

## **Bijlage 1**

Rotterdam/Utrecht,  
23 maart 2009

### **Vooronderzoek Geweld tegen psychiatrische patiënten NWO onderzoeksprogramma**

#### Auteurs:

Dr. J. van Weeghel (Kenniscentrum Rehabilitatie, Utrecht)  
Dr. A. Kamperman (Erasmus MC, Onderzoekscentrum O3, Rotterdam)  
Drs. S.C. de Vries (Erasmus MC, Onderzoekscentrum O3, Rotterdam)  
Drs. A. Plooy (Kenniscentrum Rehabilitatie, Utrecht)  
Prof. dr. C.L. Mulder (Erasmus MC, Onderzoekscentrum O3, Rotterdam)

#### Met medewerking van:

Dr. H. Kroon (Trimbos-instituut)  
Dr. S. Sytema (UMCG, Rob Giel Onderzoekscentrum, Groningen)  
Dr. J. Theunissen (OveramstelGeestgronden, Amsterdam)  
Drs. T. Ketelaars (Trimbos-instituut)  
Drs. I. Lako (UMCG, Groningen)  
Drs. P. Bervoets (Parnassia Bavo Groep, Den Haag)  
Prof. dr. M. van der Gaag (Parnassia Bavo Groep, Den Haag)  
Dr. C. Slooff (GGZ Drenthe, Assen)  
Prof. dr. D. Wiersma (UMCG, Rob Giel Onderzoekscentrum, Groningen)

## Samenvatting

Deze brochure omvat een onderzoeksprogramma over geweld tegen psychiatrische patiënten, dat in opdracht van NWO is opgesteld. Het onderzoeksprogramma is geformuleerd na een systematische literatuurstudie, een ronde langs (inter)nationale onderzoekers en een analyse van bestaande Nederlandse datasets. Een gedetailleerde weergave van de resultaten treft u aan in de bijlagen. In deze brochure beschrijven wij een samenvatting van deze resultaten en eindigen we met een voorstel voor een onderzoeksprogramma.

Internationaal bestaat er een onderzoekstraditie op dit gebied, in Nederland helemaal niet. Het internationale onderzoek kent methodologische tekortkomingen, waaronder het gebrek aan goede meetinstrumenten geschikt voor deze subgroep en de afwezigheid van een helder conceptueel model. Onderzoek naar de effecten van interventies is vrijwel afwezig.

Uit het literatuuronderzoek bleken jaarprevalenties van geweld onder psychiatrische patiënten van 16% tot 60%. De literatuur liet enkele risicogroepen zien, zoals patiënten met verslaving en risicofactoren zoals stedelijkheid. Voor zover ons bekend, worden vrijwel alle huidige internationale studies gedaan in de Verenigde Staten, Canada of het Verenigd Koninkrijk.

Uit de Nederlandse datasets bleek 8% tot 20% van de patiënten problemen te ondervinden met veiligheid en geweld. Grote voorzichtigheid is echter geboden bij het trekken van conclusies uit deze gegevens. De gegevens uit de Nederlandse datasets zijn verzameld met instrumenten die niet voor dit doel zijn ontwikkeld, waardoor het probleem mogelijk is onderschat.

Omdat in Nederland nog geen gericht onderzoek is gedaan naar victimisatie onder psychiatrische patiënten, zal het onderzoeksprogramma mogelijk bij de basis moeten beginnen. Dit hangt mede af van het ambitieniveau van NWO. Daarbij dient te worden voortgebouwd op de onderzoekskennis die in andere landen over dit onderwerp al ontwikkeld is. Het programma kent vijf hoofdelementen, te weten methodologische vragen, epidemiologische vragen, het ontwikkelen van een praktisch bruikbaar conceptueel model voor victimisatie, de ontwikkeling van signalerings-, screenings- en risicotaxatieinstrumenten en tenslotte het ontwikkelen van interventies.

Er moet een afweging worden gemaakt over de prioriteiten van het onderzoeksprogramma. Gedacht kan worden aan een meer pragmatische insteek, waarbij we werken met bestaande instrumenten voor het meten van prevalentie, incidentie en risicofactoren. Op basis hiervan kunnen we de stap zetten naar interventieonderzoek.

Onze voorkeur gaat echter uit naar een meer fundamentele en vernieuwende aanpak, waarbij betrouwbare meetinstrumenten worden ontwikkeld en verbanden worden gelegd met stigma, discriminatie en daderschap. Hiermee kan onderzoek worden gedaan naar risicogroepen en risicofactoren en oorzaken en gevolgen van slachtofferschap. Vervolgens kan een model worden ontwikkeld en tenslotte kunnen interventies worden getest op hun werkzaamheid.

Beide aanpakken vergen echter een systematisch onderzoeksprogramma over meerdere jaren, dat uiteindelijk moet leiden tot gedegen kennis over victimisatie van psychiatrische patiënten, en over effectieve interventies daartegen, in Nederland.

## **Inleiding**

Deze brochure omvat een onderzoeksprogramma over geweld tegen psychiatrische patiënten. Dit onderzoeksprogramma is ontwikkeld in opdracht van NWO. Internationaal gesproken bestaat er al een zekere onderzoekstraditie op dit terrein, maar in Nederland ligt dit nog vrijwel braak. Toekomstig onderzoek naar omvang, aard, oorzaken en achtergronden van geweld tegen psychiatrische patiënten speelt zich af op het grensvlak van twee wetenschappelijke disciplines: de psychiatrie en de victimologie.

Vanuit de (sociale) psychiatrie is het van belang te onderzoeken in welke mate en op welke wijze psychiatrische aandoeningen een risicofactor vormen voor slachtofferschap van geweld, en of er interventies bestaan die victimisatie kunnen voorkomen dan wel de negatieve gevolgen ervan kunnen tegengaan. Deze onderzoeksvragen sluiten goed aan bij een heersende trend in de victimologie<sup>1</sup>, namelijk het streven naar grotere differentiatie in het onderzoeksdomein. Volgens Van Dijk et al. (2007) heeft de victimologie tot op heden vooral problemen bestudeerd en theorieën ontwikkeld over slachtoffers van misdrijven in het algemeen. Algemene slachtofferenquêtes zouden steeds meer plaats moeten maken voor gespecialiseerde studies naar slachtofferschap van bijvoorbeeld vrouwen, kinderen, vluchtelingen, ondernemers of, in dit geval, mensen met psychiatrische stoornissen.

## **Achtergronden**

### ***Van daders naar slachtoffers***

Vraagstukken rond agressie en geweld zijn al vele decennia object van wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie. Maar tot dusver zijn veruit de meeste onderzoeken op dit gebied gericht op psychiatrische patiënten als (potentiële) *plegers* van agressie en geweld. In de Verenigde Staten zijn driemaal zoveel onderzoeken gedaan naar ouderschap dan naar victimisatie van psychiatrische patiënten (Choe et al., 2008). Deze focus op ouderschap lijkt mede ingegeven door de wijdverbreide perceptie dat mensen met ernstige psychiatrische stoornissen ‘gevaarlijk’ en ‘onvoorspelbaar’ zijn (zie o.a. Thornicroft, 2006). Meerdere studies hebben evenwel aangetoond dat het percentage psychiatrische patiënten dat slachtoffer wordt van geweld beduidend hoger ligt dan het percentage dat gewelddaden begaat (zie Choe et al., 2008). Bovendien blijkt dat zij veel vaker dan andere burgers slachtoffer zijn van geweld of een ander misdrijf (o.a. Teplin et al., 2005).

### ***Gevolgen van deinstitutionalisering***

Voorgaande onderzoeksbevindingen worden dikwijls met het deinstitutionaliseringproces in verband gebracht. In landen als de Verenigde Staten, Engeland, Australië en Italië heeft dit proces zich al enige decennia geleden voltrokken, met als gevolg dat veruit de meeste mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen niet meer langdurig in instituten verblijven maar in de gewone samenleving, temidden van andere burgers, hun plaats moeten innemen. Vooral in de Verenigde Staten was aanvankelijk vrijwel niemand voorbereid op de gevolgen van deze

---

<sup>1</sup> Victimologie richt zich op het onderzoeksdomein van het slachtofferschap door criminaliteit. Bekende onderzoeksvragen zijn: Welke vormen van slachtofferschap door criminaliteit doen zich voor? Hoe vaak? Tegen wie worden de delicten gepleegd? Welke rol spelen slachtoffers zelf daarbij? Welke negatieve gevolgen hebben misdrijven voor de getroffen? Hoe kan de verwerking van een strafbaar feit worden bevorderd en het daaruit voortvloeiende leed worden beperkt? Wat is het beste antwoord op slachtofferschap? Welke personen, instanties en autoriteiten hebben in dit verband een verantwoordelijkheid? Wat zijn eventuele onbedoelde neveneffecten van interventies?

grootscheepse transformatie van de zorg: de betrokken patiënten niet, hun familieleden niet, en evenmin de GGZ, de maatschappelijke instellingen en de gewone burgers. Hierdoor werden beoogde voordelen van de deinstitutionalisering – lotsverbetering, emancipatie en maatschappelijke integratie van psychiatrische patiënten – grotendeels overschaduwde door de negatieve gevolgen. In talloze studies werden de ontstane misstanden – overlast, verwaarlozing, armoede, dakloosheid, stigmatisering en marginalisering van grote groepen psychiatrische patiënten – in kaart gebracht. Zowel in de Verenigde Staten (Bachrach, 1984) als in het Verenigd Koninkrijk (Wing, 1990) klonk het pleidooi om juist in een maatschappelijk geïntegreerde zorgverlening voldoende plaats in te ruimen voor de positieve functies van *asiel*, zoals de aanwezigheid van vertrouwde en beschermende omgevingen, een toegankelijk behandel aanbod en continuïteit van zorg.

### ***Aandacht voor victimisatie in Nederlandse GGZ***

De deinstitutionalisering was in Nederland veel minder ingrijpend (Van Weeghel & Dröes, 1999). Wel heeft er een verschuiving plaatsgevonden van klinische voorzieningen naar vormen van begeleid en beschermd wonen (Priebe et al., 2005), waardoor patiënten ook in Nederland steeds meer met de samenleving buiten het ziekenhuis in aanraking komen. Hoewel er door deze verschuiving van GGZ-voorzieningen geen massale misstanden ontstonden, zijn de schaduwzijden van deze 'vermaatschappelijking' van de GGZ ook hier te lande veelvuldig onderwerp van discussie en onderzoek geweest (o.a. Kwekkeboom, 2000; Van Hoof et al., 2004; Wolf et al., 2007; Mulder, 2007).

In dat kader past ook de aandacht die wordt gevraagd voor de risico's die psychiatrische patiënten lopen om in de samenleving slachtoffer te worden van geweld en andere misdrijven. Bovendien leeft bij velen het idee dat onderzoek naar victimisatie het publieke stigma van de psychiatrische patiënt kan helpen bestrijden, als immers duidelijk wordt dat zij veel vaker zelf gevaar lopen dan gevaarlijk voor anderen zijn.

Tot nu toe is het in Nederland rond onderwerpen als stigmatisering en discriminatie (zie Van Weeghel, 2005) en victimisatie van psychiatrische patiënten opvallend stil gebleven. Afgezien van een enkele literatuurstudie in het Tijdschrift voor Psychiatrie, overigens uitgevoerd door Belgische onderzoekers (Naudts et al., 2004), is in Nederland tot nu toe geen gericht onderzoek gedaan naar victimisatie van psychiatrische patiënten. Bijgevolg is er geen zicht op de omvang, aard, achtergronden en gevolgen van geweld tegen deze groep. Toch doen praktijkervaringen en bevindingen uit bredere studies vermoeden dat geweld tegen psychiatrische patiënten ook in Nederland geen te verwaarlozen verschijnsel is. Zo kwam uit het Nederlandse deel van INDIGO, een recent internationaal onderzoek naar de ervaringen van mensen met schizofrenie met discriminatie (Thornicroft et al., 2009), naar voren dat bijna de helft van de respondenten (grote) nadelen ervaart op het gebied van persoonlijke veiligheid (Plooy & Van Weeghel, 2009). Verder zijn er volgens Bogaerts (2009) indicaties dat mensen met ADHD veelvuldig slachtoffers zijn van geweldsdelicten en tevens een groter risico lopen op herhaald slachtofferschap. Volwassenen met ADHD zouden meer kans op gewelddadige ervaringen, en daarmee op een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), omdat zij vaak ondoordacht en impulsief handelen, sensatie en gevaarlijke situaties opzoeken en hierdoor eerder in de problemen komen (Bogaerts, 2009).

### ***Onderzoeksprogramma***

Teneinde het onderwerp nader te verkennen heeft NWO opdracht gegeven tot een vooronderzoek naar victimisatie van psychiatrische patiënten. In dat kader is literatuuronderzoek verricht naar wat internationaal bekend is over de omvang, aard, oorzaken en gevolgen van geweld jegens psychiatrische patiënten. Verder is geïnventariseerd welke (internationale) studies op dit gebied momenteel lopende zijn. Tot slot is aan de hand van

descriptieve analyses nagegaan wat reeds uitgevoerde Nederlandse onderzoeken aan gegevens opleveren over de omvang, aard, context, oorzaken en gevolgen van geweld tegen psychiatrische patiënten. Uiteindelijk hebben wij afgezien van het voornemen om ook interviews met sleutelpersonen te gebruiken om inzicht te krijgen in de mate van victimisatie onder Nederlandse psychiatrische patiënten. Hoewel sommige sleutelpersonen aangaven dit een belangrijk onderwerp te vinden, waren hun ervaringen ontoereikend voor verdere analyse.

De resultaten van deze voorstudie zijn hieronder beknopt samengevat (een uitgebreidere beschrijving van de bevindingen is in de bijlage van dit rapport te vinden). Daarna wordt uiteengezet welk onderzoeksprogramma NWO de komende jaren in Nederland wil (laten) uitvoeren naar geweld tegen psychiatrische patiënten.

## **Belangrijkste bevindingen van de voorstudie**

### ***Methodologische kanttekeningen***

Om te beginnen blijkt uit de systematische literatuurstudie dat prevalenties van geweld onder psychiatrische patiënten sterk variëren. Dit is het ondermeer het gevolg van verschillen in periode waarover naar victimisatie wordt gevraagd (in de onderzochte literatuur lopen de periodes uiteen van victimisatie in de afgelopen week tot victimisatie in de afgelopen drie jaar), verschillen in definities van geweld (mild/ernstig, seksueel/fysiek/verbaal, strafbaar/niet-stafbaar), verschillen in operationalisatie, en natuurlijk verschillen in steekproefomvang en –populatie. Dit maakt het erg moeilijk om met enige geldigheid uitspraken te doen over het voorkomen van victimisatie onder deze populatie. En omdat vergelijking van uitkomsten van verschillende onderzoeken onbetrouwbare resultaten oplevert, is het ook moeilijk zicht te krijgen op de relatieve kwetsbaarheid van subpopulaties.

Voorts bestaat de indruk dat het Europese onderzoek (Zweden, Groot-Brittannië) en in mindere mate het Australische onderzoek op dit terrein, op een lager niveau staat en daarmee minder betrouwbare resultaten oplevert, dan het onderzoek uit de Verenigde Staten. In het Europese onderzoek wordt vaak geen gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd instrument of wordt gebruik gemaakt van een enkele vraag om een breed scala van geweldservaringen in kaart brengen (Neale et al., 2005; Walsh et al., 2003). Ook is de steekproefomvang gemiddeld genomen iets kleiner (Bergman & Ericsson, 1996; Wood & Edwards, 2005), en ontbreken gegevens over de wervingsmethode en zijn de specifieke beschrijvingen van de steekproef onvolledig. Gepresenteerde prevalenties bevinden zich vaak aan de uitersten van het spectrum. Hierbij moet wel worden aangegeven dat niet specifiek is gezocht naar Europese studies waarover gepubliceerd is in andere talen dan het Nederlands of het Engels. Dit heeft mogelijk voor een vertekende uitkomst gezorgd. Overigens werd onderzoek uit Nederland in onze literatuursearch niet aangetroffen.

### ***Prevalentie van victimisatie onder psychiatrische patiënten***

Uit het de resultaten van de geanalyseerde onderzoeken blijkt dat zelfgerapporteerde jaarprevalenties van geweld onder psychiatrisch patiënten uiteen lopen van 16% (Walsh et al., 2003) tot 60% (Kelly & McKenna, 1997). Een nader onderscheid tussen ambulante en intramuraal behandelde patiënten is niet te maken. Zelfgerapporteerde prevalenties voor patiënten voorafgaande aan een opname in een psychiatrisch ziekenhuis variëren van 27.3% over drie maanden (Hiday et al., 1999) tot 92% over het jaar (Heru et al., 2006) voorafgaand aan de opname. Na ontslag variëren de prevalenties van 5.6% over de afgelopen drie jaar (Honkoken et al., 2004) tot 15,2% over de afgelopen 10 weken (Silver et al., 2005). Hoewel grote voorzichtigheid geboden is, valt in deze onderzoeken de trend te ontdekken dat het

meeste geweld plaatsvindt in de periode voorafgaand aan een opname (soms ook voorafgaand aan een ambulante behandeling), dat dit geweld vervolgens licht afneemt gedurende de behandeling, en dat het na beëindiging van de opname of ambulante behandeling nog verder daalt. Ondersteuning voor deze bevinding biedt het gegeven dat het aantal en de ernst van psychiatrische symptomen (vooral psychotische symptomen) en actuele verslavingsproblematiek risicofactoren zijn voor victimisatie van psychiatrische patiënten (Brekke et al., 2001; Goodman et al., 2001; McPherson et al., 2007; Walsh et al., 2003). Uit de literatuurstudie bleek ook dat patiënten uit de verslavingszorg, forensische zorg en daklozen een hoger risico liepen (Ireland, 2004; 2006; Bescoby, 2005; North et al., 1995; Stevens et al., 2007; Heslin et al., 2007; Ireland & Wolff, 2007; Rothman et al., 2008).

### ***Risicogroepen: patiënten in de verslavingszorg, forensische zorg, daklozen en jongeren***

Prevalentie van victimisatie binnen de verslavingszorg heeft vaker dan binnen de andere zorgcategorieën betrekking op geweld door de partner of familieleden. In slechts twee onderzoeken is de dader niet per definitie een partner, vriend of familielid. Daarnaast zijn vrouwen, of: genderspecifieke risicofactoren, hier vaker onderwerp van studie. De prevalenties onder patiënten van de verslavingszorg lopen uiteen van 13% over de afgelopen 3 maanden (Rothman et al., 2008) tot 78% over het afgelopen jaar (Stevens et al., 2007).

Prevalentie van victimisatie binnen de groep dak- en thuislozen met psychiatrische problematiek loopt uiteen van 11% over het afgelopen half jaar (North et al., 1995) tot 33% over het afgelopen jaar (Heslin et al., 2007). Ondanks verschillen in definities, operationalisaties en steekproeven lijkt de prevalentie van victimisatie onder deze populatie dus wat minder variatie te vertonen dan bij de andere populaties. In de forensische setting valt de korte periode waarover victimisatie wordt uitgevraagd op, namelijk één week. Hierbij moet worden aangetekend dat al het onderzoek tot nu is uitgevoerd door (het team rondom) één Britse onderzoeker (Ireland 2004; 2006; Ireland & Bescoby, 2005), zodat niet geconcludeerd kan worden dat het een onderzoeksstandaard voor de forensische setting betreft. Weekprevalenties lopen sterk uiteen, van 11% tot 64.2%. Tot slot presenteert het onderzoek naar victimisatie van psychiatrisch patiënten binnen het penitentiaire systeem een halfjaarsprevalentie van 23% (Wolff et al., 2007).

Jongere en dakloze psychiatrische patiënten komen consistent als duidelijke risicogroep naar voren (Chapple et al., 2004; Goodman et al., 2001; Hiday et al., 1999; McPherson et al., 2007; Teplin et al., 2005; Walsh et al., 2003; White et al., 2006).

### ***Risicofactoren: psychotische stoornissen en stedelijke omgeving***

De ernst van de psychiatrische symptomen is een belangrijke risicofactor voor de victimisatie van psychiatrisch patiënten (Brekke et al., 2001; McPherson et al., 2007; Walsh et al., 2003). Vooral het hebben van psychotische symptomen vergroot de kwetsbaarheid (Bergman & Ericson, 1996; Chapple et al., 2004). Maar ook comorbide psychiatrische aandoeningen, zoals stemmingsstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen, en comorbide middelengebruik blijken, onafhankelijk van de ernst van de psychotische symptomen, het risico op victimisatie te vergroten (Brekke et al., 2001; Goodman et al., 2001; Hiday et al., 1999; McPherson et al., 2007; Sells et al., 2005; Silver et al., 2005; Walsh et al., 2003). Sociale beperkingen en gebrek aan zinvolle dagbesteding blijken eveneens risicofactoren te zijn (Chapple et al., 2004; Fitzgerald et al., 2005). Veel psychiatrische patiënten die slachtoffer zijn geweest van geweld, waren in dezelfde periode ook pleger van geweld, zoals valt af te leiden uit de voorspellende waarde van de aanwezigheid van recente arrestaties (Chapple et al., 2004; Fitzgerald et al., 2005; Walsh et al., 2003).

Onduidelijk is nog of vrouwen of mannen kwetsbaarder zijn voor geweld. Uit veel onderzoeken komt geen verschil tussen de seksen naar voren. Sommige onderzoeken

daarentegen laten zien dat vrouwen kwetsbaarder zijn, vooral voor seksueel geweld (Brunette & Drake et al., 1997; Chapple et al., 2004; White et al., 2006; Wood & Edwards, 2005). Mannen lijken echter eerder kwetsbaar voor fysiek geweld (Goodman et al., 2001; Sells et al., 2003; Teplin et al., 2005).

Het wonen (of zwerven) in een stedelijke omgeving vergroot de kans op victimisatie voor psychiatrisch patiënten (Hiday et al., 1999; Schomerus et al., 2008), en naarmate de wijk slechter is wordt het risico groter (Heslin et al., 2007; Silver et al., 2002; Wenzel et al., 2000). In een kleine of middelgrote stad loopt men evenveel risico om slachtoffer te worden van een gewelddadig misdrijf als in een grote stad, en evenveel risico op niet-gewelddadig misdrijf als in een rurale omgeving (Schomerus et al., 2008). Etniciteit kan een bijkomende risicofactor, of beschermende factor vormen in slechte wijken. Het hebben van dezelfde etniciteit als de meerderheid van de bevolking in een wijk werkt beschermend (Heslin et al., 2007). Het effect van omgevingsfactoren is echter klein en verdwijnt vaak wanneer ook rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van andere risicofactoren, zoals een slechte kwaliteit van sociale relaties en ernstige symptomen (Hiday, et al., 1999; Schomerus et al., 2008).

### ***Lopende internationale studies.***

Om een beeld te krijgen welk onderzoek op het gebied van victimisatie van psychiatrische patiënten momenteel loopt is er een inventarisatie gemaakt van huidige nationale en internationale studies op dit gebied. Alle internationale lopende studies zijn afkomstig uit de Verenigde Staten, Canada of het Verenigd Koninkrijk. De epidemiologische studies richten zich op patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (severe mental illness: SMI), waarbij naast aard en omvang van de victimisatie, ook het in kaart brengen van risicofactoren centraal staat. Het meer theoretische onderzoek heeft als doel mogelijke causale modellen van victimisatie te toetsen, waarbij gebruik wordt gemaakt van een grote, longitudinale dataset. Ook de meeste interventiestudies richten zich op patiënten met SMI. Er is een onderscheid te maken tussen interventies die zich richten op het beperken en behandelen van de gevolgen van victimisatie (o.a. behandelen van PTSS) en interventies met als doel victimisatie te voorkomen, zoals gedwongen opnamen. Het gebruikte instrumentarium om victimisatie in kaart te brengen verschilt sterk per onderzoek.

### ***Interventies***

In de literatuur worden interventies voorgesteld om victimisatie van psychiatrische patiënten te voorkomen of om de negatieve gevolgen ervan te minimaliseren. De meeste suggesties liggen in de sfeer van signalering en (secundaire) preventie. Zo wordt aanbevolen dat GGz-instellingen bij hun cliënten systematisch de risico's op slachtofferschap (en op daderschap) gaan inschatten, bijvoorbeeld in het kader van hun Routine Outcome Monitoring. Ook moet victimisatie een aandachtspunt zijn in behandelplanbesprekingen, vooral bij risicogroepen zoals ernstig verslaafde en dakloze patiënten. Ook zou men cliënten zorgvuldig moeten screenen op PTSS, vanwege het verhoogde risico op victimisatie bij PTSS-patiënten. Een logische vervolgactie is voorlichting aan patiënten over victimisatie en over hetgeen zij zelf kunnen doen of laten om risico's te vermijden of te verminderen.

Signalering en interventies kunnen pas plaatsvinden als mensen met psychiatrische aandoeningen bij de GGz in behandeling zijn en blijven. Daarom zouden barrières (van financiële, psychologische of andere aard) moeten worden weggeruimd om de zorg toegankelijk te maken. Eenmaal in zorg is het zaak patiënten uit risicogroepen een state-of-the-art behandeling en rehabilitatie aan te bieden. Verder wordt voorgesteld om dakloze of slecht gehuisveste cliënten aan goede, veilige woningen te helpen, in woonwijken waar straatgeweld niet of nauwelijks voorkomt. Een niet als zodanig bedoelde interventie tegen victimisatie kwam naar voren uit het onderzoek van Hiday et al.. (2002) in de Verenigde

Staten, die aantoonen dat cliënten met een maatregel tot ambulante dwangbehandeling ('outpatient commitment') minder vaak slachtoffer zijn van geweld.

Een stap verder dan voorlichting wordt gezet in Amerikaanse programma's voor het aanleren van 'street smarts' en 'community survival'. Hierin leren patiënten vaardigheden om hun persoonlijke veiligheid te verhogen en om conflicten beter te hanteren (Jonikas & Cook, 1993; Corrigan & Holmes, 1994; Holmes et al., 1997).

Tot slot zijn in de Verenigde Staten veelbelovende programma's van cognitieve gedragstherapie (CGT) ontwikkeld voor mensen met een ernstige psychische stoornis bij wie tevens een PTSS is vastgesteld (Mueser et al., 2007 en 2008). Juist deze cliënten lopen immers een groot risico op (herhaalde) victimisatie.

Over het geheel genomen is de (onderzoeks)literatuur over interventies met betrekking victimisatie tamelijk beperkt, zowel in omvang als in kwaliteit, en vrijwel uitsluitend van Amerikaanse origine. Vooral de aanbevelingen in de sfeer van signalering, screening en preventie gaan meestal niet verder dan summier geformuleerde voorstellen. Verder valt uit de literatuur niet op te maken of de voorgestelde interventies ooit ergens met enig succes geïmplementeerd zijn, laat staan op hun beoogde effecten zijn onderzocht. Ook naar de trainingsprogramma's op het gebied van 'street smarts' en 'community survival' is nooit effectonderzoek gedaan. Bovendien leert navraag bij een direct betrokkene dat deze programma's inmiddels niet meer bestaan.

### ***Nederlandse gegevens over victimisatie***

In de verkennende analyse van de bestaande datasets in Nederland werd een percentage slachtoffers onder patiënten gevonden variërend van 5% tot 31%. Deze grote variatie wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de verschillende doelgroepen waarop de studies betrekking hadden en door de verschillende methoden om slachtofferschap te meten.

Er werd geen verband gevonden tussen de mate van slachtofferschap en de sekse van de patiënt. Wel waren slachtoffers relatief vaak dakloos, woonden zij in een sociaal pension of in een beschermde woonvorm, zoals ook werd gevonden in internationaal onderzoek. Ook waren slachtoffers relatief vaak in klinische zorg en vaker dan niet-slachtoffers onvrijwillig in zorg, dit in tegenstelling tot de bevindingen uit internationaal onderzoek waarin juist het beeld naar voren komt dat psychiatrisch patiënten minder te maken hebben met geweld gedurende een (klinische) opname, inclusief dwangopname, in vergelijking met de periode voor opname of een gedurende ambulante behandeling. Mogelijk speelt hier een onduidelijkheid over de periode waarover de gepresenteerde data betrekking heeft een rol.

Patiënten van niet-westerse afkomst hadden vaker dan westerse patiënten te kampen met gevoelens van onveiligheid. Op de vraag of iemand het afgelopen jaar wel eens slachtoffer is geweest van geweld werd echter geen verschil in etniciteit gevonden tussen slachtoffers en niet-slachtoffers.

In alle datasets hadden de meeste patiënten de diagnose schizofrenie of aanverwante stoornissen. Er was geen duidelijk verschil tussen slachtoffers en niet-slachtoffers wat betreft diagnose. Slachtoffers hadden wel vaker een lagere GAF-score en was er bij slachtoffers sprake van een grotere onvervulde zorgbehoefte en meer problemen met een bevredigende dagbesteding en met het hebben van voldoende met vrienden en kennissen.

Ook bleken patiënten die slachtoffer zijn geweest van geweld ook vaker beschuldigd te zijn geweest van een misdrijf. Dit is in lijn met eerdere internationale bevindingen. Er werd geen verband gevonden tussen gevoelens van onveiligheid en (mogelijk) daderschap. Vergeleken met de landelijke victimisatiecijfers van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen) zijn psychiatrische patiënten vaker slachtoffer van geweld dan de algemene bevolking. Landelijk geeft ongeveer 5% van de bevolking aan het afgelopen jaar slachtoffer te zijn geworden van geweld (mishandeling, seksuele delicten en bedreiging), in

de datasets die in deze studie zijn opgenomen varieert dit tussen 8% en 20%. Gevoelens van onveiligheid lijken minder te verschillen tussen patiënten en de algemene bevolking. Landelijk geeft 3% (2008) tot 5% (2005) van de bevolking aan zich vaak onveilig te voelen, van de psychiatrische patiënten is dit 5 tot 6%. In een recent uitgekomen publicatie van het Sociaal Cultureel Planbureau blijkt dat veel slachtoffers nog lang last houden van de emotionele gevolgen van het misdrijf, met name slachtoffers uit meer kwetsbare groepen in de samenleving (Lamet & Wittebrood, SCP 2009). Hiertoe zouden ook psychiatrische patiënten gerekend kunnen worden.

Conclusie van de bevindingen uit de Nederlandse datasets: afgaande op de in deze verkennende studie gevonden resultaten lijken psychiatrische patiënten - vooral degenen met een ernstiger ziektebeeld, een sociaal zwakkere positie en met veel zorgbehoeften - vaker slachtoffer van geweld. Over negatieve gevolgen van victimisatie van psychiatrische patiënten in Nederland zijn geen gegevens bekend.

### **Naar een conceptueel model voor victimisatie van psychiatrische patiënten**

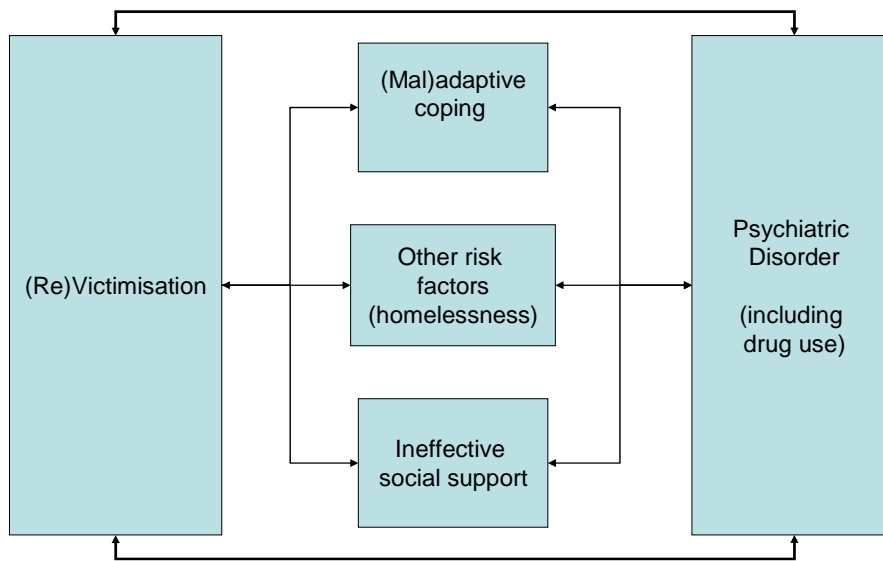
Uit het literatuuronderzoek kwam niet een omvattend conceptueel model voor victimisatie naar voren. Dat is ook moeilijk gezien de wisselende resultaten uit het empirisch onderzoek naar aard en omvang van victimisatie onder psychiatrische patiënten. Wel zijn enige modellen gevonden die bruikbaar zijn bij het verder ontwikkelen van een conceptueel model, zoals een interactief model naar het verband tussen trauma, PTSD en beloop van psychiatrische aandoeningen (Mueser et al., 2002) en het risico-versterkingsmodel (Whitbeck et al., 1999).

Het interactieve model (Mueser et al., 2002) is een aanpassing op het stress-coping-kwestbaarheidsmodel (Liberman 1986). In het model staat traumatisering en het oplopen van een post traumatische stoornis centraal. PTSS kan vervolgens leiden tot een vergroting van de kans op het ontstaan en/of verergering van andere psychiatrische aandoeningen. Tenslotte hebben patiënten met psychiatrische aandoeningen een verhoogde kans op (her)victimisatie. Dit laatste heeft mogelijk te maken met een verstoord interactiepatroon met andere mensen als gevolg van de traumatisering (b.v. door boosheid, hyperalertheid of vermijdingsgedrag), verminderde sociale steun en het toepassen van minder adaptieve coping strategieën.

In het model van Mueser et al. (2002) wordt sterk het accent gelegd op het ontstaan van PTSS als gevolg van (vroeg) trauma's. Het is de vraag of het altijd noodzakelijk is dat victimisatie leidt tot PTSS, vóórdat het effect heeft op het ontstaan of beloop van een andere psychiatrische aandoening en de kans op hervictimisatie. Het zou ook kunnen zijn dat mensen in een negatieve spiraal terecht komen na victimisatie, waardoor de kans op hervictimisatie toeneemt. Bijvoorbeeld mishandeling in de jeugd (zonder PTSS) kan leiden tot psychiatrische aandoeningen, met hierdoor verstoorde interacties met de omgeving en een grotere kans op hervictimisatie (Whitbeck et al. 1999).

In dit model is (her)victimisatie bij mensen met een psychiatrische aandoening een resultante van deze complexe interacties. Deze overwegingen leiden tot het volgende voorlopige contextuele model voor (her)victimisatie onder patiënten met psychiatrische aandoeningen, vrij naar Whitbeck (1999) en Mueser et al. (2002).

Figuur 1. Het interactieve model: interactie tussen stoornis en (her)victimisatie



Centraal in dit model staat de interactie tussen de victimisatie en de psychiatrische aandoening. Het één verhoogt de kwetsbaarheid voor de ander. Dit geheel is geplaatst in een levensloopperspectief. Victimisatie kan optreden voorafgaand aan de psychiatrische aandoening, tijdens het hebben van de aandoening, of wanneer de aandoening voorbij of in remissie is.

### **Naar een onderzoeksprogramma over victimisatie**

Omdat in Nederland nog geen gericht onderzoek is gedaan naar victimisatie onder psychiatrische patiënten, zal het onderzoeksprogramma bij de basis moeten beginnen. Daarbij dient wel te worden voortgebouwd op de onderzoekskennis die in andere landen over dit onderwerp al ontwikkeld is (zie onze literatuurstudie). Uit de samenvatting van de internationale literatuur, de analyses van de Nederlandse datasets, en de meningen van de internationale experts komen de volgende vijf hoofdelementen van een onderzoeksprogramma naar voren:

1. Methodologische vragen
2. Epidemiologische vragen
3. Ontwikkelen van een praktisch bruikbaar conceptueel model voor victimisatie
4. Ontwikkelen van signalerings- en screenings- en risicotaxatieinstrumenten
5. Ontwikkelen van interventies.

#### ***Ad 1. Methodologische vragen***

De belangrijkste methodologische vraag is hoe we de aard en omvang van geweld tegen psychiatrische patiënten (in Nederland) betrouwbaar kunnen meten. Uit de literatuurstudie bleek duidelijk dat de cijfers over incidentie en prevalentie moeilijk vergelijkbaar waren tussen studies, onder andere vanwege de uiteenlopende meetmethoden. Er is grote behoefte aan betrouwbare instrumenten die in meerdere studies bij psychiatrisch patiënten worden gebruikt. In deze instrumenten zouden de volgende onderwerpen aan de orde moeten komen:

- a. Aard van het geweld (bv. verbaal, fysiek, seksueel)
- b. Ernst van het geweld (bv. licht, matig, ernstig)
- c. Betreft het de subjectieve ervaring van de patiënt of gaat het om objectieve informatie over het geweld
- d. Dader van het geweld (bv. partner, vreemde, of personeel van een instelling)
- e. Setting waarin het gebeurt (bv. op straat, in huis, in het psychiatrisch ziekenhuis, in de gevangenis)
- f. Situatie waarin het gebeurt (bv. partner-relatie, of bij vrijwillige of gedwongen opname)
- g. Tijdsperiode (hoe lang geleden)
- h. Tijdsduur van het geweld
- i. Interactiepatroon tussen slachtoffer en dader.

Het is wel de vraag hoeveel aandacht we aan het ontwikkelen van nieuwe instrumenten moeten besteden. Dit is immers een tijdrovend proces. Idealiter maken we gebruik van vertalingen van internationaal gebruikte instrumenten. Tot nu toe zijn we in de literatuur hiervoor geen aparte schalen tegengekomen voor het gebruik bij psychiatrisch patiënten. Het meest gebruikte en kwalitatief goede instrument is de 'Revised Conflict Tactics Scale' (CTS2; Straus et al., 1996), die is ontwikkeld voor het meten van huiselijk geweld tussen partners. De CTS2 lijkt niet zondermeer te gebruiken voor het meten van geweld tegen psychiatrische patiënten. Ten eerste gaat het hier om een zelfinvulschaal, terwijl psychiatrische patiënten niet altijd in staat zijn om schalen zelf in te vullen. Ten tweede meet de schaal niet alle relevante dimensies van geweld tegen psychiatrische patiënten. Zo wordt met de CTS2 geen informatie verzameld over bijvoorbeeld de dader (anders dan de partner), de setting waarin het gevaar optreedt, de tijdsduur en de tijdsperiode. Het lijkt daarom wenselijk om specifieke schalen voor geweld tegen psychiatrische patiënten te ontwikkelen, dan wel een schaal als de CTS2 aan te vullen. Tenslotte is het wenselijk om ook instrumenten te ontwikkelen voor andere informatiebronnen zoals hulpverleners en mantelzorgers.

Eenduidigheid over de instrumenten waarmee we geweld tegen psychiatrische patiënten vastleggen komt het hele onderzoeksprogramma ten goede en bevordert de mogelijkheid tot (internationale) vergelijkingen en het vaststellen van de effecten van later te ontwikkelen interventies.

## ***Ad 2. Epidemiologische onderzoeksvragen***

- a. De belangrijkste vraag voor Nederland betreft de vraag naar de omvang en de aard van victimisatie onder psychiatrische patiënten. Analyse van bestaande datasets gaven onvoldoende informatie. Deze kennis is nodig voordat preventiestrategieën en interventies ter bestrijding van de gevolgen van victimisatie kunnen worden ontwikkeld. Voordat echter op betrouwbare wijze informatie kan worden verkregen over prevalentie en incidentie, zijn goede meetinstrumenten nodig. Vooralsnog zijn die niet voorhanden.
- b. Bij vraag a. hoort direct de vraag welke groepen het grootste risico op victimisatie lopen. Uit de literatuurstudie kwam naar voren dat dit mogelijk dakloze patiënten, patiënten met verslaving of patiënten met psychotische symptomen betreft. Nederlands onderzoek zal dit bevestigen, dan wel andere risicogroepen opleveren. Hierbij gaat het niet alleen om patiënten die in behandeling zijn, maar bijvoorbeeld ook om mensen met psychiatrische aandoeningen in de algemene bevolking.
- c. Risicofactoren. Het literatuuronderzoek naar risicofactoren heeft een aantal belangrijke risicofactoren opgeleverd. De invloed van gender, etniciteit of sociale omgeving bleek echter niet eenduidig. Het is daarom van belang te onderzoeken wat in Nederland de risicofactoren zijn voor victimisatie, bijvoorbeeld individuele factoren zoals leeftijd, geslacht, etniciteit, aard

en ernst van de psychopathologie, de setting waarin victimisatie optreedt (bijvoorbeeld in een kliniek of in situatie van dakloosheid) en omgevingsfactoren zoals de buurt waar iemand woont. Onderzoek naar risicofactoren vertoont overlap met bovenstaande onderzoeken naar aard en omvang van victimisatie en de risicogroepen. Vooral van belang is onderzoek in settings waar onderzoek tot nu toe schaars is, bijvoorbeeld in de forensische of de justitiële setting. Op grond van de in de literatuur gevonden risicofactoren mogen we verwachten dat victimisatie in die settings juist veel voorkomt.

d. Longitudinaal onderzoek naar de gevolgen van victimisatie voor de betrokken patiënten op de korte en lange termijn. Te denken valt aan de gevolgen voor de kwaliteit van leven, het beloop van de psychiatrische aandoening, het ontstaan van PTSS, het (maatschappelijk) functioneren van patiënten, de kans op hervictimisatie maar ook op daderschap (mogelijk ingegeven door 'post traumatic anger'; zie Winkel, 2007).

e. Verbanden tussen slachtofferschap en daderschap. Uit de literatuur blijkt dat slachtoffers van geweld zelf ook vaak dader zijn. Hoe vaak is dat in Nederland het geval? Hoe zit het met de causale relaties: leidt victimisatie bij patiënten tot daderschap of andersom? Dit lijkt een veelbelovend nieuw onderzoeksgebied, waarbij verbanden worden gelegd met de forensische psychiatrie.

f. Het hebben van prodromale, lichte verschijnselen van psychiatrische aandoeningen (zonder dat de aandoening zich al heeft geopenbaard, zoals bij depressieve of psychotische symptomen) en het risico op victimisatie.

g. Misschien kan later in het programma ook onderzoek worden gedaan naar gen-omgevingsinteracties, bijvoorbeeld het verband tussen het hebben van een erfelijke kwetsbaarheid, het risico op victimisatie en de kans op het ontwikkelen (of verergeren) van psychiatrische aandoeningen.

Bij het vaststellen van de aard, omvang en risicogroepen voor victimisatie is het van groot belang om, naast gegevens over daderschap, ook gegevens te verzamelen over (zelf)stigmatisering en (geanticiperde) discriminatie. Aldus wordt het gehele spectrum van subtiele benadeling, maatschappelijke achterstelling tot slachtofferschap van (gewelds)misdrijven in beeld gebracht, evenals de persoonlijke reacties van de getroffen en daarop (zoals gevoelens van minderwaardigheid of zich terugtrekken uit het maatschappelijk leven). Dit maakt dat het onderzoek in Nederland vernieuwend is en kan bijdragen aan de internationale kennis.

Wanneer blijkt dat victimisatie ook in Nederland een omvangrijk probleem is, dan kan op basis van de epidemiologische gegevens een verbeterd conceptueel model worden ontwikkeld. Mede op basis van dit model kunnen instrumenten worden ontwikkeld voor signalering, screening en risicotaxatie, en interventies om victimisatie te voorkomen dan wel de negatieve gevolgen te behandelen.

### ***Ad 3. Conceptueel model***

Het is van belang om een praktisch bruikbaar conceptueel model te ontwikkelen voor het verklaren van het risico op slachtofferschap onder psychiatrische patiënten en voor de consequenties ervan. In dit model kan het levensloopperspectief en de interacties tussen stigma, discriminatie (het risico op het ontwikkelen van) een psychiatrische aandoening en victimisatie en daderschap worden meegenomen, evenals genetische factoren en omgevingsfactoren. Mede op basis van dit conceptuele model kunnen interventies worden ontwikkeld ter preventie van (de gevolgen van) victimisatie.

#### ***Ad 4. Instrumenten voor signalering, screening en risicotaxatie***

- a. Ontwikkelen van signalerings- en screeningsinstrumenten voor het vaststellen van victimisatie. Door toepassing van dit soort instrumenten, bijvoorbeeld in het kader van Routine Outcome Monitoring, kunnen instellingen screenen op victimisatie en passende maatregelen treffen.
- b. Ontwikkelen van risicotaxatie-instrumenten die de kans op victimisatie voorspellen (vergelijk de traditie van risicotaxatie in de forensische psychiatrie) en die ingezet kunnen worden in de dagelijkse praktijk ter preventie van slachtofferschap.

#### ***Ad 5. Interventies***

Wanneer blijkt dat victimisatie van psychiatrische patiënten in Nederland een probleem is, dan is onderzoek van belang naar werkzame interventies ter preventie van slachtofferschap en voor het bestrijden van de negatieve consequenties van slachtofferschap. De vraag is of er algemene interventies te bedenken zijn, of dat er (delen van) deze interventies op maat moeten worden gemaakt voor bepaalde patiëntengroepen. Ook is het de vraag of elementen als (geanticiperde) discriminatie, (zelf)stigma, slachtofferschap en daderschap bij deze interventies betrokken moeten worden. Te denken valt aan vormen van slachtofferhulp speciaal voor psychiatrische patiënten, vaardigheidstrainingen ter preventie van slachtofferschap en specialistische behandelingen voor de gevolgen van victimisatie (zoals PTSS behandelingen).

#### ***Tot slot***

Er zal een afweging moeten worden gemaakt over de prioriteiten van het onderzoeksprogramma. Gedacht kan worden aan een meer pragmatische insteek, waarbij we met vertalingen en aanpassingen van bestaande instrumenten de prevalentie, incidentie en risicofactoren gaan meten bij patiënten. Op basis van deze resultaten kunnen we de stap zetten naar het ontwikkelen en testen van interventies. Ook kan worden gekozen voor een meer fundamentele en vernieuwende aanpak, waarbij betrouwbare meetinstrumenten worden ontwikkeld en verbanden worden gelegd met stigma, discriminatie en daderschap. Hiermee kan onderzoek worden gedaan naar risicogroepen en risicofactoren en oorzaken en gevolgen van slachtofferschap. Vervolgens kan een model worden ontwikkeld en tenslotte kunnen interventies worden getest op hun werkzaamheid. Onze voorkeur zou uitgaan naar de laatste, meer fundamentele aanpak omdat die de beste basis legt voor een succesvol, en werkelijk vernieuwend onderzoeksprogramma. Beide aanpakken vergen een systematisch onderzoeksprogramma over meerdere jaren, dat uiteindelijk moet leiden tot gedegen kennis over victimisatie van psychiatrische patiënten, en over effectieve interventies daartegen, in Nederland.