

[20 augustus 2012]

Auteurs

Jorik Nieboer

Leo Zwart

Begeleiders

Karlan van Ieperen (CHE)

Anne Usmany (Groot Batelaar)

[VERSLAVING IN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE]

Over de mate waarin Groot Batelaar aansluit op de huidige wetenschappelijke visie op de hulp bij middelenproblematiek binnen de Forensische Psychiatrie.

© 2012 Christelijke Hogeschool Ede

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave	2
Samenvatting.....	4
Voorwoord	5
1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Organisatie en doelgroep	6
1.3 Probleemstelling.....	7
1.4 Hoofdvraag en deelvragen.....	7
1.5 Afbakening	8
1.6 Relevantie	8
1.7 Doelstelling	8
1.8 Relatie verdiepingsminor	9
1.9 Relatie creatieve professional.....	9
2 Verantwoording werkwijze.....	10
2.1 Procedure van werken.....	10
2.2 Methode van werken	10
2.3 Meetinstrument	11
3 Deelvraag 1 - Wat zijn de recente wetenschappelijke opvattingen met betrekking tot hulp aan verslaving i.c.m. psychiatrie?.....	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Doelgroepbeschrijving.....	13
3.3 Mogelijke oorzaken	17
3.4 Behandeling	19
3.5 Samenvatting en conclusie	21
4 Deelvraag 2 - Wat zijn de recente wetenschappelijke opvattingen over de behandeling in de forensische psychiatrie?.....	22
4.1 Inleiding	22
4.2 Wat is forensische psychiatrie?.....	22
4.3 Doelgroepbeschrijving.....	23
4.4 Recente ontwikkelingen	26
4.5 Behandeling	26
4.6 Samenvatting en conclusie	31
5 Deelvraag 3 - Wat zijn de recente wetenschappelijke opvattingen over de hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie?	33
5.1 Inleiding	33
5.2 Cijfers middelengebruik.....	33
5.3 Oorzaken.....	33

5.4	Relatie middelenmisbruik en delict.....	34
5.5	Behandeling	34
5.6	Overheid	35
5.7	Samenvatting en conclusie	36
6	Deelvraag 4 - Wat is de huidige behandelvisie van Groot Batelaar op de hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie.	37
6.1	Inleiding	37
6.2	Doelgroepbeschrijving.....	37
6.3	Behandelkader	38
6.4	Visie forensische psychiatrie.....	39
6.5	Visie verslaving.....	41
6.6	Samenvatting en conclusie	43
7	Hoofdvraag – In hoeverre sluiten de recente wetenschappelijke opvattingen over middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie aan bij de behandelvisie van Groot Batelaar?	44
8	Product	46
9	Conclusie / aanbevelingen.....	50
9.1	Antwoord probleemstelling	50
9.2	Aanbevelingen.....	50
9.3	Beperkingen onderzoeksmethoden	51
10	Begrippen.....	53
11	Bibliografie.....	55
12	Bijlagen	59
12.1	Bijlage A: Behandelvisie Groot Batelaar	59
12.2	Bijlage B: Interview psychiater Groot Batelaar	67
12.3	Bijlage C: Interview behandelcoördinator Groot Batelaar	75

SAMENVATTING

Dit onderzoek gaat over de hulp bij middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie. Veel cliënten binnen de forensische psychiatrie hebben een verleden met middelenproblematiek of zitten nog middenin hun verslaving. Dit onderzoek laat vanuit wetenschappelijke studies zien hoe groot en complex deze doelgroep is. De focus ligt op de visie op deze doelgroep, op de oorzaken van de problematiek en op de behandeling die daar het best bij past. De uitkomsten hiervan worden vergeleken met de instelling Groot Batelaar. Groot Batelaar is een instelling voor forensische psychiatrie die aanbevelingen wilden over de visie op het omgaan met middelenproblematiek. Om hier gedegen aanbevelingen te kunnen doen zijn we gaan werken vanuit een onderzoeksvraag. Deze vraag hebben wij als volgt omschreven: 'In hoeverre sluiten de recente wetenschappelijke opvattingen over middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie aan bij de behandelvisie van Groot Batelaar?'

We hebben een antwoord geformuleerd waarmee we wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen kunnen geven op de huidige behandelvisie van Groot Batelaar. De aanbevelingen die wij geven hebben niet het doel om verandering teweeg te brengen. Ons doel zou behaald zijn als wij bijgedragen hebben aan de discussie over de visie van Groot Batelaar. Met dit onderzoek hopen we dat dit een eerste aanzet is tot discussie waarop wellicht vervolgonderzoek kan komen. Daarnaast zullen onze aanbevelingen de behandelvisie van Groot Batelaar onderstrepen of aanmoedigen tot het aanvullen hiervan.

Het accent van dit onderzoek ligt op literatuuronderzoek. Interviews hebben we gehouden ter ondersteuning van het literatuuronderzoek. Dit onderzoek kenmerkt zich als een kwalitatief onderzoek waarin we trachten transparant te werken door onze stappen en keuzes uit te leggen. Het onderzoek begon – na het maken van het plan van aanpak – met de literatuurstudie over het onderwerp. Hierbij hebben we een zo objectief mogelijk onderzoek proberen te doen, die vervolgens leidde tot onze onderbouwde subjectieve aanbevelingen. De aanbevelingen vormen het product voor de instelling Groot Batelaar. We hopen dan ook dat we met deze aanbevelingen Groot Batelaar bieden wat ze nodig hebben. Hieronder geven we kort weer wat uit het onderzoek gekomen is.

De behandelvisie van Groot Batelaar laat veel overeenkomsten zien met de eerder bestudeerde literatuur. Hierdoor kwamen wij tot de conclusie dat de behandeling die Groot Batelaar aanbiedt lijkt aan te sluiten bij de huidige wetenschappelijk visie op de forensische psychiatrie. Groot Batelaar zou de behandelvisie kunnen aanvullen met visie op de oorzaken van de problematiek, en ook wat de visie is op middelengebruik en hoe Groot Batelaar ermee omgaat, zodat duidelijk is waar de behandeling uit voort komt.

Naast dat we zagen dat de behandelvisie inhoudelijk grotendeels past binnen de huidige opvattingen, hebben we door interviews gemerkt dat sommige begrippen uit de behandelvisie niet of niet goed begrepen worden. We doen daarom de aanbeveling om de medewerkers beter op de hoogte te brengen van de huidige wetenschappelijke opvattingen over de hulp bij middelenproblematiek en over de behandelvisie. We kwamen het belang van psycho-educatie en abstinentie tegen, maar ook de waarschuwing dat middelenproblematiek door de hulpverlener vaak niet herkend wordt. Deze opmerkingen kunnen mogelijk ook voor Groot Batelaar gelden en hebben we daarom opgenomen in onze aanbevelingen.

VOORWOORD

Dit onderzoek hebben wij gedaan als afronding van onze studie Sociaal Pedagogische Hulpverlening. Wij hebben beiden drie jaar de voltijd variant gedaan en doen het laatste jaar in deeltijd variant. Dat betekent dat wij naast het maken van dit afstudeeronderzoek ook in de hulpverlening werken. Wij beiden zijn werkzaam bij Groot Batelaar, een instelling van het Leger des Heils, wat de basis vormt voor het doen van dit onderzoek. We zijn Groot Batelaar dankbaar dat zij ons de mogelijkheid hebben gegeven om naast ons werk dit afstudeeronderzoek te kunnen doen. Voornamelijk zijn we dankbaar voor de begeleiding van Anne Usmany en het verkopen van ons product bij het management door Patrick Donkers. Daarnaast zijn we blij met de sturing die we ontvingen van Karlan van Ieperen. Zij heeft ons proces kritisch gevolgd en onze alertheid op onjuistheden vergroot. Natuurlijk mogen wij de steun van ouders en vrouw bij het tot stand komen van dit product niet vergeten.

Dit onderzoek is in de eerste plaats geschreven voor de instelling Groot Batelaar. Het theoretisch onderzoek over de hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie is er voor bedoeld om deze instelling te kunnen voorzien van wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen. Daarnaast zijn de conclusies en aanbevelingen relevant voor elke forensisch psychiatrische instelling omdat het een helder beeld geeft van de huidige wetenschappelijke opvattingen.

Als lezer kunt u verwachten dat we de gebruikte literatuur zo objectief mogelijk weergegeven hebben. Daarnaast zult u zien dat we gebruik maken van vele bronnen om een zo breed mogelijk gedragen visie weer te geven. U zult onze eigen kritische gedachten terug vinden in de aanbevelingen die wij doen na het onderzoek.

Met het doen van dit onderzoek proberen wij antwoord te vinden op de vraag in hoeverre Groot Batelaar aansluit bij de recente wetenschappelijke opvattingen over de hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie. Deze vraag zullen wij beantwoorden door het doen van literatuuronderzoek en met enkele interviews.

We beginnen straks met het beschrijven van de inleiding op ons onderzoek. Deze inleiding vormt de basis van het onderzoek omdat het de aanleiding, probleemstelling, afbakening en doelstelling weergeeft. Hierna beschrijven we de werkwijze van dit onderzoek. Hierin is te lezen welke procedure van werken wij gevolgd hebben, welke onderzoeksmethoden wij gedaan hebben en welk meetinstrumenten wij gebruikten. De resultaten van ons onderzoek zijn hierna weergegeven aan de hand van vier deelvragen. Het beantwoorden van deze deelvragen geeft ons een antwoord op de hoofdvraag. Met dit antwoord hebben wij vervolgens ons product kunnen maken, de aanbevelingen. Dit onderzoek ronden we af met een begrippenverduidelijking, een bibliografie en met onze bijlagen.

1 INLEIDING

1.1 AANLEIDING

Wij werken beiden bij Groot Batelaar, ieder op een andere afdeling. Toen wij samen na gingen denken over een afstudeeronderzoek bij Groot Batelaar hebben we gebrainstormd over mogelijke onderwerpen. Die hebben wij voorgelegd aan de organisatie. De behandelaars en de managers kwamen met het verzoek ons te gaan richten op middelenproblematiek binnen Groot Batelaar.

In eerste instantie wilden wijzelf kijken naar de verschillende manieren die wij zien in aanpak van deze problematiek. Hierdoor zou de focus komen te liggen op 'veldonderzoek' in de organisatie. In samenspraak met school hebben we er uiteindelijk voor gekozen dat het accent meer is komen te liggen bij literatuuronderzoek. Interviews hebben we gedaan ter ondersteuning van het literatuuronderzoek. Dit sluit mooi aan op het verzoek vanuit Groot Batelaar om ons te richten op de visie van de instelling. Wij richten ons dus niet op de daadwerkelijk geboden hulpverlening, maar op de achterliggende visie. Aan de hand van de bestudeerde literatuur kunnen we hierover onderbouwde adviezen geven.

Omdat wij zelf bij Groot Batelaar werken en uiteraard een eigen beeld hebben van de (be)handelwijze binnen de organisatie, lopen wij het gevaar dat wij vooral onze eigen mening gaan onderbouwen en daarmee een eenzijdig beeld neerzetten van de organisatie. Juist ook om die reden is het goed om een literatuurstudie te doen, zodat we zo objectief kunnen onderzoeken. Wij willen met dit onderzoek loskomen van de werkvloer, en insteken op de voor ons onbekendere kant van de organisatie, de visie.

1.2 ORGANISATIE EN DOELGROEP

Het Leger des Heils in Nederland bestaat uit vijf onderdelen. Een van die onderdelen is de Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg (W&G). Groot Batelaar valt onder het bestuur van deze stichting. Groot Batelaar zelf is een open forensische kliniek voor (jong)volwassenen met persoonlijkheids-, verslavings-, en/of ontwikkelingsproblematiek en/of milde psychiatrische problematiek die met justitie in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen. De behandeling vindt plaats binnen diverse juridische kaders of op vrijwillige basis.

De kliniek staat in Lunteren en bestaat uit vier units met een of twee leefgroepen. In figuur 1 is een opsomming van de units en de leefgroepen weergegeven. Verdere uitleg van het karakter van de kliniek komt in deelvraag 4 aan bod.

Naast de kliniek beschikt Groot Batelaar ook over een Woon- werktraining (WWT) die in Ede gevestigd is. Dit is de vervolgstap voor de kliniek. Deze WWT is gericht op een individueel traject, en vooral op het praktische aspect. De focus ligt op een eigen woning zoeken, werk zoeken, schulden aflossen en omgaan met de maatschappij. Het gaat kort gezegd om re-integreren in de maatschappij.

Kliniek Groot Batelaar:

- Unit 'de Basis', een open leefgroep.
- Unit 'de Lijnen':
 - Lijnen 1, een open leefgroep.
 - Lijnen 2, een open leefgroep.
- Unit 'het Midden':
 - Midden 1, een open leefgroep.
 - Midden 2, een open leefgroep.
- Unit 'de Grens'
 - Grens 1, een leefgroep specifiek gericht op cliënten met een verslaving.
 - Grens 2, een besloten groep, waar detoxificatie- en time-outbedden zijn.

FIGUUR 1 KLINIEK GROOT BATELAAR

De hierboven kort beschreven doelgroep werken we nu niet verder uit. Een nadere uitleg zullen we geven in de verschillende paragrafen. We gaan voornamelijk in op hoe de doelgroep in de literatuur beschreven wordt. Dit doen we door verschillende onderzoeken met elkaar te vergelijken. Hiermee

krijgen we een beeld van hoe deze doelgroep gezien wordt en wat de huidige visie is op hulp aan deze doelgroep. Als we dit gedaan hebben bekijken we de doelgroep zoals die beschreven is bij Groot Batelaar zelf.

1.3 PROBLEEMSTELLING

Omdat elke afdeling met middelenproblematiek te maken heeft, is de visie op behandeling van verslaving binnen de forensische psychiatrie een actueel onderwerp voor Groot Batelaar. Veel cliënten die er zijn opgenomen hebben een verleden met middelenproblematiek of hebben nog te kampen met deze problematiek. Ook zien wij beiden binnen de organisatie dat afdelingen verschillend omgaan met middelenproblematiek. De ene afdeling lijkt naar ons idee middelengebruik meer te tolereren. Naar ons idee ziet het eruit dat er bij Groot Batelaar geregeld cliënten zijn die een einde behandeling willen of krijgen; we vragen ons af in hoeverre middelengebruik hieraan bijdraagt. Wij zijn benieuwd of, en in welke mate, de visie van Groot Batelaar van invloed is op de behandeling van middelenproblematiek.

De probleemstelling formuleren we daarom als volgt:

Kan het zijn dat de gehanteerde visie van Groot Batelaar op behandeling van middelengerelateerde problematiek cliënten onvoldoende helpt met hun middelenproblematiek?

Deze probleemstelling speelt zich af op meso niveau maar heeft ook raakvlakken op micro en macro niveau. Het is in de eerste plaats meso niveau omdat we de visie van een instelling bestuderen. Het antwoord op deze probleemstelling en de aanbevelingen die we doen zullen op dit meso niveau zijn. Het noodzakelijk voor een goede beantwoording van onze vraag om ook het macro niveau te belichten. We moeten namelijk een antwoord wetenschappelijk onderbouwen. Dit kan alleen door op landelijk niveau te zoeken naar wat er over deze doelgroep geschreven is. Op micro niveau kan een antwoord op deze probleemstelling bijdragen aan een vernieuwde visie op de hulpverlening die de professional biedt. Het kan de hulpverleners stimuleren de visie met betrekking tot dit onderwerp te onderstrepen of te vernieuwen.

1.4 HOOFDVRAAG EN DEELVRAGEN

In de probleemstelling hebben we de vraag neergelegd of de huidige visie van Groot Batelaar op behandeling van middelenmisbruik en -afhankelijkheid cliënten wellicht onvoldoende helpt met hun middelenproblematiek. Of dit waar is of niet en wat verdere mogelijkheden voor Groot Batelaar zijn, willen we onderzoeken. De vraagstelling komt voort uit de probleemstelling en formuleren we als volgt:

‘In hoeverre sluiten de recente wetenschappelijke opvattingen over middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie aan bij de behandelvisie van Groot Batelaar?’

Om deze hoofdvraag goed te kunnen beantwoorden, hebben we deze onderverdeeld in vier deelvragen. De antwoorden op deze vier deelvragen samen vormen het antwoord op onze hoofdvraag. We zullen vervolgens n.a.v. ons onderzoek aanbevelingen doen.

Dit zijn de deelvragen die we gaan beantwoorden:

Deelvraag 1 - Wat zijn de recente wetenschappelijke opvattingen met betrekking tot hulp aan verslaving i.c.m. psychiatrie?

Deelvraag 2 - Wat zijn de recente wetenschappelijke opvattingen over de behandeling in de forensische psychiatrie?

Deelvraag 3 - Wat zijn de recente wetenschappelijke opvattingen over de hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie?

Deelvraag 4 - Wat is de huidige behandelvisie van Groot Batelaar op de hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie.

We hebben voor deze opbouw gekozen omdat forensische psychiatrie een veelomvattende doelgroep is. Daarom hebben we ervoor gekozen om eerst de verslaving i.c.m. psychiatrie te onderzoeken en dan met name de cluster B persoonlijkheidsstoornissen. Daarna recente opvattingen over de behandeling in de forensische psychiatrie. Hierbij is hebben we ook duidelijk onderzocht wat forensische psychiatrie is en hoe er over behandeling gedacht wordt. Daarna hebben we gekozen om specifiek te onderzoeken wat er over de hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie wordt gezegd en als laatst hebben we ervoor gekozen om de behandelvisie van Groot Batelaar te onderzoeken. Al deze deelvragen bij elkaar zullen daarom een goed antwoord op de hoofdvraag kunnen geven.

1.5 AFBAKENING

Op de volgende punten hebben we dit onderzoek moeten afbakenen om tot voldoende verdieping te kunnen komen binnen de gestelde tijd:

- Over de specifieke doelgroep de forensische psychiatrie is niet altijd voldoende wetenschappelijke literatuur te vinden. Informatie over TBS klinieken gaven ons af en toe meer informatie over onze doelgroep, dan de forensische psychiatrie in het algemeen. Dit hebben we gebruikt ter ondersteuning van voornamelijk paragraaf 3 en 4. We hebben gezien in paragraaf 6.2 dat Groot Batelaar cliënten met verschillende kaders behandelt. Hierbij horen ook cliënten met een TBS maatregel. Toch is het belangrijk te noemen dat we de informatie vanuit bronnen over TBS klinieken met zorg hebben uitgekozen, zodat het zo veel mogelijk aansluit bij de doelgroep van Groot Batelaar.
- We spreken in dit onderzoek regelmatig over middelenproblematiek en verslaving. We zijn ons bewust van de vele verschillende vormen van verslaving die er kunnen zijn; neem bijvoorbeeld tabak, cafeïne, drugs, seks, games spelen, gokken, end. Dit onderzoek hebben wij ons beperkt tot de verslaving van drugs en alcohol. Deze middelen hebben wij gekozen omdat deze het meest voor komen bij de doelgroep van dit onderzoek. De verantwoording hiervan staat in paragraaf 3.2, 5.2 en 6.2.
- Om het bestuderen van literatuur af te bakenen hebben we zo veel mogelijk gebruik gemaakt van recente literatuur. Onder recent verstaan de periode vanaf het jaar tweeduizend. Enkel voor paragraaf 4.3.3 hebben wij literatuur gebruikt uit 1998, omdat deze bron de geschiedenis van de forensische psychiatrie beschrijft.

1.6 RELEVANTIE

Het theoretische belang van het onderzoek is dat we laten zien wat verschillende theorieën zeggen over de behandeling van middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie. Deze specifieke doelgroep lijkt groeiende te zijn, waardoor overzichtelijk beeld van de huidige visie op deze doelgroep mogelijk nog niet geformuleerd is. Hierdoor zal ons onderzoek bijdragen aan het weergeven dan de huidige wetenschappelijke visie.

Het praktische belang van ons onderzoek is om de instelling te laten nadenken over de huidige visie op behandeling van drugsproblematiek en hoe het uitwerkt. Moet de behandelvisie worden aangescherpt en zo ja: moet als gevolg daarvan de behandelmethodiek worden aangepast? Groot Batelaar zal door dit onderzoek op de hoogte worden gesteld van de mate waarop de behandelvisie aansluit bij huidige wetenschappelijke visies. We zullen vervolgens aanbevelingen doen die leiden tot onderstreping van het beleid, of die de instelling ertoe prikkelen na te denken over vernieuwing van beleid.

1.7 DOELSTELLING

Het doel van ons onderzoek is dat wij antwoord willen hebben op de hoofdvraag:

In hoeverre sluiten recente wetenschappelijke opvattingen over hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie aan bij de behandelvisie van Groot Batelaar?

Dit willen we doen, om wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen te kunnen geven op de huidige behandelvisie van Groot Batelaar. De aanbevelingen die wij geven hebben niet het doel om verandering teweeg te brengen. Ons doel zou behaald zijn als wij bijgedragen hebben aan de discussie over de visie van Groot Batelaar. Met dit onderzoek hopen we dat dit een eerste aanzet is tot discussie waarop wellicht vervolgonderzoek kan komen. We willen wetenschappelijke onderbouwing vinden over de hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie. Hiermee zal de behandelvisie van Groot Batelaar kunnen worden onderstreept of worden aangevuld.

Een bijkomend doel is dat wij als medewerkers van Groot Batelaar onze kennis willen vergroten over het bieden van hulp aan cliënten met middelenproblematiek. In eerste instantie voor onszelf, maar wellicht ook voor collega's van ons.

1.8 RELATIE VERDIEPINGSMINOR

De verdiepingsminor die we allebei hebben gevolgd heet GGZ, maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Binnen deze minor hebben we veel geleerd over verschillende ziektebeelden, over drugs en de behandeling van verslaving. De instelling waar we werken heeft veel raakvlakken met de minor. De doelgroep waarmee wij werken zijn (jong)volwassenen met persoonlijkheids-, verslavings-, en/of ontwikkelingsproblematiek en/of milde psychiatrische problematiek die met justitie in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen. Het onderzoek naar de behandeling van drugs binnen Groot Batelaar sluit goed aan bij de minor. Wij denken daarom ook dat we goed onderzoek kunnen doen naar dit onderwerp en iets moois kunnen leveren aan de organisatie.

1.9 RELATIE CREATIEVE PROFESSIONAL

De relatie met de creatieve professional is dat wij gaan onderzoeken hoe je als hulpverlener met middelenproblematiek om kan gaan. Hierbij zullen we veel verschillende meningen, visies en opvattingen horen en zien. Zo kunnen wij ook onze eigen mening vormen en onderbouwen. Juist omdat we er in ons werkveld veel mee te maken hebben is dit voor ons erg relevant. Het doen van dit onderzoek kan ons ondersteunen in handvatten voor het dagelijkse werk.

2 VERANTWOORDING WERKWIJZE

2.1 PROCEDURE VAN WERKEN

We zijn begonnen met het signaleren van mogelijk niet optimale hulpverlening. Binnen ons werk hebben we tijd genomen om rond te vragen en rond te kijken. Hieruit volgden een aantal mogelijke afstudeeronderwerpen. In samenspraak met school en met de instelling hebben we voor het huidige onderwerp gekozen.

Nadat we het eens waren wat we precies gingen doen zijn we begonnen met het maken van een planning en een plan van aanpak. Dit plan van aanpak resulteerde in de volgende stap van ons onderzoek: literatuur zoeken. Vele onderzoeken, boeken over onderzoeken, richtlijnen aan de hand van onderzoeken enz. zijn onder onze aandacht gekomen. Aan de hand van deze mogelijk bruikbare bronnen konden wij ons een beter beeld vormen van de inhoud van verschillende deelvragen.

Het beschrijven van de eerste drie deelvragen is toen onze focus geweest. Nadat we deze beschreven hadden, konden we verder kijken naar de deelvraag over de visie van Groot Batelaar. Hiervoor hebben we visiedocumenten bestudeerd en interviews gehouden. Door deze volgorde aan te houden hebben wij een zo objectief mogelijk onderzoek kunnen doen. In het literatuuronderzoek waren we immers nu zo min mogelijk beïnvloed door de visie van Groot Batelaar.

Na het bestuderen van literatuur en de visie van Groot Batelaar konden wij verder met ons product: de aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn voortgekomen uit het onderzoek en vormen het resultaat van onze opdracht. We hopen dan ook dat we hiermee iets kunnen bijdragen aan een verbeterde behandeling, waar cliënten vervolgens mee gebaat zijn.

2.2 METHODE VAN WERKEN

Het gehele onderzoek is een kwalitatief onderzoek. We hebben hiervoor gekozen omdat de focus ligt op het bestuderen van visie. Voor een eventueel vervolgonderzoek zou het wellicht interessant zijn om dan de focus te leggen op kwantitatief onderzoek. Bijvoorbeeld om te weten wat medewerkers van de visie vinden en in hoeverre ze erachter staan.

2.2.1 LITERATUURONDERZOEK

Voor elke deelvraag hebben we literatuuronderzoek gedaan. Dit literatuuronderzoek is de basis van ons onderzoek.

Omdat ons onderzoek een kwalitatief onderzoek is kenmerkt het dat we transparant werken door onze stappen uit te leggen. Hierbij hebben we een zo objectief mogelijk onderzoek proberen te maken, die vervolgens leiden tot onze onderbouwde subjectieve aanbevelingen. We moesten waken voor de gekleurdeheid van onze mening doordat we zelf werken bij de instelling waarvoor we dit onderzoek deden. Hierdoor moesten we waakzaam zijn voor interpretatiefouten. Dit hebben we gedaan door gebruik te maken van de kennis van geïnterviewden, onze instellingsbegeleider mee te laten kijken en de objectieve feedback van onze afstudeerbegeleider ter harte te nemen.

Dit onderzoek is begonnen met een onderzoeksvraag en konden we afronden met het beantwoorden van deze vraag. Het beantwoorden leidde tot het kunnen doen van een aantal aanbevelingen voor Groot Batelaar. De gemaakte onderzoeksvraag was een toetsende vraag omdat we wilden onderzoeken of de visie van Groot Batelaar aansluit bij de huidige wetenschappelijke opvattingen. Hierbij was het doel niet het oplossen van een probleem, maar het krijgen van inzicht in verschillende factoren die tot vernieuwing van de hulpverlening kunnen leiden.

2.2.2 INTERVIEWS

Bij deelvraag 4 hebben we naast literatuuronderzoek ook gebruik gemaakt van interviews. Naast het bestuderen van visiedocumenten van Groot Batelaar wilden we verdieping horen en onze vragen kunnen stellen over de visie om dit meer duidelijk te krijgen. Dit was nodig omdat geschreven

documenten niet alles over een visie zeggen. Er zijn verschillende visiedocumenten van Groot Batelaar. Hierin kregen we geen eenduidig beeld. Om deze reden was het wenselijk om diepte interviews te houden waardoor een volledig beeld gevormd kon worden. Dit hebben we gedaan door gedeeltelijk gestructureerde interviews, waarbij we vooraf vragen maakten, maar waar we de mogelijkheid hadden zelf ook door te vragen.

Voor de interviews hebben we gekozen om een psychiater en een behandelcoördinator te interviewen. Beide personen zijn werkzaam bij Groot Batelaar. De psychiater hebben wij geïnterviewd omdat hij regelmatig cliënten spreekt rondom middelenproblematiek. We hoopten de visie van Groot Batelaar te horen te krijgen vanuit het perspectief van de psychiater. Daarnaast hebben we een behandelcoördinator geïnterviewd. Hij is als GZ-psycholoog verantwoordelijk voor de inhoud van de behandeling van een specifieke afdeling op Groot Batelaar. De behandelcoördinator moet beslissingen nemen over het verblijf van cliënten en bepalen welke behandeling een cliënt zal krijgen.

Niet alle vragen die wij hadden over de behandelvisie konden beantwoord worden door de visiedocumenten en de twee gehouden interviews. Dit is een gemis voor ons onderzoek wat de richting van onze aanbevelingen enigszins zou kunnen bepalen. Deze beperking heeft naar ons idee weinig invloed op het beantwoorden van de hoofdvraag. Dit vinden we omdat we de visie die beschreven is en bekend is bij behandelaren wel kunnen vergelijken met de huidige wetenschappelijke opvattingen.

2.3 MEETINSTRUMENT

De opbouw van het interview is hieronder weergegeven. De daadwerkelijk gehouden interviews zijn opgenomen en verbatim uitgetypt. Hierna zijn de voor ons onderzoek relevante fragmenten gesorteerd en gelabeld. Deze zijn terug te vinden als bijlage B en C van dit onderzoek.

2.3.1 INTERVIEWVRAGEN

Voor ons onderzoek over hulp bij middelenproblematiek in de forensische psychiatrie willen we graag dit interview doen. We hebben recente onderzoeken bestudeerd over deze comorbiditeit. Nu we deze literatuur bestudeerd hebben is het voor ons tijd om dit te vergelijken met de visie van Groot Batelaar. We hopen, door onder andere dit interview, meer inzicht te krijgen in de visie van Groot Batelaar, zodat we eventuele aanbevelingen kunnen doen.

1. Mogen we dit gesprek opnemen zodat we het verbatim kunnen uitwerken?
2. Wat is uw naam?
3. Wat is uw functie bij Groot Batelaar?
4. Hoe lang bent u werkzaam bij Groot Batelaar?
5. Mogen de vorige drie vragen in het onderzoek worden meegenomen?

Nu volgen de vragen over de visie van Groot Batelaar.

1. Wat is de leidende methodiek van Groot Batelaar?
2. We kregen/vonden verschillende beschreven visiestukken. Bent u op de hoogte van deze stukken? 'Het Groot Batelaar Model', 'Behandelvisie Groot Batelaar', 'Evaluatie Groot Batelaar van het Verwey-Jonker Instituut'
3. De behandelvisie (van Groot Batelaar) zegt dat er gewerkt wordt volgens een multimethodisch behandelkader. Wat houdt dit in?
4. Een (iets oudere) folder ('Het Groot Batelaar' model) zegt dat er gewerkt wordt volgens een sociaal-therapeutisch model / sociaal competentiemodel? Klopt dit nog?
5. Zo nee, wat kwam er voor in de plaats?
6. Wat is de visie van Groot Batelaar over de oorzaak van middelenproblematiek bij een cliënt?
7. Wat is de visie van Groot Batelaar voor de hulp aan cliënten met middelenproblematiek?

8. Hoe verhoudt de hulp aan middelenproblematiek zich tot de hulp voor een psychische stoornis (zoals bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis)?
9. Groot Batelaar zegt in hun behandelbeleid dat de interventies in de behandeling resultaat leveren ('what works'). Van welke interventies die Groot Batelaar biedt is bekend dat ze resultaat leveren?
10. Psychiater: Wat is de rol van de psychiater bij de hulp aan middelenproblematiek?
11. Psychiater: Geeft u advies aan de rechter? Zo ja, wordt het stuk verslaving ook meegenomen?
12. Psycholoog: Wat is de rol van de psycholoog bij de hulp aan middelenproblematiek?

Tot zover de vragen. Onze bevindingen gaan wij verwerken in ons onderzoek. Als u dat wil kunnen wij de bevindingen van dit onderzoek u toesturen. Hiervoor hebben we dan wel uw e-mailadres nodig. Deze zullen wij niet voor andere doeleinden gebruiken.

Hartelijk bedankt voor de medewerking.

3 DEELVRAAG 1 - WAT ZIJN DE RECENTE WETENSCHAPPELIJKE OPVATTINGEN MET BETREKKING TOT HULP AAN VERSLAVING I.C.M. PSYCHIATRIE?

3.1 INLEIDING

Voordat we naar de huidige opvattingen kijken voor de hulp aan verslaving binnen de psychiatrie moeten we eerst goed weten waar we het precies over hebben. Om deze reden gaan we ons eerst verdiepen in wat een verslaving eigenlijk is. Daarna bespreken we verschillende psychiatrische ziektebeelden die veel voorkomen binnen de forensische psychiatrie. Voornamelijk zijn dat persoonlijkheidsstoornissen. De diagnostische criteria uit twee verschillende handboeken geven ons een helder beeld voor onze doelgroepbeschrijving. Deze hebben we verderop weergegeven.

Naast aparte beschrijvingen van een verslaving en van verschillende persoonlijkheidsstoornissen gaan we ook in op de combinatie hiervan. Dit doen we omdat er binnen de forensische psychiatrie vaak sprake is van verslaving. Het hebben van twee of meerdere psychiatrische aandoeningen wordt ook wel 'comorbiditeit' genoemd. De comorbiditeit die wij bespreken is die van een persoonlijkheidsstoornis enerzijds en een verslaving anderzijds.

Er zijn vele onderzoeken gedaan naar de oorzaken van een verslaving. Enkele huidige opvattingen geven we weer. Nadat we de belangrijkste oorzaken weergegeven hebben kijken we naar de huidige visie op behandeling van verslaving in combinatie met de psychiatrie.

3.2 DOELGROEPBESCHRIJVING

Zoals we in de inleiding aangaven bespreken we hier onze doelgroep specifiek. Eerst behandelen we de diagnostische criteria van een verslaving, vervolgens verschillende persoonlijkheidsstoornissen en daarna de combinatie van die twee. Het is voor dit onderzoek niet relevant om een beeld te geven van de gehele psychiatrie, omdat binnen de forensische psychiatrie vooral cliënten met persoonlijkheidsstoornissen voorkomen. Het is daarom wel relevant om een aantal cluster B persoonlijkheidsstoornissen te beschrijven, en wel de antisociale-, de borderline- en de narcistische persoonlijkheidsstoornis. Hiervoor gebruiken we diagnostische criteria, waardoor we een zo volledig en objectief mogelijk beeld laten zien.

3.2.1 VERSLAVING

Om een helder beeld te geven van wat een verslaving is hebben we twee diagnostische handboeken geraadpleegd, namelijk de DSM¹-IV (Kerssemakers, 2008) en de ICD²-10 (Roggeveen & Hessels, 2011). De DSM-IV is een handboek met diagnostische criteria voor psychische stoornissen. Dit handboek wordt vaak in GGZ klinieken gebruikt. De ICD-10 is de internationale registratie van medische diagnoses, die voornamelijk in ziekenhuizen gebruikt wordt. Voor onze doelgroep is de DSM-IV de meest relevante, toch hebben we gedeeltelijk de ICD-10 ook gebruikt. Dit doen we omdat deze een interessante toevoeging voor onze doelgroep heeft, t.o.v. de DSM-IV. Hier komen we later op terug.

3.2.2 AFHANKELIJKHEID VAN MIDDELEN

De diagnose 'verslaving' bestaat in beide handboeken niet. Wat wij een verslaving noemen komt overeen met de diagnose 'afhankelijkheid van middelen'. In de DSM-IV wordt onderscheid gemaakt tussen middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid. De ICD-10 maakt dit onderscheid niet. De criteria voor middelenafhankelijkheid vergelijken we hieronder, waarna we nog kort in gaan op

¹ DSM = 'The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM-5, 2012). Vertaald: 'Het diagnostische en statistische handboek van psychische aandoeningen' (Google, 2012)

² ICD = 'International Classification of Diseases' (ICD-10) Vertaald: 'het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnosen'

middelenmisbruik. Deze diagnose komt hoogstwaarschijnlijk voor bij cliënten van Groot Batelaar. De grootte van de groep met deze diagnose bespreken we in een latere paragraaf.

In de tabel hieronder staan diagnostische criteria weergegeven voor middelenafhankelijkheid uit bovengenoemde handboeken. Dit geeft een beeld van hoe een verslaving gediagnosticeerd wordt. Deze criteria gebruiken het drinken van alcohol als voorbeeld. Hier moet echter bij gezegd worden dat deze criteria ook gebruikt worden voor andere middelen.

DSM IV Afhankelijkheid van middelen Drie of meer van onderstaande criteria	ICD-10 Afhankelijkheid van middelen Drie of meer van onderstaande criteria
1. tolerantie ³	1. tolerantie ¹
2. onthoudingsverschijnselen a. onthoudingssyndroom of b. drinken om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden	2. onthoudingsverschijnselen a. onthoudingssyndroom of b. drinken om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden
3. meer/langer drinken dan bedoeld	3. problemen met het controleren van het starten, beëindigen van gebruik (DSM-IV 3+4)
4. langdurige wens/niet succesvolle pogingen om te minderen/stoppen	4. gebrek aan andere activiteiten/interesses, toegenomen tijd voor verkrijgen, gebruik en herstel (DSM IV 5+6)
5. veel tijd besteden aan verkrijgen, gebruik en herstel	5. doorgaand gebruik ondanks lichamelijke of psychische schade
6. belangrijke activiteiten worden opgegeven of verminderd	6. craving ⁴
7. doorgaand gebruik ondanks lichamelijke of psychische schade	

Tabel 1: DSM-IV en ICD-10 diagnostische criteria voor afhankelijkheid van middelen. (Trimbos, 2012, p. 3.3)

Naast het feit dat beide criteria nagenoeg gelijk zijn, zien we dat de ICD-10 'craving' aan de lijst heeft toegevoegd, terwijl de DSM-IV dat niet heeft gedaan. Daarbij moet gezegd worden dat er gewerkt wordt aan een nieuwe versie van de DSM, de DSM-V, die als uitgifte datum heeft in mei 2013. (American Psychiatric Association, 2012) In deze nieuwe DSM wordt hoogstwaarschijnlijk wel gesproken van '*Craving, a strong desire or urge to use alcohol or drug*'⁵ als een van de diagnostische criteria. De toevoeging van craving geeft een extra criterium voor wanneer iemand de diagnose middelenafhankelijkheid krijgt. Wij vragen ons af of dat betekent dat deze diagnose dan vaker gesteld zal worden binnen de GGZ. Dat lijkt ons aannemelijk, omdat er nu cliënten zullen zijn die op twee criteria scoren, maar ook straks scoren op craving. Als deze gedachte juist is kan het voor de doelgroep bij Groot Batelaar betekenen dat er meer cliënten zullen zijn met de diagnose middelenafhankelijkheid. Voor deze groep zal dan ook specifieke hulpverlening nodig zijn. Het gaat voor ons onderzoek te ver om dieper in te gaan op het effect van de toevoeging van 'craving' aan de criteria. Dit kan een onderzoek op zichzelf zijn, waardoor wij het hier nu afkaderen. We gaan nu verder in op de diagnostische criteria voor middelenmisbruik.

³ Tolerantie is het steeds meer nodig hebben van een bepaald middel om hetzelfde gewenste effect te ervaren.

⁴ Craving is de trek die iemand heeft naar het middel. In het boek 'alcohol- en drugsverslaving' (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 26) wordt trek als volgt gedefinieerd: '*het intense verlangen om alcohol of drugs te gebruiken, wat ontstaat en reactie op blootstelling aan middelengebruik gerelateerde externe en/of interne prikkels.*'

⁵ Vertaling naar Nederlands: 'Craving, een sterk verlangen of drang om alcohol of drugs te gebruiken' (Google, 2012)

3.2.3 MIDDELENMISBRUIK

De DSM-IV omschrijft naast middelenafhankelijkheid ook middelenmisbruik. De diagnose middelenmisbruik kan het best gezien worden als een lichte vorm – of in sommige gevallen ook als voorstadium – van de diagnose middelenafhankelijkheid. (Trimbos, 2012, p. 3.3) We geven hieronder deze criteria weer omdat we denken dat dit veel cliënten van Groot Batelaar aangaat. In een latere deelvraag gaan we verder in op de doelgroep van Groot Batelaar.

De hieronder weergegeven criteria gaan minder ver dan die van middelenafhankelijkheid. Binnen de psychiatrie is de groep cliënten die gediagnosticeerd kan worden met middelenmisbruik erg groot. Hier komen we op terug onder het kopje ‘comorbiditeit’. Daar zal ook het belang van de diagnose middelenmisbruik weergegeven worden.

Van middelenmisbruik is sprake als zich in de afgelopen twaalf maanden ten minste een van onderstaande situaties heeft voorgedaan: (Kerssemakers, 2008, p. 48)

1. *Herhaaldelijk gebruik van alcohol of drugs waardoor problemen ontstaan op het werk, school of thuis. Bijvoorbeeld veel afwezig zijn, slecht werk leveren, afspraken niet nakomen.*
2. *Herhaaldelijk gebruik van alcohol of drugs in situaties waarin dat gevaarlijk is voor de gebruiker zelf of anderen. Bijvoorbeeld autorijden of het bedienen van een machine onder invloed.*
3. *Het herhaaldelijk in aanraking komen met politie of justitie (bijv. wegens vechtpartijen of verstoringen van de openbare orde).*
4. *Doorgaan met gebruik ondanks dat er iedere keer problemen ontstaan op sociaal of relationeel vlak.*

3.2.4 PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

We hebben weergegeven wat de diagnose voor een verslaving is. Nu is het belangrijk om de diagnose voor relevante ziektebeelden weer te geven. De forensische psychiatrie heeft een andere doelgroep dan de reguliere psychiatrie. Deze specifieke doelgroep wordt uitgebreider beschreven in de volgende deelvraag. Toch zeggen we er nu ook vast wat over om te laten zien over welke psychiatrische ziektebeelden we het hebben. In het tijdschrift Psychotherapie staat een artikel (Bernstein, Arntz, & Vos, 2007) die onderzoeksresultaten weergeeft. Deze onderzoeksresultaten laten zien dat 75-90% van de cliënten in de forensische zorg een persoonlijkheidsstoornis heeft. Ze doelen met name op cluster B persoonlijkheidsstoornissen. Tot dit cluster behoren onder andere de antisociale, borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Deze drie stoornissen zijn naar ons idee ook de meest voorkomende in de doelgroep van Groot Batelaar, als kliniek voor de forensische psychiatrie. Om deze redenen geven we in deze paragraaf kort weer wat er bedoeld wordt met deze persoonlijkheidsstoornissen.

3.2.5 ALGEMENE CRITERIA PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

De DSM-IV geeft de meest relevante criteria. De eerder gebruikte ICD-10 is voor het beschrijven van deze persoonlijkheidsstoornissen minder relevant omdat ze nauwelijks gebruikt wordt binnen de psychiatrie. Het Leerboek Psychiatrie (Hengeveld & Balkom, 2010, pp. 517-525) geeft de DSM-IV weer met verdere uitleg over persoonlijkheidsstoornissen. Dit boek hebben we gebruikt voor het beschrijven van verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Naast een specifieke beschrijving per stoornis, beginnen we met een algemene beschrijving van een persoonlijkheidsstoornis. De diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis wordt door de DSM-IV als volgt gegeven:

- A. Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:
 - 1. Cognities (de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen);
 - 2. Affecten (de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en adequaatheid van de emotionele reacties);
 - 3. Functioneren in het contact met anderen;
 - 4. Beheersing van de impulsen.
- B. Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.
- C. Het duurzame patroon veroorzaakt in klinisch belangrijke mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijk terreinen.
- D. Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of vroege volwassenheid.

De hierboven genoemde diagnostische criteria voor persoonlijkheidsstoornissen zijn nog redelijk algemeen. Het wordt specifiekier als we naar de afzonderlijke stoornissen kijken. Hierbij moet gezegd worden dat er vaak een overlap is tussen verschillende diagnostische criteria. Daarom is het vaak zo dat mensen scoren op meerdere persoonlijkheidsstoornissen tegelijkertijd. Hieronder gaan we verder in op verschillende stoornissen en leggen we verbanden met verslaving.

3.2.6 ANTISOCIALE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

De DSM-IV geeft de volgende criteria:

Een diepgaand patroon van gebrek aan achting voor en schending van de rechten van anderen, zoals blijkt uit bijvoorbeeld herhaaldelijke handelingen die reden voor arrestatie kunnen zijn, oneerlijkheid, impulsiviteit, prikkelbaarheid en agressiviteit, roekeloze onverschilligheid voor veiligheid, constante onverantwoordelijkheid en het ontbreken van spijtgevoelens.

Misleiding en manipulatie staan centraal bij deze stoornis. Deze groep komt regelmatig in aanraking met politie of justitie maar kan daarnaast juist een zeer charmante indruk maken. Bij de verdere beschrijving van deze stoornis wordt gezegd dat deze stoornis vaak samengaat met middelenmisbruik of –afhankelijkheid en andere persoonlijkheidsstoornissen uit deze cluster.

3.2.7 BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

De DSM-IV geeft de volgende criteria:

Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en duidelijke impulsiviteit zoals dat tot uiting komt door bijvoorbeeld inspanningen om (feitelijke of vermeende) verlating te voorkomen; instabiele en intense intermenselijke relaties, identiteitsstoornis; impulsiviteit die in potentie de betrokkene zelf kan schaden; recidiverende suïcidale gedragingen; chronisch gevoel van leegte; inadequate, intense woede; en voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën.

Dit is een persoonlijkheidsstoornis waarbij automutilatie en suïcide (pogingen) vaak voorkomen. Ook kenmerkt deze groep zich doordat ze vaak opleidingen niet afronden, snel ontslag nemen en relaties snel verbreken. Net als de voorgaande wordt ook hierbij genoemd dat middelenmisbruik en –afhankelijkheid veel voorkomt.

3.2.8 NARCISTISCHE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

De DSM-IV geeft de volgende criteria:

Een diepgaand patroon van grootheidsgevoelens, behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie. De betrokkene heeft bijvoorbeeld fantasieën over onbeperkt succes of macht, gelooft dat hij of zij 'speciaal' is, verlangt buitensporige bewondering, heeft een gevoel bijzondere rechten te hebben, exploiteert anderen, is afgunstig op anderen en is arrogant.

Personen met deze stoornis overschatten vaak hun talenten, maken een opschepperige indruk en zijn jaloers op prestaties van anderen. Een vaak charmante en vleierende houding dient slechts alleen de eigen persoonlijkheid, waardoor geen gevoel is voor noden en behoeften van anderen. Middelenmisbruik en -afhankelijkheid worden bij deze persoonlijkheidsstoornis niet specifiek genoemd als veelvoorkomende contra indicatie.

3.2.9 COMORBIDITEIT

Zoals we in de inleiding kort beschreven is comorbiditeit het bestaan van twee of meer psychische stoornissen. In de context van dit onderzoek gebruiken we de term als we spreken over 'het gelijktijdig voorkomen van middelenmisbruik en -afhankelijkheid enerzijds en andere psychische stoornissen anderzijds.' (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 12)

In verschillende onderzoeken lezen we de waarschuwing dat comorbiditeit binnen de psychiatrie vaak over het hoofd wordt gezien. De richtlijn dubbel diagnose (Verslavingszorg Parnassia & Trimbos-instituut, 2008) laat cijfers zien uit een Amerikaans onderzoek. Een interessante uitkomst voor ons is het percentage personen binnen de psychiatrie met een persoonlijkheidsstoornis die ook verslavingsproblematiek hebben. Dit onderzoek geeft aan dat het om een groep van 45-75% gaat. Emmelkamp & Vedel (2007, p. 13) schrijven zelfs dat 50-90% van de cliënten in verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg comorbiditeit laten zien. Daar zeggen ze bij: *'Professionals werkzaam in de ggz worden regelmatig geconfronteerd (met cliënten) met psychische klachten waarbij middelenmisbruik/afhankelijkheid een belangrijke causale of onderhoudende factor kan zijn. Vaak wordt dit echter niet als zodanig herkend.'* Dat het niet als zodanig herkend wordt, schrijven ze toe aan de cliënten die het geheim houden en de hulpverleners die onvoldoende kennis bezitten om het te herkennen. Hiernaast is er een uitzonderlijk hoge comorbiditeit te zien tussen problematisch middelengebruik en de antisociale persoonlijkheidsstoornis, hoger dan bij enige andere psychische stoornis⁶.

We komen verderop in de onderzoek terug op de vraag wat deze waarschuwing voor Groot Batelaar kan betekenen.

3.3 MOGELIJKE OORZAKEN

In de voorgaande paragraaf hebben we de diagnoses van verslaving en persoonlijkheidsstoornissen gezien. Hiermee hebben we een beeld gekregen van de doelgroep waarop we ons richten. Voordat we kunnen kijken naar behandeling willen we kort stilstaan bij mogelijke oorzaken van de besproken psychiatrische ziektebeelden. Het lijkt immers noodzakelijk om te weten of we spreken over een ziekte in de hersenen die een medische aanpak vereist, of dat we spreken van iets psychisch waarbij bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie een rol kan spelen.

We belichten kort enkele denkbeelden die tegenwoordig veel aandacht krijgen. Hierbij hebben we het eerst over oorzaken van verslaving omdat daar specifiek veel ontwikkeling heeft plaats gevonden de afgelopen jaren. Op deze manier hopen we een beeld te vormen van de huidige visie op

⁶ Volgens NCS-bevolkingsstudie en NESARC bevolkingsonderzoek. (Grant, Stinson, Dawson, Chou, Ruan, & Pickering, 2004) (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 21)

verslaving. We benoemen twee benaderingen die de leidraad zijn voor de huidige wetenschappelijke visie over verslaving:

- Neurobiologische benadering;
- Biopsychosociale benadering.

3.3.1 NEUROBIOLOGISCHE BENADERING

Stel (2012, p. 59) stelt het volgende:

Biologisch georiënteerde psychiaters noemen verslaving een ziekte met een chronisch beloop en veel somatische en psychiatrische comorbiditeit. Verslaafden hebben in hun ogen behoefte aan medisch-psychiatrische behandeling, liefst zo vroeg mogelijk en zo nodig gekoppeld aan een opname voor ontgiftiging en observatie. In deze ziekte wil de patiënt wel veranderen, maar hij of zij kan het niet zelf.

Deze manier van denken veronderstelt dat een verslaving een ziekte is, die voornamelijk werkt op twee gebieden in de hersenen: (1) het 'op beloning gerichte' hersengedeelte en (2) het gedeelte waarin de zelfcontrole functies zitten. (Hengeveld & Balkom, 2010, pp. 467-470) Daarbij openbaart het zich op gedragsniveau, wat het tot een psychiatrische ziekte maakt. (Stel, 2012, p. 60) Als oorzaak voor de verslaving noemt men de biologische kwetsbaarheid. Toch lijkt de biologische kwetsbaarheid erg moeilijk aan te tonen. Er zijn door ons dan ook geen onderzoeken gevonden die aan de hand van biologische aanleg kunnen aantonen wie verslaafd zal raken. Er is in toenemende mate wel steeds meer bewijs voor de rol van erfelijke factoren voor middelenaafhankelijkheid (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 22)

Deze benadering lijkt de overhand te hebben binnen de huidige wetenschappelijke studies volgens Krabben, Pieters, & Snelders (2008, pp. 21-28). Daarnaast benadrukken ze dat dit niet betekent dat voorgaande verslavingsmodellen er niet meer toe doen. Ze noemen dat oude modellen er meestal naast blijven bestaan. Voor de huidige zienswijze betekent dit dat naast deze Neurobiologische benadering de biopsychosociale benadering ook nog van belang is.

3.3.2 BIOPSYCHOSOCIALE BENADERING

Het biopsychosociale model gaat ervan uit dat verslaving ontstaat door het gelijktijdig werkzaam zijn van verschillende factoren, namelijk; *een biologische vatbaarheid, stoornissen in -de persoonlijke ontwikkeling en maatschappelijke factoren*. Deze benadering erkent de complexiteit van een verslaving, door verschillende meespelende oorzaken serieus te nemen. (Jellinek, 2010) Emmelkamp en Vedel (2007, p. 28) voegen hier aan toe dat de beslissing om te gaan gebruiken voort komt uit de verwachting dat het middel zal zorgen voor bepaalde gewenste gevolgen. Hierbij kan gedacht worden aan: high worden; ontlading van spanning; een betere stemming.

Over het benaderen van een verslaving hebben we hierboven verschillende opvattingen weergegeven. Deze lijst is zeker niet compleet, maar is voor dit onderzoek voldoende. De opvattingen lijken het in ieder geval eens te zijn over de psychische afhankelijkheid van de verslaving. J. van der Stel schrijft over de kern van verslaving (2012): *'De lichamelijke afhankelijkheid vormt niet, zoals vroeger nog wel werd gedacht, de kern van de verslaving. Uit tests is afgeleid dat de psychische afhankelijkheid veel belangrijker is; normale levensfuncties worden daardoor verdrongen'*. Dit wordt bevestigd doordat het voorkomt in de DSM-IV. In de bestudeerde literatuur zien we een grote voorkeur voor de combinatie van een biopsychosociale benadering en de verslaving als hersenziekte. Met deze benadering wordt uitgegaan van een bijzonder complex beeld van verslaving waarbij geen simpele behandeling te bedenken is. Deze benadering koppelt vele mogelijke factoren voor de oorzaak van een verslaving aan elkaar. Er wordt erkend dat er vele factoren meespelen. Daarbij lijkt er nog geen duidelijke antwoord gevonden te zijn op vragen als; Welke factor speelt de grootste rol en hoe precies beïnvloeden verschillende factoren iemands patronen? (Stel, 2012, p. 72)

Er zijn geen wetenschappelijke testresultaten te vinden die door hersenen te bestuderen kunnen vertellen wie er verslaafd raakt. Een biologische oorzaak – als *enige* oorzaak – voor het krijgen van een verslaving willen we met de huidige kennis dan ook uitsluiten.

3.4 BEHANDELING

Er zijn vele onderzoeken gedaan over hoe er behandeld dient te worden. Uit deze onderzoeken kunnen richtlijnen voortkomen die als kapstok dienen voor de hulpverlening. De richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn, 2008) is daar een goed voorbeeld van. Dit rapport laat onder andere een visie zien voor de hulpverlening aan verslaafden binnen de psychiatrie.

De richtlijn persoonlijkheidsstoornissen concludeert dat een geïntegreerde behandeling van verslaving en persoonlijkheidsstoornissen, waarbij beide probleemgebieden gelijktijdig focus van behandeling zijn, mogelijk effectief is. Deze richtlijn schetst ook het beeld dat de GGZ zich nog te weinig bezig houdt met middelenmisbruik en –afhankelijkheid. Wamel, Jansen & Kuipers (2009) zeggen daar het volgende over: *‘Ondanks het belang van geïntegreerd behandelen, blijft het beschikbare aanbod op dit gebied achter.’* In een college, gegeven door A. Hordijk (Dubbele diagnose, 2011), wordt duidelijk dat het achter blijven van aanbod op dit gebied verklaard kan worden doordat:

- men zich niet bewust is van het veelvuldig voorkomen van dubbel diagnose, of hier te weinig expertise in heeft;
- de cliënt het verborgen houdt;
- psychosociale problemen vooral in het oog springen (maskering van de middelenproblematiek).

Richtlijnen specifiek voor hulp aan cliënten met een dubbel diagnose worden uitvoerig beschreven door Parnassia en het Trimbos Instituut (Richtlijn dubbele diagnose, versie 1.0, 2008). Wij hebben het in ons onderzoek over de GGZ. Wij kunnen gebruik maken van de richtlijn dubbel diagnose omdat wij ons met dit onderzoek richten op de cliënten in de GGZ met comorbiditeit. Deze richtlijn geeft de huidige visie op behandeling voor cliënten met comorbiditeit weer. Een belangrijk uitgangspunt die ze noemen is dat verandering van gedrag sterk wordt beïnvloed door⁷ motivatie en dat er invloed uitgeoefend kan worden op die motivatie. Deze gedachte overstijgt de noodzaak van het vinden van een oorzaak voor de verslaving of psychische stoornis. Niet vergeefs zoeken naar een oorzaak maar op zoek gaan naar wat maakt dat het probleemgedrag in stand gehouden wordt, met als belangrijkste doel het doorbreken van deze patronen. Er zijn verschillende methoden die op deze gedachte voortbouwen. We zien dat de combinatie van farmacotherapie en psychotherapie belangrijk is. Bij psychotherapie zijn voor onze doelgroep Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Motiverende Gespreksvoering (MGV) de belangrijkste vormen. Hieronder zullen wij dit verder toelichten.

3.4.1 FARMACOTHERAPIE

Farmacotherapie wordt gebruikt bij behandeling van middelengerelateerde problematiek. Farmacotherapie is het begeleiden van cliënten d.m.v. medicatie. Er is een onderscheid te zien tussen alcohol- en drugsgerelateerde problematiek. Bij alcoholgerelateerde problematiek wordt medicatie voornamelijk gebruikt bij de detoxificatie. Detoxificatie (ook wel: ontgiftiging) is het stoppen met middelengebruik onder medische begeleiding. Dit wordt ondersteund met medicatie. Bij drugsgerelateerde problematiek is ondersteuning d.m.v. medicatie in de fase van ontgiftiging ook belangrijk. Daarnaast komt de onderhoudsbehandeling steeds meer in beeld. Deze onderhoudsbehandeling houdt in dat afhankelijkheid chronisch gezien wordt, waardoor er een

⁷ Letterlijke tekst van ‘beïnvloed door’: *‘motivatie is een eigenschap die aan verandering onderhevig is...’* (Verslavingszorg Parnassia & Trimbos-instituut, 2008, p. 16)

middel wordt gegeven met dezelfde chemische kenmerken als het middel waar de cliënt aan verslaafd is. Hierdoor worden onthoudingsverschijnselen en de trek in het middel tegen gegaan.

Twee belangrijke kanttekeningen bij farmacotherapie geven Emmelkamp en Vedel (2007):

1. Farmacotherapie is zonder aanvullende therapie meestal weinig effectief (afgezien van de detoxificatie). Deze therapie functioneert het best in combinatie met psychotherapie.
2. Voor opiaten (bijvoorbeeld heroïne en morfine) en alcohol bestaan er effectieve farmacotherapieën. Voor vele andere drugs, zoals amfetaminen en cannabis zijn geen effectieve farmacotherapieën beschikbaar.

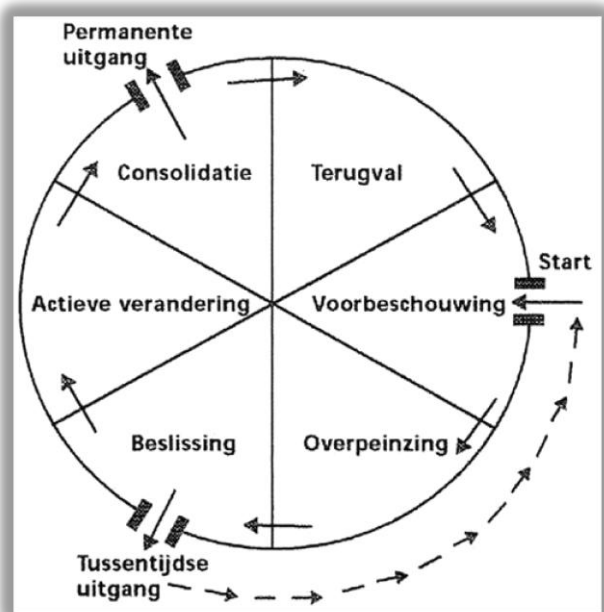
3.4.2 COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE (CGT)

CGT is een soortnaam geworden voor alle gedragsgeoriënteerde interventies. CGT omvat een reeks interventies die erop gericht is de gewoonte van het ongewenst gedrag te veranderen en om cognitieve en gedragsvaardigheden aan te leren om met levensproblemen in het algemeen beter om te gaan. Trimbos (2008, p. 6.3) geeft de volgende conclusie: *‘Cognitieve Gedragstherapie (CGT) dient te worden gebruikt bij behandeling van zowel alcoholmisbruik als –afhankelijkheid.’* Dit geldt ook voor andere middelen en voor de combinatie met een persoonlijkheidsstoornis. Deze mening wordt gedeeld door Emmelkamp & Vedel (2007). Zij laten in hun boek verschillende vormen van CGT zien, met de daarbij behorende wetenschappelijke onderbouwing.

Naast de positieve berichten over de effectiviteit van CGT zien we ook tegenstrijdige berichten. Testresultaten van het onderzoek van Messina, Farabee en Rawson (2003) laten zien dat voor cliënten met een verslaving en een persoonlijkheidsstoornis CGT niet het beste is (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn & Trimbos, 2008). Contingentiemanagement bleek volgens dit onderzoek effectiever dan CGT. Fisher en Bentley (1996) deden een studie waarin naar voren kwam dat CGT juist wel de beste optie is. Van deze ogenschijnlijk tegenstrijdige resultaten hebben we de onderzoeksmethoden vergeleken. De laatst genoemde studie (Fisher en Bentley) werd gedaan in groepsverband. Het daarvoor genoemde onderzoek werd gedaan in een ambulante setting. Aangezien Groot Batelaar een klinische setting heeft, is het onderzoek van Fisher en Bentley het meest relevant voor dit onderzoek. We blijven dan ook van mening dat CGT van zeer groot belang kan zijn voor de behandeling van onze doelgroep.

3.4.3 MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Motiverende gespreksvoering wordt als belangrijke methodiek genoemd door Trimbos (2008) en Emmelkamp & Vedel (2007). Emmelkamp & Vedel (2007, pp. 93, 94) zeggen in hun boek: *‘Motiverende gespreksvoering is een van de populairste behandelmethoden in het verslavingsveld.’* Hierbij zeggen ze dat deze methode erop gericht is dat de cliënt zelf verantwoordelijk gemaakt wordt het maken van een keuze om al dan niet te veranderen. Hierbij is ‘de motivatiecirkel’⁸ een belangrijk uitgangspunt. Ondanks het feit dat we positieve berichten lezen over het gebruik van MGV, lijkt het niet bewezen dat deze methode daadwerkelijk de motivatie van de cliënt beïnvloedt. Blanken



FIGUUR 2 MOTIVATIE CIRKEL

⁸ Oorspronkelijk ontworpen door James Prochaska en Carlo Diclemente in 1983. Zie figuur 2.

en Hendriks (2003, p. 209) schrijven in de conclusie van hun literatuurstudie dat er slechts aanwijzing bestaat dat motivatie beïnvloedbaar is middels motiverende gespreksvoering. De aanwijzing dat het invloed heeft, is voldoende om MGV breed te promoten. Uit verschillende onderzoeken blijkt tevens dat het belangrijk (al dan niet noodzakelijk) is dat de hulpverleners training en supervisie krijgen om vaardig te worden in MGV. (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 99)

3.5 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Een combinatie van farmacotherapie en psychotherapie is het meest effectief gebleken volgens verschillende onderzoeken. Ongeacht de oorzaak van een of meerdere psychische stoornissen, moet de behandeling zich richten op alle meespelende factoren. Hierbij dient de behandeling van middelenproblematiek gelijktijdig met die van de persoonlijkheidsstoornis plaats te vinden.

Daadwerkelijk effectief gebleken methoden voor cliënten in onze specifieke doelgroep zijn er niet altijd. Daarom bestaat onze visie op behandeling ook uit mogelijk effectieve behandelingen, de visie van onderzoekers en de richtlijnen geschreven door het Trimbos instituut. Ook hierom bevelen wij ten eerste aan om verder onderzoek naar deze doelgroep te verrichten. Bijvoorbeeld over het effect van motiverende gespreksvoering, mogelijke farmacotherapie voor elke drugsoort of de behandeling voor de combinatie van verschillende drugs en stoornissen.

Verschiedende studies benadrukten het belang van Farmacotherapie en Cognitieve Gedragstherapie voor behandeling van middelenproblematiek in combinatie met cluster B persoonlijkheidsproblematiek. Daarnaast zagen we dat motiverende gespreksvoering vaak ingezet wordt, al leek het positieve effect hiervan niet bewezen. Na het doen van verder onderzoek bij Groot Batelaar kunnen we concluderen of Groot Batelaar deze vormen van therapie aanbiedt.

We hebben ook een duidelijke waarschuwing gezien. De waarschuwing dat de doelgroep van cliënten met middelenmisbruik en -afhankelijkheid binnen de psychiatrie erg groot is en te vaak niet herkend en erkend wordt. Als de psychiatrie het probleem van middelen wil gaan erkennen, zal er meer aandacht en expertise moeten zijn voor de hulp aan middelenmisbruik en -afhankelijkheid. In een later stadium van dit onderzoek geven we weer hoe Groot Batelaar aandacht heeft voor middelenproblematiek. Dit is van belang zodat we kunnen zien of Groot Batelaar middelenproblematiek voldoende erkend of dat er mogelijk meer aandacht en expertise nodig is.

4 DEELVRAAG 2 - WAT ZIJN DE RECENTE WETENSCHAPPELIJKE OPVATTINGEN OVER DE BEHANDELING IN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE?

4.1 INLEIDING

Om de hoofdvraag goed te kunnen beantwoorden is het belangrijk om te weten wat er op wetenschappelijk niveau is beschreven over forensische psychiatrie. Dit omvat namelijk een groot deel van onze hoofdvraag: *‘In hoeverre sluiten de recente wetenschappelijke opvattingen over middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie aan bij de behandelvisie van Groot Batelaar?’*

Forensische psychiatrie is een breed begrip dat veel aspecten bevat. Daarom kijken we binnen deze deelvraag eerst naar de vraag: ‘Wat is forensische psychiatrie?’ Zo wordt duidelijk waarover we het precies hebben. We zullen het daarom ook hebben over wat de forensische psychiatrie doet. Kenmerken van de doelgroep, hoe dwang en drang heeft hier ook mee te maken heeft en oorzaken van delinquentie zullen we hierna beschrijven. Om het in perspectief te plaatsen blikken we ook kort terug in de tijd hoe er vroeger over oorzaken gedacht werd. Daarop aansluitend kijken we naar het Wetsvoorstel Forensische Zorg dat de recente opvattingen schetst over zorg aan forensisch psychiatrische cliënten. Opvattingen hebben te maken met ontwikkelingen. Daarom noemen we recente ontwikkelingen binnen de forensische psychiatrie.

Tenslotte kijken we de behandeling van forensische psychiatrie. Dit omvat een groot deel van de deelvraag. We onderzoeken wat het doel van de behandeling is, het behandelkader: ‘what works benadering’, kanttekeningen hierbij, behandelmethodieken die nu actueel zijn en behandelvoorwaarden.

4.2 WAT IS FORENSISCHE PSYCHIATRIE?

Hengeveld, van Balkom e.a. (2009) leggen uit: “het woord ‘forensisch’ komt van het Latijnse woord ‘forum’. In het Latijn betekent dit ‘marktplaats’. In de Romeinse tijd was het marktplaats de plek waar recht werd gesproken.” Forensisch heeft te maken met recht. “Psychiatrie is het medisch specialisme dat zich bezig houdt met het diagnosticeren en behandelen van mensen met psychische ziektebeelden. Kort gezegd bevindt forensische of gerechtelijke psychiatrie zich op het grensvlak tussen recht en psychiatrie. Het richt zich op gebieden binnen de wetgeving waar speciale regelingen worden getroffen voor psychiatrische patiënten die met justitie in aanraking zijn gekomen. In het kort kan je daarom zeggen dat onder de doelgroep forensische psychiatrie wordt verstaan: “Psychiatrische patiënten die met justitie in aanraking zijn gekomen” Hengeveld, van Balkom e.a. (2009). Dit is wel een erg korte beschrijving, maar daarom beschrijven we later in deze deelvraag meer uitgebreid wat voor kenmerken deze doelgroep heeft.

Er is net globaal geschetst wat forensische psychiatrie is. Het is ook belangrijk om te weten wat de forensische psychiatrie doet, omdat de visie op behandeling daarop gefundeerd is. Er zijn twee hoofdactiviteiten van de forensische psychiatrie, die bespreken we hieronder.

4.2.1 ADVIESFUNCTIE AAN RECHTERLIJKE MACHT

De eerste functie is het adviseren aan de rechtbank over forensisch psychiatrische patiënten. Dit doet de psychiater.

De psychiater beoordeelt de geestelijke gesteldheid van iemand die met justitie in aanraking is gekomen. Het is dus niet zo dat iemand per definitie geestelijk gestoord is. Dat wordt nu juist beoordeeld. De reden van het advies is de vraag of de geestelijke gesteldheid van de persoon in kwestie invloed uitoefent op het gedrag waardoor het delict heeft plaatsgevonden. Het gaat dus om het verband tussen de geestelijke gesteldheid en de gedragingen. (Hengeveld, van Balkom, Marle, & Cosyns, 2009, p. 609)

Dit wordt ook wel de mate van toerekeningsvatbaarheid genoemd. “Als iemand ontoerekeningsvatbaar is verklaard, wil dat zeggen dat een strafbaar feit niet aan de dader kan worden toegerekend vanwege de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens.” (Thuis & Kooten, 2011)

Als de Officier van Justitie of rechter denkt dat een verdachte (gedeeltelijk) ontoerekeningsvatbaar is, laat hij hem onderzoeken. De verdachte wordt psychiatrisch onderzocht door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). Het NIFP kan het uitgebreide onderzoek ambulant (zonder opname) doen. De verdachte kan ook worden doorverwezen naar het Pieter Baan Centrum (PBC) voor een klinische observatie (opname). Het PBC is de psychiatrische observatiekliniek van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Van het onderzoek door het NIFP of het PBC wordt een rapport opgesteld. De rechter krijgt op basis van het rapport het advies of de verdachte tbs opgelegd moet krijgen of niet. (Rijksoverheid, 2012)

Zo zie je dat bij het beoordelen van de geestelijke gesteldheid van forensische patiënten veel komt kijken.

4.2.2 BEHANDELFUNCTIE IN JUSTITIËLE CONTEXT

De tweede hoofdactiviteit van de forensische psychiatrie is het verplegen en behandelen van forensisch psychiatrische patiënten binnen een justitiële context, met rapportage aan de rechtbank.

Op grond van het gepleegde delict en de gesteldheid van de patiënt wordt beslist of er behandeling nodig is. (...) De reden van behandeling is niet per se het bevorderen van de gezondheidstoestand van de patiënt, maar het voorkomen van verder ongewenst gedrag, zoals arbeidsongeschiktheid of het plegen van misdrijven. (Hengeveld, van Balkom, Marle, & Cosyns, 2009)

Dit zijn de twee hoofdactiviteiten van de forensische psychiatrie. Hierop is de behandeling van de forensische psychiatrie gebaseerd.

4.3 DOELGROEPBESCHRIJVING

Zoals beschreven is in het begin van de deelvraag wordt er onder de doelgroep forensische psychiatrie verstaan: “Psychiatrische patiënten die met justitie in aanraking zijn gekomen” Hengeveld, van Balkom e.a. (2009). Omdat forensische psychiatrie een complexe doelgroep is beschrijven we nu meer uitgebreid deze doelgroep.

“De doelgroep bestaat uit volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis⁹, die veroordeeld zijn vanwege het plegen van een (voornamelijk gewelddadig) delict en die een IQ hoger dan zeventig hebben.” (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2008). Volgens Bernstein e.a. (2007) heeft 75-90% van de cliënten in de forensische zorg een persoonlijkheidsstoornis. Hierover zegt het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, hierna te noemen EFP, dat er in toenemende mate consensus is over het feit dat een persoonlijkheidsstoornis een belangrijke risicofactor vormt voor gewelddadig gedrag (Harris, Rice & Quinsey, 1993). Het blijkt dat de ernstigste vormen van gewelddadig gedrag voorkomen wanneer er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, al dan niet in combinatie met misbruik van psychoactieve middelen¹⁰ of een psychiatrische as-1 stoornis¹¹ (Tiihonen & Hakola, 1994; Tuinier, 1989; Van Panhuis, 1997). “(Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2008) “De aanwezigheid van meerdere stoornissen tegelijkertijd bij een persoon wordt ook wel comorbiditeit genoemd. Hierbij kan misbruik van psychoactieve middelen ook de combinatie zijn.” (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2008)

⁹ Persoonlijkheidsstoornis: Zie deelvraag 1, 2.1.2.

¹⁰ Psychoactieve middelen: Middelen waarvan een psychische afhankelijkheid zich uit in een sterk verlangen naar dit middel. (Vandereycken & Deth, 2011) (Alcohol, drugs, medicamenten en andere genotsmiddelen vallen hieronder.)

¹¹ Psychiatrische as-1 stoornis: As 1 stoornissen zijn ontwikkelingsstoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, en somatoforme stoornissen. (Vingerhoets, Kop, & Soons, 2002)

Het EFP noemt ook nog andere kenmerken van deze doelgroep:

Velen hebben antisociale opvattingen en overtuigingen, verkeren in een (rand)crimineel circuit en kunnen worden getypeerd als licht ontvlambaar, impulsief en agressief geladen. Een veelvoorkomend kenmerk van deze patiëntpopulatie is externalisering: de patiënt zoekt de oorzaak van zijn daden niet binnen zichzelf, maar bij de ander, de omgeving of de maatschappij. Probleembesef en behandelmotivatie ontbreken dan ook veelal.

4.3.1 DWANG, DRANG EN MOTIVATIE

Door deze kenmerken worden cliënten dan gedwongen om opgenomen te worden. Tervoort (2010) maakt een onderscheid tussen dwang en drang:

Dwang betekent dat iemand tegen zijn wil tot iets gedwongen wordt. Een gedwongen opname betekent dat de patiënt geen keuze heeft over de beslissing al dan niet opgenomen te worden. Een gedwongen behandeling betekent dat de patiënt geen keuze heeft om een bepaalde behandelvorm al dan niet toe te laten. Drang kan worden opgevat als een mildere vorm van dwang. Er is bij drang sprake van een keuzemogelijkheid en dus enige ruimte voor zelfbeschikking. Een voorbeeld van drang is de oplegging door de rechter van een voorwaardelijke straf met als voorwaarde dat de veroordeelde zich laat behandelen. Indien de veroordeelde de voorwaarden niet nakomt, volgt alsnog de ten uitvoerlegging van de straf. (Tervoort, 2010)

Motivatie lijkt ver te zoeken, omdat de betekenis van motivatie “bereidheid tot doelgerichte inspanning” is volgens Tervoort (2010). “Motivatie wordt gekenmerkt door eigenschappen als een hulpvraag, inzicht, het vermogen bij zichzelf te kunnen stilstaan, probleembesef, lijdensdruk, een constructieve inzet, uithoudingsvermogen, vertrouwen in de behandelaar en hoop op verbetering.” (Tervoort, 2010) Al deze punten bij elkaar vormen de hoogste vorm van interne motivatie. Van interne motivatie is meestal geen sprake van bij de gemiddelde forensisch psychiatrische cliënt die onder druk staat. Externe motivatie moet er dan voor zorgen dat de cliënt dan toch bereid is tot samenwerking. Interne motivatie creëren is daarom een behandeldoel. Op grond van externe druk moet iemand dan bereid worden om te veranderen. Bij interne en externe motivatie speelt de eigen wil tot het maken van een keus daarom een belangrijke rol. (Tervoort, 2010)

4.3.2 OORZAKEN VAN DELINQUENTIE

Er bestaan meerdere oorzaken van delinquentie¹²:

- Erfelijke factoren: Deze spelen een belangrijke rol bij de kwetsbaarheid van een kind om tot delinquent gedrag te komen.
- Moeizame ontwikkeling tijdens zwangerschap en/of de eerste kinderjaren: Door deze oorzaken vinden gedragsstoornissen vaak hun grond.
- Emotionele verwaarlozing, lichamelijke gebreken, psychiatrisch gestoorde ouders of de afwezigheid van ouders spelen een rol bij kinderen - voor wie de leefwereld nog heel beperkt is - om delinquent gedrag te vertonen.
- Oudere kinderen spiegelen zich veel meer aan hun leeftijdgenoten in hun sociale groep. Als dit een verkeerde groep is kan dit een oorzaak zijn om delinquent gedrag te vertonen.
- Verder is geldgebrek vaak een oorzaak van delicten, al dan niet in samenhang met drugsgebruik stelt het EFP (2010).
- Het biopsychosociale model is een model dat kijkt naar oorzaken van gezondheid en ziekte. Het model gaat ervan uit dat het ontstaan, voortbestaan en herstel van een klacht uitkomsten zijn van een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. Dit model wordt als uitgangspunt om de oorzaken te onderzoeken bij cliënten en wordt hieronder uitgelegd.

¹² Delinquentie is een synoniem van ‘criminaliteit’ (thesaurus zorg en welzijn, 2012)

Biologische factoren hebben betrekking op het functioneren van het lichaam en de mogelijke verstoringen daarvan. Psychologische factoren betreffen iemands ervaringen en ideeën. Voorbeelden zijn het idee dat de wereld beheersbaar, begrijpelijk en zinvol is, alsook motivatie en vertrouwen als het gaat om behandeling, zelfdiscipline op het punt van medicatie, dieet, bewegen, roken en middelengebruik. Sociale factoren ten slotte zijn de invloeden vanuit de omgeving van de betrokkene die zijn gedrag mede bepalen. Voorbeelden hier zijn iemands sociale netwerk, huisvesting en financiële toestand. Al deze factoren beïnvloeden elkaar over en weer. Het betreft zodoende zowel een systematisch als een circulair model. Hoewel het model tot veel onderzoek heeft geleid voorziet het niet in een simpel toetsbaar model om het aandeel van elk van de factoren kwantitatief in kaart te brengen. (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2010)

4.3.3 KORTE TERUGBLIK IN DE TIJD

Niet altijd werd er op deze manier gekeken naar oorzaken van delinquentie. “Al meer dan honderd jaar geleden werd er aandacht besteed aan psychopathologie onder gedetineerden en werd gezocht naar mogelijke oorzaken van delicten en stoornissen”, stelt Bulten (1998). Hij zegt dat sommige overwegingen erg gedateerd zijn. Zo werd er bijvoorbeeld gedacht dat vooral ‘onanie’ (zelfbevrediging) oorzaak van zenuwziekten en stoornissen was. Hiervoor waren dan ook behandelstrategieën bedacht. Nu wordt dit als kortzichtig gezien en maakt dit een gedateerde indruk, maar er werd toen wel over oorzaken nagedacht waarna anderen hier weer verder mee zijn gekomen.

Sommige vraagstukken zijn nog steeds actueel. Zo werd honderd jaar geleden al de vraag gesteld in welke mate gedetineerden psychiatrische stoornissen simuleerden of dat er sprake was van een daadwerkelijke stoornis. Tegenwoordig wordt hierover volgens Bulten (1998) nog steeds gediscussieerd.

Volgens Bulten (1998) leek het aantal psychische stoornissen onder gedetineerden rond 1900 toe te nemen. Dit had verschillende oorzaken: een verbeterde inspectie, veranderingen in de diagnostiek en het effect van cellulaire opsluiting werd gemeten. Een gelijksoortige trend was onder de algemene bevolking te zien. Meer mensen kregen een psychiatrische stoornis toebedeeld. De vraag is of er daadwerkelijk meer psychische stoornissen voorkwamen, of dat het meer werd toebedeeld.

Door deze ontwikkeling ging men nadenken over de vraag: “Op welke wijze moeten gedetineerden met psychiatrische problematiek opgevangen en behandeld worden?” Dit is een vraag die ook nu actueel is. Nog steeds is er een ontwikkeling op het gebied van behandeling van deze cliëntengroep. Nu wordt meer de vraag gesteld: “Hoort de persoon in kwestie thuis in het justitiële circuit of in de GGZ?” (Bulten, 1998)

4.3.4 WETSVOORSTEL FORENSISCHE ZORG

Deze vraag ligt onder andere ten grondslag aan het Wetsvoorstel forensische zorg, dat door minister Hirsch Ballin van Justitie in 2010 bij de Tweede Kamer heeft ingediend. “Vooral in het gevangeniswezen worden steeds meer personen opgenomen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking, terwijl ze daar niet thuis horen.” (rijksoverheid, 2010)

Om deze reden is er een wetsvoorstel (rijksoverheid, 2010) ingediend om dit te voorkomen. Hierin staat onder andere:

Een goede zorg als onderdeel van de straf kan het aantal gevallen van recidive¹³ verminderen. Het wetsvoorstel biedt de officier van justitie en de rechter diverse mogelijkheden om iemand sneller geestelijke zorg te bieden.

De mogelijkheden om deze groep te behandelen zijn in het gevangeniswezen begrensd, en voor zover aanwezig, kan de behandeling vaak niet worden afgemaakt, omdat na afloop van de gevangenisstraf plaatsing van de gedetineerde in een instelling van geestelijke gezondheidszorg

¹³ Recidive betekent in de strafrechtelijke context ‘herhaling van een strafbaar feit.’ (Schuyt, 2009)

niet altijd zonder problemen verloopt. Directe terugkeer kan leiden tot snelle terugval in oorspronkelijk gedrag en daarmee tot recidive. Om dit te voorkomen moet het mogelijk worden in elke fase van het strafrechtelijk traject te kiezen voor een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Bij de forensische zorg gaat het om een veelheid aan strafrechtelijke titels zoals: tbs met proefverlof, een voorwaardelijke veroordeling, een sepot met voorwaarden, plaatsing in een inrichting voor veelplegers, overbrenging vanuit het gevangeniswezen voor hulpverlening of naar een psychiatrisch ziekenhuis.

Dit is een interessante ontwikkeling, omdat het ervoor zorgt dat cliënten met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking eerder de hulp krijgen die ze nodig hebben. In het gevangeniswezen is dit nu niet het geval. Nu zullen cliënten in de toekomst eerder hulp krijgen bij hun problemen op biologische, psychologische en sociale gebieden zodat het risico op recidive verminderd zou kunnen worden.

4.4 RECENTE ONTWIKKELINGEN

De forensische sector in Nederland heeft de laatste tijd een sterke ontwikkeling doorgemaakt. Dit vinden we belangrijk om te noemen, omdat opvattingen over behandeling te maken hebben met deze ontwikkelingen. Hildebrand en de Ruiter (2005) noemen drie belangrijke ontwikkelingen.

Ten eerste is er de toegenomen behandelcapaciteit. “Het aantal TBS-plaatsen is flink uitgebreid, onder andere door de vestiging van nieuwe forensisch-psychiatrische klinieken (FPK’s) en forensisch-psychiatrische afdelingen (FPA’s). Ook het ambulante behandelaanbod is toegenomen.” (Hildebrand & de Ruiter, 2005) “Het kabinet heeft ervoor gekozen om tot meer 'differentiatie' te komen binnen het tbs-stelsel.” (Novum, 2006) Hiermee wordt bedoeld dat de toezichts- en behandelprogramma's beter moeten worden afgestemd op individuele tbs-patiënten. “In de tbs-klinieken moeten bijvoorbeeld speciale afdelingen komen voor verstandelijk gehandicapten, psychotici en verslaafden. Wel moeten alle klinieken volgens het kabinet elk type patiënt kunnen blijven behandelen. Zo moet worden voorkomen dat wachtlijsten ontstaan.” (Novum, 2006)

Ten tweede heeft de sector een begin gemaakt met het streven naar evidence-based werken¹⁴.

Onder leiding van het Trimbos-instituut (kennisinstituut dat onderzoek doet naar geestelijke gezondheid, mentale veerkracht en verslaving) zijn door het forensische veld basiszorgprogramma's voor drie doelgroepen forensische patiënten ontwikkeld, en deze programma's dienen de komende jaren met behandelmodules te worden gevuld. (Hildebrand & de Ruiter, 2005)

Ten derde is er een toenemend streven naar samenwerking met wetenschappelijk onderzoek in de forensische sector.

Met de oprichting van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) in 2002 is er een groter draagvlak ontstaan voor gemeenschappelijke onderzoeksinspanningen. Door deze ontwikkelingen zijn er veel meer behandelrichtlijnen ontwikkeld. Ook is er steeds meer maatschappelijke en politieke druk op de forensische psychiatrie gekomen om de effecten van therapeutische inspanningen objectief aan te tonen. (Hildebrand & de Ruiter, 2005, p. 2)

4.5 BEHANDELING

Het EFP is opgericht in opdracht van het ministerie van justitie om het veld van de forensische zorg te ondersteunen, om de kwaliteit van de zorg te verhogen en zo uiteindelijk de maatschappelijke veiligheid te bevorderen. (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2002) In het zorgprogramma voor forensische psychiatrie staan de huidige opvattingen beschreven over de forensische psychiatrie en de ontwikkelingen daarin. Omdat dit landelijk gebruikt wordt, hebben we veel informatie uit deze bron gehaald.

¹⁴ Evidence-Based werken: Het zorgprogramma moet zoveel mogelijk zijn gebaseerd op interventiemethoden waarvan de effectiviteit in de forensisch psychiatrische zorg empirisch (op waarneming gebaseerd) is aangetoond. (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), 2008)

4.5.1 DOEL BEHANDELING

De behandeling is volgens het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2010) erop gericht het risico op recidive te verminderen en de (effecten van de) stoornis te verhelpen, of de patiënt in staat te stellen die te beheersen. De behandeling is erop gericht om de risicofactoren tot een aanvaardbaar risico terug te brengen en beschermende factoren te versterken.

De behandeling heeft diverse subdoelen:

- Besef en, zo mogelijk, inzicht krijgen in de problematiek en de gevolgen ervan voor anderen.
- Vaardigheden aanleren en laten beklijven.
- Cognities als overtuigingen, waarden en normen aanleren, en een morele ontwikkeling doormaken.
- Empathie met slachtoffers ontwikkelen.
- Het geleerde generaliseren naar nieuwe situaties.
- Minder afhankelijk worden van de instelling, het leven buiten de instelling kunnen organiseren, niet terugvallen in riskant gedrag, steun kunnen genereren uit het eigen sociaal netwerk en voor dit alles zelf de verantwoordelijkheid nemen.
- Voor patiënten met te veel beperkingen om dit allemaal te realiseren, een bevredigend leven realiseren met langdurig forensisch psychiatrisch toezicht in een meer of minder beveiligde omgeving.
- In algemene zin: afname van de psychopathologie¹⁵, zeker waar die samenhangt met het delict.

4.5.2 BEHANDELKADER

Om deze behandeldoelen tot een zo goed mogelijk resultaat te laten komen, wordt er tegenwoordig belang gehecht aan evidence-based werken. Dit is ontwikkeld om te weten wat effectieve behandelmethodieken zijn bij deze doelgroep. Maar hoe weet je nu wat effectief is? Hildebrand & de Ruiter (2005) noemen dat er vanuit het ministerie van Justitie in het kader van het programma *terugdringen recidive*¹⁶ een begin is gemaakt met het ontwikkelen van kwaliteitscriteria voor interventiemethoden, en dat er een begin is gemaakt met het selecteren van dergelijke interventies. De 'What works-benadering' wordt hiervoor gebruikt.

4.5.3 WHAT-WORKS BENADERING

De what-works benadering is een vorm van evidence-based werken die de vraag stelt: Wat werkt er nu om de recidive terug te dringen bij delinquenten? Er zijn een aantal uitgangspunten (zogenaamde *what-works principes*) die als leidraad worden genomen om ervoor te zorgen dat patiënten de best beschikbare behandeling wordt aangeboden. Hildebrand & de Ruiter (2005) zeggen: "de principes liggen ten grondslag aan de effectiviteit van een forensische behandeling: het risicoprincipe, het behoefteprincipe en het responsiviteitsprincipe. Later is er een vierde principe 'behandelintegriteit' toegevoegd." Hieronder worden deze principes verder uitgelegd.

A. Risicoprincipe

Het risicoprincipe heeft betrekking op het risico dat een individu in herhaling vervalt – een risico dat niet bij iedereen, bij elk type delict of in alle omstandigheden gelijk is. Het risicoprincipe gaat over de vraag wie er op welke manier dient te worden behandeld en schrijft voor dat de intensiteit van de beveiliging en de behandeling dient te worden afgestemd op het recidiverisico van de betrokken patiënt. Patiënten met een hoog recidiverisico dienen intensief te worden behandeld, terwijl patiënten met een laag risico kan worden volstaan met een minder intensieve behandeling. (Hildebrand & de Ruiter, 2005)

¹⁵ Psychopathologie: De term wordt veelal gebruikt als een verzamelbegrip voor alle psychopathologische verschijnselen en verwijst dan naar het geheel van psychiatrische stoornissen en psychopathologische processen. (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008)

¹⁶ Het doel van dit programma is het gedrag van gedetineerden zodanig te beïnvloeden dat de kans op recidive wordt vermindert. (commissie van toezicht, 2009) feit.' (Schuyt, 2009)

B. Behoeftepincipe

“Het behoeftepincipe gaat over de vraag wat er behandeld moet worden. Behandeling moet zich richten op criminogene behoeften¹⁷ van delinquenten. Dit zijn behoeften waarvan bekend is dat deze de kans op recidive vergroten. De behandeling en begeleiding moeten volgens het behoeftepincipe goed aansluiten bij de criminogene behoeften van de patiënt.” (Hildebrand & de Ruiter, 2005)

“Om te weten hoe groot het recidiverisico is zijn er risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld. Risicotaxatie is het inschatten van de grootte van het risico dat een patiënt in de toekomst (opnieuw) gewelddadig gedrag gaat vertonen. Risicotaxatie is nodig om in te schatten welk gevaar iemand voor anderen oplevert, vooral voor de langere termijn. Risicotaxatie-instrumenten zijn gestructureerde checklists waarop de verschillende risicofactoren worden vastgelegd en opgeteld.” (Hengeveld, van Balkom, Marle, & Cosyns, 2009)

C. Responsiviteitsprincipe

Het responsiviteitsprincipe stelt dat het effect van de behandeling toeneemt wanneer de behandeling is afgestemd op de individuele leerstijl van de forensische psychiatrische patiënt. Hierbij dient onder andere rekening gehouden te worden met intellectuele vermogens, neuropsychologische capaciteiten¹⁸, sociale competentie¹⁹ en motivatie voor behandeling. Aspecten in de behandeling die werkzaam blijken, zijn: focus op concreet gedrag, rollenspel, gedragsoefening, stapsgewijze opbouw van vaardigheden en een positief bekrachtigende omgansstijl. Daarnaast valt – de kwaliteit van – de therapeutische relatie onder het responsiviteitsprincipe. ‘Strickt but friendly’ Hiermee wordt bedoeld dat de therapeut in het contact empathisch, warm, directief en belonend is. (Oei K. , 2011, p. 32)

D. Behandelintegriteit

De behandelintegriteit heeft betrekking op de opzet en uitvoering van een behandeling. De wijze waarop een behandeling wordt gegeven is van essentieel belang voor het effect ervan. Het impliceert allereerst een theoretische basis voor de interventie. Oorzaak en achtergronden van delinquent gedrag moeten begrepen en verklaard worden aan de hand van een getoetste theorie, waarna op grond van een heldere en valide verklaring van crimineel gedrag wordt overgegaan tot het ontwerpen van een passende behandeling. Vervolgens is het van belang dat alle onderdelen van de behandeling ook daadwerkelijk worden uitgevoerd zoals in het ontwerp. Het achterwege laten van één of enkele programmaonderdelen ondermijnt een succesvolle behandeling. (Bontekoe, Snellen, & Verheul, 2009)

4.5.4 KANTTEKENINGEN BIJ DE ‘WHAT-WORKS BENADERING’

Door Hildebrand & de Ruiter (2005) wordt gesteld dat deze principes ten grondslag liggen aan de effectiviteit van een forensisch psychiatrische behandeling. Maar welke methodieken zijn dan evidence-based en werken volgens deze ‘What-works principes’?

In het landelijke zorgprogramma voor forensische psychiatrie van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2010) staat de ‘what-works benadering’ ook beschreven, maar er wordt geen enkele methodiek beschreven die gebaseerd is op deze principes. Alleen gedeeltes van de cognitieve

¹⁷ Criminogene behoeften zijn behoeften die bij veel typen delinquenten een rol spelen. Voorbeelden van criminogene behoeften zijn: verslaving aan alcohol, drugs en/of de aanwezigheid van een antisociaal/procrimineel netwerk. De aanwezigheid van een problematische partnerrelatie, spelen slechts bij een beperkt gedeelte van de delinquenten een rol. (Bontekoe, Snellen, & Verheul, 2009)

¹⁸ Neuropsychologische capaciteiten: perifere waarneming, reactietijd, ruimtelijk inzicht, etc. (Hanzehogeschool Groningen)

¹⁹ Sociale competentie: Gaat om vaardigheden die verbonden zijn met attitudes. Attitudes: zelfvertrouwen; betrokkenheid; inzet. Respectievelijk de bijbehorende vaardigheden: zelfsturing; communicatief handelen; oplossingsgericht handelen. (Walraven & Appelhof, 2003)

gedragstherapie (CGT) zijn empirisch effectief gebleken en staan beschreven in dit zorgprogramma. Dit wordt ook benoemd in het zorgprogramma: “Voor het effect van de interventies op recidive bestaat overigens vaak nog weinig tot geen empirische evidentie.” (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2010)

Dit is ook waarom Rovers (2007) kanttekeningen plaatst bij de ‘what-works benadering’. Hij zegt: “De kanttekeningen betreffen niet de achterliggende gedachte van *evidence-based* werken, maar de uitwerking die hieraan wordt gegeven. Beoogd wordt dat de hiervoor genoemde aanpak niet in alle gevallen zal leiden tot effectieve(re) interventies.” Hij zegt ook: “Bij de ‘what-works benadering’ ligt de focus erg sterk op het realiseren van ‘mooie’ designs en dit kan tegelijkertijd in de uitwerking soms haaks komen te staan op het beoogde doel, namelijk het bereiken van effectievere interventies. Hierin zal een middenweg bewandeld moeten worden: de kloof tussen organisaties en professionals die ‘maar wat doen’ aan de ene kant en wetenschappers die kennis produceren zonder praktijkrelevantie aan de andere kant zal van beide kanten gedicht moeten worden. Onderzoekers kunnen actiever meedenken over de vertaalslag van wetenschappelijke kennis naar toepassing in interventiepraktijken en hierbij geen afstand nemen van de praktische randvoorwaarden die hierbij aan de orde zijn.”

4.5.5 BEHANDELMETHODIEKEN

Er zijn wel interventies beschreven in het zorgprogramma voor forensische psychiatrie die gebruikt worden binnen de forensische psychiatrie. Deze interventies moeten landelijk gebruikt worden. Echter, er zijn slechts weinig interventies die een empirische evidentie hebben en aan de ‘what-works principes’ kunnen voldoen. De interventies die hieronder beschreven worden komen voornamelijk uit het basiszorgprogramma forensische psychiatrie (2010), met uitzondering van de interventies beschreven onder het kopje ‘Vaktherapieën’. Deze zijn nog niet uitgewerkt in het basiszorgprogramma, maar heeft de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2008) duidelijk beschreven.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is momenteel de dominante stroming binnen de psychotherapie, vooral ook omdat de andere stromingen veel minder empirisch zijn onderzocht. In CGT is de centrale aanname dat leerprocessen verantwoordelijk zijn voor ongewenst en gewenst gedrag. De forensische psychiatrie past tal van varianten en onderdelen van CGT toe, die misschien niet volledig voldoen aan de strikte beschrijvingen voor CGT die elders opgeld doen, maar waarvan in de forensisch psychiatrische setting wel degelijk empirisch is gebleken dat zij effectief zijn (De Ruiter & Veen, 2004b; Timmerman & Emmelkamp, 2005). (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2010)

Sociotherapie

De afdeling is een omgeving waarin patiënten en personeel veilig en fatsoenlijk met elkaar om kunnen gaan. Sociotherapeuten vervullen daarbij een dubbele rol. Ze grijpen in bij grensoverschrijdend gedrag, maar begeleiden ook patiënten, al dan niet individueel, en bekrachtigen ook gewenst gedrag, waarvoor zijzelf model staan. De beïnvloeding door de sociotherapeut concentreert zich vooral op delictgerelateerd gedrag. De sociotherapie vervult een sleutelrol in de behandeldoelen vertalen naar specifiekere leerdoelen die resulteren in indicaties voor bepaalde therapieën en interventies. De sociotherapeut vervult daarbij de rol van observator en rapporteur, motivator en begeleider, grenzensteller en klankbord. (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2010)

Vaktherapieën

Onder vaktherapieën worden verstaan: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. Creatieve therapie is de oude verzamelnaam voor beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie en muziektherapie. In 2006 is van overheidswege door het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO) de term 'creatief therapeuten' (creatieve therapie) vervangen door 'vaktherapeuten' (vaktherapie), en is geadviseerd om een samenwerkingsverband aan te gaan met de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie. Al deze therapieën binnen de forensische psychiatrie zijn gericht op het terugdringen van de stoornis, het verminderen van de gevolgen van een stoornis, het op gang brengen van gestagneerde ontwikkeling, het voorkomen van achteruitgang in het functioneren of het verbeteren van psychosociaal functioneren. Doelstellingen kunnen ook als volgt geformuleerd worden: het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied. (Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) , 2008, p. 5)

Farmacologische interventies

Medicatiegebruik en medicatie weigeren zijn van invloed op recidive en maken ook deel uit van risicotaxatie-instrumenten (Hildebrand et al, 2005). Voor risicomangement bij patiënten die medicatie krijgen, is het belangrijk dat zij deze blijven innemen, om terugval te voorkomen. (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2010)

Nieuwe ontwikkelingen

De afgelopen jaren zijn er verscheidene nieuwe cognitief gedragstherapeutische behandelingen in het forensische veld geïntroduceerd die oorspronkelijk waren bedoeld voor andere populaties. Een voorbeeld hier is 'schema focused therapy' (SFT). De oorspronkelijke protocollen zijn hiervoor aangepast aan de forensisch psychiatrische patiënten. SFT gebruikt men nu bijvoorbeeld bij TBSpatiënten met antisociale, borderline-, narcistische en paranoïde persoonlijkheidsstoornissen (Bernstein, Arntz & De Vos, 2007). Diverse multicenter-studies onderzoeken deze therapieën of hebben ze onderzocht, waarbij men de experimentele behandeling vergelijkt met de oorspronkelijke behandeling (De Ruiter & Trestman, 2007). Een ander voorbeeld is dialectische gedragstherapie. Dialectische gedragstherapie is inmiddels met succes toegepast bij verslaafden en borderliners (Linehan, et al, 1999, 2002; Van den Bosch et al, 2005). Daarnaast zijn er de volgende voorbeelden:

- agressiehanteringstherapie;
- behandeling gericht op de morele ontwikkeling (EQUIP);
- sociale vaardigheidstrainingen;
- psychodynamische therapieën;
- mentalization-based treatment (MBT);
- Beck-therapie;
- assertive community therapy (ACT) en functional assertive community therapy (FACT);
- mindfulness- training;
- Community Reinforcement Approach (CRA) en Community Reinforcement and Family Training (CRAFT).

(Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2010)

4.5.6 BEHANDELVOORWAARDEN

Aan behandeling van forensisch psychiatrische cliënten worden behandelvoorwaarden gesteld om ervoor te zorgen dat er positief resultaat uit de behandeling geboekt kan worden.

Behandelmilieu

Het EFP (2010) geeft aan dat een veilig en ondersteunend leefmilieu onmisbaar is voor een vruchtbare behandeling. “Een juiste beheersing, bejegening en ondersteuning van de individuele patiënt is hierbij belangrijk. Op de afdeling moeten cliënten en het personeel veilig, constructief en respectvol met elkaar omgaan, zodanig dat dit nieuwe vaardigheden ondersteunt.”

Motivatie

“Bij gedwongen behandeling spreekt intrinsieke behandelmotivatie niet vanzelf. “Uit onderzoek blijkt dat daders met een opgelegde behandeling minder zijn gemotiveerd en minder vaak de oorzaak van hun gedrag bij zichzelf zoeken (Bowen & Gilchrist, 2004). Uit de literatuur komt naar voren dat opgelegde behandeling wel tot reductie van recidive en verslaving kan leiden (Van Gestel et al, 2006). Dit is vooral een kwestie van goed forensisch psychiatrisch toezicht (FPT) (De Kogel & Nachtegaal, 2008).” (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2010)

Behandelrelatie

De kwaliteit van de therapeutische relatie in een behandeling is belangrijk volgens het EFP (2010).

Een goede therapeutische relatie is geen doel op zichzelf, maar een middel om de patiënt beter te kunnen behandelen. De gewenste therapeutische opstelling kenmerkt zich door begrippen als:

- congruentie;
- aanvaarding;
- empathie;
- echtheid;
- positieve feedback geven;
- stimuleren van actief en competent gedrag;
- structureren;
- denkbeelden toetsen aan de realiteit;
- bevorderen van realistische doelstellingen;
- stellen van grenzen.

De effectiviteit van de behandeling blijkt vooral samen te hangen met hoe de patiënt deze band ervaart (Garret et al, 2003), iets wat behandelaars niet altijd goed inschatten (Beech & Fordham, 1997) (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2010)

Rekening houden met middelengebruik

Samengaan van psychiatrische stoornissen en middelengebruik heeft sterk negatieve consequenties voor de behandeling: “Deze comorbiditeit leidt tot meer en ernstigere symptomen, therapieontrouw en een grotere kans op terugval. (Trimbosinstituut, 2008) Het verdient aanbeveling bij geconstateerd middelengebruik zo spoedig mogelijk een module in te zetten om de verslaving aan te pakken. Toch onderschat men deze problematiek vaak. Het verdient aanbeveling snel tot een taxatie op dit punt te komen en ermee aan de slag te gaan. “ (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2010)

4.6 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Wat is forensische psychiatrie en waar houdt zij zich mee bezig?

- Forensische psychiatrie bevindt zich op het grensvlak tussen recht en psychiatrie.
- Onder de doelgroep forensische psychiatrie wordt verstaan: “Psychiatrische patiënten die met justitie in aanraking zijn gekomen”.
- Er zijn twee hoofdactiviteiten binnen de forensische psychiatrie: Het adviseren aan de rechtbank over forensisch psychiatrische patiënten, en het verplegen en behandelen van forensisch psychiatrische patiënten, met rapportage aan de rechtbank.
- De doelgroep bestaat uit volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, die veroordeeld zijn vanwege het plegen van een delict. De ernstigste vormen van gewelddadig

gedrag komen voor wanneer er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis i.c.m. psychoactieve middelen of een psychiatrische as-1 stoornis. De doelgroep kenmerkt zich ook door externalisering van problemen, weinig probleembesef en motivatie.

- Door dwang en drang wordt er een externe motivatie opgelegd, waardoor gewerkt wordt aan interne motivatie als behandeldoel.
- Oorzaken van delinquentie wordt tegenwoordig gezocht in het biopsychosociale model. Vroeger werd er weliswaar in onze ogen misschien kortzichtig gekeken naar oorzaken, maar hierop konden wetenschappers later voortborduren. Ook zien we dat er bepaalde vragen van honderd jaar geleden nog steeds terug komen, zie bv. het Wetsvoorstel forensische zorg (2010).

Recente ontwikkelingen in de forensische psychiatrie:

- Een toegenomen behandelcapaciteit om cliënten individueel beter te kunnen helpen
- Het streven naar evidence-based werken, met als gevolg dat er behandelrichtlijnen zijn gekomen, zogeheten 'What-works principles' om cliënten de best beschikbare behandeling te bieden.
- Overigens worden bij deze principes ook kritische kanttekeningen geplaatst, omdat de uitwerking haaks kan staan op het doel, namelijk het bereiken van effectievere interventies.
- Samenwerking met wetenschappelijk onderzoek, niet alleen door maatschappelijke en politieke druk op de forensische psychiatrie, maar ook doordat de branche zelf de noodzaak ziet tot betere samenwerking tussen wetenschappers en organisaties om daadwerkelijk tot betere behandelingen te komen.
- Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie is opgericht om de kwaliteit van de zorg te verhogen en het risico op recidive te verminderen.

Therapeutische interventies en behandelvoorwaarden

- Er zijn verschillende therapeutische interventies te gebruiken voor de behandeling van forensisch psychiatrische cliënten. Maar alleen van de cognitieve gedragstherapie is gebleken dat deze effectief zijn.
- Behandelvoorwaarden als behandelmilieu, motivatie, behandelrelatie en rekening houden met middelengebruik zijn vereist om ervoor te zorgen dat er positief resultaat uit de behandeling geboekt kan worden. Waarvan de laatste vaak wordt onderschat volgens het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Het is belangrijk om te weten dat de doelgroep forensische psychiatrie zichzelf kenmerkt doordat ze de oorzaken van hun daden vooral buiten zichzelf zoeken (externaliseren). Hierdoor ontbreekt het bij de cliënt aan probleembesef en de behandelmotivatie.

Daarom wordt dan een dwangmaatregel opgelegd waardoor een cliënt in behandeling moet. Dit fungeert dan als externe motivatie bij een cliënt, zodat hij wel aan zichzelf moet werken. Dit moet er dan voor zorgen dat een cliënt in gaat zien wat zijn probleem is en wat ervoor zorgt dat een cliënt interne motivatie krijgt. Op deze manier kan er dan gewerkt worden aan het hoofddoel: het risico op recidive verminderen en de (effecten van de) stoornis verhelpen, of de patiënt in staat stellen die te beheersen. Dat hoofddoel omvat de volgende subdoelen: probleembesef hebben, gevolgen inzien voor anderen, vaardigheden aanleren, waarden en normen aanleren, empathie ontwikkelen voor slachtoffers, goed gedrag aanleren, minder afhankelijk worden van instellingen, niet terugvallen in riskant gedrag, steun zoeken in eigen sociaal netwerk en voornamelijk voor alles zelf de verantwoordelijkheid nemen.

Er zijn therapeutische interventies te gebruiken om aan deze behandeling van forensisch psychiatrische cliënten te werken. Alleen van de cognitieve gedragstherapie is empirisch gebleken dat deze effectief zijn.

5 DEELVRAAG 3 - WAT ZIJN DE RECENTE WETENSCHAPPELIJKE OPVATTINGEN OVER DE HULP AAN VERSLAVING BINNEN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE?

5.1 INLEIDING

In de vorige twee deelvragen hebben we het over de behandeling van verslaving gehad, en over forensische psychiatrie. In deze deelvraag gaat het over wat recente opvattingen zijn over de hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie. Omdat hierover al veel gezegd is, is het niet nuttig om dingen dubbel te noemen. Deze paragraaf zal dan ook een aanvulling zijn op wat er al geschreven is. Dit doen we door literatuur te bestuderen die specifiek over verslaving en de forensische psychiatrie gaat.

We beginnen met cijfers van middelengebruik binnen de forensische psychiatrie. Dit doen we om te laten zien hoeveel cliënten met middelenproblematiek te maken hebben. Daarna kijken we naar wat oorzaken hiervan kunnen zijn. Hierop volgend bespreken we de relatie tussen middelengebruik en een delict. Dan hebben we het over de behandeling voor deze specifieke doelgroep. Koeter & van Maastricht (2006) hebben een studie gedaan naar de effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader. Dit is een van de weinige effectenstudies die duidelijke uitkomsten geeft. Daarom hebben we van deze uitkomsten gebruik gemaakt. Als laatste hebben we het over de overheid en hun visie is op verslaving binnen de forensische psychiatrie.

5.2 CIJFERS MIDDELENGEBRUIK

Er zijn diverse studies geweest die onderzoek hebben gedaan naar de prevalentie²⁰ van verslaving. Er is een groot verschil te zien als je de Nederlandse bevolking vergelijkt met de forensische psychiatrie. Brand e.a. (2009) noemen dat onder de Nederlandse bevolking er in 2000 sprake van 7,9% alcohol- en drugsmisbruik. Brand e.a. (2009) hebben onderzoek gedaan naar de prevalentie van verslaving onder forensisch psychiatrische cliënten met tbs. In hun studie kwamen ze er op uit dat rond de 65% van deze doelgroep verslaafd is aan alcohol en/of drugs en dat 46% van deze doelgroep tijdens van het plegen van het delict onder invloed was van middelen. Dit zijn hoge percentages, al gaan deze uitkomsten wel om cliënten met tbs. Een andere publicatie geeft aan dat uit een gevangenisonderzoek globaal driekwart van de gedetineerden ooit heeft gekampt met verslavingsproblematiek en dat ongeveer de helft dat nu nog doet. (Oei & Groenhuijsen, 2006, p. 185) We kunnen geen duidelijke cijfers geven over de gehele forensische psychiatrie, omdat onderzoeken zich voornamelijk op subgroepen binnen detentiepopulaties richten. Ze zijn daarom moeilijk generaliseerbaar. Ondanks dit gegeven is het wel duidelijk dat middelengebruik en/of – afhankelijkheid een grote rol speelt bij forensisch psychiatrische patiënten als je kijkt naar deze cijfers.

5.3 OORZAKEN

Tervoort (2010) noemt de oorzakelijke factoren voor middelenmisbruik en verslaving.

Oorzakelijke factoren voor middelenmisbruik en verslaving zijn van genetische, lichamelijke/biochemische, psychosociale en culturele aard maar daarnaast speelt ook de actuele situatie een belangrijke rol. Het voorhanden zijn van drugs maakt dat ze gebruikt worden. Het verslavingsgedrag wordt beïnvloed dóór en heeft invloed op het functioneren van een of meerdere systeemniveaus, het biologische, het psychische en het sociale. Er is altijd sprake van circulaire causaliteit²¹ en het ontstaan van vicieuze cirkels. (Tervoort, 2010)

²⁰ Prevalentie: Totaal aantal mensen met een ziekte, handicap of aandoening dat op een gegeven tijdstip in de bevolking aanwezig is. (Thesaurus zorg en welzijn, 2012)

²¹ Circulaire causaliteit: Het één veroorzaakt het ander en het ander veroorzaakt weer het één. (Willemse, 2006)

Oorzaken van biologische, psychische en sociale aard komen samen in het biopsychosociale model. Dit is ook beschreven in deelvraag 2, daarom gaan we er nu niet verder op in.

5.4 RELATIE MIDDELENMISBRUIK EN DELICT

In het onderzoek van Brand e.a. (2009) over tbs-patiënten wordt gesteld dat 46% van de tbs-patiënten tijdens het plegen van het delict onder invloed van middelen was. Dat is bijna de helft van de hele populatie. Daarom worden alcohol en drugs beschreven als belangrijke risicofactor voor delictrecidive. Wat precies de relatie is, tussen middelenmisbruik en een delict, gaan we nu bespreken.

Er is geen gemakkelijk relatie benoemen. Er kan namelijk niet gezegd worden dat alcohol en drugsmisbruik altijd leidt tot criminaliteit. Volgens Koeter (2006) is er wel bewijs dat illegaal drugsgebruik de frequentie en intensiteit van criminele activiteiten versterkt. Brand e.a. (2009) zeggen dat een patiënt soms alcohol of drugs bewust inneemt vóór een gepland delict en dat intoxicatie²² er soms aan heeft bijgedragen dat een situatie uit de hand is gelopen en tot een delict heeft geleid. Volgens Rutten (2009) zou de oorzaak te maken kunnen hebben met verslavingsgedrag. Hij zegt hierover het volgende:

Verslavingsgedrag wordt veroorzaakt door het feit dat de behoeftepatronen van een ernstig verslaafde niet meer dezelfde zijn als die van niet-verslaafden. Uiteindelijk is het kunnen gebruiken het allerbelangrijkste in het leven geworden, belangrijker dan maatschappelijk functioneren, comfort, gezondheid of relaties. Alleen gebruik kan nog een bevredigende gemoedstoestand teweegbrengen.

Vermogenscriminaliteit voorziet een persoon van voldoende geld om aan de drugs verslaafd te raken. Deze verslaving maakt de persoon vervolgens afhankelijk van illegale inkomsten. Diverse auteurs spreken van een 'multiplier effect' waarmee bedoeld wordt dat verslaving niet leidt tot criminaliteit maar leidt tot verhoging van de criminaliteit.

Rutten (2009) lijkt het hier ook mee eens te zijn. Hij zegt: "verslaafden, van opiaten of cocaïne kunnen vanwege de prijs van deze middelen met geen mogelijkheid op een sociaal aanvaardbare manier aan hun middel komen. Hiervoor moeten ze stelen, schulden maken enz. Ze zullen dus eerder een delict plegen om aan drugs te komen." (Rutten, 2009) Deze stelling wordt bevestigd door Koeter e.a. (2006). Zij zeggen dat de verslavingscarrière en de criminele carrière samen op lijken te gaan. Daarbij schrijft ook Tervoort (2010) dat er altijd sprake is van circulaire causaliteit en het ontstaan van vicieuze cirkels.

Het is duidelijk dat er een grote samenhang is tussen middelenmisbruik en het plegen van een delict. Het lijkt voldoende bewezen dat middelengebruik en crimineel gedrag elkaar versterken. Dit maakt de doelgroep tot een doelgroep met complexe problematiek die vast lijkt te lopen in vicieuze cirkels. Nu de we deze combinatie besproken hebben gaan we verder in op de behandeling van deze doelgroep.

5.5 BEHANDELING

Zoals in deelvraag 2 ook is genoemd, is de behandeling is volgens het EFP (2010) erop gericht het risico op recidive te verminderen en de (effecten van de) stoornis te verhelpen, of de patiënt in staat te stellen die te beheersen. Volgens Tervoort (2010) dient behandeling van verslaving of middelenmisbruik binnen de forensische psychiatrie plaats te vinden op meerdere niveaus door detoxificatie (gebruik van het middel stoppen), eventueel medicatie om bijverschijnselen te bestrijden, psycho-educatie, psychotherapie, resocialisatie, medicatie om de drang of zuchtigheid te bestrijden en terugvalpreventie.

²² Intoxicatie: Een ziekte-toestand, veroorzaakt door een exogene stof in een concentratie bij de receptor, die hoger is dan bedoeld. Hierdoor kan de functie van organen negatief beïnvloed worden. (Meulenbelt, de Vries, & Joore, 1996)

Verslaving is een grote risicofactor op recidive en is dus ook een behandeldoel. Omdat de doelgroep zich vaak kenmerkt door weinig motivatie wordt de behandeling vaak opgelegd door justitie en heeft dit vaak voorwaarden. Tervoort (2010) zegt dat er gebruik wordt gemaakt van dwang, wat betekent dat iemand tegen zijn wil in gedwongen wordt, of van drang, waar sprake is van enige keuzemogelijkheid. Bij deze optie is de keuzemogelijkheid vaak dat de veroordeelde zich laat behandelen of alsnog de voorwaardelijke straf krijgt. "Motivatie heeft de doelgroep vaak weinig, door gebrek aan zelfinzicht, en externaliseren van eigen daden" (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2008) "Motivatie is daarom ook een behandeldoel. Het maken van een eigen keus heeft daarom een belangrijke rol." (Tervoort, 2010)

Koeter & van Maastricht (2006) hebben een studie gedaan naar de effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader. Dit is een van de weinige effectenstudies die duidelijke uitkomsten geeft. Het is zonde om hier meer over te zeggen, omdat dit erg duidelijk is geschetst. Daarom hebben we deze uitkomsten hier geciteerd. Zij kwamen op de volgende uitkomsten:

- Voor verslaafde veelplegers lijkt ambulante behandeling niet de meest adequate interventie.
- Voor een deel van de doelgroep is volledige maatschappelijke integratie waarschijnlijk niet haalbaar. Beschermde woonvormen bieden hier misschien een oplossing
- Het aanleren van (cognitieve) vaardigheden in combinatie met verslavingsbehandeling lijkt een interessante optie.
- Op cognitieve gedragstherapeutische principes gestoelde klinische interventies lijken zeker zo goed te werken als therapeutische gemeenschappen (TG's), en ze hebben het voordeel dat ze korter en dus ook goedkoper zijn. Veel van die programma's zijn alleen tot dusver niet goed geëvalueerd.
- In alle onderzoeken en interventies blijft er een groep cliënten voor wie justitiële interventies, al dan niet onder drang of dwang, geen effect hebben. Voor de opiaatverslaafden uit deze groep zou heroïneverstrekking mogelijk een optie zijn.
- Geconstateerd is dat een behandeling gecombineerd met urinecontroles bij drugsverslaafde veelplegers tot minder recidive leidt dan een behandeling zonder urinecontroles. (Hough and Mitchell 2003)
- Het houden van urinecontroles op zich leidt er alleen toe dat daders die blijven gebruiken in hun proeftijd eerder worden opgespoord. (McKenzie 2002).
- Bootcamps voor drugsverslaafden en groepscoaching blijken niet effectief.
- Er zijn aanwijzingen dat, als iemand na vrijlating een behandeling in een therapeutische gemeenschap doorloopt, het recidiverisico lager is dan na een behandeling die tot de detentieperiode beperkt blijft (Pearson & Lipton, 1999).
- Interessant is dat interventies die plaatsvinden onder dwang geen slechtere en soms zelfs betere resultaten geven dan behandeling op vrijwillige basis. Voor patiënten met hoge psychopathiescores is gebleken dat een therapeutische gemeenschap geen effectieve behandelomgeving is (Ware, Frost & Hoy, 2009).

5.6 OVERHEID

De overheid signaleert ook dat verslaving een grote rol speelt in klinieken voor forensische psychiatrie. Maar evengoed signaleren ze ook dat niet bij elke kliniek de verslavingszorg een prominente plaats in de behandeling inneemt, waardoor de kans groot is dat cliënten bij terugkeer in de maatschappij opnieuw tegen zijn of haar verslaving aanlopen. (Tweede Kamer, 2006). Daarom zegt de tweede kamer: "Gezien het grote aandeel verslaafden in de kliniek, zelfs tot in de longstay, lijkt verslavingszorg als specialisatie of als regulier onderdeel van de behandeling voor de hand te liggen." Volgens de Tweede Kamer (2006) wordt er steeds meer gewerkt met verslavingsmodules en er is aandacht voor comorbiditeit. Maar ook zeggen ze: "Niet alle verslaafden zijn echter

behandelbaar voor hun verslaving. Samenwerking op dit terrein met de GGZ kan nog worden verbeterd.” (Tweede Kamer, 2006)

5.7 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

We hebben gezien dat de prevalentie van verslaving onder forensisch psychiatrische cliënten hoog is. De helft tot driekwart van de cliënten binnen de forensische psychiatrie heeft of had met middelenproblematiek te maken. 46% van de doelgroep tbs was onder invloed tijdens het plegen van het delict. Oorzakelijke factoren voor middelenmisbruik zijn op biologische, psychologische en sociaal vlak te vinden (biopsychosociale model), maar als drugs voorhanden is, is de kans ook groter dat het gebruikt wordt. Er is altijd sprake van circulaire causaliteit en het ontstaan van vicieuze cirkels. De relatie tussen middelenmisbruik en delict is niet makkelijk gegeven. Alcohol en drugsmisbruik leidt niet per definitie tot criminaliteit, maar het is wel zo dat het de frequentie en intensiteit van criminele activiteiten versterkt. Sommige cliënten nemen ook bewust vóór een gepland delict alcohol of drugs in. Hieruit kunnen we concluderen dat het belangrijk is dat er zo min mogelijk drugs voorhanden is binnen een kliniek. Het is ook zo dat verslaving leidt tot delicten, omdat drugs het belangrijkste in het leven is geworden. Omdat drugs duur is komen verslaafden vaak in financiële problemen waardoor schulden ontstaan en stelen dan de manier is om toch aan drugs te komen. Bij delictrecidive als behandeldoel, lijkt een bijkomend doel als abstinentie onvermijdelijk. We komen er later op terug in hoeverre Groot Batelaar dit erkent.

Behandeling moet erop gericht zijn het risico op recidive te verminderen en de (effecten van de) stoornis te verhelpen, of de patiënt in staat te stellen die te beheersen. Voor de behandeling van verslaving betekent dit gebruik van het middel stoppen, eventueel medicatie om bijverschijnselen te bestrijden, psycho-educatie, psychotherapie, resocialisatie, medicatie om de drang of zuchtigheid te bestrijden en terugvalpreventie. Om deze doelgroep te motiveren wordt er gebruik gemaakt van dwang en drang, omdat de doelgroep vaak weinig zelfinzicht heeft en eigen daden externaliseert.

De overheid signaleert dat verslaving een grote rol speelt in forensische klinieken maar dat het vaak onvoldoende in de behandeling wordt geïntegreerd. Hierdoor is de kans groot dat cliënten bij terugkeer in de maatschappij terugvallen in de verslaving. Volgens de overheid moet er gezien het grote aantal verslaafden in de kliniek meer verslavingshulp in de behandeling geïntegreerd worden. Samenwerking op dit terrein met de reguliere GGZ kan nog worden verbeterd. Deze zienswijze van de overheid heeft effect op een forensische psychiatrische kliniek als Groot Batelaar. In het beantwoorden van de hoofdvraag komen we hierop terug.

6 DEELVRAAG 4 - WAT IS DE HUIDIGE BEHANDELVISIE VAN GROOT BATELAAR OP DE HULP AAN VERSLAVING BINNEN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE.

6.1 INLEIDING

In de voorgaande deelvragen zijn we bezig geweest met het bestuderen van recente literatuur. De focus lag op het bestuderen van literatuur over de combinatie van verslaving en forensische psychiatrie. We beschrijven nu de visie van Groot Batelaar. Deze instelling verleent hulp aan de doelgroep die we in voorgaande deelvragen besproken hebben.

Om de visie van Groot Batelaar te beschrijven, moeten we eerst verder ingaan op de doelgroep van Groot Batelaar. In een voorgaande paragraaf hebben we de doelgroep van Groot Batelaar al gedeeltelijk beschreven. Hiervoor verwijs ik u naar subparagraaf 1.2 'Organisatie en doelgroep'. Dat betekent dat we niet alles hier opnieuw doen, maar dat we het verder gaan uitdiepen.

Na het beschrijven van de doelgroep van Groot Batelaar, gaan we verder met de overkoepelende visie van Groot Batelaar. Hierin proberen we een beeld te geven van de visie waarbinnen Groot Batelaar de hulpverlening vorm geeft.

Na deze overkoepelende visie willen we verder ingaan op de visie voor de specifieke doelgroep van dit onderzoek. We hebben dit opgedeeld in verschillende subparagrafen zodat we een overzichtelijk beeld krijgen. We beschrijven als eerst de visie van Groot Batelaar op de forensische psychiatrie. Hierna volgt de visie op verslaving. Deze subparagrafen zijn onderverdeeld in oorzaken en behandeling. Hierdoor krijgen we een volledig beeld van de visie van Groot Batelaar op hulp aan verslaving binnen de forensische psychiatrie.

De visie van Groot Batelaar vergelijken we met de visie die we in de literatuur vonden. Hiermee kunnen wij de hoofdvraag beantwoorden. Dit doen we in paragraaf 7.

6.2 DOELGROEPBESCHRIJVING

Er zijn verschillende documenten van Groot Batelaar, die de doelgroep beschrijven. De behandelvisie van Groot Batelaar is daar een van. De meest recente versie dateert uit 2010. Bij navraag hebben we deze behandelvisie ontvangen. Echter is deze visie niet te vinden bij verschillende afdelingen, in het kwaliteitshandboek van de organisatie of op de website van Groot Batelaar. Deze is als bijlage A toegevoegd. Hierin wordt de doelgroep als volgt beschreven:

(jong)volwassenen met persoonlijkheids-, verslavings, en/of ontwikkelingsproblematiek en/of milde psychiatrische problematiek die met justitie in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen.

Daarnaast is er een folder uit 2006 (Het Groot Batelaar model). Hierin staan de behandelvisie en het behandelprogramma van Groot Batelaar beschreven. In twee interviews, met een psychiater en met een behandelcoördinator van Groot Batelaar kwamen wij erachter dat deze folder niet algemeen bekend is (Behandelcoördinator, fragment 1.1, 2.2 en 16.1) (psychiater, fragment 2.1 en 3.1). Toch herkenden zij zich in de doelgroepbeschrijving van deze folder. Deze folder en de interviews geven de volgende informatie over de doelgroep:

- Cliënten hebben te maken met matig tot ernstige persoonlijkheidsstoornis.
- 80% van de gevallen heeft bijkomende As1-problematiek, zoals: middelenafhankelijkheid, ADHD en PTSS. (Psychiater, fragment 5.1) (Groot Batelaar, 2006) (Behandelcoördinator, fragment 7.2 en 12.1)
- Cliënten zijn impulsief, geven vaak anderen de schuld en hebben weinig zelfinzicht. (Psychiater, fragment 8.4-8.6)

Voor een uitgebreidere beschrijving van deze doelgroep hebben wijzelf geen diepgaand onderzoek bij Groot Batelaar gedaan. Een exacte analyse van de doelgroep van Groot Batelaar kost dusdanig veel tijd dat het een onderzoek op zichzelf zou kunnen zijn. Het overstijgt dan ook ons doel (de visie beschrijven) om zelf te onderzoeken waaruit de doelgroep van Groot Batelaar exact bestaat. Omdat wij hier nu niet toe in staat zijn, maken we gebruik van een onderzoek uit 2003 (Plemper, Evaluatie Groot batelaar) voor een uitgebreidere beschrijving van de doelgroep. Dit onderzoek is toentertijd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gehouden. Het ministerie heeft het Verwey-Jonker Instituut de opdracht gegeven om Groot Batelaar te evalueren. Deze evaluatie heeft primair betrekking op de kliniek in Lunteren. De Woon- en Werktraining (WWT) van Groot Batelaar in Ede is bij dit onderzoek niet betrokken, omdat de WWT toen nog niet bestond.

Hieronder volgt een opsomming van de beschrijving van de doelgroep van Groot Batelaar volgens dit onderzoek:

- De kliniek is bedoeld voor mannen tussen de 18 en 40 jaar die een delict of meerdere delicten hebben gepleegd en die willen voorkomen dat het nogmaals gebeurt.
- De meeste bewoners (95% in 2000, 86% in 2001) hebben een juridische titel²³.
- Om tot de doelgroep te behoren, dient er een relatie te zijn tussen het criminele gedrag en de persoonlijke problemen.
- De meeste bewoners zijn veroordeeld voor geweldsdelicten en vermogensdelicten. Er is relatief weinig sprake van seksuele geweldsdelicten.
- Bij de meeste bewoners is een milde persoonlijkheidsstoornis, met name cluster B (antisociale-, borderline-, theatrale- en narcistische persoonlijkheidsstoornissen), gediagnosticeerd.
- In 2001 was bij tweederde van de bewoners sprake van middelenmisbruik en/of – afhankelijkheid.
- Vrijwel alle bewoners bezitten de Nederlandse nationaliteit. De opgevraagde cijfers geven geen eenduidig antwoord over het aantal allochtone bewoners.

Een belangrijk punt voor ons onderzoek is de mate van comorbiditeit die er bij Groot Batelaar is. Dit onderzoek noemt dat het gaat om ongeveer tweederde (66,6%) in 2001. De geïnterviewde psychiater (fragment 5.1) noemt dat 80-90% van mensen met een verslaving, bijkomende psychiatrische problemen heeft. De geïnterviewde behandelcoördinator (fragment 12.1) noemt dat alle cliënten, op een of andere manier, verslaafd zijn. Deze bronnen geven geen eenduidige waarde. Wij kunnen dus niet met zekerheid zeggen om welk percentage cliënten het gaat. We kunnen wel concluderen dat het om een hoog percentage gaat.

6.3 BEHANDELKADER

Bij de hier voorgaande paragraaf maakten we gebruik van visie documenten van Groot Batelaar, de interviews en een onderzoek naar Groot Batelaar van het Verwey-Jonker Instituut. Dit doen we voor het behandelkader ook. Op deze manier kunnen we het kader dat Groot Batelaar zelf geeft vergelijken met wat er door de ‘buitenwereld’ gezien wordt. Hierdoor kunnen wij het behandelkader vollediger beschrijven.

In de behandelvisie (Groot Batelaar, 2010) wordt het behandelkader als volgt beschreven:

De behandeling in Groot Batelaar wordt vorm gegeven vanuit een multimethodisch behandelkader. De onderdelen waaruit de behandeling is opgebouwd sluiten zoveel mogelijk aan bij wat bekend is

²³ Toelichting bij de juridische titels: Bij een schorsing voorlopige hechtenis kan de rechter de strafzaak schorsen op voorwaarde dat de voorgelade dader zich laat behandelen. Bij een voorwaardelijke veroordeling bepaalt de rechter dat de opgelegde straf gedurende een bepaalde periode niet of gedeeltelijk ten uitvoer wordt gelegd als de veroordeelde zich houdt aan de hem gestelde voorwaarden, zoals opname in een behandelinrichting. Voorbeelden van maatregelen die een rechter kan opleggen zijn bijvoorbeeld TBS of ISD. Artikel 15, lid 5 van de Penitentiaire Beginselenwet maakt het mogelijk dat een gedetineerde in geval van een stoornis in een behandelinrichting geplaatst kan worden.

over welke interventies resultaat op leveren ('what works') en die bekend staan als 'best practice'. Op basis hiervan zal veelal een gedragsmatige insteek in de behandeling worden gekozen. De basishouding van dit milieu kent de volgende uitgangspunten: positieve en respectvolle bejegening, aansluiten bij de mogelijkheden en behoeften van de cliënt, duidelijkheid en betrouwbaarheid en gerichtheid op de toekomst in de maatschappij. Al het personeel is geschoold in motiverende gespreksvoering ten behoeve van het vormgeven van een stevig behandelklimaat waarin veiligheid en ontwikkelmogelijkheden voor onze cliënten worden gecreëerd.

De geïnterviewde psychiater van Groot Batelaar kon geen uitleg geven over het multimethodisch behandelkader (Psychiater, fragment 3.1). De behandelcoördinator, die wij interviewden, gaf ons de uitleg dat hiermee waarschijnlijk bedoeld wordt dat Groot Batelaar werkt met meerdere pijlers (fragment 1.3). Mönnink (2005) schrijft hierover: "Degene die zich multimethodisch oriënteert, maakt bewust gebruik van de juiste methode op het juiste moment en beschikt dus over diepgaande kennis en vaardigheden van alle relevante (maatschappelijk werk-)methodes." De behandelcoördinator sluit hierbij aan met dat hij zegt dat er geen specifieke methode is (fragment 2.2). Dit komt volgens hem doordat de cliënten meervoudige problematiek hebben (fragment 2.1) en omdat er weinig echt bewezen is (fragment 3.1). Als pijlers noemt hij het behandelaanbod van Groot Batelaar (fragment 1.2). Hier komen we later op terug.

Groot Batelaar noemt dat de onderdelen waaruit de behandeling is opgebouwd zoveel mogelijk aansluiten bij wat bekend is over welke interventies resultaat opleveren. 'What works' wordt hierbij aangehaald. Er wordt niet uitgelegd welke interventies dit zijn, behalve dat het een gedragsmatige insteek is. De geïnterviewde behandelcoördinator is van mening dat er nauwelijks bewezen is dat het beschikbare behandelaanbod werkt. Zie fragment 3.1, 4.1, 17.2 en 18.1 van het betreffende interview.

Het onderzoek dat gedaan werd in 2003 geeft een andere benaming aan het behandelkader. Hier wordt het sociaal-therapeutische milieu als kader voor de behandeling genoemd. Hierbij ligt het accent op de sociale omgang met de medegroepsleden. Door analyse van en reflectie op dit gedrag en het oefenen met nieuw rolgedrag probeert men te bewerkstelligen dat de cliënt zich een passend sociaal gedrag eigen maakt, zodat herintegratie in de samenleving mogelijk wordt. (Plemper, Evaluatie Groot Batelaar Samenvatting, p. 4) Dit sociaal-therapeutische milieu wordt herkend door de geïnterviewde psychiater (fragment 2.1) en behandelcoördinator (fragment 1.2 en 1.3)

Naast het sociaal-therapeutische milieu als behandel filosofie van de kliniek, is in 2002 het sociaal competentie model ingevoerd. Drs. Plemper (2003, p. 26) schrijft hierover het volgende:

Dit model biedt sociotherapeuten en vaktherapeuten concrete gedragsvoorschriften, instructies en feedbackmethoden voor hun handelen met de bewoners. Belangrijke onderdelen van dit model zijn het werken met een behandelcyclus, behandelgebieden en behandel doelen en het toepassen van een beloningssysteem.

Dat Groot Batelaar werkt met het sociaal competentie model staat niet als dusdanig beschreven in de eigen behandelvisie. De verschillende uitgangspunten van dit model, die genoemd worden in het bovenstaande citaat, staan wel beschreven in de visie van Groot Batelaar. Doordat in de meest recente visie niet beschreven is dat het sociaal competentie model gehanteerd wordt, kunnen wij dit niet met zekerheid zeggen. De gehouden interviews gaven hier ook geen duidelijkheid over.

6.4 VISIE FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Zoals we eerder genoemd hebben is Groot Batelaar een kliniek voor de forensische GGZ. In de voorgaande paragraaf hebben we de doelgroep en het behandelkader uitgewerkt. Nu gaan we uitwerken wat de visie van Groot Batelaar is op de forensische psychiatrie. Dit doen we door de visie op de oorzaken en de visie op behandeling te bestuderen. In de paragraaf hierna gaan we verder met de visie op verslaving binnen deze vorm van psychiatrie.

6.4.1 OORZAKEN

In de behandelvisie van Groot Batelaar (2010) zochten we naar de visie op de forensische psychiatrie. Deze hebben wij niet concreet gevonden. Wel geeft deze behandelvisie een aantal eigenschappen van deze cliëntengroep weer. Dat zijn de volgende:

- Achterliggende oorzaken liggen ten grondslag aan het probleemgedrag.
- De problematiek van cliënten is complex, moeilijk behandelbaar en de behandelpraktijk is vaak weerbarstig.

In de eerder benoemde folder, het Groot Batelaar model (2006, p. 8) wordt iets uitgebreider aandacht besteed aan de visie op delictgedrag. Hier schrijft Groot Batelaar het volgende:

Het delictgedrag van de cliënt wordt primair gezien als sociaal inadequaat gedrag. We zien ook de persoonlijkheidsstoornis, in het bijzonder de antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis, als sociaal inadequaat gedrag dat een onderdeel van de persoonlijkheid van de cliënt is en dus ook van zijn intrapsychisch functioneren. Persoonlijkheidsstoornissen en delictgedrag worden primair verklaard vanuit een interactioneel ontwikkelingspsychologisch model. De gehechtheidtheorie biedt daarvoor een verklaringsmodel. Interacties met de verzorgers in het gezin van herkomst zijn veelal de bodem voor het ontstaan van probleemgedrag en het daaraan gekoppelde negatieve of verwarde zelfbeeld. Vroegere pathologische omgang met anderen kan zo in de loop der jaren een deel van de persoonlijkheid geworden zijn. Dit gedrag wordt vervolgens door de cliënt in het heden herhaald in de omgang met anderen, zoals partners, vrienden, werkgever, met als gevolg dat deze interacties vaak vastlopen of dreigen vast te lopen. We zien dit als sociaal inadequaat gedrag. Het zelfbeeld van de cliënten wordt steeds bevestigd en herhaald in het gedrag binnen de groepsbehandeling in de kliniek. Dit is zichtbaar en voelbaar in de wijze waarop cliënten omgaan met zichzelf, de groepsgenoten en met het behandelteam.

Deze uitgebreide visie op de forensisch psychiatrische cliënt hebben wij niet terug gehoord in de interviews. Daarnaast geeft de meest recente versie van de behandelvisie van Groot Batelaar geen uitgebreide visie op delictgedrag. Hierdoor is het onduidelijk in hoeverre Groot Batelaar hier nog achter staat.

6.4.2 BEGINSELEN BEHANDELING

De behandelvisie van Groot Batelaar (2010) geeft de volgende visie als basis voor het behandel aanbod:

- Behandeling van de delictproblematiek vormt de basis en het uitgangspunt.
- Behandeling van verslaving in combinatie met de overige problematiek heeft nadrukkelijk aandacht.
- De behandeling heeft duidelijke en realistische doelen en verloopt via een transparant proces met een begin en een eind.
- De achterliggende oorzaken van delictgedrag zijn weg te nemen of beheersbaar te maken.

6.4.3 BEHANDELAANBOD

Groot Batelaar (2010) biedt cliënten een individueel behandeltraject 'op maat'. Hierbij hebben ze aandacht voor de volgende zaken: huisvesting, woonvaardigheden, lichamelijke gesteldheid, psychische gesteldheid, verslaving, sociale vaardigheden, relatie met justitie, financiën, dagbesteding en zingeving. Individuele doelen van de cliënt worden vastgelegd in het individuele behandelplan. Dit plan is leidend voor de gehele behandeling. Voor de uitvoering van het behandelplan heeft Groot Batelaar de volgende psychotherapeutische interventies:

- diagnostiek, (test)psychologisch en psychiatrisch;
- delictanalyse en Verslavingsanalyse;
- START training (motiverende pre therapie / training);
- agressiehanteringstraining in de groep (Held zonder Geweld);

- middelengroep (Leefstijltraining 4);
- sociale Vaardigheden Training;
- re-integratie in scholing en arbeid;
- arbeidstraining (minimaal 12 uur per week);
- schuldhulpverlening;
- vrije tijd & sport;
- re-integratie in sociale omgeving en systeem.

6.4.4 DOEL BEHANDELING

In het visiedocument van Groot Batelaar (2010) staat het volgende behandeldoel:

Een verantwoorde terugkeer in de maatschappij door het verminderen van risico op (nieuwe) delicten en de achterliggende oorzaken die ten grondslag liggen aan het probleemgedrag weg te nemen of beheersbaar te maken.

De geïnterviewde psychiater en behandelcoördinator geven de volgende doelen van de behandeling:

- Abstinentie en motivatie voor abstinentie (Psychiater, fragment 1.1, 1.2 en 11.5) (Behandelcoördinator, fragment 10.1);
- Het aanleren van 'gezonden' coping strategieën (Psychiater, fragment 1.6, 4.3 en 10.1) (Behandelcoördinator, fragment 10.3);
- Vergroten van het zelfbeeld (Psychiater, fragment 11.4).

6.5 VISIE VERSLAVING

Voor het beschrijven van de visie van Groot Batelaar maken we gebruik van de behandelvisie van Groot Batelaar, het onderzoek van het Verwey-Jonker instituut en de visie van de verslavingsafdeling, 'De Grens'. Onze keuze hiervoor lichten we hieronder toe.

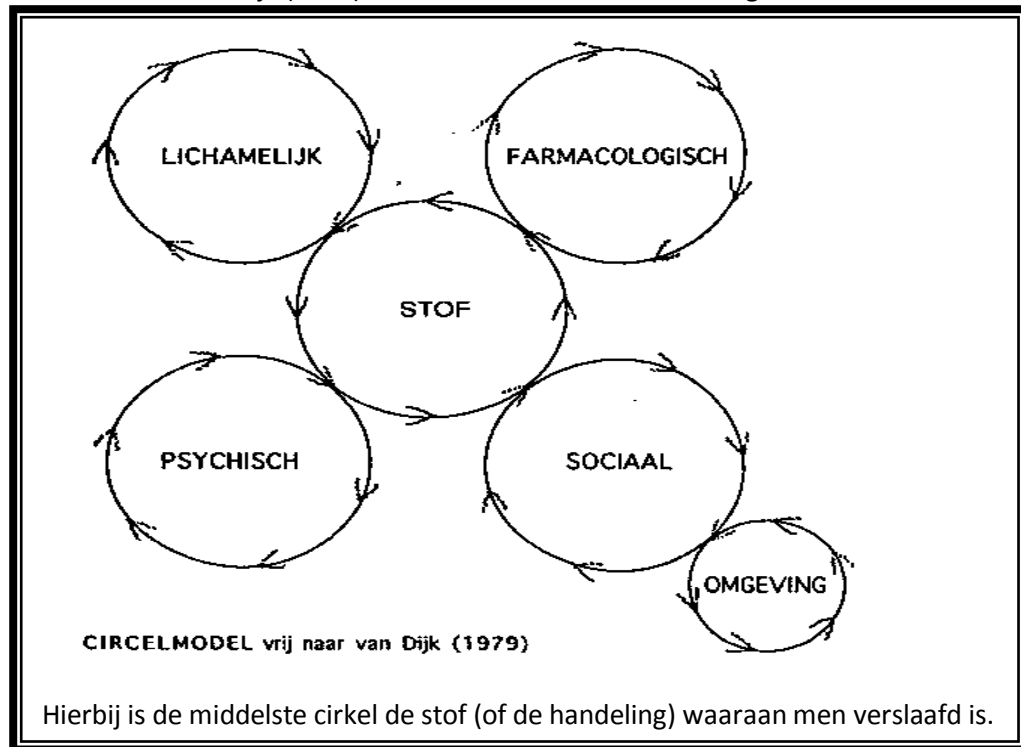
6.5.1 OORZAKEN

In de behandelvisie van Groot Batelaar die wij ontvangen hebben is de visie over de oorzaken van een verslaving niet opgenomen. Ook in het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut hebben wij dit niet gevonden. Dit maakt het voor ons onmogelijk weer te geven wat de visie van Groot Batelaar hierop is. Om toch een beeld te krijgen hebben wij een behandelcoördinator en een psychiater hierover geïnterviewd, daar komen we straks op terug. Daarnaast zijn we de visie van een specifieke afdeling van Groot Batelaar gaan bekijken. Het gaat om afdeling 'De Grens'. Deze afdeling bestaat sinds september 2011 en het betreft een afdeling specifiek voor de verslavingszorg. Voor deze afdeling is de visie op verslaving beschreven (Verslavingszorg De Grens, 2011). Dit visiedocument gebruiken we nu als leidraad om de visie van Groot Batelaar neer te kunnen zetten. Hierbij willen we benadrukken dat we er niet automatisch vanuit kunnen gaan dat dit de kliniekbrede visie is, aangezien het enkel beschreven is in het visiedocument van deze afdeling.

Over de oorzaken van een verslaving staat het volgende beschreven:

Wij zien verslaving als een complex probleem dat zijn oorzaken heeft in (neuro) biologische, genetische, psychologische en/of sociale factoren.

De cirkels van Van Dijk (1979) schematiseren deze visie als volgt:



Er wordt door ons dan ook niet zozeer naar 'de' oorzaak van de verslaving gekeken, maar naar de factoren die de verslaving in stand houden. Deze factoren beïnvloeden elkaar, zetten elkaar in werking en versterken elkaar vaak. Dit betekent dat veel van onze cliënten al lang kampen met een meervoudig chronisch probleem, dat ook na hun periode op 'De Grens' een rol blijft spelen in hun bestaan.

Het beschreven Cirkelmodel wordt niet als dusdanig herkend door de geïnterviewden (Psychiater, fragment 13.1). Dit model richt zich niet in eerste instantie op oorzaken, maar meer op factoren. Deze verschillende factoren worden door de geïnterviewde psychiater (fragment 4.2, 9.2 en 11.7) en behandelcoördinator (fragment 9.1-9.4) wel genoemd.

Deze factoren sturen de richting van het behandelen. Het is nu dan ook relevant om de visie op behandeling en het beschikbare aanbod verder te beschrijven.

6.5.2 BEHANDELING

In de visie beschrijving van Groot Batelaar (2010) staan enkele dingen geschreven over het behandel aanbod met betrekking tot verslaving. Dat zijn de volgende:

- Behandeling van de delictproblematiek vormt de basis en het uitgangspunt. Behandeling van verslaving in combinatie met de overige problematiek heeft nadrukkelijk de aandacht.
- Detoxificatie kan worden opgenomen in het behandelplan.
- Medicamenteuze ondersteuning in de verslavingsbehandeling is een mogelijke interventie.
- Verslavingsanalyse is een onderdeel van het psychotherapeutische behandel aanbod van Groot Batelaar .

Het visiedocument van de verslavingszorg afdeling van Groot Batelaar, 'De Grens', (2011, pp. 5,6) beschrijft over de behandeling van verslaving het volgende:

De behandeling vindt plaats vanuit een cognitief gedragstherapeutische referentiekader. Vanuit een cognitief gedragstherapeutisch kader kan gesteld worden dat de verslavingsproblematiek is ingebed in de persoonlijkheidsproblematiek. Verslavingsgedrag is geleerd, verslavingsgedrag heeft een functie. De automatische gedachten en cognities met betrekking tot gebruik die

verslavingsgedrag doen ontstaan of doen handhaven zijn gebaseerd op kerncognities verankerd in de persoonlijkheidsstructuur.

Al naar gelang de mogelijkheden van de cliënt en de fase van de behandeling zal de aanpak motiverend, informierend (psycho-educatie), steunend, structurerend en/ of confronterend zijn en de werkwijze individueel of groepsgericht, met als doel het komen tot een gedragsverandering. Voordurend zal echter de nadruk liggen op het leren van gewenst gedrag in plaats van het afleren van ongewenst gedrag. Met andere woorden elke vorm van ongewenst gedrag en negatief gedrag zal benaderd dienen te worden als de verkeerde weg naar een goed doel. Hierin ligt de uitdaging voor de behandelaars en is creativiteit vereist. Overgang van een besloten detox voorziening waarbij de nadruk vooral ligt op gebod en sanctie/restrictie zal de nadruk bij de Verslavingsunit meer leggen op eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.

De cognitief gedragstherapeutische werkwijze komt tot uiting middels het leefklimaat, de individuele behandelplannen en de gehanteerde operante en cognitief gedragstherapeutische methodieken, zoals bekrachtigen van gewenst gedrag, actief negeren, uitdagen irrationele gedachten en stimuleren van het gedragsexperiment.

In dit visiedocument wordt ook het behandelaanbod concreet weergegeven. Specifiek voor deze verslavingsafdeling zijn dat: de methode Goldstein, Leefstijltraining 4 en Psycho-educatie. Daarnaast wordt het kliniekbrede behandelaanbod specifiek genoemd: Bewegingsagogiek, Arbeid, Zingeving, Patiënt Staff Meeting, samen wandelen.

6.6 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Het behandelkader wordt in de behandelvisie beschreven als een Multimethodisch behandelkader. Het hanteren van verschillende methoden en milieus lijkt de behandeling vorm te geven; het sociaal therapeutisch milieu lijkt belangrijk te zijn, evenals het sociaal competentiemodel. De meest recente versie van de behandelvisie noemt dit niet, een oudere versie wel en de gehouden interviews erkennen dit ook. Groot Batelaar lijkt van mening te zijn dat cliënten een dusdanig complexe problematiek hebben, waarvoor geen eenduidige behandelmethode beschikbaar is. Hierbij noemt Groot Batelaar te werken met interventies waarvan gebleken is dat ze werken. Welke interventies dat zijn, wordt niet genoemd.

De behandelvisie van Groot Batelaar beschrijft dat het doel is: 'Een verantwoorde terugkeer in de maatschappij', met daarbij: 'Het aanpakken van onderliggende problematiek'. Het aanpakken van de verslaving valt hier ook onder. Onofficieel lijkt er onder de medewerkers wel een visie te zijn, zo blijkt uit de interviews. Hierin kwamen tegenstrijdigheden naar voren, maar ook overeenkomsten. De duidelijkste overeenkomst is het doel van de behandeling voor middelenproblematiek, namelijk: abstinentie. Groot Batelaar wil dit doel behalen door het aanbieden van verschillende interventies. Dat zijn voornamelijk cognitieve gedragstherapieën. Dit staat in de behandelvisie en wordt bevestigd in de gehouden interviews.

Er is blijkbaar geen algemene duidelijke visie – over middelenproblematiek – die binnen alle afdelingen en bij alle medewerkers bekend is. De specifieke afdeling 'De Grens' geeft deze wel en deze visie wordt, weliswaar met andere woorden, ondersteund door de gehouden interviews. Hieruit maken wij op dat Groot Batelaar hier het volgende over denkt; een enkele oorzaak is voor een verslaving niet te noemen, het is een samenkomen van vele verschillende factoren. Verslaving als ziekte met daarbij biopsychosociale factoren lijken vorm te krijgen in de op 'De Grens' gehanteerde 'Cirkels van Van Dijk'.

De hierboven beschreven samenvatting van de visie van Groot Batelaar kunnen we vergelijken met het gehouden literatuur onderzoek. Op deze manier kunnen wij Groot Batelaar voorzien van wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen, die aansluiten bij de visie van Groot Batelaar.

7 HOOFDVRAAG – IN HOEVERRE SLUITEN DE RECENTE WETENSCHAPPELIJKE OPVATTINGEN OVER MIDDELENPROBLEMATIEK BINNEN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE AAN BIJ DE BEHANDELVISIE VAN GROOT BATELAAR?

VISIE OP DOELGROEP

Literatuur over deze doelgroep en over Groot Batelaar vertonen grote overeenkomsten qua percentages van cliënten met middelenproblematiek. Uit interviews bij Groot Batelaar en het onderzoek van het Verwey-Jonker instituut blijkt dat er 66% tot 100% van de cliënten kampt met middelenproblematiek. In onderzoeken naar de forensische psychiatrie worden soortgelijke percentages genoemd 65% tot 75%. (Brand et.al. 2009; Oei, Groenenhuizen 2005) Daarnaast blijkt dat ongeveer de helft van doelgroep forensische psychiatrie het delict pleegt onder invloed van alcohol en/of drugs. (Brand et.al. 2009)

De doelgroep kenmerkt zich door delict gedrag, middelenproblematiek, persoonlijkheidsproblematiek, weinig zelfinzicht en weinig eigen verantwoordelijkheid nemen voor eigen daden (externaliseren). Dit leidt vaak tot weinig probleembesef bij cliënten zelf en weinig behandelmotivatie.

De diagnose afhankelijkheid van middelen komt overeen met wat wij een verslaving noemen. Daarbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen middelenmisbruik en –afhankelijkheid. Middelenmisbruik zou gezien kunnen worden als een lichte vorm – of in sommige gevallen een voorstadium – van middelenafhankelijkheid. Het kan zijn dat een cliënt geen ‘verslaving’ heeft maar wel met middelenmisbruik te maken heeft. Dit heeft effect op de inhoud van de behandeling, daar gaan we straks verder op in.

VISIE OP OORZAKEN MIDDELENPROBLEMATIEK EN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Er zijn verschillende visies over oorzaken van middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie. Het hersenziekte model lijkt leidend te zijn als het gaat om oorzaken van middelenproblematiek binnen de algemene psychiatrie. Daarnaast is het biopsychosociale model een belangrijke aanvulling op dit hersenziekte model. Dit wordt erkend in de interviews die we hielden bij Groot Batelaar. Het biopsychosociale model blijkt leidend te zijn uit literatuur over de forensische psychiatrie. Deze onderzoeken noemen het hersenziekte model niet. Hieruit blijkt dat de forensische psychiatrie op dit punt achter loopt in visie op oorzaken van verslavingsproblematiek.

Als het gaat om de relatie tussen middelenproblematiek en delict is er geen duidelijke oorzaak te geven. Het één veroorzaakt het ander en het ander veroorzaakt het één (circulaire causaliteit). Middelenmisbruik leidt daarbij niet per definitie tot criminaliteit, maar het is wel zo dat middelenmisbruik de frequentie en intensiteit van criminele activiteiten versterkt.

VISIE BEHANDELING

De belangrijkste behandeldoelen zijn volgens de literatuur: risico op delictrecidive verminderen, effecten van de stoornis beheersbaar maken en abstinente van middelen blijven. De gehouden interviews bevestigen deze doelen. Groot Batelaar beschrijft deze doelen gedeeltelijk ook, al benoemen ze abstinentie niet expliciet.

Zoals we eerder ook beschreven heeft deze doelgroep vaak weinig behandelmotivatie. Hierdoor krijgen cliënten binnen de forensische psychiatrie regelmatig een dwangmaatregel, zodat ze behandeling moeten volgen. Dit is een externe motivatie om behandeling te volgen waarbij de vergroten van de interne motivatie een bijkomend behandeldoel is. Bij Groot Batelaar is elke cliënt

vrijwillig in behandeling, waarbij de cliënt kan kiezen voor behandeling als voorwaarde om niet naar de gevangenis te hoeven.

We hebben gezien dat de behandeling van middelenproblematiek gelijktijdig met die van de persoonlijkheidsstoornis plaats moet vinden. Groot Batelaar lijkt dit te erkennen met de nieuwe verslavingsafdeling 'De Grens'. Op de andere afdelingen van Groot Batelaar ligt verslavingsproblematiek in de behandeling meer op de achtergrond. We kwamen in literatuur verschillende keren de waarschuwing tegen dat de doelgroep met middelenproblematiek vaak groter is dan er in de hulpverlening gedacht wordt. Het is niet duidelijk of deze problematiek bij Groot Batelaar ook groter is dan ze denken.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een combinatie van farmacotherapie en psychotherapie voor deze doelgroep gewenst is. Hierbij wordt cognitieve gedragstherapie genoemd als belangrijkste vorm van psychotherapie. Deze therapie blijkt de enige 'evidence based' therapie voor de forensische psychiatrie. Voor de behandeling van middelenproblematiek is bij verschillende middelen gebleken dat farmacotherapie belangrijk is, met name bij detoxificatie. Daarnaast worden de volgende belangrijke interventies genoemd: psycho-educatie, resocialisatie, medicatie om de drang of zuchtigheid te bestrijden en terugvalpreventie. Groot Batelaar beschrijven al deze interventies/therapieën als onderdeel van hun behandelaanbod.

Groot Batelaar beschrijft te werken binnen een Multimethodisch behandelkader. De geïnterviewde personen bij Groot Batelaar konden niet uitleggen wat dit inhield. In een ander document van Groot Batelaar werd het sociaal therapeutisch milieu en het sociaal competentie-model genoemd. Hier waren de geïnterviewde personen niet van op de hoogte. Er is blijkbaar geen algemeen duidelijk behandelkader die binnen alle afdelingen en bij alle medewerkers bekend is.

De behandelvisie van Groot Batelaar, komt wel overeen met hoe de huidige wetenschappelijke opvattingen zijn over de forensische psychiatrie. Daar moeten we wel bij zeggen dat een aantal essentiële begrippen die genoemd worden in de behandelvisie, door geïnterviewde psychiater en behandelcoördinator niet begrepen worden of niet juist. Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn hoe deze visie gedragen en begrepen zou kunnen worden door alle medewerkers.

8 PRODUCT - HULP AAN FORENSISCH PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN MET MIDDELENPROBLEMATIEK.

Een onderzoek over de mate waarin de visie van Groot Batelaar aansluit op de huidige wetenschappelijke visie op de hulp bij middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie.

Door: Jorik Nieboer, Leo Zwart – 15/08/2012

INLEIDING

Veel cliënten binnen de forensische psychiatrie hebben een verleden met middelenproblematiek of zitten hier nog middenin. Verschillende onderzoeken geven aan dat de prevalentie van verslaving onder forensisch psychiatrische cliënten hoog is. 65% tot 75% van verschillende subgroepen binnen de forensische psychiatrie blijken te kampen met middelenproblematiek. (Brand et.al. 2009; Oei, Groenenhuizen 2005) Binnen Groot Batelaar zelf worden schattingen gegeven van 66% tot zelfs 100% van cliënten die kampen met middelenproblematiek. Daarnaast blijkt dat ongeveer de helft van doelgroep forensische psychiatrie het delict pleegt onder invloed van alcohol en/of drugs. (Brand et.al. 2009)

Het was voor Groot Batelaar een actueel onderwerp om te onderzoeken waar dit door komt. Een eerste logische stap was daarom te onderzoeken wat de recente wetenschappelijke opvattingen zijn op middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie en te onderzoeken in hoeverre de behandelvisie van Groot Batelaar hierop aansluit. Wij, als medewerkers van Groot Batelaar vonden dit daarom ook interessant om de visie goed onder de loep te nemen. Met dit onderzoek hopen we een eerste aanzet te geven om kritisch te kijken naar de visie en zullen we aanbevelingen geven die de organisatie kunnen helpen. Dit onderzoek gaat over de visie op de hulpverlening en minder over de praktische uitvoering. De wetenschappelijke visie op behandeling kan voor iedereen in de organisatie interessant zijn omdat het mogelijk nieuwe inzichten geeft. De aanbevelingen zijn voornamelijk gericht op de visie van de organisatie. Daarnaast hebben we een aantal praktische aanbevelingen voor hulpverleners.

Als uitkomst op het onderzoek kunnen we alvast kort het volgende zeggen. De behandelvisie zou cliënten voldoende moeten kunnen helpen met hun middelenproblematiek, omdat deze grotendeels aansluit bij de huidige wetenschappelijke visie op de hulp bij middelenproblematiek voor forensisch psychiatrische cliënten. Of deze visie begrepen en gedragen wordt door alle medewerkers hebben wij vraagtekens, omdat deze summier beschreven is, veel wetenschappelijke termen bevat en moeilijk vindbaar is. Een eventueel vervolgonderzoek zou kunnen beantwoorden over hoe er daadwerkelijk met middelenproblematiek omgegaan wordt bij Groot Batelaar en in hoeverre de visie bekend is bij en erkend wordt door medewerkers.

RESULTATEN ONDERZOEK

Om de visie op middelenproblematiek te onderzoeken van Groot Batelaar moesten we eerst te weten komen wat de recente wetenschappelijke visie is. Het onderzoek is daarmee een kwalitatief onderzoek geworden waarbij het accent vooral ligt op literatuuronderzoek. Er is ook gebruik gemaakt van interviews om dit te ondersteunen. De vraag die wij onderzocht hebben luidt als volgt:

‘In hoeverre sluiten de recente wetenschappelijke opvattingen over middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie aan bij de behandelvisie van Groot Batelaar?’

Over de uitkomsten is op verschillende punten iets te zeggen. De visie op de doelgroep, de visie op oorzaken van verslaving i.c.m. forensische psychiatrie en de visie op behandeling.

VISIE OP DOELGROEP

De doelgroep kenmerkt zich door delict gedrag, middelenproblematiek, persoonlijkheidsproblematiek, weinig zelfinzicht en weinig eigen verantwoordelijkheid nemen voor

eigen daden (externaliseren). Dit leidt vaak tot weinig probleembesef bij cliënten zelf en weinig behandelmotivatie.

De diagnose afhankelijkheid van middelen komt overeen met wat wij een verslaving noemen. Daarbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen middelenmisbruik en –afhankelijkheid. Middelenmisbruik zou gezien kunnen worden als een lichte vorm – of in sommige gevallen een voorstadium – van middelenafhankelijkheid. Het kan zijn dat een cliënt geen ‘verslaving’ heeft maar wel met middelenmisbruik te maken heeft. Dit heeft effect op de inhoud van de behandeling, daar gaan we straks verder op in.

VISIE OP OORZAKEN MIDDELENPROBLEMATIEK I.C.M. FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Er zijn verschillende visies over oorzaken van middelenproblematiek binnen de forensische psychiatrie. Het hersenziekte model lijkt leidend te zijn als het gaat om oorzaken van middelenproblematiek binnen de algemene psychiatrie. Hierbij gaat het erom dat verslaving als ziekte wordt gezien, waardoor cliënten niet zelf kunnen veranderen, maar medisch psychiatrische behandeling wenselijk is. Daarnaast is het biopsychosociale model een belangrijke aanvulling op dit hersenziekte model. Dit betekent dat biologische, psychologische en sociale factoren oorzaken zijn van het in stand houden van een verslaving. Dit laatste model wordt erkend in de interviews die we hielden bij Groot Batelaar. Het biopsychosociale model blijkt leidend te zijn in literatuur over de forensische psychiatrie. Deze onderzoeken noemen het hersenziekte model niet. Hieruit blijkt dat de forensische psychiatrie op dit punt achter loopt in visie op oorzaken van verslavingsproblematiek.

Als het gaat om de relatie tussen middelenproblematiek en delict is er geen duidelijke oorzaak te geven. Het één veroorzaakt het ander en het ander veroorzaakt het één (circulaire causaliteit). Middelenmisbruik leidt daarbij niet per definitie tot criminaliteit, maar het is wel zo dat middelenmisbruik de frequentie en intensiteit van criminele activiteiten versterkt.

VISIE OP BEHANDELING

De belangrijkste behandeldoelen zijn volgens de literatuur: risico op delictrecidive verminderen, effecten van de stoornis beheersbaar maken en abstinente van middelen blijven. De gehouden interviews bevestigen deze doelen. Groot Batelaar beschrijft deze doelen gedeeltelijk ook, al benoemen ze abstinentie niet expliciet.

Zoals we eerder ook beschreven heeft deze doelgroep vaak weinig behandelmotivatie. Hierdoor krijgen cliënten binnen de forensische psychiatrie regelmatig een dwangmaatregel, zodat ze behandeling moeten volgen. Dit is een externe motivatie om behandeling te volgen waarbij het vergroten van de interne motivatie een bijkomend behandeldoel is. Bij Groot Batelaar is elke cliënt vrijwillig in behandeling, waarbij de cliënt kan kiezen voor behandeling als voorwaarde om niet naar de gevangenis te hoeven.

We hebben gezien dat de behandeling van middelenproblematiek gelijktijdig met die van de persoonlijkheidsstoornis plaats moet vinden. Groot Batelaar lijkt dit te erkennen met de nieuwe verslavingsafdeling ‘De Grens’. Op de andere afdelingen van Groot Batelaar ligt verslavingsproblematiek in de behandeling meer op de achtergrond. We kwamen in literatuur verschillende keren de waarschuwing tegen dat de doelgroep met middelenproblematiek vaak groter is dan er in de hulpverlening gedacht wordt. Het is niet duidelijk of deze problematiek bij Groot Batelaar ook groter is dan gedacht wordt. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een combinatie van farmacotherapie en psychotherapie voor deze doelgroep gewenst is. Hierbij wordt cognitieve gedragstherapie genoemd als belangrijkste vorm van psychotherapie. Deze therapie blijkt de enige ‘evidence based’ therapie voor de forensische psychiatrie. Voor de behandeling van middelenproblematiek is bij verschillende middelen gebleken dat farmacotherapie belangrijk is, met name bij detoxificatie. Daarnaast worden de volgende belangrijke interventies genoemd: psycho-educatie, resocialisatie, medicatie om de drang of zuchtigheid te bestrijden en terugvalpreventie. Groot Batelaar beschrijven al deze interventies/therapieën als onderdeel van hun behandelaanbod.

Groot Batelaar beschrijft te werken binnen een multimethodisch behandelkader. De geïnterviewde personen bij Groot Batelaar konden niet uitleggen wat dit inhield. In een ander document van Groot Batelaar werd het sociaal therapeutisch milieu en het sociaal competentie-model genoemd. Hier waren de geïnterviewde personen niet van op de hoogte. Er is blijkbaar geen algemeen duidelijk behandelkader die binnen alle afdelingen en bij alle medewerkers bekend is.

De behandelvisie van Groot Batelaar, komt overeen met hoe de huidige wetenschappelijke opvattingen zijn over de forensische psychiatrie. Daar moeten we wel bij zeggen dat een aantal essentiële begrippen die genoemd worden in de behandelvisie, door geïnterviewde psychiater en behandelcoördinator niet begrepen worden. Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn hoe deze visie gedragen en begrepen zou kunnen worden door alle medewerkers.

Op basis van deze informatie hebben we in het antwoord op de hoofdvraag conclusies gegeven waarna we nu aanbevelingen doen op meso-niveau naar de organisatie, op macro-niveau voor vervolgonderzoek en op microniveau naar de professional.

WIJ BEVELEN DE ORGANISATIE AAN:

- De behandelvisie in duidelijke taal te beschrijven die door hulpverleners en verwijzers goed te begrijpen zijn.
- De visie op oorzaken en behandeling van middelenproblematiek te beschrijven in de behandelvisie. Het is raadzaam dat alle medewerkers de visie van Groot Batelaar kennen en dat er vanuit die visie gewerkt wordt.
- De behandelvisie duidelijk vindbaar te maken op de website voor medewerkers en verwijzers zodat duidelijk is hoe er gewerkt wordt bij Groot Batelaar.
- Het belang van abstinentie op te nemen in de behandelvisie. Er is gebleken dat abstinentie voor deze doelgroep van belang is. Het lijkt ons raadzaam om dit ook op papier te hebben staan.
- Het multimethodisch behandelkader van Groot Batelaar kenbaar maken onder medewerkers. Het is van belang dat medewerkers op de hoogte zijn van het behandelkader en ook weten wat dit voor die betreffende medewerker inhoudt. Hierdoor kunnen medewerkers een eenduidige behandelrichting die cliënten aanbieden.
- Het rapport van het Verwey-Jonker instituut te evalueren. Dit uitgebreide verslag (van ca. 10 jaar geleden) geeft Groot Batelaar vele onafhankelijke aanbevelingen. Voor zover wij weten heeft er (nog) geen evaluatie plaats gevonden over de gevolgen van dit rapport. Het lijkt ons raadzaam te evalueren in hoeverre Groot Batelaar deze aanbevelingen heeft opgepakt.
- Voldoende passende hulp te bieden voor cliënten met de diagnose middelenmisbruik. Naast de hulp bij verslaving (middelenafhankelijkheid) is het van belang de cliënten met de diagnose middelenmisbruik ook voldoende ondersteuning te bieden bij het omgaan met of abstinente blijven van drugs en/of alcohol.
- Verslaving te benaderen vanuit het hersenziekte model en het biopsychosociale model. Naast oorzaken van verslaving te benaderen via biopsychosociale factoren moet de Neurobiologische factor meegenomen worden in de behandeling.
- Meer gebruik te maken van psycho-educatie voor alle cliënten. Cliënten leren wat middelenmisbruik en -afhankelijkheid inhoudt en wat het verschil is. Hierdoor krijgen cliënten meer inzicht in hun eigen problematiek.
- Dat behandeling van middelenproblematiek een belangrijkere plek krijgt in de behandeling, omdat het probleem groot is.

WE BEVELEN DE PROFESSIONAL AAN:

- Kennis te nemen van het huidige behandelbeleid. De werknemer is medeverantwoordelijk om het behandelbeleid te bestuderen en het voldoende eigen te maken.

- De alertheid op middelengebruik te vergroten en initiatief te nemen om gebruik bespreekbaar te maken. Het is gebleken dat cliënten binnen de forensische psychiatrie geneigd zijn hun gebruik te verduisteren waardoor het niet aangepakt wordt en de problemen blijven bestaan. Het is van belang hier voldoende van op de hoogte te zijn, zodat professionals de cliënt kunnen uitdagen om hierover in gesprek te gaan.
- Kennis op orde houden over middelenmisbruik. Het is van belang de cliënten voldoende te kunnen vertellen wat er in de hersenen gebeurt als een cliënt middelen gebruikt. Hiervoor zou bijvoorbeeld gebruik gemaakt kunnen worden van psychiaters, psychologen en de verslavingsafdeling om sociotherapeuten meer kennis bij te brengen wat betreft middelenproblematiek.

WE BEVELEN VOOR VERVOLGONDERZOEK AAN:

- Kwantitatief onderzoek te doen onder medewerkers. Met als insteek om te ontdekken in hoeverre iedereen op de hoogte is van de visie en of deze erkend wordt.
- Te onderzoeken hoe Groot Batelaar daadwerkelijk met middelenproblematiek omgaat op verschillende afdelingen en of dit aansluit op de behandelvisie.
- Te bestuderen in hoeverre cliënten na hun behandeling bij Groot Batelaar delictrecidive vertonen. Hiermee zou inzichtelijk gemaakt kunnen worden in hoeverre de behandeling van Groot Batelaar 'werkt'.
- De mogelijkheden te onderzoeken van het inzetten van ervaringsdeskundigen. We hoorden het belang van ervaringsdeskundigen binnen de verslavingszorg in ons interview (Psychiater, fragment 8.7 en 9.3). Vervolgonderzoek zou kunnen uitwijzen wat ervaringsdeskundigen kunnen betekenen binnen de forensische psychiatrie en wat de mogelijkheden zijn binnen Groot Batelaar.

9 CONCLUSIE / AANBEVELINGEN

9.1 ANTWOORD PROBLEEMSTELLING

De probleemstelling die wij hadden geformuleerd is de volgende:

“Kan het zijn dat de gehanteerde visie van Groot Batelaar op behandeling van middelengerelateerde problematiek cliënten onvoldoende helpt met hun middelenproblematiek?”

Een antwoord op deze vraag betreft is niet eenduidig te geven. De behandelvisie van Groot Batelaar sluit grotendeels aan bij de huidige wetenschappelijke opvattingen over hulp bij middelenproblematiek in de forensische psychiatrie. Hierdoor denken we dat de behandelvisie cliënten voldoende zou moeten helpen met middelenproblematiek. Daarnaast vragen wij ons af, of deze visie gedragen wordt door alle medewerkers en afdelingen. Dit vragen wij ons af omdat een aantal essentiële begrippen die in de behandelvisie genoemd worden niet door de geïnterviewde psychiater en behandelcoördinator begrepen en/of erkent werden. Hierdoor vragen we ons af in hoeverre de behandelvisie binnen Groot Batelaar bekend is en in hoeverre er mee gewerkt wordt. Gebeurt dit niet, dan zou dit kunnen betekenen dat cliënten onvoldoende gebaad zijn bij de huidige beschrijving van de visie.

In onze probleemstelling hadden we gesteld dat naar ons idee afdelingen binnen de organisatie verschillend omgaan met middelenproblematiek. We dachten te zien dat de ene afdeling binnen de organisatie middelengebruik meer lijkt te tolereren. Omdat wij een kwalitatief onderzoek hebben gedaan zijn we vooral ingegaan op de huidige visie binnen Groot Batelaar. Wij kunnen dus geen empirische evidentie geven of dit ook het geval is. Naar ons idee was het een goede eerste stap om de visie op middelenmisbruik te onderzoeken. Een eventueel kwantitatief vervolgonderzoek over hoe er daadwerkelijk met middelenproblematiek omgegaan wordt, zou hier een antwoord op kunnen geven.

9.2 AANBEVELINGEN

Nu het antwoord op de hoofdvraag is gegeven zijn we gekomen tot de aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de informatie van het literatuuronderzoek en de interviews. Op basis van deze informatie hebben we in het antwoord op de hoofdvraag conclusies gegeven waarna we nu aanbevelingen doen op meso-niveau naar de organisatie, op macro-niveau voor vervolgonderzoek en op microniveau naar de professional.

WIJ BEVELEN DE ORGANISATIE AAN:

- De behandelvisie in duidelijke taal te beschrijven die door hulpverleners en verwijzers goed te begrijpen zijn.
- De visie op oorzaken en behandeling van middelenproblematiek te beschrijven in de behandelvisie. Het is raadzaam dat alle medewerkers de visie van Groot Batelaar kennen en dat er vanuit die visie gewerkt wordt.
- De behandelvisie duidelijk vindbaar te maken op de website voor medewerkers en verwijzers zodat duidelijk is hoe er gewerkt wordt bij Groot Batelaar.
- Het belang van abstinentie op te nemen in de behandelvisie. Er is gebleken dat abstinentie voor deze doelgroep van belang is. Het lijkt ons raadzaam om dit ook op papier te hebben staan.
- Het multimethodisch behandelkader van Groot Batelaar kenbaar maken onder medewerkers. Het is van belang dat medewerkers op de hoogte zijn van het behandelkader en ook weten wat dit voor die betreffende medewerker inhoudt. Hierdoor kunnen medewerkers een eenduidige behandellijn richting die cliënten aanbieden.
- Het rapport van het Verwey-Jonker instituut te evalueren. Dit uitgebreide verslag (van ca.10 jaar geleden) geeft Groot Batelaar vele onafhankelijke aanbevelingen. Voor zover wij weten

heeft er (nog) geen evaluatie plaats gevonden over de gevolgen van dit rapport. Het lijkt ons raadzaam te evalueren in hoeverre Groot Batelaar deze aanbevelingen heeft opgepakt.

- Voldoende passende hulp te bieden voor cliënten met de diagnose middelenmisbruik. Naast de hulp bij verslaving (middelenafhankelijkheid) is het van belang de cliënten met de diagnose middelenmisbruik ook voldoende ondersteuning te bieden bij het omgaan met of abstinēt blijven van drugs en/of alcohol.
- Verslaving te benaderen vanuit het hersenziekte model en het biopsychosociale model. Naast oorzaken van verslaving te benaderen via biopsychosociale factoren moet de Neurobiologische factor meegenomen worden in de behandeling.
- Meer gebruik te maken van psycho-educatie voor alle cliënten. Cliënten leren wat middelenmisbruik en -afhankelijkheid inhoudt en wat het verschil is. Hierdoor krijgen cliënten meer inzicht in hun eigen problematiek.
- Dat behandeling van middelenproblematiek een belangrijkere plek krijgt in de behandeling, omdat het probleem groot is.

WE BEVELEN DE PROFESSIONAL AAN:

- Kennis te nemen van het huidige behandelbeleid. De werknemer is medeverantwoordelijk om het behandelbeleid te bestuderen en het voldoende eigen te maken.
- De alertheid op middelengebruik te vergroten en initiatief te nemen om gebruik bespreekbaar te maken. Het is gebleken dat cliënten binnen de forensische psychiatrie geneigd zijn hun gebruik te verduisteren waardoor het niet aangepakt wordt en de problemen blijven bestaan. Het is van belang hier voldoende van op de hoogte te zijn, zodat professionals de cliēt kunnen uitdagen om hierover in gesprek te gaan.
- Kennis op orde houden over middelenmisbruik. Het is van belang de cliënten voldoende te kunnen vertellen wat er in de hersenen gebeurt als een cliēt middelen gebruikt. Hiervoor zou bijvoorbeeld gebruik gemaakt kunnen worden van psychiaters, psychologen en de verslavingsafdeling om sociotherapeuten meer kennis bij te brengen wat betreft middelenproblematiek.

WE BEVELEN VOOR VERVOLGONDERZOEK AAN:

- Kwantitatief onderzoek te doen onder medewerkers. Met als insteek om te ontdekken in hoeverre iedereen op de hoogte is van de visie en of deze erkend wordt.
- Te onderzoeken hoe Groot Batelaar daadwerkelijk met middelenproblematiek omgaat op verschillende afdelingen en of dit aansluit op de behandelvisie.
- Te bestuderen in hoeverre cliënten na hun behandeling bij Groot Batelaar delictrecidive vertonen. Hiermee zou inzichtelijk gemaakt kunnen worden in hoeverre de behandeling van Groot Batelaar ‘werkt’.
- De mogelijkheden te onderzoeken van het inzetten van ervaringsdeskundigen. We hoorden het belang van ervaringsdeskundigen binnen de verslavingszorg in ons interview (Psychiater, fragment 8.7 en 9.3). Vervolgonderzoek zou kunnen uitwijzen wat ervaringsdeskundigen kunnen betekenen binnen de forensische psychiatrie en wat de mogelijkheden zijn binnen Groot Batelaar.

9.3 BEPERKINGEN ONDERZOEKSMETHODEN

Er zijn enkele factoren die de validiteit van ons kwalitatieve onderzoek kunnen bedreigen. Hiermee bedoelen we dat er dingen zijn die de juistheid van onze bevindingen kunnen bedreigen (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005, p. 197). Hieronder geven wij een opsomming van de mogelijke bedreigingen en hoe wij hier mee om probeerden te gaan:

- Het was relevant geweest om het hoofd van de behandeling te interviewen. Zij stuurt het team van behandelcoördinatoren aan en is eindverantwoordelijke voor de uitvoering van de

inhoudelijke behandeling. Onze onbeantwoorde vragen over de visie zouden mogelijk door haar beantwoord kunnen worden. Helaas is het niet gelukt om een interview met haar te doen, doordat ze met vakantie was. Het is niet mogelijk geweest haar voor of na haar vakantie te interviewen omdat we pas na ons literatuuronderzoek de visie van Groot Batelaar konden bekijken. Dit mocht niet door elkaar lopen, want dit zou vooringenomenheid bij ons kunnen veroorzaken in het zoeken naar wetenschappelijk onderbouwde literatuur.

- Wij hebben face-to-face-interviews gehouden. Het kan zo zijn dat – doordat wij zelf het interview deden – de antwoorden enigszins sociaal wenselijk gegeven werden. Dit hebben we meegenomen in de interpretatie van de gegeven antwoorden.
- Er kunnen interpretatiefouten gemaakt worden door vooringenomenheid of te grote betrokkenheid. Omdat wij werken bij Groot Batelaar en ook een mening hebben over wat we daar doen, was dit ook voor ons een valkuil. We hebben hiervoor gewaakt door verschillende databronnen te gebruiken, dus naast beschreven beleidsstukken ook nog interviews. Daarnaast hebben wij verschillende keren overleg gehad – met elkaar en met onze praktijkbegeleider – over interpretatie van gegevens om eigen blinde vlekken te kunnen signaleren.

10 BEGRIPPEN

In dit onderdeel geven wij een uitleg van verschillende begrippen die wij gebruikt hebben in dit onderzoek. Hierin zal een korte uitleg gegeven worden van de woorden die wij gebruikt hebben waarvan wij het relevant vinden dat ze extra uitleg behoeven. Dit hebben we gedaan zodat er geen twijfel over hoeft te bestaan wat we met een woord bedoelen.

- **Beleid.** Gedocumenteerde stukken die leidend zijn voor de geboden hulpverlening.
- **Biologische kwetsbaarheid.** Hiermee worden bepaalde biologische eigenschappen bedoeld, die het risico op het ontstaan van bijvoorbeeld een gedragsstoornis of verslaving verhogen.
- **Circulaire causaliteit.** Het één veroorzaakt het ander en het ander veroorzaakt weer het één. (Willemse, 2006)
- **Cliënten.** Personen die in hun huidige situatie hulp ontvangen van professionele hulpverleners.
- **Comorbiditeit.** Ook wel 'dubbel diagnose'. Dit verwijst naar een gelijktijdig bestaan van twee of meer psychische stoornissen. In de context van dit afstuderen gebruiken we deze term als we spreken over 'het gelijktijdig voorkomen van middelenmisbruik/afhankelijkheid enerzijds en andere psychische stoornissen anderzijds.' (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 12)
- **Craving.** De trek die iemand heeft naar het middel. In het boek 'alcohol- en drugsverslaving' (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 26) wordt trek als volgt gedefinieerd: *'het intense verlangen om alcohol of drugs te gebruiken, wat ontstaat en reactie op blootstelling aan middelengebruik gerelateerde externe en/of interne prikkels.'*
- **Criminogene behoeften.** Behoeften die bij veel typen delinquenten een rol spelen. Voorbeelden van criminogene behoeften zijn: verslaving aan alcohol, drugs en/of de aanwezigheid van een antisociaal/procrimineel netwerk. De aanwezigheid van een problematische partnerrelatie, spelen slechts bij een beperkt gedeelte van de delinquenten een rol. (Bontekoe, Snellen, & Verheul, 2009)
- **Criminogene behoeften.** Criminogene behoeften zijn aanwezige dynamische risicofactoren van de patiënt die samenhangen met het delinquent gedrag en bovendien door behandeling kunnen worden beïnvloed. Criminogene behoeften worden nader onderverdeeld in algemene en specifieke criminogene behoeften. Algemene criminogene behoeften zijn behoeften die bij veel typen delinquenten een rol spelen. Voorbeelden van criminogene behoeften zijn: verslaving aan alcohol/drugs en/of de aanwezigheid van een antisociaal/procrimineel netwerk. Specifieke criminogene behoeften, zoals de aanwezigheid van een problematische partnerrelatie, spelen slechts bij een beperkt gedeelte van de delinquenten een rol.
- **Delinquentie.** Synoniem van 'criminaliteit' (thesaurus zorg en welzijn, 2012)
- **Detoxificatie.** Ook wel ontgiftiging. Dit is het lichamelijk afkicken van een middel, meestal onder medische begeleiding en in combinatie met medicatie.
- **Drugs.** Verslavende middelen (zoals: cocaïne, heroïne, marihuana, LSD, GHB)
- **Dubbel diagnose.** Zie comorbiditeit.
- **Dynamische risicofactoren.** Er wordt onderscheid gemaakt tussen *acute* en *stabiele* dynamische risicofactoren. Acute dynamische factoren behelzen relatief snel veranderende (stemmings-) momenten zoals een toestand van seksuele opwindning en/of dronkenschap die direct voorafgaan aan seksuele misdrijven. Acute dynamische factoren hebben met name invloed op het tijdstip waarop een persoon in herhaling zou kunnen vervallen. Deze factoren dienen vooral als waarschuwingssignaal voor acuut delictgevaar. Stabiele dynamische factoren betreffen persoonlijkheidskenmerken of ingeslepen gedragspatronen, dragen weliswaar veranderingsmogelijkheden in zich, maar hebben doorgaans een lange levensduur (bijvoorbeeld een afwijkende seksuele voorkeur of alcohol- en drugsgebruik) (Oei & Groenhuizen, 2000, p. 289)

- Evidence Based Practice. Uitgangspunt is dat het zorgprogramma zoveel mogelijk moet zijn gebaseerd op interventiemethoden waarvan de effectiviteit in de langdurige forensisch psychiatrische zorg empirisch (op waarneming gebaseerd) is aangetoond.
- Evidence-Based werken. Het zorgprogramma moet zoveel mogelijk zijn gebaseerd op interventiemethoden waarvan de effectiviteit in de forensisch psychiatrische zorg empirisch (op waarneming gebaseerd) is aangetoond. (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), 2008)
- Forensische GGZ. Zie Forensische psychiatrie.
- Forensische psychiatrie. Onderdeel van de psychiatrie, waarbinnen cliënten met een justitiële achtergrond vallen. Vaak wordt er ook gesproken van Forensische GGZ.
- GGZ. Geestelijke gezondheidszorg. Binnen de GGZ wordt er hulpverlening geboden aan psychiatrische en psychische problematiek. (GGZ Nederland, 2012)
- Hulpverlening. Professionele hulp voor mensen met problemen of ongemakken. In ons onderzoek hebben we het grotendeels over psychische hulpverlening.
- Intoxicatie. Een ziekte-toestand, veroorzaakt door een exogene stof in een concentratie bij de receptor, die hoger is dan bedoeld. Hierdoor kan de functie van organen negatief beïnvloed worden. (Meulenbelt, de Vries, & Joore, 1996)
- Neuropsychologische capaciteiten. perifere waarneming, reactietijd, ruimtelijk inzicht, etc. (Hanzehogeschool Groningen)
- Ontgiftiging. Zie Detoxificatie.
- Prevalentie. Totaal aantal mensen met een ziekte, handicap of aandoening dat op een gegeven tijdstip in de bevolking aanwezig is. (Thesaurus zorg en welzijn, 2012)
- Psychiatrische as-1 stoornis: As 1 stoornissen zijn ontwikkelingsstoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, en somatoforme stoornissen. (Vingerhoets, Kop, & Soons, 2002)
- Psychoactieve middelen: Middelen waarvan een psychische afhankelijkheid zich uit in een sterk verlangen naar dit middel. (Vandereycken & Deth, 2011) (Alcohol, drugs, medicamenten en andere genotsmiddelen vallen hieronder.)
- Psychopathologie. De term wordt veelal gebruikt als een verzamelbegrip voor alle psychopathologische verschijnselen en verwijst dan naar het geheel van psychiatrische stoornissen en psychopathologische processen. (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008)
- Recidive. In de strafrechtelijke context betekent dit: 'herhaling van een strafbaar feit.' (Schuyt, 2009)
- Recidive. Terugval in 'oud' gedrag. Hier kan het bijvoorbeeld gaan om terug van in gebruik van drugs of delictgedrag.
- Sociale competentie. Dit gaat om vaardigheden die verbonden zijn met attituden. Attituden: zelfvertrouwen; betrokkenheid; inzet. Respectievelijk de bijbehorende vaardigheden: zelfsturing; communicatief handelen; oplossingsgericht handelen. (Walraven & Appelhof, 2003)
- Tolerantie. Het nodig hebben van steeds grotere hoeveelheden, van een bepaald middel, om hetzelfde effect te krijgen. (Emmelkamp & Vedel, 2007)

11 BIBLIOGRAFIE

- American Psychiatric Association. (2012, mei 2). *DSM-5 Development*. Retrieved mei 7, 2012, from DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis: <http://www.dsm5.org/>
- Baarda, D., Goede, M. d., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Behandelcoördinator. (2012, juli 30). Verslaving in de Forensische Psychiatrie. (J. Nieboer, & L. Zwart, Interviewers)
- Bernstein, D. P., Arntz, A., & Vos, M. E. (2007). Schemagerichte therapie in de forensische setting. *Psychotherapie*, 76-86.
- Blanken, P., & Hendriks, V. (2003). *Instrument voor het Vastellen van Motivatie tot Gedragsverandering, een literatuurstudie*. Parnassia Addiction Research Centre.
- Bontekoe, E., Snellen, W., & Verheul, R. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Brand, E., Lucker, T., & van den Hurk, A. (2009). Verslaving als risicofactor in de forensische psychiatrie. *tijdschrift voor psychiatrie*, 813-820.
- Bulten, B. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg*. Deventer: Kluwer.
- commissie van toezicht. (2009). Opgeroepen op juli 2012, van programma terugdringen recidive: http://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/programma_terugdringen_recidive/
- de Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2002). *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Emmelkamp, P., & Vedel, E. (2007). *Alcohol- en drugsverslaving, een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Expertgroep ROM FP. (2011). *GGZ Nederland, ROM FP, Aanbevelingen 2011*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). (2008). *Persoonlijkheidsstoornissen, Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Grafisch Centrum Vanderheym.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2010). *Basis zorgprogramma*. Utrecht.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2009). *Langdurige forensisch psychiatrische zorg*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Utrecht: Grafisch Centrum Vanderheym.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2002). *over het EFP*. Opgeroepen op juli 2012, van <http://www.efp.nl/over-het-efp>
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2008). *Persoonlijkheidsstoornissen, Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Grafisch Centrum Vanderheym.
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB). (2008). *Profiel van de vaktherapeutische beroepen*. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB).
- Fisher, M., & K.J., B. (1996). *Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder*. Quinton, USA: New Kent Counseling Associates.
- FPC Dr. S. Mesdag. (2006). *Zorgprogramma's voor forensisch psychiatrische patiënten*. Groningen.

- GGZ Nederland. (2012). *Ggz-instellingen*. Opgeroepen op juni 18, 2012, van GGZ Nederland: <http://www.ggznederland.nl/de-ggz-sector/ggz-instellingen.html>
- Google. (2012). *Google translate*. Opgeroepen op mei 29, 2012, van <http://translate.google.nl/>
- Grant, B., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Ruan, W., & Pickering, R. (2004). *Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Bethesda, USA: Arch Gen Psychiatry.
- Groen, H., & Drost, M. (2003). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Groot Batelaar. (2010). *Behandelvisie Groot batelaar*. Lunteren: Leger Des Heils.
- Groot Batelaar. (2010). *Behandelvisie Groot Batelaar*. Lunteren: Leger Des Heils.
- Groot Batelaar. (2006). *Het Groot Batelaar model*. Lunteren: Leger Des Heils.
- Hanzehogeschool Groningen. (sd). *Sports Field Lab in Beweging!* Opgeroepen op augustus 8, 2012, van Hanzehogeschool Groningen: <http://www.hanze.nl/home/Schools/Instituut+voor+Sportstudies/Over+het+instituut/Actueel/Nieuws/Berichten/Sports+Field+Lab+in+Beweging.htm>
- Hengeveld, M., & Balkom, A. v. (2010). *Leerboek Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij.
- Hengeveld, M., & van Balkom, A. (2010). *Leerboek Psychiatrie*. Enschede: De Tijdstroom uitgeverij.
- Hengeveld, M., van Balkom, A., Marle, H., & Cosyns, P. (2009). *Leerboek Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.
- Hildebrand, M., & de Ruiter, C. (2005). *behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hordijk, A. (2011, mei 19). *Dubbele diagnose*. Opgeroepen op juni 18, 2012, van extranet CHE: <https://extranet.che.nl/socstud/Onderwijs/Verdiepingsminoren/VM03/Minordocumenten/Dubbele%20diagnose,%20intranet%20versie.ppt>
- ICD-10. (sd). Opgeroepen op augustus 3, 2012, van www.icd-10.nl
- Janzing, C., & Kerstens, J. (2005). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jellinek. (2010). *Welke opvattingen zijn er over verslaving?* Opgeroepen op juni 6, 2012, van jellinek, informatie & advies: http://www.jellinek.nl/informatie_en_advies/vraag_en_antwoord/vraag/428/Welke-opvattingen-zijn-er-over-verslaving-Is-verslaving-een-ziekte-of-is-het-een-gedragsstoornis
- Kerssemakers, R. (2008). drugs en alcohol: gebruik, misbruik en verslaving. In Kerssemaker. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koeter, M., & van Maastricht, A. (2006). *Verslaving. De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. Den Haag: ZonMW.
- Krabben, A., Pieters, T., & Snelders, S. (2008). *Chemie van verslaving*. Houten: Prelum uitgevers.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn, & Trimbos. (2008, december 01). *GGZ Richtlijnen*. Opgeroepen op juni 29, 2012, van http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=921&richtlijn_id=73

- Landelijke Stuurgroep Multisiciplinaire Richtlijn, & Trimbos. (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Trimbos-instituut.
- Marle, H., & Cosyns, P. (2009). *Leerboek Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.
- Meulenbelt, J., de Vries, I., & Joore, J. (1996). *behandeling van acute vergiftigingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mönnink, H. d. (2005). *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker. Handboek multimethodisch maatschappelijk werk*. . Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg.
- Novum. (2006, juni 6). Aantal tbs-plaatsen verder uitgebreid. *Trouw* , p. 1.
- Oei, K. (2011). *De forensische psychiatrie geanalyseerd*. Apeldoorn: Maklu-uitgevers.
- Oei, T., & Groenhuijsen, M. (2006). *Capita Selecta van de forensische psychiatrie anno 2006*. Deventer: Kluwer.
- Oei, T., & Groenhuizen, M. (2000). *Forensische Psychiatrie anno 2000; actuele ontwikkelingen in breed perspectief*. Deventer: Kluwer.
- Plemper, D. E. (2003). *Evaluatie Groot batelaar*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Plemper, D. E. (2003). *Evaluatie Groot Batelaar Samenvatting*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Psychiater. (2012, juli 23). Verslaving in de Forensische Psychiatrie. (J. Nieboer, & L. Zwart, Interviewers)
- Raes, B. (2008). 25 jaar forensische psychiatrie in Nederland, een beknopt overzicht. *tijdschrift voor psychiatrie 50 jubileumnummer 1959-2008* , 71-75.
- Rijksoverheid. (2012). *Onderzoek naar ontoerekeningsvatbaarheid verdachte*. Opgeroepen op juli 16, 2012, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tbs/onderzoek-naar-ontoerekeningsvatbaarheid-verdachte>
- rijksoverheid. (2010). *Wetsvoorstel forensische zorg ingediend bij de Tweede Kamer*. Opgeroepen op 2012, van rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/persberichten/2010/06/08/wetsvoorstel-forensische-zorg-ingediend-bij-de-tweede-kamer.html>
- Roggeveen, L., & Hessels, M. (2011). *ICD-10*. Opgeroepen op juni 25, 2012, van www.ICD-10.nl
- Rovers, B. (2007). What works; kanttekeningen bij een populair programma. *tijdschrift voor veiligheid* , 7-22.
- Rutten, R. (2009). *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier.
- Schuyt, P. (2009). *Verantwoorde straftoemeting*. Deventer: Kluwer.
- Stel, J. v. (2012). *De verslavingszorg voorbij*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tervoort, M. (2010). *Forensische Psychiatrie: tussen dwang en vrijblijvendheid*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- thesaurus zorg en welzijn. (2012). Opgeroepen op juli 7, 2012, van <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/delinquentie.htm>
- Thesaurus zorg en welzijn. (2012). Opgeroepen op augustus 7, 2012, van <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/prevalentie.htm>
- Thuis, M., & Kooten, M. V.-v. (2011). *Wetgeving Zorg en Welzijn*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

- Trimbos. (2012). *GGZ richtlijnen - Classificatie en diagnostische categorie*. Opgeroepen op mei 7, 2012, van Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling en Trimbos-instituut: http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=921&richtlijn_id=73
- Trimbosinstituut. (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Tweede Kamer. (2006). *Parlementair onderzoek TBS*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Vandereycken, W., & Deth, R. v. (2011). *Psychiatrie: van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C., & Emmelkamp, P. (2008). *Handboek Psychopathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verheul, R., & Van den Brink, W. (1999). *Handboek psychiatrische epidemiologie* (Vol. Persoonlijkheidsstoornissen). Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- Verslavingszorg De Grens. (2011). *Behandelvisie Verslavingszorg afdeling 'De Grens', Groot Batelaar*. Lunteren: Leger Des Heils.
- Verslavingszorg Parnassia, & Trimbos-instituut. (2008). *Richtlijn dubbele diagnose, versie 1.0*. Den Haag: Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg.
- Vingerhoets, A., Kop, P., & Soons, P. (2002). *Psychologie in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Walraven, M., & Appelhof, P. (2003, september 18). *Begrippenkader voor sociale competentie*. Opgeroepen op augustus 8, 2012, van <http://www.onderwijsachterstanden.nl/ok.php/socialecompetentie/oksoc004.html>
- Wamel, A. v., Jansen, H., & Kuipers, E. (2009, nummer 3). Verslaving en persoonlijkheidsstoornissen. *MGv, Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, pp. 167-176.
- Wikipedia. (sd). Opgeroepen op juli 30, 2012, van <http://nl.wikipedia.org/wiki/Differentiatie>
- Willemse, J. (2006). *Anders kijken; een breder zicht op menselijk gedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

12 BIJLAGEN

12.1 BIJLAGE A: BEHANDELVISIE GROOT BATELAAR

(Groot Batelaar, 2010)



Behandelvisie Groot Batelaar

Forensische GGZ



Inhoudsopgave

Voorwoord

Inleiding

De behandeling

Doelgroep en setting

Behandelkader

Behandelaanbod

Behandelpraktijk en logistiek

Randvoorwaarden en ambities

Voorwoord

Met de tot standkoming van de nieuwe behandelvisie van Forensische GGZ Groot Batelaar laten wij een periode van overgang achter ons. Deze periode is te omschrijven als een fase waarin we ons van een aanbodgerichte zorgverlener hebben ontwikkeld naar een kliniek waarin 'behandeling op maat' plaatsvindt. Deze ontwikkeling is niet 'zo maar' tot stand gekomen, en werd mede gestuurd naar aanleiding van de vraag vanuit het forensische veld én het verslavingsveld om complexe multiple problematiek te behandelen, al dan niet binnen een juridisch kader. Groot Batelaar is deze uitdaging aangegaan. Door in onze open kliniek een brede en complexe doelgroep te willen bedienen, bleek herziening van de behandelvisie noodzakelijk.

De omslag die gemaakt is laat zich in het kort samenvatten in het volgende:

1. Behandeling van de delictproblematiek vormt de basis en het uitgangspunt
2. Behandeling van verslaving in combinatie met de overige problematiek heeft nadrukkelijk aandacht
3. De behandeling heeft duidelijke en realistische doelen en verloopt via een transparant proces met een begin en een eind

De positie van Forensische GGZ Groot Batelaar is bijzonder en uniek. Groot Batelaar is een GGZ instelling die zorg verleent gericht op de geestelijke gezondheid van haar cliënten. Groot Batelaar is tevens een Forensische instelling van waaruit de zorg zich richt op de behandeling van risico's in samenhang met delictgedrag. Tot slot is Groot Batelaar onderdeel van het Leger des Heils en van daaruit gericht op het welzijn van haar cliënten in brede zin.

Het krachtenveld vanuit deze unieke positionering laat zich niet gemakkelijk samenvatten. In de praktijk betekent dit in ieder geval dat van Groot Batelaar veerkracht en flexibiliteit wordt verwacht en waar nodig aanpassing en de motivatie zich te willen blijven ontwikkelen.

Groot Batelaar wil nadrukkelijk een professionele organisatie zijn waarin een gedegen behandeling wordt geboden aan kwetsbare mensen met ernstige problematiek. Tevens wil Groot Batelaar realistisch en waar nodig pragmatisch zijn als het gaat om het helpen van mensen bij het (opnieuw) kunnen meedoen in de samenleving zonder anderen of zichzelf schade toe te brengen.

Ons behandelbeleid, onze visie op behandeling en ons aanbod zullen zich door wie we zijn en wat onze ambitie is moeten blijven ontwikkelen.

Inleiding

De uitgangspunten van onze behandelvisie worden gevormd door het doel van onze behandeling. Het doel van de behandeling is een verantwoorde terugkeer in de maatschappij door het verminderen van risico op (nieuwe) delicten en de achterliggende oorzaken die ten grondslag liggen aan het probleemgedrag weg te nemen of beheersbaar te maken.

Om dit te realiseren stellen wij de cliënt centraal en wordt een individueel behandeltraject 'op maat' uitgestippeld. Hierbij hebben wij aandacht voor de volgende zaken:

- Huisvesting
- Woonvaardigheden
- Lichamelijke gesteldheid
- Psychische gesteldheid
- Verslaving
- Sociale vaardigheden
- Relatie met justitie
- Financiën
- Dagbesteding
- Zingeving

De behandeling krijgt nadrukkelijk invulling doordat wij denken in trajecten voor onze cliënten. Wij bieden een zo volledig mogelijk traject waarin wij de cliënt een aanbod kunnen doen van ambulant tot klinisch en waarin de ene vorm in de ander over kan lopen of aanvullend kan zijn. Wij hebben daadwerkelijk de mogelijkheden om in onze eigen keten door te stromen al naar gelang de noodzaak en behoefte van intensiteit van zorg.

Daarnaast richten wij ons op uitbreiding van de samenwerking met instellingen buiten onze eigen keten. Enerzijds om ons aanbod te verbreden en uit te breiden, anderzijds om te leren van anderen en ons verder te professionaliseren.

De behandeling

Doelgroep en setting

Groot Batelaar is een open forensische kliniek voor (jong)volwassenen met persoonlijkheids-, verslavings, en/of ontwikkelingsproblematiek en/of milde psychiatrische problematiek die met justitie in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen. De behandeling vindt plaats binnen diverse juridische kaders of op vrijwillige basis. Een open kliniek betekent geen hekken of beveiligingscamera's en geen beveiligingsmensen in dienst. Deze setting vereist een stevig en betrouwbaar behandelklimaat.

Onze kliniek bestaat uit drie woonunits voor elk 14 -16 cliënten en een besloten unit voor 5 cliënten en 3 detox-plaatsen.

Daarnaast beschikken we over een Woon Werk training welke ruimte biedt aan 22 cliënten. Tevens zijn hier een aantal RIBW plaatsen met 24 uren begeleiding beschikbaar en wordt woonbegeleiding verzorgd.

Onze kliniek werkt nauw samen met Ontwenningsskliniek De Wending. Een gezamenlijke frontoffice en poli is ontwikkeling (operationeel medio 2010) van waaruit wij ons behandelaanbod gericht op (jong)volwassenen voor de regio Gelderland organiseren.

Behandelkader

De behandeling in Groot Batelaar wordt vorm gegeven vanuit een multimethodisch behandelkader. De onderdelen waaruit de behandeling is opgebouwd sluiten zoveel mogelijk aan bij wat bekend is over welke interventies resultaat op leveren ('what works') en die bekend staan als 'best practice'. Op basis hiervan zal veelal een gedragsmatige insteek in de behandeling worden gekozen.

Een belangrijk deel van de behandeling wordt vormgegeven in het dagelijkse leefmilieu. De basishouding van dit milieu kent de volgende uitgangspunten:

- positieve en respectvolle bejegening
- aansluiten bij de mogelijkheden en behoeften van de cliënt
- duidelijkheid en betrouwbaarheid
- gerichtheid op de toekomst in de maatschappij

Al het personeel in onze kliniek is geschoold in motiverende gespreksvoering ten behoeve van het vormgeven van een stevig behandelklimaat waarin veiligheid en ontwikkelmogelijkheden voor onze cliënten worden gecreëerd.

Behandelaanbod

De interventies die wij in onze kliniek aanbieden worden gegeven vanuit verschillende psychotherapeutische kaders. Wij hebben een basis behandelaanbod bestaande uit onderdelen die

voor vrijwel alle cliënten van toepassing zijn. Dit aanbod is gebaseerd op de fasering van onze behandeling. Dit basisaanbod bestaat uit:

- Diagnostiek, (test)psychologisch en psychiatrisch
- Delictanalyse en Verslavingsanalyse
- START training (motiverende pre therapie / training)
- Agressiehanteringstraining in de groep (Held zonder Geweld)
- Middelengroep (Leefstijltraining 4)
- Sociale Vaardigheden Training
- Re-integratie in scholing en arbeid
- Arbeidstraining (minimaal 12 uur per week)
- Schuldhulpsanering
- Vrije tijd & sport
- Re-integratie in sociale omgeving en systeem

Aan de hand van de psychopathologie en mogelijkheden van de individuele cliënt worden op basis van multidisciplinair overleg aanvullend specifieke behandelinterventies uitgevoerd. Deze worden vastgelegd in het individuele behandelplan. Dit individuele behandelplan is leidend voor de gehele behandeling.

Interventies die kunnen worden opgenomen in het behandelplan zijn o.m.: psychofarmacologische interventies, systeemtherapeutische interventies, individuele psychotherapie, vaktherapie, detoxificatie en medicamenteuze ondersteuning in de verslavingsbehandeling.

Behandelpraktijk en logistiek

De behandeling in Groot Batelaar kent globaal 3 fasen.

Deze zijn: 1) introductie en diagnostiek, 2) behandeling en 3) resocialisatie.

Het individuele behandelingsplan is binnen deze fasen voor iedere cliënt leidend. Er is, door de diversiteit in problematiek, motivatie en de aan- of afwezigheid van een juridisch kader niet altijd sprake van een continue ontwikkeling. In ieder geval is het uitgangspunt in onze behandeling om in een zo vroeg mogelijk stadium het uitstroomdoel en einddoelen van de behandeling te formuleren waardoor een duidelijke lijn en richting in de behandeling is aan te brengen. Arbeid en een zinvolle daginvulling vervullen daarbij gedurende de gehele behandeling een belangrijk element.

- Introductie en diagnostiek (10 weken)

Het doel van de introductie en diagnostiekfase is het kennismaken met de (open!) behandelkliniek en het komen tot motivatie voor behandeling en/of het versterken van de motivatie voor behandeling. In deze fase wordt geïnventariseerd welke factoren hebben bijgedragen aan het delictgedrag en worden de behandeldoelen geformuleerd.

Concreet krijgt de cliënt in deze fase de volgende behandelonderdelen aangeboden: aanvullende diagnostiek, delictanalyse, verslavingsanalyse, START training. Veel aandacht is er om naast de indrukken van het behandelteam de cliënt te stimuleren tot het komen van een eigen hulpvraag en het formuleren van voor hem/haar zelf waardevolle doelen. Aan het einde van deze fase wordt een behandelplan opgesteld waarover overeenstemming met de cliënt is verkregen.

- Behandelen (26 weken)

In de behandel fase wordt door een multidisciplinair samengesteld behandelteam uitvoering gegeven aan het individuele behandelplan van de cliënt. Het behandelplan is voor elke cliënt een uniek document. De aanpak van risicofactoren en risicomanagement ter voorkoming van het opnieuw in de problemen komen staat centraal. In deze fase doorloopt de cliënt onder meer de groepsbehandelingen gericht op agressie en verslaving.

- Resocialiseren (16 weken)

In de resocialisatiefase krijgt de cliënt de kans om in onze Woon Werk Training en Woonbegeleiding de verworven vaardigheden en kennis doelgericht en in een beschermde omgeving verder te ontwikkelen. De cliënt wordt hierbij gestimuleerd en ondersteund om zich binnen zijn eigen mogelijkheden, aan de hand van zijn eigen doelen, een volwaardige plaats in de maatschappij te verwerven. Indien nodig kan voor kortere of langere tijd (ambulant of klinisch) een beroep worden gedaan op de kliniek. Vanuit de Woonbegeleiding kan zeer langdurige nazorg worden geboden indien gewenst en noodzakelijk.

Randvoorwaarden en ambitie

Onze behandelvisie is mensgericht en ons aanbod richt zich op het welzijn van de totale persoon. In onze behandelvisie staat de cliënt centraal. De problematiek van onze cliënten is echter complex, moeilijk behandelbaar en de behandelpraktijk is vaak weerbarstig. Creativiteit en vasthoudendheid in de behandeling zijn nodig om uitvoering te geven aan onze behandelvisie. Daarbij is een professionele behandelstaf nodig om deze zaken waar te kunnen maken. Blijvend investeren in de ontwikkeling van ons personeel is daarom een randvoorwaarde. Intern worden diverse medewerkers opgeleid voor onder andere Forensisch Psychiatrisch Werker, Gezondheidszorg psycholoog, Psychotherapeut en volgen diverse sociotherapeuten de post HBO opleiding verslavingszorg. Wij willen een lerende organisatie zijn die zijn professionaliteit bewaakt met aandacht voor interne procesbewaking en sensitief voor de ontwikkelingen in het veld.



Adres Groot Batelaar:
Postweg 249
6741 MK Lunteren
www.grootbatelaar.nl
0342 – 45 51 55

Voorlopige versie, mei 2010

12.2 BIJLAGE B: INTERVIEW PSYCHIATER GROOT BATELAAR

(Psychiater, 2012)

12.2.1 FRAGMENTEN EN LABELS

Hier onder volgen de fragmenten uit het interview met een psychiater bij Groot Batelaar. Deze fragmenten hebben we een nummer en een label gegeven. Het eerste nummer is het nummer van de vraag die wij stelden. Het tweede nummer duidt de volgorde aan van het fragment in het antwoord van de geïnterviewde. Enkele fragmenten hebben we alsnog geschrapt omdat deze pasten bij onze kernlabels. De kernlabels laten we zien in het volgende tabel.

Fragment nr.	Fragment tekst	Label
1.1	Het doel van de methode is dat je mensen begeleid in het abstinēt blijven van hun middel van voorkeur of aantal middelen van voorkeur.	Abstinētie
1.2	de methodiek is gebaseerd op het verkrijgen van motivatie voor zo'n abstinētie	Motivatie voor abstinētie
1.3	mensen zelf zo veel mogelijk laat inzien dat ze die middelen gebruiken omdat ze zelf iets niet kunnen verdragen..	Inzicht vergroten
1.4	een bepaald gevoel een bepaalde coping missen om iets aan te kunnen	Coping missen
1.5	onderdeel is van hun stoornis of antisociale karakter	Comorbiditeit
1.6	Dus eigenlijk is mijn rol en onze gezamenlijke rol om mensen alternatieve coping strategieën te leren.	Alternatieve coping strategieën
2.1	Ja ik denk dat we hier in de groepen, we zijn hier groepsbehandeling, dat zou je wel een sociaaltherapeutisch milieu kunnen noemen	Sociaaltherapeutisch milieu
2.2	je wordt hier niet individueel maar in een groep behandeld	Groepsbehandeling
2.3	Diegene zelf maakt een terugvalanalyse over hoe hij dat kan voorkomen	Terugvalanalyse
2.4	Dus iedereen is open over zijn verslaving. Dat is wel milieu behandeling.	Openheid
3.1	multimethodisch behandelkader? Dat zou heel goed kunnen maar ik heb geen idee wat dat inhoudt	Multimethodisch behandelkader onbekend
3.2	Er wordt een cognitieve gedragstherapie gedaan	Cognitieve gedragstherapie
3.3	wat ik merk is dat die (Minnesota) wel wordt aangesloten bij de leidende mening van de verslavingshulp (in Nederland)	Landelijke visie verslavingshulp
3.4	er wordt een beetje het Minnesota model gebruikt... dit model is 12 stappen.	Minnesota model
3.5	het Minnesota model gebaseerd is op vrijwilligheid en dat is hier nogal beperkt.	Beperking Minnesota model
4.1	ik behandel volgens de inzichten die ik heb opgedaan in de verslavingspsychiatrie, dat kan ik hier ook toepassen.	Persoonlijke inzichten
4.2	dit is je kans en daarna help ik je niet meer. Dat heeft een verslaving soms nodig.	Een extra laatste kans
4.3	het grootste doel wat we hier hebben is mensen leren dat er alternatieven zijn voor omgaan met levensproblemen.	Alternatieve coping levensproblemen
4.4	omgaan met levensproblemen. Dat hebben ze verder nooit geleerd door alcohol of dat is de oorzaak van hun verslaving.	Verslaving door Levensproblemen

4.5	leren met verveling om te gaan want vroeger gingen ze direct blowen	Verveling
5.1	Dat gaat altijd samen met anderen psychiatrische problemen, echt 80-90% met andere psychiatrische problemen	Comorbiditeit
5.2	je hebt nooit dat je 1 moet behandelen maar tegelijk, integraal heet dat dan.	Integraal behandelen
6.1	op de verslavingsafdeling moet je heel intensief behandelen, heel erg motiveren, hele kleine doelen stellen.	Motiveren en kleine doelen
6.2	Op een andere afdeling zou je kunnen verwachten dat verslaving meer op de achtergrond staat	Verslaving op achtergrond
6.3	altijd de neiging terug te vallen op middelen als ze problemen hebben,	terugval
7.1	bedoeld voor hulpverlener en cliënt om niet alles in een keer te willen doen.	In fases dingen aanpakken
7.2	Als je verslaafd ben dan is dat een levenslang probleem,	Levenslang probleem
8.1	hier mensen komen die nergens anders terecht kunnen of uit detentie komen	Geen andere behandel plek
8.2	ben verslaafd maar ik ga het morgen zelf wel oplossen ik doe er zelf wel wat aan.	Denken het zelf te kunnen
8.3	Maar dan zeggen wij als verslavingsdeskundigen van laat hem maar vallen... Dan heeft iemand de bodem bereikt en dan gaat hij wel hulp zoeken.	Houding verslavingsdeskundigen
8.4	mensen die impulsief zijn	Impulsiviteit
8.5	snel naar een ander wijzen	Ander de schuld geven
8.6	weinig naar zichzelf kijken wat ze anders kunnen doen.	Weinig zelfinzicht
8.7	Het gebeurt niet vaak genoeg, maar zou goed zijn dat je een ex-junk vraagt te verstellen dat hij/zij verslaafd was.	Meer ervaringsdeskundigheid nodig
8.8	In de verslavingszorg wordt dit wel veel gedaan	Verschil verslavingszorg
9.1	Dat (verslavingshulp) is nog wel iets wat je meer moet toevoegen vind ik	Verslavingshulp meer integreren
9.2	het stigma van verslaving is ook aan het veranderen. Van een lui karakter naar een ziekte bijvoorbeeld.	Verslaving is een ziekte
9.3	wel ervaringsdeskundigheid toevoegen	Meer ervaringsdeskundigheid nodig
10.1	Wij denken vooral aan die kant van het aanleren van gezonde vaardigheden om problemen aan te kunnen	Aanleren gezonde coping strategieën
10.2	'ik wil eigenlijk een pilletje', maar dat is eigenlijk hetzelfde als gebruiken	Medicatie als verslaving
10.3	als medicatie bijdraagt aan het gezonde leven dan is het nodig, maar dan moet er wel echt een zieke stoornis zijn.	Medicatie ondersteuning bij stoornis
10.4	ADHD ook, dat is een bekende risico factor om verslaafd te zijn	verslavingsgevoelig door ADHD
10.5	Dat gaat dan via cognitieve gedragstherapie... Dan maak je het allemaal behapbaar.	Cognitieve gedragstherapie
11.1	later ergens in de goot liggen terug denken aan de drugsvrije tijd bij Groot Batelaar	Belang abstinentie
11.2	Verder zie ik wel dat AT (arbeidstherapie) echt lijkt te werken.	Arbeidstherapie
11.3	Om het evidence based te noemen is erg lastig, dat is niet te vergelijken met een andere instelling, hierin zijn we uniek	Niet echt 'evidence based'.

11.4	Ik zie wel dat cliënten echt trots zijn op wat ze gemaakt hebben. Dat draagt zeker bij aan het zelfbeeld. Dat is erg belangrijk voor deze cliënten.	Vergroten van het zelfbeeld
11.5	Hier komt ook in terug dat mensen vaak terugvallen in gebruik. Klopt en dat is ook niet erg.	Terugval hoort erbij
11.6	een goede verhouding met klanten, dat is ieder geval een vereiste voor een geslaagde behandeling	Hulpverlener-cliënt relatie
11.7	dan gaan ze terug naar wat ze altijd al deden. Dat heeft het niet geholpen.	Systeem veranderen
11.8	Alle mooie ideeën van de verslavingszorg kan je hier prima toepassen maar dat wordt helemaal niet gedaan.	Kennis verslavingszorg weinig toegepast
13.1	cirkels van Van Dijk... Ik ken dat niet, is dat net zoiets als de motivatie cirkel?	Cirkels van 'Van Dijk' onbekend

De volgende tabel geeft alle kernlabels en labels weer met het daarbij behorende fragment nummer. Deze kernlabels geven de kern van ons interview weer. Tegelijk is ook te zien dat dit interview aansluit bij deelvraag 4 van ons onderzoek. Dit kan je zien doordat de kernlabels overeenkomen met subparagrafen van deelvraag 4.

Kernlabel	Label	Fragment nr.
Doelgroep Groot Batelaar	Comorbiditeit	5.1
	Verslaving op achtergrond	6.2
	Geen andere behandel plek	8.1
	Impulsiviteit	8.4
	Ander de schuld geven	8.5
	Weinig zelfinzicht	8.6
	Behandelkader	Sociaaltherapeutisch milieu
Openheid		2.4
Multimethodisch behandelkader onbekend		3.1
Beperking Minnesota model		3.5
Persoonlijke inzichten		4.1
Niet echt 'evidence based'		11.3
Cirkels van 'Van Dijk' onbekend		13.1
Visie op verslaving	Coping missen	1.4
	Comorbiditeit	1.5 + 5,1
	Verslaving door Levensproblemen	4.4
	Integraal behandelen	5.2
	Motiveren en kleine doelen	6.1
	Terugval (hoort erbij)	6.3 + 11.5
	In fases dingen aanpakken	7.1
	Levenslang probleem	7.2
	Denken het zelf te kunnen	8.2
	Meer ervaringsdeskundigheid nodig	8.7 + 9.3
	Verslavingshulp meer integreren	9.1
	Verslaving is een ziekte	9.2
	Medicatie als verslaving	10.2
	verslavingsgevoelig door ADHD	10.4

	Systeem veranderen	11.7
Behandelaanbod voor Verslavingshulp		
	Alternatieve coping strategieën	1.6
	Groepsbehandeling	2.2
	Terugvalanalyse	2.3
	Cognitieve gedragstherapie	3.2 + 10.5
	Minnesota model	3.4
	Een extra laatste kans	4.2
	Verveling	4.5
	Medicatie ondersteuning bij stoornis	10.3
	Arbeidstherapie	11.2
	Hulpverlener-cliënt relatie	11.6
Doel behandeling		
	Abstinentie	1.1 + 11.5
	Motivatie voor abstinentie	1.2
	Inzicht vergroten	1.3
	Alternatieve coping levensproblemen	4.3
	Aanleren gezonde coping strategieën	10.1
	Vergroten van het zelfbeeld	11.4

12.2.2 INTERVIEW UITGESCHREVEN EN GESTREEPT

Voor ons onderzoek over hulp bij middelenproblematiek in de forensische ggz willen we graag dit interview doen. We hebben recente onderzoeken bestudeerd over deze comorbiditeit. Nu we deze literatuur bestudeerd hebben is het voor ons tijd om dit te vergelijken met de visie van Groot Batelaar. We hopen, door onder andere dit interview, meer inzicht te krijgen in de visie van Groot Batelaar, zodat we eventuele aanbevelingen kunnen doen.

- ~~1. Mogen we dit gesprek opnemen zodat we het verbatim kunnen uitwerken?~~
- ~~2. Wat is uw naam?~~
- ~~3. Wat is uw functie bij Groot Batelaar?~~
- ~~4. Hoe lang bent u werkzaam bij Groot Batelaar?~~
- ~~5. Mogen de vorige drie vragen in het onderzoek worden meegenomen?~~

Mogen we jou naam en functie toevoegen aan het verslag, of zullen we dit anoniem doen?

Ja dit gesprek mag opgenomen worden en mijn naam is Hans Pijp ik ben psychiater hier bij Groot Batelaar, Leger Des Heils. Ik werk hier nu twee jaar eigenlijk bij Groot Batelaar maar ik heb een soort intrim functie, ik vervang hier een collega.

~~We hadden het net al even over verslaving. Dit interview gaat vooral over de visie van Groot Batelaar.~~

- ~~1. Wat is de leidende methodiek van Groot Batelaar?~~

Ja met abstinentie. Het doel van de methode is dat je mensen begeleid in het abstinēt blijven van hun middel van voorkeur of aantal middelen van voorkeur. ~~En uum... dat kan op allerlei manieren, maar een deel van de methodiek is gebaseerd op het verkrijgen van motivatie voor zo'n abstinētie.~~ De meeste mensen komen uit een gedwongen setting, forensische setting en daar kun ja al niet gebruiken althans, niet regulier. En het idee is dat je hier nog een bijdrage kunt leveren aan het verkrijgen van eigen en interne motivatie om niet te gebruiken om blijvend vrij te blijven van het gebruiken van drugs. ~~Uhm, dus naast die stok achter de deur, eerst moeten stoppen. Ja. Dan de eigen motivatie. Ja. Is daar een methodiek voor waar we hier alles onder koppelen.~~

~~Wat ik zelf als mijn rol van psychiater zie. Is dat ik. Uhm... mensen zelf zo veel mogelijk laat inzien dat ze die middelen gebruiken omdat ze zelf iets niet kunnen verdragen.. een bepaald gevoel een bepaalde coping missen om iets aan te kunnen zeg maar.. en dat dat misschien onderdeel is van hun stoornis of antisociale karakter, of hoe je het dan ook noemt. Maar dat iedereen dat een beetje aan kan leren, dat je dat eerst kan leren als je dat middel niet tot je beschikking hebt, dat je nieuwe~~

strategieën leert. Dus eigenlijk is mijn rol en onze gezamenlijke rol om mensen alternatieve coping strategieën te leren. Bijvoorbeeld hoe ga je bijvoorbeeld om met een blauwe envelop op je deurmat, pak je dan een fles omdat je dan d' mat., d' deur, uuh de brief niet open wil maken, of zoek je dan een vriendin om te kijken of je misschien wel geld tegoed krijgt van de belastingdienst.

2. ~~Ja, uhm.. We vonden een behandelvisie en ergens in een oude doos een folder van 'Het Groot Batelaar' model, uit 2006. Hier staat bijvoorbeeld in dat we werken met een sociaal-therapeutisch milieu. Heb je enig idee of dat nog relevant is?~~

Ja ik denk dat we hier in de groepen, we zijn hier groepsbehandeling, dat zou je wel een sociaaltherapeutisch milieu kunnen noemen. Dus je wordt hier niet individueel maar in een groep behandeld, je hoort van elkaar hoe de ander iets oppakt en daar kan jij ook wat van opsteken. Je kan de fouten voorkomen die een een gg. Maakt. Hier hebben afgelopen weekend bijvoorbeeld twee mensen gebruikt en daar is voor iedereen de consequenties duidelijk en dat wordt in de groep een plan opgesteld om dat te voorkomen. Diegene zelf maakt een terugvalanalyse over hoe hij dat kan voorkomen, maar de gg gaan daar in mee, die maken ook een soort plannetje. Dat gaat niet zo netjes zoals ik dat nu zeg maar die doen we mee met die terugvalanalyse. Dus iedereen is open over zijn verslaving. Dat is wel milieu behandeling.

3. ~~Je noemt net dat het belangrijk is dat mensen open zijn. Ja. En je noemde iets over copingstrategieën. Valt het ook onder, wat de behandelvisie noemt het multimethodisch behandelkader?~~

Dat zou heel goed kunnen maar ik heb geen idee wat dat inhoudt, dat zegt me niet zo veel. **Ja, ons dus ook al niet.** Er wordt een cognitieve gedragstherapie gedaan, dus hoe ga je met angsten om anders dan bijvoorbeeld met drugs. Maar ook hoe ga je met geld om als je het niet hebt. Dus het kan vanalles zijn. **Voor ons zeggen die termen niet zo veel, voor jou blijkbaar ook niet. Is dat niet wel heel belangrijk?** Tja, visie is een beetje een management term heh, maar wat ik merk is dat die wel wordt aangesloten bij de leidende mening van de verslavingshulp, er wordt een beetje het Minnesota model gebruikt. Dat is de leidende verslavingstherapie tegenwoordig. Eerst erkennen dat je verslaafd ben, dat is al erg moeilijk bij deze mensen, daarna het openbaar maken, dat is ook wat ik al net zei, iedereen weet ervan dat je weer gebruikt hebt. Dus al de valkuilen die in het verleden werden gebruikt worden hier vermeden, dus dat kan je visie noemen, maar dat is de geldende mening binnen verslavingszorg in Nederland. **Wij komen het Minnesota model in Groot Batelaar nergens nee tegen.** Nee, dat komt omdat het Minnesota model gebaseerd is op vrijwilligheid en dat is hier nogal beperkt.

4. ~~Wat dan wel interessant is we.. dat de psychiater opgeleid is te weten hoe hij daar mee om moet gaan, maar we hebben ook met de instellingsvisie te maken die daar bij aan moet sluiten. Merk je daar dingen van terug? Uhm wordt er wel eens gevraagd hoe dat zit met de visie? Nee. Want dan komt het een beetje over dat iedereen doet wat hij denkt dat goed is?~~

Nee zo zie ik dat niet, ik kan alleen op mijzelf teruggrijpen, ik behandel volgens de inzichten die ik heb opgedaan in de verslavingspsychiatrie, dat kan ik hier ook toepassen. Een deel van de visie die Groot Batelaar zelf zegt te kunnen hebben is dat hier mensen een zoveelste kans krijgen en dat gebeurt niet veel in de rest van de psychiatrie. Een deel van de behandeling is zo ingericht zo van, je heb een paar kansen en die moet je niet verspelen. Maar mensen bij het Leger Des Heils kunnen vaak een laatste kans ook nog wel eens verspelen en kunnen dan terug komen, daar loop ik wel eens tegen aan dat dat dan zo is. Dat zou je visie kunnen noemen wat dat is wel landelijk bekend dat dat zo is. Terwijl ik denk dat je bij de drang die je heb iemand met zijn verslavingsprobleem te helpen ook moet denken van dit is je kans en daarna help ik je niet meer. Dat heeft een verslaving soms nodig. **Je zei iets over de visie op verslavingshulp algemeen in Nederland. Ik kan mij voorstellen dat sociotherapeuten zoals wij niet op de hoogte zijn van heersende gedachten in Nederland zegmaar.. is dat ook een rol voor jou als psychiater om dat aan medewerkers door te geven.**

~~Ja vind ik wel, dat vertel ik ook vaak. Dan herhaal ik ook steeds, dat het grootste doel wat we hier hebben is mensen leren dat er alternatieven zijn voor omgaan met levensproblemen. Dat hebben ze verder nooit geleerd door alcohol of dat is de oorzaak van hun verslaving. Dat vertel ik wel vaak, laat ze maar verveling kunnen voelen in het weekend, dan kunnen we wel een programma aanbieden, maar laat ze het maar voelen. Dan kunnen ze leren er mee om te gaan want vroeger gingen ze direct blowen, nu is het gewoon van nou zoek maar eens anders. Dat herken ik ook wel dat je dat doet bij de grens, maar ik vond dat voor dit interview ook belangrijk van je te horen.~~

5. ~~Je noemt net al iets over oorzaken van een verslaving, kan je daar iets meer over zeggen?~~

~~Dat gaat altijd samen met anderen psychiatrische problemen, echt 80-90% met andere psychiatrische problemen, dat kan in de persoonlijkheidssfeer liggen, mensen hebben dan bepaalde vaardigheden nooit aangeleerd, maar het kan ook met psychoses te maken hebben of met depressie of met adhd. Het komt ieder geval veel samen. Dat is de stand van zaken, je hebt nooit dat je 1 moet behandelen maar tegelijk, integraal heet dat dan. Dat herkennen wij ook uit de literatuur die we lezen. Dat dit altijd tegelijk moet. Ja dat ken je van de Riagg die eerst zei je moet eerst de verslaving achter de rug hebben. Diegene kwam natuurlijk nooit verder want dan zeiden ze bij de verslaving weer je moet eerst je andere problemen oplossen. Die mensen werden van het kastje naar de muur..~~

6. ~~Hoe zie jij dat eigenlijk met het verschil tussen de speciale verslavingsafdeling en de rest van de kliniek, omdat je ook zegt dat het daar dus ook volop voor komt?~~

~~Ja daar gaat het dus ook wel door. Alleen op de verslavingsafdeling moet je heel intensief behandelen, heel erg motiveren, hele kleine doelen stellen. Op een andere afdeling zou je kunnen verwachten dat verslaving meer op de achtergrond staat, mensen blijven hun hele leven verslaafd, ieder geval hebben ze altijd de neiging terug te vallen op middelen als ze problemen hebben, maar ze hebben al de ervaring met het leven zonder een middel, dus je kunt ook verwachten dat ze levensdingen al wat aan kunnen zonder middel. Je zegt je kan het verwachten, gebeurt dat dan ook? Ik heb weinig zicht op andere afdelingen ik werk met name op de verslavingsafdeling, daar zou je mijn collega verder op kunnen bevragen.~~

7. ~~Groot Batelaar zegt in hun behandelbeleid dat de interventies in de behandeling resultaat leveren ('what works'). Er wordt verder niet genoemd welke interventies dat zijn, heb jij daar zicht op?~~

~~We werken eigenlijk met abstinentie en tegenwoordig is het Minnesotamodel leidinggevend. Eigenlijk is dat bedoeld voor hulpverlener en cliënt om niet alles in een keer te willen doen. Als je verslaafd ben dan is dat een levenslang probleem, daar kan je levenslang tegen strijden, maar begin een jaartje met erkennen dat je verslaafd ben, ofzow, zoek daar vrede mee ofzow. De volgende stap is het vertellen aan anderen. Dat was vroeger zo dat ze iedereen gingen vertellen dat ze verslaafd waren en overal hulp gingen zoeken maar dat ze uiteindelijk nog steeds helemaal verslaafd waren. Nu is het meer dit model, dat je het ene eerst doet voor het andere. Aan het eind van die stappen ga je ook nog voor anderen die verslaafd zijn wat doen. Een beetje een goed mens worden. Dat is nu heersend in de verslavingszorg.~~

8. ~~Ja, wordt dat overal gebruikt?~~

~~Ja maar we hebben hier wel een bepaalde uithoek van de verslaving omdat hier mensen komen die nergens anders terecht kunnen of uit detentie komen, dan gaan ze er hier wat aan doen. Dan zit er een beetje drang achter, een beetje druk. Maar dan wordt dat in de verslavingszorg ook wel toegepast, die mensen geven ook moeilijk toe dat ze verslaafd zijn. Dan zeggen ze ik ben verslaafd maar ik ga het morgen zelf wel oplossen ik doe er zelf wel wat aan. Maar dan zeggen wij als verslavingsdeskundigen van laat hem maar vallen. Kijk maar wat er gebeurt. Dan heeft iemand de bodem bereikt en dan gaat hij wel hulp zoeken. De motivatie van binnenuit naar boven laten komen dat is natuurlijk erg moeilijk. Jazeker daarom zitten we hier met Groot Batelaar ook met een hele moeilijke groep, mensen die impulsief zijn, de neiging hebben snel verslaafd te zijn, snel naar een~~

ander wijzen en weinig naar zichzelf kijken wat ze anders kunnen doen. Dat zijn mensen die van zichzelf zeggen dat ze iets mankeren, maar ook dat ze niet uit zichzelf komen want vaak zijn ze hier zelf gedwongen door een of andere reclasseringsmedewerker of justitie. ~~Maar dan nog kan je wel het deel uitvoeren, dat je uitlegt dat verslaving niet alleen voor junken is, dan hoor je ze vaak zeggen: ik ben geen junk! Maar het geeft niet. Het gebeurt niet vaak genoeg, maar zou goed zijn dat je een ex-junk vraagt te verstellen dat hij/zij verslaafd was. Dan gaan jongens ook zien wat het inhoudt en veel meer voorlichting, wat houdt is verslaving nou. En je hoeft geen junk te zijn om verslaafd te zijn. Dat klinkt als een mooie tip voor Groot Batelaar.~~ Ja, In de verslavingszorg wordt dit wel veel gedaan. Je kan als ervaringsdeskundige een soort graad krijgen. Dan kunnen ze zich zo als counselor ofzow kwalificeren.

9. ~~Als je zo kijkt naar hoe verslavingszorg in Nederland het doet, zijn er dan gemiste kansen voor Groot Batelaar?~~

Ja., Neel Groot Batelaar is nog in ontwikkeling wat betreft verslavingsbehandeling, dat is geen gemiste kans, dat kan altijd nog. Dat is nog wel iets wat je meer moet toevoegen vind ik. Er is zo veel turbulentie hier. Elke keer weer een nieuwe afdeling, krijgt weer nieuwe karakteristieken. Ik zou zeg maar bij jongens die terug gaan in de maatschappij wel ervaringsdeskundigheid toevoegen, dat je een man of vrouw een dagje laat meelopen, die eens verteld hoe het gaat na een verslavingsbehandeling terugkomen in de maatschappij. ~~De gedachten over de hulp aan verslaving verandert natuurlijk, ja, ook steeds, ja klopt.~~ En het stigma van verslaving is ook aan het veranderen. Van een lui karakter naar een ziekte bijvoorbeeld.

10. ~~Dat is wel een interessante. Als het beeld veranderd naar een ziekte, veranderd er dan ook iets voor jou als psychiater, als dokter?~~

Ja, verslavingspsychiatrie is ook een opkomend iets. Sommige psychiaters vinden dat nog erg eng, die hebben ook last van het stigma van dat is toch iets van luie mensen, daar valt geen eer aan te behalen. Wij denken vooral aan die kant van het aanleren van gezonde vaardigheden om problemen aan te kunnen, daar kun je als psychiater ook van alles mee. Ik heb ook heel veel gesprekken hier met jongens die zeggen: 'ik wil eigenlijk een pilletje', maar dat is eigenlijk hetzelfde als gebruiken om een saai weekend aan te kunnen. Van kan je niet een oxazepam geven voor als ik me verveel? Dat is een veelgevraagd item hier. Dan zeg ik van: 'dat ga ik niet doen, want dan ben ik jou dealer'. Uuhm, je moet nu een plan gaan maken met mij hoe je dit weekend zonder middelen door kan gaan komen. Dat hoef je niet te vragen aan een ST'er, want die heeft ook een begrensende inhoud. Ik kan gewoon ongegeneerd allerlei opties doornemen, je kan gaan gebruiken, je kan ook.. en dan komen we met alternatieven. ~~Medicatie is natuurlijk ook wel eens nodig, dat lijkt me een ingewikkeld spanningsveld.~~ Ja natuurlijk, als medicatie bijdraagt aan het gezonde leven dan is het nodig, maar dan moet er wel echt een zieke stoornis zijn. Verveling is geen zieke stoornis, verveling ken ik ook, dat vind ik heel gezond. Enne, daar moeten ze hun angst voor verveling, voor stress kwijtraken, dat vind ik dingen die je kan leren, en niet met pillen iets mee kan. Als iemand depressief wordt hier of is, dan kan ik dat wel behandelen. of ADHD ook, dat is een bekende risico factor om verslaafd te zijn, dat hoor ik dan ook te behandelen. Maar er zitten ook veel vaardigheden om dingen te bereiken. Dat gaat dan via cognitieve gedragstherapie, wat weerhoudt je om te gebruiken. Stel dat het gebeurt, wat kan je doen. Wat is er erg aan vervelen in het weekend? Wat is de kans dat je je gaat vervelen? Dan maak je het allemaal behapbaar.

11. ~~Vanuit literatuur hebben we gezien dat verslavingshulp bij forensische psychiatrie nog weinig de focus heeft, terwijl daar veel mee te maken is. Er zijn veel problemen met verslaving bij forensische psychiatrie, eigenlijk wordt hierover gezegd dat er meer 'evidence based' methoden moeten gebruikt worden. Vindt u dat Groot Batelaar de hulp aan verslaving biedt die echt werkt?~~

Dat kan ik niet beoordelen omdat ik mensen alleen zie als ze hier in behandeling zijn. Ik verwacht wel dat er heel veel wel terugvallen in de criminaliteit. Toch houdt mij wel de hoop gaande dat ik

vermoed dat ze wel een goede tijd gehad hebben, dat ze hier een tijd zonder drugs geleefd hebben. Ik krijg wel eens klachten over onduidelijkheid of niet weten waar ze aan toe zijn, maar dan hoop ik dat als ze later ergens in de goot liggen terug denken aan de drugsvrije tijd bij Groot Batelaar zullen ze bedenken, ach... die tijd was zo gek nog niet. Niet perse Groot Batelaar maar dat ze een periode zonder drugs hebben weerstaan. Verder zie ik wel dat AT (arbeidstherapie) echt lijkt te werken. Om het evidence based te noemen is erg lastig, dat is niet te vergelijken met een andere instelling, hierin zijn we uniek. Dan zou je een instelling moeten hebben die alles hetzelfde doet behalve AT, dat lukt niet. Ik zie wel dat cliënten echt trots zijn op wat ze gemaakt hebben. Dat draagt zeker bij aan het zelfbeeld. Dat is erg belangrijk voor deze cliënten. En in de tijd dat ze nu aan het werk zijn, zouden ze anders hier komen klagen van ik heb hoofdpijn en nu zijn ze gewoon aan het werk. **Hier komt ook in terug dat mensen vaak terugvallen in gebruik. Klopt en dat is ook niet erg. Maar het zicht is vaak weg, na een klinische behandeling, of woonwerk traject. Mensen weten niet meer wat er gebeurt na een traject met deze mensen. Eigenlijk een nazorg dat zou eigenlijk beter kunnen.** Het probleem is dat Groot Batelaar landelijk werkt, dus een groot gebied, maar wel gegronde kritiek. We hebben dan een goede verhouding met klanten, dat is ieder geval een vereiste voor een geslaagde behandeling, maar dan moet je zorgen dat het systeem, bij terugkeer naar huis ook goed is. Als wij nu al geen zicht hebben op waar iemand heen gaat, dan weten ze ook niet wat hier gebeurt, voor hen is het een soort van oase of gekke omgeving en dan gaan ze terug naar wat ze altijd al deden. Dat heeft het niet geholpen. Wat je zou moeten doen is dat je de relatie met de klant goed heb, waar heel veel succesvolle behandelingen gebaseerd zijn is een goede verhouding tussen hulpverlener en patiënt. En dan moet je dat die relatie met het ontvangende thuissysteem ook goed is. Die moet vaker uitgenodigd worden, niet 1 keer per jaar, maar gedurende behandeling een aantal keren, die moet ook behandeling krijgen zeg maar. Dat is ook wel ideaal want de mensen hebben eigenlijk vaak weinig vaste systemen. Alle mooie ideeën van de verslavingszorg kan je hier prima toepassen maar dat wordt helemaal niet gedaan.

12. Zijn er nog dingen die je wilt toevoegen?

Tja, leuk onderwerp! Maar als je wil weten hoe het in de verslavingszorg werkt moet je daar echt kijken of in de psychiatrie kijken, want dit is echt een mengelmoes van alles wat. **Dat maakt het juist voor ons interessant om hier naar te kijken. Het gaat ons om de verslaving binnen de psychiatrie omdat we het niet te groot moesten maken.**

13. Ik bedenk me nog iets. De cirkels van Van Dijk waar er op de Grens nu mee gewerkt wordt, hoe combineert dat met het minnesota model dat jij een aantal keer benadrukte?

Ik ken dat niet, is dat net zoiets als de motivatie cirkel? **Nee eigenlijk niet, dat gaat over de verschillende factoren die de verslaving in stand houden, psychisch, sociaal, psychiatrisch en biologisch en dat ze elkaar versterken.** Ja, ja... dat hoort wel bij de eerste stap van heb ik nou een verslaving, dus dat past er wel bij ja.

Nou, tot zover de vragen. Onze bevindingen gaan wij verwerken in ons onderzoek. Heb je belang bij de resultaten van dit onderzoek? Ja dat kan je mailen naar ...@hotmail.com
Hartelijk bedankt voor de medewerking.

12.3 BIJLAGE C: INTERVIEW BEHANDELCOÖRDINATOR GROOT BATELAAR (Behandelcoördinator, 2012)

12.3.1 FRAGMENTEN EN LABELS

Hier onder volgen de fragmenten uit het interview met een behandelcoördinator (psycholoog) van Groot Batelaar. Deze fragmenten hebben we een nummer en een label gegeven. Het eerste nummer is het nummer van de vraag die wij stelden. Het tweede nummer duidt de volgorde aan van het fragment in het antwoord van de geïnterviewde. Enkele fragmenten hebben we alsnog geschrapt omdat deze niet pasten bij onze kernlabels. De kernlabels laten we zien in het volgende tabel.

Fragment nr.	Fragment tekst	Label
1.1	De leidende methodiek is eigenlijk een vorm van toegepaste gedragstherapie.	Toegepaste gedragstherapie
1.2	Dat bestaat uit het sociotherapeutisch milieu op de afdeling... de pijlers AT, arbeidstherapie, bewegingsagogie, creatieve therapie en zo zijn er nog een aantal onderdelen.	Milieu pijlers (ST, AT, BA, CT enz.)
1.3	meervoudig pijlersysteem. De sociotherapeutisch afdeling, de activiteiten therapie mogelijk gesprekken met behandelaren, psychiater, behandelcoördinatoren	Meervoudig pijlersysteem (ST, AT, psychiater en BC)
1.4	gericht op positieve gedragsbeïnvloeding.	Positieve gedragsbeïnvloeding
2.1	Cliënten komen met meervoudige problematiek dus een multi-aanpak.	Multi-aanpak
2.2	je kan niet zeggen dat we daar een specifieke methode voor hebben.	Geen specifieke methode
3.1	kan je die evidence based noemen? eigenlijk is heel weinig bewezen.	Weinig bewezen
3.2	Karikatuur ... Als we niets doen gebeurt er ook niets. De insteek is erg minimaal,	Minimale insteek
4.1	we weten het eigenlijk helemaal niet.	Niemand weet wat echt werkt
4.2	altijd je ziet hier ook eigenlijk meer pedagogiek, dan dat het therapie is, het is in feite een heropvoeding.	Heropvoeding
4.3	Tja, de meeste mensen komen er redelijk uit, dus ja, het zal wel werken dan.	Het zal wel werken
6.1	meer onderzoeken gedaan bij verschillende instellingen, daar komen dan allemaal vrome wensen uit ... dat komt er gewoon niet van	Vrome wensen, komt er niet van
7.1	Ik weet niet of Batelaar daar zelf een specifieke visie op heeft.	Visie oorzaak middelenproblematiek onbekend
7.2	dat heel veel cliënten zijn ook verslaafd.	Veel cliënten verslaafd
7.3	Ook al herkennen en erkennen ze het zelf niet.	Cliënten herkennen verslaving niet
8.1	is dat cliënten het niet herkennen maar dat wij als medewerkers dat ook vaak niet doen. Nee, dat klopt!	Medewerkers herkennen verslaving niet
8.2	Andere medewerkers vinden wat nodig is voor de cliënt en hoe de cliënt dat ervaart. Als je dat niet kan overbruggen,	Cliënt en medewerker moeten op een lijn

	dan doe je dingen terwijl de tegenpartij zeg maar het heel anders ervaart.	staan
8.3	Want 90% van de cliënten komen hier min of meer gedwongen	90% cliënt is gedwongen op Groot Batelaar
9.1	Dit is een bepaalde categorie die er gevoelig voor is...	Gevoelig voor verslaving
9.2	...en het is natuurlijk ook genetisch of erfelijk bepaald.	Verslaving erfelijk
9.3	heeft iemand voldoende weerstand tegenover bepaalde invloeden van buitenaf	Beïnvloedbaarheid
9.4	En de cultuur speelt ook een rol, het is min of meer algemeen geaccepteerd dat je softdrugs gebruikt op een bepaalde leeftijd.	Cultuur
10.1	Het streven is natuurlijk abstinentie.	Abstinentie
10.2	Je probeert met voorbeeld gedrag de	Voorbeeld gedrag
10.3	mensen erop te attenderen dat er ook nog wat anders is dan wegzinken in gebruik.	Nieuwe copingstrategieën
10.4	gekozen dat de WWT zo gelokaliseerd is dat de zuchtigheid zwaar op de proef gesteld wordt, met drie koffieshops binnen handbereik.	Cue exposure
11.1	het huis leefbaar te houden. Kijk als je het tolereert hier, is het eind zoek.	Gebruik niet tolereren binnen Groot Batelaar
12.1	alle cliënten zijn op een of andere manier verslaafd, grootste gedeelte aan drugs.	Alle cliënten verslaafd
13.1	dat laat zich een beetje begeleiden maar niet fundamenteel sturen	Begeleiden niet sturen
14.1	geordend dagritme heeft. Dan kan je zeggen van dat is vrij basaal, maar dat is wel van groot belang.	Dagritme van groot belang
14.2	Dit hele basale wordt ook in ernstige mate ook vaak door hulpverleners verwaarloosd.	Basale door hulpverleners verwaarloosd
16.1	Nee. Tjaa.. ik wil er niets aan afdoen hoor. Ik heb vaker van die folders gezien bij andere klinieken en ik heb zoiets van het zal wel.	Folder onbekend.
17.1	Zeker ik denk dat dit soort dingen explicieter vermeld moeten worden, we zouden eigenlijk een soort tien geboden moeten hebben voor je aanpak op Groot Batelaar	Behandellijn explicieter melden
17.2	Je hebt natuurlijk het idee dat sommige cliënten hier weg gaan en dat het een poos goed gaat.	Idee dat behandeling cliënten goed doet
18.1	Conclusie van het verhaal is eigenlijk 'we weten helemaal niets'	We weten niets
18.2	Ik ben er dan ook van overtuigd dat je best andere collega's vinden die hele andere dingen pretenderen!	Andere collega's pretenderen andere dingen

De volgende tabel geeft alle kernlabels en labels weer met het daarbij behorende fragment nummer. Deze kernlabels geven de kern van ons interview weer. Tegelijk is ook te zien dat dit interview aansluit bij deelvraag 4 van ons onderzoek. Dit kan je zien doordat de kernlabels overeenkomen met subparagrafen van deelvraag 4.

Kernlabel	Label	Fragment nr.
Doelgroep Groot Batelaar		
	Veel cliënten verslaafd	7.2
	Cliënten herkennen verslaving niet	7.3
	90% cliënt is gedwongen op Groot Batelaar	8.3
	Alle cliënten verslaafd	12.1
Behandelkader		
	Toegepaste gedragstherapie	1.1
	Milieu pijlers (ST, AT, BA, CT enz.)	1.2
	Meervoudig pijlersysteem (ST, AT, psychiater en BC)	1.3
	Geen specifieke methode	2.2
	Heropvoeding	4.2
	Gebruik niet tolereren binnen Groot Batelaar	11.1
Visie op verslaving		
	Visie oorzaak middelenproblematiek onbekend	7.1
	Medewerkers herkennen verslaving niet	8.1
	Cliënt en medewerker moeten op een lijn staan	8.2
	Gevoelig voor verslaving	9.1
	Verslaving erfelijk	9.2
	Beïnvloedbaarheid	9.3
	Cultuur	9.4
	Begeleiden niet sturen	13.1
	Dagritme van groot belang	14.1
Behandelaanbod voor Verslavingshulp		
	Positieve gedragsbeïnvloeding	1.4
	Multi-aanpak	2.1
	Weinig bewezen	3.1
	Niemand weet wat echt werkt	4.1
	Voorbeeld gedrag	10.2
	Cue exposure	10.4
	Behandellijn explicieter melden	17.1
	Idee dat behandeling cliënten goed doet	17.2
	We weten niets	18.1
Doel behandeling		
	Minimale insteek	3.2
	Abstinentie	10.1
	Nieuwe copingstrategieën	10.3

12.3.2 INTERVIEW UITGESCHREVEN EN GESTREEPT

~~Voor ons onderzoek over hulp bij middelenproblematiek in de forensische ggz willen we graag dit interview doen. We hebben recente onderzoeken bestudeerd over deze comorbiditeit. Nu we deze literatuur bestudeerd hebben is het voor ons tijd om dit te vergelijken met de visie van Groot Batelaar. We hopen, door onder andere dit interview, meer inzicht te krijgen in de visie van Groot Batelaar, zodat we eventuele aanbevelingen kunnen doen.~~

~~1. Mogen we dit gesprek opnemen zodat we het verbatim kunnen uitwerken?~~

Ja dat is prima, als het maar niet op de radio komt ofzo..

~~2. Wat is uw naam?~~

Ivan van Eynde

3. ~~Wat is uw functie bij Groot Batelaar?~~

Behandel-coördinator. Leeftijd? ~~Nee, dat hoeft niet, gewicht ook niet.~~

4. ~~Hoe lang bent u werkzaam bij Groot Batelaar?~~

Sinds juli 2008. ~~Een jaar of 4 dus.~~ Ja.

1. ~~Wat is de leidende methodiek van Groot Batelaar?~~

Dat is een goede vraag. De leidende methodiek is eigenlijk een vorm van toegepaste gedragstherapie. Gedragsbeïnvloeding via uh... enerzijds milieu dat we aanbieden. Dat bestaat uit het sociotherapeutisch milieu op de afdeling en daarnaast de pijlers AT, arbeidstherapie, bewegingsagogie, creatieve therapie en zo zijn er nog een aantal onderdelen. ~~Dus eigenlijk is het een soort van uuhm... meervoudig pijlersysteem.~~ De sociotherapeutisch afdeling, de activiteiten therapie en indien nodig of mogelijk gesprekken met behandelaren, psychiater, behandelcoördinatoren dat kan ook psycho-diagnosticus zijn, voor psychologisch onderzoek, ~~om beter in te schatten wat iemands mogelijkheden en beperkingen zijn.~~ Dat hele palet is erop gericht op positieve gedragsbeïnvloeding. ~~We lezen in de behandelvisie over het multimethodisch behandelkader, wordt daar dit palet mee bedoeld?~~ Ja, je kan er verschillende termen op los laten, maar eigenlijk komt het hierop neer. Let wel de hele aanpak is hier niet veel anders dan wanneer je 50km verder binnen een andere psychiatrische kliniek binnen Nederland kijkt. Het is natuurlijk wel een beetje geënt op een zelfde soort model. Een vrij pragmatische concrete vorm, dus bijvoorbeeld de sociotherapie zal spiegelend bezig zijn met de cliënt van wat zijn de consequenties van gedrag, wat is de achtergrond, waar denk je heen te gaan enz.

2. ~~Wij liepen er tegen aan dat er niet 1 term wordt gegeven van, hier werken we mee. We kwamen sociotherapeutisch milieu tegen, competentie model.~~ Ja precies. ~~Wij zouden graag horen van hier werken we mee.~~

Tja kijk, uuhm... ja, we komen hier, cliënten die hier binnenkomen komen met meervoudige problematiek dus, we kunne niet toveren, dus iemand met schulden van een ton en al tien jaar een verslaving, mislukt in werk en relatie, dus dat is Multi problematiek, dus wat zet je daar tegen over een multi-aanpak. Psychologisch, psychiatrisch en engere zin, soms medisch, verslavingsproblematiek die behandeld moet worden of aangepakt kan worden, maatschappelijke situatie. We moeten ons natuurlijk ook beperken. Dus je kan niet zeggen dat we daar een specifieke methode voor hebben.

3. ~~Deze verschillende methoden die je noemt, kan je die evidence based noemen?~~

Dat is natuurlijk een term die we makkelijk in de mond nemen in onze kringen, maar eigenlijk is heel weinig bewezen. Het is een vorm van pragmatisch handelen dat, ik zou bijna zeggen, om een karikatuur te stellen, uit de nood is geboren. Als we niets doen gebeurt er ook niets. De insteek is erg minimaal, we hebben natuurlijk geen proefpopulatie die we naast Groot Batelaar plaatsen ergens in ede, en zeggen van daar doen we niets mee, en andere doe we ons ding mee en dan kijken we over 50jaar hoe het beide populaties is vergaan. Kijk we hebben dit kunnen doen met twee systemen heh. ~~Hoe bedoelt u?~~ nou ja kijk we hebben de helft in een communistisch blok gezet en laten zien hoe het daar moet functioneren en de in West Europa hebben we het kapitalistisch neergezet, toen hebben we na 50 jaar kunnen zien hoe het functioneerden. Dat moet je maar eens kijken hoe het is bij de bureu.

4. ~~Dus eigenlijk kan je binnen ons vakgebied niet vergelijken dat datgene wat we doen ook daadwerkelijk werkt?~~

Nee, er wordt natuurlijk al wel 50jaar lang gepraat over effectonderzoek bij psychotherapie, daar zijn boeken vol over geschreven, maar als je kritisch kijkt zie je, we weten het eigenlijk helemaal niet. ~~Toch komen we termen tegen als evidence based, wat is dat dan?~~ Tja, laat dat maar zien dan heh. ~~Wat we ook zien is dat er dan Best Practice beschreven wordt.~~ Tja het is een beetje geënt op een

tja.. ik zeg altijd je ziet hier ook eigenlijk meer pedagogiek, dan dat het therapie is, het is in feite een heropvoeding. Dat is gebaseerd op principes als in iedere gezinssituatie, zoals gezonde vader en moeder hun kinderen opvoeden. Dat is ook niet evidence based, zoals we opvoeden maar dat doen we ook allemaal al 1000den jaren. Tja, de meeste mensen komen er redelijk uit, dus ja, het zal wel werken dan.

5. ~~Zou het niet interessant om te kijken naar wat we doen bij cliënten en wat het daadwerkelijke effect is?~~

Dat zou zeker interessant zijn, maar het is vanuit, ik kan me niet herinneren dat er een follow-up onderzoek gedaan is vanuit Groot Batelaar over hoe het nou die cliënten vergaat die hier weg zijn en wat nou de kans is op recidive.

6. ~~Wij vonden een evaluatie van het Verwey Jonker instituut, die ook zeiden dat het nuttig is, en belangrijk naar de buitenwereld om te laten zien wat de behandeling doet.~~

Ja dat ken ik. Dat rapport is er gekomen door een incident, nouja wat wij in onze kringen een incident noemen, maar het was eigenlijk gewoon een doodslag. Een cliënt is om het leven gekomen door een medeclient. Er is toen ook ophef om gekomen. Daar was ik ook enigszins bij betrokken om de eenvoudige reden dat ik die cliënt naar Groot Batelaar had doorverwezen met het idee van nouja, dit zou wel eens wat kunnen zijn voor deze man, nouja toen bleek dat ik een maand later gebeld werd dat de cliënt om het leven gekomen was, toen had ik niet zo'n beste indruk van Groot Batelaar gekregen. Het is niet het eerste wat je verwacht als je iemand doorverwijst. En toen is er onderzoek opgezet door het Verwey Jonker instituut. Zo zijn er wel meer onderzoeken gedaan bij verschillende instellingen, daar komen dan allemaal vrome wensen uit, van er moet meer dit en meer dat. Tjaa.. dat komt er gewoon niet van, het is ook vrij moeilijk op te zetten. Je zou een groep moeten volgen, moeten monitoren. Daar is onderzoek voor nodig, een onderzoeksinstituut, dat moet je dan 10 jaar doen, daar is ook kapitaal voor nodig.

7. ~~Nu weer even richting de middelenproblematiek. Wat is de visie van Groot Batelaar over de oorzaak van middelenproblematiek bij een cliënt?~~

Ik weet niet of Batelaar daar zelf een specifieke visie op heeft. Wat ik wel weet is dat er meer dan eerst afdelingen zijn gekomen met een wat meer besloten karakter. Je zou kunnen zeggen om, althans voor de cliënt en medewerkers op die afdeling, om wat meer druk op de ketel te zetten. Men heeft het idee dat door de beslotenheid het wat minder vrijblijvend is dan de klassieke open afdeling zoals Groot Batelaar die altijd al vanouds erkende. Dat is nu anderhalf jaar oud ofzow, dus dat blijft nog zoeken. Maar het is ook vrij pragmatisch, en ook een goede optie geweest, vanuit de gedachtegang dat heel veel cliënten zijn ook verslaafd. Ook al herkennen en erkennen ze het zelf niet. Bij heel veel cliënten moet je dan ook echt doorvragen. Zo van: bent u verslaafd? Nee. Blowt u? ja iedere dag. Dat is een beetje een klassieke benadering vanuit de cliënt gezien.

8. ~~Onze idee van waaruit we dit onderzoek wilden doen, is dat cliënten het niet herkennen maar dat wij als medewerkers dat ook vaak niet doen.~~

Nee, dat klopt! Nee. Ja. Er is ook nogal een afstand, dat vind ik een boeiend onderwerp. Dat zie ik nu ook op de Basis als afdeling, daar zie ik een afstand tussen wat behandelaars en sociotherapeuten inzetten. Andere medewerkers vinden wat nodig is voor de cliënt en hoe de cliënt dat ervaart. Als je dat niet kan overbruggen, dan doe je dingen terwijl de tegenpartij zeg maar het heel anders ervaart. **Heeft dat ook te maken met het gedwongen karakter hier?** Ja het heeft er zeker mee van doen. Want 90% van de cliënten komen hier min of meer gedwongen. Meer dan minder. Dan hebben ze hier hele andere dingen over wat we hier gaan doen. Al is het alleen al van het is hier beter dan op een luchtplaats van het huis van bewaring.

9. ~~Nog even over die middelenproblematiek, heeft u zelf een visie op de oorzaak van middelenafhankelijkheid?~~

Nou ik heb dat niet zo echt zelf. Het is natuurlijk een feitelijkheid. Dit is een bepaalde categorie die er gevoelig voor is en het is natuurlijk ook genetisch of erfelijk bepaald. In de simpele sfeer van de alcohol valt niet ver van de boom, althans dat was vroeger de visie, je hebt een grotere kans om verslaafd te raken als je ouders dat ook waren. Maar ook heeft iemand voldoende weerstand tegenover bepaalde invloeden van buitenaf, de een gaat makkelijk over tot overnemen van een joint dan een ander. En de cultuur speelt ook een rol, het is min of meer algemeen geaccepteerd dat je softdrugs gebruikt op een bepaalde leeftijd. Dat is natuurlijk toch een risico factor voor een bepaalde groep jongeren. De cultuur is daar ook debet aan. Het is natuurlijk van de zotte ergens. **Er zijn dus eigenlijk heel veel oorzaken te noemen?** Ja ik denk ook dat da daa.. dat de wijdverbreide tolerantie binnen het land ten aanzien van drugsgebruik voor een buitenstaander toch enigszins vreemd is, dat is jullie ook niet vreemd. Kijk vraag aan een gemiddeld iemand in Parijs aan waar denk je bij aan Nederland dan is het Narcotica! Kijk we zijn de grootste producent van XTC. Dat levert natuurlijk enorm veel geld op.

10. Wat is de visie van Groot Batelaar voor de hulp aan cliënten met middelenproblematiek?

Het streven is natuurlijk abstinentie. Het doel is natuurlijk repressief, dus probeer je het zo veel mogelijk terug te dringen. Je probeert met voorbeeld gedrag de mensen erop te attenderen dat er ook nog wat anders is dan wegzinken in gebruik. En zo kan ik nog een aantal van die stereotypen te noemen. Maar goed daar is geen eensluitend medicijn te noemen, ook dit is pragmatiek heh. Het Leger des Heils heeft ervoor gekozen dat de WWT zo gelokaliseerd is dat de zuchtigheid zwaar op de proef gesteld wordt, met drie koffieshops binnen handbereik. Tja drugs zijn overal verkrijgbaar. Elke inwoner kan binnen de kortste keren met zijn mobieltje aan drugs komen, want dealers zijn er altijd.

11. Je heb ook met motivatie te maken. De instelling kiest voor abstinentie. Maar werkt dat eigenlijk wel als je oplegt aan cliënten dat ze niet mogen gebruiken om daadwerkelijk om de drugs af te komen.

Tja, het werkt natuurlijk een bepaalde tijdsspanne maar als mensen met weekend zijn, of buiten beeld zijn, dan weet ik het niet. Dat is natuurlijk dweilen met de kraan open. Het enige wat je probeert is het hier in het huis leefbaar te houden. Kijk als je het tolereert hier, is het eind zoek. Je moet het gedrag couperen, als je het gaat tolereren als in bepaalde onderdelen van het Leger Des Heils, dan zit je in een verder stadium, dan moet je denken aan een sociaal pension en dan accepteer je dat het een 'way of life' is, waar toch niets meer aan te doen is. Dan ben je verder als een kliniek die therapeutische pretenties heeft. Dan ga je een beetje, tja dan kijk, dan dan dan.. dan ben je meer een beschermde woonvorm, waarin je bepaalde gedragingen tolereert.

12. Kan u iets zeggen over de combinatie van verslaving met een andere psychische stoornis?

Hier op Groot Batelaar zelf? Ja. In principe kan je zeggen dat delict gedrag, alle cliënten zijn op een of andere manier verslaafd, grootste gedeelte aan drugs. Het onderscheid soft en harddrugs moeten we definitief vanaf. Het THC bij wiet is zo hoog dat het gewoon harddrugs is in klassieke formulering. Vandaar dat tolerantie ten aanzien van propaganda van softdrugs een verkeert beeld geeft. Er zijn geen softdrugs. Het is allemaal even erg. **Hoe is dat dan in combinatie met een andere stoornis?** Je heb de bekende drugs psychose, of een kwetsbaarheid hiervoor kunnen vertonen. Dat geldt ook voor alcohol, waar cliënten een delirium ontwikkelen. Verder is het een begeleidende factor bij crimineel gedrag. Coke gebruik. Maar je ziet coke gebruik ook in niet criminele milieus. Het is niet specifiek forensisch.

13. Maakt het het voor de behandeling lastiger dat je en een verslaving heb en een persoonlijkheidsstoornis?

Ja dat is, dat is natuurlijk zeer lastig. Een persoonlijkheidsstoornis als concept is een lastig gegeven. Vroeger werd het anders genoemd. Nu spreken we van borderline, vroeger van hysterie om maar iets te noemen. Kijk het is natuurlijk gebet in het karakter, dat maakt dat het zich moeilijk, dat laat zich afzwakken, dat laat zich een beetje begeleiden maar niet fundamenteel sturen. Het is niet als

een griep waarbij je een paracetamol neemt en dan ben je de volgende dag weer beter. Dus in die zin werkt het medisch model natuurlijk niet hier. We denken wel op die manier.

14. Wat is dan daarop de visie, moet je dan de persoonlijkheid aanpakken en daarna de verslaving of tegelijk?

Tja, wie het weet mag het zeggen. Naja kijk.. we hebben hier op de Basis een aantal mensen waarvan de reclassering beweerd dat ze niet behandeld hoeven worden, en zeggen ze van ik spreek nooit een psychiater, nooit een psycholoog er gebeurt hier niets. Kijk dan heb je een idee van behandeling net als mensen naar de huisarts gaan. Dan komen mensen bij de huisarts en zeggen ze van ik slaap niet meer, dan moet je naar de psycholoog. Dan heb je zes zittingen en dan proberen ze je te helpen. Dat is een bepaald behandelconcept. Dat werkt hier niet, je heb hier te maken met al die pijlers. Soms ben je hier al blij als mensen binnen dit regiem schikt. Dat iemand voor het eerst in lange tijd een geordend dagritme heeft. Dan kan je zeggen van dat is vrij basaal, maar dat is wel van groot belang. Want als je niets slaapt en je draait je dag nacht ritme om, dan ontregelt je gedrag en dan ben je vatbaarder voor alcohol misbruik, dan neig je tot psychoses. **Die hele basale dingen zijn eigenlijk dus al behandeling op zich?** Die basale dingen zijn een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Iemand die je leert om 07:30 op te staan en te wassen en weet ik het wat allemaal. Dit hele basale wordt ook in ernstige mate ook vaak door hulpverleners verwaarloosd. We lopen altijd met de freudiaanse gedachte in ons hoofd, van als je maar heel veel praat met de patiënt, heel veel tijd besteden aan de cliënt, dan moet het ontzettend goed gaan. Dat is natuurlijk de grootste waanzin die je maar kan bedenken.

15. Is een goed dag en nacht ritme ergens op gebaseerd, ik bedoel, weten we dat het werkt?

De nachtrust stelt mensen in staat om overdag dingen te doen. Als je dat niet hebt, dan dan dan.. dan krijg je een ontregeling van je ritme. Daar is wel van bekend dat het invloed heeft op je stemming, die maken je labiel, die verhogen de kans voor behoefte aan prikkels op onregelmatige tijden, daar is wel een wetenschappelijk betoog over te houden. Je ziet vaak bij mensen die depressief zijn, dat ze een ontregeld dagritme hebben. *de telefoon gaat* sorry hoor...

...

Waar waren we gebleven?

We hadden de vraag wel afgerond. Okee.

16. Heeft u dit 'Groot Batelaar model' wel eens gezien?

Nee. Tjaa.. ik wil er niets aan afdoen hoor. Ik heb vaker van die folders gezien bij andere klinieken en ik heb zoiets van het zal wel. **Er staat bijvoorbeeld in dat we werken met het sociaal competentie model en het sociaal therapeutisch milieu.** Ja, dat zijn natuurlijk dingen die ik in huis tuin en keuken taal net heb zitten vertellen. **We hadden ook een behandelvisie gekregen, daar wordt dit milieu niet genoemd, daar staat het Multi methodisch behandelkader in.** Dat heb je natuurlijk met veel instellingen die moeten dan voor de website een visie en missie schrijven en weet ik het allemaal. Dat zegt niet zo veel. Kijk als je iets aan klikt over 'Pro Persona' bijvoorbeeld, dan krijg je ook van die prietpraat van de cliënt staat centraal en de zorg op maat en weet ik wat. Ze kunnen moeilijk in hun missie zetten van bij ons staat de directeur centraal en het bestuur staat centraal en het inkomen staat centraal en de cliënt komt op de laatste plaats. Dat heb ik nog nergens gelezen, terwijl het natuurlijk wel zo is. Haha **haha** haha

17. Is dat niet ook heel jammer, dat dit niet als zo belangrijk wordt gezien. Je moet het hebben, maar uiteindelijk lijkt het ons ook handig dat iedereen weet wat ze moeten doen. Is het niet belangrijk dat iedereen met zijn neus dezelfde kant op staat? Weet iedereen wel van elkaar wie wat op welke manier doet?

Kijk ik kan het alleen zien vanuit een relatief kleinie afdeling waar ik nauw bij betrokken ben. Dan heb je binnen het team op micro niveau al.. laatst maakte ik mee dat in beleid, er wordt geen drugs gebruikt, maar 1 medewerker zend uit dat we iemand niet hoeven corrigeren opdat een cliënt in het weekend gewoon wel eens een joint gebruikt. Als je dat uitzend verbaal of non-verbaal dan heb je

ruis in de communicatie. ~~Zou het niet om die reden heel belangrijk zijn om op papier te hebben dat we, zoals u als belangrijk noemde in het beging, werken aan abstinentie?~~ Zeker ik denk dat dit soort dingen explicieter vermeld moeten worden, we zouden eigenlijk een soort tien geboden moeten hebben voor je aanpak op Groot Batelaar. ~~Het Groot Batelaar model die probeert dat, maar vervolgens lijkt niemand van het bestaan daarvan af te weten.~~ Nee, nu je het zo zegt, denk ik het wel te kennen, maar dit soort teksten munten niet uit in helderheid en in echt zeggen waar het over gaat. Het is net als een verkiezingsprogramma, je wordt al moe als je er aan denkt dat je er een onder ogen moet krijgen.

~~18. dat is ook wat we gezien hebben in literatuur. Er worden mooie termen gebruikt maar wat zegt het nou eigenlijk. Het klinkt allemaal heel mooi, bijv. 'what works', we kunnen namelijk helemaal niet zeggen dat iets echt evidence based is.~~

Het zit hem in de pretentie, dat wat je doet een wetenschappelijk karakter moet hebben. En je pretendeert natuurlijk ook een boel en uhm, dat is natuurlijk een beetje beroepseigen. Dat staat gelijk aan de beroepsgroep. Er is geen doctor die boven zijn praktijk hangt: 'het is niets, het was niets en het zal nooit wat worden'. Dus je pretendeert natuurlijk dingen en je maakt dingen min of meer wel wat waar. Je hebt natuurlijk het idee dat sommige cliënten hier weg gaan en dat het een poos goed gaat. Dat is natuurlijk de lijn. Je wordt ook beïnvloed door mensen die theorieën en kaders meenemen vanuit de universiteit en vanuit de onderzoekswereld. Maar als je natuurlijk heel scherp naar de dagelijkse praktijk kijkt, qua onderbouwing, nee dat is geen vetpot natuurlijk. Maarja, je kan moeilijk zeggen van, we doen niets, je kan beter naar Center Parcs. Je wil natuurlijk ook een bepaald kader bieden. Lange tijd geleden hebben we een cursus motiverende gespreksvoering gehad door een meneer uit de Achterhoek die niemand verstond en dan hoor je er lange tijd niets meer over. Ik heb ook nooit een cursus demotiverende gespreksvoering gehoord, dus het zal toch iets motiverends zijn.

~~Ik denk dat we wel door onze vragen heen zijn.~~

Ja jullie hebben gespreksstof genoeg. ~~Ja, ja.~~ Conclusie van het verhaal is eigenlijk 'we weten helemaal niets' hahaha ~~haha we weten eigenlijk niet zoveel.~~ Ik ben er dan ook van overtuigd dat je best andere collega's vinden die hele andere dingen pretenderen! Jullie doen het er maar mee. En we houden de moed er maar in.

~~Ja. Onze bevindingen gaan wij verwerken in ons onderzoek. Als u dat wil kunnen wij de bevindingen van dit onderzoek u toesturen. Hiervoor hebben we dan wel uw e-mailadres nodig. Deze zullen wij niet voor andere doeleinden gebruiken.~~ Ja dat vind ik interessant, ik ben altijd gek op stukken. Je kan het mailen naar mijn werkmail.

~~Hartelijk bedankt voor de medewerking.~~ Geen dank en jullie veel... *einde opname*