

**JONGE DELINQUENTEN VAN 16-23 JAAR
MET EEN LICHTE VERSTANDELIJKE BEPERKING
EN PROBLEMATISCH MIDDELENGBRUIK**

Een verkenning op basis van literatuur en
ervaringen van experts van de (jeugd)reclassering



© Tactus SVG / Expertisecentrum William Schrikker
Juni 2013

J. van der Nagel, psychiater/onderzoeker Tactus
R. Kea, staffunctionaris/onderzoeker Expertisecentrum William Schrikker

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	9
1.1 Doel en opzet	9
1.2 Definities	10
1.3 Leeswijzer	11
Hoofdstuk 2 Delinquentie, LVB en middelengebruik: samenhang en omvang van de groep	13
2.1 Adolescente en jongvolwassen delinquenten	13
2.2 Delinquente jongeren met een LVB	14
2.3 Middelengebruik onder delinquente jongeren	17
2.4 Middelengebruik bij jongeren met LVB	18
2.5 Triple problematiek: samenhang LVB, verslaving en delinquentie	19
Hoofdstuk 3 De problemen met jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik in Nederland	21
3.1 Literatuur: problematiek van de doelgroep in Nederland	21
3.2 Experts: problematiek en knelpunten in de reclasseringsaanpak	23
Hoofdstuk 4 Wat is nodig voor delinquente jongeren met LVB en problematisch middelengebruik?	26
4.1 Interventies voor de doelgroep in Nederland	26
4.2 Literatuur: Wat werkt voor de doelgroep?	27
4.3 Experts: Wat werkt en wat is nodig voor de doelgroep?	32
Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen	35
5.1 Conclusies	35
5.2 Aanbevelingen	36
Bijlagen	
Bijlage 1 Organisaties en geraadpleegde experts	39
B1.1 Organisaties en hun visie	39
B1.2 Geraadpleegde experts	40
Bijlage 2 Theoretisch kader van methodieken	42
B2.1 Good lives model	42
B2.2 Community Reinforcement Approach (CRA)	43
B2.3 Motiverende gespreksvoering	44
Bijlage 3 Interventies voor delinquente LVB jongeren met middelenproblematiek	45
B3.1 Stay-a-way Plus	45
B3.2 Open en Alert & Bekijk het nuchter	46
Geraadpleegde literatuur	48

Samenvatting

Tactus verslavingsreclassering (SVG), de William Schrikker Jeugdreclassering voor jongeren met een LVB (WSG) en de jeugdreclassering van Bureau Jeugdzorg Overijssel (BJZO) signaleren dat een groep jonge delinquenten van 16-23 jaar waarbij zowel sprake is van een lichte verstandelijke beperking (LVB) als problematisch middelengebruik een substantiële groep is bij de (jeugd)reclassering, waarbij veel problemen spelen, en waarbij een specifieke begeleidingsaanpak en samenwerking in de keten wenselijk is. Ten behoeve van deze groep hebben deze organisaties het voornemen een pilot in te richten met als doel het ontwikkelen van verbeterde reclasseringsaanpak en goede onderlinge samenwerkingsafspraken tussen de betrokken ketenpartners.

De huidige verkenning is begin 2013 uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Veiligheid en Justitie om te komen tot input en onderbouwing voor het opzetten van een dergelijke pilot.

Opzet en methoden

De volgende vragen staan centraal:

1. Wat is bekend over de aard en omvang van de groep jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik?
2. Welke knelpunten worden ervaren in de (reclassering)aanpak van deze doelgroep?
3. Welk interventie-aanbod is momenteel voorhanden voor de aanpak van deze doelgroep?
4. Welke aanbevelingen en verbeterpunten komen naar voren uit literatuur en praktijk?

Allereerst is een literatuurstudie verricht. Het gaat hierbij niet om een systematische review, maar om een overzicht gemaakt vanuit recente literatuur. De literatuur die over alle kenmerken van de doelgroep (adolescent/jongvolwassen, LVB, middelengebruikend, delinquent, cliënt bij reclassering) gaat is beperkt, dus werd de literatuur over de afzonderlijke kenmerken van de doelgroep verbonden. Tevens is gebruik gemaakt van rapportage van een tweetal expertbijeenkomsten die eerder werden georganiseerd rondom personen met een LVB en problematisch middelengebruik en is een expertbijeenkomst georganiseerd in januari 2013 waarin specifiek werd ingezoomd op jongeren onder reclasseringsbegeleiding met een LVB en problematisch middelengebruik.

Resultaten

Aard en omvang van de doelgroep

Wat betreft omvang komt uit de literatuur naar voren dat exacte aantallen over het aantal jongeren met triple-problemen binnen Justitie ontbreken omdat dit niet wordt bijgehouden of gemeten. Wel blijkt uit verschillende studies dat een LVB en verslaving beiden gepaard gaan met een relatief hoog percentage delinquentie en recidive. Ook lijkt de LVB doelgroep sterk oververtegenwoordigd binnen het strafrecht (ca 20-40 %) en de groep middelengebruikers eveneens (ca 40-60%). Het aantal jongeren met een LVB én problemen door middelengebruik lijkt ook oververtegenwoordigd. Voorzichtige schattingen van het aantal jongeren met de triple-problematiek binnen de reclassering door experts van de reclasseringsorganisaties WSG, Tactus en BJZO komen uit op 10-30% van de totale cliëntpopulatie van de reclassering. Deze schattingen sluiten aan bij onderzoeksliteratuur over deelpopulaties binnen Justitie, bijvoorbeeld de percentages jongeren met triple-problemen in de PIJ-inrichting. De experts geven aan dat er noodzaak is aan meetinstrumenten en kennis om dit goed te kunnen meten. Over de oorzaken en samenhang van de problemen komt uit de literatuur naar voren dat jongeren met een LVB, problematisch middelengebruik en delinquente gedragingen een combinatie van

problemen hebben die op complexe wijze met elkaar samenhangen. Epidemiologische studies naar de combinatie van middelengebruik, LVB en delinquentie zijn schaars, maar toch is er duidelijk samenhang tussen deze verschillende soorten problematiek. Jongeren met een LVB lopen een hoger risico op zowel problematisch middelengebruik als delinquentie, en beide soorten van bijkomende problematiek versterken vervolgens het risico op elkaar. Daarbij kan gebruik van middelen de cognitieve capaciteiten en oplossingsvaardigheden van LVB jongeren verder nadelig beïnvloeden, en is ook delinquentie een factor in het (nog) slechter sociaal maatschappelijk functioneren van de jongere met LVB. De beïnvloedbaarheid door een (negatieve) sociale context speelt vaak een rol in zowel delictgedrag als middelengebruik van de LVB jongere. Een LVB is, net als delinquentie een risicofactor voor verslaving. Ook hebben zowel LVB, verslaving als delinquentie gezamenlijke risico- of voorspellende factoren zoals een lage sociaal economische status, problematische gezinsachtergrond, negatieve invloed van vrienden, sociaal maatschappelijke en psychiatrische problematiek. Jongens lijken oververtegenwoordigd te zijn in de groep met triple problematiek, net als mogelijk de groep zwakbegaafde LVB jongeren met een IQ 70-85.

Maatschappelijke factoren zoals de beweging richting vermaatschappelijking en normalisatie van gehandicaptenzorg hebben tot nieuwe kansen, maar ook risico's voor mensen met een verstandelijke beperking geleid. Naast de verplichting van de maatschappij om deze groep een zo 'normaal mogelijk' bestaan te bieden, lijkt deze groep zelf nu de opdracht te krijgen zich naar de normen van de maatschappij te gedragen. Dit brengt een hoge druk om 'er bij te horen' met zich mee, tezamen met een grote persoonlijke verantwoordelijkheid. Niet alle mensen met LVB kunnen deze verantwoordelijkheid en druk goed aan. Voor een subgroep kan middelengebruik en/of delinquent gedrag een manier zijn om aansluiting bij de normaal begaafde peergroep te vinden, voor een andere groep is gebruik een (disfunctionele) manier om met problemen om te gaan, en voor weer een andere groep geldt dat zij de risico's van middelengebruik en/of strafrechtelijk verwijtbaar gedrag mogelijk niet goed inschatten.

Problematiek van de doelgroep en knelpunten in de aanpak

Bij delinquente jongeren met LVB en verslaving is er veelal sprake van een accumulatie van risicofactoren vanuit gezinssituatie, psychiatrische comorbiditeit en sociale problematiek. Zowel uit literatuur als reclasseringspraktijk blijkt dat er niet alleen sprake is van triple (LVB, verslaving, delinquentie), maar vaak van quadruple (LVB, verslaving, delinquentie, psychiatrische comorbiditeit) en andere meervoudige problematiek (financiële problemen, weinig dagbesteding, zwak sociaal netwerk etc). Uit de literatuur komt naar voren dat deze problematiek nog verder wordt gecompliceerd doordat er vaak sprake is van onvoldoende hulpverlening en toegankelijkheid van zorg. Binnen het forensisch systeem zijn er mogelijkheden voor het bieden van zorg en behandeling, maar deze worden vooralsnog onvoldoende benut. Een groot probleem is dat zowel de LVB als het middelenprobleem vaak niet (op tijd) worden herkend. Tevens speelt het gebrek aan motivatie voor behandeling een belangrijke rol. In de reclasseringspraktijk loopt men ook tegen deze problemen aan. Dit komt vooral doordat er sprake is van verschillende specialismen (aparte reclassering voor LVB, aparte reclassering voor verslaving, aparte jeugd- en volwassenreclassering) waarbij kennis nog onvoldoende wordt uitgewisseld en andere werkwijzen worden gehanteerd. Ook verschilt het zorgaanbod in Nederland voor jongeren tot achttien en boven achttien jaar. De ervaren knelpunten die naar voren kwamen in de expertmeeting over reclasseringsbegeleiding sluiten aan bij knelpunten die gesignaleerd werden in eerdere expertmeetings over LVB en verslaving, al dan niet in combinatie met forensische en/of psychiatrische problematiek. We mogen dus concluderen dat de ervaren knelpunten met de doelgroep bin-

nen de reclasseringspraktijk niet op zichzelf staan, ook in de verslavings- en gehandicaptenzorg worden deze knelpunten rondom de doelgroep gesignaleerd. Ontwikkelingen met betrekking tot de doelgroep in andere sectoren kunnen wellicht worden gebruikt voor doorontwikkeling van een passend reclasseringsaanbod voor de doelgroep.

Wat is nodig in de aanpak

Er is beperkte wetenschappelijke evidentie voor effectieve interventies bij personen met een LVB met delinquent gedrag en problematisch middelengebruik. In Nederland zijn voor zover bekend drie uitgewerkte en theoretisch goed onderbouwde methodieken beschikbaar voor deze doelgroep. Stay-away Plus bestrijkt daarbij het hele spectrum van lichte tot ernstige verslavingsproblematiek, Open en Alert is meer gericht op de preventie van (progressie van) problematiek en beleid binnen instellingen. Daarnaast is een aantal justitiële interventies erkend voor delinquente adolescenten en volwassenen die zich specifiek richten op ofwel een LVB en delictgedrag ofwel verslavingsproblemen en delictgedrag.

Op basis van literatuur over interventies bij deelproblematiek, op basis van de expertbijeenkomst en eerdere expertbijeenkomsten tekent zich toch een min of meer samenhangend beeld af. Allereerst is voor vroege probleemherkenning van belang dat structurele screening plaatsvindt op een LVB en middelengebruik. Daarnaast benadrukken methodieken en experts de noodzaak om rekening te houden met de verschillen tussen de jongeren. Er kan geen sprake zijn van een vaststaande methodiek die voor alle jongeren geschikt is. Ook is het van belang niet alleen te focussen op risicobeheersing, maar ook op het scheppen van perspectief en het vergroten van self-efficacy. Belangrijke voorwaarden voor elk traject is het vergroten van responsiviteit en motivatie. Juist bij triple problematiek – waarbij het gaat om cliënten met vaak een langdurige voorgeschiedenis van forse problemen, teleurstellingen en een moeizame hulpverleningsvoorgeschiedenis – is het investeren in contact, vertrouwen (in hulpverlener en zichzelf) een belangrijke eerste stap. Concrete hulp op sociaal-maatschappelijk en persoonlijk vlak (wonen, werk, dagbesteding) is een belangrijke methode om aan te sluiten bij de jongere, vertrouwen te winnen en perspectief te verschaffen. Een intensieve aanpak op maat, waarbij communicatie en bejegening zijn aangepast aan de doelgroep (aangepaste communicatie, concreet maken, voorstructureren etc) en waarbij het netwerk zoveel mogelijk wordt betrokken zijn nodig voor een stevige inbedding van de interventie in het dagelijks leven en systeem van de jongere. Hiervoor is nodig dat deskundigheid van medewerkers wordt bevordert en structureel wordt samengewerkt, bij voorkeur met een centrale intake en gezamenlijk ketenpartnersoverleg. Hulpverleningsmodellen zoals het Good Lives model en de Community Reinforcement Approach combineren behandeling van problematiek met het versterken van de sociaal-maatschappelijke positie. Motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken kunnen in beide modellen geïntegreerd worden als een methode om aan te sluiten bij de jongere en diens motivatie te vergroten. Gezien de ernst van de problematiek zullen korte probleemgerichte methodieken weinig kans van slagen hebben.

Conclusies en aanbevelingen

De groep jongeren waarbij sprake is van een LVB, delictgedrag en middelengebruik is oververtegenwoordigd binnen Justitie en (jeugd)reclassering. De groep wordt gekenmerkt door forse bijkomende problematiek en blijvende kwetsbaarheid. Binnen zowel jeugd- als volwassenreclassering wordt de groep nog onvoldoende herkend en is onvoldoende specifieke kennis en vaardigheid aanwezig om

de groep goed te kunnen begeleiden. Ook is in de keten onvoldoende zorgaanbod voorhanden voor deze groep.

Voor een verbeterde reclasseringsbegeleiding van jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik wordt aanbevolen:

- Het ontwikkelen van een specifieke reclasseringsbegeleiding, welke gericht is op het verminderen van risicovol gebruik, verminderen van recidive en verbeteren van kwaliteit van leven. Binnen een dergelijk programma dient deskundigheid van de drie vakgebieden te worden geïntegreerd. In dat aanbod moet worden aangesloten bij de richtlijnen en modellen voor interventies voor jongeren met een LVB en verslaving en staat het motiveren van de jongere voor hulp voorop. Daarnaast is sprake van uitgebreide diagnostiek en wordt te allen tijde het netwerk van de jongere betrokken bij de begeleiding. Ook gaat veel aandacht uit naar het vinden van passende dagbesteding. Daarnaast dient ook het organiseren van blijvende ondersteuning (binnen het sociale en/of professionele netwerk) structureel onderdeel uit te maken van de methode.

Om dit zorgaanbod goed te kunnen uitvoeren zijn een aantal randvoorwaarden nodig, te weten:

- Scholing van medewerkers en training in het signaleren van verslaving en de lichte verstandelijke beperking alsmede in het communiceren en begeleiden van deze groep.
- Structurele screening op LVB en middelengebruik met behulp van bestaande screeners, zoals LVB screener (Kaal e.a. 2012b) en SumID-Q (VanDerNagel, 2011b) om de problematiek in een vroeg stadium in kaart te brengen.
- Organiseren van een sluitende keten waarin zowel jeugd- als volwassenstrafrechtketen partners betrokken zijn en daarnaast ook maatschappelijke partners, LVB instellingen en reguliere GGZ. Vanaf het begin moet al in gezamenlijk overleg duidelijk worden wat nodig is voor de jongere.

Hoofdstuk1 Inleiding

Het landelijk beleid van het Ministerie van Veiligheid & Justitie is gericht op het verbeteren van de aanpak en begeleiding van delinquente adolescenten en jongvolwassenen. In het wetsvoorstel adolescentenstrafrecht wordt een meer dadergerichte aanpak voorgesteld om de recidive van deze groep terug te dringen. Het adolescentenstrafrecht biedt betere mogelijkheden om bij het bepalen van de straf goed aan te sluiten bij de ontwikkelingsfase van een jongere. Bij zeer ernstige feiten of als kenmerken van de jongvolwassene daartoe aanleiding geven, kan het volwassenstrafrecht worden toegepast bij 16-17-jarigen of kan bij 18-22-jarigen het jeugdstrafrecht worden toegepast. Een gevolg van het wetsvoorstel is dat de leeftijdsgrenzen ten aanzien van jeugdreclassering en volwassenreclassering minder strikt worden (Vogelvang et al, 2012). In september 2012 is hiertoe de pilot adolescentenstrafrecht Almelo-Groningen gestart. Deze pilot richt zich op samenwerking en afstemming tussen de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK), de drie Reclasseringsorganisaties (3RO) en de jeugdreclassering van Bureau Jeugdzorg (BJZ) en de William Schrikker Groep (WSG) als het gaat om advisering van jeugdstrafrecht of volwassenstrafrecht en jeugdreclassering of volwassenreclassering. De Verslavingsreclassering (SVG) Tactus, de jeugdreclassering van Bureau Jeugdzorg Overijssel (BJZO) en de William Schrikker Jeugdreclassering voor jongeren met een LVB (WSG) signaleren dat een groep jonge delinquenten van 16-23 jaar waarbij zowel sprake is van een lichte verstandelijke beperking (LVB) als problematisch middelengebruik een substantiële groep is bij de (jeugd)reclassering, waarbij veel problemen spelen, en waarbij een specifieke begeleidingsaanpak en samenwerking in de keten wenselijk is. Ten behoeve van deze groep hebben deze organisaties het voornemen een pilot in te richten waarin twee doelen centraal staan:

- Het ontwikkelen van verbeterde begeleidingsaanpak.
- Goede onderlinge samenwerkingsafspraken tussen de betrokken ketenpartners.

De huidige verkenning is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Veiligheid en Justitie om te komen tot input en onderbouwing voor het opzetten van een dergelijke pilot.

1.1 Doel en opzet

De verkenning is gericht op een inventarisatie naar de omvang en de aard van de problemen van de doelgroep en de ervaren knelpunten en oplossingsrichtingen in de huidige aanpak. De resultaten dienen bruikbaar te zijn voor de onderbouwing van het pilotvoorstel. De volgende vragen staan centraal:

1. Wat is bekend over de aard en omvang van de groep jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik?
2. Welke knelpunten worden ervaren in de (reclasserings-) aanpak van deze doelgroep?
3. Welk interventie aanbod is momenteel voorhanden voor de aanpak van deze doelgroep?
4. Welke aanbevelingen en verbeterpunten komen naar voren uit literatuur en praktijk?

Allereerst is een literatuurstudie verricht. Deze literatuurstudie biedt een overzicht van wetenschappelijke literatuur en rapportage over praktijkervaring omtrent adolescenten/jong volwassen delinquenten met LVB en verslaving. Vanwege de beperkte beschikbare tijd en middelen is geen systematische review uitgevoerd, maar een overzicht gemaakt vanuit recente literatuur. De literatuur die over alle kenmerken van de doelgroep (adolescent/jongvolwassen, LVB, middelengebruikend, delinquent,

cliënt bij reclassering) gaat is beperkt, dus wordt de literatuur over de afzonderlijke kenmerken van de doelgroep verbonden. Tevens is gebruik gemaakt van rapportage van een tweetal expertbijeenkomsten die eerder werden georganiseerd rondom personen met een LVB en problematisch middelengebruik. Vervolgens is een expertbijeenkomst georganiseerd in januari 2013. Hier is door experts vanuit wetenschap en praktijk een antwoord gegeven op de onderzoeksvragen en zijn de bevindingen uit de literatuur en eerdere expertbijeenkomsten getoetst en verder aangevuld. In deze bijeenkomst is specifiek ingezoomd op de wensen en knelpunten in de (jeugd)reclasseringspraktijk rondom de doelgroep. De wetenschappelijke publicaties alsmede rapporten, verslagen van expertbijeenkomsten en andere bronnen zijn terug te vinden in de literatuurbijlage. Daarnaast is in de bijlagen informatie opgenomen over de geraadpleegde experts en bestaande interventies.

1.2 Definities

Deze verkenning vindt plaats op de scheidslijnen tussen volwassenen- en jeugdstrafrecht, LVB zorg en verslavingszorg. Elk van deze organisaties kent haar eigen werkwijzen en doelgroep, en vereist een speciale expertise. In deze studie houden we de volgende definities en begrippen aan.

Adolescenten, jongvolwassenen en adolescentenstrafrecht

Adolescentenstrafrecht is geen apart strafrecht maar biedt de mogelijkheid om voor elke jongere van 16 tot 23 jaar, dus een groep die voorheen deels onder het jeugdstrafrecht en deels onder volwassenstrafrecht viel, te bekijken of veroordelen via het jeugd- danwel het volwassenstrafrecht wenselijk is. Door deze mogelijkheid zal de jeugdreclassering in toenemende mate gaan werken met 18 t/m 22 jarigen (dit gebeurt nu ook al voor een deel), en de volwassenreclassering zal nu ook gaan werken met 16 en 17 jarigen. (Vogelvang et al, 2012). De aanduiding adolescentenstrafrecht kan voor verwarring zorgen, omdat doorgaans de term adolescent gebruikt wordt voor jongeren tussen 12 en 18 jaar en de jongeren van 18-23 of 25 jaar meestal worden aangeduid als jongvolwassenen (Vogelvang et al, 2012). De adolescentie wordt gekenmerkt als een overgangperiode van de kindertijd naar de jongvolwassenheid. De jongvolwassenheid (in internationale literatuur 'emerging adulthood' genoemd) wordt gekenmerkt als een periode tussen adolescentie naar volwassenheid waarbij de volwassenwording nog niet is voltooid (Blokland, 2012). In deze aanvraag zullen we gemakshalve de term 'jongeren' gebruiken daar waar we spreken over de groep 16-23 jarigen, behalve daar waar heel specifiek wordt verwezen naar literatuur over adolescenten danwel jongvolwassenen.

Delinquentie

Delictgedrag kan worden onderscheiden in een aantal hoofdcategorieën delicten (standaardclassificatie CBS, 2010) te weten:

Vermogensdelicten, vernielingen en misdrijven tegen de openbare orde, gewelds- en seksuele delicten, verkeersdelicten, drugsdelicten, vuurwapendelicten en misdrijven overige wetten. In deze studie spreken we van delinquentie als een jongere door strafbaar gedrag in aanraking is gekomen met politie en daarvoor (onder andere) reclassering of jeugdreclassering heeft opgelegd gekregen.

Lichte verstandelijke beperking (LVB)

In Nederland wordt gesproken van een lichte verstandelijke beperking als er sprake is van:

- Een beperking van de intellectuele mogelijkheden (meestal: IQ tussen de 50 en de 70, indien er sprake is van beperkingen in het adaptief vermogen wordt als bovengrens 85 aangehouden), EN
- Beperkingen aanwezig zijn in het adaptief vermogen (conceptuele, sociale en praktische vaardig-

heden), EN

- Deze beperkingen en problemen ontstaan zijn voor het 18^e jaar (LKC LVG, 2005).

De groep met een IQ tussen de 70 en 85 (ook wel 'zwakbegaafd' genoemd) kan dus wanneer er sprake is van problemen in het adaptief vermogen worden gerekend tot de LVB doelgroep. In het licht van deze literatuurstudie is er eigenlijk altijd sprake van bijkomende problematiek. Daarnaast komen de sociaal-maatschappelijke problemen van jongeren met zwakbegaafdheid sterk overeen met die van jongeren met een IQ onder de 70 (Teeuwen 2012, VanDerNagel et al 2012). Wanneer er in deze studie gesproken wordt over LVB jongeren wordt dus gerefereerd aan de groep 16- 23 jarigen met een IQ tussen 50 en 85 met bijkomende problematiek.

NB. in een aantal publicaties wordt in plaats van over LVB gesproken over LVG (Licht Verstandelijk Gehandicapten). Hier wordt dezelfde groep bedoeld.

Problematisch middelengebruik en verslaving

De term 'middelen' verwijst over het algemeen naar psychoactieve stoffen: tabak, alcohol, drugs en medicijnen met psychoactieve werking. Middelen worden wel ingedeeld naar hun juridische status: legaal (alcohol, tabak, medicijnen volgens voorschrift) of illegaal (drugs op lijst I en II van de Opiumwet), of naar soort werking (stimulerend, dempend, bewustzijnsveranderend). Juist het meest gebruikte legale middel (alcohol) is vaak gerelateerd aan delinquent gedrag. Naast alcohol zijn ook stimulerende middelen duidelijk gerelateerd aan delinquentie. Voor het gebruik van middelen als tabak, cannabis en partydrugs is deze relatie minder duidelijk. Toch kunnen ook deze middelen in het kader van deze studie relevant zijn, aangezien ook niet-delict gerelateerd gebruik de behandeling van problematisch gebruik dat wel aan delinquent gedrag gerelateerd is kan compliceren. In deze studie wordt onder middelengebruik dan ook verstaan: 'alle gebruik van psychoactieve stoffen voor zover dit relevant is voor het ontstaan van of recidive van delinquent gedrag, en/of de behandeling van delinquente adolescenten met LVB en problematisch middelengebruik'.

Er kan van problematisch middelengebruik gesproken worden wanneer er sprake is van middelengebruik dat voldoet aan de DSM-IV criteria van misbruik of afhankelijkheid. De term "verslaving" is weliswaar de meest algemeen gebruikte term om naar afhankelijkheid van een middel te verwijzen, maar is formeel geen diagnostische kwalificatie of wetenschappelijk gedefinieerde term. In het kader van deze studie wordt ook middelengebruik met een relatie tot delict en/of recidive, alsmede experimenteelgedrag bij jongeren met een verhoogd risico op misbruik of afhankelijkheid onder 'problematisch gebruik' gevat. Korthedshalve zal in deze studie in plaats van problematisch middelengebruik ook gebruik gemaakt worden van de term 'verslaving'.

Triple en Quadruple problematiek

De term "Triple problematiek" wordt vaak gebruikt om te verwijzen naar de combinatie verslaving, LVB en psychiatrische comorbiditeit. In deze studie zullen we de term echter reserveren voor verslaving, LVB en delinquent gedrag. Deze vorm van Triple problematiek gaat in de praktijk ook vaak gepaard met psychiatrische comorbiditeit. In die gevallen zal de term quadruple problematiek (verslaving, LVB, delinquentie en psychiatrische comorbiditeit) worden gebruikt.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt op basis van literatuur en geraadpleegde experts de samenhang tussen delinquentie, LVB en problematisch middelengebruik beschreven. De drie soorten problematiek (delinquentie, LVB en middelengebruik) worden afzonderlijk en in samenhang besproken. Tevens worden oorzaken en omvang van de problematiek besproken.

In hoofdstuk 2 komen op basis van literatuur en ervaringen van experts in de praktijk de problemen van de jongeren met delictgedrag, LVB en middelenproblemen aan de orde.

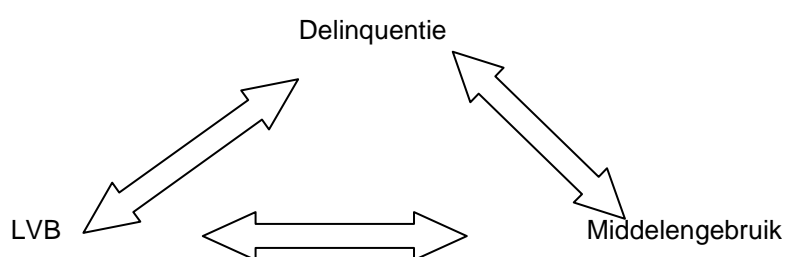
In hoofdstuk 3 bespreken we op basis van literatuur en geraadpleegde experts het interventieaanbod voor de doelgroep. Hierin bespreken we bestaande interventies in binnen- en buitenland.

In hoofdstuk 4 wordt beschreven welke aanbevelingen en verbeterpunten naar voren komen uit wetenschappelijke inzichten en meningen van experts over hoe de aanpak voor deze Triple problematiek er uit zou moeten zien. In het bijzonder wordt hierbij ingezoomd op zorgtoeleiding en screening, alsmede de behoefte aan interventies.

In hoofdstuk 5 wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen en volgen de belangrijkste conclusies en aanbevelingen.

Hoofdstuk 2 Delinquentie, LVB en middelengebruik: samenhang en omvang van de groep

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de oorzaken en aard van de problematiek en de omvang van de groep jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik. Eerst wordt besproken wat bekend is over de afzonderlijke groepen, adolescenten en jongvolwassenen in het strafrecht, delinquenten met een LVB, delinquenten en middelengebruik, en LVB en middelengebruik. Dit gebeurt zowel aan de hand van wetenschappelijke literatuur als aan de hand van geraadpleegde experts. In een afrondende paragraaf worden de drie factoren delinquentie, LVB en middelengebruik tezamen besproken.



2.1 Adolescente en jongvolwassen delinquenten

Het meeste criminologische onderzoek richt zich op adolescenten (12-18 jaar). Er is daardoor veel bekend over criminaliteit gepleegd door adolescenten. De laatste jaren is in criminologisch onderzoek meer aandacht voor de zogenoemde opkomende jongvolwassenheid (emerging adulthood) (Blokland et al, 2012). Hieruit komt naar voren dat jongvolwassen delinquenten (18-24 jaar) qua ontwikkeling, levensomstandigheden en crimineel gedrag meer lijken op adolescenten dan op volwassenen. Deze fase tussen 18 en 23 of 25 jaar is in de laatste eeuw sterk veranderd en de transitie naar volwassenheid duurt volgens sommige wetenschappers langer dan eerder gedacht. De leeftijd waarop mensen volwassen worden en bijvoorbeeld trouwen en kinderen krijgen is ver naar achteren geschoven en twintigers zijn vooral bezig met 'het zoeken naar zichzelf' (Blokland et al, 2012).

Aard en omvang delictgedrag adolescenten en jongvolwassenen

Algemeen voor alle Westerse populaties geldt dat delinquentie sterk toeneemt in de late kindertijd, piekt rond de leeftijd van 18-19 jaar, om vervolgens af te nemen (age crime curve zie bijv Loeber e.a, 2012). Het aannemen van volwassen rollen (zoals werk, trouwen, ouderschap) is voor veel delinquenten een reden om te stoppen met delictgedrag. Een vergelijking tussen adolescente en jongvolwassen delinquenten (Van der Laan et al, 2012) laat zien dat jongvolwassenen volgens geregistreerde criminaliteit meer betrokken zijn bij criminaliteit dan adolescenten. Beide groepen plegen ook andere typen delicten. Adolescenten plegen vaker winkeldiefstal, jongvolwassenen vaker werkgerelateerde diefstal en verkeersdelicten. Ook zijn jongvolwassen mannen vaker verdachte dan adolescenten, voor vrouwen is dit gelijk. In zelfrapportage studies wordt dat verschil niet gevonden. Antillianen zijn vaker verdacht als jongvolwassenen, Marokkaanse delictplegers zijn vaker verdachte als adolescent. Voor jongvolwassenen geldt dat zij het vaakst een boete krijgen opgelegd, voor adolescenten is dat de taakstraf. Jongvolwassenen worden bovendien vaker gestraft dan adolescenten. Wel blijkt de

recidive onder jongvolwassenen lager dan onder adolescenten, maar hoger dan onder volwassenen. Ook verschillen de risicofactoren voor crimineel gedrag van adolescenten (12-18) en jongvolwassenen (18-23). Bij adolescenten is vooral de peergroup een grote risicofactor, bij jongvolwassenen vooral het niet hebben van werk, een partner en kinderen. Criminogene factoren zijn kenmerken of omstandigheden die kunnen bijdragen aan het plegen van delicten (Vogelvang, 2005). Voor jeugd- en volwassenreclassering wordt onderstaande indeling van criminogene factoren gebruikt.

1. Delictgeschiedenis
2. Huidige / laatste delict en delictpatroon
3. Huisvesting en wonen
4. Opleiding werk en leren
5. Inkomen en omgaan met geld
6. Relaties met partner, gezin en familie
7. Vrienden, kennissen en vrijetijdsbesteding
8. Druggebruik
9. Alcoholgebruik
10. Geestelijke gezondheid
11. Denkpatronen, gedrag en vaardigheden
12. Houding

(Bron: Vogelvang, 2005)

2.2 Delinquente jongeren met een LVB

Jongeren met een lichte verstandelijke beperking vormen een kwetsbare groep. Zij zijn beperkt in hun cognitief en adaptief functioneren (AAID, Shalock et al, 2010). Cognitief zijn er beperkingen in de verschillende denkprocessen die zich afspelen in de hersenen gericht op begrip en geheugen. Adaptief zijn er beperkingen in de denkprocessen die nodig zijn voor het probleemoplossend vermogen in sociale situaties (De Wit et al, 2011). Jongeren met een LVB ervaren hierdoor problemen op diverse leefgebieden, terwijl aan het uiterlijk niet te zien is dat iemand een LVB heeft. Tegelijkertijd hebben deze jongeren wel behoefte aan autonomie, participatie en (sociale en maatschappelijke) waardering. Jongeren met een LVB willen graag zo 'normaal' mogelijk functioneren, maar lopen hierdoor tegen de complexiteit van de samenleving en de eigen grenzen aan. Door deze onvermogens ontstaat vaak een laag zelfbeeld, angst en maladaptief gedrag. Daarnaast zijn jongeren met een LVB vaak sterk beïnvloedbaar en – vanuit de wens 'er bij te horen'- geneigd om mee te gaan in de wensen en meningen van anderen. Uit zowel nationaal als internationaal onderzoek blijkt een duidelijke relatie tussen delinquentie en LVB, ook als gecontroleerd wordt voor sociaal economische status (Loeber, Slot & Sergeant, 2001; Farrington, 1995; Taylor & Lindsay, 2010). Er is geen bewijs voor een causaal verband tussen verstandelijke vermogens en criminaliteit (Taylor & Lindsay, 2010). Het is ook waarschijnlijk dat andere factoren een modererend effect hebben, denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheid dat personen met een LVB een hogere pakkans hebben of de zwakke opvoedvaardigheden van ouders (vaak ook LVB) die een rol kunnen spelen.

Oververtegenwoordiging jongeren met LVB in het strafrechtstelsel

Hoeveel personen met een LVB exact in aanraking komen met Justitie is onbekend omdat het aantal verstandelijk beperkten niet systematisch wordt bijgehouden in de populatie justitiabelen (Van Marle, 2004). Ook blijkt het heel moeilijk meetbaar omdat betrouwbare en snelle meetinstrumenten voor het

in kaart brengen van een lichte verstandelijke beperking nog niet voorhanden zijn (Kaal et al, 2010; Taylor & Lindsay, 2010). Wel is een LVB screeningsinstrument in ontwikkeling (Kaal et al, 2012a), maar vooralsnog kan alleen op basis van schattingen en onderzoeken van enkele deelpopulaties binnen Justitie uitspraken worden gedaan over het aantal licht verstandelijk beperkte jongeren. Op basis daarvan bestaat consensus over het feit dat de groep is oververtegenwoordigd binnen Justitie (Kaal, 2013). Uit Nederlands onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat 10 tot 20 % van de jongens met een LVB antisociaal of delinquent gedrag vertoont, veel vaker dan hun niet-LVB leeftijdgenoten (Douma et al, 2007). Uit onderzoek onder jongeren in een PIJ inrichting blijkt voorts dat de groep met een IQ tussen 50 en 85 met 39 % sterk oververtegenwoordigd is (Mulder, 2010). Onder jongeren die vastzitten in een JJI blijkt dat 40 procent een IQ tussen de 70 en 85 en 30 procent een IQ lager dan 70 heeft (Holland et al., 2002; Kroll et al., 2002). Ook wordt door professionals geschat dat binnen het strafrecht zo'n 30-50 % van de personen een LVB heeft, terwijl in de algemene bevolking hooguit zo'n 15 % tot de LVB doelgroep te rekenen is (Teeuwen, 2012).

Risicofactoren voor delinquent gedrag bij jongeren met een LVB

Er worden verschillende verklaringen gegeven voor de relatieve oververtegenwoordiging van LVB binnen het strafrechtelijk systeem. Volgens Koolhof et al (2007) is er bij jongeren met LVB vaak sprake van een hoog aantal risicofactoren voor delinquentie. Dit zijn veelal dezelfde risico- en beschermende factoren als niet-LVB jongeren maar zij worden vaker blootgesteld aan deze risicofactoren voor crimineel gedrag. Aan de andere kant beschikken zij over minder beschermende factoren om hen te weerhouden van delictgedrag. Het lijkt erop dat de LVB jongere vooral door risicovolle omgevingsfactoren in combinatie met hun impulsiviteit en sterke beïnvloedbaarheid sneller in de problemen raken (Collot 'd-Escury-Konigs, 2007). De literatuur is niet geheel eenduidig over welke risicofactoren nu een *grotere* rol lijken te spelen voor delinquente LVB jongeren ten opzichte van hun niet-LVB leeftijdgenoten. Dit heeft waarschijnlijk ook te maken met de verschillende definities voor LVB die gehanteerd zijn in de onderzoeken en de verschillende deelpopulaties binnen Justitie waar deze onderzoeken zijn uitgevoerd (zoals gevangenis, reclassering, PIJ-inrichtingen). Koolhof et al (2007) tonen bijvoorbeeld aan dat LVB delinquenten vooral kwetsbaarder zijn dan hun niet-LVB leeftijdgenoten wat betreft antisociale vrienden en een gebrek aan prosociale vrienden (Koolhof et al, 2007). Asscher e.a. (2012) vonden juist dat LVB jongeren minder vaak delinquente of antisociale vrienden hadden, hoewel bij beide groepen deze risicofactor groot was. Ook psychiatrie of zwakke pedagogische kwaliteiten van ouders spelen bij LVB jongeren waarschijnlijk een *grotere* rol (Teeuwen, 2012; Asscher et al, 2012) evenals tekorten in sociale (probleemoplossings)vaardigheden (Asscher et al, 2012; Van Nieuwenhuijzen, 2012). Daarnaast worden vaak genoemd psychiatrische problematiek (Teeuwen, 2012; Lindsay et al, 2011), impulsiviteit (Asscher, 2012) en agressiviteit (Asscher et al, 2012), en problematisch middelengebruik (Teeuwen, 2012; Lindsay et al, 2011). Ten aanzien van middelengebruik vinden Koolhof e.a. (2007) overigens geen verschillen tussen delinquente jongeren met en zonder LVB in middelengebruik en vinden Asscher e.a. dat delinquente jongeren met een LVB minder vaak problemen hadden met alcohol en drugs, hoewel dit niet aansluit bij bevindingen uit de literatuur. Kaal e.a.(2012a) vonden dat drugsgebruik bij jongeren in een PIJ-inrichting met een IQ onder de 70 lager lag, maar bij de groep met een IQ tussen 70-85 hoger ten opzichte van jongeren met een IQ boven de 85. Voor alcoholgebruik gold dat de groep met een IQ boven de 85 iets groter was dan de groep met een IQ tussen de 70 en 85. Ook het problematisch drankgebruik was bij de groep met een IQ onder de 70 het laagst.

LVB en de strafrechterketen

Een andere verklaring voor de oververtegenwoordiging van jongeren met een LVB in het strafrechtelijk systeem is het traject van delinquent gedrag tot veroordeling. Met de vermaatschappelijking van de gehandicaptenzorg is een beschutte omgeving weggevalen waarbinnen overtredingen van sociaal maatschappelijke normen niet snel tot strafrechtelijke interventie leiden (Teeuwen, 2012). De maatschappij legt mensen met een LVB langs dezelfde strafrechtelijke lat als mensen zonder LVB (Boertjes & Lever 2007). Hierdoor kan normoverschrijdend gedrag dat vroeger zonder strafrechtelijke bemoeienis werd afgedaan, nu wel tot vervolging leiden. Voor een groep jongeren met LVB geldt daarnaast dat zij hetzij zich niet of nauwelijks bewust zijn van het strafbare karakter van hun gedrag, ofwel dat zij door anderen aangezet worden tot het plegen van strafbare feiten. Wanneer er sprake is van het plegen van delicten in groepsverband, is het vaak de LVB jongere die bijvoorbeeld 'op de uitkijk wordt gezet', en vaker dan de overige groepsleden gepakt wordt (Teeuwen, 2012, VanDerNagel e.a, 2012). Het beperkte inzicht van jongeren met een LVB in de consequenties van hun gedrag en de risico's die ze lopen betreft te worden speelt daardoor mee in het binnenkomen van de strafrechterketen.

Daarnaast kunnen jongeren met LVB binnen het forensisch systeem niet altijd op begrip voor hun beperkingen rekenen. De verstandelijke beperking valt vanuit het gedrag van de jongere niet meteen op, de groep heeft een sterke neiging de eigen beperkingen verborgen te houden, en vanuit het beperkte perspectief van forensische zorg valt de veelheid van problematiek van een individu niet altijd op (De Geus & Roelvink, 2004). Hierdoor worden jongeren met LVB binnen het forensisch systeem niet als verstandelijk beperkt herkend, waardoor er in de strafrechtpleging geen rekening gehouden kan worden met deze beperking (Kaal e.a., 2012b). Zelfs als er wel bekend is dat er sprake is van LVB, is het de vraag of dit voldoende wordt meegewogen in het strafproces. Volgens de burgerschapsbenadering van LVB maken mensen met LVB deel uit van de samenleving, hetgeen vaak gelijk getrokken wordt met het hebben van dezelfde rechten en plichten. De vraag is of dat terecht is. Wil men iemand een strafbaar feit aan kunnen rekenen, dan moet er immers sprake zijn van willens en wetens handelen, van besef van normoverschrijding en daarmee van voldoende gewetens en cognitieve ontwikkeling (Boertjes & Lever 2007). Juist bij LVB lijkt de schuldvraag ten aanzien van strafbaar handelen heel betrekkelijk (De Geus & Roelvink, 2004). De opsomming van risicofactoren en problemen is des te schrijnender omdat deze jongeren vaak pas in de strafrechterketen voor het eerst professionele hulp krijgen (Teeuwen, 2012).

Soorten delicten en criminele carrière

Het type delictgedrag van personen met en personen zonder LVB komt grotendeels overeen. In de literatuur worden ook enkele verschillen gevonden. Zo beschrijven bijvoorbeeld Asscher e.a. (2012) dat adolescenten delinquenten met LVB vaker delicten plegen in de interactie met personen en vaker seksuele delicten dan delinquenten zonder LVB. Volgens Vogelvang e.a. (2012) plegen jongvolwassenen met LVB vooral delicten op basis van onvoorbereid en impulsief gedrag (brandstichting, inbraak, autodiefstal), geweldsmisdrijven (doodslag, bedreiging) en seksuele delicten. Dit doen zij vaker onder invloed of druk van anderen, of zonder te beseffen dat ze iets strafbaars doen. Delicten die meer planning vereisen (handel in drugs of beroving) komen minder vaak voor onder LVB jongeren (Vogelvang 2012). Volgens Van Marle (2004) neigen jongeren met een LVB ertoe om volgers te zijn, gemakkelijk beïnvloedbaar door anderen waardoor zij sneller in criminaliteit belanden.

Een LVB wordt ook gezien als een risico voor recidive (Cottle et al, 2001). Mensen met LVB blijven

langer crimineel actief dan normaalbegaafde jongeren. Het delictgedrag neemt na de adolescentiefase niet af maar blijft hoog bij mensen met een LVB. Uit onderzoek komt naar voren dat gemiddeld 10% van de mensen op hun 32e jaar nog veroordeeld wordt, terwijl dit percentage voor personen met een LVB 40% is (Van Bijleveld et al, 2012). Daarbij is de kans dat deze jongvolwassenen op hun 32e bijvoorbeeld een baan hebben 25% lager dan hun niet-LVB leeftijdgenoten, voor zowel de mannen als vrouwen. Zolang ze onder begeleiding staan lijken jongeren met LVB minder snel terug te vallen in delinquent gedrag. Wanneer deze steun wegvalt, neemt het recidiverisico weer toe (Vogelvang, 2012).

2.3 Middelengebruik onder delinquente jongeren

Oververtegenwoordiging justitiabele jongeren met middelengebruik

Middelengebruik wordt gezien als een risico voor criminele recidive (Cottle e.a. 2001). De omvang van het middelengebruik onder delinquente jongeren is hoog: ruim de helft van de jeugdige delinquenten in Nederland gebruikt drugs (Vreugdenhil, 2003). Bij jongeren met een PIJ maatregel is dit zelfs 64%, naast 34% alcoholproblematiek (Mulder, 2010). Ook bij jongeren in JJI's (alleen jongens, gemiddelde leeftijd 17,6 jaar) was het gebruik in de maand voorafgaand aan detentie erg hoog: 65% gebruikte cannabis, 18% cocaïne, 15% XTC, 9% amfetaminen en 3% heroïne. Daarnaast was er sprake van veelvuldig gebruik van grote hoeveelheden alcohol (Kepper e.a., 2011). In een meting met de RISc (een risicotaxatieinstrument van de volwassenreclassering) werd bij 39% van de jongvolwassen reclasseringscliënten een probleem met drugs en bij 30% een probleem met alcohol vastgesteld (Wits et al, 2012). Ook in de verslavingszorg wordt de relatie delinquentie – problematisch middelengebruik gezien. Van de jongeren t/m 18 jaar die zich aanmelden bij de ambulante verslavingszorg is 42% ooit in aanraking geweest met Justitie (IVZ, 2010).

Samenhang tussen delictgedrag en middelengebruik

Er zijn verschillende manieren waarop delinquent gedrag en middelengebruik kunnen samenhangen:

- Middelengebruik kan voorafgaan aan delinquent gedrag, omdat veel middelen drempelverlagend werken en angst wegnemen (Van Dijk, Sagel-Grande & Toonrvloet, 2006; Burnett, 2004; Loeber & Hay, 1997).
- Middelengebruik leidt tot normovertredend gedrag, waarbij gedacht kan worden aan overtredingen van de Opiumwet, maar ook aan verwervingscriminaliteit. In een onderzoek onder 1147 jongeren met een PIJ maatregel was er bij 36% een relatie tussen middelengebruik en het delict (Mulder, 2010).
- Delinquent gedrag kan ook voorafgaan aan middelengebruik: jongeren komen vaak pas na aanvang van een criminele carrière in contact met middelen via het middelengebruik binnen de delinquente cultuur (Maruna, 2001).
- Gemeenschappelijke factoren als een genetische aanleg, problematische thuissituatie of bepaalde persoonlijkheidskenmerken (impulsiviteit en sensation seeking) kunnen ten grondslag liggen aan zowel delinquentie als risicovol middelengebruik (D'Amico e.a., 2008, Dick e.a., 2008; Van der Heiden - Attema & Bol, 2000, Heaven, 1996; Castellanos & Conrod, 2006; Conrod e.a., 2006, Maruna, 2001). Middelengebruik en delinquentie kunnen elkaar versterken in een patroon van wederzijdse veroorzaking (Loeber et al, 2001).

Naast de directe effecten van gebruik van een middel op (delinquent) gedrag zijn er ook effecten van gebruik op langere termijn (afhankelijkheid, biologische-, psychologische-, en sociale gevolgen). Deze effecten gaan met name bij harddruggebruik met marginaliseren gepaard, hetgeen opnieuw samen-

hangt met delinquent gedrag. Ook bij jongeren met harddruggebruik is dit verschijnsel waargenomen (Coumans, 2005; Van der Poel & Van de Mheen, 2006). Onder middelengerelateerde criminaliteit worden de volgende soorten criminaliteit verstaan (EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction):

- Criminaliteit gepleegd onder invloed.
- Criminaliteit om geld of drugs te bemachtigen om gebruik voort te zetten.
- Criminaliteit samenhangend met de illegale drugshandel.
- Overtredingen van drugswetgeving.

Alcoholgebruik is gerelateerd aan het risico op agressie onder jongeren, en hangt vooral samen met de eerste soort middelengerelateerde criminaliteit, terwijl illegale middelen een relatie met alle vier hebben.

2.4 Middelengebruik bij jongeren met LVB

Mensen met LVB worden steeds meer gezien als een risicogroep voor problematisch middelengebruik (Van DerNagel e.a, 2012). Het betreft een groep vaak kwetsbare mensen, die zich in de maatschappij vaak met moeite staande kan houden. Hoewel er nog steeds zorg en bescherming voor deze groep is, is er ook sprake van toenemende focus op sociaal maatschappelijke participatie en inclusie. Dit brengt kansen en mogelijkheden met zich mee, maar ook de confrontatie met risico's en gevaren in de maatschappij. De maatschappij waarin deze groep moet integreren is bovendien steeds complexer, dynamischer, sneller en vol van informatie. Hoewel de focus op inclusie en normalisatie goed aansluit bij de behoefte aan zelfbepaling en autonomie van individuen lijkt een groep mensen met LVB hierin ook overvraagd te worden en de aansluiting te missen. Middelengebruik kan voor deze groep een manier zijn om toch in sociaal opzicht aansluiting te vinden, de eigen zelfstandigheid en keuzevrijheid tot uiting te brengen, of om te gaan met problemen die het leven met zich meebrengt (Taggart et al, 2007; Slayter, 2010).

Aard en omvang middelengebruik onder LVB jongeren

De indruk bestaat dat met de focus op participatie het middelengebruik onder mensen met LVB is toegenomen (McGillicuddy 2006). Hoewel onder mensen met een verstandelijke beperking nog steeds relatief veel geheelonthouders zijn, lijken degenen die gebruiken door dit gebruik vaker in de problemen te komen (McGillicuddy, 2006; VanDerNagel, 2012; Hammink & Schrijvers, 2012). Bij LVB jongeren in Nederland betreft dit over het algemeen gebruik van cannabis, bij volwassenen meer het gebruik van alcohol (Van DerNagel e.a, 2011a; Hammink & Schrijvers, 2012). In tegenstelling tot Hammink & Schrijvers (2012) vond VanderNagel (2011a en 2012) juist een verhoogd percentage harddruggebruik. Het percentage (problematisch) middelengebruik verschilt overigens waarschijnlijk per setting. In het onderzoek van Hammink & Schrijvers liep het gebruik uiteen van ongeveer 20% (jongeren in LVB zorg en begeleid door MEE), tot ongeveer 75% (cliënten met LVB en bijkomende problematiek buiten de LVB zorg) (Hammink & Schrijvers, 2012). Ook in behandelinstellingen (SGLVG en OBC, Sterk gedragsgestoord Licht Verstandelijk gehandicapte behandelcentra, Orthopedagogische BehandelCentra) is het percentage gebruikers hoog (VanDerNagel e.a, 2012). LVB jongeren lopen mogelijk meer risico op problematisch middelengebruik vanwege een hogere prevalentie van psychosociale risicofactoren zoals psychiatrische comorbiditeit, problemen in interactie, werk, dagbesteding en relaties (Didden et al, 2009; VanDerNagel et al, 2012). Daarnaast komen relatief veel jongeren met LVB uit gezinnen met lage sociaal economisch status. Ook speelt peer-pressure in deze groep waarschijnlijk een bijzonder grote rol (VanDerNagel e.a, 2012). Hammink & Schrijvers

(2012) vond vergelijkbare risicofactoren om te gaan gebruiken voor LVB en niet-LVB jongeren. Bij de LVB jongeren waren echter méér risicofactoren aanwezig. De invloed van peers lijkt de belangrijkste reden te zijn voor LVB jongeren om met gebruik te beginnen, terwijl er bij het continueren van gebruik vaker sprake is van functioneel gebruik, bijvoorbeeld als zelfmedicatie, om problemen te vergeten of om met stress om te gaan (Taggart et al, 2007, Hammink & Schrijvers 2012, VanDerNagel e.a, 2012). Jongeren met LVB hebben daarbij minder mogelijkheden de negatieve gevolgen van middelengebruik te beperken, door een tekort aan inzicht in de problemen, vaardigheden en adequate copingmechanismen (Didden et al, 2009; VanDerNagel e.a, 2012). Juist de groep met een IQ tussen de 70 en 85 lijkt (ten opzichte van de groep LVB met een IQ van 50-70) een verhoogd risico te hebben voor middelenproblematiek. Dit wordt verklaard door het feit dat deze groep een meer zelfstandig en minder beschermd leven leidt en daardoor makkelijker in aanraking komen met middelen (VanDerNagel e.a, 2012, Hammink & Schrijvers 2012). Terwijl voor mensen met een verstandelijke beperking de gevolgen van gebruik zich eerder en sterker manifesteren, wordt vaak pas in een later stadium hulp gezocht (Mutsaers e.a. 2007).

Cognitieve problemen door middelengebruik

Middelengebruik kan ook cognitieve problemen veroorzaken. Jongeren met alcoholafhankelijkheid scoren in vergelijking tot niet-drinkende jongeren slechter op een aantal cognitieve taken. Het talig vermogen, aandacht, leren, het geheugen en ruimtelijk inzicht blijven achter. Zwaar drinken op jonge leeftijd kan functionele achterstanden tot gevolg hebben die jongeren hinderen in hun leervermogen en kan negatieve effecten hebben voor het functioneren op school. Het staat niet vast of cannabisgebruik fysieke schade toebrengt die in directe relatie staat tot een verminderd leervermogen, de aandachtsfunctie of andere cognitieve processen. Het is wel evident dat cannabisgebruik op korte termijn aantoonbare effecten heeft op het cognitieve functioneren van mensen. Tot de directe effecten van blowen behoren een lagere reactiesnelheid, geringer visueel-spatieel concentratievermogen, aandachtsproblemen en een slechter geheugen (Ter Bogt e.a., 2009). Mogelijk zijn jongeren met LVB extra gevoelig voor dit soort effecten van middelengebruik.

2.5 Triple problematiek: samenhang LVB, verslaving en delinquentie

Aard en omvang triple-problematiek volgens literatuur

De literatuur over de combinatie van delinquentie, LVB en problematisch middelengebruik is schaars en betreft vooral volwassenen of jongvolwassenen. Wel duidt deze op een duidelijke samenhang van de triple-problematiek. In Vlaanderen vonden Vandevelde e.a. (2005) bijvoorbeeld dat vijftig procent van een groep gedetineerden met middelenproblemen, een laag IQ had. Een oriënterend onderzoek onder volwassenen in een forensische verslavingskliniek (Tactus verslavingszorg, 2013 ongepubliceerd) leverde een relatieve oververtegenwoordiging van LVB op. Asscher e.a. (2012) vonden juist dat de groep delinquente jongeren met LVB minder vaak middelenproblemen had dan delinquente jongeren zonder LVB. Wel was de bijdrage die middelengebruik aan het delict leverde voor de LVB groep even groot als voor de niet LVB groep. In een vergelijking tussen jongvolwassen delinquente en niet-delinquente LVBers in Australië bleek de delinquente groep meer middelen te gebruiken dan de niet-delinquente groep (McGillvray & Moore 2001). Bovendien bleek een aanzienlijk deel van het delinquente gedrag gelieerd te zijn aan het middelengebruik, met name wanneer het ging om inbraak, diefstal en gewapende overval, en in iets mindere mate wanneer het ging om seksueel misbruik en mishandeling (McGillvray & Moore 2001). Daarbij viel op dat de delinquente subgroep slechts beperkt inzicht had in de effecten van middelen op hun gedrag. Op basis van deze bevindingen doen de au-

teurs dan ook een oproep tot meer primair preventieve programma's voor jongeren met LVB, en meer dan gebruikelijk intensieve behandelprogramma's voor personen met LVB die middelen gebruiken. Ook in een vergelijking van dossiers van 120 jongeren (109 jongens en 11 meisjes tussen 12 en 23 jaar, gemiddelde leeftijd 15 jaar) van de William Schrikker Jeugdreclassering (LVB jongeren met delinquent gedrag) bleek de groep ten opzichte van een niet-delinquente LVB controlegroep vaker middelen te gebruiken en bijkomende problemen te hebben (Teeuwen, 2012). In de delinquente groep gebruikte 56% alcohol en 46% drugs (met name cannabis), in de controlegroep was dit 27% en 4%. In de delinquente groep had ongeveer 20% van de alcoholgebruikers (het gaat dus om ca 11% van de jongeren) en 50% van de druggebruikers (het gaat dus om ca 23% van de jongeren) een alcohol – respectievelijk drugprobleem. Volgens de dossiers speelde ontremming, agressie en een door middelengebruik verminderde controle en gewetensfunctie bij een aantal delicten een rol. Uit onderzoek onder delinquente jongeren met een PIJ-maatregel en een LVB (Kaal e.a., 2012a) komt naar voren dat 22% van de groep met een IQ tussen 70 en 85 drankproblemen heeft ten opzichte van 26% in de groep met een IQ boven 85. Jongeren met een IQ onder 70 hebben in 17% van de gevallen een drankprobleem. Problemen met drugsgebruik komt bij de jongeren met een IQ tussen 70-85 het meest voor, namelijk in 39,5% van de gevallen, terwijl de groep met een IQ onder de 70 in 29,5% van de gevallen problemen ervaart en de groep met een IQ boven 85 in 35 % van de gevallen.

Aard en omvang triple-problematiek volgens experts (jeugd)reclassering

Tijdens de expertmeeting werd aan de experts de vraag voorgelegd of en hoe vaak men in de reclasseringspraktijk te maken heeft met de triple-problematiek groep. De experts geven aan dat zij regelmatig te maken krijgen met deze groep en dat vaak sprake is van veel problemen en knelpunten in de aanpak (zie hierover verder hst 3). Een probleem is dat zowel de LVB als de verslaving niet gestandaardiseerd worden gemeten bij Justitie. Als een LVB herkend is (op basis van IQ-score, type onderwijs, of klinisch oordeel) wordt deze vaak doorverwezen naar de William Schrikker Groep (WSG). Toch komen ook veel jongeren met een LVB bij Bureau Jeugdzorg Overijssel (BJZO) en Tactus terecht, hier is of wordt de LVB niet altijd herkend. Ook een middelenprobleem is moeilijk meetbaar en wordt niet altijd herkend. Jongeren die bij de SVG binnenkomen zijn herkend op hun middelengebruik. Bij De WSG en BJZO komt een dergelijk probleem ook vaak voor maar wordt niet altijd herkend. Vooralsnog bestaat er geen instrument waarmee bij een jongere die in aanraking komt met Justitie wordt bekeken of er sprake is van een LVB. Deze is wel in ontwikkeling en dit acht men ook hard nodig. Een meetinstrument dat middelenproblemen in kaart brengt (SumidQ) is wel voorhanden maar wordt niet standaard gebruikt buiten de verslavingszorg. Hoewel experts het lastig vinden een inschatting te maken van het aantal jongeren met triple-problematiek in eigen caseload schat een expert van BJZO een percentage van 10-20 %, een expert van Tactus een percentage van 30% en ook een expert van de WSJR dat een percentage van 30% behoort tot de groep met triple-problematiek.

Daarbij wordt zowel vanuit Tactus als vanuit WSG aangegeven dat bij hen het topje van de ijsberg terecht komt als het gaat om justitiabelen met verslavingsproblematiek respectievelijk LVB-problematiek doordat veel niet wordt opgemerkt of doorverwezen. Als een jongere bij Tactus of de WSJR terecht komt is altijd wel ergens duidelijk geworden dat er een link bestaat tussen middelengebruik/LVB en het delictgedrag, een ander groot deel komt bij overige reclasseringsorganisaties terecht.

Hoofdstuk 3

De problemen met jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik in Nederland

In dit hoofdstuk worden de problematiek van jonge delinquenten met LVB en problematisch middelengebruik vanuit de dagelijkse praktijk geschetst evenals de knelpunten in de aanpak van deze groep. Hierbij wordt gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur, een aantal rapporten en informatie uit de expertmeeting.

3.1 Literatuur: problematiek van de doelgroep in Nederland

Uit literatuur komt naar voren dat delinquente jongeren met een LVB en problematisch middelengebruik naast de triple- problematiek vaak met andere problemen kampen. Hieronder worden deze problemen besproken.

Bijkomende aandoeningen en problemen

Naast de drie elementen van Triple problematiek (verstandelijke beperking, delinquentie, middelengebruik) en de in hoofdstuk 1 genoemde risicofactoren wordt deze groep gekenmerkt door een hoog percentage bijkomende problematiek. Bijna 30 tot 40 % van de jongeren met een LVB (niet-specifiek delinquent of middelengebruiker) heeft ook een psychiatrische stoornis, en de groep heeft een grote kans om op latere leeftijd psychiatrische stoornissen te ontwikkelen (Van Nieuwenhuijzen, 2012). In een Vlaamse studie naar gedetineerden met middelengebruik en uiteenlopende cognitieve niveaus had de groep met een laag IQ meer bijkomende problematiek, zoals familieproblemen en psychologische problemen (Van de Velde, 2005). In de studie van Teeuwen (2012) werd de groep delinquenten met een LVB (niet specifiek middelengebruiker) gekenmerkt door – ten opzichte van een controlegroep van niet-delinquente LVB jongeren- een laag zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, impulsief gedrag, beperkte sociaal emotionele ontwikkeling, voornamelijk externaliserende copingstijlen, hoge mate van beïnvloedbaarheid, veelal vrienden met een negatieve invloed, en een hoge frequentie van ingrijpende levensgebeurtenissen. Ruim 95% van de jongeren had een of meer ingrijpende levensgebeurtenissen meegemaakt zoals echtscheiding, overlijden een of beide ouders, huiselijk geweld, middelenmisbruik en/of psychiatrische problematiek bij ouders, fysiek en/of seksueel geweld. Voor 35% van de jongeren waren dit zelfs vijf of meer life events. Ook de psychiatrische comorbiditeit in deze groep was hoog: naast 48% gediagnosticeerde psychiatrische comorbiditeit was er ook sprake van jongeren met gedragsproblemen bij wie (nog) geen formele diagnose was gesteld. Desalniettemin bleek dat bijna de helft van de onderzoekspopulatie in de periode voor het delict nog geen vorm van hulpverlening had gehad, terwijl dit voor de niet-delinquente controlegroep (met veel minder ernstige en frequente problemen) slechts 30% was.

Gebrek aan adequate zorg

Voor de jongeren met triple-problematiek is sinds enige jaren een justitiële jeugdinterventie voorhanden, namelijk Stay-a-way Plus. Voor delinquente jongeren (en volwassenen) met LVB zijn sinds een paar jaar enkele specialistische interventies beschikbaar binnen het strafrechtelijk systeem of in ontwikkeling (Deze worden nader beschreven in hst 4). Een groot deel van de LVB jongeren in het strafrechtstelsel profiteert echter nog onvoldoende van specialistische zorg. Daarvoor zijn een aantal

verklaringen. Wanneer binnen het forensisch systeem de LVB niet opvalt, kan deze niet meegewogen worden in de oplegging van straf en/of maatregelen. Daarbij bestaat het gevaar dat er interventies worden aangeboden die bij LVB jongeren niet beklijven, en mogelijk tot een nieuwe faalervaring leiden (Kaal et al, 2012b). Met name de zwakbegaafde groep en de verbaal meer begaafde jongeren vallen niet op als zijnde verstandelijk beperkt, zeker niet wanneer zij 'streetwise' zijn of zich verschuilen achter een ongeïnteresseerde houding. Daarnaast is het screenen op verstandelijke capaciteiten van jongeren binnen het strafrecht niet gebruikelijk. Ook bijkomende problematiek kan een verklaring zijn voor het niet opvallen van de LVB. De aandacht gaat dan meer uit naar de acute zorgvragen op sociaal maatschappelijk en/of psychiatrische vlak. Wanneer er sprake is van middelenproblematiek, is de verslavingszorg voor cliënten met LVB vaak onvoldoende toegankelijk (Slyter 2010, McGillicuddy, 2006). Dat lijkt ook voor de Nederlandse situatie op te gaan (Hammink & Schrijvers 2012, VanDerNagel e.a, 2012). Reguliere behandelprogramma's in de verslavingszorg zijn voor deze doelgroep vaak niet geschikt, omdat zij te verbaal en teveel op inzicht gericht zijn, en te weinig herhaling en vaardigheidstraining aanbieden (Den Ouden & Wit, 2011, VanDerNagel e.a, 2012). Daarnaast legt de verslavingszorg vaak te veel verantwoordelijkheid bij en verwacht te veel van de motivatie van het individu (Hammink & Schrijvers 2012, VanDerNagel e.a, 2012). Ook in specialistische programma's voor delinquenten met LVB is het aanbod voor middelenproblematiek zeer beperkt. In het "Zorgprogramma voor gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking" (Nijmeijer, 2008) wordt verslaving onder gedetineerde LVB'ers niet als psychiatrische stoornis, maar slechts als een voorbeeld van 'probleemgedrag' genoemd. In dit rapport wordt samenwerking met de verslavingszorg niet als onderdeel van de zorgketen voor LVB genoemd (wel: ketenpartners GGZ, VGzorg en/of SGLVG, Geestelijke Gezondheidszorg, Verstandelijk Gehandicapten zorg en/of Sterk Gedragsgestoorte LVG zorg). Er wordt wel verwezen naar de module CRA in het programma verslaving met de aantekening dat deze aanpak goed aansluit bij de doelgroep.

Mismatch zorgaanbod en zorgvraag

Een tekortschietend hulpverleningsaanbod bemoeilijkt de hulpverlening aan jongeren met triple problematiek. Een ander probleem is dat jongeren met LVB en problematisch middelengebruik lang niet altijd zelf een zorgvraag hebben (Hammink & Schrijvers, 2012). Volgens enkele Nederlandse onderzoeken onder problematisch druggebruikers in het strafrecht hebben justitiabelen zelf vooral behoefte aan praktische hulp bij onder meer huisvesting, financiën, werk- of dagbesteding (Hammink & Schrijvers 2012), terwijl hulpverleners eerder behandeling voorstellen. Daarbij komt dat (problematisch) middelengebruik vaak een contra indicatie is voor zorg vanuit een LVB organisatie (Hammink & Schrijvers 2012, VanDerNagel e.a, 2012). Juist op de gebieden waar de jongere mogelijk wel tot zorg te verleiden is (wonen, dagbesteding, werk), is het dus moeilijk een passend aanbod te vinden.

Forensische ontwikkelingen

Hoewel delinquente jongeren met LVB en problematisch middelengebruik op meerdere terreinen hulp nodig hebben, bestaat het risico dat zij voornamelijk te maken krijgen met sancties, in plaats van hulp. Hierin spelen een negatieve proceshouding en beperkt begrip van het forensische systeem een rol (Teeuwen 2012). Sterker nog, een aantal gedragingen die passen bij of voortkomen uit de verstandelijke beperking (grote mond, proceshouding, wijze van beantwoorden van vragen, gebrek aan begrip van het laakbare karakter van het delict, beperkt medeleven met slachtoffer, beperkt meewerken aan behandeling) kunnen geïnterpreteerd worden als tekenen van desinteresse of psychopathisering (De Geus & Roelvink 2004). De LVB jongere die vanuit gebrekkig normbesef en gebrek aan vaardighe-

den op naïeve wijze bij een delict betrokken raakt, kan hierdoor juist als verharde en onverbeterlijke crimineel overkomen.

3.2 Experts: problematiek en knelpunten in de reclasseringsaanpak

Aan de (jeugd)reclasseringsexperts is gevraagd welke problemen zij zien bij de doelgroep met triple-problematiek binnen de reclasseringspraktijk. De volgende problemen worden door hen benoemd:

- *Bijkomende aandoeningen en problemen*
Zoals ook uit de literatuur naar voren komt geven de experts aan dat naast de LVB, de verslaving en het delictgedrag er bijna altijd sprake is van veel bijkomende problematiek zoals lage SES, moeilijke gezinssituatie, psychische problemen, geen positieve dagbesteding, zwak sociaal netwerk, schuldenproblematiek, verwaarlozing etc. De experts spreken van een groep met 'veel onmogelijkheden en weinig mogelijkheden'. Het middelengebruik versterkt het reeds aanwezige negatieve gedrag bij deze doelgroep nog eens extra. Ook zorgen grote veranderingen in het leven van de jongere vaak voor stress en zijn een risico voor deze doelgroep om bijvoorbeeld naar middelen te grijpen.
- *Een gebrek aan motivatie om het middelenprobleem aan te pakken*
Dit is volgens experts een zeer groot probleem, zowel bij verslaafde LVB jongeren als bij niet-LVB jongeren. Ook al hoeft motivatie niet bij voorbaat aanwezig te zijn, het is erg moeilijk om motivatie te creëren om het middelenprobleem aan te pakken.
- *Gebrek aan kennis, affiniteit en vaardigheden over de doelgroep bij de verschillende organisaties*
Er zijn binnen de organisaties experts op de verschillende deelgebieden LVB, verslaving of delictgedrag maar er zijn amper professionals die voldoende kennis hebben van de totale triple-problematiek. Er is zowel gebrek aan kennis en kunde rondom middelengebruik als rondom LVB binnen de organisaties. Ook wordt aangegeven dat het een doelgroep is waar je 'wat mee moet hebben'. Niet iedereen wil en kan met deze groep werken.
- *Ontbreken van passend zorgaanbod*
Het ontbreekt volgens de experts aan passend zorgaanbod, er is geen specifieke begeleiding voor deze jongeren binnen jeugd- en volwassenreclassering. Binnen jeugdreclassering bestaat een aparte organisatie voor LVB, niet voor verslaving, binnen volwassenreclassering bestaat een aparte organisatie voor verslaving, niet voor LVB. Bij de verschillende reclasseringsorganisaties zijn her en der specialisten aangewezen voor LVB, middelenproblematiek of zijn bepaalde teams extra getraind maar dit is nog te incidenteel en per deelgebied geregeld. Het is meestal afhankelijk van de kennis en kunde van een werker of diegene kan omgaan met de specifieke doelgroep LVB, verslaving en crimineel gedrag. Ook is er weinig aanbod om door te verwijzen. Experts geven aan dat bijvoorbeeld het vinden van een passende dagbesteding voor de doelgroep erg moeilijk is, terwijl een positieve dagbesteding van groot belang is. Het beperkte aanbod dat er is, is eenzijdig en sluit daardoor niet altijd aan. Dit betreft bijvoorbeeld plekken in de bosbouw, maar daar hebben niet al deze jongeren behoefte aan.
- *Verschillen Jeugd- en volwassenstrafrecht*
Als jongeren achttien worden krijgen zij te maken met andere geldstromen en een ander hulp- en

voorzieningenaanbod. Een jongere kan dan op veel plekken niet meer terecht en de overgang is niet geleidelijk geregeld. Ook zijn er verschillen in hoe de jeugd- en volwassenstrafrechtketen zijn georganiseerd. Het ketenoverleg is binnen de jeugdstrafrechtketen meer georganiseerd in casusoverleggen, op dat niveau kan ook makkelijker kennis worden gedeeld over complexe doelgroep. In de volwassenketen is dit minder geregeld en heeft men tevens te maken met de ZSM werkwijze (Zo spoedig mogelijk). Experts denken dat de werkwijze en het uitgangspunt van de ZSM werkwijze niet zal helpen om de doelgroep met triple-problemen te herkennen en toe te leiden naar een passend hulpaanbod. In deze werkwijze worden lichte delicten zo snel mogelijk afgedaan zonder dat veel tijd is om te kijken naar de problematiek van de dader. Bij een dergelijke wijze van afdoening is minder ruimte om te zoeken naar een passend aanbod voor de problematiek van de dader. Binnen de volwassenreclassering is de begeleiding vooral gericht op de persoon en richt men zich minder dan binnen jeugdreclassering op het betrekken van gezin en systeem. In de begeleiding wordt meer uitgegaan van de zelfstandigheid van de cliënt. Dit werkt vaak nog onvoldoende bij deze doelgroep.

De laatste jaren hebben enkele expertmeetings plaatsgevonden over LVB en verslaving, al dan niet in combinatie met forensische en/of psychiatrische problematiek (Kaal e.a., 2009; Hammink & Schrijvers e.a., 2012). Uit deze expertmeetings kwamen veelal vergelijkbare knelpunten naar voren als uit literatuur en de huidige expertmeeting:

- *De zorgbehoeften zoals ervaren door de doelgroep komen niet overeen met de inschatting van zorgbehoefte door de hulpverleners en uit de wetenschappelijke literatuur*
Cliënten hebben vooral behoefte aan praktische ondersteuning (huisvesting, financiën, werk- of daginvulling), terwijl hulpverleners zorg voor met name de verslavings- en psychiatrische problematiek belangrijk vinden (Kaal et al, 2009). Veel jongeren en volwassenen met gecombineerde LVB en middelengebruik geven zelf aan dat zij geen specifieke zorgbehoeften hebben, maar vooral een behoefte om gehoord te worden (Hammink & Schrijvers, 2012). Ook geven jongeren aan dat ze nergens terecht kunnen voor hulpverlening: ze vallen telkens tussen de instelling in.
- *Onvoldoende diagnostiek in een vroeg stadium*
Het gaat hierbij om zowel diagnostiek m.b.t. LVB, verslaving als psychiatrische comorbiditeit. Belangrijke hindernis hierbij is dat bestaande instrumenten vaak niet geschikt zijn voor deze doelgroep. Wat betreft de LVB wordt aanbevolen niet alleen af te gaan op uitkomsten van IQ onderzoek, omdat dit weinig zegt over zorgbehoefte, mogelijkheden en recidive gevaar (Kaal et al, 2009).
- *Interventies moeten beter aansluiten bij de doelgroep*
Hulpverleningsdoelen moeten afhankelijk van individuele problematiek worden gesteld. Cliënten hebben vaak weinig motivatie voor behandeling en interventies zijn nog onvoldoende aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt (Hammink & Schrijvers, 2012).
- *Professionals zijn niet voldoende toegerust voor deze problematiek*
Medewerkers in de LVB zorg vinden het moeilijk middelengebruik te bespreken zonder veroordelend te zijn moeilijk (Hammink & Schrijvers, 2012). De aanpak van de verslavingszorg met focus op eigen motivatie en hulpvraag sluit niet aan bij de doelgroep LVB. Medewerkers in de verslavingszorg hebben behoefte aan tools en tips voor gespreksvoering en bejegening van LVB

(Hammink & Schrijvers, 2012).

Hoofdstuk 4

Wat is nodig voor delinquente jongeren met LVB en problematisch middelengebruik?

In hoofdstuk 2 beschreven we hoe LVB, delinquentie en middelengebruik met elkaar samenhangen. In hoofdstuk 3 werd duidelijk hoe complex de problemen van de triple problematiek groep is en welke knelpunten naar voren komen uit de (reclasserings)praktijk. In dit hoofdstuk gaan we nader in op werkzame elementen voor de aanpak van deze groep. Allereerst worden enkele bestaande interventies benoemd. Vervolgens wordt ingegaan op interventies en behandelprincipes bij de verschillende soorten problematiek volgens literatuur en wordt op basis van de expertmeeting en literatuur over eerdere expertmeetings ingezoomd op wat nodig is voor de doelgroep.

4.1 Interventies voor de doelgroep in Nederland

Een korte inventarisatie van interventies voor triple problematiek leverde drie methodieken op, die recent zijn ontwikkeld. Aanvullend op de korte beschrijving hieronder is in Bijlage 2.1 en 2.2 nadere informatie over de methodes te vinden. Naast de interventie voor triple problematiek, zijn er verschillende behandelvormen die zich op twee van de soorten problematiek richten.

Interventies gericht op triple problematiek:

- *Stay-a-way (Justitiele interventie)*

Stay-a-way Plus is een LVB variant op het reguliere programma Stay-a-way (Den Ouden & Wit, 2011), een gedragsinterventie bedoeld voor jeugdige delinquenten tussen 12 en 23 jaar bij wie sprake is van risicovol middelengebruik en een midden of hoog dynamisch risicoprofiel. De Plus variant is bedoeld voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking en is erkend als goed onderbouwde gedragsinterventie door het Ministerie van Justitie.

- *Open en Alert & Bekijk het nuchter*

Open en Alert is een alcohol- en drugspreventie methodiek voor risicosettings en is door de Erkeningscommissie van het Centrum Gezond Leven erkend als theoretisch goed onderbouwd. Doelstelling is het (problematisch) gebruik van alcohol en drugs door jongeren in deze settings te voorkomen of zo goed mogelijk te begeleiden. Voor cliënten met LVB is er het preventieprogramma Bekijk 't nuchter. Bekijk 't nuchter bestaat uit twee onderdelen: voorlichtingsbijeenkomsten voor (jonge) mensen met LVB en een motivatietraining voor degenen die alcohol en/of drugs gebruiken. Open en Alert projecten lopen in de residentiële jeugdhulpverlening, het jongerenwerk, justitiële jeugdinrichtingen en in LVB-settings.

- *Serie 'Omgaan met Middelen & Verslaving'.*

Deze training wordt aangeboden binnen Stichting Trajectum Hoeve Boschoord aan jongeren en volwassenen met LVB en riskant middelengebruik/verslaving met ernstige gedrags- of psychische problematiek (waaronder vaak forensische problematiek). De drie trainingen kunnen als drieluik worden gegeven, maar kunnen ook los van elkaar uitgevoerd worden.

Interventies gericht op twee aspecten van de triple problematiek

Daarnaast bestaan binnen jeugd- en volwassenstrafrecht maar ook daarbuiten een aantal (erkende) gedragsinterventies die zich richten op ofwel jonge/volwassen delinquenten met een LVB, ofwel jonge/volwassen delinquenten met verslavingsproblemen. We volstaan hier met het geven van een korte opsomming.

- De CoVa+. een gedragsinterventie voor volwassenen gericht op het aanpassen van cognitieve disfuncties bij justitiabelen met een intelligentieniveau tussen een IQ van 70 en 90.
- De (korte) leefstijltraining is gericht op het terugdringen van criminele recidive door verandering van het problematisch middelengebruik en/of gokgedrag. De leefstijlinterventies worden door Resultaten Scoren in 2014 vervangen door nieuwe protocollen Cognitieve Gedragstherapie voor Verslaving, waarbij ook een LVB variant wordt ontwikkeld (VanDerNagel & Kiewik, verschijnt 2014)
- Minder Drank of Drugs is een groepsinterventie voor mensen met LVB en problematisch middelengebruik (Den Ouden, 2012)
- So-Cool is een justitiële gedragsinterventie voor delinquente jongeren van 12-23 jaar met een IQ 50-85 en gericht op het verbeteren van cognitieve en sociale probleemoplossingsvaardigheden.
- Nieuwe perspectieven bij terugkeer LVB (NPT-LVB) is een nazorgprogramma voor jongeren van 16 tot en met 23 jaar met een LVB die terugkeren uit een Justitiële instelling.
- Functional Family Therapy (FFT) is een relationele gezinstherapie voor jeugdigen met (IQ > 55) die in de leeftijd van 12 t/m 17 jaar een of meerdere delicten gepleegd hebben.
- Multidimensionele Familie therapie (MDFT) is een behandelprogramma voor jongeren van 12 tot 19 jaar met meervoudige gedragsproblemen, waaronder in ieder geval delinquentie en overmatig gebruik van alcohol of drugs. De LVB variant is in ontwikkeling.

4.2 Literatuur: Wat werkt voor de doelgroep?

Er is zeer beperkte literatuur beschikbaar waarin wordt aangetoond welke interventies effectief zijn voor delinquente LVB jongeren met middelenproblematiek. Forbat (1999) beschrijft een 'alcohol awareness' interventie van 9 groepssessies bij volwassenen met LVB in een Medium Secure Residential Unit. Deze interventie richtte zich op educatie over alcohol, en het ontwikkelen van vaardigheden en een positieve attitude ten opzichte van verstandige drinkgewoonten. De effectiviteit van deze training was groot wat betreft toename van kennis over alcohol, maar verandering in attitude en gedrag werd niet gemeten. Een van de beperkingen van deze interventie – door de auteur al aangegeven - is de voornamelijk didactische (psychoeducatieve) groepsgewijze aanpak. In de interventie wordt niet nader ingegaan op individuele middelenproblematiek, de mogelijke relatie daarvan met het delict en de motivatie voor behandeling. Mendel & Hipkins (2002) gingen juist verder in op de motivatie voor behandeling. Zij voerden met 7 licht verstandelijk gehandicapte delinquenten met alcoholproblematiek een pilotstudie uit met een motiverende interventie van drie sessies. Deze studie toonde een toename in motivatie, self-efficacy en bereidheid gebruik te veranderen. Voortbordurend op de interventie van Mendel & Hipkins ontwikkelden Brown & Coldwell een 'Alcohol Awareness Programme' van 8 bijeenkomsten voor cliënten in een 'Medium Security Facility'. Het doel van dit programma is de cliënten bewust te maken van positieve en negatieve gevolgen van alcohol gebruik, feitenkennis en praktische ervaring (met oefeningen op locaties zoals een café) te geven en 'sensible drinking' en zelfcontrole technieken aan te leren. Naast de interventies gericht op de cliënten werd ook de staf geschoold in het ondersteunen van de cliënten in het programma. Van dit programma zijn echter nog geen effectmetingen gepubliceerd. Hoewel Vandeveld et al. (2005) aangeven dat over-

trekders in Vlaanderen met verslaving en een verstandelijke beperking vaak complexe persoonlijke problemen, moeilijkheden in hun sociaal netwerk hebben, en matig gemotiveerd zijn voor behandeling bleek uit een replicatie door Paelinck (2011) van de studie van Mendel binnen de gevangenis van Gent (n=4) dat de motivatiecirkel voor de cliënten herkenbaar is, en dat het wel degelijk mogelijk was verandertaal op te roepen bij de doelgroep. Van de Velde e.a. leggen een link tussen gebrek aan motivatie en het gebrek aan behandelaanbod, waardoor het de justitiabelen ontbreekt aan concrete voorbeelden van een perspectief op behandeling.

We concluderen dat we op basis van beschikbare literatuur nog onvoldoende kunnen zeggen over effecten van interventies voor de doelgroep. Wel zijn er een aantal handreikingen en richtlijnen ontwikkeld waarin werkzame elementen worden genoemd voor begeleiding van de doelgroep. Deze worden hieronder toegelicht.

Handreiking reclasseringsbegeleiding voor delinquente jongeren 16-23 jaar

Recent is de handreiking 'reclasseren met adolescenten en jongvolwassenen' (Vogelvang et al, 2012) beschreven. Volgens deze handreiking moet de begeleiding van deze jongeren zich richten op de what works beginselen. Dit betekent in de praktijk dat de intensiteit van de interventie moet afhangen van de kans op recidive: hoe hoger het risico, des te hoger de intensiteit (risicobeginsel). Daarbij moet de behandeling aansluiten bij de specifieke behoeften van de jongeren (behoeftebeginsel). Middelengebruik is een van de beïnvloedbare risicofactoren voor delinquentie (Wits et al, 2012). Ook de cognitieve en probleemoplossende vaardigheidstekorten bij jongeren met een LVB zijn een (deels) beïnvloedbare factor. Vanuit het 'behoeftebeginsel' is behandeling van problematisch middelengebruik en training van vaardigheden bij delinquente jongeren met een LVB dan ook aangewezen. Behandeling gericht op middelenproblematiek blijkt ook inderdaad bij jongeren zowel het middelengebruik als het delictgedrag te kunnen verminderen (Chassin e.a. 2009). Risicofactoren moeten worden verminderd, maar nog belangrijker is het werken naar prosociale doelen, en concrete en haalbare toekomstplannen. Dat betekent een aanbod met aandacht voor opleiding en werk/dagbesteding, gedrag, houding en denkpatronen, ondersteuning en toezicht door familie en omgeving, behandeling van verslavingsproblemen en andere comorbiditeit. De interventies moeten vervolgens zo worden aangeboden dat ze de responsiviteit en motivatie voor behandeling en gedragsverandering optimaal ondersteunen (responsiviteitsbeginsel). Naast deze drie principes vatten Vogelvang et al (2012) nog een aantal uitgangspunten samen voor het reclasseren met adolescenten en jongvolwassenen:

- Geen puber meer, maar nog niet volwassen.
Van adolescenten en jongvolwassenen mag niet hetzelfde worden verwacht als van volwassenen. Bij aanvang van de begeleiding is bijvoorbeeld veel meer inbreng en sturing nodig van de (jeugd)reclasseringswerker dan bij volwassenen.
- Een effectieve werkaliantie als basis.
Een effectieve werkaliantie is noodzakelijk voor het zich houden aan de voorwaarden door de jongvolwassene en het oproepen en benutten van de motivatie tot gedragsverandering en een leven zonder criminaliteit.
- Desistance, levensdoelen en ontwikkelingstaken.
De jongvolwassene moet worden verleid, aangemoedigd en desnoods gedwongen om aan zijn ontwikkeling te werken om deze overgang zo goed mogelijk door te maken. Het werken aan positieve levensdoelen is hierbij van groot belang.
- Wat werkt bij wie.
In de aanpak moet rekening worden gehouden met de identiteit en diversiteit van de jongere: er

zijn geen 'one size fits all' interventies mogelijk. De insteek is positief: de (jeugd)reclasseringswerker stelt de levensdoelen, vernieuwde vaardigheden, persoonlijke veerkracht en steunbronnen voorop als eindstations. Het beheersen van risico's en het terugdringen van stress en delictgedrag staat in dienst daarvan en zijn de tussenstations.

- Het verhaal.

Er wordt meer aandacht besteed aan de inzet van narratieve interventies. De (jeugd)reclasseringswerker nodigt de jongere en ouders nadrukkelijk uit te vertellen over hun leven, hun keuzes, hun levensdoelen en verwachtingen en verbindt dit samen met hen aan concrete plannen voor de toekomst.

- Sociaal netwerk en kansen.

Het sociale vangnet is onmisbaar voor de transitie naar volwassenheid. Dit geldt nog sterker voor kwetsbare jongeren. Daarom moet sociaal netwerk zoals ouders, familie, vrienden, collega's en leraren actief worden betrokken bij de begeleiding. Desistance vindt ook plaats in de sociale context van de jongvolwassene, en ook na afloop van het toezicht. De (jeugd)reclasseringswerker moet daarop anticiperen.

- Zelfeffectiviteit en verdienste.

Omdat het ervaren van zelfeffectiviteit door de jongvolwassene van groot belang is voor de motivatie, moet de (jeugd)reclasseringswerker met de jongvolwassene werken, en niet 'op hem inwerken'. Ook moet een jongere kunnen ervaren dat hij ergens voor nodig is, iets kan bijdragen en verdienstelijk is.

Richtlijn effectieve interventies voor jongeren met LVB

In 2011 is een richtlijn effectieve interventies voor personen met een LVB samengesteld op basis van gedegen literatuur- en praktijkkennis. Volgens de richtlijn moet bij het ontwerpen van gedragsinterventies rekening worden gehouden met de specifieke kenmerken van deze groep. Veel bestaande gedragsinterventies voor jongeren zijn niet zonder meer geschikt voor jongeren met een LVB. De Richtlijn effectieve interventies LVB adviseert aanpassing op zes categorieën (De Wit e.a., 2011):

- 1 Uitgebreidere diagnostiek (cognitieve sterke en zwakke kanten, sociaal emotioneel niveau, interactie van LVB en gedragsproblemen)
- 2 Afstemmen van communicatie (vereenvoudig taalgebruik, ga na of je elkaar begrijpt, gebruik visuele ondersteuning)
- 3 Concreet maken van oefenstof (sluit aan bij belevingswereld, maak oefenstof zichtbaar, laat jeugdige door ervaring leren)
- 4 Voorstructureren en vereenvoudigen (geef meer externe sturing, hanteer meer structuur, vereenvoudig, doseer en orden de informatie en oefenstof, reserveer meer tijd)
- 5 Netwerk en generalisatie (Informeel en betrek het netwerk, vergroot en verstevig het netwerk, besteed aandacht aan generalisatie van het geleerde)
- 6 Veilige en positieve leeromgeving (motiveer de jeugdige, vergroot het zelfvertrouwen, zorg voor een veilige en positieve leeromgeving) De auteurs van deze richtlijn pleiten daarbij voor mogelijkheden tot improvisatie en flexibiliteit, ook als dit gedeeltelijk ten koste gaat van programma-integriteit (De Wit e.a. 2011)

Screeningsinstrumenten

- LVB screener:

De aard van de problemen die met LVB samenhangen maakt het van groot belang dat beperkin-

gen in de verstandelijke vermogens tijdig worden herkend. Wanneer een reclasseringswerker de jongere begeleid zoals een niet-LVB jongere en een behandelaanbod inzet dat bestemd is voor mensen met een gemiddelde begaafdheid, betekent dit aanbod voor de doelgroep met LVB in de regel dat er slechts een nieuwe faalervaring wordt opgedaan. In de reclasseringspraktijk blijkt dat de beperkingen van mensen met een LVB in de meeste gevallen niet tijdig worden onderkend. De beperkingen zijn niet op het eerste gezicht waar te nemen en de jongere kan zijn beperking over het algemeen goed verborgen houden. De screener LVB bestaat uit zeventien vragen en is eenvoudig af te nemen (Kaal et al, 2012b). De screener heeft een hoge sensitiviteit (de kans dat iemand met LVB ook daadwerkelijk herkend wordt door de screener), die varieert van .94-.85, en met hoge specificiteit (de kans dat iemand zonder LVB ook als zodanig herkend wordt) die varieert van .87-.83. Het betekent dat de screener in negen van de tien gevallen correct voorspelt dat sprake is van een persoon met een LVB. Het afnemen van de screener LVB duurt maximaal vijftien minuten. De screener is ontwikkeld voor personen van 18 jaar en ouder, de screener voor jongeren tussen 12 en 18 is in ontwikkeling en zal naar verwachting begin 2014 in gebruik kunnen worden genomen.

- SumID-Q:

Ook problematisch middelengebruik wordt heel vaak niet tijdig opgemerkt. Hierdoor wordt het middelenprobleem vaak niet gericht aangepakt en stagneert reguliere hulpverlening die wordt ingezet. De afdruk van de SumID-Q duurt ca. 45 minuten, brengt risicofactoren, middelengebruik én de gevolgen van middelengebruik in kaart en is aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de LVB doelgroep (VanDerNagel et al, 2011b). De SumID-Q is ontworpen om bij volwassenen met een LVB te worden afgenomen, maar blijkt ook voor jongeren of mensen met een iets lager of hoger niveau geschikt. Het instrument is bedoeld voor het systematisch screenen van middelengebruik onder cliënten en maakt het ook mogelijk op een prettige manier systematisch het gesprek over gebruik aan te gaan. De SumID-Q brengt in kaart wat de cliënt aan psychoactieve stoffen kent, wat hij/zij er van weet, vindt, wat er in zijn/haar omgeving wordt gebruikt, wat hij/zij eventueel gebruikt en wat de gevolgen van gebruik en de motivatie tot veranderen is. De opzet van het interview maakt het mogelijk om open het gebruik te bespreken en legt een basis voor eventuele verdere diagnostiek, begeleiding en interventies.

Hulpverleningsmodellen

Er zijn een aantal hulpverleningsmodellen die volgens literatuur goed aansluiten bij de doelgroep.

Een uitgebreide beschrijving is terug te vinden in de bijlage. Dit zijn:

- Good Lives Model

Een benadering die goed aansluit bij justitiabele adolescenten met LVB en verslaving is het Good Lives Model (GLM). Deze methode is een aantal jaren geleden ontstaan als een alternatieve benadering voor strafrechtelijke interventies die gebaseerd zijn op het Risk-Needs- Responsivity (RNR) model (Ward en Gannon, 2006). Waar het RNR model vooral gericht is op risicomanagement en terugvalpreventie, richt het GLM zich op het bevorderen van het welzijn van de delinquent en diens sterke eigenschappen en capaciteiten. In het GLM wordt de patiënt geleerd zich op een positieve manier te richten op concrete doelen binnen verschillende leefgebieden (wonen, werken, relaties, vrijetijdsbesteding). Daarbij is er binnen het GLM veel aandacht voor opbouw van een vertrouwensband met en het motiveren van betrokkene. Een dergelijke benadering sluit goed aan bij de zorgvraag van de doelgroep, die met name op het praktische/maatschappelijke vlak ligt, alsmede bij de behoefte aan respect voor autonomie en de beperkte motivatie tot be-

handeling. Daarnaast past deze strength based benadering goed in de meer oplossingsgerichte werkwijze die binnen de LVB zorg in zwang is.

- CRA (Community Reinforcement Approach)
CRA is een in de verslavingszorg gebruikte methodiek die er van uitgaat dat afhankelijkheid blijft bestaan zolang er veel bekrachtigers voor gebruik zijn. Alcohol- en drugsgebruik worden daarbij beschouwd als gedrag dat onder invloed staat van operante bekrachtiging. Bekrachtigers verhogen de kans dat het gebruik zich zal herhalen. De kern van CRA is het aanleren van een andere leefstijl die meer beloningen oplevert dan het gebruik van middelen. Er wordt daarom gericht gezocht naar andere bekrachtigers die niet schadelijk zijn. Hierbij kan gedacht worden aan: steun, plezierige activiteiten en materiële of symbolische beloningen. Dit gebeurt door te interveniëren op bekrachtigers in de directe omgeving van de patiënt, zoals in het gezin, het werk, de woonomgeving, bij vrienden en in de (vrije)tijdsbesteding. Naast interventies gericht op het gebruik, zijn interventies gericht op vaardigheden, het vergroten of verbeteren van het sociale netwerk en arbeid en vrijetijdsbesteding belangrijk. Het systeem om de patiënt kan bij CRA worden getraind om anders om te gaan met het verslavingsgedrag, en om de patiënt te ondersteunen in de behandeling. Voor LVB jongeren kan CRA een methodiek zijn om samenwerking tussen LVB zorgprofessionals en andere behandelaars vorm te geven.
- Motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken. Het is belangrijk dat op zoek wordt gegaan naar aangrijpingspunten bij de jongere om te willen veranderen. Oplossingsgericht werken richt zich op dit thema. Bij oplossingsgericht werken richt de professional de aandacht op het doel, de oplossingen en de competenties van de jongere. Volgens Roeden & Bannink (2007) sluit oplossingsgericht werken aan bij jongeren met een LVB om een aantal redenen. In de eerste plaats wordt bij oplossingsgericht werken minder een beroep gedaan op taal. Technieken zoals schaalvragen zijn minder verbaal en daarmee een goed alternatief. Oplossingsgericht werken doet daarnaast weinig appèl op reflectievermogen. Ook wordt de jongere in een oplossingsgerichte samenwerking niet herinnerd aan beperkingen, afhankelijkheid of betutteling, maar worden competentie en autonomie aangesproken. Het gaat niet over problemen en klachten, maar over oplossingen, successen en vooruitgang. Ook motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991) is een cliëntgerichte benadering van hulpverlening waarbij motivatie tot gedragsverandering in een dialoog tussen hulpverlener en cliënt vergroot wordt. Deze benadering is ontwikkeld vanuit de verslavingszorg, maar wordt inmiddels veel breder ingezet. Belangrijke basisprincipes zijn acceptatie, aansluiten bij en vergroten van eigen motivatie, vermijden van discussie en verminderen van weerstand, en het vergroten van self-efficacy. Motivatie wordt gezien als een dynamische variabele die in het hulpverleningscontact vergroot (of in ongunstige contacten: verkleind) kan worden, niet als iets dat kan worden afgedwongen. Deze methode is goed toepasbaar bij jongeren, omdat het ondersteuning biedt, maar tegelijkertijd de autonomie van de cliënt benadrukt (VanDerNagel & Den Ouden 2011). Motiverende gesprekstechnieken kunnen binnen verschillende vormen en methodieken van hulpverlening geïntegreerd worden, en er is inmiddels beperkte evidentie dat deze interventies bij LVB met forensische en verslavingsproblematiek motivatievergroterend werken. Recent is de methode 'Stap voor Stap' ontwikkeld voor de Stichting Verslavingsreclassering. Dit is een begeleidende training gericht op het verhogen van de motivatie van de reclasseringscliënten.

4.3 Experts: Wat werkt en wat is nodig voor de doelgroep?

Tijdens de expertmeeting zijn een aantal good practices genoemd ten aanzien van de doelgroep met triple-problematiek. Volgens de experts zijn de volgende elementen werkzaam voor de doelgroep:

Een intensieve aanpak op maat

De experts geven aan dat de reclasseringswerker outreachend moet werken en er sprake dient te zijn van veel contactmomenten. Ook moet de reclasseringswerker er 'kort bovenop' zitten. Het liefst met regelmatig face-to-face contact en regelmatig meegaan met de jongere als deze bijvoorbeeld moet verschijnen bij belangrijke afspraken. Per jongere moet op maat kunnen worden bekeken wat nodig is en wat de (on)mogelijkheden zijn van deze jongere om problemen op te lossen en recidive te voorkomen.

Communicatie en houding aangepast aan de LVB en verslaving

De reclasseringswerker heeft een houding waarbij hij directief is en tegelijkertijd ondersteunend. Voortdurend past hij zijn communicatie aan aan het niveau van de jongeren. Dit betekent veel voorstructureren en herhalen, altijd doorvragen en checken of de cliënt het begrepen heeft. Ook raden experts aan visueel materiaal/pictogrammen en spellen te gebruiken. Voorbeelden van tools die geschikt zijn voor personen met een LVB die zij noemen zijn het bordspel TRIP (Trimbos) om te praten over verslaving en instrumenten zoals de toolbox jeugdreclassering en de (interculturele) praatwijzer (William Schrikker Groep).

Motivatie voorop

De experts geven aan dat het van groot belang is dat gewerkt wordt aan de motivatie voor hulp bij deze doelgroep. Vanaf het begin moet worden ingezet op het motiveren van de jongere. Een geschikte manier om dit te doen is volgens experts bijvoorbeeld het maken van een levenslijn. In de jeugdverslavingszorg is hierover al veel deskundigheid opgedaan.

Netwerk betrekken en werken aan generalisatie

Experts achten het van groot belang dat de doelgroep wordt ondersteund in het maken van de transfer van geleerde vaardigheden naar zijn dagelijks leven. Jongeren met een LVB kunnen dit niet goed. Hierbij speelt betrekken van ouders en bredere netwerk vanaf het begin van de begeleiding een grote rol. Volgens experts is het een noodzaak om het systeem (niet alleen ouders, maar ook vrienden, vertrouwenspersonen uit school/werk/hulpverlening) rondom de jongere te betrekken. Zij moeten actief worden betrokken en waar nodig versterkt. Ook het vinden van een positieve dagbesteding is van groot belang. Er moet gezocht worden naar continuïteit van zorg/ondersteuning vanuit netwerk of professionele hulpverlening, ook na afloop van begeleiding.

Intensieve begeleiding is nodig

Mogelijk met een spectruumaanbod variërend van SGLVG intramuraal wonen tot en met ambulante woonbegeleiding, maar altijd met de onderlegger van een casemanager die intensief betrokken is.

Volgens experts zijn de volgende randvoorwaarden nodig voor een verbeterde reclasseringsbegeleiding van de doelgroep:

- *Deskundigheidsbevordering en specialismen uitwisselen*

Medewerkers van verschillende reclasseringsorganisaties die te maken krijgen met de doelgroep moeten worden opgeleid. Experts geven aan meer kennis en vaardigheden nodig te hebben om de doelgroep adequaat te kunnen begeleiden. Dit betekent niet dat eenieder specialist hoeft te zijn (gedacht kan worden aan een aantal specialisten per organisatie), maar bij alle medewerkers is meer basiskennis nodig. Verder houdt iedere organisatie zijn eigen specialisme en is het van belang dat er meer en beter wordt uitgewisseld, samengewerkt en doorverwezen om deze specialismen te benutten. Idealiter is sprake van een structurele samenwerking en integrale trajecten waarin elke organisatie werkt vanuit eigen kernexpertise. Met de betrokken organisaties moet eerst samen tot een visie worden gekomen rondom deze doelgroep. De Implementatie van open&alert kan helpen bij totstandkomen van goede samenwerking.

- *Een centrale intake en gezamenlijk ketenpartnersoverleg*
De experts noemen enkele goede voorbeelden van regionale ketenpartnersoverleggen (met name binnen het jeugdstrafrecht aanwezig) zoals het Justitieel Casusoverleg (JCO), GOSA (Gemeentelijke Organisatie Sluitende Aanpak, Rotterdam), Wraparoundcare (Utrecht) en veiligheidshuizen die goed werken voor de doelgroep. Een gezamenlijke intake met alle organisaties (Raad voor de Kinderbescherming, Openbaar Ministerie, Stichting VerslavingsReclassering GGZ, Reclassering Nederland, Leger de Heils, Bureau Jeugdzorg, William Schrikker Groep) is van groot belang zodat vanaf het begin vanuit verschillende specialismen een goede probleemanalyse en doorverwijzing kan worden gedaan voor deze kwetsbare doelgroep. Met name binnen volwassenreclassering zijn dergelijke overleggen nu nog niet geregeld. Voor jongeren onder de achttien jaar is deze infrastructuur wel in veel regio's voorhanden.
- *Structurele screening op middelengebruik en LVB.*
Beschikbare screeningsinstrumenten zouden structureel moeten worden ingezet zodat in een vroeger stadium probleemherkenning plaatsvindt en gericht kan worden doorverwezen.

Uit de eerdere expertmeetings over LVB en verslaving, al dan niet in combinatie met forensische en/of psychiatrische problematiek (Hammink & Schrijvers, 2012; Kaal et al, 2009) kwamen veelal vergelijkbare punten naar voren:

- Om beter aan te sluiten bij de zorgbehoeften van de doelgroep moeten hulpverleners aandacht hebben voor praktische ondersteuning, om daarmee zowel de cliënt voor behandeling te motiveren, als om de context te verbeteren en daarmee de kans op geslaagde behandeling te vergroten (Kaal et al, 2009).
- Diagnostiek in een vroeg stadium is van groot belang. Het gaat hierbij om zowel diagnostiek mbt LVB, verslaving als psychiatrische comorbiditeit. Belangrijke hindernis hierbij is dat bestaande instrumenten vaak niet geschikt zijn voor deze doelgroep (Kaal et al, 2009).
- Hulpverleningsdoelen moeten afhankelijk van individuele problematiek worden gesteld. Hierbij spelen haalbaarheid, risico voor criminele recidive alsmede voor terugval in problematisch middelengebruik een rol. Abstinentie is niet voor iedereen haalbaar (Kaal et al, 2009).
- Vergroten motivatie van de cliënt. Het is van belang vroegtijdig duidelijk te maken wat een voorwaardelijke maatregel inhoudt, en de behandeling zo aantrekkelijk mogelijk te maken. Tegelijkertijd is er soms drang en/of bemoeizorg nodig (Kaal et al, 2009).
- Interventies moeten worden aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Belangrijke aspecten zijn: herhaling, oefenen, positieve beloning, opdoen van succeservaringen, vergroten zelfvertrouwen (Kaal et al, 2009). De aanpak moet dicht bij de beleavingswereld van de cliënt liggen en zo praktisch mogelijk gemaakt worden (Hammink & Schrijvers, 2012).

- Langdurige begeleiding en continuïteit van zorg is van belang:
Bij herindicering moet niet te gemakkelijk besloten wordt dat de cliënt een lichtere indicatie kan krijgen als een intensieve behandelvorm vruchten af werpt. Na afloop van de voorwaardelijke maatregel zal er een goed aansluitend vervoltraject moeten zijn, al dan niet met een rechtelijke machtiging (Kaal et al, 2009).
- Intensieve begeleiding met 24-uurszorg is voor veel van cliënten met LVB, verslaving en psychiatrische problematiek nodig. Daginvulling is essentieel bij het voorkomen van recidive, evenals samenwerking met begeleiding en het netwerk van de cliënt (Kaal et al, 2009). Hierbij is samenwerking met LVB zorg nog wel eens problematisch wanneer het middelengebruik een contra-indicatie voor plaatsing is (Hammink & Schrijvers, 2012) Mogelijkheden tot crisisopvang en -interventie zijn noodzakelijk om terugval in oud gedrag op te kunnen vangen zonder dat daardoor het oorspronkelijk traject gestopt wordt (Kaal et al, 2009).
- Speciale aandacht is nodig voor de regie van zorg (Kaal et al, 2009), alsmede het vormen van zorgketens (Hammink & Schrijvers, 2012).
- Medewerkers in de verslavingszorg hebben behoefte aan tools en tips voor gespreksvoering en bejegening van LVB (Hammink & Schrijvers, 2012).

Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de literatuurstudie, rapporten en expertoordelen worden hieronder de onderzoeksvragen beantwoord en worden vervolgens aanbevelingen gedaan voor een verbeterde reclasseringsbegeleiding van de doelgroep.

5.1 Conclusies

Wat is bekend over de aard en omvang van de groep jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik?

Uit literatuur en op basis van raadpleging van experts blijkt de groep jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik oververtegenwoordigd te zijn. Schattingen door professionals van (jeugd)reclassering lopen uiteen tussen 10-30% van de cliënten, een onderzoek binnen de populatie van de WSJR laat een percentage zien van ca 50% middelengebruikers (alcohol of drugs) van de groep delinquente LVB'ers, waarvan ca 10% van de alcoholgebruikers problematisch gebruikte en ca 20% van de drugsgebruikers problematisch gebruikte. Uit onderzoek onder PIJ-jongeren met een LVB komt naar voren dat 22% van de groep met een IQ tussen 70 en 85 en 17% van de jongeren met een IQ lager dan 70 drankproblemen heeft. Problemen met drugsgebruik zijn nog vaker aanwezig bij deze jongeren: bij jongeren met een IQ tussen 70-85 in 39,5% van de gevallen, bij de groep met een IQ onder de 70 in 29,5% van de gevallen. Op basis van gegevens van subgroepen binnen Justitie en schattingen kunnen we grofweg zeggen dat minimaal 10% van de jongeren bij de (jeugd)reclassering valt onder de doelgroep met triple-problematiek en dat het binnen de subpopulaties van LVB jongeren en verslaafde jongeren om maximaal 30% gaat. Doordat de problematiek onvoldoende herkend en onderkend wordt en vaak niet geregistreerd is het onmogelijk exacte aantallen te noemen. Ook worden de begrippen LVB en (problematisch) middelengebruik verschillend gebruikt en zijn betrouwbare meetinstrumenten nog niet voorhanden. Daarnaast valt de jongere zonder gerichte screening niet op als zijnde verstandelijk beperkt en zal in veel gevallen zelf het middelengebruik of de beperking niet aankaarten. Een gerichte screening en registratie kan meer duidelijkheid geven over exacte aantallen.

De aard van de problematiek is complex zo blijkt uit literatuur en geven experts aan. Vaak is niet alleen sprake van triple-problematiek, maar gaat de problematiek samen met allerlei problemen op verschillende leefgebieden. Het gaat dan met name om psychiatrische problemen, financiële problemen, sociale isolatie en het niet hebben van een dagbesteding. Daarbij is het recidiverisico groot als hulpverlening of steun vanuit het netwerk wegvalt en duurt de criminele carrière van deze doelgroep vaak lang. Professionals zijn vaak slechts thuis in delen van de problematiek, hebben daardoor weinig oog voor bijkomende problematiek. Gevolgen hiervan zijn dat op individueel niveau adequate hulp (waarin rekening gehouden wordt met alle problematiek) uit blijft, en bestaat het risico op bijkomende schade (faalervaringen door mislukte behandelingen, schade door forensisch traject, Kaal e.a, 2012b). De aandacht die er is voor de doelgroep in bijvoorbeeld eerdere expertmeetings vanuit verslavingszorg en gehandicaptenzorg onderstreept nog eens dat het gaat om een substantiële doelgroep met complexe problemen.

Welke knelpunten worden ervaren in de (reclasserings) aanpak van deze doelgroep?

Er komen verschillende knelpunten naar voren uit de expertmeeting. Deze worden grotendeels ondersteund door de knelpunten die naar voren kwamen uit eerdere expertmeetings over de doelgroep en overige literatuur. De belangrijkste knelpunten zijn:

- Onvoldoende probleemherkenning en diagnostiek van de doelgroep. Zoals hierboven beschreven wordt de doelgroep vaak niet op tijd herkend, doordat geen structurele screening plaatsvindt.
- Bijna altijd sprake van Multi-problematiek. psychiatrische problemen, financiële problemen etc.
- Gebrek aan adequaat zorgaanbod. De begeleiding speelt zich af op het snijvlak van verschillende disciplines. Er is een versnipperd, beperkt, en weinig evidence based interventie aanbod, met hiaten in de ketenzorg. Er is behoefte aan zorgaanbod gericht op alle relevante aspecten, waaronder het middelengebruik en delinquent gedrag, maar ook op psychiatrische comorbiditeit en sociale problematiek. Er is geen sprake van een sluitende keten waarin ook maatschappelijke partners en reguliere GGZ betrokken zijn. Waar deze partners bij individuele casus wel betrokken zijn, is er een gebrek aan regie en overzicht, alsmede aan financiering voor het vormgeven van ketenzorg. Ook zijn Instellingen onvoldoende toegerust op deze cliëntengroep. Hierdoor ontbreekt het aan professionals die in alle aspecten van de problematiek van deze jongeren thuis zijn. Professionals geven twijfel aan over hun capaciteiten deze groep te helpen en het risico bestaat dat de jongere knel komt tussen de verschillende zorgsystemen. De toeleiding tot zorg voor justitiabelen met LVB, verslaving en al dan niet psychiatrische comorbiditeit wordt gecompliceerd doordat de gebruiker niet altijd gemotiveerd is en zowel de verslavingsproblematiek als de LVB wordt niet altijd tijdig opgemerkt. Ook komen niet alle cliënten in aanmerking voor een zorgtraject of starten daaraan en is er een discrepantie tussen zorgaanbod vanuit hulpverleners en de objectieve en subjectieve zorgbehoefte van de jongere. Een aantal kortdurende interventies zijn beschikbaar voor lichte deelproblematiek. Deze doelgroep vereist echter een langerdurend intensief traject. Ook bestaan er verschillen in werkwijze tussen de jeugd- en volwassenstrafrechtketen. De meer outreachende en systeemversterkende werkwijze sluit beter aan bij de doelgroep met triple-problemen.

Welk interventie aanbod is momenteel voorhanden voor de aanpak van deze doelgroep?

Momenteel zijn drie interventies bekend die specifiek gericht zijn op de doelgroep, te weten Stay-away Plus, Omgaan met Middelen en verslaving en Bekijk het nuchter. Zowel uit literatuur als uit de praktijk komt naar voren dat er een gebrek is aan een adequaat interventieaanbod voor de complexe doelgroep en dat nauwelijks wetenschappelijk bewijs is voor effectieve interventies. Er zijn wel richtlijnen zoals de richtlijn effectieve interventies LVB en de handreiking adolescentenreclassering en hulpverleningsmodellen zoals het Good Lives model en de Community Reinforcement Approach die als basis kunnen dienen voor een speciaal aanbod. Voor het motiveren van de client kan daarbij gebruik worden gemaakt van motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken waarvan verwacht wordt dat deze werkzame elementen bevatten voor de doelgroep.

5.2 Aanbevelingen

Gezien de beperkte cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van alsmede de accumulatie van risicofactoren bij LVB jongeren met verslaving en delinquent gedrag, lijken deze jongeren een groep bij uitstek waarbij het adolescentenstrafrecht meerwaarde kan hebben. Hierbij moet vanwege de blijvende kwetsbaarheid van deze groep niet gedacht worden aan kortdurende programma's, maar aan langdurige (keten) trajecten. In paragraaf 4.3 is uiteengezet welke aanbevelingen worden gedaan

voor een verbeterde begeleidingsaanpak. Voor een verbeterde reclasseringsbegeleiding van jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik wordt in ieder geval het volgende aanbevolen:

- Er zou een nieuw zorgaanbod moeten worden ontwikkeld, dat zich richt op een combinatie van factoren (verminderen van risicovol gebruik, verminderen van recidive, verbeteren van kwaliteit van leven). Binnen een dergelijk programma dient deskundigheid van de drie vakgebieden te worden geïntegreerd. In een dergelijk aanbod moet worden aangesloten bij de richtlijnen en modellen voor interventies voor jongeren met een LVB en verslaving en staat het motiveren van de jongere voor hulp voorop. Daarnaast is sprake van uitgebreide diagnostiek en wordt te allen tijde het netwerk van de jongere betrokken bij de begeleiding. Ook gaat veel aandacht uit naar het vinden van passende dagbesteding. Dit is van belang om zowel de risico's op criminele recidive als (terugval in) problematisch middelengebruik te beperken. Daarnaast dient ook het organiseren van blijvende ondersteuning structureel onderdeel uit te maken van de methode.

Om dit zorgaanbod goed te kunnen uitvoeren zijn een aantal randvoorwaarden nodig, te weten:

- Scholing van medewerkers en training in het signaleren van verslaving en de lichte verstandelijke beperking alsmede in het communiceren en begeleiden van deze groep.
- Structurele screening op LVB en middelengebruik met behulp van bestaande screeners, zoals LVB screener (Kaal e.a. 2012b) en SumID-Q (VanDerNagel, 2011b) om de problematiek in een vroeg stadium in kaart te brengen.
- Organiseren van een sluitende keten waarin zowel jeugd- als volwassenstrafrecht keten partners betrokken zijn en daarnaast ook maatschappelijke partners, LVB instellingen en reguliere GGZ. Vanaf het begin moet al in gezamenlijk overleg duidelijk worden wat nodig is voor de jongere.

Bijlage 1 Organisaties en geraadpleegde experts

B1.1 Organisaties en hun visie

Ver Slavingsreclassering SVG

De Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) is een netwerkorganisatie van elf regionale verslavingszorginstellingen. De afdelingen voor verslavingsreclassering zijn ingebed in grotere organisaties die verslavingszorg en -preventie bieden, en vaak ook GGZ-breed werken. In de visie van SVG is straffen bij justitiabelen met middelenproblematiek alleen effectief wanneer tegelijk zorg wordt geboden. Door de inbedding van de SVG zijn de lijnen met de verslavingszorg en de overige GGZ kort. De verslavingsreclassering is daardoor in de positie om informatie, kennis en kunde uit te wisselen en te zorgen voor een sluitende aanpak van jonge delinquenten met middelenproblematiek met een goede samenhang tussen zorg en reclassering (Wits e.a. 2012). De SVG hanteert de volgende definitie van risicojongeren: "Risicojongeren zijn jongeren in de leeftijdscategorie van 16 tot en met 22 jaar met middelenproblematiek, die problemen hebben of in problemen dreigen te raken met justitie door het vertonen van delinquent of deviant gedrag." De gekozen leeftijdsgroep van 16 tot en met 22 jaar sluit aan bij de verwachte doelgroep van het adolescentenstrafrecht. Onder middelenproblematiek wordt verstaan de range van risicovol middelengebruik (excessief gebruik in combinatie met problemen met bv familie, vrienden of school door het gebruik) tot aan middelenmisbruik of -afhankelijkheid (DSM-IV criteria voor misbruik en -afhankelijkheid) (Wits e.a. 2012).

Uitgangspunten in de werkzaamheden van SVG zijn:

- persoonsgerichte aanpak: per cliënt nagaan wat nodig is en wat werkt; integrale diagnostiek: voor het bepalen van een passende aanpak wordt een brede diagnose gemaakt;
- effectieve sancties door een combinatie van straf en zorg. In dit project is Tactus verslavingsreclassering als een van de elf SVG organisaties betrokken.

Bureau Jeugdzorg Overijssel

Bureau Jeugdzorg Overijssel heeft de taak om kinderen en jongeren te beschermen als opvoed- en opgroei problemen bestaan en de ontwikkeling van het kind in gevaar komt. Bij de afdeling jeugdreclassering worden jongeren van 12 t/m 23 jaar begeleid die in aanraking komen met politie of justitie. Het belangrijkste doel is het opheffen van de bedreigde participatie van deze jongeren en het voorkomen van herhaling van delictgedrag. Ook binnen de 'reguliere' jeugdreclassering komt men veelvuldig in aanraking met jongeren met een LVB en/of problematisch middelengebruik

William Schrikker Groep

De William Schrikker Jeugdreclassering is een zelfstandig onderdeel van de William Schrikker Groep (WSG). Zij begeleidt jongeren tussen 12 en 23 jaar met een beperking die in aanraking zijn gekomen met het strafrecht. Volgens de William Schrikker Jeugdreclassering hebben deze jongeren baat bij én recht op gespecialiseerde zorg die is afgestemd op hun beperking. Het overgrote deel van deze jongeren betreft jongeren met een LVB.

De visie van de William Schrikker Jeugdreclassering is dat jongeren met een beperking die een strafbaar feit hebben gepleegd of anderszins overlast geven, met dit gedrag laten zien dat het hen niet lukt om mee te doen in de maatschappij. Zij zien het als taak om deze jongeren te ondersteunen, te sturen en te controleren, met als doel dat het strafbare gedrag stopt en de participatie toeneemt. Zowel in het belang van de jongere als van de maatschappij. De William Schrikker Jeugdreclassering

geloofd dat de aanpak zich moet richten op zowel de jongere als het systeem van de jongere omdat de omgeving van de jongere van grote invloed is op zijn gedrag. Ook is vaak levenslange en levensbrede ondersteuning nodig, ook na afloop van de reclasseringsbegeleiding.

B1.2 geraadpleegde experts

Elske Wits, onderzoekscoördinator bij IVO, Rotterdam

Elske werkt al jaren lang bij IVO, een wetenschappelijk bureau voor onderzoek, expertise en advies op het gebied van leefwijzen, verslaving en daaraan gerelateerde maatschappelijke ontwikkelingen. Elske doet veel onderzoek naar de doelgroep jonge delinquenten, LVB en problematisch middelengebruik en is daarnaast ook veel betrokken bij ontwikkelen van interventies. Zij is o.a. medeontwikkelaar van de erkende justitiële gedragsinterventie Stay-a-way.

Peter Eikenaar, jeugdreclasseringswerker Bureau Jeugdzorg Overijssel

Peter werkt sinds twaalf jaar als jeugdreclasseringswerker bij Bureau Jeugdzorg Overijssel. Hier heeft hij zich gespecialiseerd in de begeleiding van 18-23-jarigen. Samen met vier collega's geeft hij uitvoering aan Intensieve Traject Begeleiding (ITB) en ITB-Criem (voor zwaardere delinquenten). Peter begeleidt op dit moment meerdere jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik. Hierbij werkt hij nauw samen met o.a. Tactus en de William Schrikker Jeugdreclassering.

Judith Klaassen, reclasseringsmedewerker SVG Tactus, Overijssel

Judith werkt als reclasseringsmedewerker bij Tactus reclassering in de regio Twente. Zij neemt actief deel aan de pilot adolescentenstrafrecht. Onderdeel hiervan is het 18+/18- overleg tussen de jeugdreclassering, volwassenreclassering en de Raad voor de Kinderbescherming. Zij is toezichthouder voor PIJ-jongeren van 18-23 jaar. Daarnaast is zij ook betrokken geweest bij de ontwikkeling van Stay-a-way. Judith begeleidt op dit moment meerder jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik. Hierbij werkt zij nauw samen met Bureau Jeugdzorg Overijssel en de William Schrikker Jeugdreclassering.

Veronica Dripal, jeugdreclasseringwerker William Schrikker Jeugdreclassering, Zuid-Holland

Veronica werkt sinds 7 jaar als jeugdreclasseringswerker bij de William Schrikker Jeugdreclassering. Haar werkgebied is Den Haag, Rotterdam en de Zuid-Hollandse eilanden. Veronica is tevens trainer van de gespecialiseerde gedragsinterventie So-Cool voor jonge delinquenten met een LVB. Veronica begeleidt momenteel meerdere jonge delinquenten met een LVB en problematisch middelengebruik.

Ruudje Kea, staffunctionaris Expertisecentrum William Schrikker, Amsterdam

Ruudje is afgestudeerd als criminoloog. Het Expertisecentrum William Schrikker verzamelt kennis en ontwikkelt methodieken op het snijvlak van jeugdzorg, gehandicaptenzorg en gedwongen hulpverlening. Ruudje is gespecialiseerd in het verzamelen van kennis en het ontwikkelen van methodieken ten behoeve van de doelgroep jonge delinquenten met een LVB. Ruudje is medeontwikkelaar van de gespecialiseerde gedragsinterventie So-Cool.

Jeltje Rijks, staffunctionaris Expertisecentrum William Schrikker, Amsterdam

Jeltje is afgestudeerd als psycholoog en werkt bij het Expertisecentrum William Schrikker. Jeltje is gespecialiseerd in het verzamelen van kennis op het gebied van 'wat werkt' bij jeugd en ouders met een beperking binnen het gedwongen kader, zowel op inhoudelijk als op organisatorisch niveau (samenwerkingsverbanden). Jeltje is medeontwikkelaar van de Toolbox Jeugdreclassering, een communicatiemiddel ter ondersteuning van het gesprek met jonge delinquenten met een LVB.

De volgende experts hebben schriftelijk hun bijdrage geleverd:

Rianca den Ouden, beleidsmedewerker Tactus verslavingszorg

Rianca werkt als beleidsmedewerker en projectleider LVB bij Tactus. Daarnaast is zij betrokken geweest bij de ontwikkeling van Stay-a-way Plus, is zij mede-auteur van 'Minder Drank of Drugs' en co-auteur van 'de Kleine Gids: Jongeren en Verslaving'.

Joanneke van der Nagel, psychiater en onderzoeker

Joanneke werkt als psychiater en onderzoeker bij Tactus en als consultant psychiatrie in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Zij voert bij het NISPA (Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction) promotieonderzoek uit naar aard en omvang van verslavingsproblemen bij LVB. Daarnaast is zij betrokken geweest bij de ontwikkeling van Stay-a-way Plus, en is ze een van de auteurs van de training Minder Drank of Drugs (voor LVB), 'Iedereen gebruikt toch? Handboek LVB en verslaving' en van de nieuwe CGT voor LVB met verslaving.

Marja Flikkema, Inhoudelijk manager William Schrikker Jeugdreclassering

Marja is inhoudelijk manager bij de William Schrikker Jeugdreclassering. Zij is ook actief betrokken bij de eerste pilot adolescentenstrafrecht met betrekking tot het toeleidingsproces van de jongeren en jongvolwassenen in Almelo.

Hendrien Kaal, lector LVB en jeugdcriminaliteit Hogeschool Leiden

Hendrien werkt als lector LVB en jeugdcriminaliteit voor de Hogeschool Leiden/William Schrikker Groep.

Marike van Dijk, psycholoog en onderzoeker Tactus Verslavingszorg

Marike werkte als onderzoekscoördinator bij het SumID onderzoek, en verricht nu (promotie)onderzoek naar de prevalentie van LVB in de verslavingszorg

Bijlage 2 Theoretisch kader van methodieken

B2.1 Good lives model

Het Good Lives Model (GLM) is een aantal jaren geleden ontstaan als een alternatieve benadering voor strafrechtelijke interventies die gebaseerd zijn op het Risk-Needs- Responsivity (RNR) model (Ward en Gannon, 2006). Waar het RNR model vooral gericht is op risicomanagement en terugvalpreventie, richt het GLM zich op het bevorderen van het welzijn van de delinquent en diens sterke eigenschappen en capaciteiten. In het GLM wordt de patiënt geleerd zich op een positieve manier te richten op concrete doelen binnen verschillende leefgebieden (wonen, werken, relaties, vrijetijdsbesteding). Daarbij is er binnen het GLM veel aandacht voor opbouw van een vertrouwensband met en het motiveren van betrokkene. Het GLM komt daarmee tegemoet aan kritiek van therapeuten en onderzoekers op het RNR model wat betreft de aspecten beperkte focus (vooral risicomanagement), onvoldoende aandacht voor motivatie, individuele behoeften en waarden. GLM is een rehabilitatietheorie die tot nu toe vooral toepassing heeft gevonden bij seksuele delinquenten. Binnen GLM zijn er twee soorten doelen: het bevorderen van het welzijn van de delinquent, en aan de andere kant de vermindering en beheersing van het risico op recidive. Het GLM stelt daartoe de sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu centraal en behoort daarmee tot de categorie van de strengt based behandelingsmethoden (Whitehead, Ward & Collie, 2007).

Het GLM ziet individuen als doelgerichte wezens, die zoeken naar activiteiten, ervaringen of situaties die het eigen belang of welzijn dienen (de zogenaamde 'primary goods'). Voorbeelden van primary goods zijn (Ward & Gannon, 2006):

(1) leven, (2) kennis, (3) voortreffelijkheid in spel en werk, (4) zelfstandigheid, (5) innerlijke vrede, (6) vriendschap, (7) gemeenschap, (8) spiritualiteit, (9) geluk en (10) creativiteit.

Het GLM veronderstelt dat delinquenten primary goods verwerven door crimineel gedrag, ofwel een misdrijf begaan omwille van de indirecte gevolgen van het nastreven van die primary goods (Whitehead, Ward & Collie, 2007; Braet, 2008). In het GLM worden criminogene behoeften gezien als een weerspiegeling van de problemen die individuen dwarsbomen in het op aanvaardbare wijze verwerven van hun primary goods (Braet, 2008).

Binnen het GLM worden de volgende zeven fasen onderscheiden (Ward, Mann & Gannon, 2007; Braet, 2008; Pomp, 2009).

1. Het detecteren van criminogene behoeften of dynamische risicofactoren.
2. Het identificeren van de primary goods die men zou verwerven via delinquent gedrag.
3. De identificatie van de sterke kanten, ervaringen en expertise van de delinquent.
4. Deze worden de primaire focus van het behandelplan. Op deze manier krijgt men zicht op de beschikbare secondary goods² die het individu heeft om zijn doel(en) te bereiken.
5. De specificatie van de wijze waarop de geïdentificeerde primary en secondary goods vertaald kunnen worden naar gedrags- en levensstijlen.
6. Het onderzoeken van de context en de omgeving waar het individu na het einde van de behandeling in terecht zal komen.
7. Het opstellen van een good lives treatment plan met behulp van de in de vorige fasen verkregen informatie.

Een aantal voorlopige studies – overigens met uiteenlopende doelgroepen - lijkt aan te tonen dat een behandeling volgens het GLM gunstige effecten heeft. Zo worden interventie met GLM componenten geassocieerd met meer betrokkenheid bij de behandeling (Mann e.a. 2004), verbeterde coping en verbeterd probleemoplossend vermogen (Simons 2006), grotere motivatie en behandeltrouw opleveren (Laws & O'Donohue, 2008), betere voltooiing van behandeling, meer motivatie en meer vooruitgang in coping vaardigheden (Simons ea, 2008).

Pomp (2009) stelt dat het RNR model en GLM elkaar aanvullen: RNR richt zich op het voorkomen van risicogedrag, GLM meer op positieve factoren. Dit laatste draagt bij aan het voorkomen van terugval in risicogedrag. Hoewel er veel bewijs voor een positief effect van GLM op het behandelverloop is, is er nog geen bewijsmateriaal voor het effect van GLM op recidivecijfers. Aanvullend onderzoek naar GLM is dan ook gewenst.

Bron: Pomp, E. (2009). Het Good Lives Model, een literatuurstudie. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

B.2.2 Community Reinforcement Approach (CRA)

CRA is een in de verslavingszorg gebruikte methodiek die er van uitgaat dat afhankelijkheid blijft bestaan zolang er veel bekrachtigers voor gebruik zijn. De methode is gebaseerd op de principes van operante leerprincipes. Alcohol- en drugsgebruik worden daarbij beschouwd als gedrag dat onder invloed staat van operante bekrachtiging. Bekrachtigers verhogen de kans dat het gebruik zich zal herhalen. CRA gaat ervan uit dat afhankelijkheid van middelen in stand wordt gehouden door een overmaat aan drugsgelateerde bekrachtigers en een gebrek aan alternatieve, niet-verslavingsgebonden bekrachtigers (Roozen 2006). Kern van CRA is het aanleren van een andere leefstijl die meer beloningen oplevert dan het gebruik van middelen. Er wordt daarom gericht gezocht naar andere bekrachtigers die niet schadelijk zijn. Hierbij kan gedacht worden aan: steun, plezierige activiteiten en materiële of symbolische beloningen. Dit gebeurt door te interveniëren op bekrachtigers in de directe omgeving van de patiënt, zoals in het gezin, het werk, de woonomgeving, bij vrienden en in de (vrije)tijdsbesteding. Praktisch houdt het in de patiënt te leren dat er alternatieven zijn voor het nemen van alcohol en drugs (Roozen 2006). Binnen CRA zijn er zijn twee categorieën interventies (Roozen 2005). De eerste categorie interventies is gericht op het veranderen van de leefstijl en het vergroten van alternatieve bekrachtigende activiteiten. De patiënt wordt geholpen zich te richten op de toekomst, door vaardigheidstrainingen, het vermeerden en/of verbeteren van het sociale netwerk en oriëntatie op arbeid en vrijetijdsbesteding. De tweede categorie bestaat uit interventies die de blootstelling aan en de bekrachtigende werking van middelengebruik reduceren, zoals middelen weigeren, zelfcontroletechnieken en farmacotherapie. Op biologisch niveau wordt de patiënt geholpen door de bekrachtigende werking van alcohol en/of drugs op de hersenen te verminderen met farmaca. Niet alle interventies zijn echter nodig voor elke patiënt. De systeem om de patiënt kan bij CRA worden getraind om anders om te gaan met het verslavingsgedrag, en om de patiënt te ondersteunen in de behandeling. Voor LVBers kan CRA een methodiek zijn om samenwerking tussen LVB zorgprofessionals en andere behandelaars vorm te geven

Bron: Roozen, 2006

B2.3 Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991) is een cliëntgerichte benadering van hulpverlening zoals onder andere ontwikkeld door Carl Rogers (Rogers, 1959). Deze methode is oorspronkelijk ontwikkeld als actiegeoriënteerde benadering van behandeling (Miller & Rollnick, 1991), gericht op het veranderen van het stadium van motivatie voor verandering waarin een cliënt zich bevindt, zodat zij meer kunnen profiteren van toekomstige behandelingen (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003). Sinds in Nederland gesprekstechnieken zijn ingevoerd om de motivatie tot gedragsverandering bij personen met middelengebruik te vergroten, worden deze zowel binnen als buiten de verslavingszorg veel toegepast. Ook als onderdeel van de behandeling van jongeren is motivationeel interviewen een veelgebruikte techniek. In het rapport *Jongeren en verslaving: over de effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren* (Smit e.a., 2008) zijn diverse reviewstudies bekeken waarin jongeren met middelproblematiek met motivationele interviewtechnieken behandeld zijn. De meeste studies betreffen alcoholgebruik bij jongeren. De conclusie is dat individuele motivationele interviews, waarin feedback en normatieve vergelijkingen worden geboden, effectief zijn in het verminderen van alcoholgerelateerde problemen. Motivationeel interviewen laat op korte termijn een (klein) effect zien op het alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problemen van adolescenten. Ook in een buitenlandse overzichtsstudie (Tevyaw & Monti, 2004) naar motivationele interventies voor jongeren waarbij sprake is van middelengebruik zijn voornamelijk positieve resultaten gevonden in de vermindering van alcoholgerelateerde problemen en, in mindere mate, verminderd alcoholgebruik. Ook wordt in de review gesuggereerd dat motivationele interventies (motivational 'enhancement') juist voor adolescenten goede technieken zijn, omdat dit de kans op een vijandige confrontatie tussen cliënt en hulpverlener verkleint. Doordat de jongere wordt geaccepteerd als individu en hem of haar niet verteld wordt wat te doen, kunnen motivationele interventies zorgen voor een goede sfeer tussen hulpverlener en de (mogelijk) oppositionele jongere. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat de hulpverlener boven de cliënt staat en directief te werk gaat, maar dat de hulpverlener zich opstelt naast de jongere.

Bijlage 3 Interventies voor delinquente LVB jongeren met middelenproblematiek

B.3.1 Stay-a-way Plus

Omschrijving

Stay-a-way is een gedragsinterventie bedoeld voor jeugdige delinquenten met een midden of hoog dynamisch risicoprofiel (DRP), bij wie sprake is van risicovol middelengebruik.

Doelen

Het hoofddoel van Stay-a-way is het verkleinen van de kans op recidive via vermindering van middelengebruik en het voorkomen van middelenafhankelijkheid bij jongeren met een verhoogd risico daartoe. Stay-a-way hanteert een individuele aanpak, waarbij sterk wordt ingezet op motivatie voor gedragsverandering, vergroting van de zelfcontrole en versterking van de binding met naasten. Afhankelijk van de aard en ernst van de middelenproblematiek en aanwezige risicofactoren biedt Stay-a-way verschillende persoonsgerichte trajecten voor de jeugdige delinquent met aandacht voor zowel het verminderen van risico's als het versterken van positieve vaardigheden.

Opbouw

Stay-a-way is opgebouwd uit een startmodule, een motivatietraining en zelfcontroletraining met ingebouwde trainingsgesprekken voor de ouder(s) en ouder-kind bijeenkomsten. Voor jongeren met LVB is een de Stay-a-way Plus variant beschikbaar (zie verderop). Het verkrijgen van inzicht in het gebruik (eventueel in relatie tot het delict) en het aanleren van gedragsalternatieven staan voorop.

Binnen Stay-a-way is er bijzondere aandacht voor:

- het opbouwen van een (individuele) band tussen trainer en jongere.
- het beïnvloeden van cognities.
- het versterken van vaardigheden en copingstijlen
- beïnvloeden van contextuele factoren en binding.

Het opbouwen van een band tussen trainer en jongere wordt gezien als een belangrijke factor in een goede communicatie met en het blijven motiveren van de jongere. De cognitieve interventies zijn erop gericht om de positieve verwachtingen die de jongere ten opzichte van middelengebruik heeft af te laten nemen en copingvaardigheden en self-efficacy te versterken (Handleiding Stay-a-way). De individuele aanpak voorkomt negatieve beïnvloeding door delinquente leeftijdgenoten, en het versterken van de context waarin de jongere verblijft alsmede binding met belangrijke anderen wordt gezien als een van de beschermende factoren ten aanzien van relapse in gebruik en/of delinquent gedrag.

Stay-a-way is bedoeld voor delinquenten van 12 tot en met 18 jaar, met een matig of hoog recidiverisico, en bij wie sprake is van risicovol middelengebruik. Met 'risicovol middelengebruik' wordt bedoeld op de range van licht gebruik in combinatie met risicofactoren voor verslaving, tot en met afhankelijkheid van middelen. Risicofactoren zijn omgevingsfactoren en persoonlijkheidskenmerken zoals erfelijkheid (aanwezigheid van verslavingsproblematiek bij ouders), impulsiviteit, en sensation-seeking.

Geschiktheid voor doelgroep

Een reguliere Stay-a-way training is gecontraïndiceerd bij jongeren met een IQ beneden de 85. Voor jongeren met een IQ tussen de 50 en 85 is echter de Stay-a-way Plus beschikbaar. Daarbinnen worden oefeningen in een eenvoudigere variant aangeboden en wordt zeer intensief aandacht besteed aan de vertaling van het geleerde naar de praktijk. Daarnaast is er in deze variant (nog) meer aandacht voor de verandering van en ondersteuning door de omgeving. De Stay-a-way Plus heeft beperktere doelstellingen dan de reguliere Stay-a-way. Bij gelijke doelstellingen zou – gezien de leer-mogelijkheden van de doelgroep – de interventie aanzienlijk langer moeten zijn. LVB jongeren die deze interventie als een leerstraf zouden krijgen opgelegd, zouden daardoor in verhouding een zwaardere maatregel krijgen. Een belangrijk bijkomend doel van de Stay-a-way Plus is dan ook het motiveren van jongere en systeem voor een vrijwillig vervolg kader. Hiertoe is een aanvullende zelf-controle training van 18 modules beschikbaar. Indien gewenst kan tussentijd gewisseld worden tussen de reguliere training en Stay-a-way Plus

Toepassingen

Stay-a-way kan als gedragsinterventie extramuraal uitgevoerd worden in het kader van een leerstraf of gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM), of als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke veroordeling. De interventie kan in dit kader ook in combinatie met andere erkende gedragsinterventies worden aangeboden. Stay-a-way is erkend door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie.

B 3.2 Open en Alert & Bekijk het nuchter

In 2006 is Open en Alert ontwikkeld door Mondriaan Verslavingspreventie en het Trimbos-instituut. De eerste versie is geschreven voor de residentiële jeugdhulpverlening, maar al snel bleek de aanpak ook werkbaar te zijn in andere sectoren. Beleid, scholing en samenwerken met de instelling voor verslavingszorg zijn onderdelen die vrijwel overal toe te passen zijn. Dit zijn dan ook de bouwstenen van Open en Alert.

- Scholing: Scholing van medewerkers bestaat uit een basiscursus middelengebruik en een vaardigheidscursus omgaan met middelengebruik.
- Samenwerking: Open en Alert besteedt aandacht aan het opzetten van een structurele samenwerking met de regionale instelling voor verslavingszorg..
- Beleid: Open en Alert biedt handvatten voor visie- en beleidsontwikkeling, die stapsgewijs wordt aangepakt:
 - Planning en Analyse Onderzoeken wenselijke situatie (visie ontwikkelen)
 - Draagvlak creëren
 - Beleid opstellen of huidig beleid aanpassen
 - Uitvoering van beleid

Bij de implementatie van Open en Alert moet rekening worden gehouden met de verschillen tussen de sectoren:

- Residentiële jeugdhulpverlening en justitiële jeugdinrichtingen hebben te maken met vrijheidsbeperking van cliënten
- Jongerenwerkers hebben te maken met jongeren die 'in en uit lopen', zij verblijven niet op de locatie. Het opzetten van preventieactiviteiten binnen het jongerenwerk (accommodatiegebonden) en buiten op hangplekken (outreaching) is een belangrijk onderdeel van Open en Alert in deze sector

- Mensen met LVB zijn te vinden in verschillende type voorzieningen, zoals "gesloten" instellingen, ambulante hulpverlening en voorzieningen voor werk of dagbesteding. Ook heeft de doelgroep een beperkt cognitief vermogen. Medewerkers van de verslavingspreventie dienen daar rekening mee te houden in het geven van de scholing en eventueel voorlichting en behandeling.

Interventie voor LVB cliënten: Bekijk 't nuchter

Open en Alert richt zich op organisaties en begeleiders. Voor cliënten met LVB is er het preventieprogramma Bekijk 't nuchter. Bekijk 't nuchter bestaat uit twee onderdelen: voorlichtingsbijeenkomsten voor (jonge) mensen met LVB en een motivatietraining voor degenen die alcohol en/of drugs gebruiken. Voor voorlichting over alcohol, cannabis en harddrugs staan dertien modules beschreven en is audiovisueel materiaal beschikbaar. De motivatietraining bestaat uit vijf (groeps)bijeenkomsten om riskant middelengebruik te doorbreken en een ingang te creëren voor het accepteren van verdere ondersteuning. Naast een handleiding is er een kaartenset beschikbaar voor het bespreken van voor- en nadelen en gewoontes rondom alcohol- en drugsgebruik.

Geraadpleegde literatuur

D'Amico, E. J., Orlando, E., Miles, J. N. V., & Morral, A. R. (2008). The longitudinal association between substance use and delinquency among high-risk youth. *Drug and alcohol dependence*, 1(2), 85-92.

Asscher, J.J., Put, C.E. van der, Stams, GJJM., (2012). Differences between juvenile offenders with and without intellectual disability in offense type and risk factors, *Research in developmental disabilities*, 33, 6, 1905-1913

Barrett, N. and D. Paschos (2006). Alcohol related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry* 19: 481-485.

Beitchman, J. H., B. Wilson, et al. (2001). Substance Use disorder In Young Adults With and Without LD: Predictive and Concurrent Relationships. *Journal of learning disabilities* 34(4): 317-332.

Boertjes, M.J., Lever, M.S. (2007) *LVG en jeugdcriminaliteit*, Diemen: Expertisecentrum Jeugdzorg – Gehandicaptenzorg William Schrikker

Bransen, E., H. Schipper, et al. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht, Trimbo.

Brown, G. and B. Coldwell (2006). Developing a controlled drinking programme for people with learning disabilities living in conditions of medium security. *Addiction research & theory*, 14(1): 87-95.

Bijleveld, CHJ. Van, Geest, V. van der, Hendriks, J (2012). *Vulnerable youth on pathways to adulthood*. In: Loeber, R., Hoeve, M., Slot N.W., Laan, P van der (Eds) *Persisters and desisters in crime from adolescence into adulthood: Explanation, prevention and punishment*. Aldershot UK: Ashgate.

Blokland, A., Palmen, H. & Van San, M. (2012). Crimineel gedrag in de jongvolwassenheid, *Tijdschrift voor criminologie* (54) 2, p 85-99.

Burnett, R. (2004). *To offend or not to reoffend? The ambivalence of convicted property offenders*. In S. I. Maruna, R (Ed.), *After crime and punishment: pathways to offender reintegration* (pp. 152-180). Devon: Cullompton Willan Publishing.

Castellanos, C., & Conrod, P. J. (2006). Efficacy of brief personality-targeted cognitive behavioural interventions in reducing and preventing adolescent emotional and behavioural problems. *Journal of Mental Health*, 15(6), 1-14

Chaplin, E., C. Gilvarry, et al. (2011). Recreational substance use patterns and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability. *Research in developmental disabilities* 32(6): 2981-2986.

Carrol Chapman, S. L. C. and L.-T. Wu (2012). Substance abuse among individuals with intellectual

disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 33: 1147-1156.

Chassin, L., Knight, G., Vargas-Chanes, D., Losoya, S., and Naranjo, D. (2009). Substance use treatment outcomes in a sample of male serious juvenile offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36,183–194.

Cocco, K. M. and D. C. Harper (2002). Substance use in people with mental retardation: Assessing potential problem areas. *Mental health aspects of developmental disabilities* 5(4): 101-108.

Collot d'Escury, A. (2007). Lopen jongeren met een lichte verstandelijke beperking meer kans om in aanraking te komen met Justitie? *Kind en adolescent*, 3, 197-211.

Cosden, M. (2001). Risk and Resilience for Substance Abuse Among Adolescents and Adults with LD. *Journal of learning disabilities* 34(3): 352-258.

Cottle, C.C., Lee, R.J., & Heilbrun, K. (2001). The prediction of criminal recidivism in juveniles: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 367-394.

Coumans, A.M. (2005). *Survival on the fringes of society. Marginalisation and hardening among chronic heroin users*. Maastricht: University of Maastricht (dissertatie).

De Beer, Y. (2011). *De Kleine gids: mensen met een licht verstandelijke beperking 2011. moeilijke zaken makkelijk uitgelegd*. Deventer: kluwer.

Degenhardt, L. (2000). Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 25(2): 135-146.

Dick, D.M., Aliev F., Wang J.C., Grucza R.A., Schuckit M., Kuperman S., Kramer J., Hinrichs A., Bertelsen S., Budde J.P., Hesselbrock V., Porjesz B., Edenberg H.J., Bierut L.J., Goate A. (2008). Using dimensional models of externalizing psychopathology to aid in gene identification. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Mar;65(3):310-8.

Didden, R., P. Embregts, et al. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities* 30(5): 927-932.

Dijk, J. J. M. van, Sagel- Grande, H. I., & Toornvliet, L. G. (2006). *Actuele criminologie*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Douma, J.C.H., Dekker, M.C., de Ruiter, K.P., Tick, N.T., & Koot, H.M. (2007). Antisocial and delinquent behaviors in youths with mild or borderline disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 112, 207-220.

Duijvenbode, N. van, Didden, R., Drieschner, K. & Trentelman, M. (ter publicatie aangeboden). *Automatische processen in verslavingsproblematiek bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*.

De sleutel naar nieuwe mogelijkheden?

Farrington, D.P. (1995). The Twelfth Jack Tizard Memorial Lecture. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(6), 929-964.

Forbat, L. (1999). Developing an alcohol awareness course for clients with a learning disability, *Brit JR learn disab* 1999. 27(1): p. 16-19.

Goderie, M., B. Tierolf, et al. (2008). *Problematiek en hulpvragen van stelselmatige daders*. Utrecht: Verwey Jonker Institute.

Geus, R. de & Roelvink, L. (red) (2004). *Verstandelijk gehandicapten in aanraking met politie en justitie. Verslag van een congres over praktijkervaringen, onderzoek en beleid betreffende strafbare feiten begaan door mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht / Borne: NIZW / Aveleijn.

Hammink, A. & Schrijvers, C (2012). *Middelengebruik en gokken onder jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking in de regio Rotterdam Aard, omvang, zorgbehoeften en huidig zorgaanbod*. Rotterdam: IVO.

Heaven, P. C. L. (1996). Personality and self-reported delinquency: analysis of the "big five" personality dimensions. *Personality and individual differences*, 20(1), 47-54.

Holland, T., Clare, I.C.H., & Mukhopadhyay, T. (2002). Prevalence of criminal offending by men and women with intellectual impairment: evidence from a birth cohort. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 171-182.

Hollar, D. and D. Moore (2004). Relationship of Substance Use by Students with Disabilities to Long-Term Educational, Employment, and Social Outcomes. *Substance use & misuse* 39(6): 931 -962.

IVZ / Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. (2010). *Jongeren in de ambulante verslavingszorg in Nederland (2004-2008)*. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ).

Kaal, H. L., M. M. J. Van Ooyen-Houben, et al. (2009). *Een complex probleem. Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. Den Haag: WODC.

Kaal, H.L. (2010). *Beperkt en gevangen? De haalbaarheid van prevalentieonderzoek naar verstandelijke beperking in detentie*. Den Haag: WODC.

Kaal, H.L., Brand, E.F.J.M. & Van Nieuwenhuijzen, M. (2012a). Serious juvenile offenders with and without intellectual disabilities. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 3(2), 66-76.

- Kaal, H., Nijman, H, Moonen, X (2012b) *De ontwikkeling van een screeningsinstrument 'licht verstandelijke beperking' (LVB) voor volwassenen*. Leiden: LVB en jeugdcriminaliteit, Lectoraat Jeugd, Hogeschool Leiden.
- Kaal, H. (2013). *Ongewoon moeilijk. Jeugdige delinquenten met een LVB als (voortdurende) bron van zorg*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Kepper, A., K. Monshouwer, et al. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20: 311-319.
- Koolhof, R., Loeber, R. & Collot d'Escury, A.M. (2007). Eerst tot tien tellen! Of is dat voor lvg-jongeren niet genoeg? Is de LVG -jongere extra kwetsbaar om delinquent gedrag te ontwikkelen? *Onderzoek & Praktijk*, 1, 15-19.
- Kroll, L, Rothwell, J., Bradley, D., Shah, P., Baily, S., & Harrington, R.C. (2002). Mental health needs of boys in secure care for serious or persisting offendin: a prospective, longitudinal study. *The Lancet*, 359, 1975-1979.
- Landelijk Kenniscentrum LVG (2005). *Indicatiecriteria LVG-jeugd met meervoudige problematiek*. Utrecht: LKC-LVG.
- Lindsay, W., Hastings, R. Beech, A. (2011) Forensic research in offenders with intellectual & developmental disabilities 1: prevalence and risk assessment, 2. assessment and treatment, *Psychology, Crime and Law*, 17, 2 , pp. 97-100.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 371-411.
- Loeber, R., Hoeve, M., Slot, W.N., Laan, P. van der (2012). *Persisters and Desisters in Crime from Adolescence into Adulthood. Explanation, prevention and punishment*. Ashgate.
- Loeber, R., Slot, N.W., & Sergeant, J.A. (2001). *Ernstige en gewelddadige delinquentie: Omvang oorzaken en interventies*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- McCrystal, P. (2007). Substance Use Behaviors of Young People with a Moderate Learning Disability: A Longitudinal Analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 33: 155-161.
- McLaughlin, D. F., L. Taggart, et al. (2007). The experiences of professionals who care for people with intellectual disability who have substance-related problems. *Journal of Substance Use* 12(2): 133-143.
- McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews* 12: 41-47.

- McGillivray, J. A. and M. R. Moore (2001). Substance use by offenders with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 26 (4): 297-310.
- Mendel, E., Hipkins J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: a pilot study *British Journal of Learning Disabilities* 2002;30(4):153-158.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Moore, D. and C. Lorber (2004). Clinical characteristics and staff training needs of two substance use disorder treatment programs specialized for persons with disabilities. *Journal of Teaching in the Addictions* 3(1): 3-20.
- Mulder, E.A. (2010). *Unraveling serious juvenile delinquency: risk and needs assessment by classification into subgroups*, PhD Thesis, Rotterdam: Erasmus MC.
- Mutsaers (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten & middelengebruik, wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos.
- Nijmeijer, L. (2008) *Zorgprogramma voor gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: Trimbos
- Nijmeijer, L. Moerdijk, L., Veneberg, G., Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ, een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos
- Ouden, Den, R. & Wit, E., (2011) *Theoretische handleiding Stay-a-way Gedragsinterventie voor jeugdige delinquenten met risicovol middelengebruik*. Tactus/IVO.
- Den Ouden, R., Kiewik, M., VanDerNagel, J., (2012). *Handleiding minder drank of drugs, behandelmodule voor LVB-clienten met verslavingsproblemen*. Deventer: Tactus. ISBN 978-90-819488-0-7
- Paelinck, A (2011). *Motiveren van geïnterneerden met een verstandelijke beperking die middelen misbruiken. Een replicatie-onderzoek van E. Mendel en J. Hipkins*. Masterthese, Universiteit Gent. Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.
- Pomp, E. (2009). Het Good Lives Model, een literatuurstudie. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Op 30-11-2012 verkregen van www.efp.nl/sites/default/files/publicatie/pdf/EFP_Good_Lives_Model_Literatuurstudie.pdf
- Roeden, J. & Bannink, F. (2007). *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten*. Amsterdam: Harcourt.
- Roozen, H. (2006) De Community Reinforcement Approach (CRA) Operante leerprincipes, sociale-systeembenadering en gedragsfarmacologie. *Verslaving*, 2, pp 3-18.

- Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K.A., Snell, M.E., Spret, S., Tasse, M.J., Thompson, J.R., Verdugo-Alonso, M.A., Wehmeyer, M.L., & Yeager, M.H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (Eleventh edition)*. Washington DC: AAIDD.
- Slayter, E. M. (2010). Disparities in Access to Substance Abuse Treatment among People with Intellectual Disabilities and Serious Mental Illness. *Health & Social Work* 35(1): 49-59.
- Steenhuis, I. and E. Van der Poel (2009). Alcohol- en druggebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren in de leeftijd van 15 - 25 jaar. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 64: 66-78.
- Stoll, J., Bruinsma, W., & Konijn, C. (2004). *Nieuwe cliënten voor bureau jeugdzorg? Jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering*. Utrecht: NIZW.
- Taggart L, McLauhlin D, Quinn B, McFarlane C. (2007) Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community*;15(4):360-368
- Taylor, J.L., & Lindsay, W.R. (2010). Understanding and treating offenders with learning disabilities: a review of recent developments. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 1(1), 5-16.
- Teeuwen, M. (2012). *Verraderlijk gewoon. Licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: SWP.
- Ter Bogt, Van Lieshout, Doornwaard, en Eijkmans (2009). *Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten*. Utrecht: Trimbos
- Van de Velde, S. (2005) Intellectual abilities and motivation toward substance abuse treatment in drug-involved offenders: a pilot study in the belgian criminal justice system *Int J Offender Ther Comp Criminol.* , 2005. 49(3): p. 277-297.
- Van der Laan, P.H., Van der Laan, A.M., Hoeve, M., Blom, M. & Lamet, W. (2012). Jongvolwassen delinquenten en justitiële reacties, *Tijdschrift voor Criminologie*, (54) 2, p.99 – 117.
- VanDerNagel, J.E.L., Den Ouden, R. (2011). *Kleine Gids Jongeren en Verslaving*. Alphen aan de Rijn: Kluwer ISBN 9789013096231
- VanDerNagel, J.E.L., Kiewik, M., Buitelaar, J.K., De Jong C.A.J. (2011a). Staff perspectives of substance use and misuse among adults with intellectual disabilities enrolled in Dutch disability services. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*;8(3):143-9.
- VanDerNagel, J.E.L., Kiewik M., Van Dijk M., De Jong C., Didden R. (2011b). *Handleiding SumID-Q, Meetinstrument voor het in kaart brengen van Middelengebruik bij mensen met een lichte verstande-*

lijke beperking. Deventer: Tactus; 2011.

VanDerNagel, J.E.L., Kiewik, M., Didden, R. (2012). *Iedereen gebruikt toch? Handboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom.

VanDerNagel, J.E.L., Kiewik, M (verschijnt 2014). *Cognitieve gedragstherapie bij verslaving voor cliënten met LVB*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Van der Poel, A. & van der Mheen, D. (2006). Young people using crack and the process of marginalisation. *Drugs: education, prevention and policy*, 13(1), 45-59.

Van Marle, H. (2004). Hulpverlening of justitie: keuzes in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. In Geus, R. & Roelvink, L. (red). *Verstandelijk gehandicapten in aanraking met politie en justitie. Verslag van een congres over praktijkervaringen, onderzoek en beleid betreffende strafbare feiten begaan door mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht/ Borne: NIZW/Avelijn.

Van Nieuwenhuijzen, M. (2012). De (h)erkenning van jongeren met een lichte verstandelijke beperking. Een overzicht van de stand van zaken. *NTZ 3-2012*, p. 168-178.

Vogelvang, B. (2005). *De jongere aanspreken: handboek methode jeugdreclassering*. Utrecht: MO groep.

Vogelvang, B., Rutten, E.A., De Jong, B.J., & Van den Braak, J. (2012). *Reclasseren met adolescenten en jongvolwassenen. Een methodische handreiking voor de jeugdreclassering en reclassering*. Woerden: Van Montfoort/Collegio.

Vreugdenhil, C. (2003). *Psychiatric disorders among incarcerated male adolescents in the Netherlands*. Vrije Universiteit, Amsterdam.

Ward en Gannon, 2006 Ward, T. & Gannon, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The Good Lives Model of sexual offender treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77-94.

Wit, M., Moonen, X, Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB. Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum VG

Wits, Choenni, V., Duin, L. van (2012). *Verslavingsreclassering voor jongeren met middelenproblematiek Ontwikkeling van een laagdrempelig, eenduidig aanbod van advies, toezicht en zorg*. Rotterdam: IVO

Voor meer informatie over dit onderwerp
kunt u terecht op onze websites
www.tactus.nl
www.williamschrikkergroep.nl

