



**kwiteit  
forensische  
zorg**

november  
2020

# **Handelingsprotocol Middelengebruik & Criminaliteit**

Handelingsprotocol voor de (verslavings)reclassering

**Monique de Bruin, Jasper Huberts en Eric Blaauw**

Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg Hanzehogeschool Groningen  
met medewerking van Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG, Verslavingszorg noord  
Nederland, Novadic-Kentron, Vincent van Gogh) en Reclassering Nederland regio Midden Noord

## Opdrachtgever

Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ).

## Onderzoek, projectleiding & auteurs

Monique de Bruin, Jasper Huberts en Eric Blaauw  
(Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg Hanzehogeschool Groningen en tevens  
Verslavingszorg Noord Nederland).

## Werkgroep

Erik Leyder-Havenstroom, Egbert Enserink, Jasper Huberts, Eric Blaauw, Monique de Bruin  
(Verslavingszorg Noord Nederland), Jentine Kuitert (Reclassering Nederland regio Midden Noord),  
Marjolein Maas (SVG).

## Dankwoord

Onze dank gaat uit naar de reclasseringswerkers en beleidsmedewerker die actief hebben deelgenomen aan de tweewekelijkse werkgroep-overleggen en die door hun inzet en essentiële bijdragen hebben bijgedragen aan de totstandkoming het handelingsprotocol. Dank is ook verschuldigd aan de leden van de programmaraad Zorg & Veiligheid van Verslavingskunde Nederland voor hun participatie in de expertmeetings en de gegeven adviezen ten behoeve van het handelingsprotocol. Ook willen wij onze dank uitspreken aan de reclasseringswerkers van de reclasseringsorganisaties die hebben deelgenomen aan de pilot (Verslavingszorg Noord Nederland, Reclassering Nederland regio Midden Noord, Novadic-Kentron, Vincent van Gogh). Tot slot spreken wij onze dank uit aan de reclasseringswerkers voor het verschaffen van informatie door middel van een vragenlijst.

## Colofon

Deze publicatie/ dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorg gedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voorgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

© KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.



## Samenvatting

In opdracht van Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ; call 2019-98) is een handelingsprotocol ontwikkeld voor de (verslavings)reclassering met betrekking tot de relaties tussen middelengebruik en criminaliteit. Het handelingsprotocol diende concrete adviezen te bevatten voor de (verslavings)reclassering omtrent advies, toezicht en interventies en voort te bouwen op eerdere literatuuronderzoeken.

Ten behoeve van het handelingsprotocol werd een inventarisatie gehouden onder reclasseringswerkers omtrent het nut van een dergelijk handelingsprotocol, werden twee expertmeetings georganiseerd met gedragsdeskundigen en (verslavings)reclasseringswerkers en werd een pilot verricht op drie locaties van de verslavingsreclassering en een locatie van de Reclassering Nederland om het handelingsprotocol te testen. Het handelingsprotocol werd opgesteld vanuit tweewekelijkse overleggen van een werkgroep die bestond uit reclasseringswerkers, een vertegenwoordiger van de SVG en projectleiders vanuit de Hanzehogeschool en Verslavingszorg Noord Nederland. Het handelingsprotocol vloeit voort uit een bestudering van drie eerdere literatuuronderzoeken (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016).

In het handelingsprotocol zijn steeds dezelfde stappen te onderscheiden. Allereerst dient te worden nagegaan of er sprake is van psychotische kwetsbaarheid. Vervolgens wat het primaire middel is dat gebruikt wordt. Daarna kan in het handelingsprotocol worden bekeken of dit middel doorgaans recidiverisico-verhogend is bij een bepaald type delict. Daarvoor dient dan eerst te worden bekeken voor welk delict de justitiabele in contact is gekomen met de (verslavings)reclassering. Vervolgens kunnen met behulp van het handelingsprotocol de stappen worden doorlopen om te bepalen of interventies benodigd zijn met betrekking tot het middelengebruik, persoonlijke factoren of omgevingsfactoren of een combinatie hiervan; dit in combinatie met een risico-inschatting die gewoonlijk al wordt gedaan door de (verslavings)reclassering.

Alcohol heeft door de farmacologische werking een sterke relatie met alle vormen van geweldsdelicten, maar geen relatie met vermogensdelicten. Alcohol dempt de impulscontrole, waardoor personen met al aanwezige persoonlijke en/of omgevingsproblematiek sneller overgaan op geweld. Bij een hoog of matig recidiverisico is het van belang om forensische zorg te bieden voor zowel de middelenproblematiek als de persoonlijke- en/of omgevingsproblematiek. Vooral de combinatie van alcohol met stimulerende middelen, voornamelijk cocaïne, maakt het risico op geweld groter. Cocaïne heeft op zichzelf, in combinatie met persoonlijke en/of omgevingsproblematiek, ook een relatie met agressie en geweld, maar heeft daarnaast een relatie met vermogensdelicten. Vooral bij rookbare base-cocaïne (crack) is het risico op zowel geweld als vermogensdelicten nog groter. Sommige gebruikers combineren cocaïne met heroïne, wat het risico op vermogensdelicten vergroot. Aangezien heroïne sterk verslavend en duur is, heeft dit middel een relatie met vermogensdelicten, maar door de farmacologische werking niet met geweldsdelicten. Wanneer er sprake is van vermogensdelicten ter bekostiging van gebruik is er altijd sprake van verslavingsproblematiek en persoonlijke- en/of omgevingsproblematiek. Amfetamines en hierop gebaseerde nieuwe stimulerende middelen (cathinonen) vergroten ook het risico op agressie. Daarnaast zijn er nieuwe middelen die geen recidiverisico-verhogende werking hebben, omdat ze zijn gebaseerd op MDMA (XTC) of psychedelica, die geen relatie hebben met geweldsdelicten of vermogensdelicten. Ten slotte hebben ketamine, cannabis en GHB geen bewezen relaties met criminaliteit. Bij al deze relaties, of het gebrek aan relaties, gaat het echter om relaties op groepsniveau. Op individueel niveau kan er daarbij een relatie zijn, terwijl deze op groepsniveau niet wordt gevonden. Ook kunnen relaties op individueel niveau ontbreken, terwijl deze op groepsniveau wel worden gevonden. Dit maakt duidelijk dat het handelingsprotocol ondersteunend is aan de professionaliteit van de reclasseringswerker en dat het handelingsprotocol niet in de plaats komt van de professionaliteit.

## Leeswijzer

Dit rapport is opgedeeld in twee delen: een deel dat het handelingsprotocol 'Middelengebruik en Criminaliteit' bevat (1) en een informatief deel met de achtergrond en onderbouwing (2). Het eerste deel bevat de informatie over de relaties tussen specifieke middelen en delictgedrag en bevat de stappen die kunnen worden genomen vanuit (een gebrek aan) de relatie tussen het middelengebruik en criminaliteit. Het informatieve deel bevat de achtergrond en onderbouwing van het protocol en is met name geschikt voor beginnende reclasseringswerkers, maar kan ook worden gebruikt als naslagwerk voor ervaren reclasseringswerkers.

**Deel 1** bevat het handelingsprotocol 'Middelengebruik en Criminaliteit'. Ieder hoofdstuk beschrijft voor een afzonderlijk middel welke relaties in de literatuur worden gevonden met criminaliteit en bevat aanbevelingen voor de (verslavings)reclasseringspraktijk. Daarbij bevat ieder hoofdstuk een stappenplan voor het gewenste proces en een stroomschema ter verduidelijking.

**Deel 2** bevat vier hoofdstukken. Hoofdstuk 1 behandelt de taken van de reclasseringsorganisaties en kenmerken van de forensische zorg (onder andere doelstelling, missie, visie). Tevens bevat hoofdstuk 1 de belangrijkste definities, modellen en theorieën met betrekking tot relaties tussen middelengebruik en criminaliteit. Dit hoofdstuk vormt de basis voor de onderbouwing van het handelingsprotocol 'Middelengebruik en Criminaliteit'. In hoofdstuk 2 wordt uitgelegd via welke methoden dit rapport tot stand is gekomen en bespreekt de drie literatuuronderzoeken waarop het handelingsprotocol is gebaseerd, een vragenlijstonderzoek, raadpleging van experts, werkwijze van de werkgroep en een pilot. Hoofdstuk 3 geeft de resultaten van de verschillende methoden en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen ten behoeve van de implementatie van het handelingsprotocol. Hoofdstuk 4 behandelt de sterke punten en tekortkomingen van de methoden en de conclusies die hieruit te trekken zijn.

Als bijlage is een lijst van middelen opgenomen, die beschrijft welke middelen behoren bij onder andere opiaten, voorgeschreven stimulerende medicatie en psychedelica. Tot slot is de 'keuzehulp cannabis' als bijlage toegevoegd met een toelichting en onderbouwing voor het gebruik van de keuzehulp.

# Inhoudsopgave

<b>Deel 1</b> .....	4
I. Handelingsprotocol 'Middelengebruik en Criminaliteit' .....	4
II. Alcohol.....	8
III. Cocaine .....	14
IV. Heroïne (opiaten) .....	19
V. Cannabis .....	23
VI. Overige stimulerende middelen: Amfetamines (speed, methamfetamine), Nieuwe Psychoactieve Stoffen (o.a. 3MMC, mephedrone (4MMC), MDPV, a-PVP) .....	25
VII. Overige middelen: XTC (MDMA), psychedelica (LSD, paddo's, truffels, mescaline, peyote, DMT/ayahuasca), ketamine, GHB. ....	29
VIII. Overige delicten .....	32
<b>Deel 2</b> .....	33
1. Achtergrond en onderbouwing .....	33
1.1 Aanleiding.....	33
1.2 Reclassering.....	33
1.3 Forensische zorg.....	35
1.4 Definities .....	36
1.5 Verklaringsmodellen.....	37
1.6 Stoornissen in middelengebruik .....	38
2. Methodebeschrijving .....	41
3. Resultaten en aanbevelingen voor implementatie.....	44
3.1. Resultaten .....	44
3.1.1. Resultaten vanuit de vragenlijsten .....	44
3.1.2. Resultaten vanuit de expertmeetings.....	44
3.1.3. Resultaten vanuit de pilot .....	45
3.2. Aanbevelingen implementatie.....	46
4. Reikwijdte van het handelingsprotocol.....	48
Bijlage 1: Literatuurlijst.....	50
Bijlage 2: Lijst middelen .....	52
Bijlage 3: Keuzehulp cannabis.....	53

# Deel 1

## I. Handelingsprotocol 'Middelengebruik en Criminaliteit'

### Algemene richtlijnen handelingsprotocol

In de wetenschappelijke literatuur worden meerdere verbanden gevonden tussen het gebruik van middelen en criminaliteit. Het onderhavige handelingsprotocol is opgesteld op basis van deze bevindingen. Het handelingsprotocol beschrijft welke relaties tussen middelengebruik en criminaliteit op groepsniveau werden gevonden en wat dit betekent voor advies of toezicht. Het handelingsprotocol geeft daarbij inrichting, maar is niet bedoeld om de reclasseringsswerkers te dwingen de stappen te volgen en de adviezen uit te voeren. De praktijk is immers vaak complexer dan in de literatuur naar voren komt en het is mogelijk dat in individuele gevallen wordt afgeweken van het handelingsprotocol. Ondanks dat bij sommige middelen in de literatuur geen relatie is gevonden met vermogensdelicten, kan een gebruiker van relatief onschuldige middelen immers ook onvoldoende geld hebben om het middel te bekostigen en overgaan tot diefstal of vermogensdelicten om het middel te kunnen kopen. Ook kunnen na het gebruik van verschillende middelen, waaronder nicotine, ontwenningsverschijnselen optreden waar mensen geïrriteerd van raken of zelfs agressief van kunnen worden (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016). In deze gevallen is er dan op individueel niveau wel een relatie tussen middelengebruik en geweld en/of criminaliteit, maar wordt deze relatie op groepsniveau in de literatuur niet teruggevonden.

Het handelingsprotocol is opgesteld ter ondersteuning van de (verslavings)reclassering voor het beantwoorden van de vraag of middelengebruik recidiverisico verhogend is of niet. Tevens welke acties vandaaruit kunnen worden genomen ten behoeve van de advies- en toezichtfunctie binnen de (verslavings)reclassering.

### Psychotische kwetsbaarheid

De meeste middelen kunnen bij gebruik een psychotische toestand (psychose, manie, geagiteerd delier) teweegbrengen bij personen met een onderliggende psychotische kwetsbaarheid (Ramaekers et al., 2016). Voor personen met een psychotische kwetsbaarheid kan elk middelengebruik dus riskant zijn. Mensen kunnen in dat geval vanuit de psychotische toestand, door angst, verwarring of agitatie, een geweldsdelict plegen. Veelal is hierbij sprake van reactieve agressie, waarbij de agressie voortkomt uit een sterke gemoedstoestand. Het risico hierop wordt vergroot wanneer bepaalde middelen worden gecombineerd en vooral wanneer middelen worden gecombineerd met alcohol (Ramaekers et al., 2016). Het is bekend dat psychotische problemen kunnen ontstaan bij hiervoor gevoelige personen na gebruik van onder andere cannaboiden (cannabis), alcohol, amfetamines, opiaten, synthetische cathinonen (nieuwe psychoactieve stoffen), GHB en psychedelische middelen (Ramaekers et al., 2016). Vooral van stimulerende middelen, zoals (meth)amfetamine, cocaïne (crack/basecoke) en nieuwe psychoactieve middelen (cathinonen) is bekend dat een hoge dosering en herhaald of langdurig gebruik de kans op een psychose verhoogt. Het overmatig herhaald gebruik van (meth)amfetamine verhoogt daarnaast de mate van impulsiviteit, wat samen met psychotische symptomen een gevaarlijke combinatie is voor agressie en het ontstaan van gewelddadig gedrag (Ramaekers et al., 2016).

### LVB

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben vaak meer persoonlijke en contextuele risicofactoren, en meer middelengebruik, en hebben zo een groter risico op problemen door alcohol/drugsgebruik of verslaving. Het is raadzaam om bij mensen (cliënten) met LVB extra alert te zijn op deze persoonlijke/contextuele problemen bij het inschatten van het risico. Voor meer informatie over LVB en middelengebruik zie de website van het Trimbos-Instituut.

### Aanbeveling door werkgroep

1. Indien sprake lijkt van, of bij vermoeden van psychotische kwetsbaarheid (de cliënt heeft recent een psychotische episode meegemaakt of vertoont verward gedrag) dan behoort de reclasseringswerker de cliënt te verwijzen naar de (forensische) zorg voor verder onderzoek/verdiepingsdiagnose.



## Het stappenplan

In het handelingsprotocol wordt gebruik gemaakt van een stappenplan. In het algemene stappenplan worden beslismomenten weergegeven voor verschillende middelen, waarna in het desbetreffende hoofdstuk voor een specifiek middel kan worden nagegaan welke specifieke stappen verder te maken zijn.

**Stap 0:** Algemeen: Bepaal of er sprake is van psychotische kwetsbaarheid  
Ja → aanmelden voor (forensische) zorg  
Nee → ga door naar stap 1

Omdat ieder middelengebruik een psychotisch toestandsbeeld in de hand kan werken bij personen die psychotische kwetsbaarheid hebben, dient de reclasseringswerker allereerst te bekijken of de cliënt recentelijk een psychotisch toestandsbeeld heeft gehad. Indien dat niet het geval is, kan het handelingsprotocol worden toegepast.

**Stap 1a:** Bepaal welk middel primair door de cliënt wordt gebruikt. Ga voor verdere informatie daarna naar het desbetreffende hoofdstuk

Aan de cliënt is te vragen welke middelen recent zijn gebruikt, in welke hoeveelheden en kan worden nagegaan of er sprake is van problematisch middelengebruik. Hierbij kan ook gebruik worden gemaakt van informatie uit de RISC of het reclasseringsdossier.

**Stap 1b:** Bepaal of er sprake is van polygebruik en of dit recidiverisico-verhogend is

Ook bij deze stap kan informatie worden gebruikt vanuit de RISC.

**Stap 2:** Eventueel: Ga na om wat voor type delict het gaat

Bij het type delict gaat het om het indexdelict, oftewel het delict waarvoor de cliënt is aangemeld bij de reclassering. Indien sprake is van meerdere delicten, dan dient in principe het zwaarste delict te worden gekozen. Bij sommige middelen is het delict niet relevant voor het bepalen van het recidiverisico vanuit het middelengebruik.

**Stap 3:** Eventueel: Bepaal of er sprake is van persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren die in samenhang met het middel recidiverisico-verhogend zijn

Bij sommige middelen is sprake van een interactie tussen het middelengebruik en persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren die in samenhang recidiverisico-verhogend zijn. Indien dat het geval is, dienen deze persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren in kaart worden gebracht. Dit kan worden gedaan door navraag te doen bij de cliënt en gebruik kan worden gemaakt van informatie uit de RISC of het reclasseringsdossier.

**Stap 4:** Bepaal uit stappen 1-3 of het middelengebruik recidiverisico-verhogend is of niet

Vanuit het handelingsprotocol is bij het primaire middel te bepalen of het middelengebruik recidiverisico-verhogend is of niet.

**Stap 5:** Algemeen: Bepaal het recidiverisico in termen van laag, midden of hoog risico

Bij iedere cliënt dient het recidiverisico te worden bepaald. Dit wordt gewoonlijk gedaan vanuit de expertise van de reclasseringswerkers, al dan niet met behulp van de RISC en het reclasseringsdossier. In het handelingsprotocol is deze stap belangrijk om stap zes te kunnen nemen.

**Stap 6:** Bepaal op basis van stap 4 en stap 5 of een interventie geïndiceerd is en of dit vrijwillige of forensische zorg betreft

Bij deze stap dient allereerst worden bepaald of een interventie geïndiceerd is. Vanuit een midden tot hoog recidiverisico is doorgaans forensische zorg geïndiceerd, ofwel zorg binnen een justitieel kader dat vanuit een ifzo (informatiesysteem forensische zorg) wordt opgestart. Wanneer het risico laag (of midden) is, kan worden afgezien van forensische zorg maar is misschien vrijwillige zorg gewenst. Met vrijwillige zorg wordt een vrijwillige aanmelding bedoeld voor zorg die wordt gefinancierd door de gemeente of zorgverzekeraar.

**Stap 7:** Eventueel: Kies de juiste interventie (gericht op het middel, persoonlijke factoren, omgevingsfactoren of combinaties hiervan) voor advies dan wel toezicht

Bij deze stap kan een suggestie worden gedaan voor het doen van interventies. Daarnaast dient te worden gekeken of er sprake dient te zijn van een gedragsinterventie, ambulante zorg, verblijfszorg of klinische zorg.

## II. Alcohol

Alcohol is primair een GABA-agonist, wat betekent dat alcohol de werking van de stof GABA (Gamma-Amino-Buterzuur) in de hersenen versterkt. Dat zorgt voor het dempen of remmen van de signaaloverdracht bij verschillende hersengebieden en functies. Lagere doseringen zorgen voornamelijk voor een ontspannen en ontremd effect. Bij hogere doseringen worden de cognitieve en motorische functies sterker aangetast. Vooral het dempen van de executieve functies van de prefrontale cortex zorgt ervoor dat iemand zichzelf niet meer goed kan controleren (Ramaekers et al., 2016).

In de drie literatuuronderzoeken (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016) worden verschillende termen gebruikt voor alcoholgebruik en problematisch alcoholgebruik, waaronder alcoholgebruik, -misbruik, -afhankelijkheid, -verslaving, stoornis in alcoholgebruik en problematisch alcoholgebruik. In deze tekst worden deze termen allen geschaard onder niet-problematisch alcoholgebruik en problematisch alcoholgebruik. Van problematisch alcoholgebruik is daarbij sprake bij binge drinken, overmatig of excessief gebruik of bij een stoornis in het gebruik van alcohol (in oudere termen afhankelijkheid of misbruik, ook wel verslaving genoemd). Niet-problematisch alcoholgebruik is dan alcoholgebruik zonder dat sprake is van problematisch alcoholgebruik.

### Vermogensdelicten

Uit de drie literatuuronderzoeken komt naar voren dat er geen relatie is tussen problematisch alcoholgebruik en het plegen van vermogensdelicten, omdat alcohol gereguleerd en relatief goedkoop wordt verkocht. Wel zijn er uitzonderingen waarbij mensen door een ernstige verslaving een sterke behoefte hebben aan alcohol en overgaan tot diefstal wanneer ze geen geld meer hebben om dit te kopen.

### Gewelddelicten

In de drie literatuuronderzoeken wordt geconcludeerd dat problematisch alcoholgebruik een verband heeft met het plegen van gewelddelicten, waarbij onderscheid te maken is in vier vormen van geweld: 1) algemeen geweld, 2) huiselijk- en partnergeweld, 3) seksueel geweld en 4) uitgaansgeweld.

### Algemeen geweld

De drie literatuuronderzoeken laten een duidelijke relatie zien tussen problematisch alcoholgebruik en algemeen geweld. Daarbij is waarschijnlijk sprake van een directe relatie met geweld (Ramaekers et al., 2016). De drie literatuuronderzoeken concluderen ook dat de relatie met het plegen van geweld voor alcohol sterker en duidelijker is dan voor alle andere soorten middelen. Alcohol heeft aantoonbaar een negatieve invloed op bepaalde hersenfuncties, wat kan leiden tot een toename van agressie. De kans op agressief gedrag neemt onder andere toe doordat alcohol de impuls- en emotiecontrole ondermijnt. Zowel het eigen functioneren als de binnenkomende signalen uit de omgeving kunnen na alcoholgebruik verkeerd worden ingeschat. Mensen onder invloed schatten sociale situaties en signalen minder goed in, wat ook wel bekend staat als alcoholbijziendheid, of alcoholmyopia. Door de angst-remmende eigenschappen kan alcohol daarnaast het gevoel van zelfvertrouwen vergroten (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016). Hierdoor kiezen mensen onder invloed van alcohol vaak minder gepaste manieren van gedrag, kunnen ze hun eigen gedrag niet meer goed beoordelen en kan men het in gang gezette gedrag niet of nauwelijks afremmen (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016).

### Huiselijk- en partnergeweld

Problematisch alcoholgebruik speelt een belangrijke rol bij het plegen van huiselijk geweld (geweld tussen gezinsleden) en lijkt met name een risicofactor te zijn voor partnergeweld (geweld tussen volwassenen in een relatie). In de drie literatuuronderzoeken worden verschillende studies aangehaald die een verband laten zien tussen (problematisch) alcoholgebruik en het plegen van

huiselijk/partnergeweld. Zo blijkt uit een onderzoek dat onder mannen in behandeling voor problematisch alcoholgebruik meer dan de helft (50 tot 60%) geweld heeft gepleegd tegen de partner (Lammers et al., 2014). Uit een Europese studie blijkt dat alcohol een rol speelt bij 40% van al het huiselijk geweld (Ramaekers et al., 2016). Uit een meta-analyse onder jongeren blijkt dat problematisch alcoholgebruik het grootste effect had op het plegen van partnergeweld (Spits et al., 2016). Daarnaast blijkt uit studies dat problematisch alcoholgebruik het risico op recidive van partnergeweld met een factor 2 tot 3 verhoogt (Spits et al., 2016). Een combinatie van problematisch alcoholgebruik en het gebruik van cocaïne voorspelt zowel bij mannen als bij vrouwen het plegen van ernstig partnergeweld (Ramaekers et al., 2016).

## Seksueel geweld

Uit de drie literatuuronderzoeken blijkt eenduidig dat problematisch alcoholgebruik het risico op het plegen van seksuele delicten verhoogt. Dit wordt onder andere verklaard door alcoholbijziendheid. Uit onderzoek blijkt dat mannen onder invloed van alcohol een negatiever beeld kunnen krijgen van vrouwen en signalen verkeerd interpreteren of negeren (Ramaekers et al., 2016). Doordat alcohol de aandacht/focus beïnvloedt, onverschilligheid tegenover de gevolgen vergroot en de zelfcontrole verlaagt, kunnen mannen zich eerder seksueel opdringerig of agressief gedragen tegenover vrouwen (Ramaekers et al., 2016). Hierbij spelen overigens ook culturele/persoonlijke overtuigingen en normen en waarden ten opzichte van alcoholgebruik en seks een rol (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat alcohol seksuele opwinding kan ontremmen en dat alcoholconsumptie kan leiden tot opwinding en verhoogde erectiële reacties (Ramaekers et al., 2016).

## Uitgaansgeweld

In Nederland vindt meer dan de helft (60%) van al het alcohol-gerelateerd geweld plaats in en rondom het uitgaanscircuit en van het uitgaansgeweld is ongeveer 80% direct te relateren aan (overmatig) alcoholgebruik (Ramaekers et al., 2016; Lammers et al., 2014). Onderzoek laat zien dat bijna een derde (30%) van alle Nederlandse uitgaanders het afgelopen jaar eens of vaker betrokken was bij vechtpartijen. Alcoholgebruik speelt bij uitgaansgeweld een veel grotere rol dan drugsgebruik (Ramaekers et al., 2016; Lammers et al., 2014). Naast de farmacologische effecten van alcohol, spelen bij uitgaansgeweld ook de plaats, situatie en fysieke en sociale omgeving een rol bij het ontstaan van geweld. Alcohol-gerelateerd uitgaansgeweld blijkt bijna altijd in groepen te worden gepleegd (75-90%) bestaande uit personen die wisselende hoeveelheden alcohol hebben geconsumeerd. Dit kan gedeeltelijk worden verklaard door het zogenaamde 'jonge mannen syndroom', oftewel de drang om zich in groepen te bewijzen tegenover hun leeftijdsgenoten (Ramaekers et al., 2016). Daarnaast worden (groepen) mensen eerder gewelddadig in een omgeving met normen en waarden waarin geweld in zekere zin wordt getolereerd, zeker wanneer er sprake is van een machossubcultuur. Ook de situatie/setting en fysieke omstandigheden, zoals drukte in een mensenmassa, een hoge temperatuur en de soort muziek kunnen bijdragen aan alcohol-gerelateerd geweld tijdens het uitgaan (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016).

## Polygebruik

Uit de literatuur blijkt dat de combinatie van alcohol en cannabis geen significant hoger risico op geweld geeft. De literatuuronderzoeken melden ook niets over de combinatie tussen alcohol en xtc in relatie met geweld. Het lijkt dat vooral de combinatie van stimulerende middelen (speed en cocaïne) en alcohol leidt tot een verhoogd risico op geweld (Ramaekers et al., 2016). Onderzoek laat zien dat het gebruik van alcohol en cocaïne het risico op onder andere partnergeweld verhoogt. Uit onderzoek blijkt daarnaast dat de combinatie van alcohol en stimulerende middelen tot veel ernstiger en gewelddadiger geweld leidt dan wanneer er alleen alcohol of alleen cocaïne wordt gebruikt. In een onderzoek naar combigebruikers geven sommige respondenten aan dat ze van alcohol en cocaïne agressief en opgefokt worden (Ramaekers et al., 2016). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat onder invloed van stimulerende middelen veel meer alcohol kan worden gedronken, omdat het verdovende effect van alcohol deels gemaskeerd wordt. Naast de gecombineerde farmacologische effecten, die beide kunnen aanzetten tot geweld, is iemand ook veel meer onder invloed door de extra inname van alcohol, wat het risico op geweld nog meer vergroot. Onder invloed van cocaïne of

amfetamine kan er wel tweemaal zoveel alcohol worden ingenomen (Ramaekers et al., 2016). Cocaïne en alcohol hebben beide invloed op de impulscontrole, wat een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van geweld. Aangezien (stimulerende) drugs vaak in combinatie met alcohol worden genomen, is het moeilijk te onderscheiden wat de causale oorzaak is bij het ontstaan van geweld. Ramaekers et al. (2016) concluderen dat het risico op geweld bij combinatiegebruik voornamelijk wordt veroorzaakt door een combinatie met alcohol, waarbij alcohol de primaire oorzaak van het geweld is.

### Persoonlijke factoren

Aangezien niet iedereen agressief wordt van alcohol lijkt het dat deze effecten vooral optreden bij personen die gevoelig hiervoor zijn. De uiteindelijke conclusie van de drie literatuuronderzoeken is dat rekening dient te worden gehouden met individuele variaties en contextuele omstandigheden. De psychofarmacologische effecten van alcohol, zoals ontremming, verkeerd inschatten van (sociale) situaties, sensatie zoeken en minder angst ervaren, werken naast andere verklarende factoren vooral drempelverlagend voor geweldsdelicten (Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016). Of iemand wel of niet agressief wordt van alcohol, is afhankelijk van mogelijke aanzettende psychosociale en demografische risicofactoren, of uitlokkende situationele factoren. Zo blijkt uit een onderzoek dat alcohol alleen agressieverhogend werkte bij personen met een hoge gevoeligheid voor agressie. Daarnaast blijkt dat vijandigheid (vijandige interpretatie bias), de neiging tot risicovol en sensatiezoekend gedrag (Spits et al., 2016) en een antisociale persoonlijkheidsstoornis, dan wel antisociale kenmerken (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016) in combinatie met problematisch alcoholgebruik een risico zijn voor gewelddadig gedrag. Een gebrek aan empathie verhoogt ook het risico op agressie en geweld. Vroegkinderlijke trauma's, of ervaringen met problematisch alcoholgebruik en geweld in huis (huiselijk geweld) worden ook als risico's genoemd, voornamelijk omdat dit kan leiden tot meer gebruik (Spits et al., 2016). Ook spelen verwachtingen en opvattingen omtrent alcoholgebruik en geweld hierin een rol: wanneer mensen verwachten dat hun alcoholgebruik gewelddadig gedrag veroorzaakt, is het risico op daadwerkelijk gewelddadig gedrag verhoogd (Ramaekers et al., 2016).

### Omgevingsfactoren

Socioculturele factoren en een (sociale) omgeving die tolerant zijn ten opzichte van alcoholgebruik en geweld (bijvoorbeeld een macho-subcultuur), spelen een rol bij geweld onder invloed van alcohol (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016). Ook speelt de fysieke omgeving een rol. Zo vergroten drukte in een mensenmassa, een hoge temperatuur en harde muziek het risico op agressie en geweld (Ramaekers et al., 2016). Het risico op agressie hangt af van sociale factoren, zoals de normen en waarden ten opzichte van geweld die iemand vanuit zijn opvoeding heeft geïnternaliseerd. Of iemand agressief wordt van alcohol, wordt ook in sterke mate bepaald door de normalisering van agressie en geweld door iemands sociale omgeving. Het uiten van agressie en het gebruiken van middelen kunnen ook factoren zijn om bij een groep te horen en om geaccepteerd te worden en kunnen de groepsidentiteit versterken bij bepaalde groepen (Ramaekers et al., 2016).

### Aanbevelingen uit het literatuuronderzoek van Spits et al. (2016):

1. Het uiteindelijke reclasseringsadvies *moet* uitspraak doen over de aard van het verband tussen middelengebruik en het criminele gedrag, omdat dit – mede - de inhoud van het advies bepaalt. Als namelijk wordt vastgesteld dat het criminele gedrag het middelengebruik niet heeft veroorzaakt of dat er geen aanwijsbaar verband is tussen het criminele gedrag en het middelengebruik, in die gevallen, is het middelengebruik geen criminogene factor. Dit houdt niet in dat er geen actie op ondernomen dient te worden, vanwege gezondheids- of mogelijke toekomstige risico's.
2. Indien er sprake is van een geweldsdelict (waaronder partnergeweld) en problematisch alcoholgebruik, alcoholafhankelijkheid of het plegen van het geweldsdelict onder invloed van alcohol, dan dient het alcoholgebruik bestempeld te worden als belangrijke criminogene

factor<sup>1</sup>. In het reclasseringsadvies dient opgenomen te zijn dat verandering van het alcoholgebruik belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.

3. Indien sprake is van (partner)geweld in combinatie met alcohol- en cocaïnegebruik, dan dienen beide middelen aangemerkt te worden als criminogene factor. Een forensische behandeling gericht op beide middelen wordt geadviseerd door de reclasseringswerker. In het reclasseringsadvies dient opgenomen te zijn dat verandering van het polygebruik belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.
4. Indien sprake is van middelengebruik in combinatie met impulsiviteit, antisociaal gedrag en/of vijandigheid dan dient het recidiverisico hoger ingeschat te worden en het reclasseringsadvies, dient, naast het veranderen van het middelengebruik, regulering van deze factoren te behelzen teneinde het recidiverisico te verminderen.
5. Indien sprake van middelengebruik in combinatie met psychische klachten en/of vroegkinderlijke trauma's, dan dient het recidiverisico hoger ingeschat te worden. In het advies moet zowel behandeling van middelengebruik als behandeling van deze psychische klachten of trauma's opgenomen te zijn teneinde het recidiverisico te verminderen.
6. De medewerkers van de expertgroep zijn van mening dat leeftijd een risico-verhogende factor is; zij zijn van mening dat jongeren een groter recidiverisico hebben dan ouderen, vanwege onbezonnenheid, minder lijdensdruk en de behoefte aan spanning.

### Aanbevelingen werkgroep:

#### *Algemeen*

1. Indien niet goed kan worden ingeschat of er sprake is van problematisch alcoholgebruik, behoort in het reclasseringsadvies te worden opgenomen dat diagnostiek moet worden uitgevoerd met behulp van (verdiepings-) diagnostiek vanuit de forensische zorg teneinde te bepalen of er sprake is van een risicofactor.
2. Bij problematisch alcoholgebruik dient ook te worden onderzocht of sprake is van verder middelengebruik. Dit kan worden gedaan door de (verslavings)reclassering of in de vorm van (verdiepings-) diagnostiek door de forensische zorg. De conclusie hieruit dient te worden opgenomen in het reclasseringsadvies.
3. Bij een laag recidiverisico en problematisch alcoholgebruik kan het wenselijk zijn om de betrokken persoon te motiveren voor vrijwillige zorg voor het problematisch alcoholgebruik of het indiceren van een justitiële interventie.
4. Indien het problematisch alcoholgebruik als risicofactor is aangemerkt, moet in het reclasseringsadvies een uitspraak worden gedaan over het wel of niet inzetten van een middelenverbod. Het verdient aanbeveling om dit te doen in afstemming met de forensische zorg of verzorgers van de justitiële interventie (coördinator).
5. Indien problematisch alcoholgebruik als risicofactor is aangemerkt en er is sprake van een persoon in de leeftijd van 18-23 jaar dan dient bij hoge beïnvloedbaarheid van deze persoon in het reclasseringsadvies te worden vermeld dat de interventie individueel moet worden aangeboden.

#### *Vermogensdelicten / overige delicten*

6. Indien sprake is van een vermogensdelict of een ander niet-gewelddelict dan dient problematisch alcoholgebruik in principe niet te worden beschouwd als risicofactor. Op basis daarvan hoeft geen advies te worden gegeven voor een justitiële interventie of forensische zorg voor het problematisch alcoholgebruik. Ook hoeft vanuit toezicht niet een toeleiding naar zorg te worden gedaan voor het problematisch alcoholgebruik. Wel kan een vrijwillige behandeling voor het problematisch alcoholgebruik wenselijk zijn.

---

<sup>1</sup> In dit handelingsprotocol wordt gesproken van risicofactor in plaats van criminogene factor.

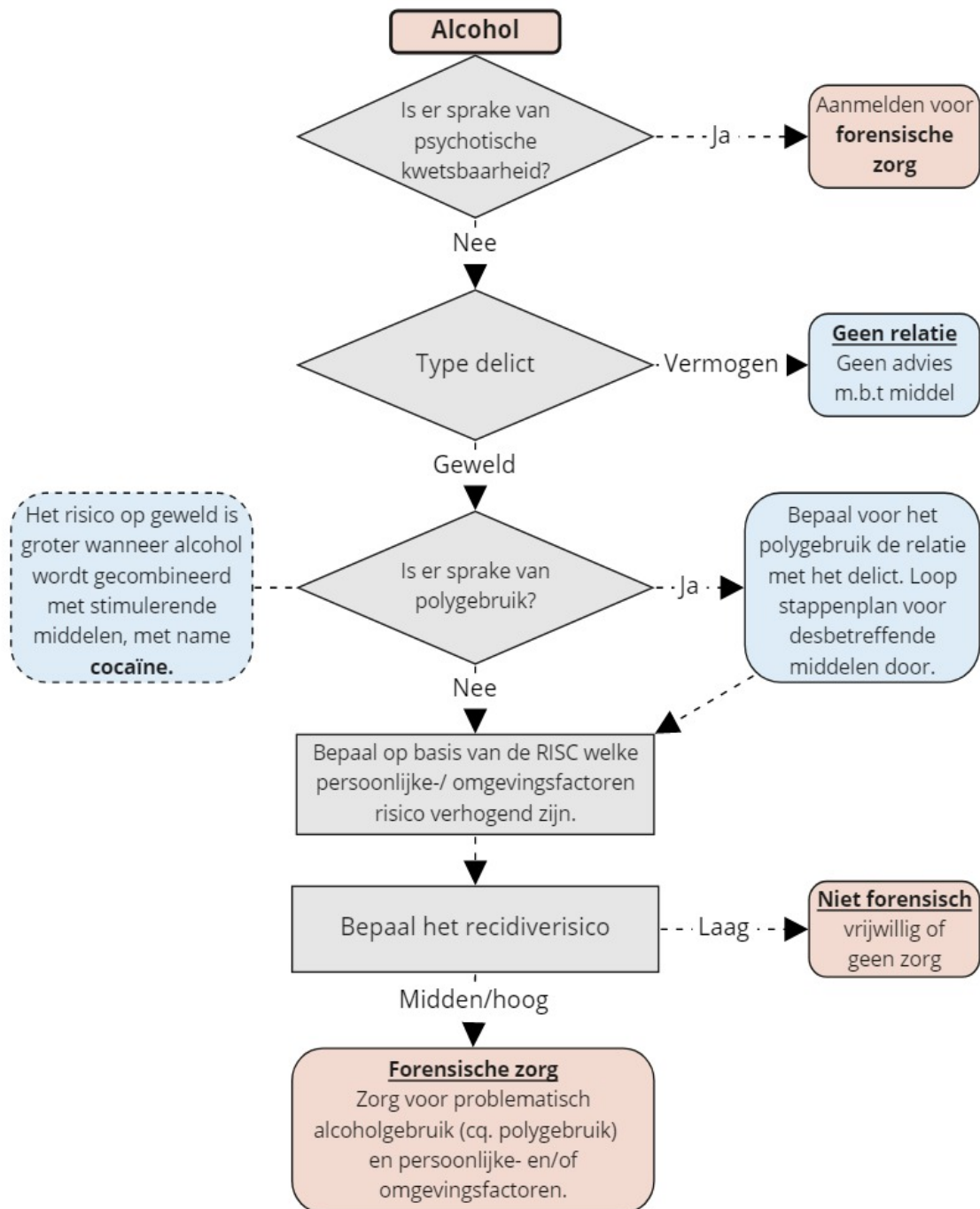
### *Geweldsdelicten*

7. Bij iedere vorm van geweld (algemeen geweld, uitgaansgeweld, seksueel geweld of relationeel geweld) dient problematisch alcoholgebruik te worden aangemerkt als risicofactor (aanvulling bij aanbeveling 2 van Spits et al., 2016).
8. Bij iedere vorm van geweld (algemeen geweld, uitgaansgeweld, seksueel geweld en relationeel geweld) en problematisch alcoholgebruik, dient onderzoek te worden gedaan naar risicofactoren in de persoon en in de omgeving. Vervolgens dient het problematisch alcoholgebruik als risicofactor te worden beschouwd in combinatie met de onderscheiden risicofactoren in de persoon en in de omgeving. In het advies dient dan bij een gemiddeld tot hoog recidiverisico het advies te worden gegeven voor een justitiële interventie of forensische zorg met als doel de risicofactoren met betrekking tot de persoon en/of omgeving en het problematisch alcoholgebruik te verminderen. Bij toezicht dient een toeleiding zorg plaats te vinden met ditzelfde doel.
9. Indien sprake is van een geweldsdelict en problematisch alcoholgebruik en er sprake is van een antisociale persoonlijkheidsstoornis, dan wel antisociale kenmerken, vijandigheid of de neiging tot risicovol en sensatiezoekend gedrag, behoort in het reclasseringsadvies te worden opgenomen dat de cliënt moet worden aangemeld voor een forensische behandeling zowel gericht op de persoonlijkheidsproblematiek als op het problematisch alcoholgebruik.
10. Indien sprake is van een geweldsdelict en problematisch alcoholgebruik in combinatie met omgevingsfactoren die het risico op geweld vergroten, dan behoort in het reclasseringsadvies een justitiële interventie of forensische zorg te worden geadviseerd die is gericht op het verminderen van problematisch alcoholgebruik en de vastgestelde omgevingsfactoren in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.
11. In het geval van uitgaansgeweld door jongeren moet leeftijd als een risico-verhogende factor worden beschouwd (o.a. jonge-mannensyndroom) en kan een advies voor de justitiële interventie 'Alcohol & geweld' worden opgenomen in het reclasseringsadvies.

### Stappenplan alcohol:

- Stap 0:** Algemeen: Bepaal of er sprake is van psychotische kwetsbaarheid
- Stap 1a:** Bepaal welk middel primair door de cliënt wordt gebruikt. Ga voor verdere informatie daarna naar het desbetreffende hoofdstuk
- Stap 1b:** Bepaal of er sprake is polygebruik en of dit recidiverisico-verhogend is
- Stap 2:** Ga na om wat voor type delict het gaat:  
- Bij een geweldsdelict: Er is wel een relatie met problematisch alcoholgebruik  
- Bij een vermogensdelict of overig delict: Er is geen relatie met problematisch alcoholgebruik
- Stap 3:** Bepaal welke persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren in samenhang met problematisch alcoholgebruik recidiverisico-verhogend zijn
- Stap 4:** Bepaal uit de stappen 1-3 of het problematisch alcoholgebruik recidiverisico-verhogend is of niet
- Stap 5:** Algemeen: Bepaal het recidiverisico in termen van laag, midden of hoog risico
- Stap 6:** Bepaal op basis van stap 4 en stap 5 of een interventie geïndiceerd is en of dit vrijwillige of forensische zorg betreft
- Stap 7:** Kies de juiste interventie (gericht op problematisch alcoholgebruik en op persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren) voor advies dan wel toezicht





Afbeelding 2: Stroomschema alcohol



### III. Cocaïne

Cocaïne werkt farmacologisch primair op de neurotransmissie van dopamine en (nor)adrenaline en heeft hierdoor als effect dat mensen gestimuleerd, opgewekt/alert en vol energie zijn. Gebruikers hebben het gevoel snel en helder te kunnen denken, hebben meer zelfvertrouwen en minder eetlust. Mensen onder invloed van cocaïne nemen meer risico, zijn impulsiever en kunnen meer spanning opzoeken (Ramaekers et al., 2016). Cocaïne komt voor als snuifbare poeder (zout)vorm en als rookbare crack (base)vorm. De effecten van cocaïne zijn van korte duur en het prettige gevoel ebt na een half uur al weer weg. Gebruikers kunnen zich dan somber gaan voelen en willen weer opnieuw en meer gebruiken. Dit maakt cocaïne een verleidelijke en verslavende drug. Doordat crack/base cocaïne gerookt kan worden, wordt het sneller opgenomen in de hersenen en heeft het een veel sterker, intenser, sneller, korter en nog verslavender effect dan het snuiven van cocaïne.

#### Vermogensdelicten

Uit de literatuuronderzoeken blijkt dat problematisch cocaïnegebruik samenhangt met het plegen van vermogenscriminaliteit, of verwervingscriminaliteit (diefstal, heling, fraude, oplichting), om het gebruik te kunnen bekostigen (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016). Uit een meta-analyse blijkt dat het risico op het plegen van vermogensdelicten onder gebruikers van base-cocaïne (crack) 6 keer hoger is en voor snuifbare cocaïne 2,5 keer hoger dan niet-gebruikers (Spits et al., 2016). Doordat snuifbare cocaïne en rookbare base-cocaïne zowel sterk verslavend als duur zijn en een korte werkingsduur hebben, verhoogt dit de kans op het plegen van vermogensdelicten om het gebruik te kunnen bekostigen. Aangezien base-cocaïne/crack wordt gerookt en het farmacologische effect hierdoor zowel intenser als korter en daardoor verslavender is, is de relatie met criminaliteit sterker dan bij snuifbare cocaïne.

#### Gewelddelicten

De relatie tussen cocaïnegebruik en agressie/geweld is beperkt bestudeerd en er zijn geen goede methodologische studies om een direct causaal farmacologisch verband wetenschappelijk aan te tonen. Toch wordt in de literatuuronderzoeken eenduidig geconcludeerd dat voor cocaïne sterke aanwijzingen zijn dat de psychofarmacologische eigenschappen agressie en geweld kunnen uitlokken of versterken (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016). Zo toonde een meta-analyse aan dat van alle middelen (exclusief alcohol) cocaïne de sterkste relatie met agressie en geweld had. Cocaïne en vooral base-cocaïne/crack draagt bij aan agressief gedrag (Ramaekers et al., 2016). Het gebruik van base-cocaïne/crack wordt sterker in verband gebracht met agressie en het plegen van gewelddelicten dan snuifbare cocaïne (Ramaekers et al., 2016). Doordat base-cocaïne/crack rookbaar is en de farmacologische effecten daardoor korter, intenser en verslavender zijn, resulteert dit in meer gejaagdheid, onrust en problemen dan bij het gebruik van snuifbare cocaïne (Ramaekers et al., 2016). Base-cocaïne wordt eigenlijk nooit gebruikt in het uitgaansleven, in tegenstelling tot snuifbare cocaïne.

Het gebruik van cocaïne wordt ook gerelateerd aan het plegen van partnergeweld. Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van cocaïne kan zorgen voor een verminderde affectieve empathie, beperkte verwerking van emotionele prikkels en verminderde sociale vaardigheden, wat voor een verhoogde kans op agressief gedrag zorgt (Ramaekers et al., 2016). Wanneer er sprake is van zowel cocaïnegebruik als problematisch alcoholgebruik, wordt het risico op het plegen van partnergeweld verder versterkt (Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016).

Ten slotte kan overmatig gebruik van cocaïne paranoïde psychotische symptomen uitlokken bij personen die hiervoor gevoelig zijn. Dit kan zorgen voor agitatie, waanideeën en achterdocht, wat weer kan leiden tot agressie en geweld (Ramaekers et al., 2016).

## Polygebruik

Uit onderzoek blijkt dat gebruikers van cocaïne dit vaak of bijna altijd combineren met alcohol (Ramaekers et al., 2016). Sommige gebruikers geven daarbij aan dat ze hier opgefokt en agressief van kunnen worden. Onderzoek laat zien dat wanneer cocaïne en alcohol werden gecombineerd er sprake was van ernstigere vormen van geweld (Ramaekers et al., 2016). Door de stimulerende effecten van cocaïne worden de dempende effecten van alcohol tegengegaan en kan veel meer alcohol dan gebruikelijk worden gedronken. Naast de gecombineerde farmacologische effecten, raakt iemand zo ook veel meer onder invloed, wat het risico op geweld verhoogt en de mate en ernst hiervan verergert. Ook is vanuit de (verslavings)reclasseringspraktijk bekend dat bepaalde gebruikers zowel cocaïne als heroïne gebruiken. Heroïne wordt dan wel eens als kalmeringsmiddel gebruikt om de stimulerende effecten van cocaïne te dempen. Zowel cocaïne als heroïne zijn duur en sterk verslavend en hebben een relatie met het plegen van vermogensdelicten. Volgens de geconsulteerde reclasseringsswerkers uit de werkgroep vergroot het gecombineerd gebruik van deze middelen het risico op het plegen van vermogensdelicten.

## Persoonlijke factoren

De drie literatuuronderzoeken concluderen eenduidig dat het ontstaan van gewelddadig gedrag, naast het farmacologische effect van cocaïne, sterk wordt beïnvloed door individuele (psychosociale) variaties en (situatieve) contextuele omstandigheden. Ramaekers et al. (2016) beschrijven dat het gebruik van cocaïne alleen gewelddadig gedrag veroorzaakt bij mensen die al eerder gewelddadig gedrag hadden vertoond. Het lijkt dus dat de psychofarmacologische effecten van cocaïne kunnen zorgen voor agressie en geweld door de al aanwezige risicofactoren (impulsiviteit, vijandigheid, ontremming, zelfverzekerdheid) van een persoon te versterken. Ook mensen met psychische problemen, een gedragsstoornis of een persoonlijkheidsstoornis kunnen sneller agressief of gewelddadig worden van cocaïnegebruik. Zo kunnen psychotische symptomen door cocaïnegebruik optreden bij personen die hiervoor gevoelig zijn (Ramaekers et al., 2016).

## Omgevingsfactoren

Ook sociale en situatieve factoren lijken een rol te spelen in het ontstaan van geweld onder invloed van cocaïne. Zo lijken groepen jongeren onder invloed van alcohol en cocaïne zich ontremd, zonder angst en agressiever te gedragen. Vergelijkbaar als met agressie onder invloed van alcohol, lijkt geweld onder invloed van cocaïne sterk te worden beïnvloed door de geïnternaliseerde normen en waarden vanuit iemands opvoeding/thuissituatie. Tevens lijkt het te worden beïnvloedt door de normalisering van geweld en middelengebruik door leeftijdsgenoten, oftewel iemands sociale omgeving. Situatieve factoren die de kans op agressie en geweld verhogen zijn onder andere drukte, warmte, uitlokking, stress en frustraties (Ramaekers et al., 2016).

### Aanbevelingen uit literatuuronderzoek Spits et al. (2016):

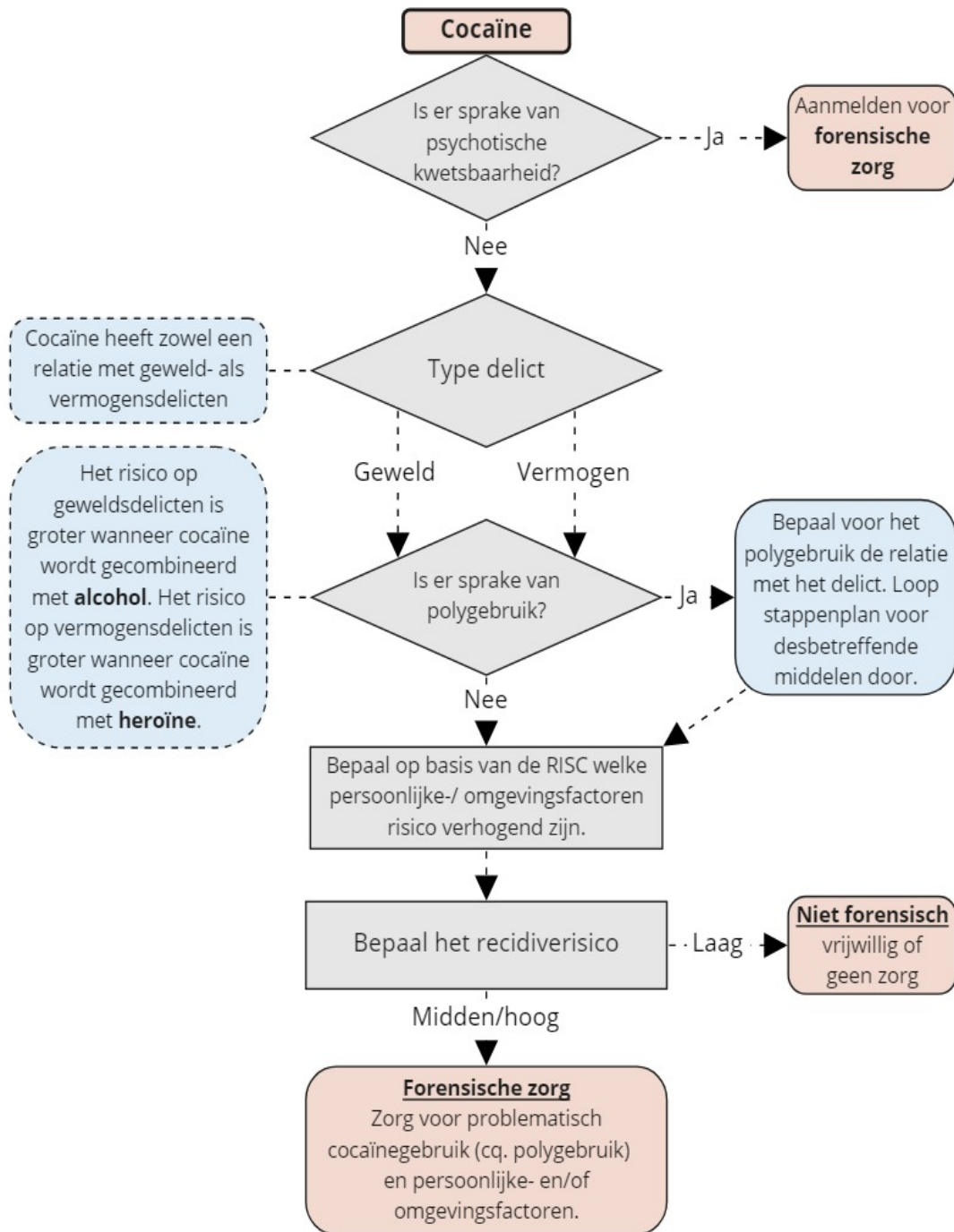
1. Indien er sprake is van partnergeweld en cocaïnemisbruik of -verslaving, dan dient het cocaïnegebruik bestempeld te worden als criminogene factor. In het advies dient opgenomen te zijn dat verandering van het cocaïnegebruik belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.
2. Indien er sprake is van partnergeweld en een combinatie van alcohol- en cocaïneverslaving dan dienen deze beide verslavingen bestempeld te worden als criminogene factor. In het advies dient opgenomen te zijn dat verandering van het alcohol- en cocaïnegebruik belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.
3. Indien er sprake is van vermogensdelicten in combinatie met cocaïne- (zowel snuifcoke als crack) of heroïnegebruik, dan moet het drugsgebruik als criminogene factor van het vermogensdelict bestempeld worden in het kader van verwervingscriminaliteit. In het advies dient opgenomen te worden dat drugsgebruik een criminogene factor is en dat verandering van het drugsgebruik belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.
4. Indien er sprake is van middelengebruik in combinatie met impulsiviteit, antisociaal gedrag en/of vijandigheid dan dient het recidiverisico hoger geschat te worden en het reclasseringsadvies, dient, naast het veranderen van het middelengebruik, regulering van deze factoren te behelzen teneinde het recidiverisico te verminderen.
5. Indien er sprake van middelengebruik in combinatie met psychische klachten en/of vroegkinderlijke trauma's, dan dient het recidiverisico hoger geschat te worden. In het advies moet zowel behandeling van middelengebruik als behandeling van deze psychische klachten of trauma's opgenomen te zijn teneinde het recidiverisico te verminderen.
6. De reclasseringswerker dient altijd te onderzoeken of sprake is van het snuiven of roken van cocaïne. Dit behoort in het adviesrapport te worden weergegeven.

### Aanbevelingen door de werkgroep

1. Indien sprake is van een delict en cocaïnegebruik, dan dient ieder recent cocaïnegebruik te worden bestempeld als risicofactor voor recidive. In het advies dient te zijn opgenomen dat verandering van het cocaïnegebruik belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.
2. Vanwege de verwevenheid van persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren bij het delictgedrag in geval van cocaïnegebruik moet (verder) onderzoek worden gedaan naar deze persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren. De onderscheiden persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren dienen in combinatie met het cocaïnegebruik als risicofactor voor recidive te worden beschouwd. In het advies dient te zijn opgenomen dat verandering van deze persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.
3. Indien sprake is van cocaïnegebruik en een gemiddeld of hoog recidiverisico dient het advies tot forensische zorg te worden opgenomen in het reclasseringsadvies. De forensische zorg is daarbij gericht op het cocaïnegebruik en de persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren die als risicofactoren zijn onderscheiden. Gezien de complexiteit met betrekking tot cocaïnegebruik en de bijkomende problematiek, acht de werkgroep een justitiële interventie niet passend.
4. Indien sprake is van een laag recidiverisico behoeven geen bijzondere voorwaarden te worden geadviseerd. Wel kan een vrijwillige behandeling voor het cocaïnegebruik wenselijk zijn.
5. Bij cocaïnegebruik als risicofactor moet een uitspraak worden gedaan over het wel of niet inzetten van een middelenverbod. Het verdient de aanbeveling om dit af te stemmen met de forensische zorg.

## Stappenplan cocaïne

- Stap 0:** Algemeen: Bepaal of er sprake is van psychotische kwetsbaarheid
- Stap 1a:** Bepaal welk middel primair door de cliënt wordt gebruikt. Ga voor verdere informatie daarna naar het desbetreffende hoofdstuk
- Stap 1b:** Bepaal of sprake is polygebruik en zo ja, of dit middel een recidiverisico-verhogend middel is
- Stap 2:** Ga na om wat voor type delict het gaat
- Stap 3:** Bepaal welke persoonlijke factoren en omgevingsfactoren in samenhang met het cocaïnegebruik risico-verhogend zijn
- Stap 4:** Concludeer of het cocaïnegebruik recidiverisico-verhogend is
- Stap 5:** Algemeen: Bepaal het recidiverisico in termen van laag, midden of hoog risico
- Stap 6:** Bepaal op basis van stap 4 en 5 of een interventie geïndiceerd is en of dit vrijwillige of forensische zorg betreft
- Stap 7:** Kies de juiste interventie (gericht op het cocaïnegebruik en op de persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren) voor advies dan wel toezicht



Afbeelding 3: Stroomschema cocaïne

## IV. Heroïne (opiaten)

Opiaten zijn een categorie pijnstillers die de gebruiker daarnaast ook een fijn, warm en zorgeloos gevoel geven. De effecten van opiaten zijn vergelijkbaar, maar ze verschillen in sterkte van effect en daarmee de kans op verslaving. Codeïne heeft een relatief zwak effect (hoestdrank), terwijl morfine en oxycodon zware en verslavende pijnstillers zijn. Heroïne is een van meest verslavende opiaten en is door een moleculaire aanpassing een sterkere en daardoor meer verslavende variant van morfine. Ook zijn er synthetische opioïden zoals fentanyl, welke 50-100 keer sterker kunnen zijn dan morfine en hierdoor erg verslavend en dodelijk zijn. Gebruikers van heroïne (opiaten) krijgen een gelukkig/warm gevoel, zijn ontspannen, verdoofd en rustig. Wanneer mensen hogere doseringen gebruiken, zijn ze zo sterk verdoofd/gedempt dat het lijkt alsof ze bijna wegvallen/in slaap vallen. Bij een te hoge dosering (overdosis) wordt de ademhalingsreflex zo sterk gedempt dat mensen niet genoeg zuurstof meer krijgen. Heroïne kan zowel worden gesnoven als gerookt en gespoten (geïnjecteerd), waarbij het effect het sterkste is bij het direct injecteren. De onthoudingsverschijnselen bij heroïne zijn zeer heftig. Mensen worden lichamelijk ziek en willen weer opnieuw gebruiken om zich niet meer ziek te voelen.

### Vermogensdelicten

Heroïne is zowel sterk verslavend als duur door de illegale productie en handel, waardoor gebruikers eerder vermogensdelicten of verwervingscriminaliteit plegen om het gebruik te bekostigen. Uit onderzoek blijkt een verhoogde kans op het plegen van vermogensdelicten onder heroïnegebruikers (drie keer zo groot als niet-gebruikers) (Bennett et al., 2008). De literatuuronderzoeken zijn eenduidig over de relatie tussen heroïnegebruik en het plegen van vermogensdelicten (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016).

### Gewelddelicten

Het gebruik van heroïne (en andere opiaten) heeft voornamelijk sterk kalmerende, dempende en euforische effecten op de gebruiker (Ramaekers et al., 2016). Meerdere onderzoeken concluderen dat het acute farmacologische effect van opiaten niet agressie verhogend werkt en niet aanzet tot gewelddelicten (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016). De meeste artikelen die een relatie beschrijven tussen het gebruik van opiaten en geweld, gaan over de effecten van combinatiegebruik met andere (stimulerende) middelen (Ramaekers et al., 2016). Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van heroïne regelmatig wordt gecombineerd met het snuiven van cocaïne of het roken van crack-cocaïne (Ramaekers et al., 2016).

### Polygebruik

Het is bekend dat zowel cocaïne als heroïne een relatie hebben met het plegen van vermogensdelicten. Ook is vanuit de (verslavings)reclasseringspraktijk bekend dat bepaalde gebruikers zowel cocaïne als heroïne gebruiken. Heroïne wordt dan vaak als kalmeringsmiddel gebruikt om de stimulerende effecten van cocaïne te dempen. Aangezien cocaïne en heroïne zowel duur als sterk verslavend zijn, vergroot het combinatiegebruik het risico op het plegen van vermogensdelicten.

### Persoonlijke en omgevingsfactoren

Wanneer iemand verslaafd is, kunnen onthoudingsverschijnselen (afkickverschijnselen) optreden, zoals irritatie en psychische en fysieke stress/frustraties die kunnen aanzetten tot agressie. Daarnaast begeven heroïnegebruikers zich vaker in bepaalde groepen en milieus aan de rand van de samenleving die het risico op het plegen van misdrijven en geweld verhogen (Ramaekers et al., 2016). Uit onderzoek blijkt dat 80% van de gewelddelicten onder gebruikers meestal lichtere vormen van geweld betreft (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016).

## Aanbevelingen uit literatuuronderzoek Spits et al. (2016):

1. Indien er sprake is van vermogensdelicten in combinatie met cocaïne- (zowel snuifcoke als crack) of heroïnegebruik, dan moet het drugsgebruik als criminogene factor van het vermogensdelict bestempeld worden in het kader van verwervingscriminaliteit. In het advies dient opgenomen te worden dat drugsgebruik een criminogene factor is en dat verandering van het drugsgebruik belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico. Geconcludeerd wordt dat heroïnegebruik een belangrijke criminogene factor is voor het terugvallen in vermogens- en geweldsdelicten (Spits et al., 2016).
2. Indien er sprake is van middelengebruik in combinatie met impulsiviteit, antisociaal gedrag en/of vijandigheid dan dient het recidiverisico hoger ingeschat te worden en het reclasseringsadvies, dient, naast het veranderen van het middelengebruik, regulering van deze factoren te behelzen teneinde het recidiverisico te verminderen.
3. Indien er sprake van middelengebruik in combinatie met psychische klachten en/of vroegkinderlijke trauma's, dan dient het recidiverisico hoger ingeschat te worden. In het advies moet zowel behandeling van middelengebruik als behandeling van deze psychische klachten of trauma's opgenomen te zijn teneinde het recidiverisico te verminderen.

## Aanbevelingen door de werkgroep

### *Algemeen*

1. De reclasseringswerker behoort altijd te onderzoeken of er naast heroïnegebruik ook sprake is van cocaïnegebruik. Er is dan sprake van polygebruik (zie hoofdstuk polygebruik). Dit behoort in het adviesrapport te worden weergegeven. Deze aanbeveling van de werkgroep kan als aanvulling worden beschouwd op de aanbeveling (2) uit het literatuuronderzoek van Spits et al., 2016.
2. De reclasseringswerker behoort altijd te onderzoeken of sprake is van het spuiten, snuiven of roken van heroïne. Dit behoort in het adviesrapport te worden weergegeven.
3. Indien sprake is van heroïnegebruik en een gemiddeld of hoog recidiverisico dient het advies tot forensische zorg te worden opgenomen in het reclasseringsadvies. De forensische zorg is daarbij gericht op het heroïnegebruik en de overige factoren die als risicofactoren zijn onderscheiden. Gezien de complexiteit met betrekking tot heroïnegebruik en de bijkomende problematiek, acht de werkgroep een justitiële interventie niet passend.
4. Aanvulling op aanbeveling 3 van Spits et al. (2016): indien sprake is van een laag risico behoeven geen bijzondere voorwaarden te worden geadviseerd. Wel kan een vrijwillige behandeling voor het heroïnegebruik wenselijk zijn. Indien sprake is van heroïnegebruik, dient altijd de mogelijkheid voor een opiaten-substitutie-behandeling (o.a. methadonbehandeling) te worden onderzocht. Daartoe is aanmelding bij de forensische zorg (bij gemiddeld of hoog recidiverisico) of vrijwillige verslavingszorg (bij laag recidiverisico) passend.
5. Bij heroïnegebruik als risicofactor moet een uitspraak worden gedaan over het wel of niet inzetten van een middelenverbod. Het verdient aanbeveling om dit in afstemming te doen met de forensische zorg.

### *Vermogensdelicten en overige delicten*

6. Indien sprake is van een vermogensdelict en recent heroïnegebruik, dan dient ieder gebruik van heroïne als risicofactor te worden aangemerkt. In het advies dient te zijn opgenomen dat verandering van het heroïnegebruik belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.

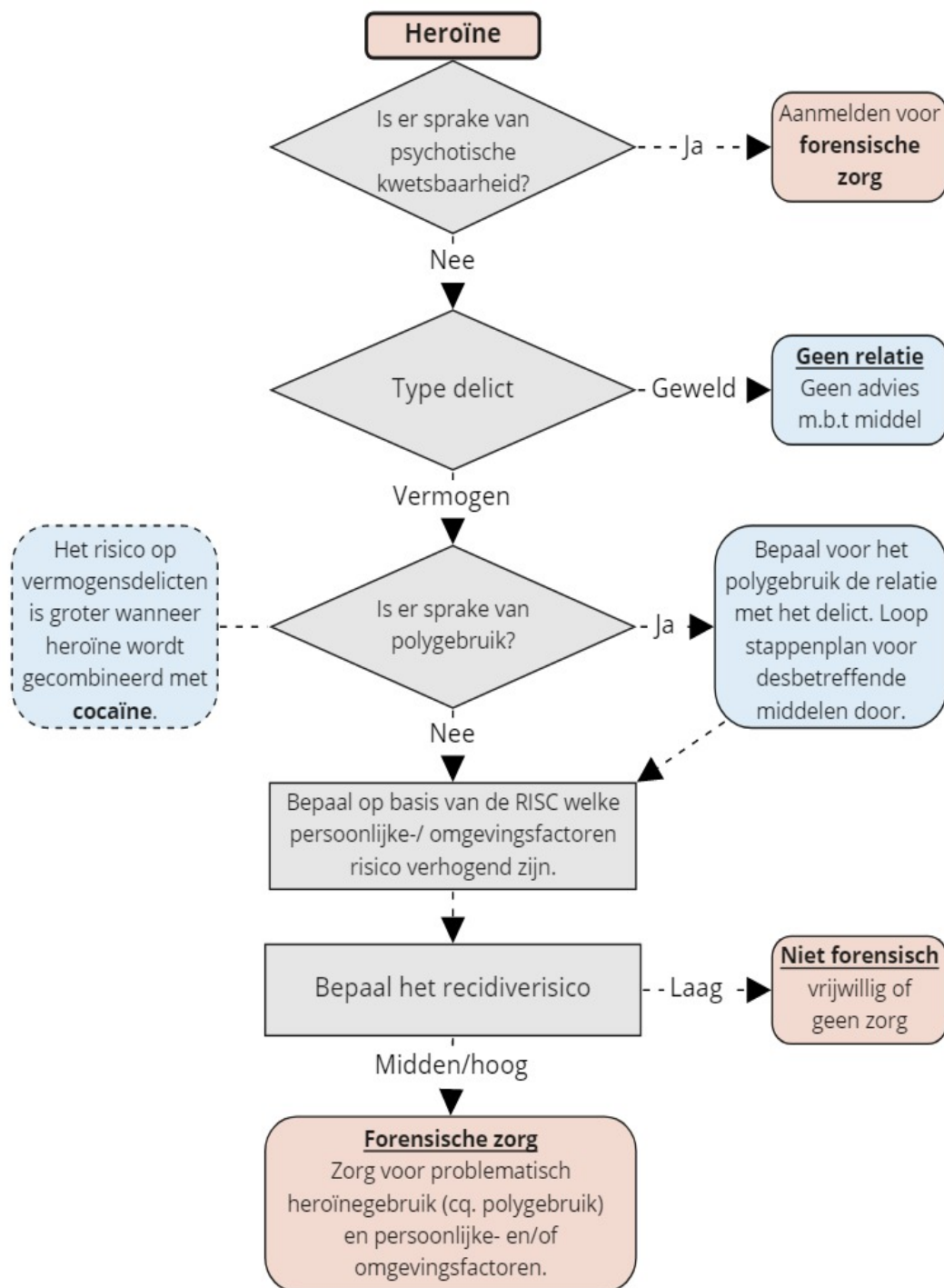
### *Geweldsdelicten*

7. Indien sprake is van een geweldsdelict en heroïnegebruik, behoeft het gebruik niet als risicofactor te worden beschouwd.

## Stappenplan heroïne (opiaten)

- Stap 0:** Algemeen: Bepaal of er sprake is van psychotische kwetsbaarheid
- Stap 1a:** Bepaal welk middel primair door de cliënt wordt gebruikt. Ga voor verdere informatie daarna naar het desbetreffende hoofdstuk
- Stap 1b:** Bepaal of sprake is van polygebruik en zo ja, of dit middel een recidiverisico-verhogend middel is
- Stap 2:** Ga na om wat voor type delict het gaat:  
- Bij vermogensdelict: Er is wel een relatie met het heroïnegebruik  
- Bij een geweldsdelict: Er geen relatie met het heroïnegebruik
- Stap 3:** Bij een vermogensdelict: bepaal welke persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren in samenhang met het heroïnegebruik recidiverisico-verhogend zijn
- Stap 4:** Bepaal of het heroïnegebruik recidiverisico verhogend is of niet
- Stap 5:** Algemeen: Bepaal het recidiverisico in termen van laag, midden of hoog risico
- Stap 6:** Bepaal op basis van stap 4 en stap 5 of een interventie geïndiceerd is en of dit vrijwillige of forensische zorg betreft
- Stap 7:** Kies de juiste interventie (gericht op het middel, persoonlijke factoren, omgevingsfactoren of combinaties hiervan) voor advies dan wel toezicht





Afbeelding 4: Stroomschema heroïne (opiaten)

## V. Cannabis

Cannabis (wiet of hasj) heeft zowel dempende als bewustzijn-veranderende effecten. Mensen worden over het algemeen ontspannen, vrolijk en rustig van cannabis. Er zijn veel verschillende soorten cannabis, met verschillende verhoudingen aan werkzame stoffen, waarvan THC en CBD de belangrijkste zijn. CBD werkt voornamelijk kalmerend, terwijl THC voornamelijk bewustzijn-veranderend werkt. De bewustzijn-veranderende effecten kunnen zorgen voor meer creativiteit, maar kunnen ook zorgen voor achterdochtige of paranoïde gedachten, vooral bij personen die hier gevoelig voor zijn.

### Vermogensdelicten

In de drie literatuuronderzoeken (Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016; Lammers et al., 2014) wordt geen relatie gevonden tussen cannabisgebruik en het plegen van vermogensdelicten. Spits et al. (2016) concluderen in hun literatuuronderzoek dat voor cannabis geen relatie wordt gevonden met vermogenscriminaliteit, gezien de relatief lage kosten van cannabis. De door hen geconsulteerde praktijkexperts stelden echter dat cannabisgebruik wel financiële gevolgen kan hebben, vooral als er weinig inkomsten zijn en dit mogelijk een economische drijfveer voor criminaliteit kan zijn. De praktijkexperts waren van mening dat cannabisverslaving criminaliteit in stand kan houden en daarom als criminogene factor moet worden gezien. Een dergelijke relatie wordt echter niet in de literatuur gevonden, waardoor wordt geconcludeerd dat cannabisgebruik niet gerelateerd is aan criminaliteit.

### Gewelddelicten

De drie literatuuronderzoeken concluderen eenduidig dat er geen directe psychofarmacologische relatie wordt gevonden tussen cannabis en agressie of geweld. Beschreven wordt dat het gebruik van cannabis voornamelijk dempende, kalmerende en spanningsverlagende effecten heeft en gevoelens van (traumatische) stress en negatieve emoties kan verminderen. Het zorgt eerder voor passiviteit en kan gevoelens van agressie juist onderdrukken (Ramaekers et al., 2016). Bijna alle onderzoeken uit de meta-analyses concluderen dat er geen relatie bestaat met geweld en dat het risico op (partner)geweld zelfs verlaagd is. In een Nederlands onderzoek werd een verhoogd risico op partnergeweld gevonden, maar werd er vooral gekeken naar een cannabisverslaving naast een cocaïne- en alcoholverslaving. Daardoor kunnen in dit onderzoek andere factoren een rol hebben gespeeld.

In sommige gevallen kan cannabisgebruik indirect leiden tot agressie. Zo kan (overmatig) gebruik van cannabis bij daarvoor gevoelige of kwetsbare personen psychotische symptomen veroorzaken, welke in zeldzame gevallen kunnen leiden tot ontregeld of agressief gedrag (Ramaekers et al., 2016). Lammers et al., (2014) beschrijven daarnaast dat bij cannabisverslaving onthoudingsverschijnselen kunnen optreden die irritaties of woede kunnen veroorzaken. Zij beschrijven echter ook dat de onthoudingsverschijnselen vergelijkbaar zijn met die van nicotine, wat nooit in verband is gebracht met agressie of geweld.

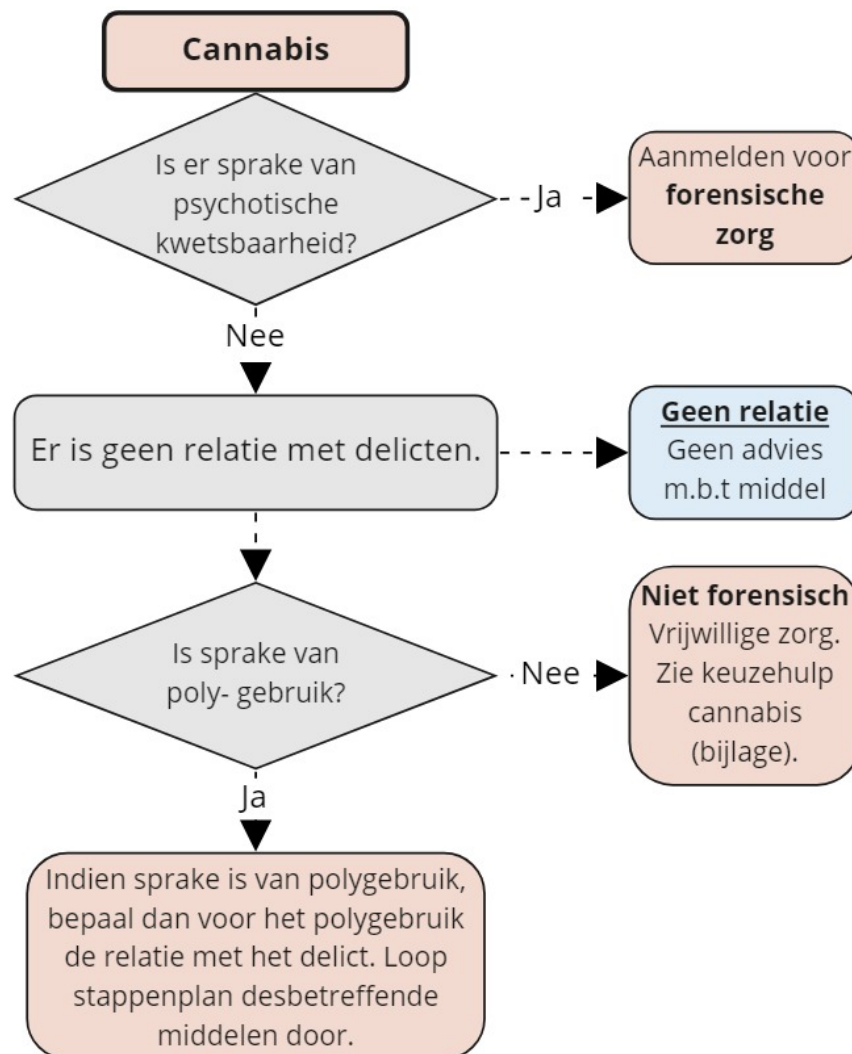
### Aanbevelingen uit literatuuronderzoek Spits et al. (2016):

1. Vanuit het onderzoek van Spits et al. (2016) werden geen specifieke aanbevelingen gedaan voor de (verslavings)reclasseringspraktijk met betrekking tot de omgang met cannabisgebruik. Wel werd door de praktijkexperts aangegeven dat zij van mening zijn dat cannabisgebruik als criminogene factor moet worden bestempeld. De verklaring van de praktijkexperts is dat cannabisgebruik financiële gevolgen heeft, helemaal als er al weinig inkomsten zijn. Daarnaast gaven de praktijkexperts aan dat cannabisverslaving gerelateerd is aan andere problemen, zoals huisvestingsproblemen, relatieproblemen, werkproblemen en psychische klachten. De praktijkexperts waren daarom van mening dat problematisch gebruik van cannabis een criminogene factor is en ook als zodanig moet worden aangepakt.

## Aanbevelingen door de werkgroep

Door het instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO) is in 2019 een keuzehulp cannabis ontwikkeld. Deze keuzehulp gaat in op kenmerken van het gebruik die duiden op een verhoogd risico op geweld samenhangend met het cannabisgebruik. De keuzehulp biedt daarmee handvatten onder andere voor het maken van een inschatting van het individuele recidiverisico vanuit cannabisgebruik en welke aspecten hieraan ten grondslag liggen. De keuzehulp dient als basis voor het te voeren beleid en ter ondersteuning bij het opstellen van een passend plan van aanpak. De keuzehulp en de onderbouwing en achtergrond bij de keuzehulp problematisch cannabisgebruik in de reclassering en forensische zorg zijn als bijlage toegevoegd.

De keuzehulp cannabis is uitvoerig besproken in de werkgroep. Opgemerkt wordt dat cannabisgebruik een veelvoorkomend middel is onder cliënten en dat de 'keuzehulp cannabis' helpend is bij het opstellen van een passend reclasseringsadvies en tijdens de uitvoering van het toezicht. De werkgroep adviseert de keuzehulp te gebruiken (zie bijlage 3).



Afbeelding 5: Stroomschema cannabis

## **VI. Overige stimulerende middelen: Amfetamines (speed, methamfetamine), Nieuwe Psychoactieve Stoffen (o.a. 3MMC, mephedrone (4MMC), MDPV, a-PVP)**

### **Amfetamines**

Hoewel er geen duidelijk wetenschappelijk bewijs is, zijn er aanwijzingen dat stimulerende middelen kunnen bijdragen aan agressie en geweld. Onderzoeken suggereren dat (meth)amfetamine en andere (nieuwe) stimulerende middelen het risico op agressie kunnen verhogen. Het risico op agressie wordt vooral vergroot door de combinatie met andere middelen en dan met name alcohol (Ramaekers et al., 2016). Onderzoek suggereert dat agressie bij combinatiegebruik grotendeels wordt veroorzaakt door alcohol, zoals verder staat beschreven in het hoofdstuk alcohol. Amfetamines kunnen door hun farmacologische stimulerende effecten de impulsiviteit verhogen. Amfetamines kunnen ook leiden tot een 'amfetamine-psychose' bij hiervoor gevoelige personen, van waaruit personen verward, onvoorspelbaar en/of agressief kunnen reageren.

### **Voorgeschreven amfetamines (medicatie)**

Dexamfetamine, lisdexsamtetamine, methylfenidaat als medicatie wordt voorgeschreven om de symptomen van AD(H)D te behandelen. De werking is vergelijkbaar met amfetamine (speed) maar dan geproduceerd volgens de wet- en regelgeving t.a.v. medicatie. Deze medicatie wordt ook geregeld onderling gedeeld of verhandeld om vervolgens oneigenlijk voor het stimulerende effect gebruikt (misbruikt) te worden.

### **Nieuwe Psychoactieve Stoffen (o.a. 3MMC, mephedrone, MDPV, a-PVP)**

Door de illegale status van veel bekende middelen, zijn de afgelopen jaren veel 'legale' stimulerende nieuwe psychoactieve stoffen (NPS) of 'research chemicals' of 'designer drugs' op de markt gekomen. Deze middelen worden '*niet voor menselijke consumptie*' verkocht, voor zogenaamde onderzoeksdoeleinden, of in Amerika als 'badzouten'. Deze nieuwe middelen zijn variaties van bestaande soorten drugs, waaraan kleine structurele moleculaire aanpassingen zijn toegebracht. Afhankelijk van het middel waar het op gebaseerd is, hebben sommige nieuwe middelen al dan niet een relatie met het risico op agressie.

Sommige nieuwe stoffen, zoals methylone ( $\beta$ k-MDMA) en benzofuran (benzo, 5/6APB) hebben een vergelijkbare moleculaire structuur en farmacologische en sociale effecten als MDMA of XTC. Bij deze middelen is niet direct een relatie met agressie te verwachten. Andere nieuwe middelen zoals 2CB, 2CE etc. zijn meer psychedelisch als LSD en mescaline. Ook deze middelen kennen waarschijnlijk niet direct een relatie met agressie. Ten slotte zijn er veel nieuwe stimulerende middelen (cathinonen) die een vergelijkbare moleculaire structuur hebben als (meth)amfetamine, zoals 3MMC, 4MMC (mephedrone, 'meow meow'), MDPV en a-PVP. Deze middelen hebben farmacologisch gezien ook vergelijkbare sterk stimulerende effecten als (meth)amfetamine of cocaïne en kennen waarschijnlijk wel een relatie met een verhoogd risico op agressie. Aangezien deze middelen relatief nieuw zijn en er nog geen goed onderzoek naar is gedaan, zijn echter nog niet alle risico's bekend. Samengevat wordt uit de beschikbare onderzoeken geconcludeerd dat alleen de nieuwe synthetische stimulerende middelen samenhangen met een mogelijk verhoogd risico op agressie (Ramaekers et al., 2016). Met name de synthetische cathinonen (vooral bekend als designer drugs, of in Amerika als badzouten), zoals 3MMC, 4MMC (mephedrone, 'meow meow'), MDPV en a-PVP, welke een vergelijkbaar effect kunnen hebben als (meth)amfetamine, met sterk stimulerende eigenschappen kunnen bij (overmatige) gebruikers zorgen voor agitatie, hypertensie, verwarring en uiteindelijk agressie (Ramaekers et al., 2016). Daarnaast kunnen gebruikers van bepaalde synthetische stimulerende middelen een tijdelijk acuut toxidroom, of een geagiteerd delier krijgen, waarbij mensen geestelijk verstoord en ongericht agressief kunnen worden (Spiller, Ryan, Weston & Jansen, 2011; van Laar, Cruys, van Miltenburg, Strada, Ketelaars, Croes, Beenackers & Meijer, 2020). De in

de media genoemde, maar in Nederland weinig voorkomende 'zombiedrug' 'flakka' (a-PVP) is hiervan een voorbeeld.

## Vermogensdelicten

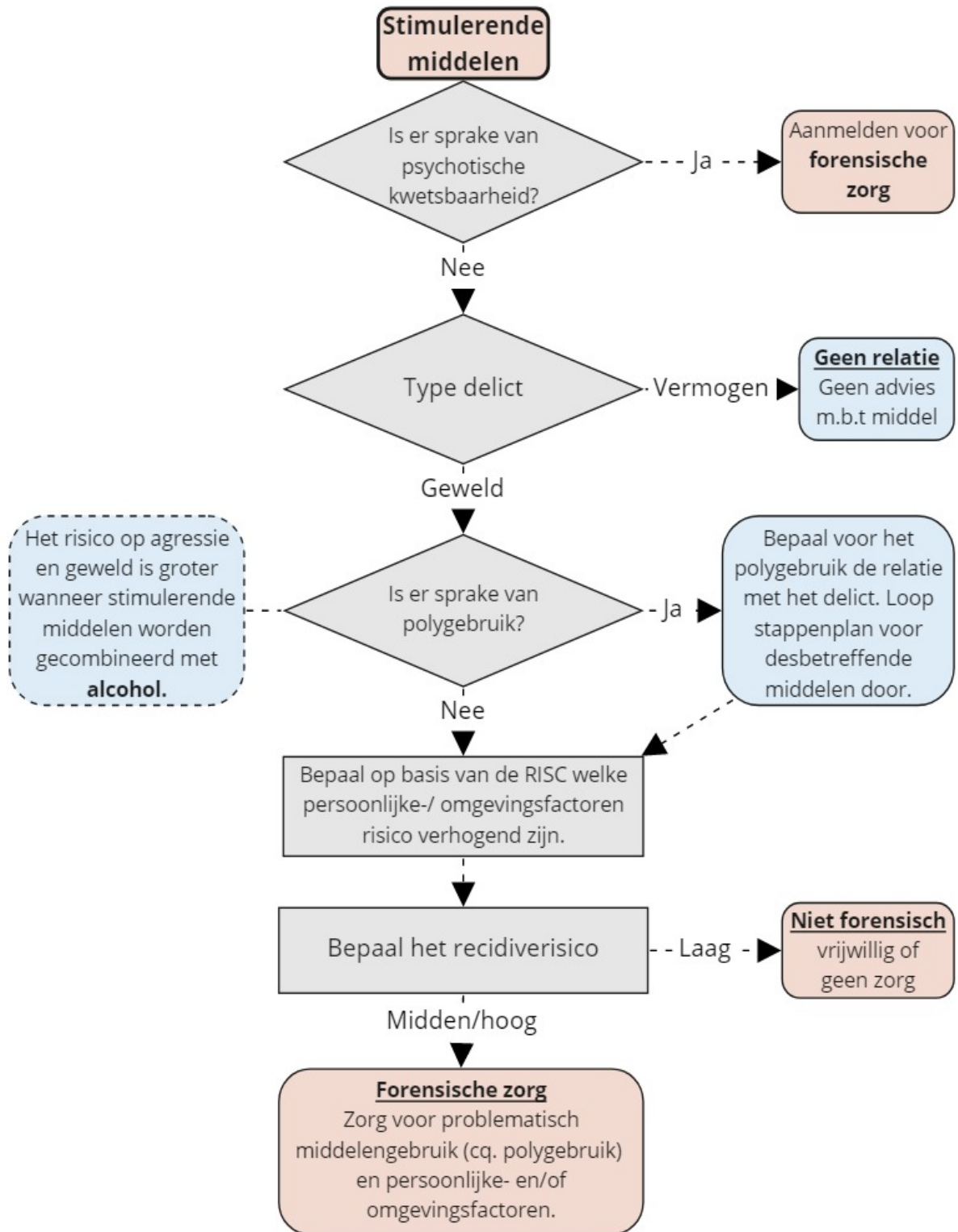
In de drie literatuuronderzoeken wordt niets vermeld over het bestaan van een relatie tussen overige stimulerende middelen en vermogensdelicten. Hoewel amfetamines verslavend kunnen zijn, zijn amfetaminen relatief goedkoop (5-10 euro per gram), waardoor een relatie met vermogensdelicten onwaarschijnlijk is. Methamfetamine daarentegen is duurder en is verslavender dan gewone amfetamine door de sterkere werking en het feit dat het rookbaar is. Hieruit kan worden afgeleid dat een relatie met vermogensdelicten waarschijnlijk is (net als bij cocaïne), maar wordt dit in de beschikbare literatuuronderzoeken niet teruggevonden. Ook over een relatie tussen de nieuwe stimulerende middelen (cathinonen) en vermogensdelicten wordt niets vermeld in de literatuuronderzoeken, waarschijnlijk vooral omdat hierover nog weinig bekend is.

## Aanbevelingen door de werkgroep

1. Indien sprake is van een geweldsdelict en amfetaminegebruik of het gebruik van synthetische cathinonen (designer drug), dan dient het gebruik te worden bestempeld als risicofactor voor recidive. In het advies dient te zijn opgenomen dat verandering van het gebruik belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.
2. Vanwege de verwevenheid van persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren bij het delictgedrag in geval van gebruik van amfetaminen of synthetische cathinonen (designer drug) moet (verder) onderzoek worden gedaan naar deze persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren. De onderscheiden persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren dienen in combinatie met het middelengebruik als risicofactor voor recidive te worden beschouwd. In het advies dient te zijn opgenomen dat verandering van deze persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren belangrijk is in het kader van het terugdringen van het recidiverisico.
3. Indien sprake is van gebruik van amfetaminen of synthetische cathinonen (designer drug) en een gemiddeld of hoog recidiverisico dient het advies tot forensische zorg te worden opgenomen in het reclasseringsadvies. De forensische zorg is daarbij gericht op het middelengebruik en de persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren die als risicofactoren zijn onderscheiden.
4. Indien sprake is van een laag risico behoeven geen bijzondere voorwaarden te worden geadviseerd. Wel kan een vrijwillige behandeling voor gebruik van amfetaminen of synthetische cathinonen (designer drug) wenselijk zijn.
5. Bij gebruik van amfetaminen of synthetische cathinonen (designer drug) moet een uitspraak worden gedaan over het wel of niet inzetten van een middelenverbod. Het verdient aanbeveling om dit af te stemmen met de forensische zorg.

## Stappenplan overige stimulerende middelen:

- Stap 0:** Algemeen: Bepaal of er sprake is van psychotische kwetsbaarheid
- Stap 1a:** Bepaal welk middel primair door de cliënt wordt gebruikt. Ga voor verdere informatie daarna naar het desbetreffende hoofdstuk
- Stap 1b:** Bepaal of sprake is van polygebruik en zo ja, of dit middel een recidiverisico-verhogend middel is
- Stap 2:** Ga na om wat voor type delict het gaat:  
- Bij een geweldsdelict: Er is mogelijk wel een relatie met het middelengebruik  
- Bij vermogensdelict of overig delict: Er is geen relatie met het middelengebruik
- Stap 3:** Bij een vermogensdelict of overig delict: Bepaal of sprake is van persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren die in samenhang met het middel recidiverisico-verhogend zijn.
- Stap 4:** Bepaal uit de stappen 1-4 of het middelengebruik recidiverisico verhogend is of niet
- Stap 5:** Algemeen: Bepaal het recidiverisico in termen van laag, midden of hoog risico
- Stap 6:** Bepaal op basis van stap 5 en 6 of een interventie geïndiceerd is en of dit vrijwillige of forensische zorg betreft
- Stap 7:** Kies de juiste interventie (gericht op het middel en op de persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren) voor advies dan wel toezicht



Afbeelding 6: Stroomschema overige stimulerende middelen



## **VII. Overige middelen: XTC (MDMA), psychedelica (LSD, paddo's, truffels, mescaline, peyote, DMT/ayahuasca), ketamine, GHB.**

Van een aantal soorten middelen is in de wetenschappelijke literatuur bekend dat ze geen directe relatie hebben met criminaliteit.

### **XTC (MDMA)**

Hoewel XTC (MDMA) een amfetamine is met sterk stimulerende eigenschappen, veroorzaakt de 'love-drug' naast een toename in energie voornamelijk pro-sociale effecten en is er geen enkele relatie met agressie, geweld of vermogensdelicten. MDMA versterkt in het lichaam onder andere de werking van oxytocine of het 'knuffelhormoon'. Het lijkt dat het gebruik van MDMA juist zorgt voor minder agressie en geweld (Ramaekers et al., 2016). MDMA is daarnaast over het algemeen niet een sterk verslavend middel en problematisch gebruik komt niet veel voor. Door de farmacologische werking van XTC neemt het effect van het middel na frequent gebruik af. De meeste mensen gebruiken het daarom incidenteel of enkele keren per jaar. Wel kan het voorkomen dat gebruikers een lichte psychologische afhankelijkheid ontwikkelen bij het uitgaan. Ook is XTC relatief goedkoop (3-5 euro per pil), waardoor er geen relatie met vermogensdelicten bestaat.

### **Psychedelica (LSD, paddo's, truffels, mescaline, DMT/ayahuasca)**

Hallucinogene drugs of psychedelica (LSD, paddo's, truffels, mescaline, DMT/ayahuasca) blijken, zowel acuut als op de langere termijn, geen relatie te hebben met agressie en geweld of vermogensdelicten (Ramaekers et al., 2016). Psychedelica zijn ook niet verslavend en problematisch gebruik komt weinig tot niet voor. Psychedelica kunnen, wanneer deze niet op het juiste moment of onder de juiste omstandigheden worden genomen, wel leiden tot tijdelijk verward/paranoïde/angstig gedrag bij personen die hier gevoelig voor zijn.

### **Ketamine**

Het veelgebruikte middel ketamine, wat afhankelijk van de hoeveelheid/dosering zowel verdovende (pijnstillende) als psychedelische effecten kan hebben, wordt niet gerelateerd aan agressief gedrag en geweld (Ramaekers et al., 2016). Hoewel gebruik van ketamine tot een geestelijke afhankelijkheid kan leiden en ongeveer 20-30 euro per gram kost, is er geen relatie met vermogensdelicten bekend.

### **GHB**

Over de relatie tussen GHB en criminaliteit is nog niet veel goed wetenschappelijk onderzoek gedaan. Daarom kan er niet met zekerheid onderbouwd worden of deze relaties wel of niet bestaan. Hierdoor moeten de aanbevelingen met betrekking tot GHB met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. In de beschikbare literatuuronderzoeken (Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016; Lammers et al., 2014) wordt onder andere geconcludeerd dat GHB (Gamma-Hydroxyboterzuur) geen acuut agressieverhogend effect heeft en dat GHB eerder voornamelijk kalmerende en pro-sociale effecten lijkt te hebben (Ramaekers et al., 2016). Lagere (normale) doseringen zijn vergelijkbaar met een alcoholroes. Wel wordt aangegeven dat er bij overdosering, verslaving of onthouding een relatie met agressie kan zijn (Ramaekers et al., 2016). Een hogere dosering kan stemmingswisselingen en langdurige afwijkingen in sociaal gedrag veroorzaken en wordt in verband gebracht met een GHB-toxidroom, wat een delirium met verwarring, hallucinaties en ongecontroleerde agressie kan veroorzaken (Ramaekers et al., 2016). Onthouding na gebruik van GHB kan leiden tot een heftig onthoudingssyndroom, dat in ernstige gevallen dagen kan aanhouden en gepaard kan gaan met heftige angsten, agitatie en verwarring (Ramaekers et al., 2016). Dit kan uiteindelijk in sommige gevallen het risico op willekeurig geweld verhogen. De acute farmacologische effecten van GHB veroorzaken op zichzelf geen agressie en mogelijke agressie wordt dan ook verklaard vanuit de persoonlijke en omgevingsfactoren (Voorham & van Hasselt, 2013).



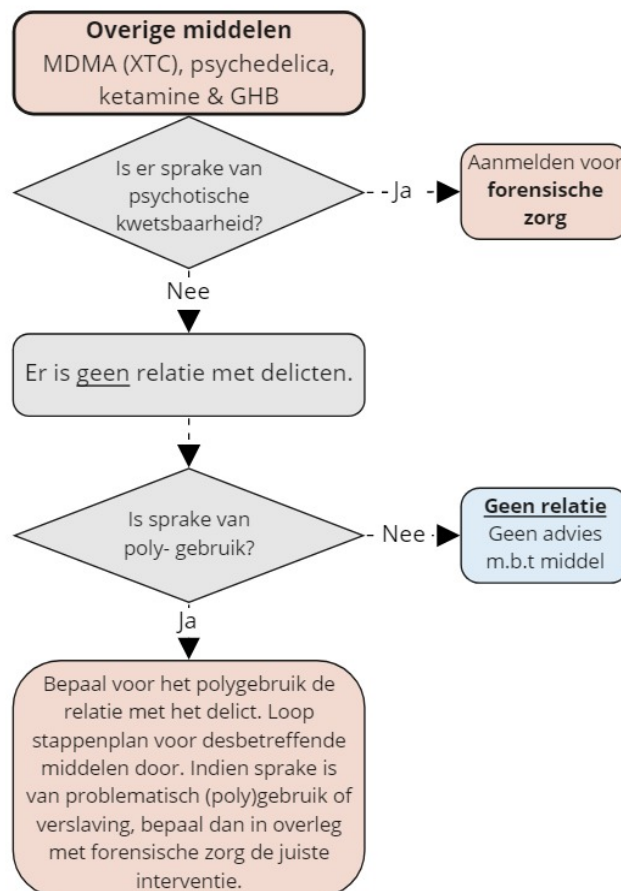
Uit een veldonderzoek onder gebruikers, agenten en hulpverlening concluderen Nabben en Korf (2016) dat GHB in ernstige gevallen van verslaving of overdosering wel kan leiden tot vermogensdelicten en agressie. GHB is sterk verslavend en afhankelijke gebruikers moeten om de 2 tot 3 uur een nieuwe dosis innemen, ook 's nachts. Bij ernstig verslaafde gebruikers bestaat de kans op verloedering van meerdere levensgebieden wat voor verdere problemen kan zorgen, zoals het verlies van werk en inkomsten. Hoewel een GHB-verslaving niet zo veel geld kost als een cocaïne- of heroïneverslaving, kunnen de kosten van gebruik oplopen. Wanneer verslaafde gebruikers dit niet meer zelfstandig kunnen betalen, ontstaat het risico dat ze vermogensdelicten plegen of zelf GHB gaan maken voor eigen gebruik of verkoop (Nabben & Korf, 2016). In het onderzoek komt naar voren dat GHB-gebruikers vooral polygebruikers zijn waarbij GHB voornamelijk (in elke regio) wordt gecombineerd met amfetamine (speed). Amfetamine wordt in deze scene onder andere gebruikt om het narcosegevoel van GHB te overkomen en door te kunnen gaan (Nabben & Korf, 2016). Daarnaast wordt GHB regelmatig gecombineerd met alcohol. Het risico op *out* gaan (coma) wordt hierdoor groter. Het gecombineerde gebruik van GHB en andere middelen maakt het gedrag onvoorspelbaarder en vergroot het risico op verward, ongecontroleerd gedrag en agressie.

### Aanbevelingen door de werkgroep

1. Indien sprake is van het gebruik van GHB, XTC, psychedelica of ketamine en een delict dan is het gebruik geen risico-verhogende factor met betrekking tot recidive.
2. Bij problematisch GHB-gebruik en een delict is het wenselijk dat de reclasseringswerker de cliënt motiveert voor een vrijwillige behandeling met betrekking tot het problematisch gebruik en de bijkomende gezondheidsproblemen.
3. Er dient in kaart te worden gebracht welke middelen (naast GHB, XTC, psychedelica of ketamine) worden gebruikt en of er sprake is van overige risico's en problematiek teneinde het recidiverisico en de interventie te bepalen.
4. Indien sprake is van het gebruik van GHB, XTC, psychedelica of ketamine in combinatie met andere middelen die doorgaans als risicofactor worden beschouwd, dan behoort het polymiddelengebruik als risicofactor te worden aangemerkt.
5. Indien sprake is van het gebruik van GHB, XTC, psychedelica of ketamine in combinatie met andere middelen die doorgaans niet als risicofactor worden beschouwd, dan behoort er verder onderzoek te worden gedaan naar deze specifieke combinatie.
6. Indien het middelengebruik is aangemerkt als risicofactor en er sprake is van een gemiddeld of hoog recidiverisico, dan is een forensische behandeling gericht op zowel het gebruik als op de problematiek passend.
7. Bij GHB-gebruik als risicofactor moet een uitspraak worden gedaan over het wel of niet inzetten van een middelenverbod. Het verdient aanbeveling om dit af te stemmen met de forensische zorg.

## Stappenplan overige middelen:

- Stap 0:** Algemeen: Bepaal of er sprake is van psychotische kwetsbaarheid.
- Stap 1a:** Bepaal welk middel primair door de cliënt wordt gebruikt. Ga voor verdere informatie daarna naar het desbetreffende hoofdstuk
- Stap 1b:** Bepaal of sprake is van polygebruik en zo ja, of dit middel een recidiverisico-verhogend middel is
- Stap 2:** Ga na om wat voor type delict het gaat
- Stap 3:** Bepaal of er sprake is van persoonlijke factoren en/of omgevingsfactoren die recidiverisico-verhogend zijn
- Stap 4:** Concludeer dat het overige middelengebruik niet recidiverisico-verhogend is
- Stap 5:** Algemeen: Bepaal het recidiverisico in termen van laag, midden of hoog risico
- Stap 6:** Bepaal op basis van stap 4 en 5 of een interventie geïndiceerd is en of dit vrijwillige of forensische zorg betreft
- Stap 7:** Kies de juiste interventie in overleg met de forensische zorg



Afbeelding 7: Stroomschema overige middelen (geen relatie)

## VIII. Overige delicten

### Verkeersdelicten

Alcoholgebruik is gerelateerd aan allerlei soorten delicten en overtredingen. Het gebruik van alcohol wordt vooral geassocieerd met geweld, maar de schade die wordt veroorzaakt door dronken automobilisten is nog veel groter (Ramaekers et al., 2016). Rijden onder invloed van alcohol is altijd problematisch en is levensgevaarlijk voor zowel de persoon zelf, als voor andere mensen.

Hoewel in de drie literatuuronderzoeken niets wordt genoemd over een relatie tussen lachgas en delicten, neemt het gebruik van lachgas de afgelopen jaren sterk toe en zorgt het voor steeds meer problemen. Sommige mensen gebruiken grote hoeveelheden (50-200 ballonnen per dag) en krijgen als gevolg hiervan na verloop van tijd problemen zoals een verlamming. Ook melden zich steeds meer mensen bij klinieken met een lachgasprobleem. Over het algemeen is het gebruik van lachgas relatief onschuldig, wanneer het op een veilige manier wordt gebruikt. Dit verandert wanneer mensen het gebruiken in het verkeer. Lachgas veroorzaakt een korte intense roes waarbij de gebruiker tijdelijk de controle kan verliezen, wat het deelnemen aan het verkeer gevaarlijk maakt voor zichzelf en andere mensen.

In de regio's waar veel GHB wordt gebruikt, waren de afgelopen jaren meerdere GHB-gerelateerde (dodelijke) verkeersongevallen. Bestuurders kunnen tijdens het rijden tijdelijk het bewustzijn verliezen of in slaap vallen en hierdoor tegen dingen aanbotsen. Doordat mensen die verslaafd zijn de hele dag moeten gebruiken om te functioneren, is rijden onder invloed van GHB een probleem (Nabben & Korf, 2016).

Ook voorgeschreven medicatie, kalmeringsmiddelen en sedativa waaronder verschillende benzodiazepines (diazepam, oxazepam, temazepam, enz.) hebben een versuffend effect en beïnvloeden de reactiesnelheid en rijvaardigheid. Al deze middelen zijn hierdoor gevaarlijk in het verkeer. Rijden onder invloed van middelen is altijd riskant en problematisch.

### Overtredingen Opiumwet

Hoewel in Nederland het gebruik van middelen niet strafbaar is en een gebruikershoeveelheid bezitten niet bestraft wordt, is het bezit van drugs wel verboden. Er bestaan onder de Opiumwet twee lijsten met drugs. Op lijst 1 staan middelen met een onaanvaardbaar risico, oftewel harddrugs. Onder harddrugs wordt verstaan: cocaïne, heroïne, amfetamine, XTC (MDMA), LSD, GHB. Op lijst 2 staan middelen met een aanvaardbaar risico, oftewel softdrugs. Hieronder wordt verstaan: cannabis (wiet en hasj), paddo's en kalmeringsmiddelen (valium etc.). Wanneer iemand meer dan een gebruikershoeveelheid in bezit heeft, is dit een overtreding van de Opiumwet en is dit strafbaar. Voor cannabis geldt een maximum van 5 gram, voor cocaïne, heroïne en amfetamine een halve gram, voor XTC 1 pil en voor GHB 5 milliliter. Ook productie, vervoer en handel in drugs zijn overtredingen van de Opiumwet. Wanneer mensen verslaafd zijn aan drugs, kan het zijn dat ze drugs gaan produceren of verhandelen om het eigen gebruik te bekostigen.

### Aanbeveling werkgroep

1. Indien sprake is van een verkeersdelict onder invloed van een middel, is het wenselijk dat de cliënt wordt aangemeld voor een educatieve maatregel over de risico's van het gebruikte middel in het verkeer. Voor alcohol bestaat reeds een dergelijke educatieve maatregel. Het verdient de aanbeveling soortgelijke educatieve maatregelen te ontwikkelen voor overige middelen en de bijkomende risico's in het verkeer.
2. Indien iemand drugs produceert of verhandelt (hennepplantage of dealen) om het eigen gebruik te kunnen bekostigen, is het middelengebruik net als bij vermogensdelicten gerelateerd aan het delict (overtreding Opiumwet) en dient de (verslavings)reclassering in te zetten op het middelengebruik om recidive te voorkomen.

## Deel 2

### 1. Achtergrond en onderbouwing

#### 1.1 Aanleiding

In opdracht van Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) werd dit project uitgevoerd na een call (2019-98). Het project betreft een doorontwikkeling van een eerdere call vanuit KFZ (call 2014-20; Spits, Oudejans & Merkx, 2016). Het doel was een handelingsprotocol te ontwikkelen voor de (verslavings)reclassering met betrekking tot de relatie tussen middelengebruik en criminaliteit. Het handelingsprotocol diende concrete adviezen te bevatten voor de (verslavings)reclassering omtrent advies, toezicht en interventies. Het handelingsprotocol is opgesteld vanuit de Hanzehogeschool Groningen met medewerking van Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en Reclassering Nederland regio Midden Noord.

#### 1.2 Reclassering

##### Doelstelling

In Nederland wordt het reclasseringswerk uitgevoerd door drie reclasseringsorganisaties (3RO): Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG), Reclassering Nederland (RN) en Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering (LJ&R). Hoewel de drie reclasseringsorganisaties andere accenten leggen in hun missie, streven zijn alle drie wel hetzelfde doel na: 'het verminderen van recidive en daarmee het verminderen van individuele en maatschappelijke overlast' (Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering; Reclassering Nederland; Stichting Verslavingsreclassering GGZ).

##### Kerntaken reclassering

De werkzaamheden van de reclassering zijn gericht op het behalen van het gezamenlijke doel. De hoofdtaken van de reclassering zijn:

- Diagnose en advies aan het Openbaar Ministerie en de rechtelijke macht en DJI
- Toezicht houden op verdachten en/of daders
- Toezien op de uitvoering van werkstraffen
- Indiceren voor forensische zorg
- Verzorgen totstandkoming van ambulante zorg of het plaatsen van cliënten/patiënten in beschermd wonen voor forensische zorg

De drie reclasseringsorganisaties onderscheiden zich van elkaar door hun specifieke kennis en expertise aangaande een bepaalde subgroep van justitiabelen. De afdeling reclassering van het Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering richt zich voornamelijk op de 'meest kwetsbare mensen, die hun plek in de samenleving zijn kwijtgeraakt en met justitie in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen' (Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering). De Stichting Verslavingsreclassering GGZ richt zich voornamelijk op 'mensen die direct of indirect door problematisch middelengebruik met justitie in aanraking komen [...] justitiabelen waarbij GGZ- en/of verslavingsproblematiek een belangrijke criminogene factor is die specifieke aandacht behoeft' (Stichting Verslavingsreclassering GGZ). Reclassering Nederland rekent de overige justitiabelen tot haar doelgroep.

Net als de meeste forensische zorginstellingen, werkt de (verslavings)reclassering volgens de *What Works* benadering (Andrews & Bonta, 2010). Deze benadering richt zich onder andere op het aanpakken van dynamische criminogene (risico) factoren. Criminogene factoren zijn kenmerken of omstandigheden die kunnen bijdragen aan het plegen van delicten. De criminogene factoren kunnen statisch zijn of dynamisch. Statische criminogene factoren zijn niet te veranderen, zoals leeftijd, geslacht en delict-geschiedenis. Dynamische criminogene factoren zijn wel veranderbaar. Voorbeelden van dynamische criminogene factoren zijn impulsiviteit, coping-vaardigheden, de aanwezigheid van psychopathologie en middelenmisbruik.

Hoewel alle drie reclasseringsorganisaties te maken krijgen met reclassenten waarbij middelenproblematiek een rol speelt, is de verslavingsreclassering gespecialiseerd in deze doelgroep. De meeste reclassenten waarbij een verband is tussen het middelengebruik en criminaliteit of wordt vermoed, komen terecht bij de verslavingsreclassering. Actuele kennis en expertise met betrekking tot de relatie tussen middelengebruik en criminaliteit is essentieel om de (hoofd)taken binnen de (verslavings)reclassering uit te kunnen voeren. Dit is met name het geval bij het opmaken van adviesrapportages. Hierin wordt een risicoprofiel voor recidive gemaakt middels het aanpakken van de dynamische criminogene factoren.

### 'What works' en Risk Needs Responsivity

Zoals reeds vermeld werken de reclasseringsorganisaties, net als de meeste forensische zorginstellingen, volgens de *What Works* benadering. Deze benadering draagt bij aan het doel van de (verslavings)reclassering namelijk; het terugdringen van recidive. Het *Risk Needs Responsivity Model* (RNR-model; Andrews, Bonta & Wormith, 2010) is hieruit voortgekomen. Dit model geeft een beschrijving waaraan een effectieve psychiatrisch-forensische behandeling of reclasseringsaanpak dient te voldoen. De belangrijkste principes zullen hieronder kort worden beschreven.

#### *Risicoprincipe*

Volgens het risicoprincipe is het risico op recidive bepalend voor de intensiteit van de interventie(s). Hoe groter het risico, hoe intensiever de interventie of het geheel van interventies.

#### *Behoeftenprincipe*

Interventies zijn gebaseerd op de combinatie van problemen van cliënten die samenhangen met delinquent gedrag: de criminogene factoren.

#### *Responsiviteitsprincipe*

Het responsiviteitsprincipe schrijft voor dat de wijze van behandelen moet aansluiten bij onder andere de motivatie, intellectuele capaciteiten en leerstijl van de cliënt (specifieke responsiviteit) en moet voldoen aan algemene behandelkenmerken, zoals een goede therapeutische werkrelatie en behandelomgeving (algemeen).



Afbeelding 1: RNR-model

Het RNR-model is uitgebreid onderzocht en het blijkt dat aan hoe meer principes wordt voldaan, hoe effectiever de interventie is in het terugdringen van het recidiverisico. Het RNR-model is dus met name gericht op de factoren die samenhangen met het delinquente gedrag. Dit model stelt dat er acht belangrijke risicofactoren zijn voor crimineel gedrag. Tevens wordt in dit model onderscheid gemaakt tussen vier factoren met de grootste impact op recidive en vier factoren met een kleinere impact.

De vier belangrijkste (*big four*) risicofactoren zijn volgens Andrews en Bonta (2010):

1. Een geschiedenis van antisociaal gedrag;

2. Een antisociaal persoonlijkheidspatroon;
3. Antisociale cognities;
4. Een antisociaal netwerk.

De vier minder belangrijke (*moderate four*) risicofactoren zijn volgens Andrews en Bonta (2010):

1. Problematische familie en relaties;
2. Problemen op werk, school en opleiding;
3. Problematische vrijetijdsbesteding;
4. Middelenmisbruik.

In een meta-analyse van Bonta, Blais en Wilson (2014) werd een verschil gevonden in de best voorspellende risicofactoren voor algemene recidive en gewelddadige recidive. Middelenmisbruik, de aanwezigheid van een antisociaal persoonlijkheidspatroon en antisociale cognities bleken de beste voorspellers voor algemene recidive. Gewelddadige recidive werd het best voorspeld door een antisociaal persoonlijkheidspatroon, antisociale cognities en een geschiedenis van antisociaal gedrag (Bonta et al., 2014).

### *Justitiële interventies*

De justitiële interventies (gedragsinterventies), die door de (verslavings)reclassering worden uitgevoerd, hebben als doel het gedrag dat ten grondslag ligt aan het plegen van delicten te beïnvloeden. Om effectief te zijn, moet een interventie zijn afgestemd op de kenmerken van de cliënt. Dat kunnen kenmerken zijn als leerstijl en persoonlijkheid, maar ook demografische factoren zoals leeftijd, geslacht en etniciteit.

Er zijn landelijk diverse justitiële interventies die door de (verslavings)reclassering kunnen worden geïndiceerd ten behoeve van: agressiebeheersing (onder andere BORG partnergeweld, Agressie Regulatie Training, Caring Dads, i-respect), cognitieve vaardigheden (CoVa, CoVa-plus), praktische vaardigheden (Werken aan Werk) en middelengebruik (Alcohol & Geweld, Leefstijl 24/7). Voor dit handelingsprotocol zijn met name de interventies gericht op de relatie tussen middelengebruik en geweld van belang. Deze kunnen per geweldsvorm verschillend zijn:

- Leefstijl 24/7 (algemeen geweld, uitgaansgeweld). Deze training richt zich op onder andere kennis van middelengebruik en delictgedrag, inzicht in eigen patronen, beter omgaan met verslavings- en delictgedrag en motivatie voor gedragsverandering.
- Alcohol en Geweld (algemeen geweld, uitgaansgeweld). Hier ligt de focus op het verhogen van zelfcontrole op zowel het agressieve gedrag als op het alcoholgebruik.
- Borg (Beëindig (Onderling) Relationeel Geweld) (partnergeweld). Deze training heeft als doel het beheersen van agressie, het vergroten van de zelfbeheersing, het herkennen van risicovolle situaties en het stoppen met geweld.

De aangeboden justitiële interventies, zijn vooral trainingen. Daar waar (individuele) behandeling centraal moet staan, kunnen cliënten van de (verslavings)reclassering worden verwezen naar de forensische zorg. Indien sprake is van complexe psychopathologie of maatschappelijke teloorgang, ligt een klinische behandeling daarbij voor de hand. Forensische zorg kan derhalve bestaan uit een klinische behandeling, ambulante behandeling, deeltijdbehandeling en plaatsing binnen beschermd wonen of begeleid wonen.

## 1.3 Forensische zorg

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg voor volwassenen die een strafbaar feit hebben gepleegd of daarvan worden verdacht (GGZ Nederland 2019). Het delict waarvoor zij zijn veroordeeld of waarvan zij worden verdacht, is mede het gevolg van een psychische/psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking.

In de meeste gevallen wordt de forensische zorg opgelegd door de rechter als onderdeel van een straf of maatregel. Forensische zorg is een combinatie van behandelen en beveiligen en heeft als doel het voorkomen van recidive en het vergroten van de veiligheid in de maatschappij. Dit wordt

binnen de forensische zorg gedaan door de patiënten te behandelen, te begeleiden en te motiveren, zodat zij weer veilig kunnen functioneren in de maatschappij (Visiedocument GGZ Nederland, 2014). Naast het behandelen, begeleiden en resocialiseren van de patiënt, is het stellen van een diagnose en het maken van een risicotaxatie vast onderdeel voor forensische patiënten.

De forensische zorg kent verschillende soorten zorg. De zorgsetting wordt bepaald aan de hand van de zwaarte van de zorg en de mate van beveiliging die iemand nodig heeft. Klinische zorg is een vrijheidsbeperkende maatregel, omdat er sprake is van verblijf in een 24-uurs verblijfssetting. Dit is bij ambulante zorg niet het geval, waar het gaat om zorg, behandeling, begeleiding en dagbesteding vanuit de eigen woon- en werkomgeving. Beschermd wonen is een woonvorm waarbij begeleiding en ondersteuning wordt geboden. Er is hier sprake van verblijfszorg en de focus ligt op begeleiding en bescherming en tevens wordt aandacht besteed aan werk en/of dagbesteding. Tot slot kent de forensische zorg de tbs met dwangverpleging in een forensisch psychiatrisch centrum. In dit handelingsprotocol zal tbs met dwangverpleging niet verder aan de orde komen, omdat plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum vanuit de maatregel van tbs met dwangverpleging vooral wordt gedaan vanuit de noodzaak van bescherming van de maatschappij in plaats vanuit een zorgvraag.

De forensische geestelijke gezondheidszorg richt zich met klinische zorg, beschermd wonen en ambulante zorg op mensen met een psychische stoornis. De forensische verslavingszorg biedt gespecialiseerde zorg aan mensen waarbij (tevens) sprake is van verslavingsproblematiek. De behandeling vindt plaats op basis van een justitiële titel en is (mede) gericht op de verslaving in relatie tot het delict. Een gedegen samenwerking en/of afstemming tussen de (verslavings)reclassering en de forensische zorg is essentieel met betrekking tot het inzetten van een passende en noodzakelijke behandeling. Ook wanneer het middelengebruik niet als criminogeen wordt aangemerkt, is een dergelijke afstemming regelmatig van belang. Tot slot is er forensische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, waarbij sprake is van delictgedrag en/of risicovolle gedragsproblemen.

## 1.4 Definities

### Recidive

Recidive houdt in dat een persoon in herhaling valt bij het plegen van een bepaald strafbaar feit. Recidive kan daarbij plaatsvinden met eenzelfde strafbaar feit of een ander strafbaar feit. Bij herhaling met hetzelfde (type) strafbare feit wordt gesproken van specifieke recidive, terwijl bij herhaling met enig strafbaar feit wordt gesproken van algemene recidive. De reclassent komt wegens het plegen van een strafbaar feit in beeld bij de (verslavings)reclassering. Zoals eerder genoemd is het doel van de (verslavings)reclassering het verminderen van recidive.

### Agressie en geweld

Agressie wordt gedefinieerd als 'enige vorm van gedrag dat gericht is op het toebrengen van schade of het toebrengen van letsel aan een ander levend wezen die een dergelijke behandeling uit de weg zou willen gaan' (Anderson & Bokor 2012; Hoaken & Stewart 2003). De Wereldgezondheidsorganisatie (2015) geeft een overeenkomstige definitie: 'het opzettelijk gebruik van fysieke kracht, dreigend of daadwerkelijk, ten opzichte van een ander persoon dan letsel, de dood, psychologische schade, onderontwikkeling of achterstanden tot gevolg heeft of zeer waarschijnlijk tot gevolg zal hebben'. Geweld is volgens Ramaekers et al. (2016) voornamelijk een forensische term en is moeilijk meetbaar. Het wordt beïnvloed door verschillende factoren zoals culturele, omgevings- en sociale factoren.

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen instrumenteel geweld (proactieve agressie) en expressief geweld (reactieve/affectieve/impulsieve agressie). Instrumenteel geweld (proactief) is agressie die wordt toegepast om bepaalde goederen te verkrijgen, bepaalde doelen te behalen of problemen op te lossen. Het toegepaste geweld is naar aard en omvang gedoseerd en doelgericht. Disproportionele instrumentele agressie is kenmerkend bij mensen met (trekken van) een antisociale persoonlijkheidsstoornis en mensen die hoog scoren op psychopathologie (Ramaekers et al., 2016).



Expressief (reactief) geweld is een uiting van emotie. Het is impulsief, ongecontroleerd en vaak disproportioneel. Uit het literatuuronderzoek van Ramaekers et al. (2016) komt naar voren dat disproportionele expressieve-agressie kenmerkend is bij degene die hoog scoren op impulsiviteit en/of hun emoties slecht onder controle hebben.

## Gewelddelicten

Op grond van het Wetboek van Strafrecht is een gewelddelict een strafbaar feit en wordt aangemerkt als een misdrijf. Een gewelddelict bevat altijd een element van geweld. Dit is afhankelijk van het feit dat is gepleegd. In sommige gevallen is er daadwerkelijk geweld gebruikt, in andere gevallen is er gedreigd met geweld. Het Wetboek van Strafrecht kent verschillende gewelddelicten zoals: mishandeling, bedreiging, huiselijk geweld, stalking/belaging, gewapende overval, openlijke geweldpleging of dood door schuld/doodslag/moord.

## Vermogensdelicten

Op grond van het Wetboek van Strafrecht gaat het bij vermogensdelicten om het wegnemen of verduisteren van vermogen. Het strafrecht kent vele vermogensdelicten onder andere diefstal, afpersing, verduistering, zakkenrollen en oplichting.

## Huiselijk geweld en partnergeweld

Huiselijk geweld wordt in de literatuur gedefinieerd als 'een aantasting van de persoonlijke integriteit van het slachtoffer door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer. Daaronder vallen (ex-) partners, gezins- of familieleden en huisvrienden' (Van Dijk et al., 1997). Partnergeweld is volgens de definitie van het College van procureurs-generaal 'iedere vorm van fysiek, seksueel, psychisch of economisch geweld tussen echtgenoten, samenwonenden of personen die hebben samengewoond en tussen wie een affectieve band bestaat of heeft bestaan'. Bij partnergeweld is derhalve sprake van geweld tussen volwassenen, terwijl bij huiselijk geweld ook kinderen en ouders of andere personen betrokken kunnen zijn.

## 1.5 Verklaringsmodellen

Er bestaan diverse theoretische modellen die het verband tussen middelen en criminaliteit trachten te verklaren. De vier meest bekende verklaringsmodellen (Bennett & Holloway, 2005) zijn:

1. Middelengebruik veroorzaakt criminaliteit;
2. Criminaliteit veroorzaakt middelengebruik;
3. Het wederkerigheid (*reciprocal*) model: middelengebruik en criminaliteit veroorzaken elkaar;
4. Er is een andere, gezamenlijke factor die het verband tussen middelengebruik en criminaliteit veroorzaakt (*common cause*).

In het eerste model (middelengebruik veroorzaakt criminaliteit) wordt door Bennet en Holloway (2005) een drietal mechanismes verondersteld: de psychofarmacologische werking van middelen (zoals irritatie, opwindend of irrationeel gedrag), de economische drijfveer voor criminaliteit (zoveel geld aan gebruik besteden en daardoor in criminaliteit belanden) en de systemische factor (het gebruik van drugs is verbonden met gewelddadige criminaliteit, zoals drugshandel, overvallen van drugsdealers en gewelddadige afrekeningen).

Volgens het tweede model (criminaliteit veroorzaakt middelengebruik) hebben criminelen een grotere kans te worden opgenomen in een subcultuur waarbinnen het gebruikelijk is middelen te gebruiken. Tevens veronderstelt dit model dat men na het plegen van een strafbaar feit middelen gaat gebruiken om bepaalde gevoelens te verdoven en/of te onderdrukken.

Volgens het derde model (middelengebruik en criminaliteit veroorzaken elkaar) bepalen de mogelijkheid en behoefte de richting van het verband. Bennet en Holloway (2005) merken echter in hun onderzoek op dat dit model onvoldoende is onderzocht. Uit de review van Lammers et al. (2014) komt naar voren dat kleine criminaliteit kan leiden tot (meer) drugsgebruik, dat op zich weer kan



leiden tot zwaardere delicten. Deze bevinding is een variant op het derde verklaringsmodel (het wederkerigheid (*reciprocal*) model) van Bennet en Holloway (2005).

Het vierde model veronderstelt dat er een andere, gezamenlijke factor is die het verband tussen middelengebruik en criminaliteit veroorzaakt. Dat kunnen biologische factoren zijn (zoals impulsief of crimineel gedrag), psychologische factoren (zoals beperkte impulsbeheersing of trauma's) en sociale factoren (zoals een crimineel sociaal netwerk of het wonen in een arme, dichtbevolkte buurt) (Bennet & Holloway, 2005).

## 1.6 Stoornissen in middelengebruik

Volgens het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, de DSM-5 (APA, 2013), wordt er een onderscheid gemaakt tussen een stoornis in alcoholgebruik en problematisch drugsgebruik.

Er is sprake van een stoornis in alcoholgebruik bij een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk. De vorige versie van de DSM (DSM-IV-tr; APA, 2000) maakte nog onderscheid tussen afhankelijkheid en misbruik van alcohol.

De DSM-5 maakt onderscheid in drie verschillende mates van ernst van de problematiek: licht, matig en ernstig. Volgens de DSM-5 is er sprake van een lichte ernst van de stoornis in alcoholgebruik als 2 of 3 van in totaal 11 criteria in een jaar aanwezig waren. Bij 3 of 4 criteria spreekt men van een matig ernstige stoornis en bij 6 of meer van een ernstige stoornis. De criteria zijn:

- Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was;
- Mislukte pogingen om te minderen of te stoppen;
- Gebruik en herstel van gebruik kost veel tijd;
- Sterk verlangen om te gebruiken;
- Door gebruik tekortschieten op het werk, thuis of op school;
- Blijven gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt in het relationele vlak;
- Door gebruik opgeven van hobby's, sociale activiteiten of werk;
- Voortdurend gebruik, zelfs wanneer je daardoor in gevaar komt;
- Voortdurend gebruik ondanks weet hebben dat het gebruik lichamelijke of psychische Problemen met zich meebrengt of verergert;
- Grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen of tolerantie;
- Het optreden van onthoudingsverschijnselen.

### Typen alcoholgebruik

Uit de literatuur blijkt dat over het algemeen een onderscheid kan worden gemaakt in problematisch en niet-problematisch alcoholgebruik. In de literatuur wordt echter niet altijd duidelijk weergegeven wat onder problematisch alcoholgebruik wordt verstaan, daar verschillende termen worden gebruikt. Volgens de alcoholrichtlijn van de Gezondheidsraad (2015) kan ieder alcoholgebruik als problematisch alcoholgebruik worden gezien, echter biedt deze richtlijn enige ruimte. Van problematisch alcoholgebruik is sprake als er overmatig of excessief wordt gedronken, als sprake is van binge drinken of als sprake is van een stoornis in het gebruik van alcohol.

Overmatig of excessief drinken wordt aanwezig verondersteld wanneer meer wordt gedronken dan verantwoord is voor de gezondheid. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de Gezondheidsraad recentelijk heeft voorgeschreven dat verantwoord gebruik van alcohol inhoudt dat geen alcohol wordt gedronken of in ieder geval niet meer dan één glas per dag en niet dagelijks (Gezondheidsraad, 2015). Voorheen werden bijna dagelijks twee eenheden alcohol voor mannen of één eenheid voor vrouwen beschouwd als verantwoord alcoholgebruik.

Binge drinken wordt als volgt gedefinieerd: 'In een kort aaneengesloten tijdsbestek heel veel drinken gevolgd door perioden met vrijwel geen alcoholgebruik (CBO 2009; Klok 2013). Dit gaat vaak samen met controleverlies. Het Amerikaanse National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism hanteert als definitie voor 'binge drinken': 'alcoholgebruik waarbij de alcoholspiegel in bloed binnen 2 uur stijgt naar 0,08 g/dl' (5 eenheden bij mannen en 4 eenheden bij vrouwen)' (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2014). Een stoornis in alcoholgebruik (voorheen alcoholmisbruik en

alcoholafhankelijkheid) is aanwezig als in een jaar is voldaan aan tenminste twee diagnostische criteria uit de DSM-5.

Er bestaat geen eenduidigheid in de literatuur over wat onder niet-probleematisch gebruik wordt verstaan. Enerzijds is er sprake van niet-probleematisch alcoholgebruik bij minder dan één eenheid alcohol per dag (Gezondheidsraad, 2015). Anderzijds komt uit de literatuur naar voren dat van probleematisch gebruik gesproken kan worden bij 'binge drinken', overmatig of excessief gebruik of bij een stoornis in gebruik van alcohol. Op basis van deze bevinding zou gesteld kunnen worden dat onder niet-probleematisch alcoholgebruik kan worden verstaan: niet overmatig of excessief drinken, 'binge' drinken of een stoornis in alcoholgebruik.

### Typen en mate van probleematisch drugsgebruik

In de literatuur is geen duidelijke onderscheiding te vinden over wanneer gebruik van middelen als probleematisch kan worden gezien. Het gebruik van drugs is erg gevarieerd. Zowel de soorten middelen, de manier en reden van gebruik en de frequentie en mate kunnen erg verschillen, wat allemaal bepalend is voor in hoeverre het gebruik als probleematisch kan worden gezien. Ook de (morele) meningen lopen uiteen. Voor sommige mensen is al het drugsgebruik slecht en probleematisch, terwijl dit voor andere mensen normaler en meer geaccepteerd is. Zo is het moeilijk te bepalen wanneer middelengebruik probleematisch is en wanneer niet.

Bij elk drugsgebruik geldt dat verslaving hieraan als probleematisch kan worden gezien, zeker ook binnen de (verslavings)reclasseringscontext. Aangezien verslaving aan middelen niet meteen optreedt, maar beschouwd kan worden als een ontwikkelingsstoornis, zijn er verschillende fases van drugsgebruik te onderscheiden in de ontwikkeling naar verslaving. Naarmate iemand vordert in het gebruik en verslaving ontstaan er vaak problemen op meerdere gebieden. De mate van verslaving en probleematisch gebruik ontwikkelt zich in een interactie met verschillende persoonlijke/sociale en contextuele risicofactoren (impulsiviteit, coping, stress, delinquente vrienden enz.). Middelengebruik en psychische problemen gaan vaak hand in hand en beïnvloeden elkaar. Deze comorbiditeit is vervolgens weer een sterke voorspeller van recidive.

De reguliere verslavingszorg onderscheidt verschillende soorten gebruik bij verschillende doelgroepen met verschillende risico's, om de mate en zwaarte van een interventie te kunnen bepalen. Binnen de reguliere verslavingszorg worden 5 niveaus van middelengebruik beschreven:

- Ten eerste zijn er experimentele gebruikers die vaak gebruiken vanuit nieuwsgierigheid. Aangezien niet veel mensen zomaar individueel beginnen met gebruiken speelt hier veelal een sociale component, bijvoorbeeld vrienden die gebruiken. Experimentele gebruikers hebben een licht risicoprofiel en hebben nog beschermende factoren als werk, onderdak en relaties. Hierdoor is er nog veel ruimte voor verandering en kan het gebruik nog alle kanten opgaan.
- Experimentele gebruikers kunnen zich ontwikkelen in gewoontegebruikers. Gewoontegebruikers gebruiken middelen in bepaalde situaties om zich even wat losser te voelen of ter verlichting van stress. Bepaalde situaties, zoals sociale bijeenkomsten, zijn onlosmakelijk verbonden met alcohol of drugsgebruik. Het gebruik is zo gewoon geworden, dat het een functie heeft gekregen en niet meer recreatief is. Wanneer drugsgebruik een gewoonte wordt, kan dit zich ontwikkelen tot probleematisch gebruik.
- Wanneer het gebruik een grote rol in het leven krijgt wordt het gebruik riskant. Riskante gebruikers gebruiken de middelen dan als toevlucht om zich te onttrekken aan negatieve ervaringen en gevoelens te onderdrukken. Hierdoor wordt stoppen steeds moeilijker en is het risico op verslaving groot.
- Afhankelijkheid of verslaving ontstaat wanneer iemand doorgaat met gebruiken ondanks schadelijke gevolgen op psychisch of sociaal gebied. Het gebruik van middelen bepaalt een groot deel van het leven van de gebruiker en gaat door ondanks de nadelen en gevolgen. Een kenmerk van afhankelijkheid of verslaving is de moeite met het stoppen en vaak zijn er dan ook meerdere pogingen gedaan om te stoppen of te minderen.

- Ten slotte zijn er chronische verslaafden die dusdanig lang en veel gebruikt hebben dat de kans om te stoppen klein is. Naast de verslavingsproblemen spelen er ook vaak psychische of lichamelijke problemen, al dan niet veroorzaakt door het gebruik. Doordat het gebruik zo geïntegreerd is en stoppen moeilijk is, ligt de focus bij chronisch verslaafden meer op het verbeteren van de kwaliteit van leven.

## Soorten middelen

Er zijn verschillende categorieën middelen met uiteenlopende (psychofarmacologische) effecten. Zo zijn er grofweg drie soorten drugs te onderscheiden. Er zijn 'downers' of verdovende middelen, zoals alcohol, GHB, kalmeringsmiddelen (valium) opiaten zoals heroïne en morfine. Ook hasj wordt vaak hieronder gerekend. Daarnaast zijn er 'uppers' of stimulerende middelen, zoals cafeïne, nicotine, cocaïne en amfetamines (waaronder MDMA of XTC) en Ritalin (methylfenidaat). Ten slotte zijn er 'trippers' of bewustzijnsveranderende middelen, zoals LSD, paddo's en ketamine. Ook sterke hasj en wiet kunnen leiden tot bewustzijnsverandering. Sommige middelen vallen vanuit hun effecten in meerdere categorieën. Zo is MDMA (XTC) zowel stimulerend als bewustzijns veranderend en zijn ketamine en hasj zowel verdovend (ontspannend) als bewustzijns veranderend. Meer uitgebreide informatie kan worden gevonden op onder andere de website van Jellinek.

## Polydruggebruik

Polydruggebruik, of het gebruiken van meerdere soorten drugs, komt veel voor (Ramaekers et al., 2016; Lammers et al., 2014). Er zijn verschillende redenen voor mensen om meerdere soorten drugs te gebruiken. Soms wordt een tweede (of derde) drug genomen om het effect van de eerste drug te dempen of af te vlakken. Soms wordt dit ook gedaan om het effect van de eerste drug te versterken of te verlengen. Aangezien er veel verschillende soorten drugs zijn met erg verschillende effecten en er veel verschillende combinaties mogelijk zijn met twee (of zelfs meerdere) soorten, lopen de effecten van polygebruik sterk uiteen. Ook verschilt het of de verschillende soorten drugs gelijktijdig of na elkaar, met tussenpauzes, worden gebruikt. Het gelijktijdig gebruiken van verschillende soorten drugs is onvoorspelbaarder en riskanter en waarschijnlijk een groter risico voor geweldsdelicten.

Onderzoek laat zien dat alcohol vaak wordt gecombineerd met cocaïne en met cannabis. Vooral de combinatie van alcohol en cocaïne verhoogt het risico op geweld. Ramaekers et al. (2016) concluderen dat het risico op geweld bij combinatiegebruik voornamelijk wordt veroorzaakt door een combinatie met alcohol, waarbij alcohol de primaire oorzaak van het geweld is. Vooral de combinatie alcohol en stimulerende middelen lijkt het risico op geweld te vergroten. Dit komt ook veel voor in het uitgaansleven. Echter lijkt bijvoorbeeld de combinatie van MDMA en cannabis geen enkel risico te hebben voor geweld. Cocaïne wordt aan de andere kant ook wel eens gecombineerd met heroïne, om de stimulerende effecten van cocaïne te dempen. In dat geval wordt het voornamelijk gebruikt om rustig te worden, wat niet het risico op geweld verhoogd, maar het risico op vermogensdelicten vergroot. Bij elk hoofdstuk wordt kort weergegeven welk polygebruik en welke combinatie van middelen een risico vormt en relevant zijn voor de doelstelling van dit handelingsprotocol.

## 2. Methodebeschrijving

In dit handelingsprotocol ligt de focus op de relatie tussen middelengebruik en criminaliteit en de risicofactoren die hieraan ten grondslag liggen. De risicofactoren worden inzichtelijk gemaakt die de relatie tussen het middel en het delict verklaren. Op basis hiervan kan de reclasseringswerker de juiste zorg en/of interventie bepalen en kan een inschatting worden gemaakt van het risico op het plegen van een nieuw delict. Dit handelingsprotocol is met name gericht op de taken die worden uitgevoerd binnen diagnose & advies en toezicht. Het indiceren en/of verwijzen voor forensische zorg behoort tot de werkzaamheden zowel binnen diagnose & advies als binnen toezicht. Het biedt richtlijnen hoe te handelen bij de verschillende vormen van middelengebruik in de stadia gedurende het (verslavings)reclasseringstraject (denk aan diagnose en advies, toezicht en indiceren voor forensische zorg).

Dit handelingsprotocol is een weergave van de beschikbare kennis over de relatie tussen middelengebruik en criminaliteit. Het model van Andrews en Bonta (2010) en de uitkomsten van een meta-analyse over deze risicofactoren (Bonta et al., 2014) geven hierin inzicht. Tevens zijn literatuuronderzoeken van Spits et al. (2016), Ramaekers et al. (2016) en Lammers et al. (2014) gebruikt om het handelingsprotocol te stellen. De drie literatuuronderzoeken zijn hierbij gebruikt om per middel na te gaan welke relaties bestaan met vermogensdelicten en/of geweldsdelicten.

Lammers, Soe-Agnie, De Haan, Bakkum, Pomp en Nijman (2014) hebben vanuit een samenwerking van de Radboud Universiteit en Tactus verslavingsreclassering een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de huidige wetenschappelijke kennis over de relaties tussen middelengebruik en criminaliteit, waaronder geweld. De relaties werden onderzocht voor een project waarbij een risicotaxatieinstrument is ontwikkeld voor de inschatting van de kans op recidive van verslaafde justitiabelen. Er is onder andere onderzocht wat de prevalentie, aard en risicofactoren zijn voor recidive bij delinquenten die middelen gebruiken en verslaafd zijn.

Ramaekers, Verkes, van Amsterdam, van de Brink, Goudriaan, Kuypers, Arends en Schellekens (2016) hebben vanuit een samenwerking van de Universiteit van Maastricht, het Radboud UMC en het Academisch Medisch Centrum-Psychiatrie Amsterdam ook een uitgebreid literatuuronderzoek verricht naar de (farmacologische) relaties tussen verschillende soorten middelen en verschillende soorten criminaliteit. Dit onderzoek is uitgevoerd om de *state of the art* kennis in de wetenschappelijke literatuur over de relatie tussen middelengebruik en criminaliteit, met name geweld, te onderzoeken voor een nieuw wetsvoorstel. In het wetsvoorstel is opgenomen dat wanneer geweld wordt gepleegd onder invloed van een middel, dit een verzwarende en strafverhogende factor moet hebben.

Spits, Oudejans en Merx (2016) verrichtten in opdracht van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ: call 2014-20), vanuit een samenwerking van het Amsterdam Medisch Centrum en Inforsa, een literatuuronderzoek naar de *state of the art* kennis over het verband tussen middelengebruik en criminaliteit, voor de praktijk van de (verslavings)reclasseringscontext. Vanuit het literatuuronderzoek werden tevens aanbevelingen gedaan ten behoeve van de reclasseringspraktijk. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de conclusies uit de literatuurstudie en zijn gecategoriseerd volgens de taken van de reclassering 1) diagnose en advies, 2) toezicht en 3) uitvoeren van justitiële interventies.

### *Inventarisatie bij (verslavings)reclassering*

Voorafgaand aan het opstellen van het handelingsprotocol werd onder reclasseringswerkers navraag gedaan naar het belang van een handelingsprotocol voor de (verslaving)reclassering. Vanuit het consortium van lectoraten (Hanzehogeschool, Hogeschool Utrecht en Saxion) is een vragenlijstonderzoek verricht onder reclasseringswerkers van verschillende (verslavings)reclassering instellingen (SVG), Reclassering Nederland (RN), het Leger des Heils, en verschillende ketenpartners uit de klinische en ambulante forensische zorg. De vragenlijst werd samengesteld vanuit wetenschappelijke literatuur en gevalideerde instrumenten om de attitudes van reclasseringswerkers

ten aanzien van middelengebruik in kaart te brengen. In de vragenlijst werd onder andere gevraagd welke concrete acties werden ondernomen bij geconstateerd middelengebruik en welke overwegingen daarbij een rol speelden (voor verdere informatie zie de Vogel, Monnee-van Doormalen, Kleijer-Kool, van Asch, 2020).

#### *Expertmeetings*

In december 2019 werd een expertmeeting gehouden met als doel te inventariseren welke middelen, delicten en werkwijzen van belang zouden zijn voor een handelingsprotocol omtrent middelengebruik en criminaliteit. Hierbij werden experts die deel uitmaken van de programmaraad Zorg en Veiligheid van Verslavingskunde Nederland (VKN). Deze programmaraad komt vier keer per jaar bijeen teneinde het beleid mede te bepalen en te evalueren op het terrein van de verslavingsreclassering en forensische verslavingszorg. De programmaraad bestaat uit verschillende vertegenwoordigers van verschillende verslavingsinstellingen die zijn aangesloten bij VKN en bestaat uit gedragsdeskundigen, managers, beleidsmedewerkers en onderzoekers. Bij de eerste expertmeeting waren 12 vertegenwoordigers aanwezig. Daarnaast was een ervaringsdeskundige en vertegenwoordiger van de clientraad van het Zwarte gat aanwezig. De expertmeeting werd geleid door de projectleider.

De tweede expertmeeting vond in september 2020 plaats. Voor deze expertmeeting werd opnieuw de programmaraad Zorg en Veiligheid van VKN benaderd. Vanwege drukte door corona maatregelen konden slechts vier experts de expertmeeting bijwonen en gaven twee experts schriftelijk commentaar. Net als bij de eerste expertmeeting was ook een ervaringsdeskundige en vertegenwoordiger van de clientraad van het Zwarte gat aanwezig.

#### *Werkgroep*

In twee- of driewekelijkse bijeenkomsten van een werkgroep werden de beschikbare literatuuronderzoeken bestudeerd en werd gesproken over aanbevelingen hieruit voor de (verslavings)reclasseringspraktijk. Daarbij werd aandacht besteed aan de adviesfunctie en de toezichtfunctie van de (verslavings)reclassering. Bij ieder middel werd gesproken over de relatie met verschillende typen delicten en de reden voor (het ontbreken van) de relaties. Vervolgens werd daaruit bediscussieerd wat dat zou betekenen voor de (verslavings)reclasseringspraktijk en werden hieromtrent aanbevelingen gedaan op basis van consensus. Ook werd gesproken over de mate waarin het handelingsprotocol vrijblijvend of meer dwingend van aard zou moeten zijn. Hieromtrent werd besloten dat het handelingsprotocol vooral richtinggevend zou moeten zijn en ruimte zou moeten laten voor professionele inzichten van de reclasseringswerker. Dit omdat de literatuuronderzoeken vooral inzicht geven over de relatie die op groepsniveau bestaat tussen middelen en criminaliteit, terwijl de reclasseringswerkers te maken hebben met individuele personen, waarbij bijzondere individuele omstandigheden een rol kunnen spelen in de relatie tussen middelengebruik en delict. Vanwege de coronamaatregelen vonden de bijeenkomsten vanaf maart 2020 digitaal plaats.

#### *Realistic Evaluation*

Voor het bespreken en onderzoeken van de verschillende relaties tussen middelengebruik en criminaliteit, en welke factoren en omstandigheden hierbij een rol spelen, is gebruik gemaakt van de inzichten en principes van de *Realistic Evaluation* methode (Pawson & Tilley, 1994). Deze methode maakt gebruik van de causaliteit van de verbanden en de contextuele factoren waarin en waardoor deze verbanden bestaan. De in de wetenschappelijke literatuur gevonden verbanden en omstandigheden werden voorgelegd aan experts en reclasseringswerkers uit de praktijk. Door dit in meerdere rondes te bespreken werden de hoofdstukken steeds verder verfijnd.

De hoofdstukken van het handelingsprotocol zijn impliciet ook opgebouwd en geschreven aan de hand van deze principes. Ieder hoofdstuk geeft eerst een beschrijving van de psycho-farmacologische werkingsmechanismen en kenmerken van elk middel en welke verbanden deze kunnen hebben met vormen van criminaliteit. Vervolgens wordt beschreven onder welke persoonlijke en contextuele omstandigheden deze verbanden bestaan.

*Zo heeft alcohol een farmacologisch werkingsmechanisme dat bij hiervoor gevoelige personen kan leiden tot agressief gedrag en geweld, wanneer er sprake is van een context met bepaalde uitlokkende (sociale) omstandigheden. Heroïne heeft farmacologisch geen werkingsmechanisme dat leidt tot agressie en geweld, maar heeft wel een farmacologisch werkingsmechanisme dat het erg verslavend maakt, waardoor het onder bepaalde omstandigheden (prijs van het middel) kan leiden tot vermogensdelicten om deze verslaving te bekostigen.*

#### *Pilot handelingsprotocol*

Het concept-handelingsprotocol is getest op praktische bruikbaarheid en toegevoegde waarde binnen de reclasseringspraktijk bij reclasseringswerkers van vier organisaties: Verslavingszorg Noord Nederland, Reclassering Noord Nederland, Vincent van Gogh en Novadic-Kentron.

Binnen deze vier organisaties werden vijf reclasseringswerkers per organisatie benaderd met de vraag om het handelingsprotocol te gebruiken bij twee casussen waarbij sprake was van middelengebruik. Hierbij werd een selectie gemaakt van gelijke aantallen van toezichthouders en adviseurs en van reclasseringswerkers met veel en minder ervaring. Omtrent de zaken werd gevraagd zowel zaken met vermogensdelicten als zaken met geweldsdelicten te selecteren

Op een vooraf opgestelde vragenlijst konden zij daarna per casus en algemeen kenbaar maken of het handelingsprotocol praktisch bruikbaar en van toegevoegde waarde was binnen de (verslavings)reclassering. De vragen over de casussen in deze lijst waren:

1. Wat is het primair gebruikte middel
2. Is er sprake van het gebruik van een ander middel? Zo ja, welk middel?
3. Wat is het primaire delict?
4. Is het protocol werkbaar en toepasbaar op deze casus?
  - a. Waarom wel/niet?
  - b. Was iedere stap goed te begrijpen in deze casus? Zo nee, welke stappen waren niet duidelijk?
  - c. Wat was de conclusie na iedere doorlopen stap?

De algemene vragen over het protocol waren:

1. Is het protocol nuttig en bruikbaar?
  - a. Wanneer is een dergelijk protocol voor jou nuttig en bruikbaar?
  - b. Leverde het nieuwe inzichten op? Zo ja, welke?
  - c. Voelde je je gesteund in je beslissingen?
  - d. Ga je het protocol gebruiken? Waarom wel/niet?
2. Zijn er (sub)groepen waarbij je het protocol nuttig vindt of juist niet nuttig vindt?
  - a. Zo ja, welke (sub)groepen zijn dat?
3. Welke verbetering/opmerkingen en/of aanpassingen zijn mogelijk met betrekking tot het protocol?



## 3. Resultaten en aanbevelingen voor implementatie

In dit hoofdstuk worden de resultaten en daaruit voortvloeiende aanbevelingen weergegeven vanuit de vragenlijsten, expertmeetings, pilot en werkgroep. De resultaten zijn gebundeld en per categorie samengevat. Vanuit de expertmeetings en respondenten vanuit de pilot zijn diverse aanbevelingen gegeven ter verbetering van het handelingsprotocol. Aanbevelingen met betrekking tot de leesbaarheid en ontbreken van informatie over het desbetreffende middel, zijn verwerkt. De overige relevante opmerkingen en/of aanbevelingen zijn samengevat en worden per categorie weergegeven.

### 3.1. Resultaten

#### 3.1.1. Resultaten vanuit de vragenlijsten

Uit dit vragenlijstonderzoek kwam naar voren dat wanneer er wordt gekeken naar de invloed van geconstateerd middelengebruik, reclasseringswerkers hun acties in ongeveer de helft van de gevallen (42 van de 85) laten bepalen door de mate waarin middelengebruik delict-gerelateerd is. Dit geeft weer dat delict-relaties belangrijk zijn voor de omgang met verschillende middelen. De reclasseringswerkers gaven weer dat niet-delictgerelateerd middelengebruik doorgaans als minder zorgelijk wordt beschouwd. Zo werd cannabisgebruik niet altijd als zorgelijk gezien wanneer het delict onder invloed van bijvoorbeeld alcohol was gepleegd en wordt hierop niet altijd actie ondernomen. Over de invloed van geconstateerd middelengebruik gaven reclasseringswerkers verder aan dat het recidiverisico (24 keer) en het functioneren van de client (18 keer) belangrijke overwegingen zijn. Verder kwam uit de vragenlijsten naar voren dat reclasseringswerkers meerdere acties kunnen ondernemen (zoals het bespreekbaar maken met de client) bij geconstateerd middelengebruik en dat daarbij meerdere overwegingen een rol kunnen spelen (zoals het gebruik zelf, de invloed daarvan, het kader, of de client of situatie). Aangegeven werd dat er niet één handelingswijze en/of pasklaar protocol is, maar dat het bij geconstateerd middelengebruik per reclasseringswerker en per client verschilt welke acties hierop worden ondernomen. Dit geeft het belang weer van een richtinggevend handelingsprotocol ter ondersteuning van beslissingen bij middelengebruik en delicten.

#### 3.1.2. Resultaten vanuit de expertmeetings

Tijdens de eerste expertmeeting gaven alle experts weer dat het handelingsprotocol zo praktisch mogelijk diende te worden gehouden en dat het handelingsprotocol informatief en bruikbaar diende te zijn voor de praktijk van de (verslavings)reclassering. Tevens adviseerden de experts een goede beschrijving te geven van het RNR-model, de 'What Works' benadering en de verklaringsmodellen (Bennett & Holloway, 2005). Door de experts werd opgemerkt dat de gebruikte literatuuronderzoeken van Spits et al. (2016) en Ramaekers et al. (2016) mogelijk niet de laatste ontwikkelingen en/of inzichten boden op middelengebruik en criminaliteit. Hierdoor is besloten om voor de nieuwe soorten middelen (nieuwe psychoactieve stoffen) en GHB aanvullende literatuur te gebruiken om, voor zover bekend, de mogelijke relaties met criminaliteit te beschrijven. Verder werd door de experts geadviseerd om bij de opdrachtgever (KFZ) een verzoek in te dienen met betrekking tot het opstellen van een gezamenlijk implementatietraject. Dit verzoek is na de eerste expertmeeting aan de opdrachtgever (KFZ) voorgelegd, waar werd besloten om vast te houden aan de oorspronkelijke opzet.

Door de deelnemende experts werd tijdens de tweede expertmeeting aangegeven dat het handelingsprotocol als informatief en bruikbaar werd bevonden voor de (verslavings)reclassering. Tevens werd geadviseerd een leeswijzer toe te voegen, omdat het handelingsprotocol veel inleidende informatie gaf die mogelijk niet voor iedere gebruiker van toepassing is. De schema's werden als verhelderend ervaren en ook de aanbevelingen werden concreet geacht. Tekstuele en aanvullende opmerkingen en/of aanbevelingen met betrekking tot het handelingsprotocol werden verwerkt. De vertegenwoordiger van de clientraad, en tevens ervaringsdeskundige, was zeer positief over het protocol, vond het ook erg informatief en verhelderend om te lezen en had geen verdere opmerkingen.

### 3.1.3. Resultaten vanuit de pilot

#### *Bruikbaarheid van het handelingsprotocol*

Van de 44 toegepaste zaken vonden de reclasseringswerkers dat het protocol werkbaar en toepasbaar was op 41 zaken. Bij drie zaken werd aangegeven dat het minder goed bruikbaar/toepasbaar, of twijfelachtig was. Dit ging in één geval om een casus waarbij sprake was van cannabisgebruik en handel in cocaïne, waarbij werd aangegeven dat de keuzehulp cannabis in de bijlage onduidelijk was en niet goed toepasbaar is op de casus. Bij de tweede casus ging het om het gebruik van GHB, waar nog (te) weinig bekend is over de relatie met delicten. Bij de derde casus was sprake van het gebruik van heroïne, cocaïne en alcohol, waarbij werd aangegeven dat het moeilijk te bepalen is wat het primaire middel was.

Van de 41 zaken waarbij de reclasseringswerkers aangaven dat het protocol goed toepasbaar, helder en duidelijk was, werd bij dertien zaken aangegeven dat het protocol een goede richtlijn geeft, en een handig en concreet instrument is voor onderbouwde beslissingen. Ook werd bij acht zaken aangegeven dat het protocol verhelderend/inzichtig werkt en concrete, actuele en relevante informatie bevat over de middelen en relaties. Bij de overige zaken werd alleen aangegeven dat alles helder en duidelijk was. Op de vraag of alle stappen in het protocol begrijpelijk waren werd bij 41 casussen aangegeven dat de stappen helder en duidelijk waren. In wederom drie gevallen werd aangegeven dat het minder duidelijk was. In twee gevallen werd aangegeven dat het onduidelijk was bij polygebruik wat het primaire middel was, en bij welk hoofdstuk te beginnen. Daarnaast gaf één reclasseringswerker aan dat de stroomschema's onduidelijk waren, zowel bij een zaak waarbij primair sprake was van alcoholgebruik (polygebruik cannabis), als bij een zaak waarbij primair sprake was van cocaïnegebruik (polygebruik amfetamine).

#### *Algemeen*

Alle 22 reclasseringswerkers gaven aan dat het protocol als geheel nuttig en bruikbaar is voor de praktijk. Op de vraag wanneer het protocol als nuttig en bruikbaar wordt gezien, gaven negen reclasseringswerkers aan dat het een prettige handleiding of een goed naslagwerk is om verantwoord te handelen en tot een passend advies te komen bij onduidelijkheden of twijfels. Drie reclasseringswerkers gaven aan het nuttig te vinden voor (tussentijdse) evaluatiemoment en risicotaxatie. Vier reclasseringswerkers gaven aan het protocol nuttig en bruikbaar te vinden bij alle zaken met middelengebruik. Zes reclasseringswerkers gaven aan het protocol vooral nuttig en bruikbaar te vinden voor nieuwe cliënten of nieuwe medewerkers met weinig ervaring en kennis van middelen.

Vijftien van de 22 reclasseringswerkers gaven aan dat het protocol leidt tot nieuwe waardevolle inzichten over de effecten van verschillende soorten middelen, de context, polygebruik en de relaties die deze middelen hebben. Van de zeven reclasseringswerkers die aangeven dat het protocol niet tot nieuwe inzichten leidt, gaf één aan dat het wel een handig instrument is dat kan helpen bij het maken van beslissingen. Op de vraag of reclasseringswerkers zich gesteund voelden in het maken van beslissingen, gaven 20 reclasseringswerkers aan dat dit het geval was. Drie van deze 20 gaven daarbij aan het protocol te ervaren als een goede steun, wat richting en structuur geeft aan het handelen, en waardoor zij keuzes beter kunnen onderbouwen. Twee reclasseringswerkers gaven aan zich niet meer gesteund te voelen.

Achttien van de 22 reclasseringswerkers gaven aan het handelingsprotocol te gaan gebruiken in de praktijk. Vijf van deze achttien gaven daarbij aan het een helder, concreet en prettig instrument te vinden dat zij altijd willen gebruiken en zeven van deze achttien gaven aan het als naslagwerk te willen gebruiken, als hulpmiddel bij nieuwe of moeilijk zaken of bij twijfel. Drie reclasseringswerkers gaven aan het waarschijnlijk niet te gaan gebruiken, omdat ze deze stappen altijd al doorlopen in het werk. Van deze drie gaf één reclasseringswerker aan dat hij/zij eigenlijk altijd forensische zorg adviseert. Een reclasseringswerker heeft deze vraag niet beantwoord.

Ten slotte werd de reclasseringswerkers gevraagd of er volgens hen verbeteringen/aanpassingen mogelijk zijn. Twee van de 22 reclasseringswerkers gaven aan dat het protocol te algemeen is, en er specifiek in kan staan welke interventies moeten worden ingezet. Twee andere reclasseringswerkers gaven aan concrete richtinggevende informatie te missen over polygebruik. Ook gaf één reclasseringswerker aan informatie over LVB te missen. Een reclasseringswerker gaf



aan het stroomschema voldoende te vinden, en de stappen overbodig. Drie reclasseringswerkers gaven aan dat het protocol op een goede manier geïmplementeerd moet worden in de bestaande systemen zoals de RISC of IRIS. Ten slotte gaf een reclasseringswerker aan dat er continue veranderingen zijn, en het protocol doorontwikkeld moet worden door de tijd.

Geconcludeerd kan worden dat de reclasseringswerkers die hebben deelgenomen aan de pilot het protocol over het algemeen als positief, nuttig en bruikbaar beoordelen voor de praktijk. Hierbij werd aangegeven dat het protocol helder en duidelijk is en relevante inzichtelijke informatie bevat, waardoor het kan dienen als een richtinggevend instrument om onderbouwde beslissingen te nemen. Bij het beoordelen van het nut en de bruikbaarheid van het protocol was er geen onderscheid te zien tussen adviseurs of toezichhouders, of tussen ervaren en onervaren reclasseringswerkers. De reclasseringswerkers die aangaven het protocol als minder nuttig en steunend te ervaren, omdat zij deze stappen altijd al zouden maken, gaven aan dat het protocol wel nuttig is voor (nieuwe) medewerkers die weinig ervaring/kennis hebben met middelengebruik, en het ook kan dienen als naslagwerk bij twijfels.

## 3.2. Aanbevelingen implementatie

### *Algemeen*

Vanuit de pilot zijn 22 reclasseringswerkers bevraagd vanuit drie verschillende regio's en vier reclasseringsorganisaties. Voordat het handelingsprotocol geïmplementeerd gaat worden, kan het protocol, indien gewenst, nog nader worden getoetst. Het handelingsprotocol kan voor iedere reclasseringsorganisatie van meerwaarde zijn. Aanbevolen wordt om, bij voldoende draagvlak, het handelingsprotocol direct binnen de drie organisaties te implementeren. Afstemming hierover kan in een 3RO-overleg op management en/of teamleider niveau plaatsvinden.

### *Bruikbaarheid*

Ter bevordering van de bruikbaarheid van het handelingsprotocol verdient het de aanbeveling om het stroomschema, het stappenplan en de aanbevelingen naast elkaar te gebruiken.

### *Kennis en opleiding*

Het verdient aanbeveling om het handelingsprotocol tot een vast onderdeel te maken van het inwerkprogramma voor nieuwe werkers binnen de drie reclasseringsorganisaties. Dit bevordert integratie van het handelingsprotocol in het (verslavings)reclasseringsproces. Daarnaast wordt geadviseerd het handelingsprotocol op te nemen in reeds bestaande trainingen, zoals de training 'Middelengebruik en forensisch werk'. Deze training wordt aangeboden vanuit de Reclasseringsacademie aan alle reclasseringswerkers. Tijdens de training kan aandacht worden besteed aan de inhoud van het handelingsprotocol, het doel en de werkwijze. Het handelingsprotocol kan als aanvullend materiaal aan de deelnemers worden verstrekt. Tevens verdient het de aanbeveling om een themapagina in te richten op de diverse intranetpagina's of kennisbank van de desbetreffende reclasseringsorganisatie. De reclasseringswerker kan in één opslag de kennis van het protocol tot zich nemen en worden doorverwezen naar de verschillende hoofdstukken, stroomschema's en/of stappenplan,

Aanbevolen wordt een (korte) informatieve voorlichting of workshop te ontwikkelen, gericht op de relaties en (nieuwe) inzichten met betrekking tot middelengebruik en criminaliteit en de stappen die doorlopen kunnen worden om te komen tot de juiste interventie. Deze voorlichting kan worden aangeboden aan alle reclasseringswerkers en kan zowel fysiek als digitaal worden aangeboden.

### *Vorm en communicatie*

Het is aan te raden te zorgen voor een duidelijke communicatie binnen de reclasseringsorganisaties op het moment dat het protocol geïmplementeerd gaat worden. Een goede introductie en promotie van het handelingsprotocol wordt aanbevolen. Hierbij valt te denken aan berichtgeving op intranet met daarin een verwijzing (link) naar het volledige handelingsprotocol. Voor de reclasseringswerker zal het handelingsprotocol makkelijk bruikbaar moeten zijn. Geadviseerd wordt het stroomschema's

en de stappenplannen uit het handelingsprotocol overzichtelijk aan te bieden. In deze beknopte weergave kan dan worden verwezen naar de theoretische onderbouwing. Bij de implementatie van het protocol is het daarbij aan te raden alleen deel 1 van het handelingsprotocol aan te bieden.

Met betrekking tot de implementatie verdient het de aanbeveling te kiezen voor een juiste vorm van het onderhavige handelingsprotocol. Omdat het handelingsprotocol concrete richtlijnen bevat voor het kiezen van de juiste interventie, wordt aanbevolen het handelingsprotocol een prominente plaats in het (verslavings)reclasseringsproces te geven, bijvoorbeeld in IRIS of in de RISC. Te denken valt aan een soortgelijke verwijzing als bij het wegingskader bij ASR-cliënten. Het handelingsprotocol is een essentiële aanvulling met betrekking tot het leefgebied 'Middelengebruik en Verslaving'. Door de richtlijnen/stappenplan van het handelingsprotocol in te bouwen in IRIS of in de RISC, wordt de reclasseringswerker geïnformeerd en kan deze aan de hand van de stappen en onderbouwing de juiste interventie in het reclasseringsadvies opnemen. Voor toezichthouders is het handelingsprotocol een hulpmiddel met betrekking tot het opstellen van rapportages tijdens het toezicht (onder andere toezichtplannen, voortgangsverslagen en/of evaluatierapportages). Ook hier is het van belang de aanwezige risico's in kaart te brengen, hierop te interveniëren en/of door middel van de verrijkte kennis omtrent middelengebruik en criminaliteit, een wijziging van de (bijzondere) voorwaarden te vragen.

## 4. Reikwijdte van het handelingsprotocol

Na veel onderzoek en overleg is nu een handelingsprotocol beschikbaar voor de (verslavings)reclasseringspraktijk over de relaties tussen middelen en criminaliteit. Het handelingsprotocol is in een (beperkte) pilot beoordeeld op bruikbaarheid door reclasseringswerkers van verschillende organisaties, waarbij de reacties overwegend positief waren. Ook werd het handelingsprotocol enthousiast ontvangen door experts van de programmaraad Zorg en Veiligheid van Verslavingskunde Nederland. De hoop bestaat daarom dat hetzelfde enthousiasme aanwezig zal zijn bij reclasseringswerkers in heel Nederland. Het uiteindelijke product is echter niet getest binnen een grotere praktijk. Het is mede daarom belangrijk dat implementatie van het handelingsprotocol zorgvuldig gebeurt en het implementatieproces wordt begeleid vanuit onderzoek, zodat een eventuele aanpassing van het handelingsprotocol gemakkelijk kan worden gemaakt en het handelingsprotocol op nut kan worden onderzocht.

Voor het schrijven van dit handelingsprotocol is gebruik gemaakt van maar liefst drie literatuurreviews (Lammers et al., 2014, Ramaekers et al., 2016; Spits et al., 2016) waarin de literatuur werd onderzocht op relaties tussen middelengebruik en criminaliteit. Het handelingsprotocol kent daardoor een stevige wetenschappelijke basis met betrekking tot de *state of the art* kennis. Deze drie literatuurreviews kampten echter met het probleem dat de beschikbare onderzoeken niet alle relaties tussen verschillende middelen en vormen van criminaliteit behandelden en dat sommige onderzoeken aan kwaliteit te wensen overlieten met betrekking tot steekproefomvang, operationalisaties of anderszins. Daarbij richtten sommige onderzoeken zich op middelengebruik, andere onderzoeken zich op het problematisch middelengebruik en weer andere onderzoeken zich op een verslaving aan middelen. Ook waren er variaties met betrekking tot de aard van de delicten en de specifieke relatie die werden onderzocht. In meerdere gevallen bleef de precieze aard of oorzaak van de relatie tussen het gebruik van een middel en criminaliteit onderbelicht. Als gevolg hiervan is niet voor alle middelen met zekerheid te stellen of een relatie bestaat met criminaliteit en wat de aard en reden is van deze relatie. Daarbij komt dat veel wetenschappelijke onderzoeken werden verricht in andere landen, waarbij de vraag speelt of de relaties die in andere landen werden gevonden, ook in Nederland bestaan. Ieder onderzoek kampt met het probleem dat relaties tussen het gebruik van psychoactieve stoffen en menselijk gedrag, met name criminaliteit, complex zijn. Onderzoeken kunnen vaak niet veel meer doen dan relaties vaststellen, waarbij de processen, mechanismen en interacties met andere factoren deels onbekend blijven.

Dit handelingsprotocol behandelt vrijwel alle soorten middelen, van middelen die een duidelijk risico met zich meebrengen tot middelen die niet recidiverisico-verhogend zijn voor criminaliteit. De drie literatuurreviews zijn uitgevoerd en gepubliceerd in 2014 en 2016 en maakten gebruik van onderzoeksbevindingen uit eerdere jaren. Sinds die tijd zijn meerdere onderzoeken verricht en is ook over bepaalde middelen meer gepubliceerd. Deze onderzoeken zijn echter niet opgenomen in het onderhavige handelingsprotocol. Dit kan een beperking zijn die wellicht het duidelijkst is bij alle nieuwe middelen, oftewel *research chemicals* of *designer drugs* of badzouten. Deze middelen zijn gebaseerd op bestaande soorten drugs, waaraan kleine moleculaire aanpassingen zijn gedaan, waardoor ze (semi)legaal worden verkocht. Zodra genoeg onderzoek is gedaan om de risico's van een middel in te schatten, is alweer een nieuwe variant ontwikkeld. Over de precieze relatie van deze middelen met criminaliteit kan alleen worden gespeculeerd.

Op basis van het bovenstaande moet worden geconstateerd dat bepaalde relaties tussen middelen en criminaliteit, of een gebrek aan deze relaties, zijn gebaseerd op onderzoeken waarbij kanttekeningen te plaatsen zijn. Daardoor is niet uit te sluiten dat het handelingsprotocol in de toekomst dient te worden aangepast, met het verder beschikbaar komen van informatie over relaties tussen middelen en criminaliteit.

Bij de ontwikkeling van dit handelingsprotocol is tevens gebruik gemaakt van de kennis en ervaring van experts, beleidsmedewerkers en reclasseringswerkers van verschillende organisaties. Zo zijn twee expertmeetings en tientallen overleggen met een werkgroep van reclasseringswerkers georganiseerd en is het handelingsprotocol door middel van een pilot geëvalueerd onder

reclasseringswerkers van vier verschillende organisaties. Hierbij zijn echter niet alle organisaties van de (verslavings)reclassering geconsulteerd en de samengestelde werkgroep bestond slechts uit een kleine selectie van reclasseringswerkers van twee organisaties. Ook werd Reclassering Nederland en de reclassering van het Leger des Heils slechts beperkt betrokken in de totstandkoming van het handelingsprotocol. Desondanks is het handelingsprotocol waarschijnlijk niet alleen van nut voor de verslavingsreclassering, maar tevens voor deze organisaties. Dit vraagt echter wel om een beoordeling van het handelingsprotocol en een implementatietraject, al dan niet in samenwerking met de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG).

Een laatste beperking van het handelingsprotocol is het feit dat de ontwikkelingen binnen de praktijk van de (verslavings)reclassering blijven doorgaan. Gezien de snelle ontwikkelingen binnen de sector van de (verslavings)reclassering is het daardoor mogelijk dat de werkwijze verandert. Daarom verdient het de aanbeveling om het huidige handelingsprotocol in de komende jaren met ondersteuning van vervolgonderzoek verder te ontwikkelen en te blijven aanpassen aan de (verslavings)reclasseringspraktijk.

## Bijlage 1: Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.

Anderson, P. D., & Bokor, G. (2012). Forensic Aspects of Drug-Induced Violence. *Journal of Pharmacy Practice*, 25(1), 41–49. <https://doi.org/10.1177/0897190011431150>

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39–55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>

Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735–755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>

Bennett, T., & Holloway, K. (2005). The Association Between Multiple Drug Misuse and Crime. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(1), 63–81. <https://doi.org/10.1177/0306624X04269003>

Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 107–118. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.001>

Bonta, J., Blais, J. & Wilson, H. (2014). A Theoretically Informed Meta-Analysis of the Risk for General and Violent Recidivism for Mentally Disordered Offenders. *Aggression and Violent Behavior*. 19, 278–287. 10.1016/j.avb.2014.04.014.

CBO. (2009). Stoorissen in het gebruik van alcohol. *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Gezondheidsraad (2015). *Alcoholhoudende dranken - Achtergronddocument bij Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Hoaken, P. N. S., & Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1533–1554. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.033>

Klok, P.A.A. (2013). *Pinkhof basiswoordenboek geneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Laar, M. van., Cruts, G., Miltenburg, C. van., Strada, L., Ketelaars, T., Croes, E., Beenackers, E. & Meijer, R. (2020). *Nationale Drug Monitor*. Utrecht: Trimbos.

Lammers, S.M.M, Soe-Agnie, S.E, de Haan, H.A., Bakkum, G.A.M., Pomp, E.R. & Nijman, H.L.I. (2014). Middelengebruik en Criminaliteit: Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(1), 32–39.

Nabben, T. & Korf, D.J. (2016). Politie en GHB problematiek op het platte land. *Politie & Wetenschap*. Apeldoorn. Bonger Instituut, Universiteit van Amsterdam.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2014). Drinking levels defined. Opgevraagd van: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>. Ramaekers, J.G., Verkes, R.J., van Amsterdam, J.G.C., van de Brink, W., Goudriaan, A.E., Kuypers, K.P.C., Arends, R. & Schellekens, A.F.A. (2016). *Middelengebruik en geweld. Een literatuurstudie*

*naar de relatie tussen alcohol, drugs en geweld. Maastricht: Universiteit Maastricht, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen.*

Spits, M.E., Oudejans, S.S.C., Merkx, M.J.M. (2016). *Inventarisatie van state of the art van onderzoek naar het verband tussen middelengebruik en criminaliteit relevant voor de reclasseringscontext.* Amsterdam: Mark Bench/HabitPro/AMC Psychiatrie/Reclassering Inforsa.

Spiller, H. A., Ryan, M. L., Weston, R. G., & Jansen, J. (2011). Clinical experience with and analytical confirmation of "bath salts" and "legal highs" (synthetic cathinones) in the United States. *Clinical toxicology*, 49(6), 499–505.

Van Dijk, T., Flight, S., Oppenhuis, E. & Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld, aard, omvang en hulpverlening.* Hilversum: Intomart, Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek.

Voorham, L. & van Hasselt, N. (2013). *Geweld onder invloed beïnvloeden.* Utrecht: Trimbos-Instituut.

## Bijlage 2: Lijst middelen

Naam/afkorting	Synoniemen
<b>Opiaten</b> (van zwak naar sterk)	
Codeïne	-
Morfine	-
Oxycodon	<i>Oxycontin</i>
Diacetylmorfine	<i>Heroïne</i>
Fentanyl	-
<b>Amfetamines</b>	
Amfetamine	<i>Speed, pep</i>
Methamfetamine	<i>Crystal meth, ice, Tina</i>
MDMA	<i>XTC</i>
<b>Voorgeschreven stimulerende medicatie (amfetamine gebaseerd)</b>	
Dexamfetamine	<i>Amfexa, Tentin</i>
Lisdexamfetamine	<i>Elvanse</i>
Methylfenidaat	<i>Ritalin, Concerta, Medikinet</i>
<b>Nieuwe psychoactieve stoffen</b> ( <i>research chemicals/designer drugs/'badzouten'</i> )	
<i>MDMA gebaseerd</i>	
MDMC, $\beta$ k-MDMA	<i>Methylone</i>
Benzofuran	<i>Benzo(fury), 5/6APB</i>
<i>Amfetamine gebaseerd (Cathinonen), onder andere:</i>	
MDPV	-
3MMC	<i>'Poes'</i>
4MMC	<i>Mephedrone, 'meow meow'</i>
$\alpha$ -PVP	<i>'Flakka'</i>
<i>Psychedelica gebaseerd</i>	
2CB, 2CE etc.	-
<b>Psychedelica</b>	
LSD	<i>Acid</i>
DMT	<i>Ayahuasca</i>
Psilocybine	<i>Paddo's (magic mushrooms), truffels</i>
Mescaline	<i>Peyote, San Pedro (cactus)</i>
<b>Benzodiazepines</b> ('pammetjes')	
Diazepam	<i>Valium</i>
Oxazepam	<i>Seresta</i>
Alprazolam	<i>Xanax</i>
Temazepam	<i>Normisol, Restoril</i>

## Bijlage 3: Keuzehulp cannabis

### Keuzehulp problematisch cannabisgebruik in de reclassering en forensische zorg<sup>2</sup>

#### Waarom deze keuzehulp?

Een belangrijke doelstelling van professionals werkzaam in de reclassering en forensische zorg is het voorkomen van recidieven bij hun cliënten. Veel van deze cliënten gebruiken cannabis. Bij cliënten die op grond van algemene kenmerken een matig of hoog recidiverisico hebben, kan cannabisgebruik het algemene criminele recidiverisico verder verhogen. Deze invloed is vaak indirect. Deze keuzehulp gaat in op kenmerken van het gebruik die duiden op een verhoogd recidiverisico samenhangend met het cannabisgebruik. Hij biedt u daarmee handvatten voor het maken van een inschatting van het individuele recidiverisico van cannabisgebruik, als basis voor het te voeren beleid.<sup>3</sup>

#### Welke invloed kan cannabisgebruik hebben?

De invloed van cannabisgebruik door cliënten op het recidiverisico is vaak indirect. Het kan bijvoorbeeld een negatieve invloed hebben op de behandeling en daardoor het recidiverisico vergroten. Het vereist kennis en ervaring om tot een verantwoorde keuze te komen hoe u met het gebruik van de cliënt om kunt gaan. Deze keuzehulp helpt bij het maken van een gefundeerde inschatting. De keuzehulp gaat alleen in op de rol van cannabisgebruik en gaat dus niet in op algemene risicofactoren die gelden voor (verslaafde) delinquenten.

#### Wanneer toepassen?

De keuzehulp zorg kan onderdeel uitmaken van een bredere beoordeling van het recidiverisico van uw cliënt. Bij de beoordeling van het recidiverisico gaat men uit van de risicofactoren zoals beschreven in de RISC. Wanneer uit deze analyse naar voren komt dat het recidiverisico matig of hoog is en de cliënt gebruikt cannabis, is het zinnig een inschatting te maken van het recidiverisico dat samenhangt met het cannabisgebruik van de cliënt.

---

<sup>2</sup> Auteurs: Elske Wits, Gert-Jan Meerkerk, Sylvia Lammers. Contact: wits@ivo.nl.

<sup>3</sup> Een toelichting bij deze keuzehulp is te vinden in de 'Onderbouwing en achtergrond bij de Keuzehulp problematisch cannabisgebruik in de reclassering en forensische zorg'.



# Stapsgewijze risico-inschatting cannabisgebruik

## Stap 1

Voor een individuele risico-inschatting van het cannabisgebruik moeten verschillende aspecten van het gebruik in kaart worden gebracht. We onderscheiden daarbij drie domeinen:

1. Kenmerken van het **gebruik** (bijvoorbeeld het gebruikspatroon);
2. Kenmerken van de **gebruiker** (bijvoorbeeld de aanwezigheid van psychotische symptomen);
3. **Psychosociale aspecten en context** van het gebruik (bijvoorbeeld de functie van het gebruik).

Breng op deze drie domeinen risicofactoren in kaart door het beantwoorden van de vragen op het formulier verderop.

## Stap 2

Of het cannabisgebruik het recidiverisico verhoogt hangt af van de intensiteit van het gebruik in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren. We noemen het gebruik **intensief** wanneer iemand dagelijks en meermaals per dag gebruikt. In alle overige gevallen is het gebruik incidenteel of gematigd, en gecontroleerd en/of geregisseerd.<sup>4</sup>

- Is het gebruik niet intensief en zijn er verder **geen** andere risicofactoren aanwezig, dan duidt dit **niet** op een verhoogd recidiverisico samenhangend met het cannabisgebruik en is geen inzet benodigd op de reductie van het gebruik. Let bij de analyse van risicofactoren vooral op de functie van het gebruik (zie ad. 3: psychosociale aspecten van het gebruik).
- Is het gebruik niet intensief maar zijn er andere **risicofactoren aanwezig**, dan wordt op basis van de analyse van de **functie** van het gebruik besloten welke afspraken over het gebruik passend zijn. Als iemand in behandeling is kan cannabisgebruik de behandeling belemmeren en/of de medicatietrouw verminderen. Daarom is bij deze groep ook aandacht nodig voor het cannabisgebruik.
- Is het cannabisgebruik **intensief** (dagelijks en meermaals per dag), dan zullen de samenhang met de **functie** van het gebruik en de **kenmerken van de gebruiker**, de **psychosociale aspecten en context** van het gebruik goed in kaart moeten worden gebracht. Op basis van deze analyse worden passende maatregelen genomen. In het algemeen is hier de Leefstijltraining aan te bevelen.

## Stap 3 Keuze van interventies

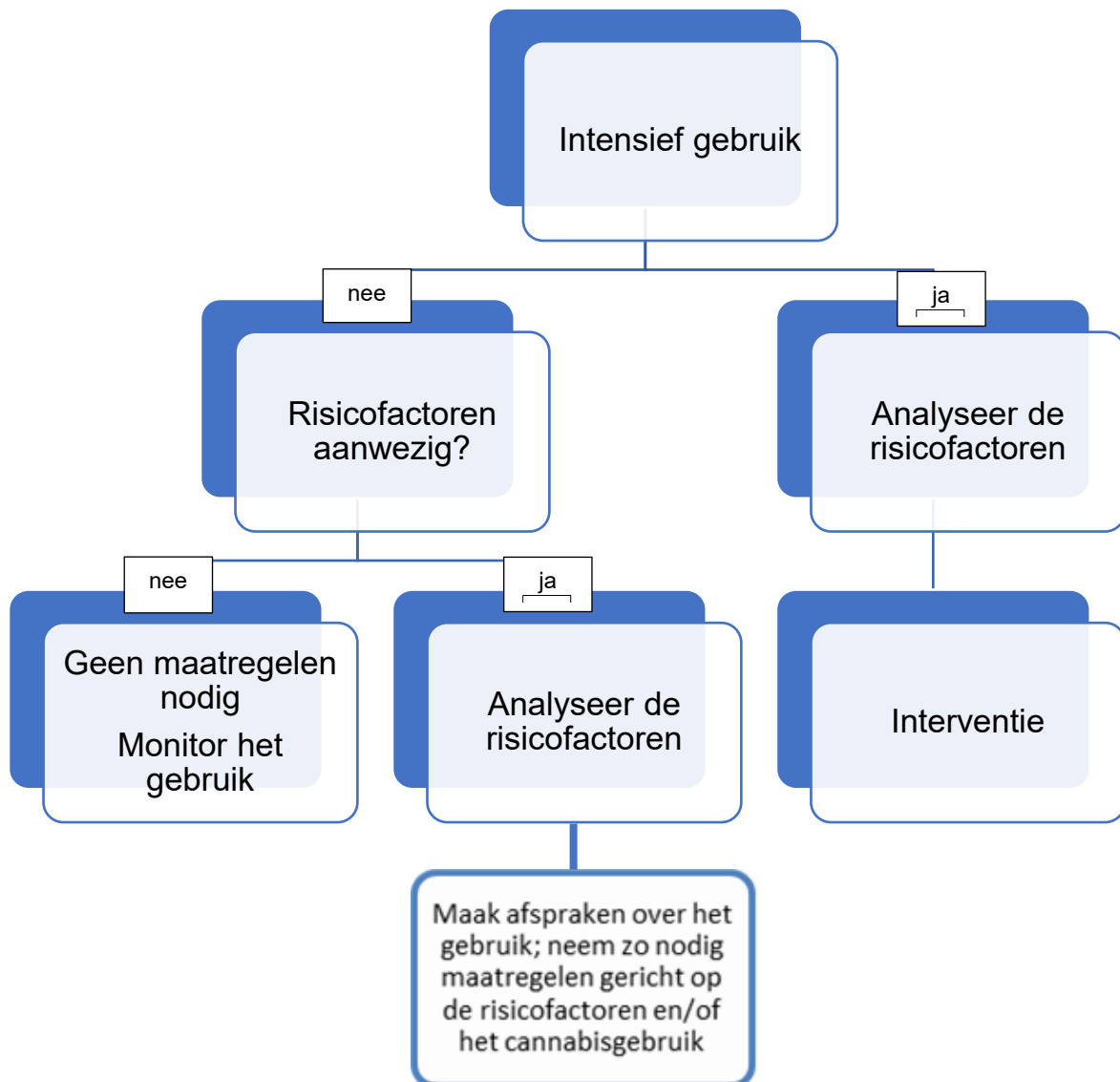
Onafhankelijk van de uitkomst van de inventarisatie is het raadzaam het cannabisgebruik te blijven **monitoren**. Afhankelijk van intensiteit van het gebruik, functies, comorbiditeit et cetera, zijn onder meer de volgende interventies mogelijk:

- **Regisseren van het gebruik:** bij geregisseerd cannabisgebruik (Van Outsem 2018, in ontwikkeling) worden met de cliënt afspraken gemaakt over de hoeveelheid cannabis die hij of zij mag gebruiken, de locatie waar en de tijden waarop dit gebeurt, de wijze waarop hij of zij cannabis verwerft, en het gezelschap waarin hij of zij cannabis mag gebruiken.
- **Motiverende gespreksvoering.**
- **Leefstijltraining 24/7 of Cognitieve gedragstherapie.**
- **Behandeling comorbide psychische aandoeningen:** bij psychoticisme of psychotische kwetsbaarheid, of een andere ernstige psychiatrische aandoening, dient men met de cliënt na te gaan welke professionele zorg hiervoor reeds wordt (of in het verleden is) geboden, en of aanvullende hulp nodig is. In elk geval dient men op de hierboven beschreven manieren in te zetten op afbouwen en (uiteindelijk) abstinentie van het cannabisgebruik. Anders bestaat de kans dat de psychische aandoening verergert. Ook kan het cannabisgebruik medicatieontrouw veroorzaken en daarmee de slagingskans van de behandeling verminderen.

---

<sup>4</sup> Bij geregisseerd cannabisgebruik (Van Outsem 2018, in ontwikkeling) worden met de cliënt afspraken gemaakt over de hoeveelheid cannabis die hij of zij mag gebruiken, de locatie waar en de tijden waarop dit gebeurt, de wijze waarop hij of zij cannabis verwerft, het gezelschap waarin cannabis gebruikt mag worden, etc.

In het volgende schema is een beslisboom weergegeven.



## Formulier bij stap 1: vaststellen risico's

Houd rekening met een verhoogd recidiverisico bij de volgende kenmerken van het cannabisgebruik:

	Aanwezig:
<p><b>Gebruikspatroon:</b> Wanneer een cliënt intensief (dagelijks en meermaals per dag) gebruikt, vaak al 's ochtends begint <b>én</b> moeite heeft het gebruik te stoppen of minderen (problematisch gebruik of cannabisafhankelijkheid).</p>	
<p><b>Beginleeftijd gebruik:</b> Wanneer een cliënt op jonge leeftijd is begonnen met cannabisgebruik (&lt; 16 jaar).</p>	
<p><b>Polydrugsgebruik:</b> Wanneer een cliënt naast cannabis ook geregeld andere middelen gebruikt (zoals alcohol en/of cocaïne). Het recidiverisico bij het gebruik van andere middelen moet apart worden ingeschat.</p>	

Houd rekening met een verhoogd recidiverisico bij de volgende kenmerken van de cannabisgebruiker:

	Aanwezig:
<p><b>Psychotische kwetsbaarheid:</b> Wanneer een cliënt psychotische symptomen of kenmerken van een schizofrene stoornis vertoont of in het verleden heeft vertoond (denk ook aan het voorkomen van psychoses in de familie, vooral bij cliënten jonger dan 25 jaar). Een situatie met een hoog risico treedt bijvoorbeeld op wanneer een cliënt met psychotische kwetsbaarheid intensief cannabis gebruikt en niet therapietrouw is.</p>	
<p><b>Psychiatrische stoornissen:</b> Wanneer een cliënt symptomen vertoont of heeft vertoond van psychiatrische stoornissen of problemen (bijvoorbeeld kenmerken van een antisociale persoonlijkheidsstoornis of paranoïde trekken).</p>	
<p><b>Amotivationeel syndroom:</b> Wanneer een cliënt symptomen vertoont van het 'amotivationeel syndroom' (dat wil zeggen apathisch, passief, weinig gemotiveerd en niet ambitieus).</p>	
<p><b>Onthoudingsverschijnselen:</b> Wanneer cliënt onrustig en agressief gedrag vertoont als onthoudingsverschijnsel.</p>	
<p><b>Atypische reactie op cannabisgebruik:</b> Wanneer een cliënt atypisch op cannabisgebruik reageert, door bijvoorbeeld na gebruik onrustig en agressief te worden.</p>	
<p><b>Mogelijke risicogroepen:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Cliënt met een lichte verstandelijke beperking</li> <li>Cliënt uit lagere sociaaleconomische klasse</li> <li>Cliënt met een migratieachtergrond</li> </ul> </p>	

**3. Houd rekening met een verhoogd recidiverisico bij de volgende psychosociale aspecten en context van het cannabisgebruik:**

	Aanwezig:
<p><b>Functie van het gebruik:</b>                      Wanneer een cliënt cannabis gebruikt om problemen niet onder ogen te hoeven zien, verveling te verdrijven of anderszins cannabisgebruik aanwendt als inadequate copingstrategie. Dit kan op korte of lange termijn een verhoogd recidiverisico met zich meebrengen:</p> <p><b>Korte termijn:</b> verminderde behandelbaarheid van andere problemen doordat cliënt verdoofd en/of passief is door het gebruik. NB: op korte termijn geeft het verdoofd en/of passief zijn meestal een lager direct recidiverisico.</p> <p><b>Lange termijn:</b> wanneer het gebruik volgt uit het niet onder ogen durven zien van de problemen, dan komt het maatschappelijk herstel (school, werk, relaties) onder druk te staan zolang het gebruik in stand blijft. Op lange termijn verhoogt dit het recidiverisico.</p>	
<p><b>Verwevenheid met het delictgedrag:</b>                      Wanneer een cliënt door cannabis te gebruiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• financiële problemen krijgt,</li> <li>• in contact blijft met het criminele circuit,</li> <li>• specifiek (ook) gebruikt vóór of na delicten,</li> <li>• blijft behoren tot een subcultuur waarin delinquent gedrag en cannabisgebruik zijn verweven.</li> </ul>	
<p><b>Psychosociaal functioneren:</b>                      Wanneer een cliënt in psychosociaal opzicht slecht functioneert, dat wil zeggen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• niet beschikt over een (niet delictgebonden) hecht sociaal netwerk,</li> <li>• geen contacten onderhoudt met belangrijke (niet delictgebonden) anderen,</li> <li>• een laag zelfbeeld heeft,</li> <li>• depressief en/of eenzaam is,</li> <li>• onvoldoende sociale vaardigheden heeft,</li> <li>• niet zelfredzaam is,</li> <li>• de eerder genoemde inadequate copingstrategieën heeft.<sup>5</sup></li> </ul>	

<sup>5</sup> Laatste drie kenmerken: zie HKT-R.

# Onderbouwing en achtergrond bij de Keuzehulp problematisch cannabisgebruik in de reclassering en forensische zorg<sup>6</sup>

## Inleiding

Veel cliënten in de reclassering en forensische zorg gebruiken cannabis. Dit cannabisgebruik kan in meer of mindere mate het algemene criminele recidiverisico verhogen. Bijvoorbeeld doordat het cannabisgebruik een negatieve invloed heeft op de behandeling, door verweving van het cannabisgebruik met het delictgedrag, of bij cliënten bij wie sprake is van psychoticisme. Dit geldt voor cliënten bij wie de inschatting van het recidiverisico op basis van de RISC **matig tot hoog** is.<sup>7</sup> Er zijn geen aanwijzingen dat cannabisgebruik het recidiverisico verhoogt bij cliënten met een **laag** recidiverisico.

De 'Keuzehulp problematisch cannabisgebruik in de reclassering en forensische zorg' beschrijft verschillende kenmerken van cannabisgebruik door cliënten. Door het cannabisgebruik van de cliënt op deze kenmerken te beoordelen, kan een professional een inschatting maken of het cannabisgebruik het individuele criminele recidiverisico verhoogt. Deze inschatting kan als basis dienen voor het te voeren beleid over het cannabisgebruik van de cliënt.

Hieronder volgt een toelichting en onderbouwing bij de keuzehulp voor professionals werkzaam in de reclassering en forensische zorg. Deze komt voort uit een literatuurstudie en interviews met experts uit het veld. Verschillende aspecten van het cannabisgebruik van de cliënt komen aan bod. We beschrijven steeds waarop de uitspraak in de keuzehulp is gebaseerd.

Overigens staan de meeste wetenschappelijke onderzoeken niet toe uitspraken te doen over een eventueel oorzakelijke relatie tussen cannabisgebruik en genoemde fenomenen. Wel maken de onderzoeken duidelijk dat cannabisgebruik en bedoelde fenomenen vaak samengaan. De resultaten van de interviews met experts laten zien dat cannabisgebruik en de bedoelde fenomenen vaak sterk met elkaar verweven zijn.

## Onderbouwing beoordeling kenmerken van het cannabisgebruik

### Gebruikspatroon

De keuzehulp geeft aan dat cannabisgebruik samenhangt met een verhoogd recidiverisico wanneer sprake is van intensief gebruik (dagelijks en meermaals per dag) waarbij mogelijk sprake is van problematisch gebruik of cannabisafhankelijkheid.

Intensief cannabisgebruik kan samengaan met passiviteit en een gebrek aan motivatie en ambitie, ook ten aanzien van de behandeling (zie ook 'het amotivationale syndroom'). Hoewel deze passiviteit gunstig kan zijn wanneer het criminele activiteiten betreft, kan de met intensief cannabisgebruik samenhangende passiviteit er ook toe bijdragen dat de cliënt zich niet psychosociaal en maatschappelijk ontwikkelt en bijvoorbeeld geen zinvolle dagbesteding zoals werk vindt. Hierdoor kunnen financiële problemen ontstaan. Dit kan aanleiding zijn voor het begaan van vermogensdelicten.

---

<sup>6</sup> Auteurs: Elske Wits, Gert-Jan Meerkerk, Sylvia Lammers. Contact: wits@ivo.nl.

<sup>7</sup> De keuzehulp kan ook worden toegepast wanneer de uitvoering van een werkstraf moeilijk verloopt en het idee bestaat dat cannabisgebruik daarin een rol speelt. Gebruik de keuzehulp in die gevallen bij de afweging hoe je het traject verder moet inzetten.

Ook kan intensief cannabisgebruik ertoe bijdragen dat de gebruiker nauwe banden onderhoudt met de (criminele) cannabiscene. Verder kan het stoppen met gebruik na langdurig intensief gebruik ontweningsverschijnselen veroorzaken die zich kunnen uiten als gevoelens van woede, agressie, geïrriteerdheid, angst en rusteloosheid. Om deze redenen dient langdurig intensief cannabisgebruik als risicofactor te worden gezien met mogelijk een grotere kans op recidive.

### **Beginleeftijd gebruik**

De keuzehulp geeft aan dat cannabisgebruik samenhangt met een verhoogd recidiverisico wanneer cliënten al op jonge leeftijd (< 16 jaar) zijn begonnen met cannabisgebruik.

Onderzoek laat zien dat het op jonge leeftijd beginnen met cannabisgebruik samenhangt met een verminderde psychosociale, emotionele en cognitieve ontwikkeling. Cannabisgebruikers die op jonge leeftijd zijn begonnen, hebben ook een grotere kans op het ontwikkelen van psychische problemen en het vertonen van antisociaal, gewelddadig en delinquent gedrag.

Daarnaast gaat het op jonge leeftijd beginnen met cannabisgebruiken samen met verminderde schoolprestaties en een verhoogde kans op drop-out. Jonge cannabisgebruikers zijn minder in staat volwassen copingstrategieën te ontwikkelen. Ze hebben minder goed geleerd om te gaan met tegenslagen en verantwoordelijkheid te nemen. Cannabisgebruikers die op jonge leeftijd zijn begonnen, hebben hierdoor vaker moeite werk te vinden en hebben een grotere kans op een maatschappelijk achterstand. Deze factoren maken dat cannabisgebruik op jonge leeftijd een indicator is voor relatief ernstige problematiek en een grotere kans op recidive.

### **Polydruggebruik**

De keuzehulp geeft aan dat cannabisgebruik samenhangt met een verhoogd recidiverisico wanneer een cliënt naast cannabis ook geregeld andere middelen gebruikt.

Veel cannabisgebruikende cliënten gebruiken naast cannabis ook andere middelen zoals alcohol en/of cocaïne. Middelen als alcohol en cocaïne worden - meer dan cannabis - met ontremming en agressief/gewelddadig gedrag in verband gebracht. Het recidiverisico van cliënten die naast cannabis ook andere middelen gebruiken is daardoor groter dan van cliënten die enkel (matig) cannabis gebruiken.

Cannabis lijkt farmacologisch gezien doorgaans geen agressieverhogend effect te hebben. Cliënten die enkel (matig) cannabis gebruiken, blijken doorgaans minder gewelddaden te hebben gepleegd, minder te recidiveren en ook beter psychosociaal en maatschappelijk te functioneren dan gebruikers van andere middelen. Hoewel ook cannabisgebruik de drempel voor normoverschrijdend gedrag kan verlagen, lijkt opzichzelfstaand matig cannabisgebruik niet vaak een rol te spelen in de delictketenanalyse, tenzij er sprake is van psychotische symptomen bij de cliënt.

## **Onderbouwing beoordeling kenmerken van de cannabisgebruiker**

### **Psychotische symptomen**

De keuzehulp geeft aan dat cannabisgebruik samenhangt met een verhoogd recidiverisico wanneer een cliënt psychotische symptomen of kenmerken van een schizofrene stoornis vertoont (of in het verleden heeft vertoond).

Cannabisgebruik kan, bij mensen die daarvoor gevoelig zijn op grond van erfelijke factoren, persoonlijkheidskenmerken en psychosociale achtergronden, leiden tot psychotische symptomen en/of een schizofrene stoornis. Vooral positieve psychotische symptomen (hallucinaties, wanen en/of verwardheid), zijn gerelateerd aan delictgedrag en recidive waardoor het gebruik van cannabis door cliënten met een psychotische achtergrond duidt op een (ernstig) verhoogd recidiverisico.

### **Psychiatrische stoornissen**

De keuzehulp geeft aan dat cannabisgebruik bij cliënten met een psychiatrische achtergrond samenhangt met een verhoogd recidiverisico.

Cannabisgebruik lijkt bij cliënten die symptomen vertonen of hebben vertoond van een psychiatrische stoornis of probleem (met name kenmerken van een antisociale persoonlijkheidsstoornis of paranoïde trekken) gerelateerd te zijn aan een verhoogde kans op ontregeling en gewelddadig gedrag. Het recidiverisico van cliënten met een psychiatrische achtergrond is daarom groter wanneer zij cannabis gebruiken.

Cannabisgebruik kan bij cliënten die medicatie nemen (zoals antipsychotica) een negatieve invloed hebben op de medicatietrouw. Ook kan cannabisgebruik bijdragen aan een vermindering van de motivatie om therapie te volgen en zich hiervoor in te zetten (zie ook amotivacioneel syndroom). Een deel van de cliënten gebruikt cannabis als een vorm van zelfmedicatie en belemmert daarmee de behandeling. Het gebruik van cannabis verlaagt daardoor de behandelbaarheid en belemmert de voortgang van de behandeling, wat het recidiverisico kan verhogen.

### **Amotivacioneel syndroom**

De keuzehulp geeft aan dat cannabisgebruik een amotivacioneel syndroom in de hand kan werken en daardoor samenhangt met een verhoogd recidiverisico.

Het gebruik van cannabis door cliënten kan bijdragen aan een toename van passiviteit en apathie en een verlies van motivatie en ambitie. Dit wordt wel het 'amotivacioneel syndroom' genoemd. Dit syndroom zou positief kunnen zijn wanneer het betrekking heeft op de motivatie om crimineel gedrag te vertonen, maar negatief wanneer het betrekking heeft op de bereidheid en motivatie om een behandeling te volgen en zich psychosociaal, emotioneel en maatschappelijk te ontwikkelen. Cannabisgebruikende cliënten kunnen hierdoor blijven hangen in oude (criminele) gedragspatronen en oude criminele sociale circuits. Het cannabisgebruik kan de ontwikkeling van adequate copingstrategieën belemmeren en, bijvoorbeeld door het ontbreken van een stabiel inkomen als gevolg van werkloosheid, financiële problemen en daarmee vermogensdelicten in de hand werken. Deze bevindingen maken duidelijk dat het recidiverisico verhoogd is bij cliënten die als gevolg van cannabisgebruik kenmerken ontwikkelen van een amotivacioneel syndroom.

### **Onthoudingsverschijnselen**

De keuzehulp geeft aan dat het recidiverisico verhoogd is wanneer de cliënt onthoudingsverschijnselen vertoont, zoals onrustig en agressief gedrag.

Wanneer een cliënt na chronisch intensief cannabisgebruik stopt met cannabis te gebruiken, kunnen onthoudingsverschijnselen optreden, zoals gevoelens van woede/agressie en geïrriteerdheid, angst, verminderde eetlust, rusteloosheid en slaapproblemen. Deze onthoudingsverschijnselen kunnen bijdragen aan crimineel agressief gedrag en daarmee het recidiverisico verhogen.

### **Atypische reactie op cannabisgebruik**

De keuzehulp geeft aan dat cannabisgebruik samenhangt met een verhoogd recidiverisico wanneer een cliënt atypisch op cannabisgebruik reageert.

De farmacologische werking van cannabis leidt doorgaans niet tot agressief gedrag. Sommige mensen echter, met name mensen met een neiging tot vijandig en agressief gedrag, reageren atypisch op cannabis. Bij hen kan cannabisgebruik wel tot agressieve gevoelens en gedragingen leiden. Wanneer er aanwijzingen zijn dat een cliënt atypisch op cannabis reageert, verhoogt cannabisgebruik het recidiverisico.

# Onderbouwing beoordeling kenmerken van de psychosociale aspecten en context van het gebruik

## Functie van het gebruik

De keuzehulp geeft aan dat cannabisgebruik samenhangt met een verhoogd recidiverisico wanneer cannabis gebruikt wordt als inadequate copingstrategie. De functie van het gebruik is zeer bepalend voor de inschatting van de risico's van cannabisgebruik.

Het is belangrijk stil te staan bij de bedoelde en onbedoelde fysieke, psychosociale en emotionele effecten van het gebruik van cannabis door een cliënt. Dit kan duidelijk maken welke functie het cannabisgebruik voor de cliënt heeft en welke risico's met het gebruik samenhangen. Wanneer cannabis vooral dient als inadequate copingstrategie, d.w.z. als een manier om om te gaan met problemen en te vluchten voor de realiteit, dan duidt het gebruik op een risico. Het gebruik van cannabis staat dan een gezonde fysieke, psychosociale en emotionele ontwikkeling in de weg. Wanneer het (incidentele en gematigde) gebruik niet delictgerelateerd is, maar dient om rustig te worden, te ontspannen of beter in te slapen, dan houdt dit niet noodzakelijkerwijs een verhoogd risico in.

## Verwevenheid met het delictgedrag

De keuzehulp geeft aan dat cannabisgebruik samenhangt met een verhoogd recidiverisico wanneer het gebruik gerelateerd is of is geweest aan een delinquente levensstijl.

Het gebruik van cannabis kan in meer of mindere mate samenhangen met het delictgedrag. Zo kunnen de kosten van cannabisgebruik bij cliënten met beperkte financiële middelen bijdragen aan het ontstaan van delictgedrag in de vorm van vermogensdelicten. Op deze wijze kan het cannabisgebruik ook een indirecte rol spelen bij het ontstaan van het gebrek aan financiële middelen (zie amotivationeel syndroom). Ook kan het cannabisgebruik een rol spelen in de verbinding met criminele sociale milieus, waaronder de productie en handel in (soft)drugs. Het recidiverisico van cliënten bij wie een relatie bestaat tussen cannabisgebruik en delictgedrag is daarom groter.

## Psychosociaal functioneren

De keuzehulp geeft aan dat cannabisgebruik samenhangt met een verhoogd recidiverisico wanneer er bij cliënt sprake is van een verminderd psychosociaal functioneren.

Intensief cannabisgebruik, vooral wanneer dat begonnen is op jonge leeftijd, hangt samen met een beperktere psychosociale, emotionele en maatschappelijke ontwikkeling van de gebruiker. Het gebruik kan het ontwikkelen van meer adequate copingstrategieën en het aannemen van een meer verantwoorde volwassen levensstijl belemmeren (zie ook amotivationeel syndroom). Intensief cannabisgebruik blijkt samen te hangen met een lager zelfvertrouwen en zelfcontrole en een negatiever zelfbeeld. Ook is er een samenhang gevonden tussen cannabisgebruik en de ontwikkeling van angststoornissen, depressie, suïdeneigingen, persoonlijkheidsstoornissen en interpersoonlijk geweld. Deze bevindingen maken duidelijk dat het recidiverisico verhoogd is bij cliënten die (intensief) cannabis gebruiken en in psychosociaal opzicht minder goed functioneren.