

## **Bijlage 2**

### **Geweld tegen psychiatrische patiënten Resultaten van het vooronderzoek**

	Blz.
1. Literatuuronderzoek: prevalentie en risicofactoren	1
2. Literatuuronderzoek: interventies	9
3. Inventarisatie van lopende onderzoeken	12
4. Victimisatie in Nederlandse datasets	22
5. Literatuurlijst	32

## 1. Literatuuronderzoek: prevalentie en risicofactoren

Naar aanleiding van het verzoek van NWO-MaGW en Stichting tot Steun VCVGZ om een vooronderzoek te doen naar het voorkomen van geweld tegen psychiatrisch patiënten in zorginstellingen of de thuisomgeving is door middel van een systematisch literatuuronderzoek geprobeerd een antwoord te geven op de volgende vragen:

- 1) Wat is de aard en omvang van victimisatie onder psychiatrisch patiënten?
- 2) Wat zijn de risicofactoren voor victimisatie onder deze populatie?
- 3) Hoe wordt victimisatie onder deze populatie onderzocht?

Om deze vragen te beantwoorden zijn uitgebreide literatuursearches verricht in de bibliografische databases PsycINFO en PubMed. Deze bestanden dekken voor het grootste deel de publicaties op het gebied van de psychiatrie, de psychologie en de geestelijke gezondheidszorg. Een aanvullende check in de ISI Web of Science leverde heen bruikbare tijdschrifttitels op die niet door PsycINFO of PubMed worden gedekt.

In beide databases is eerst algemeen gezocht naar onderzoek over ernstig psychiatrische patiënten die het slachtoffer van geweld zijn geweest. Vervolgens is apart gezocht naar onderzoek over het slachtofferschap van dakloze psychiatrische patiënten en dubbele diagnose patiënten. De zoekstrategie is beperkt tot onderzoek in de Engelse en Nederlandse taal en tot de afgelopen 15 jaar (vanaf 1993 tot nu). Onderzoek dat gepubliceerd is in andere talen, zoals het Duits, Frans of Italiaans, of onderzoek dat ouder is dan 15 jaar, valt dus buiten het zicht van deze search.

In PsycINFO zijn de volgende zoekstrings gebruikt:

1. (DE Mental Disorders OR DE Psychiatric Patients OR DE Chronic Mental Illness OR MM Schizophrenia OR sever\* mental\* ill\*) AND (DE Victimization OR DE Crime Victims)
2. (MM Dual Diagnosis) AND (DE Victimization OR DE Crime Victims)
3. (DE Homeless Mentally Ill OR MM Homeless) AND (DE Victimization OR DE Crime Victims).

Er is in PsycINFO ook een aparte search gedaan naar het slachtoffer zijn van geweld en verslaving. Daarbij is de volgende zoekstrategie gebruikt:

1. MM "Drug Abuse" OR MM "Alcohol Abuse" OR MM "Drug Dependency" OR MM "Inhalant Abuse" OR MM "Polydrug Abuse" or MM "Drug Addiction" OR MM "Heroin Addiction" AND (DE victimization or DE crime victims).

In PubMed zijn de volgende zoekstrings gebruikt:

1. (("Mental Disorders"[Mesh:noexp]) OR psychiatric patient\* OR (chronic mental\* AND ill\*) OR (sever\* AND mental\* AND ill\*)) AND (crime victim\* OR victimization);
2. "Homeless Persons"[Mesh] AND (crime victim\* OR victimization);
3. "Diagnosis, Dual (Psychiatry)"[Mesh] AND (crime victim\* OR victimization).

Naast de searches via PsycINFO, PubMed en ISI Web of Science is handmatig binnen de literatuurlijsten van de artikelen gezocht naar relevante literatuur, inclusief grijze literatuur (rapporten, ongepubliceerde manuscripten etc.).

Artikelen werden geselecteerd wanneer er sprake was van a) een onderzoeksartikel met kwantitatief beschreven victimisatiedata, b) geweld tegen, en niet geweld dóór psychiatrisch patiënten of maatschappelijk gemarginaliseerden, c) de periode waarop de victimisatie betrekking heeft gespecificeerd is en maximaal 3 jaar geleden heeft plaatsgevonden, dus geen victimisatie in de jeugd. Hiertoe is besloten in navolging van een recent review onderzoek naar de prevalentie van victimisatie onder psychiatrisch patiënten

(Choe & Teplin, 2008), d) volwassen respondenten, e) ernstige psychiatrische problematiek bij het slachtoffer óf, in het geval van de daklozen, verslavingszorg, forensische zorg, of penitentiaire instelling, de aanwezigheid van psychiatrische problematiek onderdeel uitmaakte van de studie, f) het geen valideringsonderzoek was naar het gebruikte victimisatie-instrument, g) het geen interventie-onderzoek was waarbij victimisatie als uitkomst- of inclusiemaat werd gebruikt.

Over artikelen die betrekking hadden op interventies of validiteit van victimisatie-instrumenten wordt elders in dit document gerapporteerd. Overzichtsartikelen zijn binnen het vooronderzoek en programmadocument gebruikt voor het beschrijven van achtergrondinformatie.

De oorspronkelijke search leverde 599 individuele referenties op, waarvan 45 artikelen voldeden aan bovengenoemde aanvullende criteria. Van deze selectie hadden 19 artikelen betrekking op patiënten met ernstige psychiatrische problematiek in ambulante, intramurale, of dagbehandeling of combinaties hiertussen. Deze onderzoeken zijn beschreven in tabel 1 (zie de aparte bijlage met alle tabellen). Vijf artikelen hadden betrekking op psychiatrisch patiënten die recent waren opgenomen. De victimisatie-informatie had in dat geval betrekking op de periode voorafgaand aan de opname (tabel 2). Drie artikelen hadden betrekking op de periode na ontslag uit een psychiatrische kliniek (tabel 3). Zeven artikelen hadden betrekking op patiënten binnen de verslavingszorg (tabel 4). Onderzoek naar psychiatrisch patiënten met co-morbide verslavingsproblematiek zijn ondergebracht in tabel 1, 2 of 3. Zeven artikelen betroffen daklozen, met in meer of mindere mate psychiatrische problematiek (tabel 5). Drie artikelen hadden betrekking op de forensische zorg, en één artikel, tenslotte, had betrekking op victimisatie binnen penitentiaire instellingen (tabel 6). In de tabellen staat aangegeven in welk land (en indien vermeld ook welke stad of staat) het onderzoek plaats vond, een beschrijving van de steekproef, de periode waarover de victimisatie-ervaringen worden uitgevraagd, het gebruikte instrument en de gekozen definitie van geweld, de prevalentiecijfers van victimisatie en de predictoren. Hierbij is ook aangegeven of de predictoren uit univariate of multivariate analyses zijn gebleken.

### **Methodologische kanttekeningen**

Prevalenties van geweld onder psychiatrische patiënten en gemarginaliseerden variëren sterk. Dit is het onder meer gevolg van verschillen in periode waarover victimisatie-informatie wordt gevraagd (periodes lopen in deze search uiteen van victimisatie over de afgelopen week tot de afgelopen 3 jaar), verschillen in definities van geweld (mild/ ernstig, seksueel/fysiek/ emotioneel, strafbaar/niet-stafbaar), verschillen in operationalisatie, en natuurlijk verschillen in steekproefomvang, en –populatie. Dit maakt het erg moeilijk om uitspraken met enige geldigheid over het voorkomen van victimisatie onder deze populatie te doen. Ook het vergelijken van uitkomsten van verschillende onderzoeken, om zo inzicht te krijgen in de relatieve kwetsbaarheid van subpopulaties, levert onbetrouwbare resultaten op.

Het onderzoek dat binnen deze search werd gevonden uit Europa (Zweden, Groot-Brittannië) en in mindere mate Australië, lijkt op een lager niveau te staan en daarmee minder betrouwbare resultaten te leveren, dan onderzoek uit de VS. 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 (zie Ash et al., 2003; Neale et al., 2005; Walsh et al., 2003). Steekproefomvang is gemiddeld genomen wat kleiner (bijv. Bergman & Ericsson, 1996; Wood & Edwards, 2005), en de werving en specifiek beschrijvingen van de steekproef zijn onvolledig. Gepresenteerde prevalenties bevinden zich vaak aan de uitersten van het spectrum. Onderzoek uit Nederland ontbreekt volledig in deze search. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat onderzoek dat in andere

talen dan het Nederlands of Engels is gepubliceerd, geen onderdeel uitmaakte van deze systematische search, wat mogelijk tot een vertekening van de resultaten heeft geleid.

### **Voorkomen van soorten geweld**

Hoewel de prevalenties van geweld sterk verschillen per groep, operationalisatie en setting, is het duidelijk zichtbaar dat fysiek geweld vaker lijkt voor te komen dan seksueel geweld en dan met name mild geweld (duwen, trekken, slaan, schelden) vaker voorkomt dan ernstig geweld (stompen, dreigen met een wapen, aanvallen, verkrachten of verwonden) (bijv. Bergman & Ericsson, 1996; Fitzgerald et al., 2005; Heru et al., 2006; Hiday et al., 1999). Seksueel en emotioneel geweld lijkt zich binnen relaties meer voor te doen dan buiten relaties (Goodman et al., 1999; Heru et al., 2006; Wood & Edward, 2005). Vrouwen lijken kwetsbaarder voor seksueel geweld zowel binnen als buiten een relatie (Brunette & Drake et al., 1997; Chapple et al., 2004; Goodman et al., 2001; Lam & Rosenheck, 1998; White et al., 2006; Wood & Edwards, 2005), alhoewel ook cijfers gepresenteerd zijn die duiden op het omgekeerde (Heru et al., 2006).

### **Prevalenties onder psychiatrisch patiënten**

Uit het de resultaten van de systematisch literatuursearch blijkt dat zelfgerapporteerde jaarpreevalenties 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 vóór een opname in een psychiatrisch ziekenhuis e variëren van 27.3% over de 3 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 drie jaar na ontslag (Honkomen et al., 2004) tot 15.2% over een periode van 10 weken in het 1<sup>e</sup> jaar na ontslag (Silver et al., 2002). Hoewel grote voorzichtigheid geboden is, lijkt er een trend van veel geweld in de periode voorafgaand aan een opname of ambulante behandeling, een lichte afname van geweld gedurende de behandeling, en verdere afname na beëindiging van de opname of ambulante behandeling. Ondersteuning voor deze bevinding kan gevonden worden in het feit dat het aantal en de ernst van psychiatrische symptomen, vooral psychotische symptomen, en actuele verslavingsproblematiek risicofactoren zijn voor victimisatie in deze groep (Brekke et al., 2001; Goodman et al., 2001; McPherson et al., 2007; Walsh et al., 2003).

### **Prevalenties binnen de verslavingszorg**

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 vaker onderwerp van studie. De prevalenties van victimisatie onder patiënten van verslavingszorginstellingen lopen uiteen van 13% over de afgelopen 3 maanden (Rothman et al., 2008) tot 78% over het afgelopen jaar (Stevens et al., 2007).

### **Prevalenties onder andere groepen**

Prevalentie van victimisatie binnen de groep dak- en thuislozen met psychiatrische problematiek (in meer of mindere mate) loopt uiteen van ongeveer 11% over het afgelopen half jaar (North et al., 1995) tot 33% over het afgelopen jaar (Heslin et al., 2007). Ondanks verschillende definities, operationalisaties en steekproeven, lijkt de prevalentie van victimisatie onder deze populatie dus wat minder variatie te vertonen dan de andere populaties. In de forensische setting valt de korte periode waarover victimisatie wordt

uitgevraagd op, namelijk 1 week. Tegelijkertijd dient hierbij aangetekend te worden 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 erg uiteen van 11% tot 64.2%. Het onderzoek naar victimisatie van psychiatrisch patiënten binnen het penitentiaire systeem presenteert als laatste een halfjaarsprevalentie van 23% (Wolff et al., 2007).

### **Risicofactoren voor patiënten in zorg**

Allereerst is de ernst van de psychiatrische symptomen een belangrijke risicofactor voor de victimisatie van psychiatrisch patiënten (Brekke et al., 2001; McPerson et al., 2007; Walsh et al., 2003). Vooral symptomen die samenhangen met psychotische symptomen vergroten de kwetsbaarheid (Bergman & Ericson, 1996; Chapple et al., 2004; Schomerus et al., 2008). 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; 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 psychiatrisch patiënten die slachtoffer zijn geweest van geweld, waren in dezelfde periode ook dader van geweld, zoals blijkt 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 onderzoek blijkt geen verschil tussen de seksen. Sommig onderzoek daarentegen laat 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). Terwijl mannen eerder kwetsbaar lijken voor fysiek geweld (Goodman et al., 2001; Sells et al., 2003; Teplin et al., 2005). Jongeren en daklozen komen echter consistent als risicogroep naar voren (Chapple et al., 2004; Goodman et al., 2001; McPherson et al., 2007; Teplin et al., 2005; Walsh et al., 2003; White et al., 2006).

### **Risicofactoren voor patiënten buiten de zorg**

Risicofactoren voor psychiatrisch patiënten vóór en na opname in een psychiatrische kliniek of ambulante zorg lijken, voor zover onderzocht, overeen te komen met de risicofactoren voor patiënten in zorg (Ash et al., 2003; Heru et al., 2006; Hiday et al., 1999; Honkonen et al., 2004; Schomerus et al., 2008; Silver et al., 2002). Heru et al. (2006) toont daarnaast een onafhankelijk risico van slecht familie functioneren aan voor geweld door een partner of familieleden tegen de patiënt voor opname. Na ontslag blijken daarnaast een slechte financiële situatie en wonen in een slechte wijk belangrijke risicofactoren (Honkonen et al., 2004; Schomerus et al., 2008; Silver et al., 2002).

### **Risicofactoren voor patiënten binnen de verslavingszorg**

Binnen de categorie verslaafde patiënten zijn twee soorten victimisatie onderzocht: enerzijds victimisatie door (relatieve) vreemden, zoals dat ook onderzocht wordt bij de groep psychiatrisch patiënten. Daarnaast is binnen deze categorie veel aandacht voor geweld binnen de relatie of familie, meer in het bijzonder geweld van de mannelijke partner gericht op de vrouwelijke verslaafde patiënt.

Voor geweld door vreemden jegens verlaafden gelden vergelijkbare risicofactoren als voor psychiatrisch patiënten: dakloosheid, jong, ernst van psychiatrische symptomen, ernst van het middelengebruik en daderschap (Neale et al., 2005; Stevens et al., 2007).

De risicofactoren voor geweld door een partner of familielid zijn echter van een (iets) andere orde. De ernst van het middelenmisbruik, ongeacht of het alcohol, drugs of combinaties van beiden betreft, is een belangrijke risicofactor voor victimisatie binnen de relatie (Chase et al., 2003; Chermack et al., 2008; El-Bassel et al., 2004; Haller & Miles, 2003). Naarmate er meer wordt gebruikt, of naarmate er meer verschillende middelen worden gebruikt neemt het risico toe. Ook het middelengebruik van de partner vormt een onafhankelijk risico (Chase et al., 2003). Problemen binnen de relatie (Chase et al., 2003), of het aangaan van meerdere kortdurende relaties (El-Bassel et al., 2004) zijn eveneens risicofactoren. Daarnaast zijn vrouwen kwetsbaarder wanneer zij bijkomende psychiatrische problemen (Chermack et al., 2008; Haller & Miles, 2003) of persoonlijkheidsstoornissen hebben (Haller & Miles, 2003), of al eerder in hun leven slachtoffer zijn geweest van geweld (Chermack et al., 2008; Haller & Miles, 2003).

### **Risicofactoren bij daklozen**

Onder de daklozen zijn diegene met een psychiatrisch aandoening of met duidelijke psychiatrische symptomen een extra kwetsbare groep (Dean et al., 2007; Heslin et al., 2007; Kushel et al., 2003; Lam & Rosenheck, 1998; Wenzel et al., 2000). Ook alcohol en/of druggebruik vergroot de kwetsbaarheid (Lam & Rosenheck, 1998; Kushel et al., 2003; Wenzel et al., 2000), en de nacht op straat doorbrengen (Wenzel et al., 2000). Victimisatie blijkt opnieuw sterk samen te hangen met eerdere victimisatie (in de jeugd), en eerder ouderschap (Dean et al., 2007; Goodman et al., 1995; Heslin et al., 2007; Lam & Rosenheck, 1998).

Degenen met een inkomen uit een betaalde baan blijken kwetsbaarder voor geweld. Naarmate iemand meer dagen heeft gewerkt neemt het risico toe, vooral voor diefstal en beroving (Lam & Rosenheck, 1998), tegelijkertijd blijkt het verkrijgen van geld uit illegale activiteiten, zoals drughandel en prostitutie een risicofactor te zijn voor ernstig fysieke en seksueel geweld (Heslin et al., 2007; Kushel et al., 2003; Wenzel et al., 2000).

Ook onder de daklozen kan men niet zonder meer stellen dat vrouwen kwetsbaarder zouden zijn dan mannen. Etniciteit daarentegen blijkt wel een risicofactor te zijn. Dak- of thuislozen met een Latino-achtergrond blijken kwetsbaarder voor seksueel en fysiek geweld (inclusief diefstal en beroving) dan de witte en Afro-Amerikaanse bevolking (Heslin et al., 2007; Wenzel et al., 2000). De blanke bevolking is op zijn beurt kwetsbaarder dan de Afro-Amerikaanse bevolking (Lam & Rosenheck, 1998). Echter, Latino's die dakloos zijn in een Latino wijk zijn minder kwetsbaar (Heslin et al., 2007). Homo- of biseksuele daklozen lopen een groter risico of victimisatie (Heslin et al., 2007; Kushel et al., 2003).

### **De omgeving als risicofactor**

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, maar 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 regelmatig wanneer ook rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van andere risicofactoren, zoals en slechte kwaliteit sociale relaties, en ernstige van klinische symptomen (Hiday, et al., 1999; Schomerus et al., 2008).

De rol van omgevingsfactoren is dus nog onduidelijk. Dit komt voor een deel door de aard van het onderzoek. Om de invloed van context-, of omgevingsvariabelen, zoals wijkkenmerken, een urbane of rurale omgeving, te kunnen onderzoeken is het noodzakelijk dat de contextvariabele variatie laat zien. In veel onderzoek naar victimisatie onder patiënten met ernstige psychiatrische problematiek kan de invloed van de context moeilijk onderzocht worden omdat juist die variatie in context ontbreekt. De context van het onderzoek staat vast, men onderzoekt victimisatie binnen de populatie opgenomen patiënten van een psychiatrisch ziekenhuis (bijv. Hodgins et al., 2007), of binnen de cliëntèle van ambulante zorgprogramma's gericht op daklozen in dezelfde stad (bijv. Goodman et al., 1995).

### **Operationalisaties van geweld**

Al eerder in dit document werd melding gemaakt van de verschillende definities van geweld en slachtofferschap die gehanteerd worden in het onderzoek naar victimisatie. De definities van geweld en in het verlengde daarvan de operationalisatie, variëren op verschillende dimensies. In onderzoek binnen een juridisch kader, bijv. in misdaad-monitoren (bijvoorbeeld de MacArthur Community Violence Study), of wanneer gebruik gemaakt wordt van politiegegevens (Pandiani, et al., 2007), is men geïnteresseerd in slachtoffers van misdrijven, en wordt het misdrijf onderverdeeld naar gewelddadige misdrijven (geweldpleging, beroving, bedreiging met een wapen) en niet-gewelddadige misdrijven (diefstal, oplichting, stalking). Daarnaast bestaan er operationalisaties naar het domein van het geweld: fysiek (schoppen, slaan, bijten, verwonden, aanvallen), seksueel (dwingen tot seksuele handelingen, aanranding) en emotioneel (intimideren, pesten, uitschelden). Vaak wordt hierbinnen een nader onderscheid gemaakt naar de ernst van het geweld, namelijk mild (zonder verwonding, niet strafbaar) versus ernstig geweld (met verwonding, blijvende schade, wel-strafbaar). Er is een sterke overlap tussen de categorieën 'ernstig fysiek en seksueel geweld' en 'gewelddadige misdrijven'. In de gepresenteerde tabellen zijn in principe de definities van de auteurs aangehouden.

Daarnaast maken sommige operationalisaties onderscheid naar de dader van het geweld, dit gebeurt vaak in het kader van geweld binnen de huiselijke sfeer: een echtgenoot of romantische partner, een familielid. Maar ook daderschap van een vreemde, of in het geval van prostituees of verslaafden, door een klant, souteneur, of dealer wordt in sommige gevallen nader uitgevraagd.

### **Veel gebruikte instrumenten**

Op dit moment ontbreekt nog consensus over welk instrument gebruikt zou moeten worden om victimisatie onder psychiatrisch patiënten goed te onderzoeken (Kooyman et al., 2007). In het onderzoek naar victimisatie onder psychiatrisch patiënten kan men drie typen instrumenten onderscheiden. Instrumenten die ontwikkeld zijn voor mensen met psychiatrische stoornissen, maar niet speciaal voor het in kaart brengen van victimisatie. En instrumenten die speciaal ontwikkeld zijn voor het in kaart brengen van victimisatie in de algemene bevolking, maar geen speciale rekening houden met de psychiatrische aandoening van de respondent.

In de eerste categorie vallen de instrumenten zoals de MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life), waarin enkele vragen zijn opgenomen die vragen naar ervaren geweld en veiligheid van de patiënt (zie ook hoofdstuk 4 in deze bijlage voor een toepassing in Nederlands onderzoek). In deze categorie valt ook de Lancashire Quality of Life Profile (Oliver, 1991). Het Quality of Life Interview (Lehman, 1988) is eveneens ontwikkeld voor psychiatrisch patiënten, maar binnen het instrument is een aparte schaal opgenomen waarin apart naar geweldservaringen en ervaren veiligheid wordt gevraagd.

In de tweede categorie bevinden zich vragenlijsten zoals de MacArthur Community Violence Interview (Steadman et al, 1998) en de National Crime Victimization Survey (US Bureau of Census, 1994). Dit laatste instrument werd door Teplin en collega's (2005) toegepast op een steekproef van psychiatrisch patiënten. Het instrument brengt de geweldsincidenten gedetailleerd in kaart. Maar het moest wel aangepast worden voordat het gebruikt kon worden in bij psychiatrisch patiënten.

Een derde type instrument is de (Revised) Conflict Tactics Scale, een instrument dat is ontwikkeld als interviewschema voor de therapeut om huiselijk geweld gedetailleerd in kaart te brengen als onderdeel van de therapie (Straus, et al., 1996). Naast ernstig fysieke en seksueel geweld is in dit instrument aandacht voor emotioneel geweld en mildere vormen van fysiek en seksueel geweld. Bovendien is er aandacht voor de context van het geweld, de gevolgen van het geweld, verwonding, en conflictgedrag. Voor gebruik bij psychiatrisch patiënten, of voor het in kaart brengen van geweld door anderen dan de partner, moet het instrument aangepast worden. Uit onze search bleek, dat de CTS veel gebruikt werd binnen de verslavingszorg.

Aangezien van veel geweldsincidenten geen aangifte wordt gedaan bij de politie, blijft een zelfrapportage instrument een geschikter instrument voor het in kaart brengen van mild, maar ook ernstig geweld (Kooyman et al., 2007). Voor subgroepen psychiatrisch patiënten, die als gevolg van hun problematiek niet in staat zijn vragenlijsten in te vullen kan een beoordelingsinstrument uitkomst bieden, al dient hierbij opgemerkt te worden dat de uitkomsten niet overeen zullen komen met zelfrapportage. In een onderzoek binnen een psychiatrische kliniek (Ireland, 2006), bleek dat het verplegend personeel andere daden als victimiserend voor patiënten ervoeren, en als gevolg daarvan ook andere patiënten als slachtoffer aanwezen dan de patiënten zelf (Ireland, 2006).

## **Conclusie**

Door middel van een systematische literatuursearch is geprobeerd antwoord te geven op vragen over de aard, omvang en risicofactoren van victimisatie onder psychiatrisch patiënten. Over de afgelopen 15 jaar zijn 45 originele onderzoeken uitgevoerd naar dit onderwerp. De meeste onderzoeken hadden betrekking op psychiatrische patiënten in zorg. Een minderheid speelde zich af onder dakloze psychiatrische patiënten, patiënten in de verslavingszorg, of patiënten in de forensische zorg.

Als gevolg van de sterk variërende definities en operationalisaties van victimisatie en geweld, bleek het moeilijk om een betrouwbare prevalentieschatting te geven. Schattingen van de jaarprevalentie lopen uiteen van 16% tot 92% (Walsh et al., 2003; Heru et al., 2006). Vergelijkingen tussen categorieën patiënten zijn om dezelfde reden moeilijk te maken. Duidelijk is wel dat psychiatrisch patiënten een groter risico op victimisatie hebben dan anderen (Choe et al., 2008; Maniglio, 2009).

Ernstige klinische symptomen, middelmisbruik, dakloosheid, eerder slachtofferschap, eerder daderschap en crimineel gedrag waren belangrijke risicofactoren. Daarnaast blijken slechte sociale relaties, het wonen in een slechte wijk, en jonger zijn dan 40 jaar, kwetsbaarheid te vergroten. De effecten van urbanisatiegraad, etniciteit en gender op victimisatie zijn onduidelijk.

In toekomstig onderzoek is het van belang om de vergelijkbaarheid tussen onderzoeksresultaten te vergroten door bij het in kaart brengen van victimisatie gebruik te maken van gestandaardiseerde instrumenten, en door de periode waarover de victimisatie wordt uitgevraagd te specificeren.

## **2. Literatuurstudie: interventies**

In de literatuur worden meerdere acties en interventies beschreven om victimisatie van psychiatrische patiënten te voorkomen, dan wel om de negatieve gevolgen ervan te minimaliseren. De meeste voorgestelde acties zijn van algemene aard, en liggen vooral in de sfeer van vroegtijdige signalering en (secundaire) preventie van geweld tegen psychiatrische patiënten.

### ***Signaleren en screenen***

Allereerst wordt dringend aanbevolen dat GGz-instellingen bij hun cliënten systematisch en periodiek en systematisch de risico's op slachtofferschap (en op daderschap) gaan inschatten (o.a. Teplin et al., 2005; Perese, 2008; Choe et al., 2008). Daartoe zouden GGz-instellingen gerichte vragen over dit thema kunnen opnemen in hun Routine Outcome Monitoring. Daarnaast zouden risico's op en signalen van victimisatie een vast aandachtspunt moeten zijn in behandelplanbesprekingen. Daarbij dient men extra alert te zijn bij cliënten die grotere risico's lopen, zoals cliënten die dakloos zijn of ernstige verslavingsproblemen hebben. Ook wordt dringend aanbevolen om cliënten zorgvuldig te screenen op PTSS, aangezien cliënten met PTSS een grotere kans hebben (herhaald) slachtoffer te worden van geweld.

### ***Voorlichting aan cliënten***

Een preventieve actie die daar logisch op lijkt te volgen is gerichte voorlichting aan cliënten, vooral aan degenen die tot een risicogroep behoren. Voorgesteld wordt om hen goed te informeren over de risico's op victimisatie en over hetgeen zij zelf kunnen doen of laten om die risico's te vermijden of te verminderen (Perese, 2008).

### ***Stigmabestrijding***

Verder wordt menigmaal voorgesteld om onderzoeken waaruit blijkt dat psychiatrische patiënten veel vaker slachtoffer dan pleger van geweld zijn, bij het grote publiek onder de aandacht te brengen. Daarmee zou het heersende beeld kunnen worden gecorrigeerd dat psychiatrische patiënten vooral zelf gevaarlijk zouden zijn.

### ***Toegang tot de GGZ***

Signalering, screening, voorlichting, preventieve interventies en beschermende acties kunnen uiteraard pas plaatsvinden als mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen werkelijk bij de GGz in behandeling zijn en blijven. Daartoe zouden bestaande barrières (van financiële, psychologische of andere aard) zoveel mogelijk uit de weg moeten worden geruimd. Vele auteurs pleiten ervoor om toegankelijke, en zo nodig outreachende zorg te bieden.

### ***State-of-the-art behandeling***

De beschermende werking van GGz-behandeling zou nog groter worden als juist cliënten met een groter risico op victimisatie, state-of-the-art behandelprogramma's krijgen aangeboden, mede gericht op veranderbare risicofactoren, zoals dakloosheid, verslaving, ontbreken van medicatietrouw en conflictueuze relaties. Het zou dan gaan om het aanbieden van de best mogelijke medicatie ter vermindering van ernstige symptomen, (zelf)management van medicatie, intensieve zorg volgens het ACT-model, geïntegreerde behandeling van verslavingen en andere psychiatrische aandoeningen (IDDT) en psychotherapeutische interventies, maar ook rehabilitatieprogramma's gericht op sociale inbedding, werk of dagbesteding en huisvesting.

### ***Veilige huisvesting***

Wat dat laatste betreft benadrukken vele auteurs de noodzaak om dakloze of marginaal gehuisveste cliënten aan goede woningen te helpen. Daarbij zou vermeden moeten worden dat cliënten (opnieuw) in arme, sociaal gedesorganiseerde buurten worden gehuisvest, waar de risico's op victimisatie immers veel groter zijn.

### ***Onvoorzien neveneffect van ambulante dwangbehandeling***

Speciale vermelding verdient het onderzoek van Hiday et al. (2002) in de Verenigde Staten, waaruit bleek dat cliënten met een maatregel tot ambulante dwangbehandeling ('outpatient commitment') minder vaak slachtoffer werden van geweld dan cliënten die ook een indicatie voor ambulante dwangbehandeling hadden gekregen, maar bij wie deze maatregel (nog) niet was geëffectueerd. Dit, overigens niet geplande, positieve neveneffect was zelfs sterker naarmate de dwangmaatregel langer duurde. Verschillen in intensiteit van de aangeboden zorg in beide condities (uitgebreid behandelplan, casemanagement, huisbezoeken) konden niet verklaren waarom victimisatie minder voorkwam bij cliënten met een dwangmaatregel. De onderzoekers vonden wel aanwijzingen voor een ander mechanisme: hulpverleners van cliënten met een dwangmaatregel die recentelijk slachtoffer zijn geweest van geweld, zijn geneigd om deze cliënten intensievere zorg te bieden.

### ***Vaardigheidstrainingen gericht op het straatleven***

Een stap verder dan uitsluitend voorlichting aan cliënten over (het vermijden van) risico's wordt gezet in programma's die gericht zijn op misdaadpreventie, het aanleren van 'street smarts' en community survival'. In deze programma's kunnen cliënten vaardigheden leren waarmee zij hun persoonlijke veiligheid kunnen verhogen en conflicten beter kunnen hanteren. Volgens Choe et al. (2008) zouden dergelijke programma's voor hoog-risicogroepen een vast onderdeel van het behandelplan moeten zijn.

In de literatuur vonden we twee duidelijke voorbeelden, beide uit Chicago, de Verenigde Staten, en beide daterend uit de jaren negentig van de vorige eeuw. Jonikas & Cook (1993) beschrijven het programma 'Safe, secure and street-smart: empowering women with mental illness to achieve greater independence in the community'. Het betreft een cursus met 14 sessies, geleid door trainers van wie sommigen ervaringsdeskundigen zijn, waarin vrouwen met psychiatrische aandoeningen geholpen worden om hun veiligheid en zelfstandigheid in de samenleving te bevorderen. Onderwerpen die aan de orde komen: effecten van gevaar en geweld op de psychische gezondheid van vrouwen, veiligheid en veiligheid in de buurt, veiligheid in GGZ-instellingen, herkennen van seksuele intimidatie, aanranding en het ontmoedigen van ongewenste intimiteiten, bewustwording en preventie van verkrachting, het leren begrijpen van eigen en andermans woede en assertiviteitstraining. Leermethoden zijn: rollenspel, groepsdiscussie, bespreken van casussen, oefeningen om veiligheid in buurten in te schatten en leestips. We hebben geen publicaties gevonden waaruit blijkt dat dit programma op zijn effecten is onderzocht. Evenmin is ons bekend of dit programma anno 2009 nog in één of andere vorm bestaat.

Corrigan & Holms (1994) en Holmes et al. (1997) beschrijven een trainingsprogramma gericht op 'street smarts' en 'street skills' voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Vooraf werd in focusgroepen, één met studenten en één met GGZ-cliënten uit de doelgroep, geïnventariseerd welke vaardigheden in dit verband nuttig en nodig zijn om aan te leren. De volgende (potentiële) probleemsituaties werden benoemd: Drinken en druggebruik; gebruik van openbaar vervoer; je in onbekende buurten begeven; omgaan met vreemden; op straat rondhangen met vrienden, autorijden en onveilige seks. Vervolgens bedachten de focusgroepen bij al deze risicovolle situaties manieren zoveel mogelijk manieren om adequaat met deze situaties om te gaan. Opvallend was dat in de focusgroep met GGZ-

cliënten, anders dan in de focusgroep met studenten, veel meer preventieve (situatie uit de weg gaan) dan reactieve manieren adequaat werden gevonden. Dit voorwerk resulteerde in een vaardigheidstraining, opgezet volgens de principes van de bekende vaardigheidsmodules van Liberman. Uit een pilotstudie (Holmes et al., 1997) waaraan 10 cliënten deelnamen, bleek dat de vaardigheidstraining goed uit de verf kwam en dat de deelnemers na afloop significant meer kennis hadden over risicovolle situaties en over adequate reacties daarop. Recente navraag bij één van de auteurs (Corrigan) leerde dat deze vaardigheidstraining daarna nooit op zijn beoogde effecten (zoals minder victimisatie in het echte leven) is onderzocht, en dat deze training niet meer wordt aangeboden, althans niet in Chicago.

### ***Behandeling van mensen met ernstige psychische stoornissen die ook aan een PTSS lijden***

Van een geheel andere orde zijn de behandelinterventies die de laatste jaren zijn ontwikkeld ten behoeve van mensen met ernstige psychische stoornissen (schizofrenie, ernstige depressie, bipolaire stoornis, angststoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis) bij wie tevens een PTSS is vastgesteld. In vergelijking met andere mensen uit de bevolking heeft een relatief hoog percentage van de mensen met ernstige psychische stoornissen in hun jeugd lichamelijk geweld of seksueel misbruik meegemaakt. Dit heeft bij velen geleid tot een PTSS. Vanwege de eerder ontstane kwetsbaarheid lopen zij ook in hun volwassen jaren een groot risico op victimisatie.

Mueser et al. (2007 en 2008) ontwierpen en onderzochten een programma van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor deze groep waarmee primair verlichting van PTSS-symptomen wordt beoogd. Het programma bestaat uit 12 tot 16 sessies, waarin wordt gewerkt aan: het maken van een crisisplan, psycho-educatie over PTSS, ademhalings- en andere ontspanningsoefeningen, herkennen van gemeenschappelijke denkstijlen en de vijf stappen in cognitieve herstructurering, generalisatie-oefeningen en afsluiting. In een RCT werd de resultaten van dit CGT-programma vergeleken met die van gebruikelijke behandeling. Het CGT-programma bleek effectief te zijn in termen van verlichting van PTSS- en andere symptomen, een betere gepercipieerde gezondheid, vermindering van negatieve traumagerelateerde overtuigingen, grotere kennis over PTSS en een betere werkrelatie met de case manager. Consciëntieuze uitvoering van de huiswerkopdrachten was de belangrijkste voorspeller van symptoomverlichting. Overigens waren de effecten van het CGT-programma het grootst bij cliënten met een ernstige PTSS.

Dit behandelprogramma beoogt vooral de negatieve gevolgen van eerdere geweldservaringen en andere trauma's te bestrijden. Hoewel impliciet verondersteld wordt dat het programma langs indirecte weg ook (herhaald) slachtofferschap in het heden bij deelnemende cliënten helpt voorkomen, behoorde victimisatie niet tot de uitkomstmaten van dit effectonderzoek.

### **Conclusie**

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. Cognitieve gedragstherapie bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die tevens een PTSS hebben, is een veelbelovende interventie, maar tot nu toe zijn de effecten op (re)victimisatie nog niet onderzocht.

### **3. Inventarisatie van lopende onderzoeken**

Om een beeld te krijgen welke onderzoeken op het gebied van victimisatie van psychiatrische patiënten momenteel worden uitgevoerd, is er een inventarisatie gemaakt van huidige nationale en internationale studies op dit gebied. Hiervoor zijn, op basis van de artikelen die gevonden zijn in de systematische literatuursearch, alle auteurs aangeschreven met de vraag of zij momenteel nog een studie naar victimisatie van psychiatrische patiënten hebben lopen. Daarnaast zijn onderzoekers in het veld aangeschreven van wie vermoed werd dat zij mogelijk onderzoek naar dit onderwerp aan het doen waren.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de studies die met deze strategie gevonden zijn. Criteria die werden gehanteerd waren dat het lopend onderzoek moest zijn naar victimisatie van volwassenen met (matige tot ernstige) psychiatrische problematiek. Bij elke studie werd, naast onderzoeksvraagstelling en –design, expliciet gevraagd naar de operationalisatie van victimisatie. De gevonden studies zijn opgedeeld naar internationale en nationale studies, daarbinnen is een onderscheid gemaakt naar type onderzoek: beschrijvende epidemiologie, theoretisch onderzoek en interventiestudies. Voor enkele interventiestudies geldt dat niet victimisatie, maar het gevolg van victimisatie namelijk PTSS, onderwerp van onderzoek is (zie ook hoofdstuk 2 van deze bijlage). Deze onderzoeken zijn opgenomen in dit overzicht omdat de interventies nadrukkelijk gebaseerd zijn op een theorie waarin een sterke relatie wordt verondersteld tussen vroegkinderlijke victimisatie, recente (her-)victimisatie, PTSS en andere psychiatrische aandoeningen. Binnen Nederland zijn alleen studies van beschrijvend epidemiologische aard gevonden. Afhankelijk van de fase van het onderzoek zijn er meer of minder details bekend.

#### **A. Internationaal onderzoek**

##### **Beschrijvende epidemiologie**

Kimberlie Dean  
Institute of Psychiatry  
King's College London  
UK

##### **Omvang van victimisatie en her-victimisatie onder SMI-patiënten**

Doelstelling: vaststellen van de omvang van victimisatie en het onderzoeken van de predictoren van hervictimisatie onder SMI-patiënten.

Design: longitudinaal onderzoek.

Populatie: Volwassen patiënten van een algemeen psychiatrische afdeling van een ziekenhuis in Zuid-West Londen.

Onderzoeksfase: dataverzameling.

##### **Psychiatrische problematiek als voorspeller van victimisatie**

Doelstelling: vaststellen van de relatie tussen reeds aanwezige psychiatrische problematiek en het risico op victimisatie in het vervolg van het leven

Design: secundaire data-analyse op een databestand van een Britse geboorte-cohort

Populatie: Algemene Britse bevolking

Onderzoeksfase: data-analyse.

Virginia Hiday  
Department of Sociology and Anthropology  
North Carolina State University  
Raleigh, NC, USA.

### **Kindermishandeling als risicofactor voor victimisatie als volwassene bij personen met SMI**

Doelstelling: onderzoek naar het effect van typen kindermishandeling op victimisatie op volwassen leeftijd bij gedwongen opgenomen patiënten

Design: secundaire data-analyse op data verzameld onder 161 gedwongen opgenomen patiënten met severe mental illness (SMI). Interviews met de patiënt, een familielid en een case-manager werden gehouden op baseline en na 4, 8 en 12 maanden. Gegevens uit het interview werden aangevuld met informatie uit ziekenhuisdossiers en justitiedossiers. Details over de dataverzameling en sampling methoden zijn te vinden in Hiday (1997) en Hiday et al (1999).

Populatie: gedwongen opgenomen patiënten met SMI

Uitkomstmaat:

- victimisatie: slachtoffer van een gewelddadig of niet-gewelddadig delict binnen 12 maanden na de baseline-meting

Belangrijkste resultaten tot nu toe:

- kindermishandeling, met name de combinatie van seksueel en fysiek misbruik, voorspelt victimisatie op volwassen leeftijd

Onderzoeksfase: rapportage.

Hiday, VA. Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1997, 20, 339–417.

Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1999; 50:62-68.

Stefan Priebe, Ulrich Reininghaus  
Barts and the London School of Medicine  
Queen Mary University of London, UK.

### **Predictoren van geweld tegen personen met SMI**

Design: Secundaire analyse op een gepoolde cross-sectionele en longitudinale Europese dataset (N>4000).

Operationalisatie:

- slachtoffer van geweld (1 item van de MANSA)
- kwaliteit van leven (LQOLP)

Populatie: volwassen SMI patiënten (intramuraal en extramuraal) uit 17 Europese landen (Groot-Brittannië (n=1454), Nederland (n=248), Duitsland (n=511), Denemarken (n=99), Zweden (n=574), Finland (n=38), Noorwegen (n=33), IJsland (n=30), Spanje (n=88), Italië (n=389), Zwitserland (n=206), Polen (n=221), Kroatië (n=83), Bosnië (n=242), Servië (n=168), Tsjechië (n=196), Slowakije (n=197). De data zijn afkomstig uit UK700 trial (Burns et al, 2007), Nordic multi-centre study (Hanson et al, 1999), The South Verona Outcome

Project (Ruggeri et al, 2002), STOP (Priebe et al, 2002), DIALOG (Priebe et al, 2007) en EDEN (Kallert et al, 2008).

Onderzoeksfase: analyses in voorbereiding.

Linda Teplin

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences

Feinberg School of Medicine

Northwestern University, Chicago, Illinois USA

### **Aard en omvang van geweldsdelicten onder SMI patiënten**

Doelstelling: vaststellen van de aard en omvang van geweldsdelicten.

Design: Epidemiologisch onderzoek onder een aselechte steekproef van 936 patiënten in behandeling bij een ambulante, intramurale of dagbehandeling. Patiënten zijn aselect gekozen uit 16 aselect gekozen GGZ-instellingen in Chicago. De steekproef was gestratificeerd op sekse, etniciteit, en leeftijd.

Populatie: psychiatrisch patiënten

Uitkomstmaten:

- psychiatrische stoornissen (CIDI 2.1)
- geweldsincidenten volgens de National Crime Victimization Survey (Basic Screen, met daarin vragen als 'Has something belonging to you been stolen?' en de Crime Incident Report, die details van het incident verder uitvraagt)

Inclusie:

- ouder dan 18 jaar
- SMI volgens DSM IV
- Informed consent

Exclusie:

- patiënten die zeer recent waren gestart met een behandeling of een crisisinterventie ondergingen

Onderzoeksfase: promotieonderzoek (Jeanne Choe), aanvullende dataverzameling en data-analyse

Belangrijkste resultaten tot nu toe:

- 25% van de SMI patiënten waren slachtoffer van geweld geweest over het afgelopen jaar. Dat is 11 maal vaker dan de algemene bevolking. Per jaar komen 168,2 incidenties per 1000 personen voor onder SMI patiënten.
- Afro-Amerikanen zijn vaker slachtoffer dan Hispanics
- Vrouwen zijn vaker slachtoffer geweld dan mannen

Zie Teplin et al., 2005.

### **Theoretisch onderzoek**

Tonia Nicholls

University of British Columbia

Vancouver, Canada

### **De relatie tussen victimisatie, suïcidaal gedrag en geweld**

Doelstelling: inzicht verkrijgen in de relatie tussen drie 'adverse outcomes': slachtofferschap, suïciderisico en daderschap, vanuit het perspectief van de patiënt zelf.

In samenwerking met Corine de Ruiter, Universiteit Maastricht (zie voor details onder Corine de Ruiter).

Claire Sterk  
Emory University  
Atlanta, GA, USA

### **Individuele en sociale factoren van victimisatie bij SMI patiënten**

Doelstelling: het vaststellen van individuele factoren en de achterliggende sociale factoren die van invloed zijn op het victimisatierisico bij patiënten met ernstige psychiatrische problematiek.

Design: longitudinaal onderzoek

Populatie: volwassen patiënten met psychiatrische problematiek in het bijzonder, verslavingsproblematiek.

Onderzoeksfase: dataverzameling.

Jeffrey Swanson, Duke University  
Richard Van Dorn, Florida International University

Onderzoekslijn over de relatie tussen victimisatie, geweld en psychopathologie

### **Drugmisbruik en victimisatierisico onder personen met psychische aandoeningen**

Doelstelling: vaststellen de interrelatie van drugmisbruik, victimisatie, hepatitis- en HIV-infecties in populaties van personen met ernstige psychiatrische problematiek. Hierbij zal rekening gehouden worden met zowel individuele als macrosociale en omgevingsfactoren. Dit zal worden gedaan aan de hand van drie deelonderzoeken: 1) het vaststellen van de prevalenties, 2) het toetsen van theoriegestuurde causale modellen van de etiologie, 3) het vaststellen van de impact van GGZ-interventies op de problematiek.

Design: Secundaire analyses op een gepoolde crosssectionele en longitudinale Amerikaanse dataset (N>7000).

Populatie: Volwassenen met psychische problematiek afkomstig uit verschillende epidemiologische en klinische datasets: MacArthur Violence Risk Assessment Study, MacArthur Prevalence of Mandated Treatment Study, NIMH 5-site Risk Study, Schizophrenia Care & Assessment Program, NIMH Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness en National Comorbidity Study.

Operationalisatie:

- victimisatie (MacArthur Community Violence and Victimization Interview, MCVVI)
- victimisatie via 5 gestructureerde vragen, niet nader gespecificeerd
- drugmisbruik, afhankelijk van de specifieke set (Drug Abuse Screening Test, DAST; CAGE-Questionnaire, Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument, DALI; SCID; CIDI; urine-onderzoek)
- alcoholmisbruik, afhankelijk van de specifieke set (Michigan Alcoholism Screening Test, MAST; DALI; SCID; CIDI; urine-onderzoek)

Onderzoeksfase: in voorbereiding.

### **Aanpassen instrumentarium MacArthur Study**

Doelstelling: het aanpassen van het instrumentarium van de MAVAS zodat inzicht gegeven kan worden in (de determinanten van) geweld tegen psychiatrisch patiënten. Concepten die

onderzocht gaan worden: relatie tussen dader en slachtoffer, de locatie van het geweld, de impact van het geweld op behandeluitkomsten, en de relatie tussen psychose en victimisatie. Design: Secundaire analyse op dataset van de MacArthur Violence Risk Assessment Study ([http://www.macarthur.virginia.edu/read\\_me\\_file.html](http://www.macarthur.virginia.edu/read_me_file.html))  
Onderzoeksfase: in voorbereiding.

### **Interventie-onderzoek**

Denise Hien  
CUNY at City College of New York  
New York, USA

Onderzoekslijn gericht op de evaluatie van behandelprogramma's voor verslaafde vrouwelijke patiënten met een posttraumatische stress stoornis als gevolg van geweld

#### **Effectiviteit van CBT voor PTSS bij cocaïneverslaafde (inner-city) vrouwen**

Design: RCT-design waarin de effectiviteit van CBT speciaal gericht op vrouwen met PTSS en comorbide verslavingsproblematiek wordt vergeleken met een TAU conditie (CBT gericht op verslavingsproblematiek).

Uitkomstmaten:

- middelenmisbruik;
- behandeltrouw;
- PTSS symptomen
- HIV-risicogedrag.

Metingen: T0 Baseline, T1 na de behandeling (3 maanden na baseline), T2 en T3 respectievelijk 3 en 6 maanden na T1.

CBT: kortdurende geprotocolleerde CBT interventie gericht op vrouwen met comorbide PTSS en verslavingsproblematiek: 'Seeking Safety'

TAU: Relapse Prevention Treatment (Marlatt & Johnson, 1985), een individuele behandeling gericht op verslavingsproblematiek

Populatie: Verslaafde inner-city vrouwen met comorbide PTSS in New York City

Inclusie:

- 18-55 jaar
- cocaïne-afhankelijk
- PTSS

Onderzoeksfase: rapportage.

#### **Effectiviteit van CBT voor PTSS bij alcoholverslaafde (inner-city) vrouwen**

Design: RCT-design waarin de relatieve effectiviteit van CBT plus placebo voor PTSS wordt vergeleken met a) CBT plus sertraline, b) een TAU conditie plus placebo en c) een TAU conditie plus sertraline.

Uitkomstmaten:

- middelenmisbruik;
- behandeltrouw;
- PTSS symptomen
- HIV-risicogedrag.

Metingen: T0 Baseline, T1 na de behandeling (3 maanden na baseline), en T2 3 maanden na T1.

CBT: kortdurende geprotocoliseerde CBT interventie gericht op vrouwen met comorbide PTSS en verslavingsproblematiek: 'Seeking Safety' (Lisa Najavits, 2002)

TAU: Relapse Prevention Treatment (Marlatt & Johnson, 1985), een individuele behandeling gericht op verslavingsproblematiek

Populatie: Verslaafde inner-city vrouwen met comorbide PTSS in New York City

Inclusie:

- 18-55 jaar
- alcoholafhankelijk
- PTSS

Onderzoeksfase: dataverzameling.

Louise Howard

Institute of Psychiatry

King's College London

Greater London Domestic Violence Project

### **Effectiviteit en kosten-effectiviteit van advocacy voor GGZ-patiënten die het slachtoffer zijn van huiselijk geweld—een pilot studie**

Design: Kwalitatieve en kwantitatieve pilot studies ter voorbereiding van een multicentre RCT waarin de (kosten-)effectiviteit advocacy voor slachtoffers van huiselijk geweld geïntegreerd binnen een GGZ-setting wordt vergeleken met een TAU conditie. Het onderzoek zal bestaan uit de volgende onderdelen:

- 1) Semi-gestructureerde interviews met 20 GGZ-patiënten en 20 GGZ-hulpverleners over hun houding, ervaringen en interventies nav het bespreken van huiselijk geweld in de GGZ-hulpverlening.
- 2) Pilot (cluster)RCT naar de effectiviteit van geïntegreerde advocacy vs TAU

Uitkomstmaten:

- frequentie en ernst van huiselijk geweld (Composite Abuse Scale);
- psychiatrische problematiek (Brief Psychiatric Rating Scale);
- PTSS-symptomatiek (PTSD Scale);
- kwaliteit van leven (MANSA en ED-5Q);
- zorggebruik (Adult- Service Use Schedule);
- zorgbehoefte (Camberwell Assessment of Need(- Mothers version));
- kosten (kosten van hulpverlening)

Metingen: T0 Baseline, T1 na de behandeling (3 maanden na baseline).

Advocacy: outreachende zorg, steun, advies en informatie, versterken van persoonlijke veiligheid.

TAU: individuele behandeling incl. het verstekken van een telefoonnummer Women's Aid

Populatie: 75-80 GGZ-patiënten die slachtoffer zijn van huiselijk geweld in de omgeving van Londen (Greater London).

Inclusie:

- slachtoffer van huiselijk geweld ( $\geq 3$  op CAS)
- vrouw
- in GGZ-behandeling
- informed consent

Exclusie:

- zeer ernstige psychiatrische problematiek

Onderzoeksfase: start binnenkort.

Steve Kisely  
Dalhousie University  
Health Outcomes Unit of Capital District Health Authority  
Halifax, Canada

### **Effectiviteit van dwangbehandeling op (o.a.) het victimisatierisico voor psychiatrisch patiënten**

Doelstelling: het onderzoeken van de klinische effectiviteit en de kosteneffectiviteit van ambulante dwangbehandeling bij SMI-patiënten.

Design: systematische literatuur review, Cochrane. Update van een eerdere review (Kisely et al., 2005).

Inclusie: alle relevante randomized controlled clinical trials (RCT's) van ambulante dwangbehandeling vergeleken met standaard behandeling van patiënten met SMI.

Uitkomstmaten

- zorggebruik
- sociaal functioneren: algemeen, woonsituatie, contact met politie, werk
- mentale status: algemeen, psychopathologie
- kwaliteit van leven: algemeen (o.a. victimisatie: binnen 1 jaar slachtoffer zijn van een delict), zelfvertrouwen
- tevredenheid: zorgbehoefte, ervaren dwang, tevredenheid patiënt, tevredenheid zorgverlener.

Belangrijkste resultaten review 2005:

- Gedwongen ambulante behandeling verlaagt het risico op victimisatie (RR 0.5, CI 0.31-0.8). Op de overige uitkomstmaten werden geen significante effecten gevonden.

Onderzoeksfase: rapportage

Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art No.:CD004408.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD004408.pub2.

Kim T. Mueser en Mark McGovern  
Dartmouth Psychiatric Research Center, Concord, New Hampshire, USA  
Dartmouth Medical School, Hanover, New Hampshire, USA.

Onderzoekslijn gericht op de evaluatie van behandelprogramma's voor SMI-patiënten met een posttraumatische stress stoornis als gevolg van geweld

### **Effectiviteit van CBT voor PTSS in SMI patiënten**

Design: RCT-design waarin de effectiviteit van CBT voor PTSS wordt vergeleken met een TAU conditie (waarin geen bijzondere aandacht wordt besteed aan de PTSS)

Uitkomstmaten:

- PTSS symptomen (CAPS);
- negatieve trauma-gerelateerde cognities (Posttraumatic Cognitions Inventory);
- kennis van PTSS (PTSD Knowledge test);
- depressieve symptomen (Beck Depression Inventory-II);

- angstsymptomen (Beck Anxiety Inventory);
- andere psychiatrische symptomen (BPRS);
- ervaren gezondheid (sf-12);
- de werkrelatie tussen patiënt en case manager (Working Alliance Inventory).

Metingen: T0 Baseline, T1 na de behandeling (4 tot 6 maanden na baseline), en T2 3 tot 6 maanden na T1.

CBT: 12 tot 16 sessies volgens een gestructureerd programma (n=54)

TAU: eventueel aangevuld met ondersteunende gesprekken voor trauma-gerelateerde problemen (n=54)

Populatie: SMI patiënten die behandeld worden in community mental health centers in het noordwesten van de VS.

Inclusie:

- ouder dan 18 jaar
- SMI volgens DSM IV (depressieve stoornis, bipolaire stoornis, schizoaffectieve stoornis of schizofrenie)
- matige tot ernstige PTSS volgens DSM IV
- informed consent

Exclusie:

- psychiatrische hospitalisatie of tentamen suïcide in de voorgaande 3 maanden
- middelen misbruik of afhankelijkheid

Instream patiënten: van mei 2002-februari 2006

Onderzoeksfase: data-analyse

Belangrijkste resultaten tot nu toe:

- CBT conditie verbeterde meer dan TAU conditie op PTSS symptomen, andere psychiatrische symptomen, ervaren gezondheid, negatieve trauma gerelateerde cognities, kennis over PTSS, en de werkrelatie tussen patiënt en casemanager.

Zie Mueser et.al., 2008.

### **Effectiviteit van CBT voor PTSS in SMI patiënten uit etnische minderheden**

Design: RCT-design waarin de korte en lange termijn effectiviteit van CBT voor PTSS wordt vergeleken met een kortdurende behandelconditie

Uitkomstmaten:

- PTSS symptomen (CAPS);
- negatieve trauma-gerelateerde cognities (Posttraumatic Cognitions Inventory);
- kennis van PTSS (PTSD Knowledge test);
- depressieve symptomen (Beck Depression Inventory-II);
- angstsymptomen (Beck Anxiety Inventory);
- andere psychiatrische symptomen (PANSS);
- ervaren gezondheid (sf-12);
- de werkrelatie tussen patiënt en case manager (Working Alliance Inventory).

Metingen: T0 Baseline, T1 na de behandeling (6 maanden na baseline), en T2 6 maanden na T1 en T2 12 maanden na T1.

CBT: 12 tot 16 sessies volgens een gestructureerd programma

TAU: kortdurende therapie, 3 sessies

Populatie: SMI patiënten uit etnische minderheden (voornamelijk Afro-Amerikanen) die behandeld worden in community mental health centers in het Noordoosten van de VS.

Inclusie:

- ouder dan 18 jaar

- SMI volgens DSM IV (depressieve stoornis, bipolaire stoornis, schizo-affectieve stoornis of schizofrenie)
- ernstige PTSS volgens DSM IV en CAPS
- informed consent

Exclusie:

- psychiatrische hospitalisatie of tentamen suïcide in de voorgaande 3 maanden
- middelen misbruik of afhankelijkheid

Onderzoeksfase: instroom van patiënten in het onderzoek.

### **Effectiviteit van CBT voor PTSS in SMI patiënten in de verslavingszorg**

Design: RCT-design waarin de effectiviteit van CBT voor PTSS wordt vergeleken met een TAU conditie (gericht op verslavingsproblematiek)

Uitkomstmaten:

- PTSS symptomen (CAPS);
- negatieve trauma-gerelateerde cognities (Posttraumatic Cognitions Inventory);
- kennis van PTSS (PTSD Knowledge test);
- middelenmisbruik (ASI drug and alcohol composite index; time line follow back interview, toxicologisch onderzoek)
- depressieve symptomen (Beck Depression Inventory-II);
- angstsymptomen (Beck Anxiety Inventory);
- HIV-risicogedrag vragenlijst
- zorgconsumptie (recent treatment survey)
- de werkrelatie tussen patient en case manager (Working Alliance Inventory).

Metingen: T0 Baseline, T1 na de behandeling (4 tot 6 maanden na baseline), en T2 3 tot 6 maanden na T1.

CBT: 12 tot 16 sessies volgens een gestructureerd programma

TAU: individuele behandeling gericht op verslavingsproblematiek

Populatie: SMI patiënten die behandeld worden in de ambulante verslavingszorg in het Noordoosten van de VS

Inclusie:

- ouder dan 18 jaar
- middelenmisbruik of afhankelijkheid volgens de DSM IV
- SMI volgens DSM IV (depressieve stoornis, bipolaire stoornis, schizo-affectieve stoornis of schizofrenie)
- matige tot ernstige PTSS volgens DSM IV en CAPS
- informed consent

Exclusie:

- psychiatrische hospitalisatie of tentamen suïcide in de voorgaande 3 maanden

Onderzoeksfase: instroom van patiënten in het onderzoek

Belangrijkste resultaten uit het pilot onderzoek (n=12):

- CBT conditie verbeterde meer dan TAU conditie op PTSS symptomen, middelengebruik en therapietrouw.

### **Nationaal onderzoek**

Ron de Graaf, Margreet ten Have  
 Trimbos-Instituut  
 Utrecht

## **The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)**

Doelstelling: Actualiseren, repliceren en uitbreiden van de gegevens van NEMESIS-I met betrekking tot prevalentie, incidentie, beloop en gevolgen (functioneren, zorggebruik en daarmee kosten) van psychische stoornissen in de algemene bevolking van Nederland.

De aanwezigheid van psychische stoornissen wordt vastgesteld met een gestructureerd diagnostisch instrument waarmee (sub)diagnosen in termen van DSM-IV en ICD-10 worden gegenereerd: de CIDI. De meest recente officiële versie van de CIDI wordt gebruikt, versie 3.0 (in NEMESIS-I was dit versie 1.1). Daarnaast worden in NEMESIS-2 gegevens verzameld over somatische morbiditeit, persoonlijkheidskenmerken, psychosociale en situationele risicofactoren, en over functioneren, zorgbehoefte en zorggebruik.

Voor deze voorstudie inzake geweld bij psychiatrische patiënten zijn de volgende gegevens relevant: 1) AS-1 diagnosen (lifetime, laatste jaar)

2) geweld ervaren in de jeugd of als volwassene in een vaste relatie

3) geweld gepleegd als volwassenen in een vaste relatie of als ouder naar een opgroeiend kind 4) houding ten aanzien van psychiatrische patiënten.

Deze gegevens worden op de eerste meting verzameld in de periode november 2007-mei 2009.

NEMESIS-2 is, in opzet, een longitudinaal onderzoek met twee vervolgmetingen (steeds 3 jaar na de start van de voorafgaande meting). Dit maakt het mogelijk het thema naar geweld bij psychiatrische patiënten verder uit te diepen mits hiervoor financiering beschikbaar komt.

Design: Dataverzameling bij een landelijke steekproef uit de algemene bevolking op basis van een multistage stratified random sampling design bestaande uit 6550 respondenten van 18-65 jaar.

Populatie: Algemene volwassen bevolking in Nederland (niet-geïnstitutionaliseerd).

Inclusie:

- woonachtig in Nederland
- leeftijd tussen 18 en 64 jaar bij respondentselectie op de eerste meting

Exclusie:

- voor een langere tijd woonachtig in een instelling
- slechte beheersing van de Nederlandse taal
- cognitieve problemen.

Onderzoeksfase: dataverzameling eerste meting duurt tot mei 2009.

Samenwerking: Diverse universiteiten in Nederland.

Corine de Ruiter

Dept. Clinical Psychological Science

Universiteit Maastricht

## **De relatie tussen victimisatie, suïcidaal gedrag en geweld**

Doelstelling: Inzicht verkrijgen in de relatie tussen drie ‘adverse outcomes’: slachtofferschap, suïciderisico en daderschap, vanuit het perspectief van de patiënt zelf. Het onderzoek kent drie onderdelen, 1) het vaststellen van algemene en specifieke risicofactoren (zowel externe of omgevingsfactoren als interne of persoonlijke factoren) voor geweld, suïcidaal gedrag en victimisatie, 2) het vaststellen van algemene en specifieke beschermende factoren (zowel externe of omgevingsfactoren als interne of persoonlijke factoren) voor geweld, suïcidaal gedrag en victimisatie, 3) vaststellen of patiënten die ervaring hebben met een van de drie

‘adverse outcomes’, kwetsbaarder zijn voor de andere ‘adverse outcomes’ en zo ja wat het patroon is waarin deze ‘adverse outcomes’ voorkomen.

Design: kwalitatief onderzoek, focusgroeps gesprekken met max. 6 patiënten, per instelling minimaal 2 focusgroepen

Populatie: forensisch psychiatrische patiënten van drie klinieken in Canada (1 kliniek), Duitsland (1 kliniek) en Nederland (1 kliniek) (N > 36).

Operationalisatie:

- victimisatie: slachtoffer zijn van daden van verbale, fysieke of seksuele agressie, inclusief daden die resulteerden in angst, intimidatie, vernieling of financiële schade.
- suïcidaal gedrag: het opzettelijk verwonden van het eigen lichaam met de intentie zichzelf te doden.
- geweld: elke vorm van fysiek geweld, of poging of dreiging daartoe

Inclusie:

- man
- tussen de 19 en 50 jaar
- ervaring met minimaal twee van de drie ‘adverse outcomes’
- informed consent

Exclusie:

- slechte beheersing Nederlandse taal

Onderzoeksfase: dataverzameling

Samenwerking: Tonia Nicholls, University of British Columbia, Vancouver, Canada.

### **Victimisatie als verklaring voor onttrekking en ontvluchting tijdens de TBS-behandeling**

Doelstelling: inzicht verkrijgen in de redenen die gedetineerden zelf aangeven voor het onttrekken en ontvluchten van de TBS-behandeling.

Design: prospectieve, kwalitatieve studie, semi-gestructureerde interviews met ca 45 patiënten, controlegroep wordt gevormd van patiënten van dezelfde afdeling. Eventueel: interviews met verpleegkundige staf.

Populatie: forensisch psychiatrische patiënten van klinieken in Nederland

Operationalisatie:

- patiënt geeft in een semi-gestructureerd interview als reden voor ontvluchting of onttrekking de angst voor, of het meemaken van geweld op de afdeling

Inclusie:

- geen beperkingen

Exclusie:

- floride psychotische patiënten

Onderzoeksfase: opzet en dataverzameling.

Frans Willem Winkel

Intervict, International Victimology Institute

Universiteit van Tilburg

### **Psychische problematiek als determinant van huiselijk geweld**

Doelstelling: verbeteren van de predictieve en incrementale validiteit voor hervictimisatie bij screeners voor huiselijk geweld door meer aandacht te besteden aan de psychische problematiek van de slachtoffers

Design: longitudinaal bevolkingsonderzoek onder 230 slachtoffers van huiselijk geweld in de regio Rotterdam.

Populatie: vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld

Operationalisatie:

- geweld door partner (Spousal Assault Risk Assessment, SARA-police version)
- huiselijk geweld (Ontario Domestic Assault Risk Assessment tool, ODARA)
- risico op slachtofferschap (Danger Assessment Scale, DAS; Spousal Assault Broad Risk Assessment-SABRA)

Onderzoeksfase: dataverzameling

Belangrijkste resultaten tot nu toe:

- de validiteit van de instrumenten neemt toe als er specifieke items naar PTSS symptomen worden toegevoegd.  
Zie Winkel et al (submitted).

### **Samenvatting en conclusie**

Alle internationale lopende studies zijn afkomstig uit de Verenigde Staten, Canada of het Verenigd Koninkrijk, waar al langer een onderzoekstraditie op dit gebied bestaat. De epidemiologische studies richten zich op patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (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 (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.

In Nederland lopen er momenteel vier studies die onderzoek naar victimisatie van psychiatrische patiënten als (sub-)doel hebben. Twee studies zijn kwalitatief van aard waarbij in interviews of focusgroepen wordt gevraagd naar eventuele (angst voor) victimisatie en naar mogelijke risicofactoren van victimisatie. De derde studie is een bevolkingsonderzoek waarbij onderzoek wordt gedaan naar de predictieve validiteit van meetinstrumentaria voor herhaling van victimisatie door huiselijk geweld. Nemesis 2 is een longitudinaal bevolkingsonderzoek naar het vóórkomen en het beloop van psychische stoornissen in Nederland waarin ook mogelijk slachtofferschap aan de orde komt. Interventieonderzoek en theorievormend onderzoek wordt, zover bekend, nog niet in Nederland gedaan.

## 4. Victimisatie in Nederlandse datasets

We hebben een verkennende studie verricht naar bestaande datasets in Nederland waarin variabelen zijn opgenomen die inzicht kunnen geven over de aard en omvang van victimisatie van psychiatrische patiënten. Deze studie heeft 5 datasets kunnen identificeren waarin variabelen zijn opgenomen die betrekking hebben op ervaring met geweld: ACT-trial Winschoten, het nationale project Phamous, de Monitor Langdurige Zorg van het Trimbos instituut, het Stedelijk Chroniciteitsonderzoek Amsterdam en het ZAL (Zorgaanvraaglijst)-project van Parnassia.

### **Meetinstrumenten voor victimisatie**

In de eerste drie datasets, horende bij de ACT-trial Winschoten, het project Phamous, en de Monitor Langdurige Zorg van het Trimbos-instituut, is de MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) opgenomen. De MANSA is een internationaal gebruikte zelf-invul vragenlijst naar de kwaliteit van leven en heeft goede psychometrische eigenschappen (Priebe, 1999). Deze vragenlijst bevat 2 vragen naar de ervaring met geweld van psychiatrische patiënten, namelijk item 7: ‘Bent U in het afgelopen jaar slachtoffer geweest van geweld?’ (Antwoordmogelijkheid ja/nee) en item 8: ‘Hoe tevreden bent U met uw persoonlijke veiligheid?’ (Antwoordmogelijkheid op een 7-puntsschaal, variërend van zeer ontevreden tot zeer tevreden).

De andere twee datasets bevatten andere variabelen die te maken hebben met de ervaring met geweld van psychiatrische patiënten. In het Stedelijk Chroniciteitsonderzoek Amsterdam wordt de discriminatieschaal afgenomen, waarin de volgende vragen worden gesteld naar de huidige ervaring met discriminatie: ‘Hoe vaak ervaart u thans dat u wordt uitgescholden of beledigd’ en ‘Hoe vaak ervaart u thans dat u wordt bedreigd of lastig gevallen’. Er kan geantwoord worden op een vier-puntsschaal: (1) vaak (2) soms (3) zelden of (4) nooit.

In het onderzoek met de Zorgaanvraaglijst (ZAL) van Parnassia komt slachtofferschap aan de orde wanneer er informatie wordt gevraagd in het kader van problemen en veiligheid. De stellingen zijn: ‘Anderen hebben mij pijn gedaan door schoppen, slaan of ander geweld’, ‘Ik ben gedwongen tot seksuele handelingen’, ‘ik ben bestolen van mijn eigendommen’ en ‘Mijn eigendommen zijn door een ander beschadigd of vernield’. Elke stelling kan met ‘ja’ of ‘nee’ beantwoord worden. Ook deze vragen hadden betrekking op ervaringen in het voorafgaande jaar. Om de datasets van een context te voorzien worden de studies hieronder kort beschreven. Daarna volgen de resultaten van enkele descriptieve analyses die op de datasets zijn uitgevoerd.

Priebe S., Huxley P., Knight S., Evans, S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry*, 1999, 1, 7-12.

### **ACT trial Winschoten en Phamous**

Het Rob Giel Onderzoekcentrum, een samenwerkingsverband tussen Lentis, de stichtingen GGZ Friesland en GGZ Drenthe, en het Universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, heeft momenteel 2 studies lopen waarin aandacht besteed wordt aan mogelijk slachtofferschap van psychiatrische patiënten.

De eerste dataset is afkomstig van een ACT (assertive community treatment) trial. Deze RCT (randomized controlled trial) studie werd uitgevoerd in Winschoten van april 2004 tot juni 2005 (inclusie van patiënten). Inclusie criterium voor patiënten was een HONOS-score (Health of the Nation Outcome Scales) van minimaal 15, dit zijn patiënten die psycho-sociaal

slecht functioneren (SMI: severely mentally ill). De patiënt werd vervolgens random toegewezen aan een ACT-behandeling of aan care-as-usual (de controleconditie). Patiënten werden gevolgd tot augustus 2006, maximale follow-up tijd was 2 jaar. De patiënten werden op 2 momenten getest, vlak na inclusie in de studie en ongeveer een jaar later. Vragenlijsten die werden afgenomen waren: BPRS-extended version (ernst van symptomen), de verkorte versie van de CANSAS (zorgbehoefte), SFS (sociaal functioneren), DALI (drugs en alcoholgebruik), MANSA en CSQ (kwaliteit van leven). Naast deze vragenlijsten werd van elke patiënt leeftijd, burgerlijke staat, geslacht, diagnose, en leefsituatie geregistreerd. In totaal werden 118 patiënten geïncludeerd in de studie, van 89 patiënten is de score op items 7 en 8 van de MANSA bekend.

De tweede dataset is afkomstig van het PHAMOUS project. PHAMOUS staat voor Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey en is een routine outcome assessment (ROA) project gericht op patiënten met een psychose. De inclusie criteria voor PHAMOUS zijn dat patiënten ooit een psychose hebben doorgemaakt en ooit antipsychotica hebben gebruikt. Doel van het onderzoek is om de zorg voor patiënten met schizofrenie en antipsychotica gebruik te verbeteren en om zorgprogramma's te evalueren. Het meetinstrumentarium omvat een uitgebreide somatische screening; een inventarisatie van medicatiegebruik; een meting van de bijwerkingen (SRA: Subjectieve Reactie op Antipsychotica); psychosociaal functioneren (7 items van de PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale); GAF; HoNOS; MANSA). Met de uitslagen van het onderzoek kan de behandelaar een behandelplan starten met de patiënt en kan de huisarts per brief worden geïnformeerd.

Naast dit meetinstrumentarium worden van elke patiënt ook enkele demografische kenmerken (geboortedatum, geslacht, etniciteit), huidige woonsituatie, juridische status, behandelstatus (klinische, ambulant, RIBW, ACT) en de belangrijkste as-1 diagnose geregistreerd. De volledige meting vindt eens per jaar plaats. PHAMOUS wordt op verschillende plekken, zowel in Noord Nederland (UCP-UMCG, Lentis, Van Mesdag, GGZ Drenthe, GGZ Friesland) als in Deventer (Adhesie), Overijssel (Zwolse Poort), Den Haag (Parnassia), Amsterdam (GGZ Buitenamstel) en Dordrecht (De grote Rivieren) geïmplementeerd. Vanaf eind 2006 worden de gegevens voor het PHAMOUS project via een web-based testmanager ROQUA (Routine Outcome and Quality Assessment) centraal verzameld en geanonimiseerd in een landelijke database zodat het verloop van de ziekte over jaren en het effect van interventies geanalyseerd kunnen worden. Momenteel bevat deze dataset de gegevens van 824 patiënten.

#### Referenties

Sytema S., Wunderink L., Bloemers W., Roorda L., Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007, 1-8.

Bruggeman R., Slooff C.J., Taxis K., Knegtering H., Delespaul P., De Phamous-werkgroep. PO-41 De Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey: PHAMOUS. Opzet en eerste resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2007, suppl. 1.  
<http://www.phamous.eu>

#### **Monitor Langdurige Zorg Trimbos-instituut**

Doel van de Monitor Langdurige Zorg is om inzicht te bieden in de vraag en aanbod van zorg bij mensen met ernstige psychische stoornissen. De monitor maakt gebruik van bestaande monitors van GGZ-instellingen en van enkele onderzoeksbestanden. Uit deze bronnen is een onderzoeksgroep samengesteld van momenteel 5369 respondenten, die een zo representatief mogelijk beeld vormen van de Nederlandse populatie van mensen met ernstige psychische

stoornissen die in zorg zijn in de GGz. In de Monitor Langdurige Zorg zijn twee bestanden opgenomen die inzicht kunnen geven in slachtofferschap van psychiatrische patiënten: de Monitor Noord-Holland Noord en de Monitor Stad Utrecht/onderzoek Maatschappelijke Steunsystemen.

In de Monitor Noord-Holland Noord worden gegevens verzameld van cliënten in een circuit voor langdurige zorg. Deze patiënten voldoen aan de volgende criteria: 1) ernstige stoornis op As 1 DSM-IV, 2) beperking in het sociaal functioneren voortvloeiend uit de stoornis, 3) stoornis heeft een chronisch beloop, 4) afgelopen twee jaar in contact met de GGz, maximaal een half jaar uit zorg. De zorg wordt verleend door multidisciplinaire wijkteams en omhelst o.a. casemanagement, medicatie en, indien van toepassing, woonbegeleiding. Sinds 2005 is ook (F)ACT (Functie ACT) zorg mogelijk. In de monitor zijn naast demografische patiëntkenmerken, DSM-classificatie, en GAF-score ook relevante meetinstrumenten als de MANSA en HONOS opgenomen. Gegevens over zorgbehoefte en zorggebruik zijn niet of nauwelijks beschikbaar. Het bestand bevat gegevens van 495 patiënten (inclusief dubbelen).

Altrecht beheert een databestand betreffende cliënten binnen de langdurige zorg (zorgmonitor) en respondenten van het onderzoek naar maatschappelijke steunsystemen (inclusief beschermd wonen en sociale pensions) in de stad Utrecht. Relevante meetinstrumenten die in de dataset zijn opgenomen zijn onder andere HONOS en MANSA. De eerste metingen vonden plaats in 2004, momenteel bevat het bestand de gegevens van 229 patiënten (inclusief dubbelen). In deze twee datasets samen is de MANSA van 520 patiënten (486 exclusief dubbelen) bekend.

#### Referentie

C. Smits, H. Kroon. Zorg en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit regionale zorgmonitors. Publicatie in het kader van de Monitor Langdurige Zorg. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.

#### **Stedelijk Chroniciteitsonderzoek Amsterdam**

In 2005 gaf het Bestuurlijk Overleg Amsterdam (BOA) opdracht aan de drie grote GGZ-instellingen van de stad (AMC de Meren, Mentrum en GGZ-Buitenamstel) om te onderzoek te doen naar de omvang en kenmerken van de groep chronische patiënten en hun zorggebruik. Daarnaast werd gevraagd onderzoek te doen naar de symptomatologie, middelenmisbruik en medicatiegebruik van deze groep patiënten, en ook naar de mate van tevredenheid met de geboden zorg, kwaliteit van leven, mate van integratie in samenleving, het sociale netwerk en de mate van ervaren discriminatie.

Om de omvang, kenmerken en zorggebruik van deze groep patiënten te bepalen werd gebruik gemaakt van de registratiesystemen van de drie instellingen. Onder chronische patiënten wordt in dit onderzoek verstaan patiënten die in zorg zijn bij de langdurige transmurale teams (waaronder ACT en FACT) of de klinische langdurige zorg, of patiënten die tenminste 2 jaar in zorg zijn en een ernstige psychiatrische diagnose hebben. Voor de overige onderzoeksvragen werd een representatieve steekproef genomen van ca 10% (n=300) van de populatie van chronische patiënten. In een interview en door dossieronderzoek werd van deze patiënten de benodigde informatie verzameld. Vragenlijsten die werden afgenomen waren onder andere BPRS-E (psychopathologie), HoNOS (psychosociaal functioneren), MARS en MAQ (medicatierouwheid), CAN (hulpbehoefte), de sociale steunlijst en SWN-20 (subjectieve ervaringen en effecten van medicatie). Dataverzameling van dit project is afgerond en er is een rapport verschenen waarin 13 aanbevelingen worden gedaan om de geboden zorg te kunnen verbeteren.

Referentie

J.R. Theunissen, M.J.Kikkert, W.R.A. Duurkoop, J.Peen, S.Resnick, J.J.M.Dekker.  
Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de grote stad. Amsterdam, 2008.

### Zorgaanvraaglijst Parnassia

Onder het motto ‘Uw vraag is onze zorg’ is bij Parnassia is een onderzoek gestart waarbij bij patiënten met een psychotische stoornis wordt geïnventariseerd welke zorg of hulp deze patiënten zouden willen ontvangen. Met behulp van de zorgaanvraaglijst (ZAL) wordt op enkele levensgebieden nagegaan hoe de toestand van de patiënt is en waar zijn zorgbehoefte ligt. Het gaat hierbij om de gebieden ‘Zelfstandigheid en functioneren’, ‘Symptomen en behandeling’, ‘Problemen en veiligheid’ en ‘Kwaliteit van leven’. In totaal worden 31 stellingen gegeven waarbij de patiënt aangeeft of dit wel of niet bij hem van toepassing is en of hij daar hulp bij wil. Vier van deze stellingen hebben betrekking op mogelijk slachtofferschap van de patiënt. De dataset bevat momenteel de gegevens van 243 patiënten, gemeten tussen juni 2006 en juni 2007. Demografische gegevens en klinische informatie zoals diagnose, behandelsituatie en GAF-score ontbreken in deze dataset.

Referentie

M. vd Gaag, A. Zoetweij, P. Bervoets (2006). Evaluatie pilot ZAL. Interne publicatie Parnassia.

### Analyses

Hieronder volgen de resultaten van de analyses die op de datasets zijn uitgevoerd naar demografische en klinische achtergrondkenmerken van patiënten die wel of geen slachtoffer zijn geweest. Niet alle informatie was in elke dataset aanwezig, dit is dan in de tabel weergegeven.

In de eerste tabel is een indeling gemaakt in patiënten die wel (+) en geen (-) slachtoffer zijn geweest van geweld gemaakt, op basis van de antwoorden op MANSAs-item 7 (Bent u wel eens slachtoffer geweest van geweld). Deze analyse kon op drie datasets worden uitgevoerd.

**Tabel 1. Achtergrondkenmerken van patiënten die in het afgelopen jaar wel en geen slachtoffer zijn geweest van geweld (MANSAs item 7)**

Dataset	ACT trial Winschoten N=89			Phamous N=792			Monitor Langdurende Zorg N=486		
	Ja	Nee	Sign.	Ja	Nee	Sign.	Ja	Nee	Sign.
Bent u in het afgelopen jaar wel eens slachtoffer geweest van geweld?									
N	18 20 %	71 80 %		60 8%	732 92%		58 12%	427 88%	
Geslacht (man)	15 83 %	48 68 %	Chi <sup>2</sup> = 1,7 p=0,1 9	44 (n=7 4) 59%	612 (n=9 42) 65%	Chi <sup>2</sup> = 0,9 p=0,3 4	40 69%	257 60%	Chi <sup>2</sup> = 1,7 p=0,2 0
Etniciteit (niet-westers)	0 0%	6 9%	Chi <sup>2</sup> = 1,6	11 18%	101 13%	Chi <sup>2</sup> = 0,9	6 13%	80 22%	Chi <sup>2</sup> = 1,9

			p=0,2 0			p=0,3 3			p=0,1 6
Leeftijd									
- 20-35 jaar	5 28 %	25 35 %	Chi <sup>2</sup> = 0,5 p=0,7 7	26 46%	303 43%	Chi <sup>2</sup> = 0,3 p=0,8 8	6 29%	56 26%	Chi <sup>2</sup> = 0,9 p=0,6 5
- 36-50 jaar	9 50 %	29 41 %		21 37%	285 40%		24 33%	190 46%	
- >50 jaar	4 22 %	17 24 %		10 18%	124 17%		28 38%	180 28%	
Woonsituatie									
- zelfstandig	10 56 %	37 52 %	Chi <sup>2</sup> = 0,4 p=0,9 5	26 46%	376 55%	Chi <sup>2</sup> = 5,7 p=0,1 3	33 57% ***	239 56% ***	Chi <sup>2</sup> = 0,2 p=0,9 2
- met familie/anderen	2 11 %	9 13 %		12 21%	116 17%		*	*	
- dakloos/sociaal pension/beschermd wonen/begeleid zelfstandig wonen	5 28 %	16 23 %		7 13%	122 18%		22 38%	160 33%	
- anders	1 6%	6 9%		11 20%	74 11%		3 5%	28 7%	
Diagnose									
- stemmingsstoornissen	3 17 %	12 17 %	Chi <sup>2</sup> = 2,4 p=0,3 1	5 8%	80 11%	Chi <sup>2</sup> = 0,8 p=0,6 9	4 7%	68 16%	Chi <sup>2</sup> = 3,7 p=0,1 6
- schizofrenie / psychotische stoornissen**	12 66 %	54 77 %		46 77%	564 77%		37 64%	256 61%	
- overige stoornissen / onbekend	3 17 %	4 6%		9 15%	88 12%		17 29%	99 23%	
GAF-score									
- functioneren, gemiddeld (sd)	*	*		51 (12)	56 (12)	t=3,1 p<0,0 1	47 (10) ***	48 (12) ***	t=0,61 p=0,5 4
- symptomen, gemiddeld (sd)	*	*		50 (14)	57 (12)	t=4,3 p<0,0 1	*	*	
Behandelsituatie									
- ambulantly / deeltijd	*	*		21 36%	399 56%	Chi <sup>2</sup> = 14 p<0,0 1	5 9%	94 23%	Chi <sup>2</sup> = 5,6 p=0,0 6
- klinisch / beschermd wonen	*	*		26 45%	167 24%		14 26%	86 21%	
- ACT / thuiszorg	*	*		6 10%	58 8%		35 64%	221 55%	

- anders	*	*		5 9%	85 12%		*	*	
Juridische status									
- niet-vrijwillig	*	*		15 28%	48 8%	$Chi^2 = 23$ $p < 0,01$	*	*	
Zorgbehoeften									
-aantal onvervulde zorgbehoeften gemiddeld (sd)	*	*		*	*		4.2 (3.6)	2.4 (2.6)	$t = 2,3$ $p < 0,05$
Daderschap				N=1100					
-In het afgelopen jaar beschuldigd van een misdrijf	6 33 %	7 10 %	$Chi^2 = 79,3$ $p < 0,01$	21 27%	36 4%	$Chi^2 = 5,9$ $p = 0,02$	13 23%	25 6%	$Chi^2 = 20,0$ $p < 0,01$

\* geen informatie beschikbaar

\*\* inclusief schizo-affectieve stoornissen en waanstoornissen

\*\*\* inclusief bij familie

\*\*\*\* geen onderscheid GAF symptomen en GAF functioneren

In tabel 2 is een indeling gemaakt in patiënten die wel en niet te maken hebben gehad van geweld op basis van de antwoorden op item 8 van de MANSA. Op een 7-puntsschaal hebben slachtoffers (+) op de vraag 'Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid' geantwoord met 'zeer ontevreden' of 'ontevreden' (de laagste twee antwoordcategorieën). ACT Trial Winschoten is in dit overzicht niet meegenomen omdat slechts 10 personen (11% van het aantal respondenten) op deze vraag (zeer) ontevreden hebben geantwoord, waardoor verdere analyse niet zinvol was.

**Tabel 2. Achtergrondkenmerken van patiënten die '(zeer) ontevreden' of 'meer tevreden' antwoordden op de vraag: 'Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?' (Mansa item 8)**

	Phamous N=789			Monitor Langdurige Zorg N=481		
Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?	(zeer) ontevreden	Meer tevreden	Sign.	(zeer) ontevreden	Meer tevreden	
N	44 6%	745 94%		25 5%	455 95%	
Geslacht (man)	33 (n=57) 58%	621 (n=959) 65%	$Chi^2 = 1,0$ $p = 0,32$	15 60%	278 61%	$Chi^2 = 0,0$ $p = 0,92$
Etniciteit (niet-westers)	4 9%	97 14%	$Chi^2 = 0,7$ $p = 0,39$	9 39%	76 20%	$Chi^2 = 4,9$ $P < 0,05$
Leeftijd						
- 20-35 jaar	11 26%	305 45%	$Chi^2 = 6,6$ $p < 0,05$	5 20%	121 27%	$Chi^2 = 2,6$ $p = 0,28$

- 36-50 jaar	24 56%	261 38%		15 60%	199 44%	
- >50 jaar	8 19%	118 17%		5 20%	135 30%	
Woonsituatie						
- zelfstandig	17 45%	360 54%	Chi <sup>2</sup> =4,3 p=0,23	13 52%***	255 56%***	Chi <sup>2</sup> =0,2 p=0,91
- met familie/anderen	5 13%	118 18%		* *		
- dakloos/sociaal pensioen/beschermd wonen	8 21%	116 17%		10 40%	172 38%	
- anders	8 21%	74 11%		2 8%	29 6%	
Diagnose						
- stemmingsstoornissen	5 11%	75 11%	Chi <sup>2</sup> =1,8 p=0,41	2 8%	70 15%	Chi <sup>2</sup> =6,8 p<0,05
- schizofrenie / psychotische stoornissen**	31 71%	549 78%		11 46%	280 62%	
- overige stoornissen / onbekend	8 18%	82 12%		11 46%	103 23%	
GAF-score						
- functioneren, gemiddeld (sd)	50 (11)	56 (12)	t=3,0 p<0,01	49 (14) ****	48 (11) ****	t=0,43 p=0,67
- symptomen, gemiddeld (sd)	48 (15)	58 (12)	t=4,4 p<0,01			
Behandelsituatie						
- ambulantly / deeltijd	19 45%	382 55%	Chi <sup>2</sup> =5,8 p=0,12	6 25%	93 22%	Chi <sup>2</sup> =0,38 p=0,83
- klinisch / beschermd wonen	17 41%	166 24%		6 25%	93 22%	
- ACT / thuiszorg	3 7%	54 8%		12 50%	241 56%	
- anders	3 7%	83 12%		* *	* *	
Zorgbehoeften						
-aantal onvervulde zorgbehoeften gemiddeld (sd)	* *	* *		3.6 (3.6)	2.5 (2.7)	t=1,6 p=0,12
Daderschap	N=1098					
- In het afgelopen jaar beschuldigd van een misdrijf	4 7%	53 5%	Chi <sup>2</sup> =0,28 p=0,60	4 16%	33 7%	Chi <sup>2</sup> =2,55 p=0,11

\* geen informatie beschikbaar

\*\* inclusief schizo-affectieve stoornissen en waanstoornissen

\*\*\* inclusief 'bij familie'

\*\*\*\* geen onderscheid GAF symptomen en GAF functioneren

Op de vraag ‘Bent u wel eens uitgescholden of beledigd’ uit de discriminatieschaal van het stedelijk chroniciteitsonderzoek heeft 9% van de patiënten ‘vaak’ geantwoord, 15% ‘soms’, 18% ‘zelden’ en 59% ‘nooit’ (N=307). Op de andere vraag van de discriminatieschaal, de vraag ‘Bent u wel eens bedreigd of lastig gevallen’ waren de antwoordpercentages respectievelijk 9%, 13%, 16% en 63%. In onderstaande tabel staan enkele achtergrondkenmerken van deze groep patiënten, uitgesplitst naar de mate waarin men discriminatie ervaart. Voor de overzichtelijkheid zijn de vier antwoordcategorieën (vaak, soms, zelden, nooit) teruggebracht tot twee categorieën (vaak, en soms, zelden of nooit).

**Tabel 3. Achtergrondkenmerken van patiënten die vaak of minder vaak ervaring hebben met discriminatie en geweld (huidige ervaring), op basis van de vragen uit de discriminatieschaal van het Stedelijk Chroniciteitsonderzoek Amsterdam**

Discriminatieschaal	Hoe vaak ervaart u thans dat u wordt uitgescholden of beledigd? N=307			Hoe vaak ervaart u thans dat u wordt bedreigd of lastig gevallen? N=306		
	vaak	soms, zelden, nooit	Sign.	vaak	soms, zelden, nooit	
N	27 9%	280 91%		26 9%	280 91%	
Geslacht (man)	15 56%	175 63%	Chi <sup>2</sup> =0,5 p=0,48	15 58%	174 66%	Chi <sup>2</sup> =0,2 p=0,65
Etniciteit (niet-westers)	10 42%	89 34%	Chi <sup>2</sup> =0,6 p=0,45	11 46%	88 34%	Chi <sup>2</sup> =1,4 p=0,24
Leeftijd						
- 20-35 jaar	3 11%	54 19%	Chi <sup>2</sup> =1,7 p=0,43	4 15%	53 19%	Chi <sup>2</sup> =0,6 p=0,74
- 36-50 jaar	12 44%	131 47%		14 54%	129 46%	
- >50 jaar	12 44%	95 34%		8 31%	98 35%	
Diagnose						
- stemmingsstoornissen	3 13%	17 7%	Chi <sup>2</sup> =1,2 p=0,56	1 4%	19 8%	Chi <sup>2</sup> =1,1 p=0,57
- schizofrenie / psychotische stoornissen	18 78%	194 81%		23 88%	188 80%	
- overige stoornissen / onbekend	2 9%	28 12%		2 8%	28 12%	
GAF-score, gemiddelde (sd)	41 (13)	46 (13)	t=1.76 p=0,08	44 (13)	46 (13)	t=0,72 P=0,47
Behandelsituatie						
- ambulantly / deeltijd	12 44%	136 31%	Chi <sup>2</sup> =1,9 p=0,39	13 50%	135 48%	Chi <sup>2</sup> =3,0 p=0,22
- klinisch / beschermd wonen	12 44%	86 49%		11 42%	87 31%	
- maatschappelijke opvang	3 11%	58 21%		2 8%	58 21%	

In tabel 4 is een overzicht te zien hoe op de verschillende vragen naar slachtofferschap in de zorgaanvraaglijst is geantwoord.

**Tabel 4. Antwoorden op vragen naar slachtofferschap in de zorgaanvraaglijst Parnassia**

	Ja	Nee
Anderen hebben mij pijn gedaan door schoppen, slaan of ander geweld	30 (15%)	164 (85%)
Ik ben gedwongen tot seksuele handelingen	25 (13%)	174 (87%)
Ik ben bestolen van eigendommen zoals geld, sigaretten of kleding	39 (20%)	160 (80%)
Mijn eigendommen zijn door een ander beschadigd of vernield.	32 (17%)	159 (83%)

In totaal hebben 62 (31%) patiënten ‘ja’ geantwoord op één van bovenstaande stellingen. Deze patiënten gaven aan minder vaak over voldoende vrienden en kennissen te beschikken (slachtoffers: 58%, niet-slachtoffers: 69%), minder vaak een bevredigende dagbesteding te hebben (slachtoffers: 83%, niet-slachtoffers: 95%) en zich vaker somber en hulpeloos te voelen (slachtoffers: 24%, niet-slachtoffers: 15%).

### Samenvatting van de resultaten

In deze verkennende studie naar bestaande datasets in Nederland werd een percentage slachtoffers onder patiënten gevonden die varieert van 5% tot 31%. Deze grote variatie wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de verschillende doelgroepen waar de studies betrekking op hebben en door de verschillende methoden om mogelijk slachtofferschap te meten.

In de datasets waarin de MANSA kon worden gebruikt om slachtofferschap te meten werd geen verband gevonden tussen de mate van slachtofferschap en de sekse van de patiënt. In de andere datasets, wanneer slachtofferschap op een andere manier werd gemeten, werd eveneens geen verschil in slachtofferschap tussen mannen en vrouwen gevonden. Ook in de internationale literatuur werd dit verband niet gevonden (Brekke et al., 2001; Fitzgerald et al., 2005). Op basis van gegevens uit de MANSA blijkt dat slachtoffers relatief vaak dakloos zijn, in een sociaal pension of in een beschermde woonvorm wonen. De kwetsbaarheid van psychiatrische patiënten die dakloos zijn of niet in een eigen huis wonen is ook in internationaal onderzoek naar voren gekomen (o.a. Chapple et al., 2004; Goodman et al., 2001; Walsh et al., 2003). Ook zijn slachtoffers relatief vaak in klinische zorg en vaker dan niet-slachtoffers onvrijwillig in zorg. Uit internationaal onderzoek komt juist het beeld naar voren 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 (zie literatuuroverzicht). Mogelijk speelt hier een onduidelijkheid over de periode waarover de gepresenteerde data betrekking heeft een rol. Op de discriminatieschaal en in de Monitor Langdurige Zorg op de vraag naar onveiligheidsgevoelens zijn slachtoffers vaker patiënten van niet-westerse afkomst dan niet-slachtoffers. Op de vraag of iemand het afgelopen jaar wel eens slachtoffer is geweest van geweld werd geen verschil gevonden tussen slachtoffers en niet-slachtoffers wat betreft etniciteit. Etniciteit bleek ook in internationaal onderzoek geen eenduidige relatie te hebben met victimisatie (o.a. Silver et al., 2002; White et al., 2006).

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 (Monitor Langdurige Zorg) en meer problemen met een bevredigende dagbesteding en met het hebben van voldoende met vrienden en kennissen (ZAL Parnassia). De negatieve impact van ernst van de symptomen, gebrek aan zinvolle dagbesteding en weinig sociale relaties was eerder in de onderzoeken van Silver (2002) en Hiday (2002) aan de orde gesteld. Verder blijken patiënten die slachtoffer zijn geweest van geweld vaker beschuldigd te zijn geweest van een misdrijf. Ook dit is in lijn met internationale bevindingen (Fitzgerald et al., 2005; Hodgins et al., 2007; Walsh et al., 2003). 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%. De victimisatiecijfers afkomstig van het onderzoek met de zorgaanvraaglijst van Parnassia wijken sterk af van de landelijke gegevens in de algemene bevolking, met name als het gaat om mishandeling (15% slachtoffer onder psychiatrische patiënten, 3% landelijk) en seksuele delicten (13% tegenover 1% landelijk). 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 uit de samenleving (Lamet & Wittebrood, SCP 2009). Hiertoe zouden ook psychiatrische patiënten gerekend kunnen worden.

Concluderend bieden de resultaten van deze verkennende studie aanwijzingen dat psychiatrische patiënten - vooral patiënten met een ernstiger ziektebeeld, een sociaal zwakkere positie en met veel zorgbehoeften - vaker slachtoffer van geweld zijn dan andere burgers. Over de negatieve gevolgen van victimisatie van psychiatrische patiënten zijn geen cijfers bekend. Een gouden standaard om slachtofferschap onder patiënten te meten lijkt in Nederland niet te bestaan.

Lamet, W., Wittebrood, K. Nooit meer dezelfde. Gevolgen van misdrijven voor slachtoffers. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, februari 2009.

## 5. Literatuurlijst

- Ash, D., C. Galletly, et al. (2003). "Violence, self-harm, victimisation and homelessness in patients admitted to an acute inpatient unit in South Australia." International Journal of Social Psychiatry **49**: 112-118.
- Bachrach LL. (1984). Asylum and chronically ill psychiatric patients. American Journal of Psychiatry, **141**: 975-978.
- Bergman, B. and E. Ericsson (1996). "Family violence among psychiatric in-patients as measured by the Conflict Tactics Scale (CTS)." Acta Psychiatr Scand **94**(3): 168-74.
- Bogaerts S. (2009). Spiegelingen tussen daders en slachtoffers. Oratie. Universiteit van Tilburg: 23 januari 2009.
- Boom A ten & Kuijpers KF. (2007). Wat wil het slachtoffer? Justitiële Verkenningen 2007, **33**: 39-48
- Brekke, J. S., C. Prindle, et al. (2001). "Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community." Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry **52**: 1358-1366.
- Brunette, M. F. and R. E. Drake (1997). "Gender differences in patients with schizophrenia and substance abuse." Comprehensive Psychiatry **38**: 109-116.
- Cascardi, M., K. T. Mueser, et al. (1996). "Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners." Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry **47**: 531-533.
- Chapple, B., D. Chant, et al. (2004). "Correlates of victimisation amongst people with psychosis." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **39**(10): 836-40.
- Chase, K. A., T. J. O'Farrell, et al. (2003). "Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners." J Stud Alcohol **64**(1): 137-49.
- Chermack, S. T., R. L. Murray, et al. (2008). "Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: correlates of psychological and physical aggression and injury." Drug Alcohol Depend **98**(1-2): 35-44.
- Choe, J. Y., L. A. Teplin, et al. (2008). "Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns." Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry **59**: 153-164.
- Corrigan CW, Holmes PE. (1994). Patient identification of street skills for a psychosocial training module. Hospital and Community Psychiatry, **45**: 273-276.
- Dean, K., P. Moran, et al. (2007). "Predictors of violent victimization amongst those with psychosis." Acta Psychiatrica Scandinavica **116**(5): 345-353.
- Dijk JJM van, Groenhuijsen MS & Winkel FW.(2007). Victimologie. Voorgeschiedenis en stand van zaken. Justitiële Verkenningen 2007, **33**: 9-28.
- El-Bassel, N., L. Gilbert, et al. (2004). "Physical and sexual intimate partner violence among women in methadone maintenance treatment." Psychol Addict Behav **18**(2): 180-3.
- Fitzgerald, P. B., A. R. de Castella, et al. (2005). "Victimization of patients with schizophrenia and related disorders." Australian and New Zealand Journal of Psychiatry **39**: 169-174.
- Goodman, L. A., M. A. Dutton, et al. (1995). "Episodically homeless women with serious mental illness: Prevalence of physical and sexual assault." American Journal of Orthopsychiatry **65**: 468-478.
- Goodman, L. A., M. P. Salyers, et al. (2001). "Recent victimization in women and men with severe mental illness: Prevalence and correlates." Journal of Traumatic Stress **14**: 615-632.

- Goodman, L. A., K. M. Thompson, et al. (1999). "Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness." Journal of Traumatic Stress **12**: 587-599.
- Haller, D. L. and D. R. Miles (2003). "Victimization and perpetration among perinatal substance abusers." Journal of Interpersonal Violence **18**: 760-780.
- Heru, A. M., G. L. Stuart, et al. (2006). "Prevalence and Severity of Intimate Partner Violence and Associations With Family Functioning and Alcohol Abuse in Psychiatric Inpatients With Suicidal Intent." Journal of Clinical Psychiatry **67**: 23-29.
- Heslin, K. C., P. L. Robinson, et al. (2007). "Community characteristics and violence against homeless women in Los Angeles County." J Health Care Poor Underserved **18**(1): 203-218.
- Hiday, V. A., M. S. Swartz, et al. (1999). "Criminal victimization of persons with severe mental illness." Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry **50**: 62-68.
- Hiday, V. A., M. S. Swartz, et al. (2002). "Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness." American Journal of Psychiatry S2- American Journal of Insanity **159**: 1403-1411.
- Hodgins, S., J. Alderton, et al. (2007). "Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation." British Journal of Psychiatry S2- Journal of Mental Science **191**: 343-350.
- Holmes PE, Corrigan PW, Stephenson J & Nugent-Hirschbeck J. (1997). Learning street smarts for an urban setting. Psychiatric Rehabilitation Journal, **20**: 64-66.
- Honkonen, T., M. Henriksson, et al. (2004). "Violent victimization in schizophrenia." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology S2- Social Psychiatry **39**: 606-612.
- Hoof F van, Geelen K, Rooijen S van & Weeghel J van. (2004). Meedoen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps. Utrecht: Trimbosreeks, 2004-5.
- Ireland, J. L. (2004). "Nature, extent, and causes of bullying among personality-disordered patients in a high-secure hospital." Aggressive Behavior **30**(3): 229-242.
- Ireland, J. L. (2006). "Bullying Among Mentally-Ill Patients Detained in a High-Secure Hospital: An Exploratory Study of the Perceptions of Staff and Patients into How Bullying is Defined." Aggressive Behavior **32**: 451-463.
- Ireland, J. L. and N. Bescoby (2005). "Behavioural Assessment of Bullying Behaviour Among Personality Disordered Patients in a High Secure Hospital." Aggressive Behavior **31**(1): 67-83.
- Jablensky, A., McGrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureye, O., Morgan, V., Korten, A. (1999). People Living With Psychotic Illness: An Australian Study 1997-98, Commonwealth of Australia.
- Jonikas J & Cook J. (1993). Safe, secure, and street smart: empowering women with mental illness to achieve greater independence in the community. Chicago: Thersholds.
- Kelly, L. S. and H. P. McKenna (1997). "Victimization of people with enduring mental illness in the community." Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing **4**(3): 185-191.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry, **52**:1048-160
- Kooyman, I., K. Dean, et al. (2007). "Outcomes of public concern in schizophrenia." Br J Psychiatry Suppl **50**: s29-36.
- Kushel, M. B., J. L. Evans, et al. (2003). "No door to lock: victimization among homeless and marginally housed persons." Arch Intern Med **163**(20): 2492-2499.

- Kwekkeboom, R. (2000). Sociaal draagvlak voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Ontwikkelingen tussen 1987 en 1997. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen **87**: 165-171.
- Lam, J. A. and R. Rosenheck (1998). "The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness." Psychiatr Serv **49**(5): 678-83.
- Lamet, W., Wittebrood, K. (2009). Nooit meer dezelfde. Gevolgen van misdrijven voor slachtoffers. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Lehman, A. F. (1988). "A Quality of Life Interview for the chronically mentally ill." Evaluation and Program Planning **11**(1): 51-62.
- Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. Schizophren Bull, **12**: 631-647
- Maniglio, R. (2009). "Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review." Acta Psychiatr Scand **119**(3): 180-91.
- McPherson, M. D., J. Delva, et al. (2007). "A longitudinal investigation of intimate partner violence among mothers with mental illness." Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry **58**: 675-680.
- Mericle, A. A. and B. E. Havassy (2008). "Characteristics of recent violence among entrants to acute mental health and substance abuse services." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology S2- Social Psychiatry **43**: 392-402.
- Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL.(2002). Trauma, PTSD, and the course of mental illness: an interactive model. Schizophr Res, **53**:123-143
- Mueser KT, Bolton EE, Carty PC, Bradley MJ, Ahlgren KF, DiStaso DR e.a. (2007). The trauma recovery group: a cognitive behavioural program for PTSD in persons with severe mental illness. Community Mental Health Journal, **43**: 281-304.
- Mulder CL (2007). Psychiatrie voor mensen die er niet om vragen. Oratie. Erasmus Universiteit Rotterdam: 14 september 2007.
- Naudts KH, Dhondt K, Eynde F van den, Vervaet M, Audenaert K, Heeringen C van. (2004). De slachtoffer-daderdichotomie in de psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie, **46**: 219-227.
- Neale, J., M. Bloor, et al. (2005). "Problem drug users and assault." International Journal of Drug Policy **16**: 393-402.
- North, C. S., E. M. Smith, et al. (1994). "Violence and the homeless: An epidemiologic study of victimization and aggression." Journal of Traumatic Stress **7**: 95-110.
- Oliver, J. P. (1991). "The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill." Social Work and Social Sciences Review **3**(1): 5-45.
- Pandiani, J. A., S. M. Banks, et al. (2007). "Crime victims and criminal offenders among adults with serious mental illness." Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry **58**: 1483-1485.
- Plooy A & Weeghel J van. (in print). Discriminatie van mensen met de diagnose schizofrenie. Nederlandse bevindingen in een internationale studie. Maandblad Geestelijke volksgezondheid.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner R, Wiersma D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. BMJ, **330**:23-126
- Priebe S., Huxley P., Knight S., Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). Int J Soc Psychiatry, **1**, 7-12.

- Rothman, E. F., D. M. Cheng, et al. (2008). "Interpersonal violence exposure and alcohol treatment utilization among medical inpatients with alcohol dependence." Journal of Substance Abuse Treatment **34**: 464-470.
- Schomerus, G., D. Heider, et al. (2008). "Urban residence, victimhood and the appraisal of personal safety in people with schizophrenia: Results from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC)." Psychological Medicine **38**: 591-597.
- Sells, D. J., M. Rowe, et al. (2003). "Violent Victimization of Persons With Co-occurring Psychiatric and Substance Use Disorders." Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry **54**: 1253-1257.
- Silver, E. (2002). "Mental disorder and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationships." Criminology **40**(1): 191-212.
- Silver, E., L. Arseneault, et al. (2005). "Mental Disorder and Violent Victimization in a Total Birth Cohort." American Journal of Public Health **95**: 2015-2021.
- Steadman, H. J., E. P. Mulvey, et al. (1998). "Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods." Archives of General Psychiatry **55**: 393-401.
- Stevens, A., D. Berto, et al. (2007). "The victimization of dependent drug users: Findings from a European study, UK." European Journal of Criminology **4**: 385-408.
- Straus, M. A., S. L. Hamby, et al. (1996). "The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data." Journal of Family Issues **17**(3): 283-316.
- Teplin, L. A., G. M. McClelland, et al. (2005). "Crime Victimization in Adults With Severe Mental Illness: Comparison With the National Crime Victimization Survey." Archives of General Psychiatry **62**: 911-921.
- Tham, S. W., T. J. Ford, et al. (1995). "A survey of domestic violence and other forms of abuse." Journal of Mental Health **4**: 317-321.
- Thompson, M. S. (2007). "Violence and the costs of caring for a family member with severe mental illness." J Health Soc Behav **48**(3): 318-333.
- Thornicroft G. (2006). Shunned: discrimination against people with mental illness. Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, for the INDIGO Study Group (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional study. The Lancet, **373**: 408-415
- U.S. Bureau of the Census (1994). Technical background on the redesigned National Crime Victimization Study US Bureau of the Census. Washington DC.
- Walsh, E., P. Moran, et al. (2003). "Prevalence of violent victimisation in severe mental illness." British Journal of Psychiatry S2- Journal of Mental Science **183**: 233-238.
- Weeghel J van, Dröes J. (1997). Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, **54**: 150-165.
- Weeghel, J. van (2005). Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. Wat zijn goede anti-stigmastrategieën? Maandblad Geestelijke volksgezondheid **60**: 378-394.
- Wenzel, S. L., P. Koegel, et al. (2000). "Antecedents of physical and sexual victimization among homeless women: A comparison to homeless men." American Journal of Community Psychology **28**: 367-390.
- Whitbeck LB, Hoyt DR, Yoder KA. (1999). A Risk amplification model of victimisation and depressive symptoms among runaway and homeless adolescents. Am J Commun Psychol, **27**: 273-296.

- White, M. C., L. Chafetz, et al. (2006). "History of Arrest, Incarceration and Victimization in Community-Based Severely Mentally Ill." Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion and Disease Prevention **31**: 123-135.
- Wing, JK. (1990). The functions of asylum. British Journal of Psychiatry, **157**: 822-827.
- Winkel, FH. (2007). Post traumatic anger. Missink link in the wheel of fortune. Oratie. Universiteit van Tilburg: 17 oktober 2007.
- Wolf J., Schene AH, Weeghel J van. (2007). Onze zorgen om moeilijke mensen. In: AH Schene e.a. (red). Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghem 289-308.
- Wolff, N., C. L. Blitz, et al. (2007). "Rates of sexual victimization in prison for inmates with and without mental disorders." Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry **58**: 1087-1094.
- Wood, J. and K. Edwards (2005). "Victimization of mentally ill patients living in the community: Is it a life-style issue?" Legal and Criminological Psychology **10**: 279-290.