minder specifiek gemaakt worden).

Tabel 3 Huidig aanbod landelijke JVZ-interventies: kwaliteitsscores

Kwaliteitscriteria	Doelgroep correct omschreven?	Doelstelling interventie expliciet?	Werkwijze (fasering, duur en inhoud) beschreven?	Past programma in detentieplan en overgang maatschappij?	Vindt registratie, monitoring en evaluatie plaats?	Evidence, base (= CEBM criteria)
	(Score 2 – 0)	(Score 2 – 0)	(Score 2 – 0)	(Score 2 – 0)	(Score 2 – 0)	(Score 1a – 5)
Spiraal omhoog	0/1	2	2	1	0/1	2c/2b
Training Cognitieve Vaardigheden (CoVa) ²	2	2	2	2	2	2b
Training Cognitieve Vaardigheden voor minderbegaafden (CoVa+) ²	2	2	2	2	2	4/5* ⁴
Korte leefstijltraining justitiabelen ²	2	2	2	2	2	2b
Leefstijltraining justitiabelen ²	2	2	2	2	2	2b
Gedragsinterventie alcohol en geweld	nog i.o.	nog i.o.	nog i.o.	n.v.t. ambulante programma	nog i.o.	2b
Forensische Verslavingskliniek (FVK) ¹	1	1	1	1/2	1	2b
Forensisch Psychiatrische Afdeling voor Verslaving (FPAV) (Mondriaan) ¹	1	1	1	2	1	2b ³
Triple-Ex ¹	1	1	1	1/2	1	2b
Forensische Verslavingspoliklinieken Warnsveld, Almere ¹ (Tactus Verslavingszorg)	1	1	1	2	1	Afhankelijk van daadwerkelijk uitgevoerde interventie
Forensische Verslavingspolikliniek Haarlem (Parnassia-Brijder) ¹	1	1	1	2	1 i.o.	Afhankelijk van daadwerkelijk uitgevoerde interventie
EMA	2	2	2	n.v.t.	1	2c
LEMA	2	2	2	n.v.t.	1	2b/2c

¹ setting; ² erkende gedragsinterventie, krijgt hoogste score op alle criteria m.u.v. evidence base; ³ vergelijkbare interventie als Piet Roorda kliniek; ⁴ De theoretische handleiding van deze interventie werd ons helaas niet ter beschikking gesteld. Voor zover wij weten zijn noch deze interventie, noch de (vermoedelijk) gebruikte methoden ooit in de doelgroep minderbegaafden onderzocht.

6 Discussie en conclusie

In de afgelopen jaren heeft een aantal belangrijke veranderingen plaatsgevonden op het gebied van de justitiële verslavingszorg. Enkele interventies of settingen zoals de SOV en de VBA bestaan (binnenkort) niet meer en andere interventies zoals de leefstijltrainingen voor justitiabelen zijn er nieuw bijgekomen of doorontwikkeld.

Een belangrijk deel van deze veranderingen heeft te maken met veranderingen in de financiering van JVZ-interventies en het programma 'Terugdringen Recidive'. JVZ-interventies worden nu door justitie betaald en dit gebeurt in de nabije toekomst alleen nog maar als ze door de Erkenningscommissie erkend zijn. Daarvoor moeten ze aan bepaalde kwaliteitscriteria – opgesteld door TR – voldoen en wetenschappelijk aantoonbaar effectief zijn (met name in termen van het terugdringen recidive).

De beperking tot erkende interventies en de oriëntatie op kwaliteitscriteria heeft een aantal voordelen. Het is nu bijvoorbeeld duidelijker wat een interventie inhoudt, wat haar doelen zijn, hoe deze bereikt worden en voor welke groep justitiabelen de interventie geschikt is. Door de precieze beschrijving van de inhoud kunnen de behandelaars beter getraind worden en kan de programma-integriteit gecontroleerd worden. Voorts zijn de nieuwe interventies gebaseerd op methoden en theorieën waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze werken.

Tot nu toe betreft de beschikbare evidentie die in deze geupdate interventiematrix is verwerkt in het merendeel van de gevallen echter alleen de methode in bredere zin, dat wil zeggen dat vergelijkbare (meestal Engelstalige) interventies die met deze methoden werken effectief bleken te zijn bij mensen die vaak niet in alle kenmerken met de doelgroep van de JVZ overeenkomen (zie hoofdstuk IV en bijlage I en II). Ook de uitkomst variabelen die in deze onderzoeken zijn gebruikt verschillen van die van de in deze interventiematrix besproken interventies. Vaak werden alleen de effecten op verslavingsgedrag of op crimineel gedrag gemeten, niet de effecten op beide. De effectiviteitscore die in tabel 3 wordt gepresenteerd moet daarom met enig voorbehoud worden gebruikt. Het is dus nog niet geheel zeker of de specifieke Nederlandse interventies die in deze geupdate interventiematrix worden besproken en beoordeeld effectief zijn in termen van zowel verslavings- als crimineel gedrag. Wat dat betreft zijn we vandaag nog niet veel verder dan ten tijde van de oorspronkelijke interventiematrix vijf jaar geleden. Een belangrijke uitzondering betreft de SOV, de FVK en Triple-Ex waarvan in een gecontroleerd onderzoek een positief resultaat op zowel verslaving als recidive is aangetoond (Koeter & Bakker, 2007). Dat de SOV desondanks werd opgegeven lijkt een niet helemaal logische beslissing, ook al zijn daarvoor mogelijk meer factoren dan alleen de effectiviteit van belang geweest.

Op het gebied van de wetenschappelijke evidentie is binnenkort een verbetering te verwachten. Justitie eist namelijk dat de erkende interventies, nu ze zijn geïmplementeerd, op effectiviteit worden onderzocht. Dat betekent natuurlijk nog niet, dat deze dan ook daadwerkelijk effectief blijken en zo ja, hoe groot de effecten zijn. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat de effecten meestal beperkt zijn. Een beperkte verwachting die ook bij Justitie leeft, gezien de doelstelling van 10% recidivevermindering in het TR programma. Maar ook bescheiden effecten zijn op het raakvlak van Justitie en verslavingszorg al belangrijk. Het gaat hier immers om een moeilijke doelgroep.

Naast de boven genoemde voordelen heeft de beperking tot erkende interventies en de huidige oriëntatie op kwaliteitscriteria ook een aantal nadelen. Eén daarvan betreft de eis dat een interventie alleen kan worden erkend als deze zich expliciet richt op vermindering van criminele recidive, delictgedrag ook aan de orde komt en de criminele recidive als gevolg van deze interventie ook daadwerkelijk vermindert. Deze eis heeft tot gevolg dat interventies die zich alleen op verslavingsgedrag richten of op motivering tot deelname aan een – mogelijk wel op

delictgedrag gerichte – interventie, niet erkend en, in de toekomst, dus ook niet gefinancierd worden. Deze eis gaat voorbij aan het gegeven dat voor een aanzienlijk deel van de verslaafde justitiabelen de afzonderlijke interventies te beperkt van omvang, inhoud en intensiteit zijn om een blijvend effect op de recidive te bewerkstelligen. Een interventietraject, bestaande uit een sequentie van een aantal interventies levert mogelijk wel effect op. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan de combinatie van een motiverende interventie, gevolgd door een interventie die zich richt op het versterken van de cognitieve vaardigheden, gevolgd door een leefstijltraining justitiabelen. Vaak zal daarnaast voor het beklijven van de recidive reductie een nog een scholing en werkervaringstraject nodig zijn, gekoppeld aan een woonvoorziening. De eis staat een brede en persoonsgerichte aanpak die eveneens door justitie wordt gepropageerd, in de weg. Meer flexibiliteit lijkt hier gewenst.

Een tweede nadeel is de bijna uitsluitende beperking tot een relatief klein aantal geprotocolleerde cognitief-gedragtherapeutische interventies. Deze interventies zijn geschikt voor een groot deel van de verslaafde justitiabelen. Bepaalde groepen justitiabelen met bijkomende specifieke problemen zoals cognitieve beperkingen kunnen ermee echter meestal niet bereikt worden. Voor deze bestaat tot nu toe nog geen toereikend aanbod (zie hoofdstuk 2.6.1). Omdat de financiering voor alles wat niet erkend is vanaf 2010 niet meer zeker is, bestaat het gevaar dat deze groepen wat betreft interventies en terugvalpreventie tussen wal en schip vallen.

Tot slot hebben in het nieuwe 'erkenningssysteem' van justitie regionaal ontwikkelde interventies minder kans om voort te bestaan en te worden doorontwikkeld. Hiermee dreigt een belangrijke bron van nieuwe ideeën, verbeteringen en aanvullingen op het bestaande aanbod te worden afgesloten. Tot nu toe hebben bijvoorbeeld de meeste aanpassingen van interventies voor mensen met een beperkt cognitief vermogen op regionaal niveau plaatsgevonden.

Al met al kunnen we constateren dat er veel gebeurd is en nog steeds gebeurt in de justitiële verslavingszorg. Deze ontwikkelingen kunnen over het algemeen zeker als positief worden beschouwd. Door de verplichte evaluatie van de erkende interventies zal binnen afzienbare termijn in de nog ontbrekende wetenschappelijke evidentie van de werkzaamheid van de specifieke JVZ interventies worden voorzien. Verder is de implementatie van programma's met theoretisch en wetenschappelijk goed onderbouwde methodieken en de systematische evaluering van deze programma's een grote verbetering. Er zijn echter ook ontwikkelingen die naar onze mening zouden moeten worden heroverwogen. Dit betreft ten eerste een heroverweging van de criteria voor erkenning. De erkenning afhankelijk te maken van de vraag of de interventie zelfstandig een meetbare bijdrage levert aan recidivevermindering lijkt niet verstandig. Daarnaast zou de uitsluitende financiering van erkende interventies moeten worden heroverwogen en ook geld voor niet erkende interventies beschikbaar moeten blijven. Met name, indien deze gericht zijn op specifieke doelgroepen voor wie nog geen erkende interventie bestaat.

Geraadpleegde literatuur.

- Abraham, M., Dijk, B. van & Zwaan, M. (2007) *Inzicht in toezicht*. WODC Ministerie van Justitie.
- Dijk, W.K. van (1979). De miskende alcoholist. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 123 (29), 1228-1236.
- Goderie, M. & Lunneman, K. (2008) *De maatregel Inrichting voor stelselmatige daders. Proceesevaluatie*. Verwey Jonker Instituut.
- Kaal, H., Ooyen-Houben, M. van, Wits, E. & Ganpat, S. (2009). *Een complex probleem. Verslaafde justitiabelen met comorbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. WODC, Ministerie van Justitie. (in druk)
- Koeter, M.W.J. & Maastricht, A., S., van (2006). *De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. ZonMw.
- Koeter, M.W.J. & Bakker, M. (2007). *Effectevaluatie van de strafrechtelijke opvang verslaafden*. Boom juridische uitgevers. WODC reeks onderzoek en beleid 259.
- Menger, A. (2008). Werken in gedwongen kaders. *Justitiële verkenningen*, 34 (3), 42-56.
- Miller, W.R., and Rollnick, S., eds. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. O. and C. C. DiClemente (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Velasquez M.M., Mauerer, G.G., Crautch, C & DiClemente C.C. (2005). *Groepsbehandeling bij middelenmisbruik*. Pearson Assessment and information.
- Wartna, B.S.J. (2009). *In de oude fout. Over het meten van recidive en het vaststellen van succes van strafrechtelijke interventies*. Boom juridische uitgevers. WODC reeks onderzoek en beleid 275.

Literatuur

- Jansen, H.A.M. & Snoek, A.: Masterprotocol Resultaten Scoren. Handleiding voor de ontwikkeling van protocollen en kennisdocumenten voor de verslavingszorg. Resultaten Scoren, Amersfoort, 2007.
- Koeter, M.W.J. & Maastricht, A.S. van: De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader. NWO-ZonMw, Den Haag, 2006.
- Koeter, M.W.J. & Bakker, M.: Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV). Boom juridische uitgevers, Den Haag, 2007.
- SVG Werkgroep Interventiematrix JVZ: Interventies voor verslaafde justitiabelen. SVG, Utrecht, 2004.

Colofon

Deze publicatie is uitgebracht door project Resultaten Scoren, GGZ Nederland in opdracht van de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) te Amersfoort

Auteurs: M.W.J.Koeter, M.W.Campen, W.Langeland

Uitgever

GGZ Nederland, project Resultaten Scoren

Postbus 830 , 3800 AV Amersfoort; 033 - 4608900

Ontwerp: www.taluut.nl

Publicatienummer: 2009 – 359

Prijs: eerste exemplaar gratis voor leden GGZ Nederland; elk volgend exemplaar €15,- inclusief verzendkosten

Gratis downloaden via www.ggz nederland.nl - beleid in de ggz – beleidsthema's - verslavingszorg

© Copyright 2009: Project Resultaten Scoren, GGZ Nederland

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd op welke wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van de uitgever GGZ Nederland/Resultaten Scoren

