

Pilotstudie Verdiepingsdiagnostiek van verslaving bij justitiabelen

Auteurs (in alfabetische volgorde)

T.G. Broekman, C.A.J. de Jong, G.G.M. Riezebos, R. Rutten & G.M. Schippers

Begeleidingsgroep

Auteurs &

B. Blommaert / A.Uyterlinde

V. Hendriks

H. A. de Haan

R. Rutten (voorzitter en projectleider)

H. Schreurs

Februari 2006

Rapport in opdracht van de SVG

Samenvatting	2
1 Inleiding	3
1.1 Achtergrond.....	3
1.2 Opdracht ontwikkeling verdiepingsdiagnostiek.....	3
1.3 Opzet rapport.....	4
2 Uitgangspunten en specificaties verdiepingsdiagnostiek verslaving aan de hand van beslis- en meetmomenten in de reclassering	5
3 MATE-CRIMI: MATE (Zorgbehoefte), NEXUS (Criminaliteit) en MfT (Motivatie)	7
3.1 MATE: introductie.....	7
3.2 MATE-CRIMI Onderdelen.....	8
3.3 MATE-CRIMI: NEXUS en MfT.....	10
4 Resultaten	12
4.1 Inleiding.....	12
4.2 Respondenten.....	12
4.3 MATE.....	12
4.4 NEXUS: Relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag.....	14
4.5 MfT: Motivatie voor behandeling.....	16
5 Verdiepingsdiagnostiek verslaving in de praktijk – verslag van de pilotstudie en ontwikkeling van een procedure ten behoeve van meerdere instellingen	18
5.1 Inleiding.....	18
5.2 Ontwikkeling toeleidingsprocedures verdiepingsdiagnostiek ten behoeve van de pilotstudie met de MATE-CRIMI.....	18
5.3 Ervaringen met toeleidingsprocedure bij justitiabele verslaafden in pilotstudie.....	21
5.4 Resultaten pilot MATE-CRIMI.....	23
5.5 Voorstel voor een procedure verdiepingsdiagnostiek en toeleiding naar de verslavingszorg en andere TR-interventies van justitiabelen.....	24
5.6 Aandachtspunten bij verdere ontwikkeling van procedures voor toeleiding mbv verdiepingsdiagnostiek verslaving.....	26
6 Conclusies en voorstel voortgezet onderzoek verdiepingsdiagnostiek	28
6.1 Conclusies.....	28
6.2 Vervolgonderzoek verdiepingsdiagnostiek.....	28
Referenties	32
Bijlage 1 MATE-CRIMI	33
Bijlage 2 MATE-CRIMI scoreformulieren	51
Bijlage 3 MATE gegevens: Tabellen	55
Bijlage 4 Inventarisatieformulier Huidige stand van zaken zorgreclassering vz-instellingen	60
Bijlage 5 Procedure Verdiepingsdiagnostiek	63
Bijlage 6 Procedure Verdiepingsdiagnostiek Novadic-Kentron	64
Bijlage 7 Procedure Verdiepingsdiagnostiek Parnassia	65
Bijlage 8 Procedure Verdiepingsdiagnostiek Jellinek	66
Bijlage 9 Procedure Verdiepingsdiagnostiek Tactus	67
Bijlage 10 MATE CRIMI Pilot onderzoek verdiepingsdiagnostiek VD	68
Bijlage 11 Vragen aan afnemers over MATE-CRIMI pilot juni-nov 2005	70
Bijlage 12 Hand-out voor de Jellinek met informatie over de verdiepingsdiagnostiek	71
Bijlage 13 Stroomdiagram voor de procedure verdiepingsdiagnostiek	72

Samenvatting

Dit rapport presenteert de resultaten van een project met als opdracht een instrument te ontwikkelen en uit te proberen om, in aansluiting op de RISC, verdiepingsdiagnostiek te doen van verslaving bij justitiabelen in het kader van reclassering en interventies ter vermindering recidive. Voorts om aan de hand van een procesbeschrijving een procedure te ontwerpen voor toeleiding naar de zorg en andere interventies in dat kader. Hoofdstuk 2 werkt een aantal specificaties uit van een dergelijk instrument aan de hand van beslis- en meetmomenten bij de reclassering. Voorgesteld wordt om naast toeleiding naar zorg volgens de daar geldende criteria bij deze justitiabelen in het bijzonder vast te stellen de motivatie voor behandeling en de verwevenheid van crimineel gedrag en verslavingsgedrag. Ook de relatie met psychiatrische comorbiditeit wordt aangegeven. Hoofdstuk 3 beschrijft de aard en ontwikkeling van de onderdelen van de MATE-CRIMI. De uit de verslavingszorg overgenomen MATE voor vaststelling zorgbehoefte (acht interviewdelen en twee zelfinvulvragenlijsten), het nieuw ontworpen NEXUS voor de verwevenheid crimineel en verslavingsgedrag (interview met elf vraagonderdelen) en de MfT voor de motivatie voor behandeling (zelfinvullijst met 24 vragen). In hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd met de MATE-CRIMI afgenomen bij 94 justitiabelen in vier instellingen. Hoofdstuk 5 beschrijft de ervaringen met de MATE-CRIMI in de praktijk en ontwerpt een modelprocedure voor toepassing van verdiepingsdiagnostiek in de praktijk van de reclassering die toepasbaar is in meerdere instellingen. Uit de conclusies die worden getrokken in hoofdstuk 6 blijkt dat de MATE-CRIMI goed is toe te passen in de praktijk, dat het informatie verschaft die wordt gebruikt voor de toeleiding naar interventies voor verslaving en tot advies over zorgtrajecten in justitieel kader. De met de MATE-CRIMI verzamelde gegevens zijn merendeels goed interpreteerbaar en hebben een redelijke spreiding. De MATE-CRIMI verdient nader onderzoek naar de validiteit voor de praktijk van toeleiding naar interventies, waarbij de onderdelen NEXUS en MFT aan een nader betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek kunnen worden onderworpen. Zo'n onderzoek kan gecombineerd worden met een implementatietraject van een modelprocedure voor verdiepingsdiagnostiek enkele instellingen. De contouren van zo'n onderzoek worden geschetst in hoofdstuk 6.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Het programma Terugdringen Recidive (TR) is opgezet om de recidive te verminderen van volwassen veroordeelden die na een gevangenisstraf terugkeren in de vrije samenleving. In navolging van het in Canada en Engeland ontwikkelde "What Works" beoogt ze dit te doen door, met uitsluiting van andere, gedragsinterventies in te zetten die voldoen aan een aantal criteria. Bewezen effectiviteit is daarvan de belangrijkste. TR maakt deel uit van het project Modernisering Sanctietoepassing, dat onderdeel is van het veiligheidsprogramma van het huidige kabinet. Het programma is medio 2002 van start gegaan en wordt uitgevoerd door het kerndepartement, het gevangeniswezen en de drie reclasseringsorganisaties.

Onderdeel van het programma TR is dat bij een justitiabele wordt vastgesteld of er sprake is van de aanwezigheid van zgn. criminogene factoren. Dat zijn factoren waarvan de samenhang met herhalingscriminaliteit is aangetoond. Op basis van deze diagnose worden in het op te stellen reïntegratieplan effectief gebleken gedragsinterventies opgenomen. De inhoud en toepassing van die interventies voldoen aan vastgestelde kwaliteitscriteria. Kenmerkend voor het TR-programma is dat de rollen van de partijen die bij de realisatie van het reïntegratieplan zijn betrokken helder zijn gedefinieerd en afgebakend. Dat geldt voor het gevangeniswezen, voor de reclasseringsorganisaties en voor de bij de nazorg betrokken organisaties.

De deelwerkgroep Diagnose van TR heeft tot taak een instrument te ontwikkelen dat als standaard binnen het gevangeniswezen en de reclassering geldt. Dit instrument (RISc) is begin 2004 opgeleverd en wordt inmiddels landelijk geïmplementeerd.

De RISc bestaat uit een aantal basisvragen per criminogene factor. Indien nodig wordt verwezen naar verdiepingsdiagnostiek. Verslaving is één van die criminogene factoren die in de RISc wordt onderzocht. De basisvragen van de RISc gaan na óf verslaving als criminogene factor aanwezig is. Indien dit het geval is zou er sprake moeten zijn van verdiepingsdiagnostiek.

In eerste instantie heeft men de EuropASI, lang het standaardinstrument in de sector, gebruikt voor verdieping. De EuropASI bleek echter niet geschikt te zijn, omdat er teveel overlap is met de RISc, het geen inzicht in de relatie verslaving en criminaliteit geeft en onvoldoende handvaten biedt voor het opstellen van een plan van aanpak. De vraag hoe de verdiepingsdiagnostiek er wel uit zou moeten zien is behandeld door een expertgroep, ingesteld door de SVG¹. Aan de hand van hun advies is de volgende opdracht geformuleerd waarop de hieronder beschreven pilotstudie gebaseerd is.

1.2 Opdracht ontwikkeling verdiepingsdiagnostiek

De opdracht van de SVG luidde:

- a. (voor zover de stand van de wetenschap dat toelaat en afgestemd op lopende ontwikkeltrajecten) kan worden vastgesteld hoe bij justitiabelen, waarbij middelengebruik een criminogene factor wordt geacht te zijn, het verband is tussen het gebruik van alcohol/middelen en criminaliteit in het verleden op grond waarvan het waarschijnlijk geacht kan worden dat hernieuwd alcohol/middelengebruik tot (criminele) recidives leidt;
- b. gebruik makend van de geldende criteria in de hulpverlening bij de ad a) genoemde groep vast te stellen of en welk hulpverleningsaanbod voor verslavings- en andere praktische gezondheidsproblemen aangewezen is, inclusief de vraag of methodieken aangewezen zijn die geacht kunnen worden de kans op het optreden van crimineel recidiverend gedrag te verminderen.
- c. te komen tot een procesbeschrijving voor het verzamelen van de gegevens die nodig zijn om tot de vaststellingen ad a) en b) te komen welke soepel inpasbaar zijn in het veld van de justitie, reclassering en verslavingszorg en

¹ De expertgroep bestond uit: G. van der Meer (vz), G. Schippers, V. Hendriks, H. de Haan, B. Blommaert, E. van der Aa

1 Inleiding

waarmee overlap en onnodige belasting van deelnemers en staf wordt vermeden.

Voorwaarde was tevens dat hierbij twee in ontwikkeling zijnde instrumenten zouden worden betrokken, te weten: de MATE en de BIM. MATE staat voor Meten van Addictie voor Triage en Evaluatie en is ontworpen als intake-instrument aan de voordeur van de verslavingszorg met een aantal functies. Dat zijn: diagnosticeren van de aanwezigheid van middelenafhankelijkheid en -misbruik volgens de DSM, case finding met betrekking tot psychiatrische stoornissen anders dan verslaving, en triage, dat wil zeggen toewijzen aan zorgintensiteit. Doel van de MATE is bij binnenkomst van een cliënt in de verslavingszorg een inschatting te maken of en hoe zwaar de zorg voor de betreffende cliënt ingezet moet worden. De MATE beoogt dus te indiceren naar zorgzwaarte.

BIM staat voor Beoordeling Indicatiestelling Motivatie. Met dit instrument wordt met cliënt en in overleg met de verslavingsreclassering beoordeeld waar de accenten in de behandeling/toeleiding naar zorg moeten komen te liggen.

Overeenkomstig deze opdracht bevat het rapport de volgende elementen:

1. Een op grond van de literatuur en expertise samengesteld en in de praktijk getoetst instrument waarmee de samenhang tussen verslaving en criminaliteit kan worden vastgesteld en dat kan dienen ter toeleiding van verslaafde justitiabelen naar de adequate vorm van verslavingszorg.
2. Een verslag van de psychometrische gegevens van het instrument bij 100-150 justitiabelen.
3. Een beschrijving van een toeleidingsprocedure en een daarbij te hanteren protocol in meerdere instellingen voor JVZ.
4. Een verslag van ervaringen met procedure en protocol bij de bestudeerde 100-150 justitiabele verslaafden.
5. Een voorstel voor een valideringsonderzoek voor het instrument.

1.3 Opzet rapport

Na deze inleiding (hoofdstuk 1) worden in hoofdstuk 2 een aantal uitgangspunten vastgesteld die bij reclassering aan verslaafden van belang zijn. Daaruit vloeien tevens een aantal specificaties voor het te ontwikkelen instrument uit voort. In hoofdstuk 3 wordt gerapporteerd over het instrument, in hoofdstuk 4 verslag gedaan van de psychometrische gegevens bij 94 justitiabelen afgenomen instrumenten, in hoofdstuk 5 de beschrijving van een toeleidingsprocedure, in hoofdstuk 6 een procesbeschrijving van de ervaringen met de procedure en het protocol en in hoofdstuk 7 een voorstel voor een nader onderzoek naar het instrument en de te ontwikkelen criteria. Hoofdstuk 8 bevat enkele conclusies.

2 Uitgangspunten en specificaties verdiepingsdiagnostiek verslaving aan de hand van beslis- en meetmomenten in de reclassering

Reclassering is een complexe taak. Er zijn uiteenlopende maar verweven doelstellingen en er zijn tal van functionarissen en instanties bij betrokken in ingewikkelde ketens. Werkzaamheden en organisaties zijn landelijk en regionaal niet uniform. Ontwikkeling van gestandaardiseerde assessment van verslaving als criminogene factor vraagt daarom om voorafgaande verheldering van enkele uitgangspunten. Teneinde de verdiepingsdiagnostiek te positioneren is het nuttig om de beslissingen die genomen worden over TR maatregelen in een reclasseringskader te inventariseren.

Naar ons idee zijn dat de volgende:

1. Zijn er *indicaties* voor het aan de orde zijn van de criminogene factor 'verslaving'?
2. Is de geïndiceerde factor 'verslaving' werkelijk en in belangrijke mate aanwezig (*diagnostiek*)?
3. Wat is de verwevenheid van de factor 'verslaving' met crimineel gedrag en is te verwachten dat een interventie (zorg/behandeling/training) van de verslaving leidt tot *reductie in crimineel gedrag*?
4. Op welke wijze en onder welke voorwaarden kunnen *interventies* (zorg/behandeling/training) worden gedaan met een verwacht effect op de verslaving?
 - Moet de interventie binnen of buiten detentie worden aangeboden?
 - Welke aard en zorg van intensiteit is nodig?
 - Moet daarbij sprake zijn van aangepast programma, bijvoorbeeld in de vorm van een gecombineerd interventie op verslavings- én crimineel gedrag?
5. Is interventie (zorg/behandeling/training) van gediagnosticeerde factor (of factoren in combinatie) aangewezen ongeacht het effect op TR (bijvoorbeeld vanuit *gezondheids- of humanitair* perspectief)?
Zo ja, welke intensiteit en aard van zorg is nodig?
6. Is de factor verslaving verweven met andere *criminogene factoren* (bijvoorbeeld psychische stoornissen) en welke consequentie heeft dat voor de aan te wijzen TR-interventie?
7. Wat is het justitieel kader waarin de op grond van de verdiepingsdiagnostiek geïndiceerde interventies moeten worden aangeboden teneinde tot effect te kunnen leiden?

Screening met de RISc

De verdiepingsdiagnostiek moet ondersteunen bij beslissingen 2-7. Bij beslissing 1 moet dat gebeuren met behulp van screening². Hiervoor zijn de schalen 8 en 9 van de RISc bedoeld. De verdiepingsdiagnostiek zal normaliter op de RISc volgen.

Het perspectief van TR versus een gezondheid/humanitair perspectief

De belangrijkste rol van de reclassering is bijdragen aan TR. Is dat de enige rol of kan er ook sprake zijn van interventies die gericht zijn op (zorg/behandeling/training) vanuit gezondheids- of humanitair perspectief? Daarop doelt beslissing 5.

Verwevenheid verslaving en criminaliteit

Het instrumentarium voor triage en diagnostiek in de verslavingszorg is ontworpen in en ten behoeve van de gezondheidszorg en gericht op de gezondheidssituatie van de cliënt. Daarin wordt gewoonlijk geen aandacht besteed aan crimineel gedrag – laat staan aan de samenhang tussen verslaving en criminaliteit. De criminele leefstijl is een onderbelicht element in de niet-justitiële verslavingszorg. Om geschikt te kunnen zijn als verdiepingsdiagnostiek bij de RISc dient een module te worden ontwikkeld op basis waarvan inzicht wordt verkregen in de samenhang tussen de verslavingsproblematiek en het crimineel gedrag. Opvallend is dat er in de internationale literatuur over deze relatie

² Een betere term is *case finding*, omdat in deze populatie een hoge prevalentie van het voorkomen van criminogene factoren kan worden verwacht.

weinig is gepubliceerd – er bestaat ook geen instrument om de verwevenheid vast te stellen. In de wetenschappelijke literatuur wordt gesproken van de *nexus* tussen verslaving en criminaliteit. We zijn er desalniettemin vanuit gegaan dat in ieder geval de volgende driedeling behulpzaam kan zijn bij het toeleiden van justitiabelen aan interventies. Te weten:

1. justitiabelen bij wie de prioriteit ligt bij de verslaving, en het crimineel gedrag functioneel of secundair is (vb: verwervingscriminaliteit)
2. justitiabelen bij wie het crimineel gedrag primair is en bij wie de verslaving (veelal: het overmatig middelengebruik) secundair is (bv de pleger van agressie onder invloed)
3. een derde categorie bij wie het onderscheid niet (meer) te maken is.

We ontwierpen voor dit onderscheid de NEXUS. In dit vooronderzoek wordt dit instrument aan een eerste validatie onderworpen. Deze validatie heeft overigens vooralsnog alleen betrekking op afneembaarheid en spreiding en heeft geen betrekking hebben op de consequenties van een hierop gebaseerde toewijzing. Eerst moet de differentiërende waarde van het instrument worden vastgesteld door middel van onderzoek naar de differentiële en concurrente validiteit.

Psychische comorbiditeit

Criminogene factoren zijn sterk verweven. Dat geldt in het bijzonder verslaving en andere psychiatrische ziekten. In beslissing 6 wordt er daarom gewezen op dat verdiepingsdiagnostiek van verslaving niet los worden gezien van verdiepingsdiagnostiek van andere psychische stoornissen. De verslavingszorg hanteert daarbij een vorm van getrapte assessment: stap 1: screening en case finding van comorbiditeit bij iedereen, stap 2: diagnostiek bij aanwijzing van een stoornis. Die procedure dient ook gevolgd te worden voor justitiabelen. Dat neemt niet weg dat er behoefte zal zijn aan verdiepingsdiagnostiek van psychische stoornissen bij niet-verslaafde justitiabelen. Het is niet de opdracht die te ontwikkelen in dit project. Voor verslaafden geldt dat de hier ontwikkelde verdiepingsdiagnostiek zich uitdrukkelijk óók uitstrekt over comorbide psychische stoornissen.

Motivatie

Justitiabelen die worden onderworpen aan verdiepingsdiagnostiek zijn niet zonder meer te beschouwen als reguliere cliënten van de verslavingszorg. Er kan bij hen sprake zijn van het geheel ontbreken van motivatie tot verandering van (verslavings)gedrag en/of van motivatie tot meewerken aan behandeling. Deze aspecten verdienen daarom bijzondere aandacht in de diagnostiek van justitiabelen.

Inbedding uitkomsten verdiepingsdiagnostiek in justitieel kader

Beslissing 7 verwijst naar de inbedding in een justitieel kader van de toeleiding naar de geïndiceerde interventies. De reclasseringwerker verwerkt de uitkomsten van de verdiepingsdiagnostiek in zijn advies aan de gerechtelijke instanties. Hiermee is ook de functie van de verdiepingsdiagnostiek in het reclasseringtraject aangegeven die wij hebben gehanteerd bij het opstellen van de verdiepingsdiagnostiek beschreven, namelijk:

De verdiepingsdiagnostiek geeft aan of en welke interventies geïndiceerd zijn voor de beïnvloeding van verslaving als criminogene factor (dan wel vanuit gezondheids/humanitair perspectief) bij justitiabelen met een vermoeden van verslaving, zodanig dat ze kan worden gehanteerd door de reclasseringwerker in het door deze op te stellen rapportage of advies aan de gerechtelijke instantie en zodanig dat zij leidt tot versoepeling van de toeleiding naar beoogde interventies. Op grond hiervan is het een voorwaarde dat de verdiepingsdiagnostiek wordt gedaan door een medewerker die ervaren is in en vertrouwd met de verslavingszorg. In het geval de verdiepingsdiagnostiek niet wordt gedaan door een reclasseringwerker (de praktijken verschillen wat dit betreft in den lande) zal de verdiepingsdiagnostiek moeten worden geformuleerd in de vorm van een advies dat de reclasseringwerker kan verwerken in zijn rapportage en advies en dus ook zijn gesprekken met de justitiabele over het te volgen traject.

3 MATE-CRIMI: MATE (Zorgbehoefte), NEXUS (Criminaliteit) en MfT (Motivatie)

3.1 MATE: introductie

In het professionaliseringsproces dat de verslavingszorg op dit moment doormaakt past een kritische blik op de wijze waarop gegevens over aandoening en problemen van de cliëntèle worden vastgesteld en hoe ze worden gebruikt voor indicatie van zorg en behandeling. Eind jaren tachtig hebben veel verslavingszorgsinstellingen in Nederland de vaak zelfgemaakte, particuliere en sterk van elkaar verschillende intakeinstrumenten vervangen door of aangevuld met de (Europ)ASI. Dat instrument is in de VS ontwikkeld om onderzoek te doen bij verslaafden. De (Europ)ASI komt redelijk tegemoet aan wat hulpverleners meenden te moeten weten. Dank zij de ASI is ook in Nederland meer onderzoek mogelijk geworden en beschikten de instellingen over enige standaardisering in hun patiëntgegevens. Op de ASI is echter kritiek te leveren. Het instrument is verouderd, wordt voor teveel verschillende doelen gebruikt, is psychometrisch zwak, te onvolledig enerzijds en te overdadig anderzijds en te 'Amerikaans'. Onduidelijk is verder welke ASI gegevens door wie eigenlijk waarvoor gebruikt kunnen en moeten worden. Die kritiek is recent verwoord door Schippers, Broekman, Koeter, & Van den Brink (2004) en Broekman, Schippers, Koeter, & Van den Brink (2004). Inmiddels staan de ontwikkelingen in de VS niet stil: er wordt in de komende jaren een nieuwe versie van de ASI ontwikkeld. Veel is er nog niet over bekend, de nieuwe versie wordt in ieder geval een stuk langer. De Amerikanen doen dat in eigen beheer en de vraag is of daarop gewacht moet worden. Deze vraag is in Nederland ontkennend beantwoord, ook omdat in andere delen van Europa belangstelling is voor een eigen ontwikkeling. Resultaten Scoren en ZonMw boden de financiële mogelijkheid voor een project. Het Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) heeft die ter hand genomen in samenwerking met Bureau Bêta te Nijmegen. Een stuurgroep met experts in verslavingszorg en psychometrie begeleidt het project. In een voortraject zijn de specificaties opgesteld waaraan het nieuwe instrument moet voldoen (Broekman & Schippers 2003).

Het ZONMw project heeft als titel *Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment (SAT)*. De specificaties voor het nieuwe verslavingszorg instrument zijn als volgt geformuleerd. Het instrument moet

- a) afgeleid zijn van een duidelijk conceptueel schema
- b) functioneel gerelateerd zijn aan de behoeften van de verslavingszorg in de praktijk
- c) internationaal compatibel zijn en gebaseerd op de beste reeds ontwikkelde instrumenten
- d) in staat zijn behoeften en compensaties te meten en
- e) toepasbaar zijn in de praktijk.

Bij de ontwikkeling is onderscheid gemaakt in drie belangrijke functies van meten aan de voordeur (of vlak daarachter), nl 1. triage, 2. diagnostiek en 3. monitoring en evaluatie. *Triage* staat voor het zo efficiënt mogelijk toewijzen van de graad van intensiteit van zorg en de modaliteit van zorg. Te denken is aan ambulante vs klinische (intensiteit) en aan behandeling van psychische, sociale en lichamelijke co-morbiditeit (modaliteit). *Diagnostiek* is het op grond van classificatiesystemen vaststellen welke stoornis of probleem de persoon heeft zó, dat passende behandeling of zorg aangeboden. Diagnostiek vindt plaats ná triage. *Monitoring of evaluatie* betekent het bijhouden en beoordelen van de veranderingen bij de cliënt in datgene waarvoor behandeld is of zorg geboden, maar ook breder (kwaliteit van leven bv). MATE is bedoeld voor triage en voor monitoring en evaluatie. Alleen ten aanzien van middelenafhankelijkheid wordt ook diagnostiek gepleegd. Vandaar: *Meetinstrument bij Addictie voor Triage en Evaluatie*.

Voorts dient het instrument te kunnen worden gebruikt in een protocol voor indicatiestelling en verwijzing. Volgens de door Resultaten Scoren ontwikkelde werkwijze (de Wildt et al. 2002) kan triage volstaan met enkele kenmerken, te weten: behandelgeschiedenis, verslavingsernst, sociale integratie en psychiatrische comorbiditeit. MATE is ontworpen om dat te doen en stelt vast wat de stand van zaken is op deze gebieden. Voor evaluatie en monitoring is het daarnaast

van belang te weten hoe het staat met de belangrijke leefgebieden van de persoon en of daar verandering in is gekomen. In de eerste plaats betreft dat het alcohol- en/of druggebruik, maar ook andere domeinen kunnen van belang zijn. MATE is bedoeld om bepaalde zorg en behandelingsmodules te kunnen indiceren. Vandaar dat het de hulpbehoefte vaststelt. Daartoe heeft MATE aangesloten bij het in het kader van de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde classificatiesysteem voor het menselijk functioneren: de *International Classification of Functioning* (ICF) (World Health Organization 2001). Voor de benodigde kennis over de activiteiten en participatie van een persoon levert de ICF een uniform en wereldwijd reeds op tal van terreinen toegepast conceptueel kader. Ook in Nederland wordt door gezondheidszorginstanties en door de regering de toepassing van de ICF uitdrukkelijk aanbevolen. Voor een reeks medische en psychiatrische doelgroepen zijn en worden er van de ICF afgeleide instrumenten ontwikkeld. Bij deze dus ook voor verslaafden.

MATE is niet één instrument, maar een verzameling van bestaande en nieuwe ontwikkelde (waaronder dus de MATE-ICF). Deels zijn het interviews en deels (zelfinvul)vragenlijsten. Afzonderlijk worden vastgesteld: behandelgeschiedenis, verslavingsernst, sociale integratie (activiteiten en participatie) en de lichamelijke en psychiatrische co-morbiditeit.

3.2 MATE-CRIMI Onderdelen

De MATE-CRIMI is opgenomen als bijlage. Ze bestaat uit 12 onderdelen die hieronder worden besproken.

Interviewgedeelte

- 1. Middelen: Gebruik
- 2. Indicaties psychiatrisch / medisch consult
- 3. Verslavingsbehandelingsgeschiedenis
- 4. Middelen: Afhankelijkheid & Misbruik
- 5. Lichamelijke klachten
- 6. Persoonlijkheid
- 7. Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning
- 8. Externe factoren van invloed op het herstelproces
- MATE CRIMI A: Relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag

Zelfinvulvragenlijsten

- 9. Middelen: Verlangen
- 10. Angst en Depressie
- MATE CRIMI B: Motivatie voor behandeling

3.2.1 Middelen: Gebruik

Het gebruik van stoffen of middelen (of het gokgedrag) wordt in een zogeheten gebruiksgrid (ruitjespapier) in kaart gebracht. Per stof of middel wordt nagegaan hoeveel dagen in de laatste 30 dagen (1 maand), de stof is gebruikt. Voor de situatie in detentie wordt uitgegaan van de situatie 30 dagen voor detentie.

Van iedere stof die gebruikt wordt, wordt het aantal eenheden op een kenmerkende dag waarop gebruikt wordt genoteerd. Van iedere stof wordt het aantal jaren gebruik geregistreerd. Het gaat om het totaal aantal jaren gebruik waarin: minstens 3 keer per week enige hoeveelheid is gebruikt óf 2 keer per week opeenvolgend is gebruikt met gevolgen voor “normale” activiteiten.

Als van alle stoffen die cliënt gebruikt de frequentie en hoeveelheid zijn nagevraagd, wordt de *Primaire Probleemstof*/ of het *Primaire Probleem* bepaald. De primaire probleemstof is de stof waarvan het gebruik door de cliënt en de beoordelaar als het meest problemen veroorzakend wordt ervaren. Als dit onduidelijkheden oplevert, wordt gekozen in de volgorde (1) Opiaten of Cocaïne, (2) Alcohol, (3) Overige drugs en sedativa, (5) Cannabis. Als nicotinegebruik of

gokken de aangemeldklacht is, dan is dat de probleem(stof).

De grid van de MATE is gebaseerd op de CIDI (World Health Organization 1997a; World Health Organization 1997b), de OTI (Darke et al. 1992), de MAP (Marsden et al. 1998) en de ASI (McLellan et al. 1992).

3.2.2 Indicaties psychiatrisch / medisch consult

Dit onderdeel is bedoel om na te gaan in hoeverre er sprake is van psychische of algemeen medische problemen die een nader psychiatrisch of medisch consult nodig maken. Daartoe wordt nagegaan of er medicatie wordt gebruikt voor de verslaving, andere psychische, of andere algemeen lichamelijke problemen. Ook wordt nagegaan in of er op het moment sprake is van een psychiatrische of psychologische behandeling. Suïcidaal risico (wens en plan) wordt nagevraagd, alsmede het voorkomen van hallucinaties en wanen. Verwardheid, lichamelijke ongezondheid en intoxicatie/ontweningsverschijnselen worden geobserveerd.

3.2.3 Verslavingsbehandelingsgeschiedenis

In toewijzingsbeslissingen spelen voorafgaande behandelingen een prominente rol. Daarom wordt in deze sectie het aantal behandelingen nagevraagd, gesplitst naar wel of niet regulier afgesloten, en ambulante/deeltijd en klinisch. Als behandeling gelden alle geprogrammeerde activiteiten die gericht zijn op verslavingsgedrag, die worden uitgevoerd door een professional en waarbij veranderafspraken over middelengebruik zijn gemaakt

3.2.4 Middelen: Afhankelijkheid & Misbruik

In deze sectie wordt met behulp van de items die uit de CIDI (World Health Organization 1997a) zijn afgeleid, de diagnose middelenafhankelijkheid en /of middelenmisbruik gesteld volgens DSM-IV criteria en wel voor wat in sectie 1 als Primaire Probleemstof is gekenmerkt.

3.2.5 Lichamelijke klachten

Veel voorkomende lichamelijke klachten bij verslaafden worden systematisch nagevraagd middels de MAP-HSS (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann, Edwards, & Strang 1998) die een aanpassing is van de Opiate Treatment Index (Darke et al. 1991; Darke, Hall, Wodak, Heather, & Ward 1992). De schaal is in Nederland vertaald en gebruikt door de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden CCBH.

3.2.6 Persoonlijkheid

Een korte screeningslijst voor persoonlijkheidsstoornissen is opgenomen in de MATE, namelijk de SAPAS (Germans, Van Heck, & Hodiament 2005a; Germans, Van Heck, & Hodiament 2005b; Moran et al. 2003), Het is de enige korte screeningslijst voor persoonlijkheidsstoornissen die er bestaat. De SAPAS wordt op het moment ook in Nederland door een groep in Brabant van de universiteit van Tilburg onderzocht.

3.2.7 Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning

In MATE-ICF, *onderdeel d: Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning*, worden de voor verslavingsproblemen relevante items uit deel d (Activiteiten & Participatie) van de ICF nagevraagd. De ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) maakt een onderscheid tussen de uitvoering van activiteiten en participatie en het vermogen. In MATE-ICF dient de uitvoering beoordeeld te worden; niet het vermogen. De uitvoering kan ondersteund worden door externe factoren of hulpleverende instanties. Iemand die bijvoorbeeld zelf niet het vermogen bezit zelf(standig) huishoudelijk taken te verrichten maar bij wie de huishoudelijk taken wel met hulp van anderen uitgevoerd worden, moet dus gescoord worden als "geen beperking in de uitvoering".

Voor items waarvoor geïnstitutionaliseerde hulp bestaat, is het corresponderende item uit deel e (Externe factoren) van de ICF toegevoegd. Zo staat bijvoorbeeld bij het item *Verwerven en behouden van woonruimte*, als externe hulp &

ondersteuningsfactor *Woonvoorzieningen, sociaal pension* genoemd. Bij hulp & ondersteuning wordt gescoord hoeveel institutionele hulp de persoon ontvangt bij de betreffende activiteit. Voor iedere activiteit (of cluster van) wordt een schatting gemaakt (zowel door beoordelaar als door de cliënt) van de (extra) hulp die nodig wordt geacht om het functioneren op het betreffende gebied te verbeteren.

De volgende hoofdstukken komen voor in de MATE-ICF:

d1 Leren en toepassen van kennis

d2 Algemene taken en eisen (dagritme, dagelijkse routine, omgaan met stress, crisis)

d5 Zelfverzorging

d6 Huishouden

d7 Tussenmenselijke interacties en relaties

d8 Belangrijke levensgebieden (volgen van opleiding of hebben en uitvoeren van werk; Economische zelfstandigheid)

d9 Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven (recreatie, vrije tijd, religie).

Instrumenten die zijn gebaseerd op de ICF maken een selectie van relevante hoofdstukken. In het geval van de MATE-ICF is een selectie gemaakt op basis van een expertoordeel van de MATE-werkgroep over relevantie voor de populatie van verslaafden. Die selectie kan uiteraard worden aangepast.

3.2.8 Externe factoren van invloed op het herstelproces

In MATE-ICF, *onderdeel e: Externe factoren van invloed op het herstelproces*, komen de volgende (gedeeltes van) hoofdstukken uit de externe component van de ICF aan bod:

e3 Ondersteuning en relaties

e4 Attitudes (negatieve)

e5 Diensten, systemen en beleid (overige)

Er wordt bepaald in hoeverre de genoemde factor een *ondersteunende, positieve* of een *belemmerende, negatieve* invloed heeft. Voor de belemmerende externe factoren wordt ook nagevraagd of er behoefte aan hulp bestaat voor de betreffende negatieve factor.

3.2.9 Middelen: Verlangen

Craving (verlangen, zucht) een kernbegrip bij verslaving kan met de OCDS (Schippers et al. 1997) gemeten worden. 5 items van de oorspronkelijk 11 blijken voldoende om het begrip te meten (de Wildt et al. 2005).

3.2.10 Angst en Depressie

Angst en depressie zijn de meest voorkomende psychiatrische ziekten die tegelijkertijd met verslaving voorkomen. Daarom is er naast sectie 3.2.2 ook een zelfinvullijst opgenomen voor depressieve en angstige klachten. De *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) is door Zigmund en Snaith in 1983 ontwikkeld om angst en depressie te detecteren bij algemeen medische patiënten (Zigmund & Snaith 1983). Er is veel internationaal onderzoek mee gedaan en de HADS is ook in Nederland vertaald en onderzocht (Spinoven et al. 1997).

3.3 MATE-CRIMI: NEXUS en MfT

3.3.1 NEXUS: Relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag

Veel auteurs spreken over de *nexus* tussen drugs & alcohol en criminaliteit & geweld. Hiermee wordt de verbintenis en stevige band tussen gebruik en criminaliteit bedoeld. De term geeft ook iets van onlosmakelijkheid en niet te ontwarren weer. De meest bekende poging om de nexus te ontwarren is het tripartite model van Goldstein (Goldstein 1985). Het model gaat over de relatie tussen drugs en geweld. Drie soorten druggerelateerd geweld worden onderscheiden: psychofarmacologisch, economisch-compulsief en systemisch. Psychofarmacologisch geweld is rechtstreeks het gevolg

van agressiebevorderende werking van drugs. Bij economisch-compulsief geweld ligt de oorzaak in de verslaving aan drugs, en is het gewelddadig gedrag verwervingscriminaliteit. Systemisch geweld vindt haar oorzaak niet in de drugs zelf, maar is een uitvloeisel van betrokkenheid bij (intrinsiek gewelddadige) drugshandel. Recent is dit model op een groep jeugdige Amerikaanse gedetineerden en school drop-outs toegepast. Dit gaf te zien dat ongeveer 60% niet in te delen was in een van de drie categorieën, ongeveer 35% psychofarmacologisch, 9% economisch-compulsief en 8% systemisch.

Er is geen bestaand instrument voorhanden om de nexus bij individuen te meten. Er zijn wel eisen geformuleerd waaraan een instrument dat verslaving en criminaliteit moet kunnen meten moet voldoen (Brochu & Lewis 1990) vinden dat zo'n instrument zou moeten kunnen bepalen

- a) de volgorde van voorkomen van alcohol/drug gebruik en de eerste criminele activiteiten,
- b) de familiegeschiedenis van alcohol/drugs misbruik
- c) de redenen voor alcohol/drugs gebruik,
- d) de redenen voor crimineel gedrag,
- e) de eerder behandelingen voor alcohol/drugs misbruik en
- f) de bereidheid en mogelijkheid tot verandering.

Tegen deze achtergrond hebben wij een jaar geleden de NEXUS ontwikkeld waarmee een poging gedaan wordt de nexus bij de individuele justitiabele verslaafde uiteindelijk te classificeren in een van de volgende drie categorieën:

1. het crimineel gedrag is primair is en de verslaving (veelal: het overmatig middelengebruik) is secundair
2. prioriteit ligt bij de verslaving, en het crimineel gedrag is functioneel of secundair en
3. een derde categorie bij wie het onderscheid niet (meer) te maken is en de nexus niet te ontvlechten is.

NEXUS bevat items die relevant zijn voor het onderscheid en waarop de relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag gebaseerd wordt. De beoordelaar geeft in het laatste item als het ware een conclusie weer van de gestelde vragen. Uit latere analyse zal moeten blijken in hoeverre de items bijdragen aan het onderscheid.

De eerste vragen gaan over het crimineel gedrag. Hiervan wordt vastgesteld of er sprake is van een patroon d.w.z. of er herhaaldelijk sprake is van min of meer hetzelfde crimineel gedrag dat in vergelijkbare omstandigheden en uit dezelfde motieven is voorgekomen. Alleen als er sprake is van een patroon kan de relatie worden vastgesteld. De volgende vragen gaan in op temporele, functionele en motivationele relaties tussen middelengebruik en crimineel gedrag.

Met het laatste item beoordeelt de beoordelaar rechtstreeks wat de relatie is tussen middelengebruik en crimineel gedrag.

3.3.2 MfT: Motivatie voor behandeling

Voor het meten van motivatie hebben we gekozen voor een bestaand Amerikaans instrument Motivation for Treatment (Simpson & Joe 1993), dat in het Nederlands vertaald en onderzocht is (De Weert-Van Oene et al. 2002). Het instrument kent 4 schalen, Namelijk Probleemherkenning I en II, Hulpwens, en Behandelbereidheid.

Probleemherkenning bestaat uit algemene probleemherkenning (I) en meer specifieke (II) waarin de erkenning tot uitdrukking komt dat het gebruik specifieke problemen veroorzaakt. Ten grondslag aan het instrument ligt het idee dat er vanuit het stadium van probleemherkenning, een wens naar hulp ontstaat die zich vertaalt in bereidheid tot verandering.

4 Resultaten

4.1 Inleiding

De resultaten beperken zich tot een overzicht van de gegevens die met de MATE-CRIMI verzameld zijn kunnen worden bij een beperkt aantal justitiabelen. De resultaten zijn in eerste instantie bedoeld om een indruk te geven van de spreiding van de gegevens, die een oordeel mogelijk maken over de afneembaarheid en de relevantie van de onderdelen van het instrument.

De MATE-CRIMI bestaat uit 12 onderdelen. De resultaten op alle onderdelen worden hieronder vermeld. Voor een deel beperken we ons verwijzing naar bijlagen waar in tabellen de frequenties worden vermeld. Aan de beide onderdelen waarin de MATE-CRIMI zich onderscheidt van de MATE besteden we wat meer aandacht.

4.2 Respondenten

De MATE-CRIMI is afgenomen bij 94 justitiabelen. De selectie van de gedetineerden is geschied op basis van beschikbaarheid, dat wil zeggen dat er geen sprake is van representativiteit of van selectie op basis van andere kenmerken. Een nadere aanduiding van de omstandigheden waarin de afname is gebeurd is beschreven in de procesbeschrijving. De respondenten zijn 90 mannen en 4 vrouwen met een leeftijd variërend tussen 18 en 65 en gemiddeld 35.9 jaar. Van deze gedetineerden zijn de CVS-nummers bekend. In het kader van dit onderzoek worden echter van de achtergrondgegevens geen nader gebruik gemaakt.

4.3 MATE

4.3.1 Middelen: Gebruik

De afname van een gebruiksgrid voor het vaststellen van middelengebruik levert bij het merendeel van de respondenten geen problemen op. Problemen zijn er overigens wel met het interpreteren van de gegevens – het invullen van open vragen, het registreren in termen van standardeenheden, en andere onvermijdelijke aspecten van een grid is ook voor verslavingszorgmedewerkers geen eenvoudige opgave. Het verantwoord gebruik vereist een grotere training dan is gegeven.

Zoals in Tabel 1 en Tabel 2 (Bijlage 3) is te zien is in het gebruik opvallend vaak sprake van gebruik van stimulerende middelen. Dat blijkt ook uit een overzicht van de Primaire Probleemstof (Tabel 1)

Tabel 1 Middelengebruik Primaire probleemstof

	N	%
Alcohol	13	14.1%
Cannabis	7	7.6%
Opiaten	14	15.2%
Cocaine	56	60.9%
Gokken	2	2.2%

4.3.2 Indicaties psychiatrisch / medisch consult

Het eerste gedeelte over gebruikte medicatie voor de verslaving, andere psychische, of andere algemeen lichamelijke problemen is niet accuraat en precies ingevuld door de beoordelaars waardoor bij de datainvoer veel informatie (die wel op het formulier staat) verloren is gegaan. Ook de layout van dit gedeelte behoeft verbetering.

De kenmerken die indicierend kunnen zijn voor een psychiatrisch / medisch consult zij wel goed ingevuld. Zoals uit Tabel 4 (Bijlage 3) te lezen valt, is hebben 19 personen 1 of meer positieve antwoorden op de eerste 5 kenmerken (psychisch), 15 personen 1 of meer op de laatste 4 kenmerken (medisch). 3 personen maken deel uit van beide groepen.

4.3.3 Verslavingsbehandelingsgeschiedenis

Op het moment kunnen we hier niets over zeggen omdat bij dit onderdeel door de MATE-CRIMI afnemers niet duidelijk begrepen is dat het aantal behandelingen moet worden ingevuld in plaats van alleen maar of er behandeling is geweest. Bij de datainvoer is dit inconsequent gehercodeerd. Om deze nog gegevens alsnog te kunnen analyseren, zullen ze opnieuw ingevoerd moeten worden.

4.3.4 Middelen: Afhankelijkheid & Misbruik

In Tabel 5 (Bijlage 3) zijn de uitslagen genoteerd op de vragen van de CIDI naar afhankelijkheid en misbruik. Van de respondenten is bij 93.5% (N=87) sprake van middelenmisbruik. Bij 74.3% (69) is er sprake van afhankelijkheid (Tabel 6, Bijlage 3)). Hieruit blijkt wel dat voor deze pilot de juiste doelgroep is geselecteerd.

4.3.5 Lichamelijke klachten

De lijst is goed ingevuld (Tabel 7, Bijlage 3). Slechts 2 personen scoren boven het experimentele scheidingspunt van een totaalscore van 20. 40% Voldoet aan het experimentele scheidingspunt van een score van 3 of meer op 1 item.

4.3.6 Persoonlijkheid

Ook het invullen van deze lijst, die dient als screener voor persoonlijkheidsstoornis levert weinig problemen op (Tabel 8, Bijlage 3). Bij het experimentele afkappunt van 3 of meer zou er bij ruim 50% sprake te zijn van indicatie van een persoonlijkheidsstoornis.

4.3.7 Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning

De vragen over de beperkingen zijn goed ingevuld. In Tabel 9 zijn de gemiddelden en SD per paragraaf te vinden. Een score van 3 of meer wordt binnen de ICF als score waarbij hulp noodzakelijk is gehanteerd. Het aantal personen met een score van 3 of meer is ook weergegeven. Woonruimte, opleiding/werk, en economische zelfstandigheid zijn de meest voorkomende problemen (ongeveer 25%). Ook het omgaan met crisissituaties scoort vrij hoog (20%).

Voor wat betreft de hulp & ondersteuning hulpbehoefte van respondenten geldt dat deze vragen minder accuraat zijn ingevuld dan de beperkingsvragen. Antwoorden staan soms wel op het formulier maar zijn niet in het juiste getal uitgedrukt of niet ingevuld omdat het "wel duidelijk" is.

Wat woonruimte betreft, wordt al veel hulp verleend (Tabel 10), voor opleiding/werk en economische zelfstandigheid geldt dit veel minder.

Behoeft aan hulp varieert, van 58% bij het zoeken naar werk of opleiding en 40% in financiële zin tot nauwelijks (6%) bij huishoudelijke taken en bij cognitieve problemen (12%). De professionals komen voor de meeste gebieden tot een wat hoger percentage dan de respondent hulpbehoeften (Tabel 11, Bijlage 3). In het algemeen geldt dat er een hoge mate van overeenstemming is tussen de professional en de respondent..

4.3.8 Externe factoren van invloed op het herstelproces

Ook deze lijst is goed ingevuld (Tabel 12, Bijlage 3). Opvallend is dat er behoorlijk positieve sociale invloeden (gem 2.2 op schaal van 0-4), geïdentificeerd worden, sterker dan negatieve invloeden (gem 1.2).

Ook het juridische systeem wordt gemiddeld meer positief (gem. 1.8) als negatief (gem. -.57) beoordeeld wat betreft invloed op het herstelproces.. Hulpbehoefte wordt aangegeven door 10-25% van de respondenten (Tabel 13).

4.3.9 Middelen: Verlangen

De gemiddelde scores op de items van de OCDS zijn laag. Dat wil zeggen dat de respondenten dus niet veel in gedachten met gebruik bezig zijn. Voor een deel zou dat verklaard kunnen worden doordat veel cliënten methadon krijgen, voor een deel ook doordat veel cliënten cocaïne als verslavende stof hebben waarbij craving minder een rol

speelt als de stof niet beschikbaar is.

4.3.10 Angst en Depressie

Ook deze lijst is goed ingevuld. Respondenten hebben niet veel moeite met het zelfinvul karakter (tabel 15 Bijlage 3). 7 (8%) Respondenten hebben een score van 11 of hoger op de depressie-schaal hetgeen duidt op een indicatie van een depressieve stoornis; 8 hebben een score hoger dan 11 op de angstschaal hetgeen duidt op een indicatie van een angststoornis (tabel 16, Bijlage 3). 2 personen scoren op beide schalen boven het scheidingspunt. De scores zijn lager dan wat we zouden verwachten bij een populatie verslaafden, en wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een adequate behandeling van deze symptomen.

4.4 NEXUS: Relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag

Met de NEXUS is het de bedoeling om een indeling te maken in drie categorieën wat betreft de verwevenheid criminaliteit en middelengebruik. In de tabellen 1 tot 6 zijn de resultaten weergegeven met de antwoorden op de vragen die een dergelijke indeling mogelijk moeten maken.

Tabel 2 bevat, ter achtergrondinformatie, de gegevens over het crimineel gedrag zelf, overeenkomstig een gangbare indeling.

Tabel 2 Criminele gedragingen, criminele patronen en primair patroon (N=94)

	Daden afgelopen 5 jaar		Delict vormt een patroon		Primair delictpatroon	
	N	% ^a	N	% ^a	N	%
a Geweld tegen personen moord, doodslag, bedreiging met wapen	30	32.3	13	15.9	8	8.5%
b Geweld tegen personen met vermogensdelict (Roof)overval	16	17.2	8	9.8	4	4.3%
c Brandstichting niet gericht tegen personen	1	1.1	1	1.2	0	0%
d Diefstal en inbraak woning, auto, winkel	73	78.5	67	81.7	53	56.4%
e Vandalisme, overlast en ander asociaal en antisociaal gedrag	21	22.6	12	9.1	4	4.3%
f Illegale productie, grootschalig bezit, handel of smokkel	32	34.4	24	18.2	4	4.3%
g Rijden onder invloed	22	23.7	7	5.3	2	2.1%
Overig					9	9.6%
Geen primair patroon ingevuld					10	10.6%

^a % van de 94 subjecten, telt op tot meer dan 100% omdat meerdere categorieën mogelijk zijn

Het lukt goed om het crimineel gedrag in kaart te brengen. Ook worden er patronen in vastgesteld. Slechts bij 10% is dat niet gelukt.

Opvallend bij de delicten als patroon is het relatief grote aantal met diefstal. Ofschoon 49% van de respondenten de afgelopen vijf jaar een geweldsmisdrijf had gepleegd, nemen die slechts 13% van de patronen voor hun rekening.

Herhaald geweld komt volgens deze inventarisatie dus minder vaak voor.

Bij 73 van de 94 beoordeelde is gescoord dat ze *meestal* onder invloed waren van alcohol of drugs bij het plegen van een misdrijf. Uit Tabel 3 blijkt dat het merendeels om cocaïne ging.

Tabel 3 Primair delictpatroon komt voor onder invloed van stof (n=73)

	N	% ^a
a Alcohol	22	30.1%
b Cannabis	5	6.8%
c Opiaten	33	45.2%
d Cocaïne	53	72.6%
e Stimulantia	0	0%
f XTC	0	0%
g Andere middelen	2	2.7%

^a % van de 73 subjecten waarbij patroon onder invloed voorkomt, telt op tot meer dan 100% omdat meerdere categorieën mogelijk zijn

4 MATE-CRIMI: Resultaten

Bij de beoordeling van de relatie tussen het onder invloed zijn en het voorkomen van het delictpatroon geldt dat de meeste respondenten (ca 60%) het gedrag vertonen als ze onder invloed zijn (categorie 1 en 4). De overigen (categorie 2 en 3) plegen ook misdrijven als ze *niet* onder invloed zijn (Tabel 4).

Tabel 4 Relatie tussen het voorkomen van primair delictpatroon en het onder invloed zijn (N=84)

	N	%
1 De persoon vertoont het gedrag alleen als hij onder invloed is	37	44.0%
2 Er is geen relatie want de persoon vertoont het gedrag zowel als hij niet onder invloed is, als wanneer hij wel onder invloed is	22	26.2%
3 De persoon vertoont het gedrag alleen als hij niet onder invloed is	10	11.9%
4 Er is geen relatie vast te stellen omdat de persoon vrijwel altijd onder invloed is.	15	17.9%

In Tabel 5 en Tabel 6 zijn de antwoorden op de vragen 6-11 van de NEXUS opgenomen. De vragen zijn goed te beantwoorden, er zijn weinig missende waarden en de antwoorden geven een goede spreiding weer.

Tabel 5 Positieve antwoorden op functionele en motivationele relaties

	N	%
6 Staat het primaire patroon vooral in dienst van de financiering van eigen middelengebruik?	52	61.2%
7 Kan het middelengebruik vooral gezien worden als een manier om een bepaalde stressvolle leefstijl vol te kunnen houden?	48	53.9%
8 Komt het middelengebruik vooral voort uit een behoefte aan spanning en sensatie?	39	43.8%
9 Vergemakkelijkt het middelengebruik het primair patroon? Werkt drempelverlagend?	61	70.9%
10 Lokt het middelengebruik, het primair patroon uit? Middelengebruik roept het gedrag op?	41	47.7%

Tabel 6 Leeftijd ontstaan primair probleemgedrag en leeftijd ontstaan middelengebruik

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Mediaan
11a Het primair probleemgedrag ontstond op leeftijd:	83	6	61	21	18
11b Het middelengebruik ontstond op leeftijd:	86	9	42	20	18

Uit Tabel 7 blijkt de grote spreiding wat betreft de relatie tussen begin van middelengebruik en van crimineel gedrag in de geschiedenis van de respondenten. Bij ca 10% is het probleemgedrag gelijktijdig begonnen, voor het overigen zijn de respondenten vrijwel gelijk verdeeld over het aantal waarbij het een dan wel het andere probleemgedrag eerder begon. Deze grote spreiding vormt mogelijk een bron voor nadere identificatie.

Tabel 7 Verschil tussen leeftijd primair probleemgedrag en leeftijd middelengebruik (positief: primair probleemgedrag is begonnen na middelengebruik)

Verschil	N	%	% voor, %gelijktijdig,	Verschil	N	%	% na
-14	1	1.2		1	9	10.8	
-12	1	1.2		2	4	4.8	
-10	1	1.2		3	6	7.2	
-9	2	2.4		4	2	2.4	
-8	1	1.2		5	3	3.6	
-7	3	3.6		6	2	2.4	
-6	5	6.0		8	1	1.2	
-5	1	1.2		10	2	2.4	
-4	7	8.4		11	2	2.4	
-3	2	2.4		12	1	1.2	
-2	7	8.4		13	2	2.4	
-1	4	4.8	Voor: 42.2%	16	1	1.2	
				22	1	1.2	
				24	1	1.2	
				28	1	1.2	
0	9	10.8	Gelijktijdig:10.8%	37	1	1.2	Na: 47.0%
				Totaal	83	100.0	

De informatie uit deze vragen interpreterend is de NEXUS-afnemer gevraagd om een typering te geven van de relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag. De resultaten staan in Tabel 8.

Tabel 8 De relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag

Typering	N	%
1. Het criminele, grensoverschrijdende of asociale gedrag staat op de voorgrond; het is primair en het gebruik van psychoactieve stoffen staat in dienst van het kunnen vertonen van dat gedrag.	7	7.4%
2. Het gebruik van psychoactieve stoffen is primair en het crimineel gedrag is een gevolg van het gebruik.	52	55.3%
3. Er is geen of niet langer een onderscheid in dominantie van crimineel gedrag dan wel gebruik van stoffen.	17	18.1 %
Niet in te delen/ niet beantwoord	18	19.1%

Uit deze uitkomsten blijkt dat het meer dan 80% van de respondenten ingedeeld kan worden. Het merendeel behoort tot één type, namelijk dat waarbij het gebruik primair is. Overigens is dit in die zin niet opmerkelijk omdat de respondenten in dit pilotonderzoek zijn uitgekozen vanwege hun evidente verslaafde leefstijl.

Of de NEXUS kan bijdragen aan het juist toewijzen van respondenten aan TR-interventies voor verslaving en voor criminaliteit moet natuurlijk nader worden onderzocht, wel lijkt het instrument enige differentiatie te kunnen aanbrengen in de groep respondenten.

4.5 MfT: Motivatie voor behandeling

In Tabel 9 staan de gemiddelden van de items van de MfT gesorteerd naar de grootte van het gemiddelde. Vrijwel iedereen wil zijn leven weer op poten zetten (item 23). Item 21 valt uit de toon. Het is goed mogelijk dat door de negatie in het item het niet volgens de intentie van het item beantwoord wordt.

Tabel 9 MfT items (1-5: laag-hoog; waardes zijn gespiegeld indien noodzakelijk) gesorteerd op gemiddelde

	N	Gemiddelde	SD
21 Ik heb geen controle meer over mijn leven	89	2.38	1.19
7 de oorzaak van problemen met mijn gezondheid	89	3.10	1.55
4 de oorzaak van problemen in mijn denken of in de uitvoering van mijn werk	89	3.28	1.49
9 iets wat mijn dood zal veroorzaken als ik niet snel stop	89	3.28	1.57
5 de oorzaak van problemen met mijn familie en vrienden	89	3.36	1.57
6 de oorzaak van problemen bij het vinden van werk	89	3.38	1.51
10 Ik heb hulp nodig om mijn gebruik te kunnen hanteren	89	3.39	1.49
19 Ik kan zonder hulp stoppen met gebruiken	89	3.39	1.39
16 Ik wil eventueel mijn vrienden en kennissen opgeven om mijn problemen op te lossen	89	3.48	1.60
14 Een behandeling kan mijn laatste kans zijn om mijn problemen op te lossen	90	3.50	1.43
12 Een behandelprogramma is voor mij te veeleisend	87	3.60	1.38
18 Ik ben van plan een tijdje in een behandelprogramma te blijven	89	3.73	1.39
17 Een behandelprogramma zal me niet veel helpen	88	3.75	1.29
22 Een behandelprogramma kan me echt helpen	89	3.75	1.25
13 Het is noodzakelijk dat ik nu geholpen word voor mijn gebruik	90	3.78	1.47
1 een probleem	89	3.79	1.39
2 meer een last dan een lust	89	3.84	1.29
8 iets wat mijn leven steeds minder goed maakt	89	3.85	1.47
3 de oorzaak van problemen met politie en justitie	89	3.89	1.35
11 Ik heb nu eigenlijk te veel andere verantwoordelijkheden om in een behandelprogramma te zijn	89	3.93	1.15
24 Ik wil behandeld worden voor mijn problemen	89	4.04	1.19
15 Ik ben moe van de problemen die door gebruiken worden veroorzaakt	89	4.13	1.36
20 Ik ga deelnemen aan een behandeling omdat iemand anders mij stuurt	89	4.21	.96
23 Ik wil mijn leven weer op poten zetten	89	4.72	.64

De positieve scores zijn ook goed in Tabel 10 te zien. De gemiddelden op de 4 schalen liggen behoorlijk boven de gemiddelden die in het Nederlandse onderzoek bij opgenomen alcohol- en drugverslaafden zijn gevonden (De Weert-Van Oene GH, Schippers, De Jong, & Schrijvers 2002) en die we las experimenteel scheidingspunt hanteerden. Op PR1 scoort (ongeveer) 70% hoger, PR2 80%, DHE 60% en TRE ook 80%. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of de onderzochte groep inderdaad een sterk gemotiveerde groep is geweest of dat de MfT mogelijk te sociaal wenselijk is ingevuld.

Tabel 10 MfT percentielverdeling factoren, gemiddelden op de factoren per percentiel

		PR1 Problem recognition General	PR2 Problem recognition Specific	DHE Desire for Help	TRE Treatment Readiness
	N	89	89	89	89
experimenteel scheidingspunt		3.3	2.2	3.3	3.1
	Gemiddelden	3.7	3.4	3.6	3.8
Percentiles	10	1.75	1.60	2.57	2.37
	20	2.25	2.20	3.00	3.00
	30	3.25	2.60	3.14	3.37
	40	3.75	3.40	3.28	3.75
	50	4.25	3.60	3.71	4.00
	60	4.25	4.00	4.00	4.25
	70	4.50	4.20	4.28	4.50
	80	4.75	4.40	4.42	4.62
	90	5.00	5.00	4.57	4.75

5 Verdiepingsdiagnostiek verslaving in de praktijk – verslag van de pilotstudie en ontwikkeling van een procedure ten behoeve van meerdere instellingen

5.1 Inleiding

Vanuit de RISc is het verplicht verdiepingsdiagnostiek te overwegen bij een bepaalde score op de schalen alcohol en drugs van de RISc. Daartoe wordt tot op heden een probleemverkenning uitgevoerd op het gebied van alcohol en drugs die in het CVS wordt gerapporteerd. Mogelijk wordt ook zorgdiagnostiek aangevraagd. De verdiepingsdiagnostiek dient deze beide te vervangen. De centrale vraag voor verdiepingsdiagnostiek is: Is er een behandeling voor verslavingsproblematiek (al dan niet gecombineerd met andere gedragsproblematiek) te adviseren die de kans op recidive vermindert. Bovenstaande impliceert de betrokkenheid van in ieder geval de volgende drie instanties:

- de (verslavings)reclassering die de RISc afneemt en die de brug dient te vormen tussen justitie en zorg;
- justitie aan wie het advies uit de RISc wordt uitgebracht en die, waar mogelijk, recidive dient te voorkomen. Ook kan er sprake zijn van een justitiële setting, waarbinnen een dergelijk instrument moet worden afgenomen. Een P.I. zou afnames van het instrument dienen te faciliteren ;
- de verslavingszorg die de aard en ernst van de problematiek beoordeelt en vaststelt welke behandeling geïndiceerd is, en gewoon is dit voornamelijk vanuit gezondheidsperspectief te doen (i.t.t. het verminderen van recidive).

De ambitie is de verdiepingsdiagnostiek zo op te zetten dat deze het mogelijk maakt dat de zorg de geadviseerde behandeling op basis van de verdiepingsdiagnostiek kan opzetten; justitie vanuit het advies van de verdiepingsdiagnostiek kan bepalen of en welk justitieel kader geëigend is en de reclassering de brugfunctie tussen beide kan vervullen.

De verslavingszorg dient dus achter het advies vanuit de verdiepingsdiagnostiek te staan en bij voorkeur te handelen binnen de gestelde termijnen door justitie. De reclassering dient bij justitie de benodigde justitiële kaders aan te vragen. Op dit moment is er geen algemeen geldende procedure voor toeleiding naar zorg vanuit justitie. Er zijn, vaak regionaal bepaalde afspraken gemaakt tussen instellingen. Vanuit de TR-visie is het doel te komen tot een uniforme procedure voor toeleiding op basis van de RISc en de verdieping, waarbij de verantwoordelijkheden en taken van de diverse betrokken instanties omschreven zijn.

Onderdeel van de pilotstudie is te komen tot een advies voor een uniforme toeleidingsprocedure over verslaving.

Voor wat betreft de verantwoordelijkheden inzake de verdiepingsdiagnostiek geldt dat deze dient te worden gedaan door een professional uit de verslavingszorg die terzake getraind is. Deze stelt een diagnose op het gebied van psychoactieve stoffen en welke behandeling past, geeft de relatie met criminaliteit weer en geeft de motivatie voor behandeling in de verslavingszorg weer.

De reclassering bepaalt welke juridische kaders in het advies aan de opdrachtgever worden opgenomen. De reclassering kan verder bepalen of ze naast het behandeladvies van de verslavingszorg een eigen behandeladvies schrijft.

De opdrachtgever van de RISc bepaalt de juridische kaders en spreekt het vonnis uit.

5.2 Ontwikkeling toeleidingsprocedures verdiepingsdiagnostiek ten behoeve van de pilotstudie met de MATE-CRIMI

Vier instellingen voor verslavingszorg zijn bereid gevonden te participeren in de uitvoering van de pilotstudie: Novadic-Kentron, Parnassia, de Jellinek en TACTUS.

Ter voorbereiding zijn begin maart 2005 de betrokken zorgmanagers/circuitmanagers uitgenodigd om het proces in gang

te zetten, vanwege te verwachten logistieke problemen en om het gezamenlijke commitment voor het project te bevorderen.

In april en mei 2005 is de bestaande praktijk bij de diverse instellingen geïnterviewd als het gaat om de verhouding tussen zorg en reclassering. Dit is gedaan door een vragenlijst met mogelijke deeltaken vanaf vaststelling tot noodzaak toe te leiden naar zorg tot de uitvoering van de zorg op te stellen (zie. Vervolgens is voor elke instelling met de betrokken manager deze lijst ingevuld. Aan de hand van de mogelijke deeltaken voor het verdiepingsinstrument is met de betrokken managers afgesproken hoe deze deeltaken, gezien de huidige stand van zaken, in te voeren in de eigen instelling.

De procedure van reclassering naar verslavingszorg bij de diverse instellingen bleek dermate divers dat slechts gebaseerd op de deeltaken bij het verdiepingsinstrument gekomen kon worden tot een grove procedurebeschrijving die elke instelling bij de pilot kan hanteren (zie Bijlage 5). Er is niet gekozen om tijdens de pilotstudie al een kant en klaar protocol voor procedures omtrent verdiepingsdiagnostiek te hanteren, omdat:

- er tijdens de pilot met diverse werkwijzen ervaring kan worden opgedaan en zo de voor- en nadelen van de diverse werkwijzen geëvalueerd kunnen worden;
- dit zou betekenen dat instellingen voor een tijdelijke pilotstudie hun werkwijze zouden moeten veranderen op verzoek van een onderzoeksprojectgroep.

In de volgende paragrafen zal kort worden ingegaan op de werkwijze vóór de pilotstudie met betrekking tot reclassering en verslavingszorg, en de werkwijze die tijdens de pilotstudie bij het verdiepingsinstrument werd gehanteerd voor de diverse instellingen.

5.2.1 Novadic-Kentron

Werkwijze vóór de pilotstudie

Bij justitiabelen wordt de Risc afgenomen; er is praktisch geen sprake van aanvragen voor verdiepingsdiagnostiek: indien uit de Risc naar voren komt dat bij een justitiabele middelengebruik een criminogene factor is, wordt deze toegeleid naar zorg.

De (verslavings)reclasseringswerker meldt hem aan bij de bureaudienst van de zorg die hem inschrijft en uitnodigt voor een intake (1-2 gesprekken: anamnese en de EuropASI). De cliënt wordt vervolgens besproken in de intakevergadering. Afhankelijk van het aanbod wordt het zorgplan door de intakevergadering (weinig intensieve behandelingen) of door de indicatiecommissie (complexe behandeling) vastgesteld. Cliënt tekent vervolgens al dan niet voor het plan. Cliënt krijgt, in het geval van een zorgplan van de indicatiecommissie, een cliëntmanager toegewezen die zijn procesbewaker is binnen Novadic-Kentron. Deze heeft tijdens een evt. wachttijd contact met cliënt en is aanspreekpunt voor de reclassering.

Werkwijze tijdens de pilotstudie

De pilot gaat 20 juni van start. Het streefaantal is 40 respondenten. Indien blijkt dat de instroom niet voldoende op gang komt vanwege de vakantie, worden mensen met een afgesloten RISC uitgenodigd om toch ervaringen met de verdiepingsdiagnostiek op te doen. De verdiepingsdiagnostiek gaat uitgevoerd worden door twee medewerkers van de verslavingszorg. De verdiepingsdiagnostiek vervangt de intake volgens de hierboven beschreven werkwijze van vóór de pilotstudie. De afspraak is om tijdens de pilotstudie iedere justitiabele bij wie de Risc wordt afgenomen aan te melden voor verdiepingsdiagnostiek. Dit houdt in zowel bij gedetineerde justitiabelen, als bij niet-gedetineerde justitiabelen. Voor de gehanteerde invulling van de algemene procedure, zie Bijlage 6.

5.2.2 Parnassia

Werkwijze vóór de pilotstudie

De Risc wordt afgenomen bij voorlichtings-, milieu-, en maatregelrapporten, maar nog niet bij toezichten en einde

detentie. Verdiepingsdiagnostiek wordt momenteel, na vaststelling van de noodzaak hiertoe in het intercollegiaal overleg, gedaan door reclasseringswerkers die gedetacheerd zijn op de Forensische Poli (FP), met name waar het gaat om comorbide psychiatrische problematiek (vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek e.d.). Waar het gaat om verdieping op het gebied verslaving wordt een ASI afgenomen. De Forensische Poli is een afdeling van de zorg en voert, naast diagnostiek, behandeling en begeleiding uit.

Indien iemand van de reclassering toegeleid wordt naar de verslavingszorg (cliënt zelf/reclasseringsmedewerker meldt aan), dient een EuropASI te zijn afgenomen (men probeert dit zoveel mogelijk door dezelfde FP-medewerker te laten doen). Door de toeleidingsvergadering (onafhankelijke centrale aanmeldingscommissie) wordt een voorlopig behandelplan opgesteld. Hierin worden een globaal plan beschreven dat cliënt moet tekenen. De verdere invulling van het zorgplan wordt door de afdelingen/instellingen gedaan.

Een intaker van de centrale intake stuurt een brief naar cliënt dat hij/zij op de wachtlijst geplaatst wordt. Clienten moeten vervolgens zelf bellen (frequentie afhankelijk van de situatie; en in uitzonderingen ontslagen van de plicht te bellen) naar het opnamebureau. Als men niet belt, wordt men van de wachtlijst gehaald. De reclasseringswerker functioneert als monitor. Soms worden cliënten die op een wachtlijst staan voor een opname al begeleid; per geval wordt bekeken of dit door de reclasseringsmedewerker of een medewerker vanuit de zorg wordt gedaan.

Werkwijze tijdens de pilotstudie

De pilot gaat 20 juni van start en wordt door twee medewerkers van de Forensische polikliniek uitgevoerd. Het traject dat cliënt gaat doorlopen zal zijn Risc→Verdiepingsdiagnostiek→ASI in het geval van toeleiding zorg.

Verdiepingsdiagnostiek zal worden afgenomen als vanuit het intercollegiaal overleg daartoe noodzaak blijkt. Het betreft hier vooral mensen met een aanvraag voor een rapportage (evt. voor een toezicht), al of niet gedetineerd. Voor de gehanteerde invulling van de algemene procedure, zie Bijlage 7.

5.2.3 De Jellinek

Werkwijze vóór de pilotstudie

De meeste justitiabelen die met de JVZ Jellinek in aanraking komen zijn gedetineerd. Het betreft veelal veelplegers. Gepoogd wordt vanuit detentie door een reclasseringswerker JVZ zoveel mogelijk informatie te verzamelen (door de reclasseringswerker zelf /BSD of andere medewerkers P.I.). Op grond van deze informatie beslist een trajectplanner (die justitiabelen als aandachtspunt heeft) of iemand al dan niet opgenomen wordt bij de Jellinek. Daar wordt een nadere indicatiestelling gedaan.

In de praktijk komt het weinig voor dat de RISC wordt afgenomen bij justitiabelen die niet gedetineerd zijn. Mocht deze groep wel zorg nodig hebben van de Jellinek volgen zij de reguliere intakeprocedure (1e gesprek kennismaking; 2e gesprek EuropASI; bepaling traject aan de hand van beslisboom evt. bespreking in de casuïstiekbespreking; 3e gesprek systeeminformatie en terugkoppeling).

Bij een voorlichtingsrapportage t.b.v. een zav-cliënt (z(eer) a(ctieve) v(eelpleger) wordt een conceptadvies gedaan aan de stedelijke toewijzingscommissie (stc) die dit advies toetsen (bij een andere doelgroep heeft de stc geen rol). In deze commissie zijn GZ-instellingen, politie en gevangeniswezen vertegenwoordigd, die zich committeren aan het advies wat daar gegeven wordt. Het definitieve advies wordt aan justitie gegeven.

Mocht dit advies een ISD-maatregel zijn is deze vaak nog niet specifiek ingevuld. Dit behoort binnen zes weken na het ingaan van de maatregel te gebeuren. Voor de uitvoering van de ISD maatregel is de directeur van de P.I. verantwoordelijk. Tot de concrete invulling van de maatregel wordt in een casuïstiekbespreking in de P.I. besloten (ook hier nemen meerdere organisaties aan deel, die zich committeren aan het advies).

De adviezen zijn meestal gericht op harm reduction (i.t.t. genezing, bijv. methadon- of heroïneverstrekking/daginvulling, etc.) en vinden ook meestal in andere instellingen dan de Jellinek plaats.

Werkwijze tijdens de pilotstudie

De pilot gaat uitgevoerd worden in de P.I. Amsterdam, locatie Overamstel. De populatie zijn gedetineerden die een ISD-maatregel opgelegd hebben gekregen vanaf 1 januari dit jaar. De verdiepingsdiagnostiek moet een indicatie geven van invulling van deze maatregel. Eén VD-afnemer vanuit de zorg gaat de verdiepingsdiagnostiek afnemen bij een streefaantal van 50 gedetineerden. 20 juni wordt gestart met de instroom. Voor de gehanteerde invulling van de algemene procedure, zie Bijlage 8

5.2.4 TACTUS

Werkwijze vóór de pilotstudie

Op dit moment stromen uit vier reclasseringstaken justitiabelen in de zorg:

Voorlichtingsrapportage/vroeghulp/toezicht/artikelplaatsing. Voor de pilotstudie werd er nog geen RISC afgenomen (medewerkers zijn in juni klaar met training) en wordt nog het CVS-onderzoek gehanteerd. De justitiabelen voor wie een voorlichtingsrapportage is aangevraagd, gaan allen langs de forensische poli van de FVK (afdeling van de zorg) voor diagnostiek (ASI, MINI, etc.) die het resultaat van de diagnostiek rapporteert aan de reclassering. Mocht behandeling nodig zijn dan meldt de reclasseringsmedewerker dit bij de contactpersoon van de reclassering van het betreffende circuit (Circuits buiten reclassering: Sociale verslavingszorg; Behandeling en begeleiding; Preventie; FVK). De contactpersoon van de reclassering van het betreffende circuit vraagt fiat van het hoofd behandeling (FVK heeft eigen indicatiecommissie). Hij doet (als er voldoende informatie van reclassering is en evt. oude dossierinformatie) dit aan de hand van de geleverde informatie of laat nog verdere intake plaatsvinden. Circuit Behandeling en Begeleiding doet dit met de MATE, de MINI en verder stepped assessment. Indien er een wachttijd is, wordt er vanuit het betreffende circuit waar mogelijk begeleiding gegeven.

Werkwijze tijdens de pilotstudie

De instroom start per 20 juni 2005. De Risc wordt afgenomen bij voorlichtingsrapportages in detentie of daarbuiten (verwacht merendeel van de populatie), artikelplaatsingen, in het kader van TR. Bij iedereen bij wie zo een Risc is afgenomen wordt verdieping gedaan. Door de reclasseringsmedewerker worden degene bij wie een RISC is afgenomen gemeld bij de forensische poli van de FVK die de verdieping afneemt in plaats van de gebruikelijke diagnostiek. Zij meldt de resultaten met evt. advies behandeling terug naar de reclasseringsmedewerker die een integrale terugkoppeling met de justitiabele doet en verdere evt. aanmelding bij de circuits. Voor de gehanteerde invulling van de algemene procedure, zie Bijlage 9.

5.3 Ervaringen met toeleidingsprocedure bij justitiabele verslaafden in pilotstudie

5.3.1 Gegevensverzameling

Om de procesgang tijdens de pilot te beschrijven is de VD-afnemers gevraagd bij elke respondent onderstaande gegevens te registreren, (zie)

Wat betreft het instrument zelf:

- Het aantal gesprekken en de duur van de gesprekken;
- De totale tijd die men heeft besteed aan het instrument (incl. verslaglegging, dossierstudie, etc.);
- Het al dan niet volledig afronden van het instrument.

Wat betreft de gevolgde procedure:

- Is er een actuele vraag vanuit justitie, dan wel de RISC aanleiding gaf tot verdieping;
- In welk kader is de RISC afgenomen, als deze is afgenomen;
- Biedt de verdiepingsdiagnostiek de mogelijkheid om binnen een eventueel gestelde termijn terug te koppelen aan de reclassering;
- Biedt de verdiepingsdiagnostiek de mogelijkheid om de vraag van de reclassering te beantwoorden;

5 Procedure beschrijving en ontwikkeling

- Is er zorg geadviseerd, en zo ja welke;
- Werd het advies doorgesproken met de respondent, en zo ja was deze het eens.

Verder wordt aan het einde van de pilotstudie met alle VD-afnemers de pilotstudie geëvalueerd middels een interview (zie Bijlage 11).

5.3.2 Beschrijving procesgang

De verdiepingsdiagnostiek is in de vier instellingen door vier zorgmedewerkers en drie reclasseringswerkers uitgevoerd. In totaal zijn 94 MATE-CRIMI's afgenomen. Voor de verdeling zie Tabel 11

Tabel 11 Verdeling MATE-CRIMI's over de afnemers en instellingen

Instelling	Afnemer	Aantal
Novadic-Kentron	Zorgmedewerker	13
	Zorgmedewerker	8
Parnassia	Reclasseringsmedewerker	9
Jellinek	Zorgmedewerker	30
	Zorgmedewerker	18
TACTUS	Reclasseringsmedewerker	11
	Reclasseringsmedewerker	5

Het criterium van een actuele vraag vanuit de reclassering bleek onvoldoende respondenten op te leveren. De verdiepingsdiagnostiek is daarom tevens afgenomen bij cliënten met reclasseringscontacten bij wie bekend is dat men een probleem met psycho-actieve stoffen heeft (zie ook onderstaande beschrijvingen per instelling). Voor de cliënten van de Jellinek is op verzoek van de afnemers een hand-out met informatie over de verdiepingsdiagnostiek gemaakt (zie Bijlage 12). Onderstaand wordt eerst per instelling het verloop van de pilot beschreven. Vervolgens wordt vraag 5 van het evaluatie-interview behandeld (Bijlage 11), waar zorg- en reclasseringsmedewerkers werd gevraagd of men voldoende op de hoogte was van ieders werkterrein.

Novadic-Kentron

De procedurebeschrijving werd niet altijd gevolgd vanwege de beperkte instroom. Het criterium van afname van de RISc en het bestaan van een actuele vraag is losgelaten. Het betrof respondenten bij wie geen RISc was afgenomen, maar wel een vraag was vanuit de reclassering (N=5). Voorts cliënten op de VBA te Vught bij wie wel een RISc was afgenomen, maar er geen actuele vraag meer was (N=3). Indien er een RISc was afgenomen werd deze niet altijd ter beschikking gesteld aan de afnemer van de MATE-CRIMI. De terugkoppeling aan cliënt door de afnemer van de MATE-CRIMI was praktisch niet altijd wenselijk (reizen naar de P.I.) en werd dan door de reclasseringswerker gedaan. Het was in detentie soms lastig een afspraak te plannen.

De verwijzende reclasseringswerkers en het indicierend orgaan waren vooraf onvoldoende inhoudelijk op de hoogte over de (on)mogelijkheden van de verdiepingsdiagnostiek en werden door de afnemers zelf op de hoogte gebracht.

Parnassia

De procedurebeschrijving werd niet gevolgd. Er bleek vanuit het intercollegiaal toetsingsoverleg weinig behoefte te zijn aan verdiepingsdiagnostiek. Slechts tweemaal was er sprake van een actuele vraag vanuit justitie. Daarom heeft de afnemer van de MATE-CRIMI bij cliënten uit de eigen caseload de MATE-CRIMI afgenomen. De RISc is dan ook niet altijd afgenomen.

Overige medewerkers waren onvoldoende op de hoogte van de beschreven procesgang

Jellinek

Bij de Jellinek werd de afgesproken procedurebeschrijving gevolgd, maar werd een extra stap toegevoegd. De verslaglegging werd onder supervisie van een psycholoog van de reclassering gedaan. Omdat deze persoon niet altijd

beschikbaar was, werd de procedure vertraagd. Overige medewerkers (programma-manager, groeps werkers en PIW'ers) waren voor de pilot onvoldoende op de hoogte gesteld en werden door de afnemers zelf op de hoogte gebracht.

TACTUS

De instroom bleek onvoldoende; er werden te weinig RISC-en afgenomen en bij degenen bij wie wel een RISC was afgenomen vond de reclassering het vaak niet nodig te verwijzen naar verdiepingsdiagnostiek. Verder is de procedurebeschrijving wel gevolgd. Reclasseringsmedewerkers waren onvoldoende op de hoogte van de verdiepingsdiagnostiek en de procedure daaromtrent.

Zorg-reclassering

Aan de afnemers afkomstig uit de zorgtak van de verslavingszorg is gevraagd of men voldoende op de hoogte was van de "reclassering/justitiwereld" om een goed advies te kunnen geven. Zij gaven aan dat ze aanvankelijk onvoldoende op de hoogte waren. Genoemd werden:

- Het justitiejargon (bijv. afkortingen)
- uitleg over justitiemaatregelen en procedures
- mogelijkheden voor behandeling van criminaliteitsproblematiek.

Afnemers afkomstig uit de reclasseringstak van de verslavingszorg gaven aan voldoende op de hoogte te zijn van de "zorgwereld".

5.4 Resultaten pilot MATE-CRIMI

De verdiepingsdiagnostiek is afgenomen bij 90 mannen en 4 vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 35.9 (SD=9.0) met een minimum van 18 en een maximum van 61 jaar.

5.4.1 Het al dan niet volledig afronden van het instrument.

De verdiepingsdiagnostiek is 90 keer afgemaakt en vier keer niet. Eenmaal omdat cliënt tijdens het interview door het detentiepersoneel in de isoleercel werd geplaatst wegens een positief bevonden urinecontrole. Nadien wilde de respondent niet meer meewerken. De overige drie maal werd het door de respondent zelf beëindigd. Bij deze drie respondenten was, in tegenstelling tot eerstgenoemde, geen sprake van een actuele vraag.

5.4.2 Het aantal gesprekken en de duur van de gesprekken

In de meeste gevallen werd slechts één gesprek gevoerd (N=71). Soms werd nog een 2e gesprek gevoerd (N=16) en zelden een 3e gesprek (N=4). Driemaal werd het aantal gesprekken niet ingevuld. Afnemers gaven aan dat in een uitzonderlijk geval een tweede gesprek nodig was om de MATE-CRIMI af te nemen, maar in de meeste gevallen het tweede gesprek ter terugkoppeling diende. Eén afnemer had ook het maken van een afspraak met een cliënt als eerste contact geteld, maar dit is achteraf bij de totale extra tijd geteld. Zie tabel 2 voor de gemiddelde duur (SD), het minimum en het maximum per gesprek en de totale gesprekstijd.

Tabel 12 Gemiddelde duur (SD), het minimum en het maximum per gesprek en de totale gesprekstijd

	M (SD)	Min	Max
Gesprek 1 (N=91)	83.7 (22.9)	40	150
Gesprek 2 (N=20)	32.8 (18.9)	10	90
Gesprek 3 (N=4)	20.0 (14.7)	5	40
Totale gespreksduur (N=91)	91.8 (32.2)	40	195

5.4.3 Totale tijd besteed aan het instrument

De totale extra tijd, buiten de gesprekstijd om (verslaglegging, dossierstudie, etc.), bedraagt gemiddeld 87,0 minuten (SD=32,2) met een minimum van 15 en een maximum van 200 minuten.

De totale tijd besteed aan de verdiepingsdiagnostiek (overige werkzaamheden en gesprekstijd) bedraagt gemiddeld 176,5 minuten (SD=51,5) met een minimum van 100 en een maximum van 390 (N=55).

5.4.4 Aanleiding tot verdieping

Van de 90 respondenten die de Verdiepingsdiagnostiek hebben afgemaakt, was bij 67 sprake van een actuele vraag, van waaruit de verdieping werd afgenomen, bij 23 niet.

Bij 21 respondenten is er geen RISc afgenomen in het voortraject. In de meeste gevallen is de RISc afgenomen in het kader van een voorlichtingsrapportage (Tabel 13).

Tabel 13 Verdeling respondenten over aanleiding tot RISc-afname

Kader RISc	Aantal
Voorlichtingsrapportage	56
Maatregelrapportage	8
Terugdringen Recidive	7
Toezicht	2
Geen	21

5.4.5 Passend bij reclasseringvragen

Bij de respondenten, bij wie sprake is van een actuele vraag en die de verdiepingsdiagnostiek hebben afgemaakt (N=67), is de verdiepingsdiagnostiek binnen de door de reclassering gestelde termijn afgenomen. Bij deze respondenten heeft de verdiepingsdiagnostiek 65 maal de vraag van de reclassering beantwoord en tweemaal niet.

5.4.6 Advies Zorg

Ook in de gevallen waar geen actuele vraag was, zijn de afnemers toch gevraagd een advies te geven op basis van de MATE-CRIMI. In totaal werd 76 maal geadviseerd op basis van de verdiepingsdiagnostiek (Tabel 14). Daarvan werd het advies 32 maal aan de cliënt teruggekoppeld. Bij 26 respondenten werd tevens genoteerd of deze het eens was met het advies. Dit was 24 maal wel het geval, eenmaal niet het geval en eenmaal had de respondent geen mening.

Tabel 14 Adviezen voor zorg op basis van de verdiepingsdiagnostiek

Advies	N
Kort ambulant (enkelvoudig aanbod < 7 gesprekken)	4
Lang ambulant (overig ambulant aanbod)	25
Kort klinisch (<3 maanden)	16
Lang klinisch	17
Sociale verslavingszorg	11
Verdere diagnostiek	3

5.5 Voorstel voor een procedure verdiepingsdiagnostiek en toeleiding naar de verslavingszorg en andere TR-interventies van justitiabelen

Aan de hand van de ervaringen in de diverse instellingen met de algemene procedure (Bijlage 5) en de evaluatie daarvan, hebben wij een procedure ontworpen die we willen aanbevelen bij de verdiepingsdiagnostiek en het toeleiden van justitiabelen naar de verslavingszorg en andere TR-interventies. Hieronder wordt per stap van de algemene

procedure de aanbevelingen aan de hand van de ervaringen in de pilot beschreven. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een aangepaste procedurebeschrijving, die we willen aanbevelen voor de toekomst (Bijlage 13).

5.5.1 Aanmelding voor verdiepingsdiagnostiek door reclasseringsmedewerker vanuit Intercollegiaal Toetsingsoverleg (ITo)

Tijdens de pilot bleek dat vanuit het ITo weinig verwijzingen naar verdiepingsdiagnostiek zijn gedaan. Het advies van de projectgroep is om hardere criteria op te stellen voor verwijzing naar verdiepingsdiagnostiek om zo bij verder onderzoek een grotere instroom te hebben.

Het is hierbij belangrijk dat duidelijk is bij wie de aanmelding gedaan moet worden. Bij de aanmelding, dienen de gegevens vanuit de RISC beschikbaar gesteld te worden en dient de afnemer op de hoogte te worden gesteld van eventuele lopende aanvragen/resultaten van verdiepingsdiagnostiek op andere terreinen.

5.5.2 Plannen afspraak en ruimte door afnemer

Tijdens de pilot bleek dat dit met name in detentie soms lastig was. Indien men de verdiepingsdiagnostiek binnen de gestelde termijnen van justitie wil afnemen is het van belang dat een P.I. haar medewerking verleent aan afname. Daarom wordt geadviseerd bij verder onderzoek/implementatie de P.I.'s in kennis te stellen van de verdiepingsdiagnostiek en haar doel en met de P.I.'s overeenstemming te bereiken omtrent het maken van afspraken met gedetineerden.

5.5.3 Afnemen verdiepingsinstrument door een medewerker van de verslavingszorg

Een afnemer van de verdiepingsdiagnostiek zou de volgende eigenschappen moeten hebben:

- getraind zijn in afname van de MATE-CRIMI en op de hoogte zijn van de procedures omtrent verdiepingsdiagnostiek.
- een professional uit de verslavingszorg zijn, dus kennis hebben van verslaving, advisering van behandeling en procedures in de verslavingszorg.
- op de hoogte zijn van justitiemaatregelen en procedures en mogelijkheden voor behandeling van criminaliteitsproblematiek.

5.5.4 Samenvatten resultaten en formuleren advies vanuit verdieping door afnemer

Tijdens de pilot bleek dat het bij het samenvatten van de resultaten en de formulering van een advies handig is om een vooropgestelde format van een verslag te hebben. De formulering van het advies vindt plaats op basis van de mening van de professional. De wens van cliënt speelt in zoverre mee dat rekening gehouden wordt met de motivatie tot het ondergaan van een interventie.

Verder verdient het aanbeveling een beslisboom te ontwikkelen voor indicatiestelling vanuit de verdiepingsdiagnostiek. Van belang bij deze stap is zijn de eerder beschreven uitgangspunten m.b.t. psychiatrische comorbiditeit (zie ook blz. 6). Indien verdere diagnostiek vanuit de MATE-CRIMI nodig is om een advies over de intensiteit van zorg te geven, vraagt de afnemer dit aan en verwerkt de resultaten in het uiteindelijke advies. Indien om deze reden de door justitie gestelde termijn niet gehaald kan worden koppelt hij dit terug aan de reclasseringsmedewerker, die vervolgens zijn opdrachtgever hierover informeert.

5.5.5 Eventueel akkoord advies instelling

De verslavingszorginstelling kan bepalen dat adviezen vanuit de verdiepingsdiagnostiek eerst voorgelegd moeten worden aan een overlegvorm of aangewezen medewerker in de verslavingszorg. Hierbij is gebleken dat het belangrijk is dat deze procedure zo ingericht is dat binnen de gestelde termijnen door justitie het advies afgegeven kan worden.

5.5.6 Terugkoppeling aan RISC-afnemer

Het advies vanuit de verdiepingsdiagnostiek wordt teruggekoppeld aan de afnemer van de RISC die met dit advies verder zijn traject gaat bepalen en evt. naar justitie de benodigde justitiële kaders aanvraagt en behandelingen inkoop.

5.5.7 Terugkoppeling aan cliënt

Dit wordt gedaan door de RISC-afnemer. Bij deze en voorgaande stap moge duidelijk worden dat de afnemer van de verdiepingsdiagnostiek als het ware wordt ingehuurd door de RISC afnemer om als afgevaardigde van de verslavingszorg een advies te geven over de ernst van de verslavingsproblematiek; de verwevenheid van verslaving en criminaliteit; welke behandeling het meest geïndiceerd is. Op deze manier krijgt de reclasseringswerker handvaten om een onderbouwd advies aan zijn opdrachtgever uit te brengen.

5.5.8 Behandeling

De RISC-afnemer meldt aan voor behandeling, als het definitieve advies/uitspraak is besproken met de cliënt. De verslavingszorginstelling bepaalt de verdere invulling van de geïndiceerde zorgintensiteit.

5.5.9 Verdere diagnostiek

In eerste instantie werd dit na de stappen 6, 7 en 8 geplaatst, maar dit is tijdrovend. Het vaststellen aanmelden en uitvoeren van verdere diagnostiek kan betekenen dat termijnen, die aan het uitbrengen van het advies vanuit de RISC zijn gesteld, overschreden worden. In dit geval moet richting opdrachtgever verdere diagnostiek het voorlopige advies zijn in afwachting van een definitief advies.

Voor uitwerking van bovenstaande aanbevelingen in een stroomdiagram voor de procedure, zie Bijlage 13.

5.6 Aandachtspunten bij verdere ontwikkeling van procedures voor toeleiding mbv verdiepingsdiagnostiek verslaving

5.6.1 Verslavingszorg geschikt voor justitiabelen?

De indicatiestelling voor behandeling middels de MATE-CRIMI baseert zich in grote lijnen op de volgende vragen:

- Is er sprake van verslaving?
- Wat is het verband tussen verslaving en criminaliteit
- Is de verslaving, al dan niet gecombineerd met crimineel gedrag behandelbaar, en zo ja wat moet de zorgzwaarte zijn? (indien gevonden wordt dat er geen sprake is van (een behandelbare) verslaving, dient het advies te zijn geen behandeling in de verslavingszorg.
- Wat is de motivatie van de cliënt als het gaat om de bereidheid een interventie te ondergaan.

Praktisch betekent dit dat cliënten in een juridische kader voor een behandeling in de verslavingszorg kunnen worden aangemeld op basis van het oordeel van de instelling, maar zonder vooraf overeenstemming met de cliënt hierover te hebben gekregen. Een behandeling aanbieden aan een cliënt zonder dat daar vooraf overeenstemming over bereikt is, is in veel instellingen geen praktijk. De verslavingszorg is niet overal goed ingericht op het behandelen van “drang en dwang” cliënten. Zij zou die eventueel wel kunnen ontwikkelen. In de blauwdruk voor de procedurebeschrijving (zie ook Bijlage 13), stelt de verslavingszorg (middels een professional, al dan niet met formele goedkeuring van de instelling) vast welke behandeling het meest geïndiceerd is. De RISC-afnemer koopt vervolgens de behandeling in bij de instelling die de behandeling wil leveren.

Indien een standpunt wordt gekozen dat niet in overeenstemming is met de blauwdruk die beschreven is, dient deze herschreven te worden.

5.6.2 Voorwaarden om de MATE-CRIMI af te kunnen nemen.

De instellingen

Als instellingen afnemers aanstellen dan dienen ze uit te gaan van 3 uur per MATE-CRIMI excl. mogelijke reistijd naar locatie (dit is een voorlopig gemiddelde gebaseerd op ervaringen uit de pilot, waarbij niet altijd sprake was van een actuele vraag/RISc, maar aan de andere kant soms meer werd gedaan dan in de blauwdruk die nu voor de procedure is opgesteld). Afnemers dienen professionals uit de verslavingszorg zijn, dus kennis hebben van verslaving, advisering van behandeling en procedures in de verslavingszorg. Tevens dienen zij op de hoogte zijn van justitiemaatregelen en procedures en mogelijkheden voor behandeling van criminaliteitsproblematiek. Zij dienen getraind te worden in de afname van de MATE-CRIMI en geïnstrueerd te worden in de te volgen procedure aan de hand van een handleiding. Bij voorkeur krijgt men een periode de mogelijkheid een "helpdesk" te bellen bij inhoudelijke en procedurele vragen. Instellingen zullen moet vaststellen op welk moment en door wie de cliënt wordt ingeschreven in de verslavingszorg en de procedures rondom akkoord gaan met het advies vanuit de verdieping helder moeten beschrijven. Zij moeten belanghebbenden binnen de instelling aanwijzen en informeren (bijv. het indicatieorgaan). Voorts sleutelfiguren aanwijzen die verantwoordelijk zijn voor een goed verloop van de procedures en randvoorwaarden omtrent de verdiepingsdiagnostiek. Indien nodig zullen met P.I.'s in de regio waar MATE-CRIMI's worden afgenomen, afspraken maken omtrent gebruik van faciliteiten, zoals werkplek en computer.

De reclassering

- Instrueren van RISc-afnemers in de (on)mogelijkheden van de verdiepingsdiagnostiek.
- Instrueren van RISc-afnemers in de procedures omtrent verdiepingsdiagnostiek.
- Sleutelfiguren aanwijzen binnen de reclassering die verantwoordelijk zijn voor een goed verloop van de procedures omtrent de verdiepingsdiagnostiek.

Verdere actiepunten

- Er dient voorlichting gegeven te worden in de P.I. over de MATE-CRIMI en afspraken gemaakt te worden hoe en wanneer men afspraken en gespreksruimtes kan plannen.
- Er dient voorlichting gegeven te worden aan de opdrachtgevers van de RISc en met name afspraken over hoe te handelen als de noodzakelijk verdere diagnostiek niet binnen de gestelde termijn kan plaatsvinden.
- Er dient vastgesteld te worden wie bovenstaande twee acties gaat uitvoeren.

Te ontwikkelingen stukken

- Een beslisboom voor indicatiestelling vanuit de MATE-CRIMI.
- Een format voor een verslag.
- Een korte schriftelijke uitleg over wat men inhoudelijk en procedureel van de verdiepingsdiagnostiek mag verwachten (bij voorlichtingen voor belanghebbenden om terug te lezen).
- Het evaluatieformulier dient aangepast te worden:
- bij mogelijkheden van het kader waaruit de RISc wordt afgenomen (vraag 1) dient te worden toegevoegd: adviesrapportage en vroeghulpinterventierapport.
- Bij mogelijkheden welke zorg wordt geadviseerd dient te worden toegevoegd: verdere diagnostiek.

6 Conclusies en voorstel voortgezet onderzoek verdiepingsdiagnostiek

6.1 Conclusies

1. De MATE–CRIMI is een instrument dat goed blijkt toe te passen in de praktijk van de reclassering. De medewerking van de justitiabelen is goed, het leidt bij vrijwel iedereen tot volledige gegevens, met ca 80 minuten is de afnameduur vergelijkenderwijs kort, het begrip van de vragen is goed. Ook de reclasseringswerkers kunnen met het instrument goed uit de voeten. Ofschoon het instrument op punten aanpassing vraagt is het over het geheel genomen zonder problemen in de praktijk geadopteerd.

2. De MATE–CRIMI verschaft informatie die door de betrokken afnemers kan worden geïnterpreteerd en in dienst kan worden gesteld voor de keuze van en toeleiding naar interventies voor verslaving die zijn geënt op expertise met hetzelfde instrument toegepast in de niet-justitiële verslavingszorg. In vrijwel alle afgenomen gevallen beantwoordde de verdiepingsdiagnostiek met de MATE–CRIMI aan de vraag van de reclassering en was het mogelijk zorg te adviseren op basis van de gegevens.

3. Bij de gegevens die zijn verzameld met de MATE–CRIMI bij 94 justitiabelen in vier instellingen valt met betrekking tot de spreiding van de gegevens, het volgende op.

- De primaire probleemstof op grond waarvan de indicatie ‘verslaving’ wordt gegeven is voor het overgrote deel cocaïne.
- Bij de criminaliteitscategorieën domineert diefstal in sterke mate. Geweldsmisdrijven vormen bij de geïnterviewden slechts bij 15% een patroon.
- Er lijkt een zinvol onderscheid te maken in de relatie tussen criminaliteit en middelengebruik. Daarbij blijkt er bij bijna 70% van de geïnterviewden sprake van te zijn dat het middelengebruik primair is (en dus een verslavingszorginterventie eerst en vooral geïndiceerd), dat bij een kleine 10% het crimineel gedrag voorop staat (en dus een interventie op dat gedrag eerst en vooral geïndiceerd) en dat bij ruim 20% het onderscheid niet te maken is (en dus een gecombineerde interventie eerst en vooral geïndiceerd).
- Ofschoon velen reeds onder psychiatrische behandeling zijn (of in ieder geval psychofarmaca gebruiken), geldt dat aan de hand van indicaties voor psychische problematiek anders dan verslaving geldt voor een aantal justitiabelen vervolgdagnostiek van psychische stoornissen is aangewezen. De geïnterviewden scoren op een schaal voor angst- en depressieschaal nauwelijks hoger scoren dan de algemene bevolking, maar dat kan uiteenlopende, hier niet nader onderzochte oorzaken hebben.

4. De routines en procedures voor reclasseringswerkzaamheden in de verschillende instellingen zijn sterk verschillend, afhankelijk van het soort instelling, de fase van het juridisch proces en de locale gewoonten. We zijn er echter wel in geslaagd een model procedure te ontwerpen die geschikt is voor de toepassing van de MATE CRIMI in meerdere instellingen en die de selectie voor en toeleiding naar interventies gericht op verslaving kan bevorderen.

6.2 Vervolgonderzoek verdiepingsdiagnostiek

Op grond hiervan komt de MATE–CRIMI in aanmerking om nader te worden gevalideerd. Een onderzoek daarnaar kan tevens in dienst staan van de implementatie van deze vorm van systematische verdiepingsdiagnostiek in de praktijk van de reclassering. Overeenkomstig het doel van dit rapport doen wij een aantal aanbevelingen voor de opzet van een dergelijke studie. Vooraf enkele overwegingen.

Verwevenheid middelengebruik en criminaliteit, en de Motivatie voor Behandeling

In de MATE–CRIMI is een nieuw instrument opgenomen, de NEXUS, welk is bedoeld om de verwevenheid van verslaving en crimineel gedrag vast te stellen. Dit instrument dient om de toewijzing te stroomlijnen naar interventies die uitsluitend gericht zijn op verslavingsgedrag, op crimineel gedrag, of op beide tegelijk. Omdat de NEXUS nieuw is en er nog geen ervaring mee is, anders dan de veelbelovende die hier zijn gerapporteerd, verdient dit instrument een nader

onderzoek van zijn betrouwbaarheid en validiteit.

In de MATE–CRIMI is tevens een instrument opgenomen ter vaststelling van de motivatie tot behandeling. Omdat te verwachten is dat de bereidheid tot behandeling (voor verslaving, crimineel gedrag, of voor de combinatiebehandeling) zal variëren, hetgeen een rol kan spelen bij de toewijzing en toeleiding, en omdat dit instrument bij justitiabelen nog nauwelijks is toegepast, verdient ook dit onderdeel van de MATE–CRIMI nadere validatie.

Criteria en toeleiding naar interventies in de verslavingszorg

In de (niet justitiële) verslavingszorg is in toenemende mate sprake van het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten en daarop gebaseerde criteria bij de toewijzing van cliënten aan zorg. De MATE–CRIMI is zo opgezet dat zij alle informatie bevat die nodig is voor toewijzing van zorgintensiteit in de verslavingszorg. In onderzoek naar de MATE worden thans criteria opgesteld door de praktijk om die toewijzing te kunnen doen op basis van gegevens uit de MATE. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat deze niet van toepassing zijn voor zorgontvangers die via justitiële kanalen in de verslavingszorg terecht komen. Wel zullen criteria ontwikkeld moeten worden voor de toeleiding van justitiabelen naar speciale interventies, bv in het kader van TR. Die ontwikkeling zal plaatsvinden als onderdeel van dit vervolgonderzoek.

Verslaving en andere criminogene factoren

Het onderzoek strekt zich uit naar de procedures voor justitiabelen die positief scoren op de factor verslaving als criminogene factor bij screening (gewoonlijk met de RISc), niet derhalve op degenen die positief screenen op andere criminogene factoren, zoals psychische problematiek anders dan verslaving. Daarvoor dienen afzonderlijke procedures ontworpen te worden. Wel is het zo dat de MATE voorziet in de assessment en volgens criteria doorverwijzen ten behoeve van comorbide stoornissen, dat wil zeggen dat ze psychische problematiek (anders dan verslaving) vaststelt en naar zorg verwijst bij degenen die positief gescreend zijn op grond van verslaving. Zij doet dat op identieke wijze als de verslavingszorg.

Procesevaluatie

Bij de toepassing van verdiepingsdiagnostiek, de aansluiting op de RISc en andere instrumenten, de toeleidingsprocedure e.d., de benodigde vaardigheden en verantwoordelijkheden, de organisatorische vormgeving bestaan vele vragen die eerder van praktische dan van psychometrische aard zijn. Het ligt voor de hand, evenals dat in de hier verslagen pilotstudie is gedaan, deze vragen onderwerp te maken van een procesevaluatie in de betrokken instellingen. Dit onderdeel van het onderzoek zal kunnen bijdragen aan de implementatie van procedures voor toeleiding naar zorg en andere TR-interventies op grond van systematische verdiepingsdiagnostiek.

Validering, monitoring en effectiviteit

Het onderhavig voorgestelde onderzoek zal antwoord geven op de vraag naar validering van de NEXUS en de Motivatie voor Behandeling. Voor wat betreft de MATE–CRIMI in haar geheel zal het antwoord geven op de vraag welke justitiabelen met welke kenmerken worden toegewezen aan welke (TR-)interventies, zorgmodaliteiten, of vormen van vervolgdagnostiek, én of ze ook feitelijk aan die interventies blootgesteld worden (monitoring). Het onderzoek geeft geen antwoord op de vraag of die toewijzingen ook juist, in de zin van het meest effectief zijn. Dat vereist een onderzoek naar de uitkomsten (in klinische zin en in TR termen) en vereist behalve het verzamelen van lange termijngegevens een manipulatie van de toewijzing. Zulk onderzoek is veel omvattender, methodisch veel ingewikkelder en kan in ieder geval pas na het hier voorgestelde onderzoek worden opgezet en uitgevoerd.

6.2.1 Doel van het onderzoek

1. Vaststellen van de validiteit van de MATE–CRIMI met betrekking tot de selectie en toeleiding van justitiabelen naar interventies gericht op verslaving ten dienste van het terugdringen van recidive. Onder validiteit verstaan we dat de

MATE–CRIMI bevordert dat de volgens vooraf opgestelde criteria in aanmerking komende justitiabelen de voor hen bedoelde TR-interventies krijgen toegewezen en ze ook ondergaan.

2. Vaststellen van de validiteit van NEXUS, een onderdeel van de MATE–CRIMI ter vaststellen van de individuele verwevenheid van verslaving en crimineel gedrag, door vergelijking met dossier- en andere voorhanden informatie over die samenhang.
3. Vaststellen van de validiteit van de Motivatie voor Behandeling-schaal, een onderdeel van de MATE–CRIMI ter vaststellen van de individuele motivatie voor behandeling, door vergelijking met dossier- en andere voorhanden informatie over die bereidheid.
4. Op grond van de uitkomsten vaststellen in hoeverre de criteria, die zijn ontwikkeld in de niet-justitiële verslavingszorg kunnen worden toegepast in een modelprocedure voor de selectie en toeleiding van justitiabelen aan interventies voor verslaving.
5. Bevorderen van implementatie in de reclassering van procedures voor toeleiding naar zorg en andere TR interventies op grond van systematische verdiepingsdiagnostiek.

6.2.2 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek bevat drie onderdelen:

1. Validering van de selectie en toeleiding naar interventies met behulp van de MATE CRIMI door observatie van een half jaar cohort van alle in aanmerking komende justitiabelen in tenminste twee justitiële instellingen en de daarmee geassocieerde interventiecircuits door de registratie van de individuele kenmerken, de uitkomsten van de toewijzingsregels en het al dan niet volgen van de uit de assessment volgende aanbevelingen voor toeleiding.
2. Validering van de NEXUS en de Motivatie voor Behandeling-schaal door de samenhang te bestuderen van de uitkomsten op deze instrumenten met congruente informatie uit dossiers van justitie en hulpverlening en uit aanvullende interviews.
3. Evaluatie van de implementatie van model-procedures voor toeleiding naar zorg en andere TR-interventies op grond van systematische verdiepingsdiagnostiek.

Gekozen is voor onderzoek in (slechts) een zeer beperkt aantal instellingen omdat uit het hier gerapporteerde project blijkt dat de locale variatie groot is, dat het betrekken van alle achtereen binnenvolgende justitiabelen gedurende een bepaalde tijd een grote investering vergt in termen van alerte, vasthoudende en intensieve betrekkingen met de betrokken staf. Omdat het onderzoek niet alleen de introductie van de MATE–CRIMI vereist, maar ook de vervanging van bestaande procedures en instrumenten, heeft dit onderzoek deels het karakter van een implementatiestudie. Deze heeft het meeste kans van slagen wanneer plaatselijk een geheel team de veranderingen ondergaat. Vandaar dat voorgesteld wordt om het onderzoek te beperken tot twee instellingen, die worden geselecteerd op hun bereidheid om in hun geheel in de betrokken periode hun routines aan te passen.

Om het onderzoek in de tijd hanteerbaar te houden is gekozen voor een instroomperiode van een half jaar. In twee instellingen kunnen dan voldoende justitiabelen in het onderzoek betrokken worden.

Mogelijke medewerkende instellingen

Het ligt voor de hand bij de werving van instellingen als kandidaten te zien de deelnemers van het hier gerapporteerde project, te weten, Tactus, Novadic-Kentron, Parnassia en / of de Jellinek

Looptijd

juni 2006 – december 2007

Werkplan:

(Het implementatieonderzoek is niet nader uitgewerkt).

Fase 1

Werving van instellingen, aanpassen procedure voor assessment en toeleiding naar interventies, training in afname van de MATE–CRIMI, implementeren van observatieinstrumenten (codering dossiers en monitoring selectie- en toeleidingsprocedures), aanpassing van de (electronische) dossiervoering.

Fase 2

Dataverzameling bij alle voor verdiepingsdiagnostiek in aanmerking komende justitiabelen in de periode januari 2007 – juni 2007. Verzameld worden in ieder geval

- Aantal en algemene kenmerken van justitiabelen bij wie de RISc is afgenomen met een positieve score op schaal 8 en/of 9, dan wel van degenen die op andere gronden in aanmerking komen voor verdiepingsdiagnostiek.
- de afgenomen MATE–CRIMI's
- Dossiergegevens (tbv validering NEXUS en Motivering voor Behandeling mbv te ontwikkelen codeerinstrument)

Monitoring van alle relevante beslissingen vanaf de afname van de RISc dan wel vanaf het moment van besluit tot verdiepingsdiagnostiek, waaronder

- succes afname van de MATE–CRIMI
- advies van interventie-toeleider over toe te wijzen interventies en betreffende motivering
- advies van interventie-toeleider over justitiële kader en betreffende motivering
- bereidheid van justitiabele om in te stemmen met het voorgestelde
- gerechtelijke beslissingen terzake
- feitelijke blootstelling van de betrokken justitiabelen aan de toegewezen of andere interventies.

Fase 3

Dataverwerking en rapportage. De gegevens over de toepasbaarheid van de MATE–CRIMI en de model-procedure komen al in fase 2 beschikbaar, zodat het desgewenst mogelijk is een beleidsbeslissing over landelijke implementatie te nemen voordat de gegevens over de validering beschikbaar zijn, als men dat wenst.

Referenties

- Brochu, S. & Lewis, D. C. 1990, "Treatment of prisoners for alcohol or drug abuse problems", *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 7, no. 4, pp. 113-121.
- Broekman, T. G. & Schippers, G. M. 2003, *Specifications for the measuring of patient characteristics in substance abuse treatment.*, Amsterdam: AIAR Nijmegen: Bureau Bêta..
- Broekman, T. G., Schippers, G. M., Koeter, M. W. J., & van den Brink, W. 2004, "Standardized assessment in Substance Abuse Treatment in the Netherlands: The case of the ASI and new developments", *Journal of Substance Use*, vol. 9, pp. 147-155.
- Darke, S., Hall, W., Wodak, A., Heather, N., & Ward, J. 1992, "Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index", *Br J Addict*, vol. 87, no. 5, pp. 733-742.
- Darke, S., Ward, J., Zador, D., & Swift, G. 1991, "A scale for estimating the health status of opioid users", *Br J Addict*, vol. 86, no. 10, pp. 1317-1322.
- De Weert-Van Oene GH, Schippers, G. M., De Jong, C. A., & Schrijvers, G. A. 2002, "Motivation for treatment in substance-dependent patients. Psychometric evaluation of the TCU motivation for treatment scales", *European Addiction Research*, vol. 8, no. 1, pp. 2-9.
- de Wildt, W., Schramade, M., Boonstra, M., & Bachrach, C. 2002, *Module indicatiestelling & trajecttoewijzing*, GGZ Nederland, Utrecht.
- de Wildt, W. A., Lehert, P., Schippers, G. M., Nakovics, H., Mann, K., & van den, B. W. 2005, "Investigating the structure of craving using structural equation modeling in analysis of the obsessive-compulsive drinking scale: a multinational study", *Alcohol Clin.Exp.Res.*, vol. 29, no. 4, pp. 509-516.
- Germans, S., Van Heck, G. L., & Hodiament, P. P. G. 2005a, "Antwoord aan Kemperman", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 47, p. 559.
- Germans, S., Van Heck, G. L., & Hodiament, P. P. G. 2005b, "Een korte screeningstest voor persoonlijkheidsstoornissen", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 47, p. 330.
- Goldstein, P. J. 1985, "The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework", *Journal of Drug Issues*, vol. 15, pp. 493-506.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C., & Strang, J. 1998, "The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome", *Addiction*, vol. 93, no. 12, pp. 1857-1867.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. 1992, "The Fifth Edition of the Addiction Severity Index", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 9, no. 3, pp. 199-213.
- Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G., & Mann, A. 2003, "Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder", *The British Journal of Psychiatry*, vol. 183, no. 3, pp. 228-232.
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., Koeter, M. W. J., & van den Brink, W. 2004, "The Addiction Severity Index as a first generation instrument: commentary on 'Studies of the reliability and validity of the ASI' by K. Mäkelä", *Addiction*, vol. 99, pp. 416-417.
- Schippers, G. M., De Jong, C. A., Lehert, P., Potgieter, A., Deckers, F., Casselman, J., & Geerlings, P. J. 1997, "The obsessive compulsive drinking scale : Translation into Dutch and possible modifications", *European Addiction Research*, vol. 3, no. 3, pp. 116-122.
- Simpson, D. D. & Joe, G. W. 1993, "Motivation as a predictor of early dropout from drug treatment", *Psychotherapy*, vol. 30, pp. 357-368.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P. P., Kempen, G. I., Speckens, A. E., & Van Hemert, A. M. 1997, "A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects", *Psychol Med.*, vol. 27, no. 2, pp. 363-370.
- World Health Organization 1997a, *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Versie 2.1*. WHO-CIDI Training en Referentie Centrum. Psychiatrisch Centrum AMC, Amsterdam, Amsterdam.
- World Health Organization 1997b, *The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Version 2.1*. Author, Geneva.
- World Health Organization 2001, *International classification of functioning, disability and health: ICF* Author, Geneva.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. 1983, "The hospital anxiety and depression scale", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 67, no. 6, pp. 361-370.

Ingevuld door: 

Datum assessment

--	--	--	--	--	--

Client nummer


--	--	--	--	--

MATE CRIMI

versie 1.02 Juni 2005

1. Middelen: Gebruik	2
2. Indicaties psychiatrisch / medisch consult	3
3. Verslavingsbehandelingsgeschiedenis	3
4. Middelen: Afhankelijkheid & Misbruik	4
5. Lichamelijke klachten	5
6. Persoonlijkheid	6
7. Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning	7
8. Externe factoren van invloed op het herstelproces	10
MATE CRIMI A: Relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag	11
9. Middelen: Verlangen	13
10. Angst en Depressie	14
MATE CRIMI B: Motivatie voor behandeling	16

L
Z
30 dagen
T

Symbool of typografie	Instructie / uitleg
In het algemeen geldt dat vragen niet letterlijk gesteld hoeven te worden. De interviewer beoordeelt en is vrij in de manier waarop de informatie verkregen wordt. Indien de benodigde informatie met zekerheid bekend is, dan kunt u het antwoord invullen zonder de vraag te stellen. Uitzonderingen zijn die gevallen waar een L(etterlijk) of een Z(elfinvullijst) in de kantlijn staat.	
(etterlijk)	Stel de vragen letterlijk. Geef alleen uitleg als absoluut noodzakelijk of als de vraag duidelijk verkeerd begrepen wordt.
(elfinvullijst)	De persoon vult de vragenlijst zelfstandig in. Als dit niet mogelijk is, help de persoon dan door de vragen voor te lezen.
(ijdvak)	Tijdvak voor de beoordeling.
<i>[Voorbeeld vraag, toelichting]</i>	Tussen haakjes staat schuingedrukt een voorbeeldvraag die gebruikt kan worden om het betreffende item bij de persoon uit te vragen
[BEOORDELING]	Tussen haakjes staat in hoofdletters een beoordelingsinstructie, kenmerken waarop de beoordelaar kan letten of andere verklarende tekst voor de beoordelaar
<u>onderstreepte tekst</u>	Geeft kernbegrip(pen) van de vraag aan. Kan bij eventueel doorvragen gebruikt worden.
[—MIDDEL—]	Vul primaire probleem(stof) in
Ja Nee	<u>Omcirkel</u> Ja als juist of ja, Nee als onjuist of nee
.....	Schrijf antwoord op
.....	Geef geschreven toelichting (vrije tekst)

1. Middelen: Gebruik

Stof		Aantal dagen gebruikt laatste 30 dagen	Aantal eenheden op een kenmerkende dag waarop gebruikt wordt		Totaal aantal jaren gebruik van minstens 2-3 keer per week NB ook invullen als de laatste 30 dagen geen enkele dag gebruikt is
		Bijvoorbeeld: Iedere dag: 30 Een keer per week: 4 Drie dagen: 3 Een dag: 1 Niet: 0 Gedurende slechts 1 week iedere dag: 7		Standaard eenheid (bij drugs bij voorkeur in grammen, anders in de gesuggereerde eenheid)	
Alcohol	Gewoonlijk gebruik		.....	.....	Standaard glazen
	<i>Alleen deze categorie ook invullen als er sprake is van afwisselend gebruik bijvoorbeeld hoger gebruik in het weekend</i>		Hoger gebruik	
Nicotine	Sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuifpruif-tabak		.....	.....	Sigaretten, sjekkies, sigaren
Cannabis	Hasjiesj, Marihuana, Weed		.....	.....	Joints, stickies
Opiaten	Methadon		.....	.....	mg
	Heroïne		.....	.....	Shots, roken, snuifjes
	Overige opiaten zoals Codeïne, Darvon, Demerol, Dilaudid, Morfine, MSContin, Opium, Palfium, Percodan		.....	.....	Shots, roken, snuifjes, pillen
Cocaïne	Crack, gekookte (base) coke		.....	.....	Pijpjes
	Cocaïne, snuifcokes		.....	.....	Wikkels, snuifjes, shots
Stimulantia	Amfetamines, Khat, Pepmiddelen, Ponderal, Ritaline, Speed		.....	.....	Pillen, snuifjes, shots, pijpjes
Ecstasy/XTC	MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2CB.		.....	.....	Pillen
Andere middelen	Bijvoorbeeld: Psychedelica, Inhalantia, Popper. Omschrijf: /.....		.....	.....	.....
Sedativa	Barbituraten, Kalmeringsmiddelen, Slaapmiddelen, Tranquilizers, Dalmadorm, Librium, Mogadon, Normison, Rohypnol, Seresta, Temesta, Valium, Xanax		.....	.....	Pillen
Gokken	Waar(op)(mee) /.....		.....	.....	€ uitgegeven Euro's; bruto
Ooit middelen gespoten: <input type="checkbox"/> Ooit gespoten <input type="checkbox"/> Spuut nog <input type="checkbox"/> Nooit gespoten					
De primaire probleemstof is de stof waarvan het gebruik door de persoon en de beoordelaar als het meest problemen veroorzakend wordt ervaren. Als dit onduidelijkheden oplevert, kies dan in de volgorde (1) Opiaten of Cocaïne, (2) Alcohol, (3)Overige drugs en sedativa, (5) Cannabis. Als nicotinegebruik of gokken de aanmeldklacht is, dan is dat de probleem(stof).					
[—MIDDEL—] [Primaire Probleemstof/Probleem]=			/.....		

2. Indicaties psychiatrisch / medisch consult

Huidig	Huidige voorgeschreven medicatie		Voorgeschreven door: (huisarts, psychiater, internist, longarts e.d.)		
	[Gebruikt u medicatie voor verslaving?]	Ja Nee	Middel(en) (bijvoorbeeld alcamprosaat, methadon naltrexon): /.....	/.....	
	Voorgeschreven voor ziekte/klacht:				
Huidig	[Gebruikt u medicatie voor psychische / psychiatrische problemen?]	Ja Nee	/.....	/.....	
	[Gebruikt u overige medicatie?]	Ja Nee	/.....	/.....	
	Is er op het moment of recente (afgelopen jaar) sprake van psychiatrische of psychologische behandeling?		Is er afstemming met deze behandeling geregeld?		
12 maanden	Ja		Ja		
	Nee /.....		Nee /.....		
12 maanden	Kenmerk	Vraag / observatie			
	Suïcidaal risico	Wens. [Heeft u de afgelopen maand gewenst dat u dood was of gedacht dat u beter af was als u dood was?]			Ja Nee
		Plan, uitvoering. [Heeft u de afgelopen maand plannen gemaakt om uzelf te doden of het geprobeerd?]			Ja Nee
	Psychotische kenmerken	Hallucinaties. [Ziet, of hoort u wel eens dingen die andere mensen niet kunnen zien of horen?]			Ja Nee
		Wanen. [EXTREME ACHTERDOCHT] [Denkt u wel eens dat andere mensen tegen u samenspannen?]			Ja Nee
	[VERWARDHEID]	[MAAKT EEN VERWARDE, GEDESORIËNTEERDE INDRUK, IS VERGEETACHTIG]			Ja Nee
	[LICHAMELIJKE GEZONDHEID]	[ONGEZONDE INDRUK, ZEER BLEEK OF OPGEBLAZEN GELAAT, BLOEDUITSTORTINGEN, MOEILIK LOPEN, OEDEEM BENEN, STERKE VERMAGERING OF ZEER DИКKE BUIK, ABCESSEN, KRABEFFECTEN]			Ja Nee
	[INTOXICATIE/ ONTWENNINGSV ERSCHIJNSELEN]	[TRILLEN, COÖRDINATIESTOORNISSEN, LALLENDE SPRAAK, ONZEKERE GANG, PSYCHOMOTORE VERTRAGING OF AGITATIE, INSULTEN, ERNSTIG ZWETEN, BRAKEN, PUPILAFWIJKINGEN]			Ja Nee
	Lichamelijke ziekte	Ziekte die medisch consult vereist, zoals Hepatitis, HIV			Ja Nee
	Zwanger				Ja Nee

3. Verslavingsbehandelingsgeschiedenis

Eerdere behandelingen gericht op verslaving afgelopen 5 jaar Gericht op verslavingsgedrag, uitgevoerd door een professional en waarbij veranderafspraken over middelengebruik zijn gemaakt Geen methadononderhoud, kale detox, crisisopname e.d.			
Aantal eerdere behandeling (afgelopen 5 jaar)	Regulier afgesloten		Toelichting
	Ja	Nee	
Aantal ambulante/deeltijd	/.....	/.....	/.....
Aantal klinisch	/.....	/.....	/.....

4. Middelen: Afhankelijkheid & Misbruik

L	CIDI nummer	Vraag	Antwoord	
		[—MIDDEL—] = 		
		12 maanden		
	L12B	Heeft u in de afgelopen 12 maanden gemerkt dat u <u>veel meer</u> [—MIDDEL—] nodig begon te hebben <u>om hetzelfde effect te bereiken</u> of dat <u>dezelfde hoeveelheid minder effect had</u> dan voorheen?	Ja	Nee
	L14A+B	Heeft u in de afgelopen 12 maanden het <u>verlangen gehad om te stoppen</u> of <u>zonder succes geprobeerd te stoppen of minderen</u> met [—MIDDEL—]?	Ja	Nee
	L15A	Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>veel tijd besteed aan het gebruik, verkrijgen, of bijkomen van de effecten van</u> [—MIDDEL—]?	Ja	Nee
	L16B	Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>vaak</u> [—MIDDEL—] <u>in grotere hoeveelheden of langer gebruikt dan u van plan was,</u> of <u>het vaak moeilijk gevonden te stoppen met het gebruik van</u> [—MIDDEL—] <u>voor u 'dronken' of high was?</u>	Ja	Nee
	L17A+B	Voelde u zich in de afgelopen 12 maanden <u>ziek of onwel bij het stoppen of minderen</u> met [—MIDDEL—] of <u>gebruikte u</u> [—MIDDEL—] <u>of een sterk gelijkend middel om deze gevoelens te voorkomen?</u>	Ja	Nee
	L18B + L19B	Ging u in de afgelopen 12 maanden <u>door met het gebruik van</u> [—MIDDEL—] <u>terwijl u wist dat het gezondheidsproblemen of emotionele of psychische problemen bij u veroorzaakte?</u>	Ja	Nee
	L20	Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>belangrijke activiteiten opgegeven</u> of sterk verminderd <u>om</u> [—MIDDEL—] <u>te kunnen verkrijgen of gebruiken</u> - activiteiten als sport, werk, of omgaan met vrienden of familie?	Ja	Nee
	L8	<u>Belemmerde</u> het gebruik van [—MIDDEL—] u in de afgelopen 12 maanden <u>vaak in uw werkzaamheden</u> op school, in uw baan of thuis?	Ja	Nee
	L10	Zijn er in de afgelopen 12 maanden periodes geweest waarin u [—MIDDEL—] <u>gebruikte in situaties waarin u gewond kon raken</u> - bijvoorbeeld bij het fietsen, autorijden of varen, het bedienen van een machine of iets dergelijks?	Ja	Nee
	L9A	Heeft het gebruik van [—MIDDEL—] in de afgelopen 12 maanden <u>geleid tot problemen met de politie?</u>	Ja	Nee
	L9	Ging u in de afgelopen 12 maanden <u>door met het gebruik van</u> [—MIDDEL—] <u>terwijl u wist dat dat problemen met uw familie, vrienden, op uw werk, op school voor u veroorzaakte?</u>	Ja	Nee

Voortdurend
Vaak
Soms
Zelden
Helemaal niet

5. Lichamelijke klachten

	In de laatste 30 dagen, hoe vaak had u:	Helemaal niet	Zelden	Soms	Vaak	Voortdurend
L	Gebrek aan eetlust	0	1	2	3	4
T	Vermoeidheid / gebrek aan energie	0	1	2	3	4
I	Misselijkheid	0	1	2	3	4
T	Maagpijn	0	1	2	3	4
I	Kortademigheid / benauwdheid	0	1	2	3	4
T	Pijn in de borst	0	1	2	3	4
I	Pijnlijke gewrichten / stijfheid	0	1	2	3	4
T	Spierpijn	0	1	2	3	4
I	Doof of tintelend gevoel in armen en benen	0	1	2	3	4
T	Trillen / beven	0	1	2	3	4

6. Persoonlijkheid

L

Gewoonlijk, in het algemeen

Alleen “Ja” scoren als het *in het algemeen, vaak, normaliter* is. Als het alleen geldt in bijzondere omstandigheden, bij specifieke personen of in specifieke situaties, dan “Nee” scoren.

Ja,
zeker Nee

Heeft u in het algemeen moeite met het maken en behouden van vrienden?

Ja Nee

Zou u zichzelf als een typische eenling beschrijven?

Ja Nee

Heeft u in het algemeen vertrouwen in andere mensen?

Ja Nee

Heeft u gewoonlijk moeite uw zelfbeheersing te bewaren?

Ja Nee

Bent u impulsief van aard?

Ja Nee

Maakt u zich gewoonlijk snel zorgen?

Ja Nee

Hebt u in het algemeen de neiging sterk op anderen te leunen?

Ja Nee

Bent u in het algemeen een perfectionist?

Ja Nee

7. Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning

De ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) maakt een onderscheid tussen de uitvoering van activiteiten en participatie en het vermogen om dat te doen. In deze MATE-ICF dient de uitvoering beoordeeld te worden; niet het vermogen, dat wil zeggen: beoordeel of de persoon iets doet of dat er met hulp van buiten iets gedaan wordt, beoordeel niet of de persoon het zelf, al dan niet met hulp, zou kunnen.

De uitvoering kan ondersteund worden door externe factoren of hulpleverende instanties. Iemand die bijvoorbeeld zelf niet het vermogen bezit zelf(standig) huishoudelijk taken te verrichten maar bij wie de huishoudelijk taken wel met hulp van anderen uitgevoerd worden, moet dus gescoord worden als “geen beperking in de uitvoering”. Bij hulp & ondersteuning moet gescoord worden dat de persoon bijvoorbeeld veel hulp daarbij ontvangt.

De codering van 0 (geen) tot 4 (volledig) in de beperking en de ondersteuning is niet precies gedefinieerd. Als algemene richtlijn kan gegeven worden:

0	1	2	3	4
0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%

In deze figuur wordt weergegeven dat 0 (geen) en 4 (volledig) maar een klein stukje op de meetlaan innemen, namelijk, ieder 5%, 0 aan de kant van geen beperking en 4 aan de kant van de meeste beperking. Het moet dus behoorlijk duidelijk zijn dat er geen (0) of volledige (4) beperking is wil dat gescoord kunnen worden.

2 (Matig) loopt niet verder dan de helft van de volledige schaal. Dat wil zeggen dat de beperking minder is dan 50% van de mogelijke beperking in de uitvoering. Beoordeelt u de moeilijkheden met de uitvoering groter dan de helft maar niet volledig, dan scoort u 3.

De volgende tabel geeft ook enkele aanwijzingen om de mate van beperking te scoren. Hier is de score (getal) vertaald in een bewoording voor de mate van beperking (geen tot volledig), een getal dat de duur aangeeft (percentage van tijd van ≤ 5% tot > 90%, een term voor de intensiteit (niet merkbaar tot volledige ontwrichting van het dagelijks leven) of de frequentie (nooit tot continu).

Score	ICF mate van beperking	Tijdsduur	Intensiteit	Frequentie
0	Geen	≤ 5%	Niet merkbaar	Nooit
1	Licht	< 25%	Dragelijk	Zelden
2	Matig	≥ 25%	Verstoort dagelijks leven	Soms
3	Ernstig	> 50%	Gedeeltelijke ontwrichting van dagelijks leven	Vaak
4	Volledig	> 95%	Volledige ontwrichting van dagelijks leven	Continu

De gecodeerde informatie is altijd in de context van een gezondheidsprobleem. Informatie die iemands keuze weergeeft maar geen verband houdt met een probleem met het functioneren in samenhang met een gezondheidsprobleem, moet niet worden gecodeerd.

Bij HULPBEHOEFTE dien aangegeven te worden of U (de beoordelaar) hulp of extra hulp nodig acht bij de uitvoering van de betreffende activiteit of participatie, of de persoon zelf (extra) hulp nodig acht en, als een van beide ja is, de eigen instelling bereid en in staat is die hulp te verlenen.

7. Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning

ICF Component d: Activiteiten & Participatie en Component e: Hulp & ondersteuning van diensten		Beperking in uitvoering / Heeft moeite met	Hulp & ondersteuning van institutionele diensten	Hoeveelheid Hulp & Ondersteuning	HULP BEHOEFTE		
30 dagen	HOOFDSTUK				Vindt u dat er (extra) hulp nodig is?	Vindt persoon zelf dat er (extra) hulp nodig is?	Eigen instelling in staat en bereid deze hulp te geven?
		0: Geen 1: Licht 2: Matig 3: Ernstig 4: Volledig	KRIJGT DE PERSOON HULP OF ONDERSTEUNING VAN	0: Geen 1: Licht 2: Matig 3: Aanzienlijk 4: Volledig			
	HEEFT DE PERSOON MOEILIKHEDEN MET						
TUSSENMENSELIJKE INTERACTIES EN RELATIES	Het aangaan en onderhouden van relaties: <i>[Heeft u moeilijkheden met]</i>		NVT				
	<u>d770</u>	intieme relaties <i>[partner]</i>					
	<u>d750, d760</u>	informele relaties <i>[familie/vrienden]</i>					
	<u>d740</u>	formele relaties <i>[werkgevers, zorgverleners e.d.]</i>					
	<u>d710</u>	Contact maken met en omgaan met andere mensen in het algemeen. <i>[Vindt u het moeilijk om contact met andere mensen te maken en met andere mensen om te gaan?]</i>					
BELANGRIJKE LEVENSGEBIEDEN	<u>d810-850</u>	Het volgen van een opleiding of het hebben en uitvoeren van werk.	<u>e5850, e5900</u>		Ja	Ja	Ja
	<u>d870</u>	Economische zelfstandigheid. <i>[Komt u geld tekort voor uw dagelijks levensonderhoud?]</i>	Heeft de persoon ondersteuning hierbij, zoals werktoeleiding, arbeidsbemiddeling		Nee	Nee	Nee
	<u>e5700</u>		Ontvangt de persoon hierbij hulp zoals budgettering (NB: een uitkering is geen hulp)		Ja	Ja	Ja
MAATSCHAPPELIJK, SOCIAAL EN BURGERLIJK LEVEN	<u>d920</u>	Recreatieve activiteiten of vrijetijdsbesteding. <i>[Heeft u moeite om iets leuks te doen in uw vrije tijd, bijvoorbeeld om te sporten, ontspanning te zoeken, uitgaan, uitstapjes e.d.?]</i>	NVT		Ja	Ja	Ja
	<u>d930</u>	Activiteiten in het kader van religie of spiritualiteit. <i>[Ervaart u moeilijkheden met het meedoen aan religieuze of spirituele bijeenkomsten of in het samen met anderen zoeken naar betekenis van het leven?]</i>	NVT		Ja	Ja	Ja
HUISHOUDEN	<u>d610</u>	Verwerven en behouden van woonruimte. <i>[Heeft u gebrek aan onderdak? Zijn er problemen met huisvesting?]</i>	<u>e5250</u>		Ja	Ja	Ja
	<u>d630-d640</u>	Uitvoeren van huishoudelijke taken, zoals het bereiden van maaltijden, het huishouden doen, inkopen doen. <i>[Heeft u moeite met het uitvoeren van huishoudelijke taken?]</i>	Heeft de persoon hier hulp bij van bijvoorbeeld woonvoorzieningen, sociaal pension?		Nee	Nee	Nee
			<u>e5750</u>		Ja	Ja	Ja
			Heeft de persoon hier hulp bij van bijvoorbeeld thuiszorg?		Nee	Nee	Nee

7. Activiteiten & Participatie, Hulp & Ondersteuning

ICF Component d: Activiteiten & Participatie en Component e: Hulp & ondersteuning van diensten		Beperking in uitvoering / Heeft moeite met	Hulp & ondersteuning van institutionele diensten	Hoeveelheid Hulp & Ondersteuning	HULP BEHOEFTE				
30 dagen	HOOFTSTUK	HEEFT DE PERSOON MOEILIKHEDEN MET	KRIJGT DE PERSOON HULP OF ONDERSTEUNING VAN	0: Geen 1: Licht 2: Matig 3: Aanzienlijk 4: Volledig	Vindt u dat er (extra) hulp nodig is?	Vindt persoon zelf dat er (extra) hulp nodig is?	Eigen instelling in staat en bereid deze hulp te geven?		
	ZELFVERZORGING	<u>d510,520,540</u> Persoonlijke verzorging, hygiëne of verzorging van kleding. [OBSERVEER PERSOON]	.....	<u>e5750</u>	.....			
		<u>d5700</u> Zelfbescherming tegen kou, donkerte, vocht. [HEEFT PERSOON VEILIGE SLAAPPLAATS, KLEEDT ZICH VOLDOENDE BESCHERMEND]	.....	Maakt de persoon gebruik van hulp bij zelfverzorging, bijvoorbeeld thuiszorg?	.....	Ja	Ja	Ja
		<u>d5701</u> Voedzaam eten en drinken en onderhouden van lichamelijke conditie. [Heeft u problemen met voldoende eten en drinken en voor uw lichamelijke conditie te zorgen?]	.....	.....	.....	Nee	Nee	Nee
		<u>d5702a</u> Verkrijgen en opvolgen van adviezen en behandeling van de gezondheidszorg. [Laat u zich voldoende vaak onderzoeken en adviseren door de gezondheidszorg? Ervaart u moeilijkheden met het volgen van de adviezen en behandelingen?]	<u>e5800</u>	Heeft de persoon regelmatige en goede contacten met de gezondheidszorg?	Ja	Ja	Ja
		<u>d5702b</u> Verhoeden van gezondheidsschade dat zich uit in riskant gezondheidsbedreigend gedrag, zoals gebruik van vuile of gebruikte spuiten, riskant seksueel gedrag, riskant gedrag in het verkeer. [Gebruikt u wel eens vuile spuiten, heeft u wel eens onbeschermd seksueel contact met wisselende partners, begeeft u zich wel eens onder invloed in het verkeer?]	NVT		Nee	Nee	Nee
	ALGEMENE TAKEN EN EISEN	<u>d230</u> Het hebben van een dagritme en het uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen. [Heeft u moeite met het maken van een dagindeling of problemen met reserveren van tijd voor en plannen van de afzonderlijke activiteiten gedurende de dag?]	.....	<u>e5750</u>	.....	Ja	Ja	Ja
		<u>d240</u> Het omgaan met stress of crisissituaties. [Heeft u moeite om met stress of druk om te gaan als er veel van u gevraagd wordt of de situatie moeilijk is?]	NVT		Nee	Nee	Nee
	LEREN EN TOEPASSEN VAN KENNIS	<u>d1</u> Iets leren, toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen. [HEEFT DE PERSOON MOEITE NIEUWE VAARDIGHEDEN TE LEREN OF KENNIS OP TE DOEN EN TOE TE PASSEN?] [KAN VEROORZAAKT WORDEN DOOR LAGE INTELLIGENTIE MAAR OOK DOOR COGNITIEVE STOORNISSEN OF EMOTIONELE STOORNISSEN] [GEEF UW ALGEMENE INDRUK.]	.....	NVT		Ja	Ja	Ja

8. Externe factoren van invloed op het herstelproces

ICF Component e: Externe factoren		INVLOED OP HERSTEL	HULP BEHOEFTE			
30 dagen I	HOOFD STUK	ITEM	0: Geen 1: Licht 2: Matig 3: Aanzienlijk 4: Volledig	SPECIFICATIE (VRIJE TEKST):		
	ONDERSTEUNING EN RELATIES	€310-€325 Zijn er in de sociale omgeving van de persoon mensen die steunend zijn en een positieve invloed hebben op het herstelproces?	+	/.....		
		Zijn er in de sociale omgeving van de persoon mensen die een negatieve invloed hebben op het herstelproces (denk aan contacten die middelengebruik stimuleren)?	-	/.....		
		Heeft de persoon <i>het laatste jaar</i> een belangrijke relatie verloren, bijvoorbeeld door dood of scheiding, en heeft dat verlies een negatieve invloed op het herstelproces?	-	/.....		
	ATTITUDES (NEGATIEVE)	€460 Speelt algemeen maatschappelijke negatieve bejegening van verslaafden een negatieve rol in het herstelproces van de persoon?	-	/.....		
				Ja	Ja	Ja
	DIENSTEN, SYSTEMEN EN BELEID (OVERIGE)	€550 Persoon is verwickeld in juridische zaken die een positieve invloed hebben op het herstelproces (heeft juridische hulp, heeft een reclasseringsambtenaar, komt in aanmerking voor een bevorderende maatregel).	+	/.....		
		Persoon is verwickeld in juridische zaken die een negatieve invloed hebben op het herstelproces (wordt opgejaagd, et cetera).	-	/.....		
				Ja	Ja	Ja
		€598 Zijn er andere positieve externe factoren van invloed op het herstelproces?	+	/.....		
Zijn er andere negatieve externe factoren van invloed op het herstelproces?		-	/.....			
			Ja	Ja	Ja	
			Nee	Nee	Nee	

MATE CRIMI A: Relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag

De MATE CRIMI kan voor een groot gedeelte vanuit een dossier of een reeds afgenomen RISc beoordeeld worden. Als er geen dossier is of u heeft niet de beschikking over een dossier of de RISc, stel dan de vragen aan de cliënt.

1	Bent u de afgelopen 5 jaar jaar in contact geweest met politie of justitie voor iets wat u gedaan heeft of heeft u in die tijd ooit iets gedaan dat verboden is?	Ja Nee
2	Zo ja was dat voor:	Indien Nee: [GEEN VERDERE VRAGEN, STOP MET MATE CRIMI]
a	Geweld tegen personen [MOORD, DOODSLAG, BEDREIGING MET WAPEN, MISHANDELING, AANRANDING, VERKRACHTING]	Ja Nee
b	Geweld tegen personen met vermogensdelict [(ROOF)OVERVAL]	Ja Nee
c	Brandstichting [NIET GERICHT TEGEN PERSONEN, ANDERS CATEGORIE A]	Ja Nee
d	Diefstal en inbraak [WONING, AUTO, WINKEL]	Ja Nee
e	Vandalisme, overlast en ander asociaal en antisociaal gedrag (inclusief asociaal seksueel gedrag)	Ja Nee
f	Illegale productie, grootschalig bezit, handel of smokkel in drugs	Ja Nee
g	Rijden onder invloed	Ja Nee
Ga na of er sprake is van een patroon in het crimineel gedrag. Dat wil zeggen of er herhaaldelijk sprake is van min of meer hetzelfde crimineel gedrag dat in vergelijkbare omstandigheden en uit dezelfde motieven is voorgekomen?		
3	Is er sprake van een patroon?	Patroon
a	Geweld tegen personen	Ja Nee
b	Geweld tegen personen met vermogensdelict	Ja Nee
c	Brandstichting	Ja Nee
d	Diefstal en inbraak	Ja Nee
e	Vandalisme, overlast en ander asociaal en antisociaal gedrag	Ja Nee
f	Illegale productie, grootschalig bezit, handel of smokkel in drugs	Ja Nee
g	Rijden onder invloed	Ja Nee
De volgende vragen gaan over het patroon van crimineel gedrag dat hierboven is vastgesteld. Als er meerdere patronen zijn, kies dan de eerst vermelde, de bovenste, in bovenstaande lijst. Benoem deze met een omschrijving die voor interviewer en geïnterviewde duidelijk is en die verder in het interview gebruikt wordt: [— primair patroon—] =		.....
4	De keren dat dit [— primair patroon—] voorkwam, was U toen meestal onder invloed van alcohol of drugs?	Ja Nee
	Zo ja, onder invloed van	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Opiaten <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Stimulantia <input type="checkbox"/> Ecstasy/XTC <input type="checkbox"/> Andere middelen, nl:

MATE CRIMI A: Relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag

5	Is er een relatie tussen het voorkomen van [—primair patroon—] en het onder invloed zijn?	
	Ja, de persoon vertoont het gedrag alleen als hij onder invloed is	<input type="checkbox"/>
	Nee, er is geen relatie want de persoon vertoont het gedrag zowel als hij niet onder invloed is, als wanneer hij wel onder invloed is.	<input type="checkbox"/>
	Nee, de persoon vertoont het gedrag alleen als hij niet onder invloed is	<input type="checkbox"/>
	Nee, er is geen relatie vast te stellen omdat de persoon vrijwel altijd onder invloed is.	<input type="checkbox"/>
6	Staat het [—primair patroon—] vooral in dienst van de financiering van eigen middelengebruik?	Ja Nee
7	Kan het middelengebruik vooral gezien worden als een manier om een bepaalde stressvolle leefstijl vol te kunnen houden? [DENK BIJ STRESSVOLLE LEVENSTIJL AAN HET VERKEREN IN CRIMINEEL OF ASOCIAAL MILIEU WAAR BEPAALD GEDRAG VAN DE PERSOON VERWACHT WORDT]	Ja Nee
8	Komt het middelengebruik vooral voort uit een behoefte aan spanning en sensatie?	Ja Nee
9	Vergemakkelijkt het middelengebruik, het [—primair patroon—] ? [WERKT DREMPELVERLAGEND]	Ja Nee
10	Lokt het middelengebruik, het [—primair patroon—] uit? [MIDDELENGEBRUIK ROEPT HET GEDRAG OP]	Ja Nee
11	De volgorde van voorkomen van het gebruik en het delictpatroon In de ontwikkeling van de persoon in de tijd is:	
	a Het [—primair patroon—] onstond op leetijd:	.....
	b Het middelengebruik ontstond op leetijd:	.....
Maak tot slot één keuze uit de volgende drie typering		
12	De relatie tussen [—primair patroon—] en middelengebruik kan getypeerd worden als:	
	Het criminele, grensoverschrijdende of asociale gedrag staat op de voorgrond; het is primair en het gebruik van psychoactieve stoffen staat in dienst van het kunnen vertonen van dat gedrag. Bijvoorbeeld omdat iemand tot een criminele groep wil behoren waarbij dit gebruik hoort, of omdat het gebruik wordt ingezet om crimineel gedrag te vergemakkelijken (moed indrinken, versterken van al aanwezige gewelddadigheid). Stoffen worden gebruikt om reeds bestaande neigingen te versterken of om gewetenswroeging te voorkomen of te dempen.	<input type="checkbox"/>
	Het gebruik van psychoactieve stoffen is primair en het crimineel gedrag is een gevolg van het gebruik. Bijvoorbeeld in het geval van verwervingscriminaliteit, maar ook gedrag dat voorkomt uit verlaging van remming, zoals agressief gedrag.	<input type="checkbox"/>
	Er is geen of niet langer een onderscheid in dominantie van crimineel gedrag dan wel gebruik van stoffen. Beiden komen voort uit een algemene asociale leefstijl, ofwel het crimineel gedrag en het gebruik zijn in de loop der tijd zozeer verweven geraakt dat er niet meer gesproken kan worden van dominantie van het ene boven het ander.	<input type="checkbox"/>

MATE CRIMI A: Relatie tussen middelengebruik en crimineel gedrag

5	Is er een relatie tussen het voorkomen van [—primair patroon—] en het onder invloed zijn?	
	Ja, de persoon vertoont het gedrag alleen als hij onder invloed is	<input type="checkbox"/>
	Nee, er is geen relatie want de persoon vertoont het gedrag zowel als hij niet onder invloed is, als wanneer hij wel onder invloed is.	<input type="checkbox"/>
	Nee, de persoon vertoont het gedrag alleen als hij niet onder invloed is	<input type="checkbox"/>
	Nee, er is geen relatie vast te stellen omdat de persoon vrijwel altijd onder invloed is.	<input type="checkbox"/>
6	Staat het [—primair patroon—] vooral in dienst van de financiering van eigen middelengebruik?	Ja Nee
7	Kan het middelengebruik vooral gezien worden als een manier om een bepaalde stressvolle leefstijl vol te kunnen houden? [DENK BIJ STRESSVOLLE LEVENSTIJL AAN HET VERKEREN IN CRIMINEEL OF ASOCIAAL MILIEU WAAR BEPAALD GEDRAG VAN DE PERSOON VERWACHT WORDT]	Ja Nee
8	Komt het middelengebruik vooral voort uit een behoefte aan spanning en sensatie?	Ja Nee
9	Vergemakkelijkt het middelengebruik, het [—primair patroon—] ? [WERKT DREMPELVERLAGEND]	Ja Nee
10	Lokt het middelengebruik, het [—primair patroon—] uit? [MIDDELENGEBRUIK ROEPT HET GEDRAG OP]	Ja Nee
11	De volgorde van voorkomen van het gebruik en het delictpatroon In de ontwikkeling van de persoon in de tijd is:	
	a Het [—primair patroon—] onstond op leetijd:	.....
	b Het middelengebruik ontstond op leetijd:	.....
Maak tot slot één keuze uit de volgende drie typering		
12	De relatie tussen [—primair patroon—] en middelengebruik kan getypeerd worden als:	
	Het criminele, grensoverschrijdende of asociale gedrag staat op de voorgrond; het is primair en het gebruik van psychoactieve stoffen staat in dienst van het kunnen vertonen van dat gedrag. Bijvoorbeeld omdat iemand tot een criminele groep wil behoren waarbij dit gebruik hoort, of omdat het gebruik wordt ingezet om crimineel gedrag te vergemakkelijken (moed indrinken, versterken van al aanwezige gewelddadigheid). Stoffen worden gebruikt om reeds bestaande neigingen te versterken of om gewetenswroeging te voorkomen of te dempen.	<input type="checkbox"/>
	Het gebruik van psychoactieve stoffen is primair en het crimineel gedrag is een gevolg van het gebruik. Bijvoorbeeld in het geval van verwervingscriminaliteit, maar ook gedrag dat voorkomt uit verlaging van remming, zoals agressief gedrag.	<input type="checkbox"/>
	Er is geen of niet langer een onderscheid in dominantie van crimineel gedrag dan wel gebruik van stoffen. Beiden komen voort uit een algemene asociale leefstijl, ofwel het crimineel gedrag en het gebruik zijn in de loop der tijd zozeer verweven geraakt dat er niet meer gesproken kan worden van dominantie van het ene boven het ander.	<input type="checkbox"/>

9. Middelen: Verlangen

Z

De volgende vragen gaan over gedachten en gevoelens over [—MIDDEL—] en over het wel gebruiken en niet gebruiken van [—MIDDEL—].

De vragen gaan uitsluitend over de afgelopen, laatste 7 dagen. Beantwoord de vragen dus op grond wat u de **laatste week** heeft gedacht, gevoeld en gedaan. Omcirkel het cijfer voor het antwoord dat het meest op u van toepassing is.

[—MIDDEL—] = ✍.....

7 dagen

- 1 Als u niet gebruikt, hoeveel van uw tijd wordt in beslag genomen door gedachten, ideeën, impulsen of beelden die met gebruiken te maken hebben?
- o Geen.
 - 1 Minder dan 1 uur per dag.
 - 2 1-3 uur per dag.
 - 3 4-8 uur per dag.
 - 4 Meer dan 8 uur per dag.
-
- 2 Hoe vaak treden deze gedachten op?
- o Nooit.
 - 1 Minder dan 8 keer per dag.
 - 2 Meer dan 8 keer per dag, maar het grootste deel van de dag treden deze gedachten niet op.
 - 3 Meer dan 8 keer per dag en vrijwel alle uren van de dag.
 - 4 Het aantal keren dat ik deze gedachten heb is niet te tellen en er gaat vrijwel geen uur voorbij zonder er aan te denken.
-
- 3 Als u niet gebruikt, hoe vervelend of storend zijn deze gedachten, ideeën, impulsen of beelden die te maken hebben met gebruiken?
- o Niet vervelend of storend.
 - 1 Enigszins vervelend, maar niet te vaak en niet al te storend.
 - 2 Nogal vervelend, regelmatig en storend, maar nog wel te hanteren.
 - 3 Vervelend, vaak en erg storend.
 - 4 Zeer vervelend, bijna voortdurend en zeer storend.
-
- 4 Hoeveel moeite doet u, als u niet gebruikt, om deze gedachten tegen te gaan of te negeren of om uw gedachten als ze bij u opkomen ergens anders op te richten. (Het gaat erom aan te geven hoeveel moeite u doet, niet of het u lukt of niet).
- o Als ik zulke gedachten al heb, doe ik altijd moeite ze tegen te gaan.
 - 1 Ik doe meestal moeite om zulke gedachten tegen te gaan.
 - 2 Ik doe soms moeite om zulke gedachten tegen te gaan.
 - 3 Ik doe geen moeite om ze tegen te gaan, maar ik geef er met tegenzin aan toe.
 - 4 Ik geef me volledig en uit vrije wil over aan deze gedachten.
-
- 5 Hoe sterk is de drang om [—MIDDEL—] te gebruiken?
- o Ik heb geen drang om [—MIDDEL—] te gebruiken.
 - 1 Ik heb enige drang om [—MIDDEL—] te gebruiken.
 - 2 Ik heb een sterke drang om [—MIDDEL—] te gebruiken.
 - 3 Ik heb een zeer sterke drang om [—MIDDEL—] te gebruiken.
 - 4 De drang om [—MIDDEL—] te gebruiken is overweldigend.

10. Angst en Depressie

Z Onderstreep het antwoord dat het beste weergeeft hoe U zich gedurende de **laatste week** gevoeld heeft

L
7 dagen

1. Ik voel me gespannen	Meestal	Vaak	Af en toe, soms	Helemaal niet
2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot	Zeker zo veel	Niet zo veel als vroeger	Weinig	Haast helemaal niet
3. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren	Heel zeker en vrij erg	Ja, maar niet zo erg	Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over	Helemaal niet
4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien	Net zoveel als vroeger	Niet zo goed als vroeger	Beslist niet zoveel als vroeger	Helemaal niet
5. Ik maak me vaak ongerust	Heel erg vaak	Vaak	Af en toe maar niet te vaak	Alleen soms
6. Ik voel me opgewekt	Helemaal niet	Niet vaak	Soms	Meestal
7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen	Zeker	Meestal	Niet vaak	Helemaal niet
8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat	Bijna altijd	Heel vaak	Soms	Helemaal niet
9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag	Helemaal niet	Soms	Vrij vaak	Heel vaak
10. Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk	Zeker	Niet meer zoveel als ik zou moeten	Waarschijnlijk niet zoveel	Evenveel interesse als vroeger

10. Angst en Depressie

	<hr/>			
	11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben			
	Heel erg	Tamelijk veel	Niet erg veel	Helemaal niet
	<hr/>			
T 7 dagen	12. Ik verheug me van tevoren al op dingen			
	Net zoveel als vroeger	Een beetje minder dan vroeger	Zeker minder dan vroeger	Bijna nooit
	<hr/>			
	13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst			
	Zeer vaak	Tamelijk vaak	Niet erg vaak	Helemaal niet
	<hr/>			
	14. Ik kan van een goed boek genieten~ of van een radio- of televisieprogramma			
	Vaak	Soms	Niet vaak	Heel zelden

MATE CRIMI B: Mft Motivatie voor behandeling

Z		Zeker niet mee eens	Niet mee eens	Een beetje niet / een beetje wel mee eens	Wel mee eens	Zeker wel mee eens
	Gebruiken is voor mij					
1	. . . . . een probleem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	. . . . . meer een last dan een lust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	. . . . . de oorzaak van problemen met politie en justitie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	. . . . . de oorzaak van problemen in mijn denken of in de uitvoering van mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	. . . . . de oorzaak van problemen met mijn familie en vrienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	. . . . . de oorzaak van problemen bij het vinden van werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	. . . . . de oorzaak van problemen met mijn gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	. . . . . iets wat mijn leven steeds minder goed maakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	. . . . . iets wat mijn dood zal veroorzaken als ik niet snel stop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	De volgende vragen gaan over hoe u denkt over hulp en behandeling voor uw gebruik					
10	Ik heb hulp nodig om mijn gebruik te kunnen hanteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ik heb nu eigenlijk te veel andere verantwoordelijkheden om in een behandelprogramma te zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATE CRIMI B: Mft Motivatie voor behandeling

Z						
		Zeker niet mee eens	Niet mee eens	Een beetje niet / een beetje wel mee eens	Wel mee eens	Zeker wel mee eens
12	Een behandelprogramma is voor mij te veeleisend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Het is noodzakelijk dat ik nu geholpen word voor mijn gebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Een behandeling kan mijn laatste kans zijn om mijn problemen op te lossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ik ben moe van de problemen die door gebruiken worden veroorzaakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ik wil eventueel mijn vrienden en kennissen opgeven om mijn problemen op te lossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Een behandelprogramma zal me niet veel helpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ik ben van plan een tijdje in een behandelprogramma te blijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ik kan zonder hulp stoppen met gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ik ga deelnemen aan een behandeling omdat iemand anders mij stuurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ik heb geen controle meer over mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Een behandelprogramma kan me echt helpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ik wil mijn leven weer op poten zetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ik wil behandeld worden voor mijn problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATE Score formulier

Z 10. Angst en Depressie
 Deze pagina is een soort mal voor de scoring en schaalindeling van de HADS. A is de angst schaal, D de depressie.
 Voorbeeld: Bij vraag 6 (ik voel me opgewekt, scoort het meest linkse alternatief ("Helemaal niet" 3 punten op de Depressieschaal.

A 1. Ik voel me gespannen

3	2	1	0

D 2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot

0	1	2	3

A 3. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren

3	2	1	0

D 4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien

0	1	2	3

A 5. Ik maak me vaak ongerust

3	2	1	0

D 6. Ik voel me opgewekt

3	2	1	0

A 7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen

0	1	2	3

D 8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat

3	2	1	0

A 9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag

0	1	2	3

D 10. Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk

3	2	1	0

MATE Score formulier

A 11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben

3	2	1	0

D 12. Ik verheug me van tevoren al op dingen

0	1	2	3

A 13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst

3	2	1	0

D 14. Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma

0	1	2	3

Ingevuld door:

Datum assessment

d	d	m	m	j	j

Client nummer

--	--	--	--	--	--

Sectie – Instrument	Schaal	Bereik	Score	Scheidingspunt
10. Angst en Depressie – HADS	Depressie score (som van de 7 itemscores)	0 – 21	.....	11
	Angst Score (som van de 7 itemscores)	0 – 21	.....	11
5. Lichamelijke klachten – HSS	Totaalscore (som van de 10 itemscores)	0 – 40	.....	20 óf 1 item een score van 3 of meer
6. Persoonlijkheid – SAPAS	1 punt voor een Nee-antwoord op vraag 3. 1 punt voor ieder Ja-antwoord op de overige vragen	0 – 8	.....	3
4. Middelen: Afhankelijkheid & Misbruik	Afhankelijkheid (Aantal ja op eerste 7 items:(L12B tot L2o)	0 – 7	.....	3
	Met fysiologische afhankelijkheid (Aantal ja op L12B en L17A+B)	0 – 2	.....	1
	Misbruik (Aantal ja op laatste 4 items: L8 tot L9)	0 – 4	.....	1
9. Middelen: Verlangen	Verlangen (craving) som van de 5 itemscores.	0 – 20	.....	-

MATE CRIMI B: Mft Score formulier

Z	PR ₁	PR ₂	DH	TR	Zeker niet mee eens	Niet mee eens	Een beetje niet / een beetje wel mee eens	Wel mee eens	Zeker wel mee eens
	Som/4	Som/5	Som/7	Som/8					
	Gemiddelde scores:								
	3.3	2.2	3.3	3.1					
	....	....	....	....	PR ₁ : Problem Recognition General PR ₂ : Problem Recognition Specific		DH: Desire for Help TR: Treatment Readiness		
1	PR ₁				1	2	3	4	5
2	PR ₁				1	2	3	4	5
3		PR ₂			1	2	3	4	5
4		PR ₂			1	2	3	4	5
5		PR ₂			1	2	3	4	5
6		PR ₂			1	2	3	4	5
7		PR ₂			1	2	3	4	5
8	PR ₁				1	2	3	4	5
9	PR ₁				1	2	3	4	5
De volgende vragen gaan over hoe u denkt over hulp en behandeling voor uw gebruik									
10			DH		1	2	3	4	5
11				TR	5	4	3	2	1

MATE CRIMI B: Mft Score formulier

Z	PR1	PR2	DH	TR	Zeker niet mee eens	Niet mee eens	Een beetje niet / een beetje wel mee eens	Wel mee eens	Zeker wel mee eens
	Som/4	Som/5	Som/7	Som/8					
	Gemiddelde scores:								
	3.3	2.2	3.3	3.1					
12				TR	5	4	3	2	1
13			DH		1	2	3	4	5
14				TR	1	2	3	4	5
15			DH		1	2	3	4	5
16			DH		1	2	3	4	5
17				TR	5	4	3	2	1
18				TR	1	2	3	4	5
19			DH		5	4	3	2	1
20				TR	5	4	3	2	1
21			DH		1	2	3	4	5
22				TR	1	2	3	4	5
23			DH		1	2	3	4	5
24				TR	1	2	3	4	5

Bijlage 3 MATE gegevens: Tabellen

Tabel 1 Middelengebruik: Aantal jaar gebruik minstens 2-3 keer per week

	N	%	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Mediaan
Alcohol - jaren gebruik (lifetime)	47	50.0%	1	35	9	5
Nicotine - jaren gebruik (lifetime)	86	91.5%	1	45	20	19
Cannabis - jaren gebruik (lifetime)	60	63.8%	1	36	14	12
Methadon - jaren gebruik (lifetime)	31	33.0%	1	32	14	10
Heroïne - jaren gebruik (lifetime)	43	45.7%	2	33	16	13
Overige opiaten - jaren gebruik (lifetime)	2	2.1%	2	5	4	4
Crack - jaren gebruik (lifetime)	66	70.2%	1	32	11	10
Cocaine - jaren gebruik (lifetime)	31	33.0%	1	20	5	4
Stimulantia - jaren gebruik (lifetime)	12	12.8%	1	20	7	5
Ecstasy XTC - jaren gebruik (lifetime)	12	12.8%	1	15	5	4
Andere middelen - jaren gebruik (lifetime)	3	3.2%	2	4	3	3
Sedativa - jaren gebruik (lifetime)	24	25.5%	1	27	10	7
Gokken - jaren gebruik (lifetime)	18	19.1%	1	21	6	4

Tabel 2 Middelengebruik: Aantal dagen gebruik gedurende 30 dagen voor detentie

	N	%	Gemiddelde	Mediaan
Alcohol > 5 glazen op kenmerkende dag	32	34.0%	24	30
Nicotine - dagen gebruik (30)	91	96.8%	29	30
Cannabis - dagen gebruik (30)	47	50.0%	19	30
Methadon - dagen gebruik (30)	30	31.9%	27	30
Heroïne - dagen gebruik (30)	44	46.8%	25	30
Overige opiaten - dagen gebruik (30)	2	2.1%	16	16
Crack - dagen gebruik (30)	62	66.0%	25	30
Cocaine - dagen gebruik (30)	16	17.0%	10	3
Stimulantia - dagen gebruik (30)	6	6.4%	7	2
Ecstasy XTC - dagen gebruik (30)	9	9.6%	8	4
Andere middelen - dagen gebruik (30)	1	1.1%	1	1
Sedativa - dagen gebruik (30)	23	24.5%	19	30
Gokken - dagen gebruik (30)	7	7.4%	13	10

Tabel 3 Middelengebruik Primaire probleemstof

	N	%
Alcohol	13	14.1%
Cannabis	7	7.6%
Opiaten	14	15.2%
Cocaine	56	60.9%
Gokken	2	2.2%

Tabel 4 Indicaties psychiatrisch/medisch consult – aantal positieve antwoorden op kenmerken

	N	%
Suïcidaal risico. Wens.	9	9.6%
Suïcidaal risico. Plan, uitvoering.	1	1.1%
Psychotische kenmerken. Hallucinaties.	4	4.3%
Psychotische kenmerken. Wanen.	8	8.6%
[VERWARDHEID]	4	4.6%
[LICHAMELIJKE GEZONDHEID]	3	3.4%
[INTOXICATIE-ONTWENNINGSVERSCHIJNSELEN]	2	2.3%
Lichamelijke ziekte	12	12.8%
Zwanger	0	.

63 personen hebben geen positief antwoord, 22 personen 1 positief antwoord, 9 personen meer dan 1

19 personen hebben 1 of meer positieve antwoorden op de eerste 5 kenmerken (psychisch), 15 personen 1 of meer op de laatste 4 kenmerken (medisch).

3 personen maken deel uit van beide groepen.

Tabel 5 DSM-IV criteria Afhankelijkheid en misbruik - aantal positieve antwoorden

	N	%
L12B Heeft u in de afgelopen 12 maanden gemerkt dat u veel meer nodig begon te hebben om hetzelfde effect te bereiken of dat dezelfde hoeveelheid minder effect had dan voorheen?	42	45.2%
L14A+B Heeft u in de afgelopen 12 maanden het verlangen gehad om te stoppen of zonder succes geprobeerd te stoppen of minderen met?	66	71.0%
L15A Heeft u in de afgelopen 12 maanden veel tijd besteed aan het gebruik, verkrijgen, of bijkomen van de effecten van?	62	66.7%
L16B Heeft u in de afgelopen 12 maanden vaak in grotere hoeveelheden of langer gebruikt dan u van plan was, of het vaak moeilijk gevonden te stoppen met het gebruik van voor u 'dronken' of high was?	58	62.4%
L17A+B Voelde u zich in de afgelopen 12 maanden ziek of onwel bij het stoppen of minderen met of gebruikte u of een sterk gelijkend middel om deze gevoelens te voorkomen?	38	41.3%
L18B + L19B Ging u in de afgelopen 12 maanden door met het gebruik van terwijl u wist dat het gezondheidsproblemen of emotionele of psychische problemen bij u veroorzaakte?	64	68.8%
L20 Heeft u in de afgelopen 12 maanden belangrijke activiteiten opgegeven of sterk verminderd om te kunnen verkrijgen of gebruiken - activiteiten als sport, werk, of omgaan met vrienden of familie?	61	66.3%
L8 Belemmerde het gebruik van u in de afgelopen 12 maanden vaak in uw werkzaamheden op school, in uw baan of thuis?	53	58.9%
L10 Zijn er in de afgelopen 12 maanden periodes geweest waarin u gebruikte in situaties waarin u gewond kon raken - bijvoorbeeld bij het fietsen, autorijden of varen, het bedienen van een machine of iets dergelijks?	45	48.9%
L9A Heeft het gebruik van in de afgelopen 12 maanden geleid tot problemen met de politie?	78	83.9%
L9 Ging u in de afgelopen 12 maanden door met het gebruik van terwijl u wist dat dat problemen met uw familie, vrienden, op uw werk, op school voor u veroorzaakte?	68	75.6%

Tabel 6 DSM-IV Afhankelijkheid en misbruik - Som en diagnose

	Afhankelijkheid Som		Diagnose		Misbruik Som		Diagnose	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	7	7.5%			6	6.5%	6	6.5%
1	7	7.5%			12	12.9%		
2	10	10.8%	24	25.8%	18	19.4%		
3	9	9.7%			28	30.1%		
4	11	11.8%			29	31.2%	87	93.5%
5	15	16.1%						
6	18	19.4%						
7	16	17.2%	69	74.2%				

Tabel 7 Lichamelijke klachten: HSS totaal score en uitschieters (score>3) op 1 item

	N	%
Gebrek aan eetlust	34	36.2%
Vermoeidheid / gebrek aan energie	50	53.2%
Misselijkheid	16	17.0%
Maagpijn	22	23.4%
Kortademigheid / benauwdheid	38	40.4%
Pijn in de borst	22	23.4%
Pijnlijke gewrichten / stijfheid	37	39.4%
Spierpijn	32	34.4%
Doof of tintelend gevoel in armen en benen	27	28.7%
Trillen / beven	13	13.8%
SomScore	N	%
0	20	21.3%
1	5	5.3%
2	9	9.6%
3	7	7.4%
4	3	3.2%
5	3	3.2%
6	8	8.5%
7	5	5.3%
8	3	3.2%
9	6	6.4%
10	7	7.4%
11	4	4.3%
12	3	3.2%
13	1	1.1%
14	1	1.1%
16	2	2.1%
17	2	2.1%
18	2	2.1%
19	1	1.1%
23	2	2.1%
Uitschieters	N	%
Geen enkel item een score van 3 of meer		59.6%
1 of meerdere items een score van 3 (vaak) of meer		40.4%

Tabel 8 Persoonlijkheid: SAPAS items en verdeling (0-8)

	N	%
Heeft u in het algemeen moeite met het maken en behouden van vrienden?	17	18.1%
Zou u zichzelf als een typische eenling beschrijven?	30	31.9%
Heeft u in het algemeen vertrouwen in andere mensen?	38	40.4%
Heeft u gewoonlijk moeite uw zelfbeheersing te bewaren?	23	24.7%
Bent u impulsief van aard?	49	53.3%
Maakt u zich gewoonlijk snel zorgen?	46	48.9%
Hebt u in het algemeen de neiging sterk op anderen te leunen?	12	12.8%
Bent u in het algemeen een perfectionist?	42	44.7%
SomScore		
	N	%
0	7	7.4%
1	19	20.2%
2	18	19.1%
3	18	19.1%
4	15	16.0%
5	13	13.8%
6	4	4.3%

Tabel 9 MATE-ICF: Activiteiten & Participatie - beperkingen (0 - 4: geen - volledig)

	N	Gemiddelde	SD	N score >=3	%
d770 intieme relatiespartner	94	1.06	1.33	18	19.1%
d750, d760 informele relatiesfamilie/vrienden	94	.87	1.31	15	16.0%
d740 formele relatieswerkgevers, zorgverleners e.d.	93	.82	1.22	12	12.9%
d710 Contact maken met en omgaan met andere mensen in het algemeen. Vindt u het moeilijk om contact met andere mensen te maken en met andere mensen om te gaan?	94	.47	.92	4	4.3%
d810-850 Het volgen van een opleiding of het hebben en uitvoeren van werk.	93	1.17	1.50	23	24.7%
d870 Economische zelfstandigheid. Komt u geld tekort voor uw dagelijks levensonderhoud?	93	1.25	1.44	23	24.7%
d920 Recreatieve activiteiten of vrijetijdsbesteding. Heeft u moeite om iets leuk te doen in uw vrije tijd, bijvoorbeeld om te sporten, ontspanning te zoeken, uitgaan, uitstapjes e.d.?	94	.77	1.27	13	13.8%
d930 Activiteiten in het kader van religie of spiritualiteit. Ervaart u moeilijkheden met het meedoen aan religieuze of spirituele bijeenkomsten of in het samen met anderen zoeken naar betekenis van het leven?	93	.16	.65	3	3.2%
d610 Verwerven en behouden van woonruimte. Heeft u gebrek aan onderdak? Zijn er problemen met huisvesting?	94	1.12	1.65	26	27.7%
d630-d640 Uitvoeren van huishoudelijke taken, zoals het bereiden van maaltijden, het huishouden doen, inkopen doen. Heeft u moeite met het uitvoeren van huishoudelijke taken?	94	.33	.81	3	3.2%
d510,520,540 Persoonlijke verzorging, hygiëne of verzorging van kleding. observeer persoon	94	.12	.46	1	1.1%
d5700 Zelfbescherming tegen kou, donkerte, vocht. heeft persoon veilige slaappleaats, Kleedt zich voldoende beschermend	94	.20	.70	4	4.3%
d5701 Voedzaam eten en drinken en onderhouden van lichamelijke conditie. Heeft u problemen met voldoende eten en drinken en voor uw lichamenlijk conditie te zorgen?	94	.61	1.11	8	8.5%
d5702a Verkrijgen en opvolgen van adviezen en behandeling van de gezondheidszorg. Laat u zich voldoende vaak onderzoeken en adviseren door de gezondheidszorg? Ervaart u moeilijkheden met het volgen van de adviezen en behandelingen?	94	.45	.88	5	5.3%
d5702b Verhoeden van gezondheidsschade dat zich uit in riskant gezondheidsbedreigend gedrag, zoals gebruik van vuile of gebruikte spuiten, riskant seksueel gedrag, riskant gedrag in het verkeer. Gebruikt u wel eens vuile spuiten, heeft u wel eens onbescher	93	.85	1.23	12	12.9%
d230 Het hebben van een dagritme en het uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen. Heeft u moeite met het maken van een dagindeling of problemen met reserveren van tijd voor en plannen van de afzonderlijke activiteiten gedurende de dag?	94	.70	1.28	12	12.8%
d240 Het omgaan met stress of crisissituaties. Heeft u moeite om met stress of druk om te gaan als er veel van u gevraagd wordt of de situatie moeilijk is?	93	1.27	1.36	19	20.4%
d1 Iets leren, toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen. heeft de persoon moeite nieuwe vaardigheden te leren of kennis op te doen en toe te passen? Kan veroorzaakt worden door lage intelligentie maar ook door cognitieve stoornissen	93	.61	1.06	6	6.5%

Tabel 10 MATE-ICF: Hulp & ondersteuning van institutionele diensten (0 - 4: geen - volledig)

	N	Gemiddelde	SD
e5850,e5900 Heeft de persoon ondersteuning hierbij, zoals werktoeleiding, arbeidsbemiddeling	74	1.31	1.34
e5700 Ontvangt de persoon hierbij hulp zoals budgettering (NB: een uitkering is geen hulp)	75	1.08	1.26
e5250 Heeft de persoon hier hulp bij van bijvoorbeeld woonvoorzieningen, sociaal pension?	73	2.70	1.73
e5750 Heeft de persoon hier hulp bij van bijvoorbeeld thuiszorg?	68	.75	1.11
e5750 Maakt de persoon gebruik van hulp bij zelfverzorging, bijvoorbeeld thuiszorg?	65	1.09	1.33
e5800 Heeft de persoon regelmatige en goede contacten met de gezondheidszorg?	76	1.64	1.33
e5750 Maakt de persoon gebruik van voorzieningen voor dagbesteding?	71	1.68	1.39

Tabel 11 MATE-ICF: Positieve antwoorden op hulpbehoefte volgens professional en cliënt per paragraaf van Activiteiten & Participatie

	N	% ^a
D770+ Hulpbehoefte Professional	25	31.6%
D770+ Hulpbehoefte Client	21	24.7%
d710 Hulpbehoefte Professional	8	10.3%
d710 Hulpbehoefte Client	6	7.3%
d810 Hulpbehoefte Professional	46	58.2%
d810 Hulpbehoefte Client	47	56.0%
d870 Hulpbehoefte Professional	33	40.7%
d870 Hulpbehoefte Client	37	43.0%
d920 Hulpbehoefte Professional	23	28.4%
d920 Hulpbehoefte Client	21	25.0%
d930 Hulpbehoefte Professional	4	5.0%
d930 Hulpbehoefte Client	3	3.7%
d610 Hulpbehoefte Professional	58	73.4%
d610 Hulpbehoefte Client	64	74.4%
d630 Hulpbehoefte Professional	6	7.3%
d630 Hulpbehoefte Client	7	8.2%
D500+ Hulpbehoefte Professional	8	10.0%
D500+ Hulpbehoefte Client	6	7.3%
d5702a Hulpbehoefte Professional	10	12.2%
d5702a Hulpbehoefte Client	9	10.7%
d230 Hulpbehoefte Professional	25	30.9%
d230 Hulpbehoefte Client	22	26.5%
d240 Hulpbehoefte Professional	27	33.8%
d240 Hulpbehoefte Client	29	34.9%
d1 Hulpbehoefte Professional	10	12.3%
d1 Hulpbehoefte Client	8	9.8%

^a % van de ingevulde antwoorden

Tabel 12 MATE-ICF: Externe factoren van invloed op het herstelproces (-4 - +4 : volledig negatieve invloed - volledig positieve invloed)

	N	Gemiddelde	SD
e310-e325+ Zijn er in de sociale omgeving van de persoon mensen die steunend zijn en een positieve invloed hebben op het herstelproces?	93	2.23	1.41
e310-e325- Zijn er in de sociale omgeving van de persoon mensen die een negatieve invloed hebben op het herstelproces (denk aan contacten die middelengebruik stimuleren)?	92	-1.17	1.35
Heeft de persoon het laatste jaar een belangrijke relatie verloren, bijvoorbeeld door dood of scheiding, en heeft dat verlies een negatieve invloed op het herstelproces?	93	-.65	1.10
e460- Speelt algemeen maatschappelijke negatieve bejegening van verslaafden een negatieve rol in het herstelproces van de persoon?	92	-.74	1.06
e550+ Persoon is verwickeld in juridische zaken die een positieve invloed hebben op het herstelproces (heeft juridische hulp, heeft een reclasseringsambtenaar, komt in aanmerking voor een bevorderende maatregel).	90	1.80	1.51
e550- Persoon is verwickeld in juridische zaken die een negatieve invloed hebben op het herstelproces (wordt opgejaagd, et cetera).	92	-.57	1.16
e598+ Zijn er andere positieve externe factoren van invloed op het herstelproces?	83	1.24	1.49
e598- Zijn er andere negatieve externe factoren van invloed op het herstelproces?	83	-.82	1.28

Tabel 13 MATE-ICF: Positieve antwoorden op hulpbehoefte volgens professional en cliënt per paragraaf van Externe factoren van invloed op het herstelproces

	N	% ^a
e310-e325 Hulpbehoefte Professional	21	30.0%
e310-e325 Hulpbehoefte Client	19	24.7%
Relatieverlies Hulpbehoefte Professional	8	11.4%
Relatieverlies Hulpbehoefte Client	7	9.7%
e460 Hulpbehoefte Professional	8	10.8%
e460 Hulpbehoefte Client	8	10.5%
e550 Hulpbehoefte Professional	11	16.4%
e550 Hulpbehoefte Client	9	13.2%
e598 Hulpbehoefte Professional	15	24.6%
e598 Hulpbehoefte Client	15	23.4%

^a % van de ingevulde antwoorden

Tabel 14 Middelen: Verlangen OCDS items (0-4: geen - sterk)

	N	Gemiddelde	SD
1 Als u niet gebruikt, hoeveel van uw tijd wordt in beslag genomen door gedachten, ideeën, impulsen of beelden die met gebruiken te maken hebben?	92	.98	1.08
2 Hoe vaak treden deze gedachten op?	92	.93	1.03
3 Als u niet gebruikt, hoe vervelend of storend zijn deze gedachten, ideeën, impulsen of beelden die te maken hebben met gebruiken?	92	.93	1.26
4 Hoeveel moeite doet u, als u niet gebruikt, om deze gedachten tegen te gaan of te negeren of om uw gedachten als ze bij u opkomen ergens anders op te richten.	90	1.31	1.40
5 Hoe sterk is de drang om te gebruiken?	92	.82	1.06

Tabel 15 Angst en Depressie HADS items (0-4: laag-hoog; waardes zijn gespiegeld indien noodzakelijk)

	N	Gemiddelde	SD
1. Ik voel me gespannen	91	.86	.66
2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot	91	1.19	1.14
3. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren	91	.63	.94
4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien	90	.61	.82
5. Ik maak me vaak ongerust	91	1.07	.90
6. Ik voel me opgewekt	90	.59	.79
7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen	90	.92	.89
8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat	91	.84	.78
9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag	90	.41	.70
10. Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk	91	.25	.68
11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben	90	1.36	.98
12. Ik verheug me van tevoren al op dingen	90	.90	1.04
13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst	91	.32	.73
14. Ik kan van een goed boek genieten~ of van een radio- of televisieprogramma	91	.36	.64

Tabel 16 Angst en Depressie HADS Angst (0-28), Depressie (0-28) en Totaal score (0-56)

	Angst		Depressie		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
0	7	7.8%	11	12.2%	4	4.4%
1	5	5.6%	9	10.0%	2	2.2%
2	7	7.8%	10	11.1%	6	6.7%
3	5	5.6%	12	13.3%	4	4.4%
4	14	15.6%	7	7.8%	5	5.6%
5	10	11.1%	5	5.6%	3	3.3%
6	8	8.9%	5	5.6%	2	2.2%
7	10	11.1%	10	11.1%	6	6.7%
8	8	8.9%	5	5.6%	5	5.6%
9	5	5.6%	5	5.6%	6	6.7%
10	4	4.4%	3	3.3%	5	5.6%
11	2	2.2%	3	3.3%	4	4.4%
12	1	1.1%	5	5.6%	8	8.9%
13					4	4.4%
14	1	1.1%			3	3.3%
15	1	1.1%			4	4.4%
16	1	1.1%			2	2.2%
17	1	1.1%				
18					5	5.6%
19					4	4.4%
20					2	2.2%
21					2	2.2%
22					2	2.2%
24					1	1.1%
28					1	1.1%

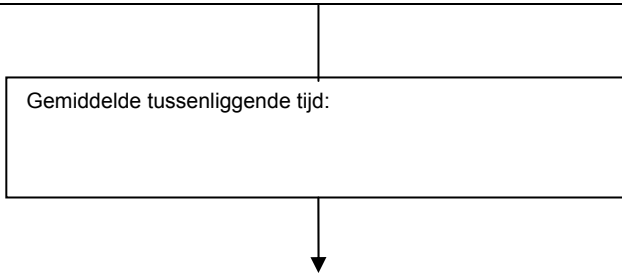
Bijlage 4 Inventarisatieformulier Huidige stand van zaken zorgreclassering vz-instellingen

De bedoeling van onderstaande vragen is om voorafgaande aan een gesprek op een efficiënte wijze enkele zaken helder krijgen. Het gaat erom globaal vast te stellen wat de procedure is, als een cliënt van de reclassering toegeleid moet worden naar zorg. Er is eenzelfde vragenlijst aan toegevoegd voor de gevallen dat de andere reclasseringsorganisaties iemand aanmelden met het vermoeden van een verslavingsprobleem.

Vanwege de diversiteit aan procedures bij de diverse instellingen, kunt u bij elke deeltaak aangeven of het plaats vindt binnen uw instelling. Als dit niet het geval is, hoeft u natuurlijk vervolgvragen betreffende deze deeltaak niet te beantwoorden.

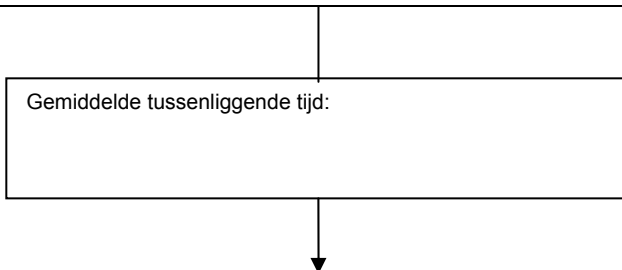
Vaststelling noodzaak indicatiestelling behandeling. *ja/nee*

Door wie?
Hoe? (bijv. Risc, klinische indruk, standaard vragenlijst)
Gemiddelde hoeveelheid gesprekken:
Schatting gemiddelde totale tijd in minuten:



Inschrijving bij de zorginstelling. *ja/nee*

Door wie?
Schatting gemiddelde tijd in minuten:



Uitvoering intake. *ja/nee*

Door wie?
Hoe (bijv. cvs onderzoek, europASI, andere interviews, (hetero-)anamnese)?
Gemiddelde hoeveelheid gesprekken:
Schatting gemiddelde totale tijd in minuten:

Tekenen voor overleg tussen zorg en reclassering. *ja/nee*

Door wie?

Bijlage 4 Inventarisatieformulier Huidige stand van zaken zorgreclassering vz-instellingen

↓

Gemiddelde tussenliggende tijd:

↓

Formuleren advies behandeling. ja/nee

Door wie? (indien bijv. cliënt door zowel reclassering, als zorgmedewerker gezien wordt)
In hoeverre speelt wens van cliënt mee?
Schatting gemiddelde tijd in minuten:

↓

Gemiddelde tussenliggende tijd:

↓

Akkoord van de instelling met gegeven advies uitvoerende indicatiesteller. ja/nee

Door wie? (Bijvoorbeeld teamoverleg, zorgcoördinator, indicatiecommissie)
Hoe? (Bijvoorbeeld toetsing achteraf, mondeling overleg, schriftelijke aanvraag)
Schatting gemiddelde tijd in minuten:

↓

Gemiddelde tussenliggende tijd:

↓

Als behandeling uitgezet wordt. ja/nee

Door wie? (bijv. zorgmedewerker, reclasseringsambtenaar, trajectbegeleider)
Hoe?

Als verdere diagnostiek op bijv. psychiatrie geadviseerd wordt. ja/nee

Door wie?
Hoe?
Gemiddelde tijd tussen advies verdere diagnostiek en afronding diagnostiek:

Bijlage 4 Inventarisatieformulier Huidige stand van zaken zorgreclassering vz-instellingen

Wie is na de diagnostiek verantwoordelijk voor het formuleren van een advies voor behandeling, de fiattering van het advies en het uitzetten van de behandeling? (bijv. uitvoerend diagnosticus, reclasseringsmedewerker)

Advies:

Fiattering:

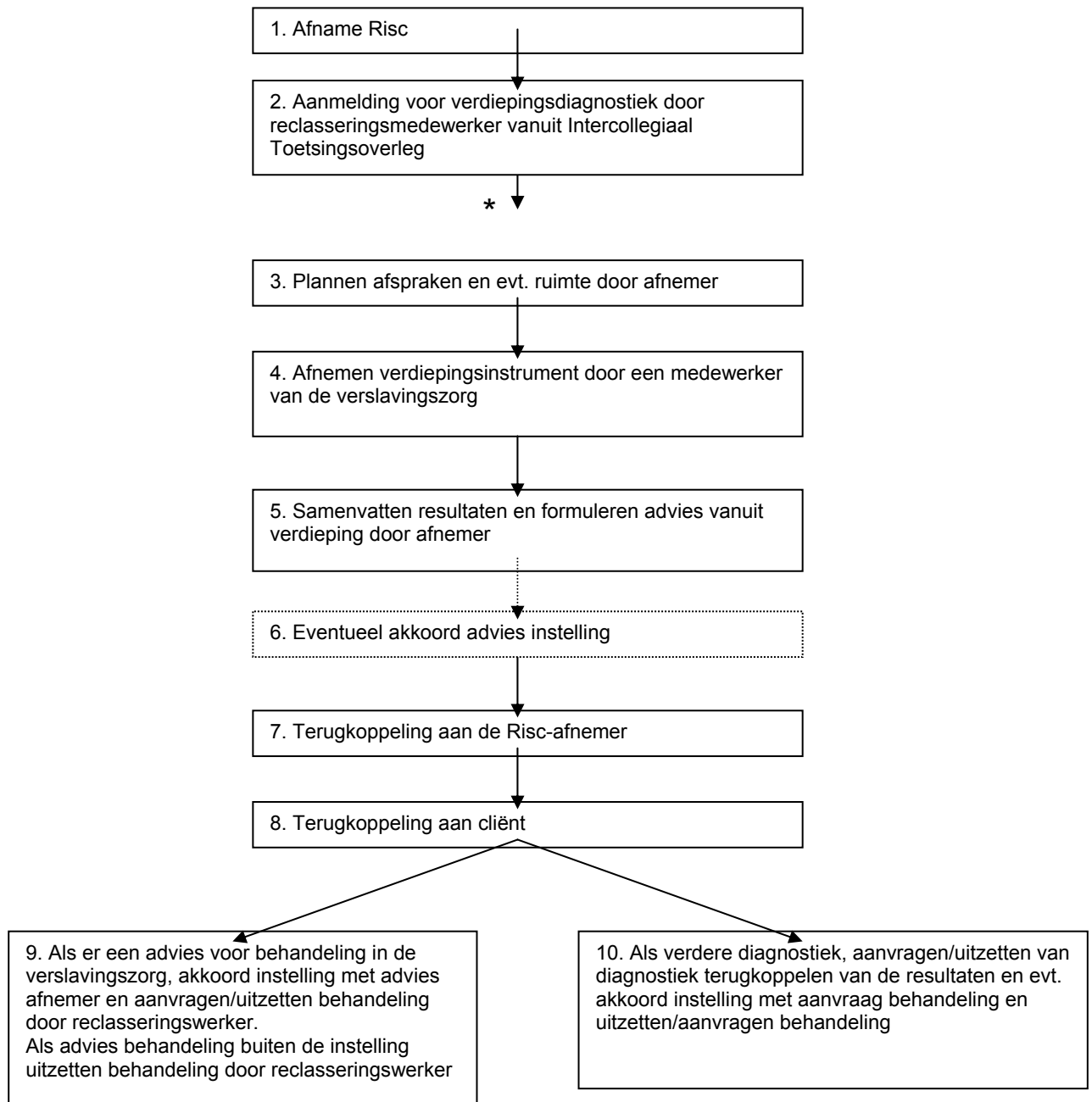
Uitzetten:

Begeleiding tot aan de behandeling, als er sprake is van een wachtlijst. *ja/nee*

Door wie?

Hoe? (bijvoorbeeld gesprekken, helpen met zoeken tussentijdse opvang, etc.)

Bijlage 5 Procedure Verdiepingsdiagnostiek



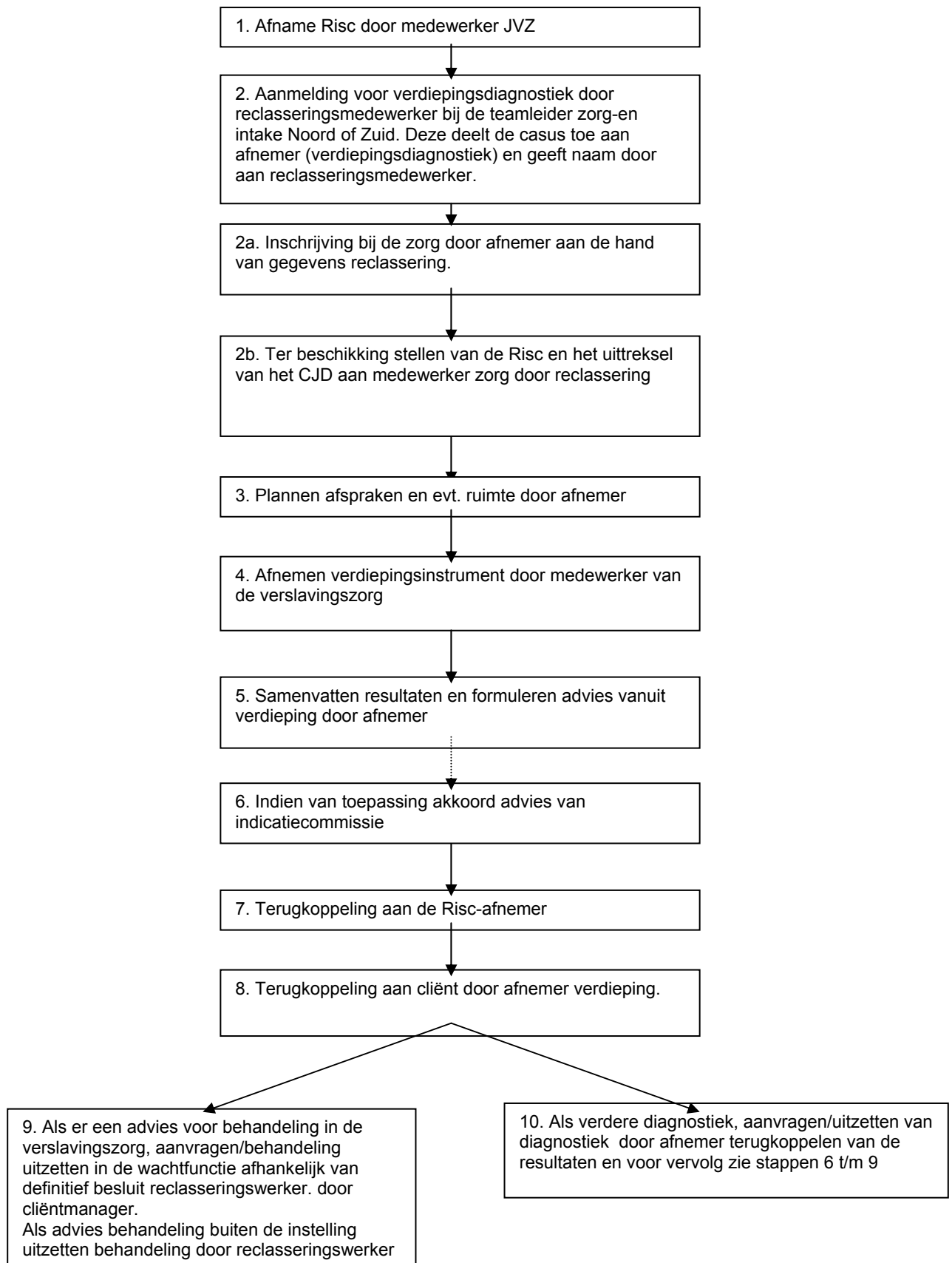
* NB. Als de verdiepingsdiagnostiek door een medewerker van de reguliere verslavingszorg afgenomen wordt (i.t.t. tot de justitiële verslavingszorg) dient cliënt als stap 2a ingeschreven te worden in de zorg en 2b dienen door de Risc-afnemer (een kopie van) de Risc en het uittreksel van het CJD te worden aangeleverd bij de VD-afnemer.

Toelichting stroomdiagram

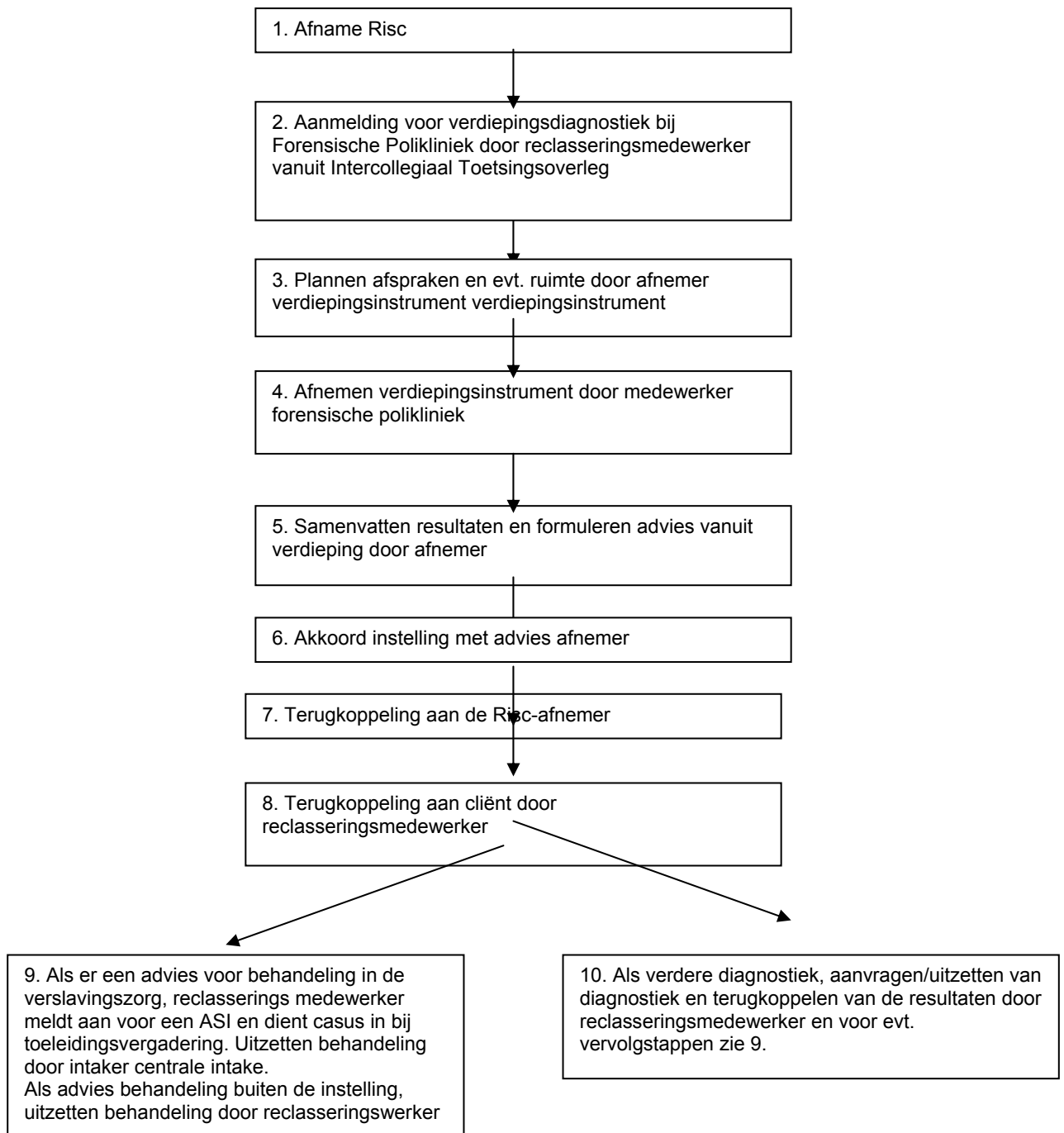
Het stroomdiagram is bedoeld als leidraad en verduidelijking van de taken in de procedure rondom verdiepingsdiagnostiek. Dit stroomdiagram is globaal opgezet, zodat het door meerdere instellingen zelf ingevuld kan worden.

Zoals af te leiden uit bovenstaand diagram, zou de verdiepingsdiagnostiek gezien moeten worden als een instrument dat door de Risc-afnemer ingezet kan worden indien er verduidelijking nodig is op het gebied van verslaving. Dit wil zeggen dat na het advies vanuit de verdiepingsdiagnostiek, de reclasseringswerker met dit advies verder zijn traject gaat bepalen en evt. naar justitie de benodigde justitiële kaders aanvraagt en behandelingen uitzet.

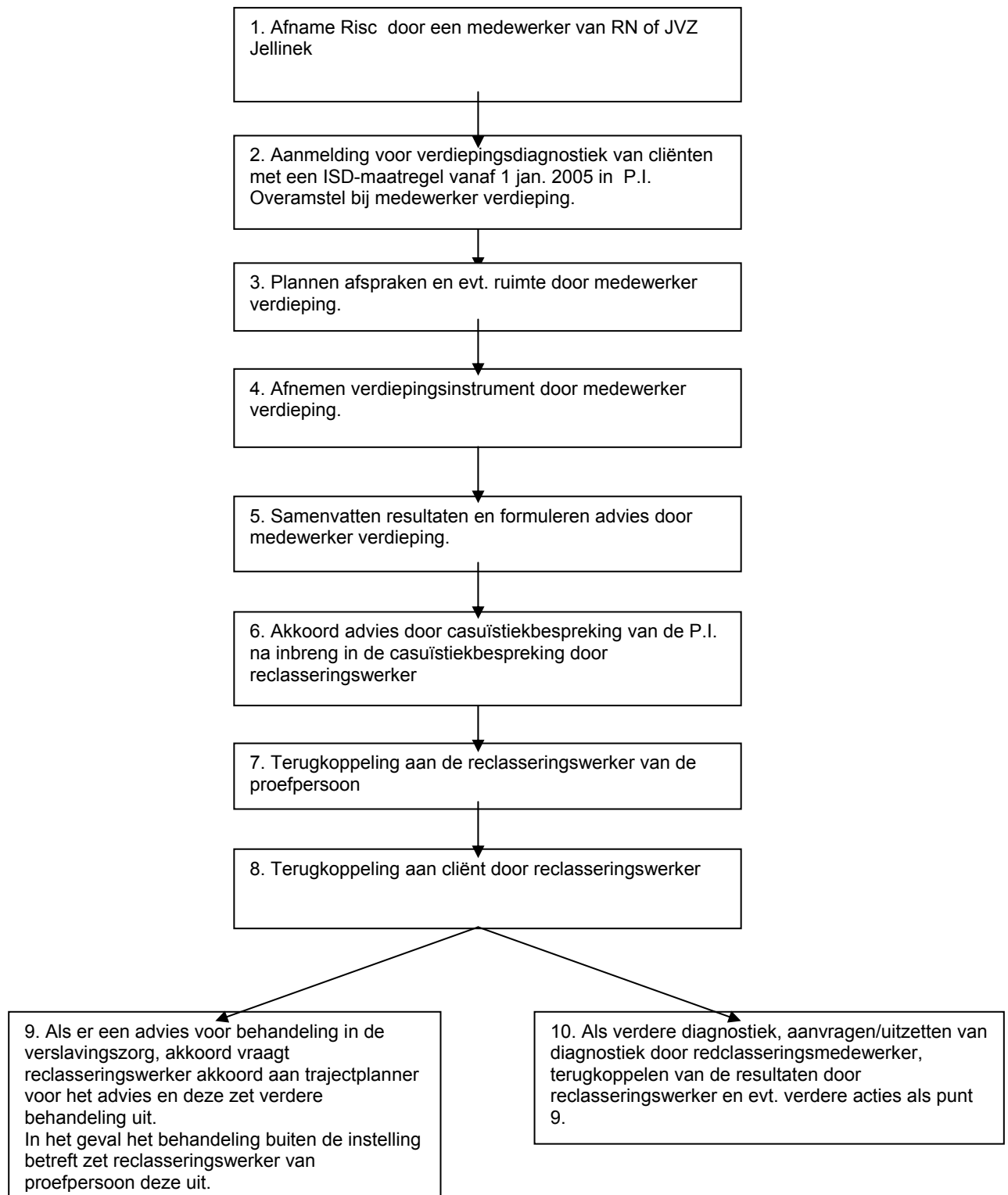
Bijlage 6 Procedure Verdiepingsdiagnostiek Novadic-Kentron



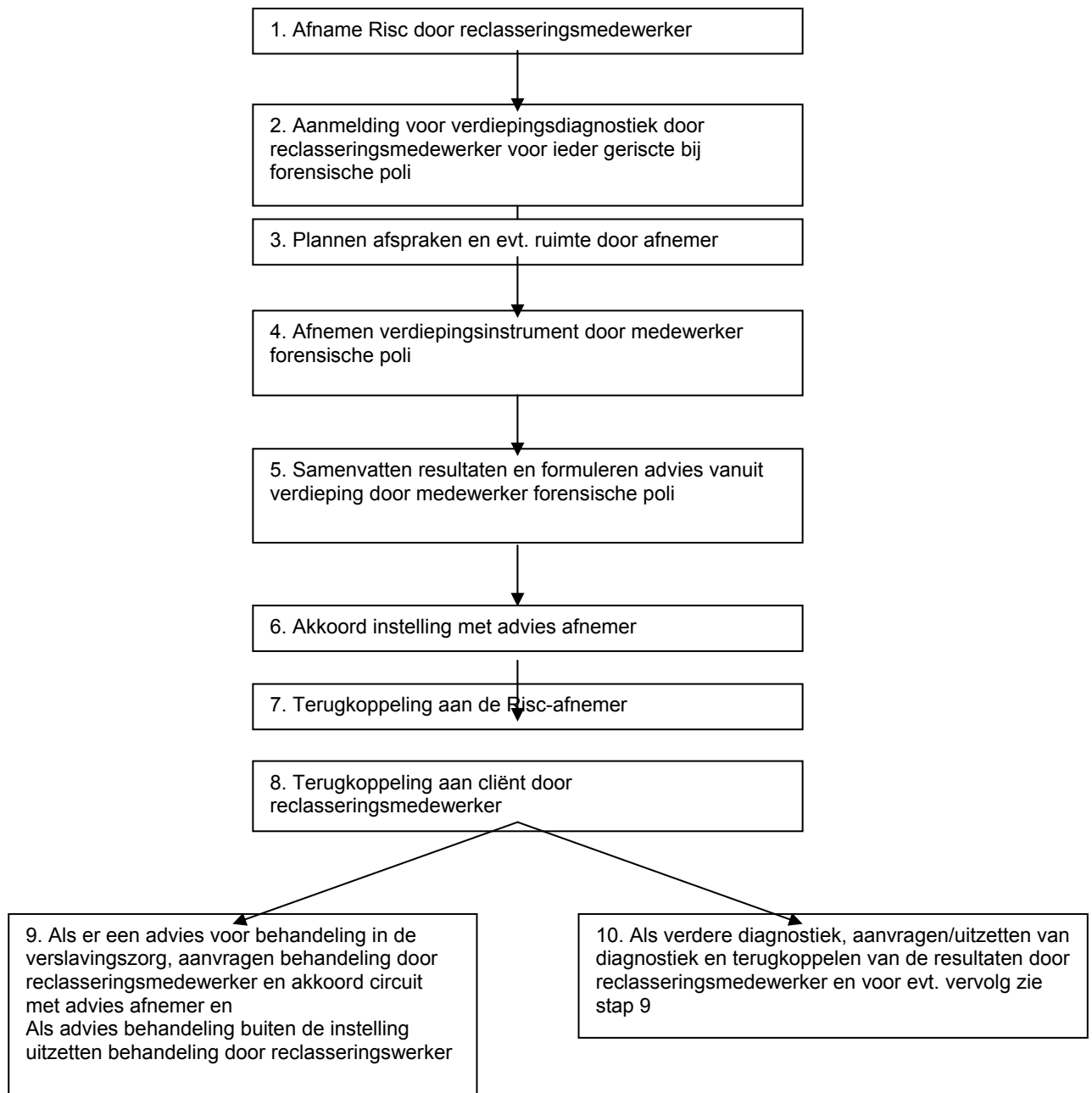
Bijlage 7 Procedure Verdiepingsdiagnostiek Parnassia



Bijlage 8 Procedure Verdiepingsdiagnostiek Jellinek



Bijlage 9 Procedure Verdiepingsdiagnostiek Tactus



MATE CRIMI Pilot onderzoek verdiepingsdiagnostiek VD

Cliëntgegevens	Leeftijd	CVS nummer
<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

	Datum (dd/mm/yyyy)	Eventuele opmerkingen	Duur - minuten
Aanmelding voor VD		
Contact(en) met cliënt op

Afsluiting van VD		
Totale tijd overige werkzaamheden (bijv. overleg reclassering/behandelaar/inbrengen in overleggen, etc.)		

1	De RISC is afgenomen in het kader van	<input type="checkbox"/> a. Voorlichtingsrapportage <input type="checkbox"/> b. Maatregelrapportage <input type="checkbox"/> c. Terugdringen Recidive <input type="checkbox"/> d. Toezicht <input type="checkbox"/> e. Milieurapportage <input type="checkbox"/> f. Anders, nl;: /.....
2	Wordt deze verdiepingsdiagnostiek gedaan in het kader van een actuele Risc /actuele vraag vanuit justitie?	<input type="checkbox"/> Nee, alleen voor het pilotonderzoek <input type="checkbox"/> Ja, de vraag is: /.....
3	Is de VD afgemaakt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, want: /..... [STOP VERDER MET INVULLEN]

MATE CRIMI Pilot onderzoek verdiepingsdiagnostiek VD

4	Kon de VD afgenomen en teruggekoppeld worden aan de reclassering binnen de gestelde termijn?	<input type="checkbox"/> N.v.t., er was geen vraag. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, want: /.....
5	Kon middels de VD de vraag van de reclassering beantwoord worden?	<input type="checkbox"/> N.v.t., er was geen vraag. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, want: /.....
6	Welke zorg heeft U geadviseerd?	<input type="checkbox"/> Geen advies over zorg gegeven, want: /..... <input type="checkbox"/> Advies gegeven, namelijk: /..... Deze geadviseerde zorg valt in de volgende categorie: <input type="checkbox"/> a. kort ambulant (enkelvoudig aanbod <7 gesprekken) <input type="checkbox"/> b. lang ambulant (overig ambulant aanbod) <input type="checkbox"/> c. kort klinisch (<3 maanden) <input type="checkbox"/> d. lang klinisch <input type="checkbox"/> e. sociale zorg
7	Op grond waarvan heeft u deze zorg geadviseerd (motivatie)?	/.....
8	Heeft u het advies doorgesproken met de cliënt?	<input type="checkbox"/> Ja Was de cliënt het eens met het advies? Ja Nee <input type="checkbox"/> Nee
8	Eventuele bijzonderheden, opmerkingen	/.....

Bijlage 11 Vragen aan afnemers over MATE-CRIMI pilot juni-nov 2005

Procesbeschrijving erbij

1) is tijdens de pilot de afgesproken procesbeschrijving gevolgd,

Indien ja: hoe is het gegaan, kostte het veel moeite en dergelijke

Indien nee: waarom niet en wat is wel gedaan.

2) Wat heb je als afnemer geleerd? Wat voegt de MATE-CRIMI toe aan je kennis en ervaring?

3) is afnemer voldoende geïnstrueerd over de pilot;

4) waren overige medewerkers (geef aan welke worden bedoeld) voldoende op de hoogte

5a) Voor reclasseringsmedewerkers:

Is men voldoende gespecialiseerd/op de hoogte van de zorg om een goed advies te geven uit de MATE-CRIMI.

5b) Voor zorgmedewerkers:

Is men voldoende op de hoogte van de reclassering/justitie"wereld" om een goed advies te kunnen geven.

6) Zijn er nog overige zaken waar de afnemer tegenaan is gelopen tijdens de pilotstudie?

Bijlage 12 Hand-out voor de Jellinek met informatie over de verdiepingsdiagnostiek

Om de ISD-maatregel op een goede manier in te vullen, wordt een vragenlijst gebruikt. Deze vragenlijst bestaat uit vele vragen. Vragen over middelengebruik en problemen op andere gebieden.

Het is een standaardvragenlijst, dat wil zeggen dat hij niet speciaal voor u gemaakt is, maar bij meerdere mensen wordt afgenomen.

Een deel van de vragenlijst wordt doorgenomen in een gesprek, en ander deel zijn vragen die u zelf in kunt vullen. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Het afnemen van de lijst duurt gemiddeld een uur.

Nadat de vragenlijst met u is besproken, worden de antwoorden bestudeerd en komt er een advies uit. Dit advies wordt voorgelegd aan programmacoördinator binnen de Amsterdamse ISD. Dit advies wordt uiteraard ook met u besproken. De programmacoördinator binnen de Amsterdamse ISD bepaalt het programma voor u binnen de ISD.

Voor vragen kunt u zich wenden tot de afnemer van de vragenlijst.

Bijlage 13 Stroomdiagram voor de procedure verdiepingsdiagnostiek

