

Leefstijl 24/7



Interventie beschrijving

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Organisatie : SVG Verslavingsreclassering
Contactpersonen : Coki Janssen, Mamoun el Loukili
Adres : Piet Mondriaanplein 25 (6^e etage)
Postcode : 3812 GZ
Plaats : Amersfoort
E-mail : C.Janssen@svg.reclassering.nl, M.Loukili@svg.reclassering.nl
Telefoon : 030 232 49 49

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving:
Titel interventie:
Databank(en):
Plaats, instituut:
Datum:

Contactpersoon

Naam: Dr. Renée Henskens
E-mail: r.henskens@reclassering.nl
Telefoon: 030 232 49 85

Datum: 17 maart 2016

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
1. Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep.....	8
1.2 Doel.....	11
1.3 Aanpak.....	12
2. Uitvoering	15
2.1 Materialen	15
2.2 Locatie en type organisatie	15
2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders.....	16
2.4 Kwaliteitsbewaking	16
2.5 Randvoorwaarden.....	17
2.6 Implementatie	17
2.7 Kosten	18
3. Onderbouwing.....	19
3.1 Probleem.....	19
3.2 Oorzaken.....	20
3.3 Aan te pakken factoren	21
3.4 Verantwoording.....	22
4. Onderzoek.....	28
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	28
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	30
5. Samenvatting werkzame elementen	32
6. Aangehaalde literatuur	33

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Leefstijl 24/7 is bestemd voor reclasseringscliënten die een delict onder invloed van alcohol en/of drugs hebben gepleegd en waarbij een verband is tussen het middelengebruik en het delictgedrag. Basismethoden van de training vormen o.a. motivational interviewing (MI), een analyse van de functie van het middelengebruik/delictgedrag en cognitieve gedragstherapie, waarbij het leren omgaan met risicosituaties en gedragsverandering centraal staan. M.b.v. MI wordt de deelnemer voorbereid op het veranderproces. Door het inventariseren van risicosituaties in de functieanalyse, krijgen deelnemers inzicht in welke factoren hun keuze beïnvloeden om opnieuw te gebruiken/delicten te plegen. Cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat ongewenst gedrag een aangeleerde, niet-werkende manier is om met problemen om te gaan. In Leefstijl 24/7 wordt ander gedrag aangeleerd dat effectiever is. Alvorens de deelnemer de stap maakt tot gedragsverandering, maakt hij een voor- en nadelen balans van zijn middelengebruik/delictgedrag. Het opstellen van deze balans ondersteunt hem in zijn besluit tot gedragsverandering. M.b.v. een terugvalpreventieplan leert de deelnemer hoe hij andere keuzes kan maken, met als doel problematisch gebruik/delictgedrag te voorkomen. Ook wordt de deelnemer ondersteund in het opbouwen van een alternatieve leefstijl.

Doelgroep

Leefstijl 24/7 wordt ingezet voor justitiabelen die middelen gebruiken en strafbare feiten plegen. Experimentele gebruikers, riskante gebruikers, riskante gebruikers met klachten en verslaafden stromen in.

Doel

Na afronding van Leefstijl 24/7 hebben de deelnemers kennis van hun middelengebruik en delictgedrag en inzicht in de eigen patronen die hiertoe leiden. Zij zijn gemotiveerd tot (gedrags)verandering, gaan adequaat om met hun verslaving/delictgedrag, en hebben vertrouwen in de eigen capaciteit wat betreft het onder controle krijgen ervan.

Aanpak

Leefstijl 24/7 beïnvloedt het middelengebruik van de deelnemers in positieve zin, waardoor de kans op criminele recidive wordt verminderd. De training bestaat uit drie Modules. Het aantal te volgen Modules is afhankelijk van de ernst van het middelengebruik: hoe ernstiger het middelengebruik, hoe meer Modules men volgt (*stepped-care* principe). Alle Modules bestaan uit 5 bijeenkomsten van 2 uur. De training wordt in groepsverband of individueel gegeven (individuele Modules: 1 uur). Deelnemers die vanwege persoonskenmerken, psychopathologie of aard van het delict (bijvoorbeeld zeden) als niet-groeps geschikt worden aangemerkt, krijgen een individuele training. Ook deelnemers met een licht recidiverisico volgen de training individueel. Leefstijl 24/7 wordt tevens individueel gegeven om een snelle start te garanderen.

Materiaal

Er is divers materiaal beschikbaar t.b.v. voorlichting en werving/selectie van deelnemers. Denk aan folders voor de opdrachtgevers (Openbaar Ministerie (OM), Zittende Magistratuur (ZM),

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)), reclasseringswerkers en justitiabelen, trainershandleidingen en werkboeken en voor- en nametingen t.b.v. doelmatigheidsonderzoek.

Onderbouwing

Verslaving wordt in toenemende mate beschouwd als een ontwikkelingsstoornis. Het verslavingsgedrag ontwikkelt zich in een wisselwerking tussen erfelijke en verkregen kwetsbaarheidsfactoren en de actuele situatie (beschikbaarheid van middelen, sociale context, inhibitie en stresscontrolevermogen). Veranderingen in het stressregulatiesysteem door (traumatische) ervaringen en de wijze van omgaan met stress, predisponeren eveneens voor verslaving.

Uit onderzoek blijkt dat 76% van de toezichtcliënten en 74% van de gedetineerden middelen gebruiken. Naarmate iemand vordert in zijn gebruik, ontstaan er vaak ook andere problemen, zoals problemen met (lichamelijke en psychische) gezondheid, relaties, financiën of werk. In Leefstijl 24/7 wordt het middelengebruik teruggebracht, met als doel recidive te verminderen. Het stabiliseren van middelengebruik is een belangrijke protectieve factor. Met Leefstijl 24/7 kunnen we voorkomen dat de doelgroep verder afglijdt en in een maatschappelijk isolement terecht komt, en tevens een bijdrage leveren aan een veiliger samenleving.

De doelgroep van Leefstijl 24/7 is beperkt gemotiveerd en heeft weinig kennis van (met name) de langere termijneffecten van middelengebruik/delictgedrag. Er is sprake van een gebrek aan inzicht in de eigen gebruiks- en delictpatronen. Deelnemers kunnen moeilijk omgaan met risicosituaties, waardoor de kans op terugval in oud gedrag groot is. Omdat succeservaringen met alternatief gedrag (nog) ontbreken, heeft men weinig vertrouwen in de eigen capaciteiten om het gebruik te controleren.

Leefstijl 24/7 werkt in op de motivatie, kennis/inzicht, gedrag en *self-efficacy* van de deelnemer, met als doel het middelengebruik en de recidive te verminderen.

De werkzame elementen van het programma vormen:

1. Motivational interviewing;
2. Functieanalyse (van zowel middelengebruik als delictgedrag);
3. Constructieve zelfanalyse;
4. Cognitieve gedragstherapie (CGT);
5. Terugvalpreventie.

In deze methoden staat het leren omgaan met risicosituaties en gedragsverandering centraal.

Onderzoek

Er zijn twee procesevaluaties uitgevoerd naar de programma-integriteit van de Korte Leefstijltraining en de Leefstijltraining.

In de evaluatie van de Korte Leefstijltraining werden veel knelpunten in de uitvoering geconstateerd, waaronder een onzuivere indicering, een beperkte registratie en capaciteitsproblemen bij de trainers. Dit stond een soepele uitvoering van de Korte Leefstijltraining in de weg. De onderzoekers concludeerden dat de procesevaluatie eigenlijk te vroeg had plaatsgevonden.

In de evaluatie van de Leefstijltraining concludeerden de onderzoekers dat de training grotendeels programma-integer werd uitgevoerd. Over de afwijkingen van het protocol was consensus tussen trainers en interventiecoaches. Trainers waren daarentegen niet eenduidig in het benoemen van de werkzame elementen van de Leefstijltraining.

Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de oude Leefstijltrainingen.

1. Beschrijving interventie

Inleiding: doorontwikkeling van de Leefstijltrainingen

Korte Leefstijltraining en Leefstijltraining

De Korte Leefstijltraining en Leefstijltraining zijn in 2009 ontwikkeld door JellinekMentrum, AIAR en de SVG (Schoemakers e.a, 2009). Beide programma's waren bestemd voor reclasseringscliënten die een delict onder invloed van alcohol en/of drugs hadden gepleegd en waarbij een verband was tussen het middelengebruik en het delictgedrag.

De Korte Leefstijltraining bestond uit 12 sessies van 2,5 uur. Het was een groepsgewijze training waarin eerst de motivatie van de deelnemers werd vergroot. Daarna maakten deelnemers een voor- en nadelen balans: 'Wat wil ik met mijn leven en welke rol laat ik het middelengebruik daarin spelen?' Deelnemers maakten een keuze voor stoppen, of minderen met gebruik (gecontroleerd gebruik). Er volgde een functieanalyse waarin deelnemers terugblikten naar momenten waarop zij bewust kozen voor gebruik: welke factoren beïnvloedden deze keuze? Door meer zicht te krijgen op persoonlijke (interne en externe) risicofactoren, werd het haalbaarder om het huidige gebruik onder controle te houden. Ook leerden de deelnemers om te gaan met trek en welke strategieën nodig waren om met trek om te gaan, zoals het veranderen van denkpatronen en 'Helpende gedachten' die nodig zijn om niet in oude patronen terug te vallen. M.b.v. een Noodplan werd de Korte Leefstijltraining afgesloten: deelnemers stelden een persoonlijk actieplan op waarin concrete tips werden opgeschreven die zij konden gebruiken in geval van nood. Bijvoorbeeld, 'Als ik in verleiding kom om te gaan gebruiken, dan bel ik mijn broer, vermijd ik mijn vrienden, neem ik niet meer geld dan nodig mee naar de stad, etc.'

De Leefstijltraining bestond uit 18 sessies van 2,5 uur, waarvan de eerste 9 bijeenkomsten hetzelfde waren als die van de Korte Leefstijltraining. Daarnaast was er een aanvullend deel. De Leefstijltraining was bedoeld voor cliënten met een excessief middelengebruik en een hoog recidiverisico, zoals ISD-ers. In het aanvullend deel van de Leefstijltraining werd de gebruiksen delictketen behandeld. Hierin werd besproken op welke leefgebieden de deelnemer niet goed functioneerde, of waarom iemand een terugval had gehad.

De Korte leefstijltraining en Leefstijltraining waren aparte trainingen met ook aparte indicatiestellingen. Het was dus niet zo dat deelnemers gezamenlijk de Korte Leefstijltraining volgden en dat deelnemers van de Leefstijltraining langer doorgingen.

Leefstijl 24/7

Leefstijl 24/7 is voortgekomen uit een continue monitoring van de oude Leefstijltrainingen. Het clienttevredenheidsonderzoek leverde input (zie paragraaf 1.1, Betrokkenheid doelgroep), maar vooral het beeldmateriaal van de sessies (videomonitoring), die trainers ten behoeve van de toetsing van de programma-integriteit opnamen, was van belang. Hiermee werd een goed beeld verkregen van welke programma-onderdelen goed aansloegen bij de doelgroep en waar verbeteringen nodig waren. De twee procesevaluaties leverden een minder grote bijdrage. Een studie werd namelijk te vroeg uitgevoerd (zie paragraaf 4.1, Eerste procesevaluatie). Wel is op basis van de evaluatie van de Leefstijlstraining gekeken hoe de instroom van beide trainingen kon worden opgehoogd.

Leefstijl 24/7 is doorontwikkeld uit de Korte Leefstijltraining en de Leefstijltraining en heeft een modulaire opzet. De oude Leefstijltrainingen zijn op basis van het stepped-care principe opgedeeld in drie aparte Modules en kunnen zowel als afzonderlijke trainingen of als gehele training worden gevolgd. De programma-onderdelen van de Korte Leefstijltraining zijn ondergebracht in Modules 1 en 2 van Leefstijl 24/7 en zijn aangevuld met een sectie 'Voorlichting en effecten van middelengebruik'. In Module 3 is het aanvullende deel van de Leefstijltraining ondergebracht. Alle Modules bestaan uit 5 sessies.

In Leefstijl 24/7 is een uitbreiding van de doelgroep aangebracht, met als doel meer tegemoet te komen aan de (risico)behoeften van beoogde doelpopulatie van Leefstijl 24/7. Cliënten met een laag recidiverisico, experimentele gebruikers en stoppers kunnen ook instromen (zie Doelgroep). Ook is een aantal (bescheiden) verbeteringen in de programma-inhoud aangebracht. Bijvoorbeeld, uit diverse bronnen (observaties, videomonitoring, feedback van deelnemers en trainers) bleek dat we het programma-onderdeel 'Rondje ruis' beter konden

integreeren in het onderdeel 'Welkom en introductie', waardoor het effectiever kon worden ingezet en het tijdsduur opleverde. Voorts is in Leefstijl 24/7 besloten het huiswerk tijdens de training te maken en niet meer in eigen tijd. De reden was dat in de oude trainingen het huiswerk niet altijd even trouw werd gemaakt. Uit onderzoek blijkt dat een betere uitvoering van het huiswerk leidt tot betere uitkomsten (Carroll e.a, 2005). Aangenomen wordt dat met hulp van trainers/groepsleden bij het maken van huiswerk, de responsiviteit van de training wordt verhoogd. Tenslotte is in Leefstijl 24/7 de tijdsduur van een sessie teruggebracht van 2,5 naar 2 uur (voor individuele sessies 1 uur) en begint iedere training met een individueel startgesprek van 1 uur. In dit persoonlijke intakegesprek krijgt de deelnemer informatie over de training, spreken trainer en deelnemer hun verwachtingen uit over de training en elkaar, en kan de deelnemer in een veilige sfeer persoonlijke zaken in relatie tot de training bespreekbaar maken. Ook heeft dit gesprek als doel de motivatie van de deelnemer te vergroten en de uitval tijdens de training tegen te gaan.

Redenen om Leefstijl 24/7 in te korten (van 18 naar 15 bijeenkomsten) zijn:

- In kleine groepen kan er meer stof behandeld worden in relatief minder tijd. Kleine groepen versnellen de instroom. Zodra een groep 4 of 5 deelnemers telt, wordt er gestart. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de wens van de opdrachtgevers (OM/ZM en DJI). Uit ervaringen in de afgelopen 2 jaar in werken met kleinere groepen bleek dat zowel de tijdsduur van de gehele training als de sessieduur kon worden ingekort;
- In Leefstijl 24/7 wordt minder tijd besteed aan langere theoretische introducties en meer aan 'doen'. Bijvoorbeeld, de introductie van een thema (in de oude Leefstijltraining 50 minuten) bleek te ruim ingeschat qua tijd. In Leefstijl 24/7 is deze introductie ingekort naar 15 minuten.

De theoretische basis, het verklarings- en veranderingsmodel, de programmadoelen en werkzame elementen van de Korte Leefstijltraining en Leefstijltraining gelden ook voor Leefstijl 24/7. De belangrijkste wijzigingen zijn dat Leefstijl 24/7 een modulaire opzet heeft en dat de training ook individueel inzetbaar is.

Bovengenoemde aanpassingen zijn om verschillende redenen gedaan. SVG wil beter aansluiten bij vragen vanuit de praktijk met een op maat gesneden training:

- die individueel ingezet kan worden, waarmee een snelle start direct na het vonnis gegarandeerd kan worden;
- die differentieert naar de hulpbehoeften van diverse doelgroepen binnen de verslaafdenpopulatie;
- voor gebruikers die baat hebben bij een lichte module (en die in de oude Leefstijltrainingen geëxcludeerd werden);
- voor cliënten die om diverse redenen niet in een groep terecht kunnen (en die in de oude Leefstijltrainingen geëxcludeerd werden of gaandeweg uitvielen).

Erkenningstraject Korte Leefstijltraining en Leefstijltraining

In 2009 heeft de toenmalige Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie de beide Leefstijltrainingen het oordeel Erkend gegeven. In 2014 zijn de trainingen opnieuw ex ante beoordeeld en is de erkende status niet verlengd. De commissie verlangde een nadere uitwerking van de theoretische onderbouwing en de selectie van deelnemers. Uit een toelichting bleek dat de commissie, op basis van voortschrijdend inzicht, strikter was geweest in het beoordelen van kwaliteitscriterium 10 (Evaluatie), om te voorkomen dat de SVG later in de problemen zou komen bij de uitvoering van het doelmatigheidsonderzoek en de recidivemeting. Dit resulteerde in een negatievere beoordeling van de onderzoeksofzet. De commissie ging ook niet akkoord met het gaandeweg laten valideren van de testbatterij van de Leefstijltrainingen, een studie die de universiteit Utrecht zou uitvoeren. Bij de ex ante indiening moesten namelijk gevalideerde vragenlijsten worden toegevoegd.

1.1 Doelgroep

Leefstijl 24/7 wordt ingezet voor justitiabelen die middelen gebruiken en die strafbare feiten plegen. De training is volgens het in de Nederlandse verslavingszorg gangbare stepped-care model ingericht en is 'zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig' (De Wildt & Vedel, 2014). De ernst van het middelengebruik bepaalt de intensiteit van de training.

De reguliere verslavingszorg onderscheidt vijf doelgroepen waarvoor een gedifferentieerd aanbod wordt aangeboden:

1. Experimentele gebruikers: een kortdurende interventie, op incidentele basis;
2. Riskante gebruikers: een kortdurende interventie;
3. Riskante gebruikers met klachten: een meer intensieve interventie;
4. Verslaafden: een meer intensieve interventie, in combinatie met (dag)behandeling;
5. Chronische verslaafden: een interventie, in combinatie met (of in afwachting van) een langdurige verslavingsbehandeling.

Ad 1. Experimentele gebruikers

Bij experimentele gebruikers begint het middelengebruik vaak vanuit nieuwsgierigheid. Het heeft vooral sociale oorzaken: als je vrienden hebt die gebruiken, is de stap naar zelf gebruiken vaak snel gezet (sociale druk). Vanuit dit experimenteelgedrag kan het gebruik nog alle kanten op gaan. Experimentele gebruikers hebben een licht risicoprofiel. Omdat beschermende factoren (werk, huisvesting, relaties) bij deze groep nog voldoende aanwezig zijn, is het veranderpotentieel groot. Interventies op het gebied van voorlichting en bewustwording zijn belangrijk. Een duwtje in de goede richting is vaak afdoende.

Ad 2. Riskante gebruikers (gewoontegebruikers)

Gewoontegebruikers gebruiken middelen om zich wat losser te voelen of om hun problemen even te vergeten. Bepaalde situaties zijn onlosmakelijk verbonden met het gebruik van alcohol en/of drugs. Het gebruik is dan niet (meer) recreatief maar heeft een duidelijke functie gekregen. Als middelengebruik een gewoonte wordt, is dit vaak een opstart naar problematisch gebruik.

Ad 3. Riskante gebruikers met klachten (middelenmisbruikers)

Bij middelenmisbruikers speelt het alcohol en/of druggebruik een grote rol in het leven. Deze middelen zijn een toevluchtsoord geworden om negatieve ervaringen en gebeurtenissen te onderdrukken. Omdat het stoppen met gebruik steeds moeilijker wordt, is er sprake van een groot risico op verslaving.

Ad 4. Verslaafden

Middelenafhankelijkheid treedt op als het gebruik tot schadelijke gevolgen leidt op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. Het leven van de gebruiker wordt voor een groot deel bepaald door gebruik: er wordt veel tijd gestoken in het verkrijgen of gebruiken van het middel. Men gaat door met het gebruik, ook al kent men de nadelen ervan. Omdat verslaafden soms drang hebben om te stoppen met het middel, zijn er verschillende (mislukte) pogingen ondernomen om te stoppen, of om de hoeveelheid te minderen.

Ad 5. Chronische verslaafden

Chronische verslaafden gebruiken langdurig alcohol en/of drugs, waardoor de kans op minderen of stoppen met gebruik klein is. Vaak hebben zij naast verslavingsproblemen ook psychiatrische problemen en allerlei door het middel veroorzaakte lichamelijke aandoeningen (comorbiditeit). Bij chronische verslaafden ligt de focus op het verbeteren van de kwaliteit van het leven, niet op het stoppen met gebruik (harm reduction).

Leefstijl 24/7 richt zich op de doelgroepen 1 t/m 4: experimentele gebruikers, riskante gebruikers, riskante gebruikers met klachten en verslaafden. Op deze vier groepen is de indicatiestelling van de training afgestemd (zie Selectie van doelgroepen).

Actieve gebruikers en 'stoppers'

Onder deze vier doelgroepen bevinden zich actieve gebruikers en zogenoemde 'stoppers'. Stoppers zijn cliënten die minimaal 12 maanden zijn gestopt met middelengebruik en delictgedrag: zij bevinden zich in Fase 5 van de cirkel van gedragsverandering van Prochaska & DiClemente (1996) en proberen de bereikte (gedrags)verandering te bestendigen en niet terug te vallen.

Selectie van doelgroepen

Kader

Leefstijl 24/7 wordt zowel intramuraal als extramuraal uitgevoerd, op alle locaties van de instellingen van de SVG en DJI. Er is sprake van een landelijk dekkend aanbod.

Extramuraal zijn de volgende modaliteiten mogelijk:

- Een sepot onder voorwaarden, met als bijzondere voorwaarde Leefstijl 24/7 en toezicht op de naleving van de bijzondere voorwaarde door de reclassering;
- Een beslissing van de Officier van Justitie (OM-afdoening), waarbij Leefstijl 24/7 wordt opgelegd als bijzondere voorwaarde in combinatie met toezicht op naleving van de voorwaarde;
- Schorsing voorlopige hechtenis met bijzondere voorwaarde Leefstijl 24/7 en toezicht op de naleving van de bijzondere voorwaarde door de reclassering;
- Een vonnis met een (deels) voorwaardelijke straf, waarbij Leefstijl 24/7 als bijzondere voorwaarde is opgelegd, met toezicht op de naleving van de bijzondere voorwaarde door de reclassering;
- Als aanwijzing in een reclasseringstoezicht.

Intramuraal wordt Leefstijl 24/7 gedurende een Penitentiair Programma of tijdens een Voorwaardelijke Invrijheidstelling uitgevoerd. DJI geeft de reclassering opdracht tot het uitbrengen van een advies ten behoeve van het Detentie- en Reintegratieplan (D&R-plan). Een reclasseringswerker brengt advies uit op basis van de RiSc. De PI neemt de training op in het D&R-plan. Vervolgens verstrekt DJI een opdracht aan de reclassering om Leefstijl 24/7 uit te voeren. De reclassering indiceert cliënten voor Leefstijl 24/7 voor de PI. De trainer selecteert een of meerdere Modules van de training op basis van wat nodig is en beschikbaarheid.

Indicatiestelling

De indicatiestelling van Leefstijl 24/7 is toegespitst op de vier doelgroepen¹ van het stepped-care model. Hieronder bevinden zich actieve gebruikers en stoppers. De groep met de lichtste verslavingsernst (experimentele gebruikers) heeft de lichtste scores op de AUDIT resp. DUDIT en krijgt ook de lichtste Module van Leefstijl 24/7. Voor de zwaardere doelgroepen wordt de intensiteit van Leefstijl 24/7 opgehoogd. De stoppers komen altijd terecht in Module 3.

De indicatiestelling van Leefstijl 24.7 is als volgt opgebouwd: de Modules van Leefstijl 24/7 zijn gelinkt aan respectievelijk de verslavingsernst en het alcohol- en drugsgebruik van de cliënt. Deze worden gemeten m.b.v. de schalen 8 en 9 van RiSc 4.0, die uit Nederlandse vertalingen van de gevalideerde screeningsinstrumenten AUDIT (Babor e.a., 2002) en DUDIT (Berman e.a., 2003) bestaan.

De AUDIT bestaat uit 10 items waarop m.b.v. een vierpuntschaal gescoord kan worden. De maximum score is 40. Cliënten met een score tussen de 8-15 worden volgens de AUDIT beschouwd als een lichte risicogroep, cliënten met een score 16-19 als problematische drinkers, en cliënten met een score >20 als zeer problematisch.

De DUDIT heeft 11 items. De eerste negen vragen worden gescoord m.b.v. een vijf-puntschaal (waardes 0-4) en de overige twee m.b.v. een driepuntschaal (waardes 0, 2 en 4). Dit maakt de maximum score 44. Een cliënt met een score van >6 is volgens de DUDIT zwaar afhankelijk van drugs (Berman e.a., 2003).

¹ De vier doelgroepen zijn resp. experimentele gebruikers, riskante gebruikers, riskante gebruikers met klachten en verslaafden.

De handleidingen van de AUDIT en de DUDIT geven helaas geen specifieke afkapscores voor interventies voor de vijf doelgroepen binnen de reguliere verslavingszorg. Wel doen de ontwikkelaars van de AUDIT een aanbeveling om onderzoek hierop uit te zetten (zie blz. 29, Babor e.a, 2001).

Omdat deze specifieke afkapscores voor de indicatiestelling van Leefstijl 24/7 wel nodig waren, hebben we deze zelf vastgesteld. Hiervoor hebben we in 2014 een pilot study uitgevoerd onder 9 cliënten van de SVG. Gekeken is hoe drie cliënten van de Korte Leefstijltraining scoorden op de AUDIT en DUDIT, evenals drie cliënten van de Leefstijltraining en drie cliënten die zouden worden doorverwezen naar de forensische zorg. Dit laatste wilden we weten om de bovengrens van de doelgroep Verslaafden te bepalen.

Op basis van de uitkomsten van deze pilot zijn de volgende afkapscores voor de drie Modules van Leefstijl 24/7 bepaald (zie Tabel 1.1):

Tabel 1.1 Indiciestelling Leefstijl 24/7 en verschillen met de oude Leefstijltrainingen.

Doelgroepen, verslavingsernst	Leefstijl 24/7	Korte Leefstijltraining en Leefstijltraining
<i>Experimentele gebruikers</i> Verslavingsernst: Licht Alcohol: AUDIT scores 2 - 9 Drugs: DUDIT scores 1 - 4	Module 1	Geen aanbod
<i>Riskante gebruikers en riskante gebruikers met klachten</i> Verslavingsernst: Matig Alcohol: AUDIT scores 10 - 19 Drugs: DUDIT scores 5 - 22	Module 1 + 2	Korte leefstijltraining
<i>Verslaafden</i> Verslavingsernst: Zwaar/zeer zwaar Alcohol: AUDIT scores 20 - 37 Drugs: DUDIT scores 23 - 39	Module 1 + 2 + 3	Leefstijltraining
<i>Stoppers</i> Verslavingsernst: Tenminste 12 mnd gestopt	Module 3	Geen aanbod

Indien de RISC niet aanwezig is of niet wordt afgenomen², indiceert de reclasseringswerker Leefstijl 24/7 met behulp van een beslisboom. Dit is een digitale vragenlijst waarin de verslavingsschalen van de RISC zijn overgenomen. De indicatiestelling van deze beslisboom is dus identiek aan die van de RISC. De werker beslist a.d.h.v. een eindscore op deze schalen voor welke Module(s) een cliënt is geïndiceerd.

Inclusiecriteria

- De kans op recidive is laag (RISC score 0-4), matig (5-20), hoog (21-33) of zeer hoog (34-54);
- Leeftijd: ≥ 16 jaar³;

Contra-indicaties

1. Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal (lezen en schrijven);
2. Een IQ van minder dan 80, of een vermoeden daarvan (RISC score Ja of Mogelijk bij item 13.6. Indien geen RISC aanwezig: SCIL score > 19.5);
3. Acute, ernstige psychopathologie, zodanig dat een groepsdeelname onmogelijk is;
4. De aard van het gepleegde delict belemmert een groepsdeelname (bijv. een zedendelict).
5. Cliënt is tbs-er;
6. Cliënt heeft geen geldige verblijfsvergunning.

² Bijvoorbeeld bij vroeghulp of ZSM (Zo Spoedig Mogelijk): dit laatste is een snelle afdoening in ketensamenwerkingsverband.

³ Hoewel Leefstijl 24/7 een training is voor volwassenen (18+), zijn deelnemers van 16-17 jaar ook welkom. De reclasseringswerker schat op basis van zijn professionele oordeel in of de adolescent qua ontwikkelingsleeftijd de training kan volgen. Als dit niet zo is, kan een jeugdinterventie worden gevolgd.

Deelnemers met een laag recidiverisico (RISc score 0-4) volgen altijd een individuele module om het eventuele 'besmettingsrisico' tegen te gaan. Indien sprake is van de contra-indicaties 2, 3, 4 of 5, gaat de trainer na of een individueel aanbod gegeven kan worden. Verder is een individueel aanbod geïndiceerd als iemand niet groepsgeschikt blijkt, of als een individuele training een snellere instroom bevordert.

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep is indirect betrokken geweest bij de ontwikkeling van Leefstijl 24/7. De oude Leefstijltrainingen zijn steeds geëvalueerd met behulp van cliënttevredenheidsonderzoek. Deelnemers vulden een schriftelijke enquête in waarin zij na afloop van de training werden bevraagd over:

- De organisatie van de training;
- De waardering van de training;
- De waardering van de trainers;
- Het ervaren effect.

De meningen en ervaringen van deze deelnemers zijn meegenomen in de doorontwikkeling naar Leefstijl 24/7.

Zo bleek de Korte Leefstijltraining te zwaar voor cliënten die te maken hadden met een relatief milde vorm van middelengebruik (recreatief gebruik) en recidive. Deze deelnemers gaven aan dat de zwaarte van de training niet in verhouding stond met hun problemen. Voor deze doelgroep (experimentele gebruikers) is Module 1 ontwikkeld. Module 1 is in het stepped-care model het eerste aanbod waarbij met de minste inspanning een positief effect mag worden verwacht bij een lichte doelgroep.

1.2 Doel

Het doel van Leefstijl 24/7 is het in positieve zin beïnvloeden van het middelengebruik van de deelnemers, waardoor de kans op criminele recidive wordt verminderd.

Hoofddoel

Na afronding van Leefstijl 24/7 hebben de deelnemers kennis van hun middelengebruik en delictgedrag en inzicht in de eigen patronen die hiertoe leiden. Zij zijn gemotiveerd tot (gedrags)verandering, gaan adequaat om met hun verslaving/delictgedrag, en hebben vertrouwen in de eigen capaciteit wat betreft het onder controle krijgen ervan.

Subdoelen

Met betrekking tot motivatie:

- De deelnemer maakt de balans op over de voor- en nadelen van zijn middelengebruik/delictgedrag;
- De deelnemer neemt de beslissing om te stoppen/minderen met zijn middelengebruik en om niet opnieuw in crimineel gedrag te vervallen.

Met betrekking tot kennis/inzicht in patronen die leiden tot middelengebruik:

- De deelnemer heeft meer kennis van middelengebruik en de effecten ervan;
- De deelnemer heeft inzicht in de relatie tussen zijn middelengebruik en delictgedrag en weet dat die elkaar kunnen versterken;
- De deelnemer leert gedachten, gevoelens en gedrag te onderscheiden, met als doel bewuster keuzes te kunnen maken;

- De deelnemer weet wat zijn risicosituaties voor middelengebruik en delictgedrag zijn, en kan nieuwe risicosituaties herkennen;

Met betrekking tot adequaat omgaan met middelengebruik:

- De deelnemer weet hoe hij met een uitglijder in middelengebruik en delictgedrag moet omgaan, zodat een (volledige) terugval in een of beide gedragingen voorkomen kan worden;
- De deelnemer vermijdt risicosituaties, zoals personen, plaatsen en gebeurtenissen;
- De deelnemer past alternatief gedrag toe in risicosituaties;
- De deelnemer gaat adequaat om met drang naar middelengebruik;
- De deelnemer past strategieën toe om met trek en drang om te gaan;
- De deelnemer past strategieën/gespreksvaardigheden toe om met sociale druk om te gaan.

Met betrekking tot self-efficacy:

- De deelnemer heeft vertrouwen in de eigen capaciteiten om het middelengebruik/delictgedrag te controleren.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Uitgangspunt van Leefstijl 24/7 is dat verslaving en delictgedrag aangeleerde vormen van onaangepast gedrag zijn: het valt ook weer af te leren. Echter, controle over dit gedrag is pas mogelijk als er ander gedrag voor in de plaats komt. De sociale leertheorie (Bandura, 1969) stelt dat de kans op verandering in middelengebruik voor een belangrijk deel afhangt van het zelfvertrouwen dat de cliënt heeft in zijn eigen capaciteiten (Smeerdijk & Schippers, 2014). In Leefstijl 24/7 werkt de deelnemer actief aan het veranderen van zijn middelengebruik/delictgedrag. Hij leert sociale druk herkennen en in oefensituaties 'nee' zeggen tegen sociale druk. Alvorens de deelnemer de stap maakt tot gedragsverandering, dient hij een voor- en nadelen balans te maken van zijn actuele middelengebruik en delictgedrag. De deelnemer bevindt zich dan nog in de overwegingsfase (Prochaska & Diclemente, 1996; Prochaska & Norcross, 2011). Het opstellen van deze balans ondersteunt hem in zijn besluit tot gedragsverandering. De trainer stimuleert de deelnemer, op basis van MI technieken, om op onderzoek te gaan naar persoonlijke risicosituaties voor gebruik/recidive en hoe hij hiermee beter om kan gaan. De deelnemer krijgt zelfcontrolemaatregelen aangeleerd. Hoewel Leefstijl 24/7 primair is gericht op het reduceren van het verslavingsgedrag, wordt de criminele recidive ook rechtstreeks beïnvloed. Bij elk thema in Leefstijl 24/7 wordt aandacht besteed aan zowel middelengebruik als delictgedrag. Er wordt bijvoorbeeld ook een aparte voor- en nadelenbalans voor het criminele gedrag opgesteld en er worden zelfcontrolemaatregelen ingezet om herhaling van het criminele gedrag te voorkomen. Ook in sessies over een uitglijder/terugval wordt ingegaan op technieken om criminele recidive te voorkómen.

Leefstijl 24/7 bestaat uit drie Modules. Alle modules bestaan uit 5 bijeenkomsten van 2 uur. De training kan in groepsverband of individueel worden gegeven. De individuele variant bestaat uit hetzelfde aantal sessies, maar deze duren 1 uur. Elke Module bestaat uit een startgesprek, groepsbijeenkomsten of individuele bijeenkomsten en een eindgesprek. Zijn er 2 of 3 Modules geïndiceerd, dan vindt na de laatste Module het eindgesprek plaats.

Leefstijl 24/7 kan, evenals de oude Leefstijltrainingen, twee keer per week worden gegeven. Dit geldt voornamelijk wanneer sprake is van 2 of 3 Modules: de ervaring heeft geleerd dat langere programma's minder uitval kennen als deze meerdere keren per week worden gegeven (c.q. korter duren).

Een doorsnee bijeenkomst bestaat grofweg uit een introductie, het bespreken van dagformulieren ('dagboek trekmomenten') en een thema. Deelnemers houden in hun dagelijks leven bij wanneer zij trek in alcohol en/of drugs hebben, of drang hebben om delicten te plegen. Deze informatie wordt gebruikt tijdens bepaalde programma-onderdelen van Leefstijl 24/7. Voor de pauze wordt een thema behandeld en na de pauze gaan de deelnemers dit thema uitwerken.

Tabel 1.3a toont de opbouw en tijdsduur van de Modules van Leefstijl 24/7:

Tabel 1.3a Opbouw en tijdsduur van de Modules van Leefstijl 24/7 (groepsvariant).

<i>Module</i>	<i>Startgesprek</i>	<i>Voortgangsgesprek</i>	<i>Eindgesprek</i>	<i>Bijeenkomsten*</i>	<i>Totaal</i>
Module 1	1 uur		1 uur	5 sessies à 2 uur	13 uur
Module 1 en 2	1 uur	1 uur	1 uur	10 sessies à 2 uur	24 uur
Module 1, 2 en 3	1 uur	2 uur	1 uur	15 sessies à 2 uur	35 uur
Module 3	1 uur		1 uur	5 sessies à 2 uur	13 uur

* De individuele bijeenkomsten duren 1 uur.

Inhoud van de interventie

Er vinden regelmatig voorlichtingen plaats bij de drie reclasseringsorganisaties, de opdrachtgevers (Openbaar Ministerie (OM), Zittende Magistratuur (ZM), Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)) en externe partners. Regiocoördinatoren en trainers hebben een belangrijke rol bij de werving en selectie van deelnemers voor Leefstijl 24/7. Ketenpartners kunnen dagelijks bij hen terecht met vragen over de training. Ook bieden zij ondersteuning bij bijvoorbeeld de indicering voor de juiste Module. Regiocoördinatoren en trainers zijn de ambassadeurs van Leefstijl 24/7 in de regio.

De drie Modules van Leefstijl 24/7 worden separaat of gezamenlijk ingezet:

Module 1 is gericht op het versterken van het bewustzijn van de onderlinge relatie tussen middelengebruik en delictgedrag. Deelnemers krijgen voorlichting over de werking van verschillende middelen en hun effecten, en wat verslaving met je doet. Trainers haken in op de specifieke verslavingen die de deelnemers hebben. Door middel van de functieanalyse krijgen de deelnemers inzicht in factoren die hun middelengebruik en delictgedrag uitlokken en in stand houden. Dit gaat aan de hand van de 5G's: Gebeurtenis (situatie), Gedachten (interne risicosituatie), Gevoel (fysiek/emotioneel), Gedrag (handeling) en Gevolg (korte en lange termijneffecten). De functieanalyse is een concrete benadering om het middelengebruik in beeld te brengen. Bijvoorbeeld, bij verslaafden ligt de focus op directe behoeftebevrediging, waardoor zij minder goed in staat zijn om de lange termijnrisico's van het gebruik te overzien. De functieanalyse stimuleert hen om deze ook in ogenschouw te nemen en ze af te wegen tegen de korte termijnbeloningen (Smeerdijk & Schippers, 2014).

Aan het einde van Module 1 maken deelnemers een bewuste keuze om hun middelengebruik/delictgedrag te minderen. Bij verandering van het problematische middelengebruik is het maximale doel abstinentie en het minimale doel regulering van het gebruik. Vanuit de gedachte van de motiverende gespreksvoering is het niet aan de trainer om de deelnemer abstinentie dan wel gecontroleerd gebruik op te leggen. Aan de hand van de techniek 'constructieve zelfconfrontatie' dient de trainer de deelnemer een spiegel voor te houden van de consequenties van het gebruik (de voor- en nadelenbalans). Op basis daarvan neemt de deelnemer zelf een weloverwogen beslissing om te stoppen of te minderen met het gebruik.

In Module 2 gaan de deelnemers met hun verworven inzichten oefenen. In rollenspelen oefenen zij met onder andere sociale druk en ontwikkelen zij vaardigheden hoe om te gaan met interne en externe risicosituaties (uitlokkende factoren). Bijvoorbeeld, een deelnemer zit na lange tijd weer eens in zijn oude stamkroeg en krijgt een pilsje aangeboden. In de training leert hij hoe hij op een effectieve manier met deze situatie kan omgaan door o.a. 'Nee' te zeggen⁴. Aan het eind van deze Module maken de deelnemers een Noodplan. Dit is een terugvalpreventieplan met hulpstrategieën die de deelnemer, evt. samen met zijn partner, toepast in voor hem verhoogde risicosituaties op het gebied van middelengebruik en

⁴ Met zelfcontrolemaatregelen kan een deelnemer ver komen. Alleen blijven er situaties op hem afkomen die hij niet kan voorspellen. Dus naast zelfcontrolemaatregelen krijgt hij vaardigheden aangeleerd, bijvoorbeeld hoe hij beter kan leren omgaan met sociale druk.

delictgedrag, om zodoende een (volledige) terugval te voorkomen (Vedel, 2014). Bijvoorbeeld, 'Als ik in verleiding kom om te gaan gebruiken, dan bel ik mijn broer, vermijd ik mijn vrienden, neem ik niet meer geld dan nodig mee naar de stad, etc.'

Module 3 is een terugvalpreventiemodule. Hierin wordt het terugvalpreventiemodel van Marlatt & Gordon (1985) en Marlatt, Parks en Witkiewitz (2002) gebruikt. De deelnemer doorloopt de gebruiks- en delictketen. Deze inzichtgevende keten maakt de deelnemer bewust van de stappen (fases) die voorafgaan zijn gegaan aan zijn gebruik en/of delictgedrag. De acht stappen kennen ieder hun eigen waarschuwingssignalen. De deelnemer leert zijn waarschuwingssignalen herkennen om vervolgens zelfcontrolemaatregelen toe te passen. Het aanleren van zelfcontrolemaatregelen vormt het hart van de cognitieve gedragstherapie bij verslaving (Smeerdijk & Schippers, 2014). De deelnemer past vaardigheden toe om adequaat om te gaan met zijn drang naar middelengebruik. Men spreekt ook wel van *coping*: het leren omgaan met situaties waarin een hoog risico bestaat om te gaan gebruiken. Als de toepassing van zelfcontrolemaatregelen succesvol is, neemt het vertrouwen in de eigen capaciteiten om het gebruik te controleren toe (*self-efficacy*, Bandura, 1977). Hierdoor wordt het waarschijnlijk dat de deelnemer deze maatregelen in de toekomst opnieuw gaat toepassen. Aan het eind van Module 3 presenteert de deelnemer 'Mijn gebruiks- en delictketen'. Dit is een samenvatting van zowel de hele training als van specifiek Module 3. De deelnemer blikt terug op de training en wat hij heeft geleerd. Ook kijkt hij vooruit, namelijk door een plan te hebben over hoe hij met een uitglijder of een terugval dient om te gaan. 'Mijn gebruiks- en delictketen' werkt preventief en heeft als hoger doel een veiliger samenleving te creëren.

In Tabel 1.3b zijn de algemene doelen van Leefstijl 24/7 weergegeven, opgesplitst naar Modules en doelgroepen:

Tabel 1.3b Algemene doelen van Leefstijl 24/7, opgesplitst naar Modules en doelgroepen.

<i>Module</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Doelen per Module</i>
Module 1	Lichte doelgroep	Motiveren, inzicht vergroten
Module 1 en 2	Middelzware doelgroep	Motiveren, inzicht vergroten, toepassen
Module 1, 2 en 3	Zware doelgroep	Motiveren, inzicht vergroten, toepassen, terugvalpreventie
Module 3	'Stoppers'	Terugvalpreventie

2. Uitvoering

2.1 Materialen

De volgende materialen worden gebruikt bij Leefstijl 24/7:

Materiaal voor de trainer:

- Trainershandleiding waarin de modules concreet, per bijeenkomst, uitgewerkt zijn;
- Werkboek per module voor de deelnemer aan de Leefstijl 24/7;
- Flip-over/whiteboard met stiften;
- (Wenselijk: toegang tot internet voor de deelnemer).

Materiaal ten behoeve van werving/selectie:

- Factsheet voor OM/ZM/DJI;
- Folder voor de reclasseringsorganisaties;
- PowerPoint presentatie voor OM/ZM/DJI en reclassering met uitleg over de doelgroep, werving/selectie, inhoud training, enz, te gebruiken bij voorlichtingsbijeenkomsten;
- Folder voor kandidaat-deelnemer.

Materiaal ten behoeve van de evaluatie van de Leefstijl 24/7:

- Voor- en nametingen t.b.v. doelmatigheidsonderzoek;
- Eindevaluatie voor de deelnemer;
- Eindverslag per training, per deelnemer, in te vullen door de trainer en te gebruiken voor de terugkoppeling naar OM/ZM/DJI/ en reclassering, ter ondersteuning van het gehele traject van de cliënt;
- Managementhandleiding Leefstijl 24/7, versie maart 2016.

2.2 Locatie en type organisatie

De Leefstijl 24/7 wordt uitgevoerd op de locaties van de SVG en binnen de Penitentiaire Instellingen van DJI.

De ruimte aldaar:

- Is groot genoeg voor 2–15 personen (bij groepsgewijze, modulaire trainingen);
- Biedt de mogelijkheid voor het werken in subgroepen;
- Is voldoende geventileerd;
- Is vrij van geluidshinder;
- Heeft voldoende tafels en stoelen;
- Er is een aparte ruimte voor pauzes.

Voor intramurale groepstrainingen:

Voor het tijdig kunnen starten is het van belang dat de deelnemers tijdig naar, en van de ruimte gebracht worden. De PI zorgt voor een goede logistiek, veiligheid van de trainers en deelnemers en de aanwezigheid van de deelnemers.

De planning van de training dient bekend te zijn bij het personeel van de PI. Trainers krijgen de beschikking over een toegangspas, pieper en (zo nodig) de sleutel van de trainingsruimte.

Voor extramurale trainingen

Bij de extramurale groepen dient er naast de trainers iemand in het pand te zijn die in geval van nood alarm kan slaan (extramurale groepen worden vooral aan het einde van de middag of aan het begin van de avond gegeven). Ook dient te worden voorzien in ontvangst van deelnemers, die naar de trainingsruimte moeten worden gebracht.

2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders

De trainer van Leefstijl 24/7 geeft zowel de groepsmodules als de individuele modules. Hij heeft een afgeronde, voor het werk relevante opleiding op hbo of universitair niveau en voldoet aan onderstaande vaardigheden/kennis:

- Kan omgaan met justitiabelen en hun leefwereld;
- Kan werken met groepen en kan groepsprocessen hanteren;
- Heeft communicatieve en sociale vaardigheden;
- Heeft op gedragsbeïnvloeding gerichte vaardigheden;
- Heeft MI-vaardigheden om deelnemers te motiveren en te activeren;
- Heeft gedegen praktijkkennis, blijkend uit het kunnen werken met diverse categorieën justitiabelen;
- Heeft kennis over middelen, middelenmisbruik en –afhankelijkheid, de doelgroep, verschillende theorieën binnen de verslavingszorg en het aanbod binnen de verslavingszorg.

Nieuwe trainers van Leefstijl 24/7 volgen eerst de basisopleiding Kernvaardigheden (KeVa). Hierna volgen zij een specifieke opleiding, verzorgd door werkers van de 3RO Opleidingsafdeling (tijdsduur: 6 dagen). Deze Leefstijl 24/7 opleiding wordt afgesloten met een certificaat en een voorlopige licentie. Na deze twee opleidingen worden de trainers ingezet op de uitvoering van de Leefstijl 24/7.

De trainers van de voormalige Korte en Leefstijltraining krijgen een minder intensief voortraject: zij volgen een bijscholingscursus van een dagdeel, waarin de modulaire opzet van de nieuwe Leefstijl 24/7 wordt toegelicht.

Een licentie wordt verstrekt aan een trainer nadat hij 1x per jaar een volledige Leefstijl 24/7 (alle modules) heeft verzorgd. Zonder licentie mogen geen trainingen gegeven worden. Een groepstrainer heeft automatisch ook een licentie om individuele modules uit te voeren. De licentie van Leefstijl 24/7 is een jaar geldig en wordt jaarlijks verlengd als voldaan wordt aan de eisen van programma-integriteit en algemene trainerscompetenties.

Voor wat de eisen van programma-integriteit betreft, dient de trainer een modelgetrouwheidsscore te hebben van >60%. Qua algemene trainerscompetenties zal de trainer een voldoende moeten hebben voor trainingsstijl, trainingsvaardigheden en responsiviteit. Dit zijn de competenties waar de huidige trainerspool de afgelopen jaren op is gecoached en die de reclassering van belang acht voor een goede uitvoering van een training. (Voor verdere uitwerking, zie Kwaliteitsbewaking.)

2.4 Kwaliteitsbewaking

Voor de toetsing van de programma-integriteit en de opzet van het supervisiesysteem van de trainers is een kwaliteitsprotocol opgesteld. Dit protocol zal ter advies aan het 3RO management worden voorgelegd zodat, na goedkeuring, definitieve normafspraken kunnen worden gemaakt over de kwaliteitsbewaking van de training en trainers. Hieronder wordt dit kwaliteitsprotocol uiteengezet:

Het kwaliteitsprotocol gaat uit van het best werkzame minimum. Deze minimale variant wordt nader aangevuld in de regio's, door de trainer en zijn manager op basis van de ontwikkelingsbehoeften en leervragen van de trainer. Deze manier van werken sluit aan bij de bedrijfscultuur van de reclasseringsorganisaties, waarbij de professional de verantwoordelijkheid neemt voor zijn professionele ontwikkeling en daarover met zijn manager resultaatafspraken opstelt.

Toetsing van programma-integriteit

Om vast te stellen in hoeverre trainers van elkaar verschillen in de wijze van uitvoering van de Leefstijl 24/7, worden per trainer en per training vier werkzame elementen berekend (zie veranderingsmodel hoofdstuk 3 en opsomming in hoofdstuk 5):

1. Motivational Interviewing

2. Functieanalyse
3. Cognitieve gedragstherapie
4. Terugvalpreventie

Volgens de ontwikkelaars van Leefstijl 24/7 zijn dit de elementen die er toe doen. Trainers registreren na iedere gegeven Module hoeveel werkzame elementen zij daadwerkelijk hebben toegepast. Uit deze registraties komt een algemene maat voor modelgetrouwheid, waarvan we aannemen dat 60% 'matig' programma-integer is en 80% 'goed'.

Ter controle op de zelfrapportages van de trainers vragen we de deelnemers na de gevolgde module hetzelfde te doen: in hoeverre vinden zij dat hun trainer de werkzame elementen heeft toegepast? De algemene modelgetrouwheidsmaat van de deelnemers wordt vergeleken met die van de trainers.

Supervisiesysteem trainers

Volgens de licentie-eisen geeft een trainer minstens een volledige Leefstijl 24/7 (drie Modules) per jaar. De trainer woont jaarlijks een supervisiebijeenkomst bij waarin hij m.b.v. een video-opname wordt beoordeeld op drie algemene trainerscompetenties: trainingsstijl, trainingsvaardigheden en responsiviteit. Deze beoordeling levert input voor de manager die vaststelt of de trainer meer begeleiding nodig heeft.

2.5 Randvoorwaarden

De SVG draagt zorg voor alle materiële en financiële middelen die nodig zijn om Leefstijl 24/7 uit te kunnen voeren.

De organisatie draagt er tevens zorg voor dat:

- Voorlichtingsbrochures beschikbaar zijn voor deelnemers, reclasseringswerkers en externen om hen goed te informeren over de training, de voorwaarden en de procedures;
- De training uitsluitend wordt uitgevoerd door opgeleide, gecertificeerde trainers (licenties van trainers worden vastgelegd, vervaldata worden bijgehouden);
- De continuïteit en aanwezigheid van personeel gewaarborgd blijft;
- Trainingsgegevens worden vastgelegd en beschikbaar gesteld voor evaluatie;
- De uitvoering van de training wordt gemonitord, waarvoor een systeem van kwaliteitsborging wordt ingezet.

2.6 Implementatie

Per 1 januari 2015 is de subsidierelatie met het ministerie van Veiligheid en Justitie opgeheven en werden de gedragsinterventies ingekocht door DForZo. De reclassering ging met deze marktwerking een onzekere tijd tegemoet. In het voorjaar van 2015 heeft de directie van de reclassering besloten om de interventies, ondanks de onzekerheden, voort te zetten.

Gedragsverandering werd nl. als een belangrijke kerntaak van het reclasseringswerk beschouwd. Aan dit besluit werd een veranderopdracht gekoppeld: de gedragsinterventies moesten dusdanig worden doorontwikkeld dat maatwerk en een snelle start gerealiseerd konden worden. De oorspronkelijke gedragsinterventies werden opgedeeld in kortere modules, die individueel of in carrouselvorm konden worden gevolgd. Ook de instroomcriteria werden verruimd. Er werd een interimmanager aangesteld die de overstijgende ontwikkelingen voor de reclassering coördineerde en zorg droeg voor een goede afronding van de veranderopdracht.

Vervolg

Vanaf december 2015 zijn in de regio's de volgende implementatie-activiteiten uitgevoerd:

- De huidige trainerspool werd door de interventiecoaches bijgeschoold in het geven van Leefstijl 24/7;
- Management, middle-management en werkers zijn geïnformeerd over de gedragsinterventies 'nieuwe stijl', waaronder Leefstijl 24/7. De afdeling Media en Communicatie van Reclassering Nederland ondersteunde dit d.m.v. een reclamecampagne;

- De regionale portefeuillehouders gaven Leefstijl 24/7 binnen hun regio een 'boost' en zorgden ervoor dat het programma werd uitgevoerd;
- De trainingscoördinatoren planden Leefstijl 24/7 in de regio. Zij reserveerden trainingsruimtes, regelden de beveiliging, planden trainers in en organiseerden startgesprekken, en waren aanspreekpunt voor allerlei vragen;
- Per januari 2016 startten de trainers met het geven van Leefstijl 24/7.

Voor de implementatie van Leefstijl 24/7 wordt de Managementhandleiding gevolgd (meegezonden). Hierin staat o.a. beschreven hoe de selectie en opleiding van trainers verloopt en hoe de programma-integriteit van Leefstijl 24/7 wordt getoetst. De portefeuillehouders zorgen ervoor dat de richtlijnen voor programma-integriteit worden uitgewerkt in concrete regionale afspraken. Deze afspraken worden in het 3RO Opleidingshuis vastgelegd.

2.7 Kosten

De kostprijs van Leefstijl 24/7 voor 2016 is door de 3RO directie vastgesteld. De reclassering beschouwt dit als een interne aangelegenheid die los staat van de inhoudelijke verantwoording van het programma.

Wel kan inzage worden gegeven in de urenberekening van Leefstijl 24/7. De training wordt zowel intramuraal als extramuraal gegeven. Bij voorkeur in een groep door twee trainers, met maximaal 12 deelnemers. Indien nodig kan de training ook individueel aangeboden worden door 1 trainer. Het voordeel van twee trainers is dat zij de aandacht over de groep onderling kunnen verdelen. Bij een grote groep krijgt iedere deelnemer hierdoor voldoende persoonlijke aandacht. Een ander belangrijk voordeel is dat de trainers gezamenlijk rollenspellen kunnen uitvoeren voor de groep. Bij een bezetting van minder dan 4 deelnemers, is uit kosteneffectiviteit te overwegen om Leefstijl 24/7 te laten uitvoeren door 1 trainer.

Om zorg te dragen dat er nog voldoende sprake is van een groepsproces, dient de groep idealiter uit minimaal 4 deelnemers te bestaan. Het is wenselijk om minimaal 2 deelnemers van hetzelfde geslacht (of achtergrond) in de groep te hebben om een geïsoleerde positie te voorkomen.

Voor de uitvoering van Leefstijl 24/7 is uitgegaan van een tijdsinvestering van 161,7 uur voor 2 trainers, uitgaande van 6 gestarte deelnemers en 4 afgeronde trainingen. Deze tijdsinvestering is als volgt opgebouwd (Tabel 2.7):

Tabel 2.7 Tijdsbesteding in uren Leefstijl 24/7 (groepstraining).

	Totale tijdsbesteding per groep	Tijdsbesteding per trainer	Aantal afgeronde trainingen per groep	Tijdsbesteding per afgeronde training	Aantal aanwezige sessies per groep	Tijdsbesteding per sessie
<i>Leefstijl 24/7</i>	161,7	80,85	4	40,43	62	2,61

3. Onderbouwing

3.1 Probleem

Drugs, set en setting

Alcohol en drugs kunnen, afhankelijk van de gebruikspatronen, kenmerken van de gebruiker en omgevingsfactoren, leiden tot verslaving (Zinberg, 1984). In de algemene populatie zijn de meeste drinkers/gebruikers, gematigde gebruikers. Echter, bij deelnemers van Leefstijl 24/7 is dit gebruik langzamerhand overgegaan in risicogebruik, overmatig gebruik, probleemgebruik, misbruik of afhankelijkheid. Naarmate iemand vordert in zijn verslaving, ontstaan er vaak ook andere problemen, zoals problemen met (lichamelijke en psychische) gezondheid, relaties, financiën of werk. Maatschappelijke problemen die samenhangen met bepaalde typen middelen zijn verkeersongevallen, overlast en criminaliteit.

Middelengebruik en psychiatrische stoornissen

Middelengebruik en psychiatrische stoornissen komen vaak in combinatie met elkaar voor. De aard en achtergrond van de relatie is complex, waarbij vooral combinaties van symptomen en/of karaktertrekken deze relatie lijken te bepalen (Popma e.a., 2012). Veertig tot 60% van de gebruikers heeft ooit een psychiatrische stoornis gehad. Andersom heeft ongeveer eenderde van de personen met een psychiatrische stoornis op enig moment in het leven een verslaving gehad. Middelengebruik en comorbide psychiatrische stoornissen beïnvloeden elkaar over en weer in ernst en persistentie, en leiden in gezamenlijkheid vaak tot problemen, zoals problemen met de wet. Duidelijk is dat in de ontstaansgeschiedenis een psychiatrische stoornis vaker vooraf gaat aan een verslaving dan andersom. Verslaving is doorgaans niet de bron van psychiatrische pathologie maar veel vaker voorkomend in het beloop van andere pathologie.

Middelengebruik en criminaliteit

Comorbiditeit, het gelijktijdig optreden van verslaving en een andere psychische stoornis, vormt een voorspeller van criminele recidive (Brand e.a., 2009; Bennett e.a., 2008). Het justitiële systeem kampt met een omvangrijke groep justitiabelen die delicten pleegt die in direct verband staan met middelengebruik. Uit onderzoek blijkt dat 60 à 80% van alle criminaliteit verslavingsgerelateerd is (Deitch e.a., 2000). Criminaliteit lijkt een intrinsiek onderdeel te vormen van illegaal middelengebruik: zo neemt de vermogenscriminaliteit bijna altijd toe om een verslaving te kunnen betalen (Anglin e.a., 1998). In periodes waarin men verslaafd is, blijkt de criminaliteit meer dan zes keer zo hoog als in periodes waarin men niet verslaafd is (Nurco, 1998). Frequente middelengebruikers hebben een hogere kans om betrokken te zijn bij criminele activiteiten en plegen ook vaker delicten. Dit wordt bevestigd door ander onderzoek waaruit blijkt dat de toename in opiaat-, cocaïne- en alcoholgebruik samenhangt met de toename in vermogenscriminaliteit (Gottfredson e.a., 2008).

Herhaaldelijk is ook aangetoond dat een afname in middelengebruik gepaard gaat met een afname in criminele recidive (Gossop e.a., 2005). Daarnaast blijkt dat terugval in gebruik frequent is geassocieerd met terugval in crimineel gedrag (Joe e.a., 1990). Hoewel er nauwelijks bewijs is voor de assumptie dat druggebruik altijd leidt tot criminaliteit (Lurigio & Swartz, 1999), zijn er aanwijzingen dat illegaal druggebruik de frequentie en intensiteit van criminele activiteiten versterkt (Angelin & Speckart, 1988). Men spreekt van een *multiplier effect*, waarmee wordt bedoeld dat verslaving niet leidt tot criminaliteit maar tot een intensivering ervan (Koeter & Van Ooyen-Houben, 2009).

Omgekeerd vormt criminaliteit een belangrijke voedingsbodem voor drugsgebruik. Doordat drugs illegaal zijn, komen criminelen er eerder mee in aanraking. Veel harddrugsverslaafden hadden al een strafblad vóórdat zij met harddrugs begonnen (SVG, 2004). Ook de bevinding van Swierstra (1990) dat harddrugsverslaafden over het algemeen eerder stoppen met gebruik dan met criminaliteit, vormt een ondersteuning voor deze hypothese (SVG, 2004).

Bennet en Holloway (2008) stellen dat er sprake is van een algemene relatie tussen middelengebruik en criminaliteit. Deze relatie is niet deterministisch ('druggebruik leidt altijd tot crimineel gedrag') maar probabilistisch ('druggebruikers hebben een verhoogde kans op crimineel gedrag', MacCoun e.a., 2003). De relatie tussen drugsgebruik en criminaliteit lijkt

onder meer afhankelijk van de aard van het middel, de kenmerken van de gebruiker, het gebruik, en de specifieke situatie ten tijde van het delict.

Middelengebruik in de justitieketen

In het gevangeniswezen kent ongeveer 30% van de gedetineerden een problematisch alcoholgebruik, 30-40% een problematisch druggebruik en tenminste de helft heeft een psychiatrische stoornis (waaronder verslaving). Hoewel harde cijfers in Nederland ontbreken, wordt geschat dat bij 15-25% van de justitiabelen sprake is van een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, waarbij het percentage oploopt naar 30-39% in de populatie van justitiabele problematische (hard)druggebruikers (Kaal e.a, 2009). In een inrichting voor stelselmatige daders (ISD) kampt de meerderheid met een combinatie van psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek. In veel gevallen speelde deze combinatie een rol in het delict. Bij ADHD, ten slotte, is een duidelijk verband met criminaliteit aangetoond (Pratt e.a, 2002) maar lijkt vooral de ernst van de symptomen en de aanwezigheid van gedragsproblematiek, en daarmee opnieuw de relatie met middelengebruik, bepalend voor de relatie (Loeber e.a, 2008).

Middelengebruik bij reclasseringscliënten komt eveneens veelvuldig voor. Uit onderzoek in 2011 (Fischer e.a.) blijkt dat bij resp. 76% van de toezichtcliënten en bij 74% van de gedetineerden sprake is van criminogene tekorten op het gebied van verslaving. Cijfers over de periode 2009–2013 tonen een instroompercentage van gemiddeld 235 deelnemers per jaar in de toenmalige Korte Leefstijltraining en 229 deelnemers in de Leefstijltraining (zie Tabel 3.1, Verkroost e.a., 2014):

Tabel 3.1 Instroom Korte Leefstijltraining en Leefstijltraining, periode 2009-2013.

Korte Leefstijltraining	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal deelnemers gestart	85	339	247	281	225

Leefstijltraining	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal deelnemers gestart	26	127	241	426	324

Leefstijl 24/7 wordt bij alle SVG-instellingen in Nederland aangeboden: er is sprake van een landelijk dekkend aanbod. Ook in detentie wordt een aanbod gedaan. Vanaf 2016 verwachten we een stijging in deelname aan Leefstijl 24/7 vanwege de verbeteringen die we op het programma hebben aangebracht (o.a. een modulair en individueel aanbod, ook voor de lichte doelgroep). Met een geschatte doelgroep van tenminste 250 deelnemers per jaar, achten we de doelgroep van Leefstijl 24/7 groot genoeg om een apart programma te rechtvaardigen. Nederlands onderzoek op basis van RISC-gegevens van onder toezicht gestelden toont dat alcohol- en drugsgebruik, problemen met familierelaties/vrienden en een laag opleidingsniveau de belangrijkste risicofactoren voor recidive zijn (Van der Knaap & Alberda, 2009). Met Leefstijl 24/7 kunnen we voorkomen dat de doelgroep verder afglijdt en in een maatschappelijk isolement terecht komt, en tevens een bijdrage leveren aan een veiliger samenleving.

3.2 Oorzaken

In de laatste 200 jaar zijn grote veranderingen geweest in het denken over middelengebruik en het begrip verslaving (Koeter & Van de Brink, 2012). Daarmee zijn ook de behandelingen en bejegening van verslaafden veranderd. In de laatste decennia is een toenemende belangstelling voor een model waarbij verslaving wordt gezien als een chronisch recidiverende hersenziekte. Volgens dit hersenziektemodel ontstaat verslaving door een interactie tussen genetische kwetsbaarheid en een ongunstige omgeving, waarbij het beloningssysteem steeds ongevoeliger wordt en de impulscontrole steeds slechter. Dezelfde mechanismen spelen (mogelijk) ook bij ADHD (Biederman et al, 2008) en bij antisociaal (Kendler et al, 2003) en crimineel gedrag. Bij verslaving aan illegale middelen speelt ook de overlap tussen het criminele circuit en de drugscene een belangrijke rol.

Er zijn meerdere oorzaken waardoor iemand een verslaving krijgt. Of iemand verslaafd raakt en blijft, hangt af van verschillende factoren (bron: o.a. website Bouman):

Redenen voor gebruik

Mensen gebruiken middelen waarvan ze hebben ontdekt dat zij zich er prettiger, energiever, meer ontspannen door voelen. De effecten die alcohol en drugs in de hersenen teweeg brengen, worden beschouwd als de belangrijkste redenen voor het gebruik. Ze activeren beloningssystemen in onze hersenen en doen dit vele malen sterker dan alledaagse prettige dingen dat kunnen. In het brein zit een chemische stof, dopamine, die een rol speelt bij beweging, motivatie, genot en aandacht. Drugs verstoren de dopaminebalans. De eerste paar keer dat het middel wordt gebruikt, gaat het dopamineniveau in de hersenen omhoog: dat geeft een plezierige kick. Maar als het middel langer wordt gebruikt, verandert de dopaminehuishouding, waardoor de gevoeligheid voor dopamine vermindert (gewenning). Daarnaast treedt 'sensitatie' op (Robinson & Berridge, 2008): het aantal dopaminereceptoren neemt af, waardoor steeds sterkere prikkels nodig zijn om hetzelfde effect te bereiken, met een gevoel van toenemende vervlakking ten aanzien van de dagelijkse prettige prikkels. Het psychologische effect vertaalt zich in concentratieverlies, letterlijk in een intense trek naar het middel en een pathologische drang naar het verkrijgen ervan (Van Wijngaarden-Cremers & Van der Gaag, 2010).

Erfelijkheid

Sommige mensen hebben door hun erfelijke aanleg een verhoogde kans om verslaafd te raken. Individueel bepaalde factoren zoals impulsiviteit, compulsiviteit en sensatielust, eventueel versterkt door bijkomende ontwikkelingspsychopathologie, zijn van belang bij het ontstaan van misbruik of verslaving (Van Wijngaarden-Cremers & Van der Gaag, 2010). Ook psychische stoornissen kunnen iemand kwetsbaar maken voor een verslaving. Bijvoorbeeld, door alcohol of drugs te gaan gebruiken, kan iemand het gevoel krijgen beter om te kunnen gaan met een depressie. Dit gebruik kan echter niet alleen leiden tot een chronische verslaving maar het kan ook de psychische stoornissen verergeren.

Invloed van de omgeving

De omgeving heeft invloed op het ontstaan, de ontwikkeling en het herstel van verslaving en psychiatrische stoornissen. Als iemand een erfelijke aanleg heeft voor een verslaving, dan bepalen factoren uit de omgeving of deze aanleg zich daadwerkelijk tot een stoornis ontwikkelt. De kwetsbaarheid voor verslavingsgedrag wordt bijvoorbeeld versterkt door negatieve ervaringen (verhoogde stress) in de hele vroege ontwikkelingsstadia en traumatisatie zoals mishandeling en misbruik (De Bellis, 2005; De Bellis & Van Dillen, 2005).

Concluderend, verslaving wordt in toenemende mate beschouwd als een ontwikkelingsstoornis. Het verslavingsgedrag ontwikkelt zich in een wisselwerking tussen (erfelijke en verkregen) kwetsbaarheidsfactoren en de actuele situatie (beschikbaarheid van middelen, sociale context, inhibitie en stresscontrolevermogen). Veranderingen in het stressregulatiesysteem door (traumatische) ervaringen en de wijze van omgaan met stress, predisponeren eveneens voor andere ontwikkelingsstoornissen dan verslaving (Van Wijngaarden-Cremers & Van der Gaag, 2010).

3.3 Aan te pakken factoren

De doelgroep van Leefstijl 24/7 is beperkt gemotiveerd en heeft weinig kennis van (met name) de langere termijneffecten van middelengebruik/delictgedrag. Er is sprake van een gebrek aan inzicht in de eigen gebruiks- en delictpatronen. Deelnemers kunnen moeilijk omgaan met risicosituaties, waardoor de kans op terugval in oud gedrag groot is. Omdat succeservaringen met alternatief gedrag (nog) ontbreken, heeft men weinig vertrouwen in de eigen capaciteiten om het gebruik te controleren.

In Leefstijl 24/7 worden de volgende factoren die van invloed zijn op het middelengebruik/delictgedrag aangepakt (zie ook paragraaf 1.2, Subdoelen):

Met betrekking tot motivatie:

- De deelnemer maakt de balans op over de voor- en nadelen van zijn middelengebruik/delictgedrag;
- De deelnemer neemt de beslissing om te stoppen/minderen met zijn middelengebruik en om niet opnieuw in crimineel gedrag te vervallen.

Met betrekking tot kennis/inzicht in patronen die leiden tot middelengebruik:

- De deelnemer heeft meer kennis van middelengebruik en de effecten ervan;
- De deelnemer heeft inzicht in de relatie tussen zijn middelengebruik en delictgedrag en weet dat die elkaar kunnen versterken;
- De deelnemer leert gedachten, gevoelens en gedrag te onderscheiden, met als doel bewuster keuzes te kunnen maken;
- De deelnemer weet wat zijn risicosituaties voor middelengebruik en delictgedrag zijn, en kan nieuwe risicosituaties herkennen;

Met betrekking tot adequaat omgaan met middelengebruik:

- De deelnemer weet hoe hij met een uitglijder in middelengebruik en delictgedrag moet omgaan, zodat een (volledige) terugval in een of beide gedragingen voorkomen kan worden;
- De deelnemer vermijdt risicosituaties, zoals personen, plaatsen en gebeurtenissen;
- De deelnemer past alternatief gedrag toe in risicosituaties;
- De deelnemer gaat adequaat om met drang naar middelengebruik;
- De deelnemer past strategieën toe om met trek en drang om te gaan;
- De deelnemer past strategieën/gespreksvaardigheden toe om met sociale druk om te gaan.

Met betrekking tot self-efficacy:

- De deelnemer heeft vertrouwen in de eigen capaciteiten om het middelengebruik/delictgedrag te controleren.

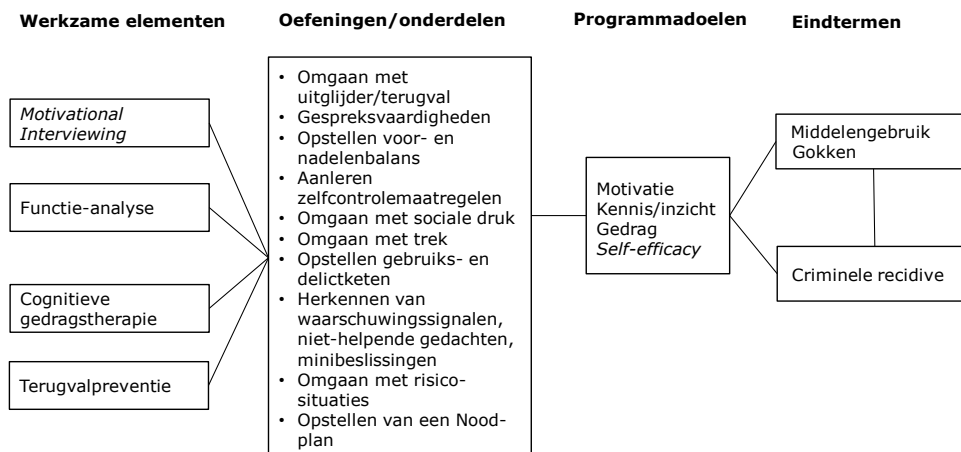
In de verslavingszorg heeft men uit ervaring met 'moeilijke groepen' (problematische gebruikers of verslaafden) geleerd dat er altijd en bij iedereen een kans is op herstel. Hoe klein deze kans in het begin ook lijkt, het blijkt mogelijk om een ongunstige ontwikkeling te stoppen. Cliënten hoeven niet eerst een 'eindstadium' bereikt te hebben voordat een positieve verandering plaats kan vinden (Visiedocument Verslavingszorg 2013, GGZ Nederland). Leefstijl 24/7 grijpt met zijn lichte Modules vroegtijdig in en kan hiermee een verder afglijden in het verslavingsproces voorkomen. Deze preventieve invalshoek van Leefstijl 24/7 is een belangrijke protectieve factor en maakt het zinvol om in het programma te investeren. In de zwaardere Modules staan de individuele ontwikkelingskansen (de fasen van het veranderingsproces) en het intraineren van nieuw gedrag centraal, hetgeen de effectiviteit van Leefstijl 24/7 vergroot.

3.4 Verantwoording

Leefstijl 24/7 werkt in op de motivatie, kennis/inzicht, gedrag en *self-efficacy* van de deelnemer, met als doel het middelengebruik en de recidive te verminderen.

In Figuur 3.3 is aangegeven hoe het programma dit tracht te bereiken:

Figuur 3.3 Veranderingsmodel Leefstijl 24/7



1



In de linker kolom staan de werkzame elementen van Leefstijl 24/7: volgens de ontwikkelaars zijn dit de onderdelen die bijdragen aan de werkzaamheid (effectiviteit) van de interventie. Deze werkzame elementen worden concreet uitgewerkt middels een aantal oefeningen c.q. programma-onderdelen (kolom 2). Als Leefstijl 24/7 programma-integer wordt uitgevoerd, zal dit leiden tot vorderingen op de programmadoelen motivatie, kennis/inzicht, adequaat omgaan met verslaving/delictgedrag en *self-efficacy* (kolom 3), hetgeen kan leiden tot een afname van middelengebruik en criminele recidive (kolom 4).

Basismethoden van Leefstijl 24/7 vormen: 1) Motivational interviewing, 2) Functieanalyse (van zowel middelengebruik als delictgedrag), 3) Constructieve zelfanalyse, 4) Cognitieve gedragstherapie (CGT) en 4) Terugvalpreventie. In deze methoden staat het leren omgaan met risicosituaties en gedragsverandering centraal. Het gaat zowel om individuele factoren (zelfcontrole en effectieve *coping* strategieën) als om omgevingsfactoren (de rol van familie en sociale relaties). In Leefstijl 24/7 wordt stil gestaan bij hoe sociale relaties de druk om te gaan gebruiken kunnen beïnvloeden, en in die zin risicoverhogend kunnen zijn.

Twee voorwaarden voor het verminderen van middelengebruik/delictgedrag zijn de motivatie tot verandering en het vermogen om te veranderen (Wiers e.a. 2007). Leefstijl 24/7 is gericht op beide factoren.

Motivational Interviewing (MI)

MI (Miller & Rollnick, 1991, 2005, 2013; Schippers, 1996) is een effectieve methode om de motivatie voor gedragsverandering te verhogen. Het behoort tot de snelst groeiende en meest populaire behandeltechnieken van deze tijd (Schippers e.a, 2014). MI is ontwikkeld vanuit het werken met alcoholverslaafden maar het kan ook worden toegepast bij andere middelen. Met behulp van MI wordt vertrouwen opgebouwd, weerstand verminderd en gedragsverandering bevorderd. MI vergroot de ambivalentie m.b.t. verandering en lokt 'verandertaal' uit, hetgeen uiteindelijk kan leiden tot een intrinsieke motivatie om te veranderen, zodat de cliënt meer kan profiteren van toekomstige behandelingen (Burke e.a., 2003). MI kan ook rechtstreeks het problematisch middelengebruik verminderen (Smit e.a, 2008).

In Leefstijl 24/7 wordt de deelnemer met behulp van MI-technieken voorbereid op het veranderproces. Bij de start van het programma is hij naar verwachting alleen extern gemotiveerd: hij wil geen verdere justitiële problemen en is ambivalent in het leggen van verbanden tussen het eigen gedrag en de ontstane problemen. Direct bij de start van Leefstijl

24/7 zet de trainer MI-technieken in, met als doel de ambivalentie bij de deelnemer ten opzichte van zijn middelengebruik/delictgedrag te vergroten en hem uit te nodigen voor gedragsverandering. Gedurende het proces van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1996) staat de trainer 'naast' de deelnemer en motiveert/beweegt hij hem naar de volgende fase. Dit doet de trainer door de ene keer directief te zijn en een kader te scheppen, de andere keer door meer cliëntgericht te zijn en de deelnemer te engageren, een werkrelatie op te bouwen en verandertaal te ontlocken.

MI-gerichte activiteiten die de trainer geeft gedurende de zes fasen van gedragsverandering zijn (zie tabel 3.4):

Tabel 3.4 MI-gerichte activiteiten die de trainer uitvoert in Leefstijl 24/7, gerangschikt naar de fasen van gedragsverandering van Prochaska & Diclemente (1984)

<i>Fase 1 Voorbeschouwing</i>	Vertrouwensrelatie opbouwen, informatie geven, relatie leggen tussen klachten en gebruik, bezorgdheid vergroten
<i>Fase 2 Overwegen</i>	Hulp bij het afwegen van voor- en nadelen, versterken van persoonlijke effectiviteit
<i>Fase 3 Beslissen</i>	Hulp bij het nemen van weloverwogen beslissingen
<i>Fase 4 Uitvoeren</i>	Hulp bij het uitvoeren van veranderingen en zelfcontrolemaatregelen
<i>Fase 5 Volhouden</i>	(Terugvalpreventie): hulp bij het herkennen van risicosituaties, geven van vaardigheidstraining
<i>Fase 6 Terugvallen</i>	Hulp bij het overwegen om het proces opnieuw te doorlopen, maken van terugvalanalyse

Functieanalyse (FA)

Het opstellen van een functieanalyse is een essentieel onderdeel van een effectieve CGT (Schippers e.a., 2014). De functieanalyse (FA) is een instrument dat triggers en consequenties van middelengebruik blootlegt. De analyse wordt ook aangewend om een terugval in gebruik te onderzoeken, met als doel deze in de toekomst te voorkomen (Meyers e.a., 2014). Het gebruiksgedrag vormt het startpunt van FA. FA verloopt volgens de principes van de operante conditionering: middelengebruik wordt bekrachtigd door het verschijnen van iets aangenaams (positieve bekrachtiging) of het verdwijnen van iets onaangenaams (negatieve bekrachtiging). De sterkte van deze bekrachtiging hangt af van het gedragsrepertoire van de persoon: als hij geen alternatief gedrag voorhanden heeft, dan zal de aantrekkelijkheid van het middelengebruik toenemen. In FA worden deze bekrachtigers opgenomen in de vorm van (korte en langere termijn) effecten en gevolgen van middelengebruik. Ook de uitlokkende factoren worden in de FA opgenomen: deze zijn persoonsgebonden (gedachten, gevoelens) of bevinden zich in de omgeving (wie, wat, waar). Daarop volgt een inventarisatie van het gebruiksgedrag, in termen van het soort middel, de hoeveelheid en de tijdsduur van het gebruik (Smeerdijk & Schippers, 2014).

In Leefstijl 24/7 vindt FA plaats voor zowel het middelengebruik als voor het delictgedrag. Door middel van een kritisch zelfonderzoek wordt eerst gewerkt aan het vergroten van de kennis van het problematische middelengebruik. Daarna wordt aandacht besteed aan alle factoren (bij de deelnemer zelf en in zijn omgeving) die het middelengebruik beïnvloeden en in stand houden.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Grondleggers van CGT zijn Albert Ellis (1962) en Aaron Beck (1975): zij schreven enkele handleidingen voor CGT bij middelengebruik die gemeengoed werden in de CGT (Schippers e.a., 2014). CGT helpt mensen met problematisch middelengebruik door het identificeren van de functie die het middelengebruik voor hen heeft, evenals de wijze van het gebruik. Op grond daarvan richt CGT zich op het aanleren van vaardigheden waarmee die functie kan worden veranderd en het gebruik kan worden verminderd of gestopt. Met behulp van CGT wordt de zelfcontrole over het gedrag versterkt. De componenten waarmee deze vaardigheidstraining

wordt uitgevoerd zijn ontleend aan de *coping skills* training van Monti e.a. (1989) en de terugvalpreventiemaatregelen van Marlatt en Gordon (1985).

De hoogste effectiviteit van CGT interventies is gevonden voor sociale vaardigheidstraining en zelfcontroletraining (Van den Brink e.a., 2009; Rietdijk, 2002). Opbrengsten van CGT zijn: het trainen van sociale vaardigheden, gericht op leervermogen en het vormen en behouden van interpersoonlijke relaties, assertiviteit en het weigeren van middelengebruik of delinquent gedrag. Uit de literatuurstudie van Rietdijk (2000) en Smeerdijk (2005) blijkt dat er voldoende evidentie bestaat voor cognitieve gedragstherapie als verslavingsinterventie binnen de reguliere verslavingszorg. Deze evidentie geldt voor het doorbreken van zowel alcohol- als drugsproblematiek, binnen de ambulante en klinische setting. Er zijn aanwijzingen dat een groepsbehandeling even effectief is als een individuele behandeling. Uit kostenperspectief zou de voorkeur kunnen worden gegeven aan een groepsbehandeling, aangezien deze goedkoper is (Van der Stel, 2000). In Nederland is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie als verslavingsinterventie binnen het justitieel kader. Buitenlandse onderzoek laat echter zien dat intramurale cognitief gedragsmatige interventies effectief zijn in het voorkomen van terugval in zowel verslavingsgedrag als criminele recidive.

Empirische ondersteuning van technieken die in Leefstijl 24/7 worden gebruikt, vinden we in een integriteitsonderzoek dat is uitgevoerd naar de uitvoering van CGT. Hierin is uitgezocht wat de essentiële interventies zijn van een effectieve CGT (Schippers e.a, 2014):

- Registratie en monitoren van gebruik;
- Opstellen van een veranderdoel en de motivatie daartoe vergroten en behouden;
- Leren van vaardigheden in de omgang met middelen;
- Opstellen van een FA;
- Veranderen van cognities;
- Leren omgaan met emoties;
- Verbeteren van functioneren en versterken van sociale steun;
- Verbeteren van probleemoplossende vaardigheden.

Al deze onderdelen komen aan bod in Leefstijl 24/7.

Terugvalpreventie

In het terugvalpreventiemodel van Marlatt (1978) hangt terugval in gebruik niet alleen samen met biologische factoren maar ook met sociale en psychologische factoren. Terugval wordt voornamelijk beschouwd als een niet-effectieve reactie op stress (een hoog-risico situatie). Uniek aan dit model is dat cognitieve en gedragsmatige maatregelen niet alleen ingezet worden om terugval te voorkomen maar ook om met terugval om te gaan. Het terugvalpreventiemodel is uitgegroeid tot een van de meest toegepaste behandelmethoden voor middelenproblematiek (Smeerdijk & Schippers, 2014).

In Leefstijl 24/7 wordt gewerkt met terugvalpreventie gebaseerd op het model van Marlatt en Gordon (1985). Deelnemers kampen met disfunctionele cognities die van een uitglijder relatief makkelijk een volledige terugval kunnen maken. In de programma-onderdelen Omgaan met sociale druk, Leefgebieden en Noodplan, die volledig zijn gericht op het voorkómen van een uitglijder of terugval in middelengebruik/delictgedrag, wordt gewerkt aan gedragsalternatieven. De deelnemer leert hoe hij andere keuzes kan maken, met als doel problematisch middelengebruik/delictgedrag te voorkomen. Ook wordt de deelnemer ondersteund bij het opbouwen van een alternatieve leefstijl. Voor deze combinatiebehandeling (het identificeren van risicosituaties en het aanleren van *coping*vaardigheden) is ruime evidentie gevonden, zoals in de meta-analyse van Irwin e.a. (1999) (Smeerdijk & Schippers, 2014).

Omdat Leefstijl 24/7 modulair van opzet is, geldt voor elk van de drie Modules een aangepast veranderingsmodel met eigen werkzame elementen, oefeningen/onderdelen en subdoelen:

Subdoelen

A. Met betrekking tot motivatie:	
1. De deelnemer maakt de balans op over de voor- en nadelen van zijn middelengebruik/delictgedrag;	
2. De deelnemer neemt de beslissing om te stoppen/minderen met zijn middelengebruik en om niet opnieuw in crimineel gedrag te vervallen.	
B. Met betrekking tot kennis/inzicht in patronen die leiden tot middelengebruik:	
1. De deelnemer heeft meer kennis van middelengebruik en de effecten ervan;	
2. De deelnemer heeft inzicht in de relatie tussen zijn middelengebruik en delictgedrag en weet dat die elkaar kunnen versterken;	
3. De deelnemer leert gedachten, gevoelens en gedrag te onderscheiden, met als doel bewuster keuzes te kunnen maken;	
4. De deelnemer weet wat zijn risicosituaties voor middelengebruik en delictgedrag zijn, en kan nieuwe risicosituaties herkennen.	
C. Met betrekking tot adequaat omgaan met middelengebruik:	
1. De deelnemer weet hoe hij met een uitglijder in middelengebruik en delictgedrag moet omgaan, zodat een (volledige) terugval in een of beide gedragingen voorkomen kan worden;	
2. De deelnemer vermijdt risicosituaties, zoals personen, plaatsen en gebeurtenissen;	
3. De deelnemer past alternatief gedrag toe in risicosituaties;	
4. De deelnemer gaat adequaat om met drang naar middelengebruik;	
5. De deelnemer past strategieën toe om met trek en drang om te gaan.	
6. De deelnemer past strategieën/gespreksvaardigheden toe om met sociale druk om te gaan.	
D. Met betrekking tot self-efficacy:	
1. De deelnemer heeft vertrouwen in de eigen capaciteiten om het middelengebruik/delictgedrag te controleren.	

Module 1

Werkzame elementen	Oefening/onderdelen	Subdoelen
<i>Motivational Interviewing</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vergroten kennis van effecten middelengebruik • Opstellen van een voor- en nadelenbalans • Toepassing MI 	B1 A1, D1 A1, A2, B1, B2, B3
<i>Functie-analyse</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijke analyse van middelengebruik en delictgedrag • Opstellen van persoonlijke doelen en plan • Effect van middelengebruik en delictgedrag op leefgebieden 	A2, B2, B3, B4 A2, B2, B3, B4 C2, C3, C4, C5
<i>Cognitieve gedragstherapie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Functieanalyse 	A2, B2, B3, B4

Module 2

Werkzame elementen	Oefening/onderdelen	Subdoelen
<i>Motivational Interviewing</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cirkel van gedragsverandering • Toepassing MI 	A1, A2, B2, D1 A1, A2, B2, B3, B4, C1, C2, C3, C4, C5, D4
<i>Functie-analyse</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijke analyse van middelengebruik en delictgedrag • Gespreksvaardigheden • Omgaan met sociale druk • Omgaan met trek en drang • Omgaan met uitglijder • Opstellen Noodplan 	A2, B2, B3, B4 C1, C2, C3, C4, C5, C6, D6 A2, B2, B3, B4, C2, C3, C4, C5, C6 C1, C2, C3, C4, C5, D1 C2, C3, C4, 5, C6, D1 A2, B2, B3, B4, C2, C3, C4, C5
<i>Cognitieve gedragstherapie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gespreksvaardigheden • Aanleren zelfcontrolemaatregelen • Omgaan met sociale druk • Omgaan met trek en drang • Omgaan met uitglijder • Opstellen Noodplan 	C1,C2,C3,C4,C5, C6, D6 C1, C2, C3, C4, C5, D1 A2, B2, B3, B4, C2, C3, C4, C5, C6 C1, C2, C3, C4, C5, D1 C2, C3, C4, C5, C6, D1 A2, B2, B3, B4, C2, C3, C4, C5

Module 3

Werkzame elementen	Oefening/onderdelen	Subdoelen
--------------------	---------------------	-----------

<i>Motivational Interviewing</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cirkel van gedragsverandering • Toepassing MI 	A1, A2, B2, D1 A1, A2, B2, B3, B4, C1, C2, C3, C4, C5, D4
<i>Terugvalpreventie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Opstellen gebruiks- en delictketen • Toepassen van zelfcontrolemaatregelen • Herkennen van waarschuwingssignalen • Leefgebieden in relatie tot de keten • Gespreksvaardigheden 	C1, C2, C3, C4, C5, D1 B2, B3 C2, C3, C4, C5, C6, D4 B2, B4, C3, D4 C1, C2, C3, C4, C5, C6, D6
<i>Cognitieve gedragstherapie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gespreksvaardigheden • Aanleren van zelfcontrolemaatregelen • Niet-helpende gedachten en minibeslissingen 	C1, C2, C3, C4, C5, C6, D6 C1, C2, C3, C4, C5, D1 B3, B4, C1, C2, C3, C4, C5, D4

Hoewel de oefeningen/onderdelen tussen de Modules (deels) overlappen, zijn de opdrachten per Module verschillend. Ook de subdoelen overlappen maar krijgen in iedere Module een andere insteek of verdieping. Hierdoor zal een deelnemer die meerdere Modules volgt, geen herhaling ervaren.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

In de afgelopen periode zijn twee procesevaluaties uitgevoerd naar de programma-integriteit van de Korte Leefstijltraining en de Leefstijltraining. Beide Leefstijltrainingen zijn in 2015 doorontwikkeld tot een training: Leefstijl 24/7. Leefstijl 24/7 heeft dezelfde theoretische basis als de oude Leefstijltrainingen: het verklaringsmodel en het veranderingsmodel is overgenomen, evenals de programmadoelen en de werkzame elementen. Dit betekent dat het hart van de oude Leefstijltrainingen hetzelfde is gebleven⁵. Op basis hiervan concluderen we dat er met Leefstijl 24/7 sprake is van een doorontwikkelde training en geen nieuwe training.

Eerste procesevaluatie

Bron: Schoenmakers Y, Leiden van den I, Bremmers B, Ferwerda H (2012). Onder controle: een procesevaluatie van de gedragsinterventie 'Korte Leefstijltraining voor verslaafde justitiabelen'. Den Haag: WODC.

In 2012 is door Schoenmakers e.a. een onderzoek uitgevoerd naar de Korte Leefstijltraining. De hoofdvraag was: 'Wordt de Korte Leefstijltraining uitgevoerd zoals beschreven in de programmahandleiding en wat zijn achterliggende oorzaken van eventuele problemen in de uitvoering?'

Onderzocht is achtereenvolgens:

1. Instroom, doorloop en uitstroom in de training;
2. Kenmerken van de deelnemers;
3. Competenties van de trainers;
4. Inhoud van de training;
5. Programma-integriteit van de uitvoering;
6. Randvoorwaarden.

De procesevaluatie betrof een kwalitatief onderzoek. Er zijn deskresearch, data-analyse en interviewafnames uitgevoerd. Respondenten vormden werkers, interventiecoaches en trainers van de Korte Leefstijltraining, evenals een kleine groep deelnemers. De onderzoeksperiode besloeg de periode begin 2009 tot medio 2011. Het onderzoek werd uitgevoerd bij 6 van de 11 instellingen voor Verslavingsreclassering.

De programmahandleiding van de Korte Leefstijltraining vormde het uitgangspunt van de procesevaluatie. Door middel van bestudering van met name de handleidingen van de Korte Leefstijltraining is het kader geschetst waarbinnen de training uitgevoerd diende te worden. Vervolgens is nagegaan in hoeverre de programmahandleiding werd gevolgd en waar eventuele knelpunten lagen.

Onderzoeksmethoden behelsden achtereenvolgens:

- Data-analyse van 576 deelnemers in het cliëntvolgsysteem (IRIS);
- RISC-diagnoses van 567 deelnemers;
- Analyse van trainingsdocumentatie;
- Video-observatie van 45 bijeenkomsten (behorende bij verschillende trainingen);
- Analyse van beoordelingsformulieren over de trainers, ingevuld door 119 interventiecoaches;
- Vragenlijstonderzoek onder 26 trainers;
- Interviews met 20 professionals;
- Interviews met 11 deelnemers.

Uit het onderzoek bleek dat bijna alle deelnemers van de Korte Leefstijltraining man waren. De gemiddelde leeftijd was 32 jaar. Driekwart was in Nederland geboren, gevolgd door Suriname,

⁵ Wat veranderd is, is dat Leefstijl 24/7 een modulaire opzet heeft gekregen, individueel inzetbaar is, en is opengesteld voor een bredere doelgroep: deelnemers met een licht recidiverisico, experimentele gebruikers en stoppers kunnen instromen. Ook zijn enkele bescheiden verbeteringen op de programma-inhoud uitgevoerd (zie Inleiding).

de Nederlandse Antillen en Marokko. Een minderheid had vervolgonderwijs afgerond met een diploma (het IQ van de deelnemers was onbekend), en de helft kende geen vaste dagstructuur in de vorm van opleiding of werk. De meeste deelnemers hadden hun eerste politiecontact op minderjarige leeftijd en driekwart was tenminste driemaal door de rechter veroordeeld. Voor het indexdelict was diefstal het vaakst ten laste gelegd, gevolgd door bezit en/of handel in harddrugs. Daarnaast kwamen geweldsdelicten veel voor. Ruim de helft van de deelnemers had een gemiddeld recidiverisico, gevolgd door een aanzienlijke groep met een hoog recidiverisico.

Het jaar 2009 was een opstartjaar: de instroom was beperkt. In 2010 waren er door de 6 geselecteerde instellingen tenminste 32 Korte Leefstijltrainingen uitgevoerd. In 2011 was een sterke terugloop in het aantal trainingen zichtbaar. Dit kwam ten dele door de verscherpte aandacht voor de indicering van Leefstijltraining. Het aantal geprognoseerde intramurale deelnemers was in 2010 hoger dan het aantal verwachte extramurale deelnemers. De prognose voor de extramurale deelnemers werd dat jaar ruimschoots gehaald, in tegenstelling tot de intramurale deelnemers. In 2011 werd voor beide varianten aan de prognose voldaan. In 2010 waren er over alle instellingen 371 deelnemers. Volgens het programmakader moet een groep bestaan uit tenminste vier en maximaal twaalf deelnemers. Zowel intramuraal als extramuraal startten de trainingen met gemiddeld negen deelnemers, met een range van vier tot dertien deelnemers. Aan het einde van de training bestonden de groepen uit gemiddeld zeven deelnemers, met een range van twee tot dertien deelnemers. Daarmee werd redelijk voldaan aan het criterium.

Driekwart van de deelnemers doorliep de gehele training, een kwart viel op enig moment uit, met name in de eerste helft van de training. Bij de extramurale trainingen was het uitvalpercentage iets hoger (29%). Uitval werd veroorzaakt door het gedrag van de deelnemer, zoals verzuim, een negatieve houding of verstorend gedrag tijdens de bijeenkomsten. Gebrek aan (intrinsieke) motivatie was een unaniem kenmerk van de uitvallers en hing samen met een 'verkeerde timing' van de training, ontkenning van de eigen problematiek of een slechte voorbereiding op de training.

Concluderend, uit de procesevaluatie bleek dat met name een onzuivere indicering, een beperkte registratie en capaciteitsproblemen bij de trainers een soepele uitvoering van de Korte Leefstijltraining in de weg stonden. Het soms geringe draagvlak binnen de instellingen speelde hierbij een rol, evenals het gebrek aan kennis over de training en de geldende instroomcriteria. Doordat de doelgroep en de criteria niet altijd helder waren voor de werkers, werd de beoogde doelgroep maar deels bereikt. Daarnaast waren sommige criteria lastig te toetsen, hetgeen zijn weerslag had op de toewijzing en de controle daarop.

Naar aanleiding van de knelpunten in de uitvoering, constateerden de onderzoekers dat de procesevaluatie te vroeg had plaatsgevonden. Een gecombineerde procesevaluatie met doelmatigheidsonderzoek zou op een wat latere termijn (conform het advies van de Erkenningscommissie inzake de herziening van criterium 10) een betere optie zijn.

Tweede procesevaluatie

Bron: Barendregt C, Wits E (2014). De Leefstijltraining in woord en daad: Programma-integriteit van de uitvoering van de Leefstijltraining voor verslaafde justitiabelen. IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, Rotterdam.

In 2014 is, in navolging van de Korte Leefstijltraining, de Leefstijltraining geëvalueerd. Ook hier werd de programma-integriteit onder de loep genomen. Ook werd gekeken of alle randvoorwaarden werden gerealiseerd, of de processen tussen alle betrokken partijen verliepen zoals voorzien, en of er knelpunten in de uitvoering waren.

De volgende thema's kwamen aan de orde:

- Selectie en uitval van deelnemers;
- Programma-integriteit van de uitvoering;
- Motivatie van de betrokkenen;
- Contextuele factoren.

De gegevensverzameling vond plaats tussen 1 oktober 2013 en 21 maart 2014. In die periode werden 12 trainingen bestudeerd, die werden gegeven door de reclasseringsafdelingen van 6

verschillende organisaties voor verslavingszorg. Zeven trainingen vonden intramuraal plaats en vijf trainingen extramuraal.

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, is gebruik gemaakt van diverse gegevensbronnen en onderzoeksmethoden. Semi-gestructureerde interviews met deelnemers, trainers en andere betrokken professionals vormden de basis. Daarnaast is gebruik gemaakt van registratiegegevens uit het cliëntvolgsysteem IRIS, zijn video-opnamen van de trainingen geobserveerd, en zijn van de bestudeerde trainingen gegevens verzameld via trainingsdossiers en een online enquête onder de trainers. Door de combinatie van de verschillende bronnen en methoden is een volledig, betrouwbaar beeld verkregen van het verloop van de onderzochte Leefstijltrainingen.

Uit het onderzoek bleek dat alle aangemelde deelnemers (n=107) van de Leefstijltrainingen man waren. Hun gemiddelde leeftijd was 34 jaar (range 19-64 jaar). De extramurale deelnemers waren iets jonger. Ruim de helft was van Nederlandse herkomst. Bijna een derde van de aanmeldingen werd gevormd door allochtonen van niet-westerse herkomst: zowel in de intramurale als extramurale setting.

Bijna de helft van de deelnemers had alleen basisonderwijs afgemaakt (n=48). Ruim een derde had lager voortgezet onderwijs afgemaakt (n=37). De rest (n=14) had een diploma op middelbaar of hoger niveau.

Van de 107 aangemelde deelnemers stroomden 91 deelnemers daadwerkelijk in en maakten 64 deelnemers de training af. Het percentage afronders is 60% van de aanmeldingen en 70% van de instromers. Er zijn qua instroom en uitval geen grote verschillen tussen intramurale en extramurale trainingen. Uit de beschikbare gegevens is niet altijd op te maken of de uitval het gevolg is van een beslissing van de deelnemer (drop out) of van de trainer (push out). Beide komen voor.

Alle onderdelen van de Leefstijltraining werden door de trainers behandeld. De programmahandleiding werd echter minder strikt gevolgd. Ook lag de frequentie van de trainingen hoger dan de handleiding voorschreef. Alle trainers onderschreven het belang van deze hogere frequentie van de bijeenkomsten: volgens hen kreeg de training hierdoor de gewenste intensiteit en waren er bij een kortere doorlooptijd minder planningsproblemen, met name in de PI's. Men vond de behandeling van de twee vast terugkerende onderdelen ('Rondje Ruis' en 'Kijk op de Week') vaak moeilijk van elkaar te onderscheiden. De tijdsduur per onderdeel wisselde enorm: bij kleinere of passieve groepen was de per onderdeel bestede tijd vaak korter. Het maatjessysteem kwam in de meeste trainingen niet aan de orde en werd nergens modelgetrouw toegepast. Trainers en interventiecoaches waren het erover eens dat deze afwijking niet problematisch was. De behandeling van het huiswerk wisselde per training. In sommige trainingen werd het alleen mondeling behandeld, in andere trainingen maakten deelnemers wel het huiswerk en werd het ook nagekeken. Het rollenspel werd in sommige trainingen vervangen door andere werkvormen. In sommige trainingen was de uitvoering van het rollenspel slordig.

Trainers waren niet eenduidig in het benoemen van werkzame elementen van de Leefstijltraining. Wel waren ze het eens dat de kracht van de Leefstijltraining schuilt in de samenhang tussen bepaalde onderdelen. Daarnaast vonden zij motiverende gesprekstechnieken een essentiële methodiek van de Leefstijltraining.

De onderzoekers concludeerden dat de Leefstijltraining grotendeels programma-integer werd uitgevoerd. Over de afwijkingen m.b.t. de frequentie van de bijeenkomsten en het maatjessysteem, was consensus tussen trainers en interventiecoaches. Trainingen verschilden onderling in de omgang met huiswerk en de uitvoering van rollenspelen. Hierin zou volgens de onderzoekers meer eenheid moeten komen.

Er deden zich geen grote problemen voor bij de aanmelding en selectie van deelnemers. Uitval tijdens de training werd opgevat als 'collateral damage': 'Dat hoort er nu eenmaal bij'. Gebrekkige motivatie van deelnemers is echter een blijvend punt van aandacht. Tijdige informatievoorziening over de Leefstijltraining aan deelnemers kan hierin een gunstige rol spelen.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de Korte Leefstijltraining en de Leefstijltraining.

5. Samenvatting werkzame elementen

De werkzame elementen van Leefstijl 24/7 zijn:

- 1) **Cognitieve gedragstherapie:** CGT is een verzamelnaam voor een aantal interventies die cognitieve en gedragstherapeutische interventies combineren. Opbrengsten van CGT zijn: het trainen van sociale vaardigheden gericht op leervermogen, assertiviteit en het vormen/behouden van relaties, en het trainen van het weigeren van middelengebruik of delinquent gedrag. In Leefstijl 24/7 werkt de deelnemer actief aan het veranderen van zijn middelengebruik/delictgedrag. Hij leert sociale druk herkennen en op welke manier hij alcohol/drugs kan weigeren.
- 2) **Motivational Interviewing:** MI is de motor achter gedragsverandering. Met behulp van MI wordt vertrouwen opgebouwd, weerstand verminderd en gedragsverandering bevorderd. MI vergroot de ambivalentie bij de deelnemer en lokt 'verandertaal' uit, hetgeen uiteindelijk kan leiden tot een intrinsieke motivatie om te veranderen.
- 3) **Functieanalyse:** FA is een instrument dat iemands persoonlijke triggers en consequenties van verslaving blootlegt. Met behulp van een kritisch zelfonderzoek werkt de deelnemer aan het vergroten van de kennis van zijn problematische middelengebruik en delictgedrag. Hij krijgt inzicht in welke factoren zijn keuze tot gebruiken (en delicten plegen) beïnvloeden en wordt zich bewust van de korte en langere termijneffecten van deze keuze op zijn persoonlijke leven. Een FA kan ook worden gebruikt om een terugval in gebruik te onderzoeken. In Leefstijl 24/7 is de delictanalyse een onderdeel van de FA. Hierin wordt aandacht besteed aan alle factoren (bij de cliënt zelf en in zijn omgeving) die het delictgedrag beïnvloeden en in stand houden.
- 4) **Terugvalpreventie:** bij terugvalpreventie wordt nagegaan hoe terugvallen in verslaving en delictgedrag zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen. De deelnemer krijgt gedragsalternatieven aangeboden en leert hoe hij andere keuzes kan maken, met als doel het problematische middelengebruik (en delictgedrag) terug te dringen. Ook wordt hij ondersteund bij het opbouwen van een alternatieve leefstijl. Terugvalpreventie is een continu proces: de methodiek speelt in alle fasen van het gebruik een rol.

6. Aangehaalde literatuur

- Angelin M, Speckart G (1988). Narcotics use and crime: a multisample, multiperiod analysis. *Criminology*. Vol 26, 197-233.
- Anglin M, Perrochet B (1998). Drug use and crime: A historical overview of research by the UCLA drug abuse research center. *Substance use and misuse*, 33, 1871-1914.
- Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. Manual, Second Edition*. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Bandura A (1969). *Principles of behavioral modification*. New York: Holt, Rinehart en Winson.
- Bandura A (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Brand E, Lucker T, Hurk Van Den A (2009). Verslaving als risicofactor in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51 (11), 813-820.
- Beck A (1975). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Intl. Universities Press.
- Bennett T, Holloway K. (2009). The causal connection between drug misuse and crime. *British Journal of Criminology*, 49, 513-31.
- Bennett T, Holloway K, Farrington D (2008). The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 107-118.
- Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F (2003). *DUDIT: the Drug Use Disorder Identification Test. Manual, Version 1.0*. Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience. Section for Alcohol and Drug Dependence Research, M4:02, 171 76 Stockholm.
- Biederman J, Petty C, Wilens T, Fraire M, et al. (2008). Familial risk analyses of attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 107-115.
- Brink van den W, Bueren van L, Fischer E, Glind G van de Noorlander E (2009). *Multi-disciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Burke B, Arkowitz H, Menchola M (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. Vol. 71 (5): 843-61.
- Carroll K, Nich C, Ball S (2005). Practice makes progress? Homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 759-755.
- De Bellis M (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment* 10 (2), 150-172.
- De Bellis M, Van Dillen T (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: an overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14 (4), 745-772.
- Deitch D, Koutsenok I, Ruiz A (2000). The relationship between crime and drugs: what we have learned in recent decades. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 32 (4), 391-7.
- Ellis A (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapie*. Albert Ellis Instituut in New York.

- Fischer T, Captein M, Zwirs B (2011). Erkende gedragsinterventies volwassen justitiabelen: inventarisatie van het aanbod en mogelijkheden voor innovatie. Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC, Den Haag.
- GGZ Nederland (2013). Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel. Visiedocument.
- Gossop M et al. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 79, 295-302.
- Gottfredson D, Kearley B, Bushway S (2008). Substance use, drug treatment, and crime: an examination of intra-individual variation in a drug court population. *Journal of Drug Issues*, 38, 601-630.
- Irwin J, Bowers C, Dunn M, Wang M (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Kaal H, Ooyen-Houben M Van, Ganpat M Van, Wits E (2009). Een complex probleem: passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.
- Kendler K, Prescott C, Myers J, Neale M (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 9, 929-37.
- Knaap Van Der L, Alberda, D (2009). De predictieve validiteit van de Recidive Inschattingsschalen (RISc). Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Koeter M, Ooyen-Houben M Van (2009). Verslavingszorg in justitieel kader: drang en dwang. *Verslaving*. Vol 5 (3), 33-45.
- Lurigio A, Swartz J (1999). *The Nexus Between Drugs and Crime: Theory, Research, and Practice*. Federal Probation. Vol 63, 67-72.
- MacCoun R, Kilmer B, Reuter P, Research on drug-crime linkages: The next generation. In: Brownstein H, Crosland C (Eds.), *Toward a drugs and crime research agenda for the 21st century*. Washington DC: National Institute of Justice, US Department of Justice, 2003.
- Marlatt G, Craving for alcohol, loss of control, and relapse: a cognitive-behavioral analysis. In: P Nathan, G Marlatt, T Loberg (Eds.). *New directions in behavioral research and treatment*. New York: Plenum Press, 1978.
- Marlatt G, Gordon J (1985). *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marlatt G, Parks G, Witkiewitz (2002). *Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy*. Seattle, WA: University of Washington.
- Meyers R, Smith J (2014). *Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving: de Community Reinforcement Approach*. Nederlandse bewerking door: P Greeven, L DeFuentes-Merillas, H Roozen. Utrecht, Bohn Stafleu Van Loghum (2e Editie).
- Miller W, Rollnick S (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller W, Rollnick S (2005). *Motiverende gespreksvoering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Miller W, Rollnick S (2013). *Motivational interviewing: helping people change (3rd Ed.)*. New York: the Guilford Press.

- Nurco D (1998). A long term program of research on drug use and crime. *Substance Use and Misuse*. Vol 33, 1817-37.
- Popma A, Blaauw E, Bijlsma E, Psychiatrische comorbiditeit van verslaving in relatie tot criminaliteit. In: Blaauw E, Roozen H (Eds.), *Handboek Forensische Verslavingszorg*. Bohn, Stafleu, Van Loghum, Houten, 2012.
- Prochaska J, Norcross J (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychotherapy*. Vol 67 (2), 143-154.
- Prochaska J, DiClemente C, Toward a comprehensive model of change. In: Miller W, Heather N (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Process of change*. New York: Plenum Press, 3-27, 1996.
- Rietdijk E (2000). Effect van cognitieve gedragstherapie bij verslaving: een review van de empirische evidentie. Deze literatuurstudie maakt onderdeel uit van Leestijltraining 2. Handleiding voor de trainer. (W de 2001). Zeist: Cure en Care.
- Robinson T, Berridge K (2008). Review. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences* 363 (1507), 3137-3146.
- Schippers GM, Motiverende gespreksvoering. In: Buisman WR, Casselman J, Noorlander EA, Schippers GM, & Zwart W de (red.), *Handboek Verslaving*, B 4340, Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 1996.
- Schippers G, Smeerdijk M, Merx M, Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken: inleiding, toelichting en verantwoording. In: Schippers G, Smeerdijk M, Merx M (red.), *Handboek Cognitieve Gedragstherapie bij Middelengebruik en Gokken*. Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort, 2014.
- Schoemakers A, Buntjer R, Smeerdijk M, Nieuwenhuys M (2009). *Leefstijltraining voor verslaafde justitiabelen*. Opleidingshandleiding voor trainers. JellinekMentrum /AIAR/SVG, versie April 2009
- Smeerdijk, AM (2005). Update literatuurstudie: 'Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij verslaving; review van de empirische evidentie (Rietdijk, 2000)'. Interne publicatie, Jellinek: Amsterdam.
- Smeerdijk M, Schippers G, Interventies in de cognitieve gedragstherapie van problematisch middelengebruik en gokken: achtergrond, evidentie, theorie, doelen en toepassing. In: Schippers G, Smeerdijk M, Merx M (red.), *Handboek Cognitieve Gedragstherapie bij Middelengebruik en Gokken*. Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort, 2014.
- Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Bolier L (2008). Jongeren en verslaving: de effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren. Een literatuurstudie en een inventarisatie van behandelaanbod in Nederland. GGZ Nederland/Trimbos-instituut, Utrecht.
- Stel J van der (2000). Groepstherapie en verslavingszorg. Deze literatuurstudie maakt onderdeel uit van Leefstijltraining 4. Handleiding voor de trainer. (M. Merx & T. van Broekhoven, 2003). Utrecht: GGZ Nederland.
- SVG Werkgroep Interventiematrix JVZ (2004). Interventies voor verslaafde justitiabelen.
- Swierstra K (1990). *Drugscarriers: van crimineel tot conventioneel*. Universiteit van Groningen.

Verkroost M (2014). Reality Check Korte Leefstijltraining. Reclassering Nederland, Utrecht.

Wiers R, Bartholow B, Wildenberg van den E, Thush C, Engels, R, Sher K, e.a. (2007). Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents: a review and a model. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 86(2), 263-283.

Wijngaarden-Cremers P Van, Gaag RJ Van Der (2010). Verslaving als ontwikkelingsstoornis: een andere kijk op neurobiologie en comorbiditeit. *Kind en Adolescent*, 31 (4), 174-187.

Wildt W De, Vedel E, Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik in een klinische setting. In: Schippers G, Smeerdijk M, Merckx M (red.), *Handboek Cognitieve Gedragstherapie bij Middelengebruik en Gokken*. Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort, 2014.

Zinberg N (1984). *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.