

Behandeling van middelengebruik in de forensische psychiatrie

Aanleiding

Naar aanleiding van de reactie van GGZ Nederland op het IVO rapport dat in 2008 is gepubliceerd en betrekking heeft op middelengebruik (alcohol en drugs) in de forensisch psychiatrische instellingen (verder te noemen FPC's) hebben de FPC's besloten de geïntegreerde visie op beveiliging en behandeling bij middelengebruik uiteen te zetten. Separaat wordt in een rapport van Zorgconsult Nederland ingegaan op de beheersmaatregelen.

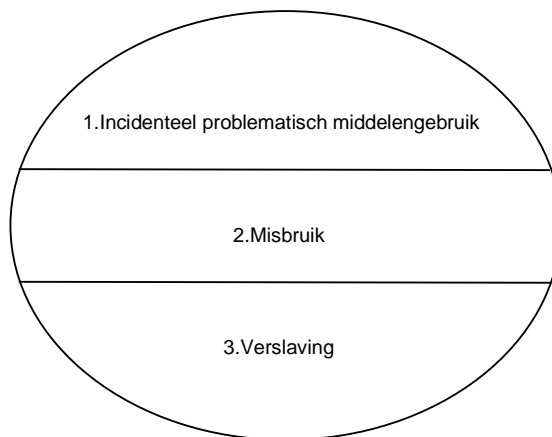
Inleiding

In de forensische psychiatrie hebben behandeling en beheersing van (problematisch) middelengebruik ruim de aandacht. Middelengebruik en verslaving leiden zowel in de maatschappij als binnen de (forensische) psychiatrie tot veel problemen. De kennis over middelengebruik en verslavingsproblematiek groeit en biedt steeds meer handvatten voor een goede aanpak. De FPC's zijn klinieken die evidence-based werken hoog in het vaandel hebben staan en zij willen graag aansluiten bij de best-practise.

Alle FPC's delen de visie die in deze notitie is verwoord en baseren de verdere ontwikkeling van hun behandelbeleid op (een uitgewerkte versie van) deze visie. Het uitgangspunt is dat door iedereen wordt gewerkt volgens de meest recente wetenschappelijk kennis en best-practise.

Problematisch middelengebruik

De forensisch psychiatrische centra richten hun risicomanagement op iedere vorm van problematisch middelengebruik of wel iedere vorm van middelengebruik die direct of indirect kan leiden tot terugval in delictgedrag of stagnatie van het resocialisatietraject. Er wordt een onderscheid in ernst gemaakt, te weten incidenteel problematisch gebruik, misbruik en verslaving. In onderstaand figuur wordt dit nader toegelicht.



Figuur 1: Definitiemodel problematisch middelengebruik

Wij spreken van problematisch middelengebruik bij **iedere vorm** van middelengebruik dat leidt tot problemen voor de gebruiker zelf of voor anderen, met name tot crimineel gedrag. Het gebruik hoeft daarbij (nog) niet dermate ernstig en/of frequent te zijn dat van misbruik of afhankelijkheid als omschreven in de DSM-IV-TR gesproken mag worden.

Ad 1 We spreken van **incidenteel problematisch** middelengebruik als het middelengebruik wel leidt tot problemen voor de gebruiker zelf of voor anderen, maar het gebruik niet frequent genoeg is om van misbruik te kunnen spreken.

Ad 2 misbruik betreft het **herhaaldelijk** gebruik van middelen dat leidt tot problemen voor de gebruiker zelf of anderen, met name tot crimineel gedrag.

Ad 3 op het terrein van verslaving gaat het vooral om **controleverlies** en een sterke zucht (**craving**). De patiënt is de macht over het middel(en) kwijt. De begeerte naar het middel is een van de belangrijkste factoren voor gebruik en een eventuele terugval. Verder wordt afhankelijkheid gekenmerkt door onthoudingsverschijnselen als iemand stopt met middelengebruik. De definitie wordt ook in de wetenschappelijke literatuur als zodanig onderschreven.

Ontstaan en beloop

Bij de aanpak van problematisch middelengebruik wordt aangesloten bij de resultaten van onderzoek naar het ontstaan (de etiologie) en het beloop van problematisch middelengebruik zoals o.a. vastgelegd in de recente publicaties van ZonMw (programma verslaving, 2006). Daarbij wordt aandacht besteed aan zowel biologische, sociale als psychologische factoren. De biologische factoren kunnen daarbij uitgesplitst worden in omgevingsfactoren zoals prenataal in aanraking komen met middelen, individuele factoren zoals erfelijkheid of verlaagde lichamelijke reacties op stress, en middel gerelateerde factoren oftewel de manier waarop middelen ingrijpen op hersensystemen. Op psychologische niveau blijken factoren als angst, en persoonlijkheidskenmerken, waarbij vooral een gebrekkige impulscontrole een grote rol speelt, belangrijk te zijn. Sociale factoren zoals eenzaamheid of gebrek aan sociale controle spelen eveneens een belangrijke rol. Hierbij moet opgemerkt worden dat al deze factoren met elkaar interacteren en elkaar deels overlappen. Om een voorbeeld te noemen: men kan stress beschouwen als psychologische fenomeen, maar het uit zich ook op biologisch niveau (bijv. cortisolspiegel), en sociaal niveau (bijv. stresserende factoren in de omgeving). Deze interacties worden bij de bepaling van het individuele behandelbeleid in beschouwing genomen.

Naast kennis over het ontstaan van problematisch middelengebruik is ook kennis over het (natuurlijke) beloop van middelengebruik en kennis over factoren die daarop van invloed zijn, van belang. Dit geeft namelijk aanknopingspunten voor de behandeling. Het geeft antwoord op de vragen of een behandeling effect heeft gehad, ook al is complete langdurige abstinentie vaak (nog) niet bereikt en waar de behandeling op moet aangrijpen om het proces van chroniciteit om te keren. Het aantal studies is beperkt maar uit beschikbare gegevens blijkt dat veel patiënten met problematisch middelengebruik na een periode van (verplichte) abstinentie weer terugvalt in gebruik. Daarbij blijkt tevens dat stress en comorbide persoonlijkheidsstoornissen zoals de borderline persoonlijkheidsstoornis en de antisociale persoonlijkheidsstoornis de kans op terugval in middelengebruik vergroten.

Uit de kennis over het beloop van problematisch middelengebruik kunnen aanknopingspunten voor de behandeling en het risicomanagement gehaald worden. Voor de patiëntengroep met problematisch middelengebruik worden de behandeling en het risicomanagement vooral gericht op de hersensystemen die een rol spelen bij de ontwikkeling van afhankelijkheid, psychologische factoren zoals stress, en persoonlijkheidskenmerken en -stoornissen en contextuele factoren die geassocieerd zijn met middelengebruik. Verder wordt er aandacht besteed aan het feit dat mensen die lange tijd gedwongen abtinent zijn gebleven een grotere kans hebben op terugval in gebruik en dat gebruik van ieder middel het gebruik van een ander middel kan bevorderen. Tot slot wordt er veel aandacht besteed aan de interactie tussen de verschillende factoren.

Tevens blijkt uit literatuuronderzoek en de ervaring van alle klinieken dat problematisch middelengebruik erg vaak voorkomt in combinatie met andere psychische stoornissen, vooral persoonlijkheidsstoornissen, affectieve stoornissen en psychotische stoornissen. Niet

zelden worden deze problemen nog gecompliceerd door de aanwezigheid van lichamelijke klachten, sociale problemen, financiële problemen, huisvestingsproblemen, verlies van of gebrek aan werk, een detentieverleden etc. Daarbij is een geïntegreerde aanpak altijd van groot belang.

Verminderen recidiverisico

Aangezien het verminderen van het recidiverisico van tbs-patiënten één van de belangrijkste opdrachten is voor iedere tbs-instelling, is de relatie tussen middelengebruik en delictgedrag van groot belang voor het bepalen van het risicomangement.

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat er een verband is tussen problematisch middelengebruik en gewelddadigheid. Onderstaande tabel geeft algemene informatie over type delicten gepleegd door drugsgebruikers (als zodanig door de politie geclassificeerd).

Tabel Type delicten gepleegd door drugsgebruikers

Type delicten waar door de politie als drugsgebruiker geclassificeerde personen van verdacht worden, 2000-2006 (Nationale Drugsmontor, 2007)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Vermogensdelicten zonder geweld	63%	63%	63%	58%	56%	53%	50%
Vermogensdelict met geweld/afpersing	11%	11%	12%	11%	10%	8%	8%
Overig geweld	19%	20%	22%	23%	24%	25%	25%
Opiumwet	18%	18%	19%	22%	22%	24%	25%
Vernieling openbare orde/gezag	20%	21%	23%	23%	23%	22%	22%
Verkeer	10%	10%	10%	10%	11%	11%	11%
Seksueel geweld	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Overige misdrijven	10%	10%	10%	11%	11%	11%	10%

Bron: Nationale drugmonitor

Uit cijfers van de Verslavingsreclassering komt naar voren dat alcoholgebruik de meeste problemen veroorzaakt, gevolgd door cocaïne. Opiaten en cannabis geven minder vaak aanleiding tot crimineel gedrag. Gewelddelicten vormen slechts een klein percentage van de middelengerelateerde criminaliteit maar gebruik van geweld is wel vaak de aanleiding tot de oplegging van een tbs-maatregel en zodoende van groot belang voor de inrichting van het risicomangement.

Middelenmisbruik is een sterke voorspeller voor gewelddadig gedrag en blijkt zelfs een sterker verband met geweld te hebben dan bijvoorbeeld psychische stoornissen. Uit het EFP onderzoek van 2006 bleek eveneens dat bij recidive en ontvluchting het middelengebruik een voorspellend waarde heeft. Toch bestaat er in de literatuur geen eenduidige opvatting over de causale relatie tussen middelengebruik en agressief gedrag. Het is echter wel voor de hand liggend dat problematisch middelengebruik als een zogenaamde criminogene factor wordt gezien. Daarbij richt de focus zich vooral op de vraag in hoeverre het middelengebruik van een patiënt direct of indirect gerelateerd is aan delictgevaarlijkheid.

Inmiddels is wel bekend dat ernstige middelenproblematiek leidt tot verlies van autonomie op het gebied van emotie, denken, willen en handelen. Lange tijd is gedacht dat verslaving een teken van morele zwakte is. Tegenwoordig zijn de wetenschappers het er echter over eens dat ernstige middelenproblematiek een chronische hersenziekte is. Dit heeft als gevolg dat mensen met middelenproblematiek altijd kunnen terugvallen in gebruik, ook na jaren van abstinentie. Uitgaande van het biopsychosociale verklaringsmodel van ziekte ontstaat en

wordt middelenproblematiek onderhouden door de interactie tussen **biologische factoren** (genetische kwetsbaarheid, prenataal in aanraking komen met middelen, inadequate hersenorganische reacties op stress, de invloed die sommige middelen hebben op de zogenaamde beloningssystemen in de hersenen), **psychologische factoren** (persoonlijkheidskenmerken met een gebrekkige impulscontrole, stress, stimuli die geassocieerd worden met middelengebruik) en **sociale factoren** (beschikbaarheid van het middel, ongunstige buurtkenmerken, gedwongen abstinentie). Al deze factoren en de interactie daartussen krijgen aandacht in de behandeling en risicomangement van onze patiënten.

Beleidsdoelstellingen

In alle forensisch psychiatrische centra wordt gedurende de klinische fase abstinentie nagestreefd omdat gebruik van alcohol en drugs veiligheidsrisico's oplevert en het therapeutisch milieu negatief zal beïnvloeden. Toch is bekend dat – ongeacht de aard en intensiteit van de in te zetten beheersmaatregelen – in alle klinieken gebruik met enige regelmaat voorkomt, dat hernieuwd gebruik tijdens de resocialisatiefase vaak voorkomt en dat een blijvende abstinentie vaak geen haalbaar doel is, mede omdat alcohol en drugs in de samenleving gemakkelijk te verkrijgen zijn en gebruik in de samenleving wordt gedoogd. Een groot gedeelte van problematische gebruikers valt terug in gebruik, ook na behandeling. Bovendien blijkt afgedwongen abstinentie de terugval in middelengebruik te bevorderen. Daarnaast blijkt het gebruik van het ene middel ook gebruik van andere middelen te stimuleren waardoor het verstandig is om geen selectief gebruik toe te staan.

Behandeldoelstellingen

In de Nederlandse verslavingszorg richt men zich op twee aspecten: cure (abstinentie) en care (stabilisatie). Van de patiënten in de forensisch psychiatrische centra wordt verwacht dat zij permanent abtinent zijn zodat het recidivegevaar wordt verminderd en de behandeling ongestoord kan verlopen. Dit beleid is niet alleen door overwegingen van recidivepreventieve ingegeven, maar ook door de ervaring dat middelengebruik en handel in middelen disregulerend werken op het behandelklimaat en de veiligheid in de kliniek terwijl de meeste patiënten zoveel kenmerken hebben die terugval bevorderen (psychiatrische comorbiditeit, stress, lage socio-economische status, etc) dat het toestaan van middelengebruik zeer ongewenst is. De behandeling van de groep patiënten met problematisch middelengebruik met ernstige comorbiditeit en veel sociale problematiek kenmerkt zich door vallen en opstaan, waarbij in een aantal gevallen de grens tussen verantwoorde en onverantwoorde risico's moeilijk is te trekken.

Bij het formuleren bij de doelstelling met betrekking tot problematisch middelengebruik moet in beschouwing genomen worden dat stabiele of permanente abstinentie geen doel op zich is. Het belangrijkste doel bij problematisch middelengebruik is het zodanig te behandelen en/of beheersen dat het gebruik van middelen geen risicofactor voor delictgevaarlijkheid meer vormt.

Bovenstaande betekent dat in alle FPC's gedurende de klinische fase gebruik van middelen niet geoorloofd is, ook als gebruik van middelen op geen enkele wijze heeft bijgedragen aan of verband houdt met het delict. Ook de aanwezigheid van middelen in de klinische omgeving wordt door geen enkel FPC getolereerd. De FPC's zetten diverse middelen in om de patiënten te controleren op het gebruik van middelen alsmede op de aanwezigheid daarvan in de kliniek (zie ook rapportage van Zorgconsult Nederland). Dit neemt niet weg dat er altijd op kleine schaal sprake zal zijn van gebruik van alcohol of drugs. In de praktijk wordt een percentage van 3-5% positieve urinedrugstesten gemeten. Opgemerkt moet worden dat deze overwegend positief zijn voor gebruik van softdrugs en niet van harddrugs.

Door de FPC's worden veel instrumenten ingezet om het gebruik van middelen zo ver mogelijk terug te dringen. Bewezen is echter ook dat sancties op het gebruik niet helpen en zelfs eerder een contraproductief effect op de behandeling en het bereiken van abstinentie hebben. Gebruik tijdens de behandeling wordt derhalve dan ook in geen enkel FPC bestraft middels het opleggen van een sanctie (dit zou ook in strijd zijn met de medisch-ethische

uitgangspunten die geldend zijn in de zorg en bewaakt worden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg). Wel wordt het gebruik fors geproblematiseerd en vormt gebruik een aangrijpingspunt voor de (verdere) behandeling. Geconstateerd gebruik wordt gevolgd door op het individu en de situatie meest toegesneden maatregelen, bij de keuze daarvan staan de orde en veiligheid in de kliniek voorop. Alle acties zijn gericht op het herstel op zo kort mogelijke termijn van de orde en veiligheid alsmede waarborging van het therapeutisch klimaat. Dit kan betekenen dat iemand een vrijheidsbeperkende maatregel wordt opgelegd zoals afzondering, maar ook dat verlof wordt ingetrokken of dat bezoek wordt geweigerd. Daarnaast zal het gebruik aanleiding geven tot individuele gesprekken om niet alleen na te gaan waar hij heeft gebruikt, wat hij heeft gebruikt en hoe hij aan de middelen is gekomen maar ook om na te gaan waarom iemand weer heeft gebruikt, wat zijn alternatieven waren, waarom hij hier geen gebruik van gemaakt heeft, hoe hij onder vergelijkbare omstandigheden de volgende keer zou reageren als hem alcohol of middelen worden aangeboden etc. Ook wordt het gebruik in het kader van de behandeling besproken in de groep met als doel stil te staan bij de effecten hiervan op medepatiënten, het aanscherpen van het risicomangementbeleid en het benadrukken van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van personeel en patiënten voor de orde en veiligheid in de kliniek (geen handel, geen opslag, geen koeriersdiensten etc.) en van het belang van sociale controle. Bij bewezen handel in drugs wordt aangifte gedaan bij de politie omdat dit een strafbaar feit is.

Ook voor patiënten die voorheen geen problematische gebruikers waren en voor patiënten waarbij er op geen enkele wijze een relatie bestond tussen het gebruik van alcohol of drugs met het delictgedrag, is gebruik tijdens de opname niet toegestaan. Dit is van groot belang met binnen het FPC zowel het behandelklimaat als de orde en veiligheid te kunnen waarborgen. Daarnaast moeten problematische middelengebruikers gedurende de opname niet geconfronteerd worden met gebruikers die goed met alcohol en/of middelen om kunnen gaan. In het kader van de bewaking van de orde en veiligheid wordt namelijk elk risico op handel beperkt.

Tijdens de resocialisatiefase wanneer de patiënt in een resocialisatieafdeling buiten de kliniek verblijft of reeds is overgeplaatst naar een reguliere ggz-instelling, wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de problematische gebruikers voor wie blijft gelden dat zij geen enkel middel mogen gebruiken en anderzijds de kleine groep niet problematische (= niet delictgerelateerde) gebruikers. Voor deze laatste in omvang beperkte groep geldt, dat een patiënt conform de uitgangspunten van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden respectievelijk de Wet Bopz en de door die wetten gegeven interne rechtspositie niet meer in zijn vrijheden beperkt mag worden dan strikt noodzakelijk is om het gevaar voor hemzelf of anderen af te wenden. Het gebruik van middelen door deze groep kan niet worden verhinderd maar wordt wel sterk ontraden.

Als middelengebruik kan leiden tot een delictrecidive risico zullen aan het verlof voorwaarden worden gekoppeld die worden vastgelegd in de verlofaanvragen en het risicomangementplan. Daarmee wordt gewaarborgd dat de risico's ook door deskundigen zowel intern (verloftoetsingscommissies) als extern (landelijk adviescollege verlof) zijn getoetst alvorens het verlof gerealiseerd kan worden. Dit onderscheid en de weerbarstigheid van de problematiek van problematische gebruikers vereisen vanuit behandelersperspectief zodoende geen algemeen geldende regels maar individueel maatwerk.

Het behandeldoel is te streven naar een gezonde autonomie van de patiënt waardoor het mogelijk wordt voor de patiënt om adequaat te kunnen functioneren in de maatschappij. Dit binnen de specifieke opdracht het risico op recidive van de patiënt sterk te verminderen. Het streven naar autonomie hoeft niet te betekenen dat de patiënt volledig zelfstandig moet kunnen functioneren. Ook patiënten die hun kwetsbaarheden en problemen in het functioneren kunnen accepteren en met de nodige steun en structuur een plek kunnen vinden in de maatschappij (bijvoorbeeld in een beschermde woonvorm), worden als voldoende autonoom gezien. De relatie tussen middelengebruik, psychopathologie en

delictgedrag is het belangrijkste speerpunt van het beleid omtrent problematisch middelengebruik. De vraag in hoeverre het middelengebruik in combinatie met de psychiatrische problematiek direct of indirect gerelateerd is aan delictgevaarlijkheid, is daarom de centrale vraag bij iedere beslissing die wordt genomen in relatie tot middelenproblematiek van patiënten. In de uitvoering van het problematisch middelengebruik beleid moet ook onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende middelen en de specifieke uitwerking van deze middelen op patiënten. Als leidraad voor deze besluitvorming worden de volgende vragen gebruikt:

- Wat is de specifieke rol van middelengebruik in het delictrisico?
- In welke mate beschadigt middelengebruik de behandeling en het resocialisatietraject van de gebruiker zelf of medepatiënten?
- Ontstaat er door het middelengebruik een onveilige sfeer binnen de behandelsetting, zowel in therapeutische als met het oog op de orde en veiligheid ?

Binnen de zorglijnen voor patiënten met een psychose, een persoonlijkheidsstoornis of met een verstandelijke beperking, wordt in speciale behandelmodules ruim aandacht gegeven aan het problematisch middelengebruik en de relatie met andere factoren die invloed hebben op het recidiverisico. Omdat de grootste kans op terugval in problematisch middelengebruik zich echter voordoet tijdens de fasen van onbegeleid en transmuraal verlof en bij veel patiënten het problematisch middelengebruik een belangrijke risicofactor is, wordt door veel forensisch psychiatrische centra gekozen voor een ambulante behandeling bij de reguliere verslavingszorg, aanvullend en/of ondersteunend op de reeds ontvangen klinische behandeling in het FPC, tijdens de fase van resocialisatie, of een aanvullende behandeling na het verblijf in een FPC in een forensische verslavingskliniek.