

*Aan patiënten opgenomen in de forensische zorg zit een steekje los.*

*Maar volgens de publieke opinie ook aan de professionals, en in de processen hapert ook het een en ander.*

*In haar oratie ging Vivienne de Vogel in op deze losse steekjes en hoe deze te herstellen zijn. Ze benadrukt daarbij het belang van onderzoek vanuit drie perspectieven: patiënten, professionals en processen. ‘Een geïntegreerd perspectief is nodig om de kwaliteit van de forensische zorg verder te verbeteren.’*

## OVER OPGENOMEN ZIJN EN WERKEN IN DE FORENSISCHE ZORG

# EEN STEEKJE LOS?

**F**orensisch psychiatrische patiënten hebben een ernstig delict gepleegd waarvoor ze niet of slechts gedeeltelijk verantwoordelijk zijn gezien hun psychiatrische problemen. Aan hen is dus aantoonbaar 'een steekje los'. Volgens de publieke opinie zitten er ook wel steekjes los aan de mensen die er werken: 'Je moet wel gek zijn als je daar zou willen werken'.

De beeldvorming is doorgaans niet positief, zeker niet als er incidenten in het nieuws komen, dan worden begeleiders nogal eens weggezet als incompetent. Of zitten er toch vooral steekjes los in de processen en de organisatie van de forensische zorg? 'Het systeem zit muurvast' kopte de NOS op 23 december 2023. Er is sprake van personeelstekorten, hoge werkdruk, lange wachtlijsten, en het is ingewikkeld om de doorstroom goed te regelen en de continuïteit van zorg te waarborgen. Hoe los en hoe groot zijn die steken eigenlijk, en zijn ze te herstellen?

Vanuit drie perspectieven – *patiënten*, *professionals* en *processen* – beschrijf ik deze losse steken. Daarbij kom ik tot de conclusie dat er parallelle thema's te onderscheiden zijn en dat een geïntegreerd perspectief nodig is om de kwaliteit van de forensische zorg verder te verbeteren.

### PATIËNTEN

Kimberly<sup>1</sup> is opgegroeid in – zoals het in de rapportages vaak staat – affectief en pedagogisch verwaarlozende omstandigheden. Concreet betekent dat in haar geval dat er veel problemen waren in het gezin waarin ze opgroeide. Haar vader had een alcoholprobleem en kon agressief worden naar zijn gezinsleden als hij dronken was. Haar moeder had psychiatrische problemen waarvoor ze meermalen werd opgenomen. Ze werkte als prostituee en nam regelmatig klanten mee naar huis. Op 13-jarige leeftijd werd Kimberly door een van de vaste klanten meerdere malen seksueel misbruikt. Haar moeder greep niet in.

Beide ouders waren nauwelijks in staat voor Kimberly en haar zusje te zorgen. De kinderen zwierven vaak tot 's avonds laat op straat en maakten hun school niet af. Al vanaf jonge leeftijd heeft Kimberly geleerd te vluchten, bijvoorbeeld in het gebruik van alcohol en drugs. Ook beschadigde ze zichzelf, hetgeen haar kalmeerde.

<sup>1</sup> Vanwege privacy redenen zijn de naam en details van de besproken casus aangepast.

Via een vriendje belandt Kimberly zelf ook in de prostitutie. In deze periode glijdt ze verder af: ze gebruikt steeds meer alcohol en drugs, pleegt vermogensdelicten, steeds vaker ook met geweld. Ze raakt zwanger maar is niet in staat om voor haar baby te zorgen en het kindje wordt bij haar weggehaald. Kimberly toont steeds meer verward en agressief gedrag en wordt meerdere malen opgenomen in de psychiatrie, maar ze loopt telkens weg of veroorzaakt problemen. Het delict waarvoor ze uiteindelijk in de forensische zorg (tbs-maatregel) komt, is dat ze een psychiatrisch verpleegkundige aanviel met een mes, waarna de politie kwam en ze een van de agenten ernstig heeft verwond.

Hoe kunnen we Kimberly helpen om te zorgen dat ze geen delicten meer pleegt en ook beter voor zichzelf zorgt? Wat is de rol van haar middelengebruik? En wat is de relatie tussen agressie naar anderen en naar zichzelf? Een andere relevante vraag is hoe we de professionals die dagelijks met haar werken zo goed mogelijk kunnen helpen zodat zij hun werk op een veilige en prettige manier kunnen volhouden. Ook is meer inzicht gewenst in hoe de processen rondom het beslissen verlopen. Is het voor Kimberly bijvoorbeeld wel nodig om in een gesloten tbs-setting te blijven? Of kan ze ook elders worden opgenomen? En zo ja, waar is er dan plek voor haar? Hoe kunnen we de forensische zorg verder optimaliseren en de samenwerking verbeteren, bijvoorbeeld met jeugdzorg? Dit is van groot belang, ook voor eventuele kinderen om de vicieuze cirkel te kunnen doorbreken.

## 'Je moet wel gek zijn als je daar zou willen werken'

**TRAUMA** Net als Kimberly hebben veel patiënten in de forensische zorg forse trauma's opgelopen in hun jeugd en een aanzienlijk deel van hen ook later in hun leven. Uit talloze onderzoeken is gebleken dat trauma's of - breder - *adverse childhood experiences* van invloed zijn op emoties, cognities, gedrag, zelfbeeld en gezondheid (bijv. Felitti et al., 2019; Hamby et al., 2021).

Het is niet verwonderlijk dat dit alles kan leiden tot ernstige problemen in de ontwikkeling en relatievorming met anderen. Daaraan gerelateerd kunnen allerlei stoornissen ontstaan, bijvoorbeeld posttraumatische stressstoornis (PTSS), borderline persoonlijkheidsstoornis en verslavingsproblematiek. Het meemaken van traumatische gebeurtenissen vergroot bovendien de kans om opnieuw slachtoffer te worden. Ook is het een risicofactor voor meerdere vormen van ongewenst gedrag, zoals het (herhaald) plegen van delicten. Maar ook voor zelfbeschadigend/zelfdestructief gedrag, seksueel risicovol gedrag, of niet goed voor je kinderen kunnen zorgen.

Kimberly was in haar jeugd getuige van huiselijk geweld. Ze werd fysiek en emotioneel verwaarloosd en ze werd seksueel misbruikt door een klant van haar moeder. Op latere leeftijd werd ze mishandeld door haar vriend, had nare ervaringen in de prostitutie en verloor haar kind. Al van jongs af aan gebruikte Kimberly alcohol en later ook drugs om te ontsnappen uit haar dagelijkse realiteit. Maar daardoor ontstonden nog meer problemen en was ze niet in staat een opleiding af te maken of werk te behouden. Dat leidde vervolgens weer tot een nog negatiever zelfbeeld en bovendien ernstige gezondheidsproblemen en psychische problemen. Verder was het moeilijk voor haar om stabiele relaties op te bouwen met familie of vrienden. Haar partnerrelaties konden doorgaans worden getypeerd als 'gebruikersrelaties'.

Felitti et al. (2019) voerden een grootschalig onderzoek uit naar *adverse childhood experiences* uit bij 9508 mensen die een routine medisch onderzoek ondergingen. Zij vonden dat deze negatieve ervaringen uit de kindertijd sterk gerelateerd waren aan zowel psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld depressie, verslaving) als fysieke gezondheidsproblemen / ziektes (bijvoorbeeld obesitas, hart en vaatziekten, kanker). Er was sprake van een cumulatief effect: hoe meer trauma's, hoe sterker de relatie (zie ook Hamby et al., 2021).

Fritzton et al. (2021) analyseerden de vakliteratuur naar de relatie tussen trauma en delictgedrag, volgens het in de forensische zorg veelgebruikte *Risk Need Responsivity*-model. Een vraag die ze daarbij stelden: is trauma een directe risicofactor of meer een indirecte factor, bijvoorbeeld doordat trauma leidt tot risicofactoren zoals middelengebruik? Ze concludeerden dat het waarschijnlijk een combinatie van dit alles is, zowel bij het starten van plegen

van delicten als bij recidive. Ook benoemen ze dat trauma-symptomen van invloed zijn op (het effect van) interventies. Het is belangrijk beter te begrijpen *hoe* dit werkt en hier meer onderzoek naar te doen.

Kortom, trauma staat bij veel forensisch psychiatrische patiënten aan de kern van hun problemen en traumabehandeling is essentieel. Dat is niet eenvoudig en vereist een intensieve en geïntegreerde aanpak.

**TRAUMA-INFORMED CARE** Het bieden van een zo veilig mogelijke omgeving, gerichtheid op samenwerking en het versterken van krachten, gedegen kennis over de relatie tussen trauma en gedrag in het heden en daarbij ook rekening houden met diversiteit zijn principes van het *trauma-informed* werken. Vanuit de *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* in Amerika (SAMSHA, 2014) zijn principes geformuleerd die wereldwijd en in verschillende sectoren steeds meer worden toegepast, bijvoorbeeld in de reguliere ggz of op scholen. Dat past bij de ontwikkeling van meer op de *mens* gerichte zorg in plaats van op de *ziekte* gerichte zorg.

Het is belangrijk te bedenken dat dit niet gaat om een specifiek behandelprogramma, maar om een alomvattend en continu proces van bewustwording en traumasensitiviteit. In de forensische zorg wordt *trauma-informed* werken nog nauwelijks toegepast. Het is wenselijk onderzoek te verrichten naar hoe hier op een goede manier vorm aan kan worden gegeven en wat daarvoor nodig is, bijvoorbeeld in het trainen van professionals.

**ZELFBESCHADIGEND GEDRAG** Uit onderzoek is een duidelijke relatie gebleken tussen trauma en zelfbeschadigend gedrag. Zelfbeschadigend gedrag komt relatief veel voor binnen de forensische zorg en neemt dan vaak ernstige vormen aan (de Vogel & Versteegen, 2021). De impact op patiënten kan enorm zijn, maar ook op anderen, zoals de professionals en medepatiënten die getuige zijn of moeten ingrijpen. Zelfbeschadigend gedrag is een risicofactor voor suicide, maar er is ook een sterke relatie tussen agressie naar anderen en naar zichzelf.

In een onderzoek in de Utrechtse Van der Hoeven Kliniek naar incidenten tijdens de behandeling bleek zelfbeschadigend gedrag de belangrijkste voorspeller van agressie naar anderen, ook wanneer er werd gecontroleerd voor andere variabelen. Patiënten die zelfbeschadigend gedrag lieten zien, hadden een negen keer hogere kans om ook agressie naar anderen te vertonen (Versteegen et al., 2020). Het beter begrijpen van de relatie hiertussen en naar onderliggende

factoren en dynamieken is een belangrijk onderzoeksthema voor de komende jaren.

**RISICOTAXATIE** Trauma is dus een belangrijke factor, waarschijnlijk niet altijd een directe risicofactor, maar vooral door de interactie met andere risicofactoren, en tegelijk een gebrek aan beschermende factoren. Lang niet alle mensen die een trauma in hun leven meemaken gaan immers over tot het plegen van delicten.

Dit geldt voor vrijwel alle risicofactoren. Het is maar zelden zo dat een enkele risicofactor direct leidt tot gewelddadig gedrag. Meestal gaat het om een ingewikkelde combinatie en interactie van risicofactoren en tegelijk een gebrek aan beschermende factoren. Het begrijpen en ontrafelen van deze factoren en dynamieken tussen de factoren voor het individu is cruciaal. Om goede forensische zorg te kunnen leveren moet je immers begrijpen *waarom* iemand delicten pleegt en *wat* je moet behandelen om de kansen op recidive te verkleinen.

Bij ieder individu kan een cluster van factoren worden geïdentificeerd, wat behulpzaam kan zijn voor het bepalen en evalueren van behandeldoelen. Diagnostiek en risicotaxatie zijn dan ook essentiële onderdelen, niet alleen aan het begin van een behandeling maar continu. Bij Kimberly bijvoorbeeld kunnen bepaalde risicofactoren worden geclusterd: het opgroeien in een instabiel gezin waar geweld plaats vond leidde tot allerlei problemen, vluchten in middelengebruik, niet geleerd hebben om te praten, wantrouwen naar hulpverleners en ontwikkeling van psychiatrische stoornissen. Al deze factoren hebben ook weer invloed op elkaar en kunnen dus niet los van elkaar worden gezien.

Rond 2001 werd risicotaxatie in de Nederlandse forensische klinische zorg geïmplementeerd. Inmiddels zijn we wereldwijd zo'n vierhonderd risicotaxatie-instrumenten verder. Het aantal onderzoeken en publicaties is niet meer te tellen en er is veel kennis opgebouwd over risicofactoren en beschermende factoren. Toch blijven er nog allerlei vraagstukken en verbeterpunten over, vooral hoe we deze kennis zo goed mogelijk kunnen vertalen naar de dagelijkse praktijk. De belangrijkste uitdagingen zijn de implementatie in de praktijk, de vertaling van risicotaxatie naar risicomangement, verbeteringen voor specifieke groepen (bijvoorbeeld vrouwen), het voorkomen van bias en risicocommunicatie.

**RISICOCOMMUNICATIE** Een thema waarnaar nog relatief weinig onderzoek is gedaan, is hoe over de resultaten van

## Nagenoeg alle instrumenten en methoden die worden gebruikt in de forensische zorg zijn ontwikkeld of onderzocht bij mannen

een risicotaxatie wordt gecommuniceerd naar bijvoorbeeld besluitvormers zoals de rechter, maar ook naar collega's of naar patiënten zelf (de Vogel et al., 2022). Risicocommunicatie vormt in feite de schakel tussen risicotaxatie en besluitvorming en het daaropvolgende risicomanagement, en bepaalt daarmee voor een groot deel de waarde van de risicotaxatie voor de praktijk.

Het is belangrijk dat er helder over de resultaten van een risicotaxatie wordt gecommuniceerd, zodat de besluitvormers de risico's adequaat kunnen inschatten en hun beslissingen zo goed mogelijk hierop kunnen afstemmen. Het uiteindelijke doel van risicotaxatie is immers niet het voorspellen van recidive, maar het bieden van concrete richtlijnen voor risicomanagement om daarmee zoveel mogelijk te voorkomen dat iemand terugvalt in delictgedrag.

Er zijn verschillende manieren van communiceren, bijvoorbeeld in cijfers en/of percentages of in woorden (laag, matig, hoog). Uit internationaal onderzoek is gebleken dat het uitmaakt hoe je communiceert over risico's: het communiceren als '1 op 5 recidiveert' leidt bijvoorbeeld tot meer aarzeling bij besluitvormers dan '20% recidiveert'. Dat geldt ook voor negatieve versus positieve framing (20% kans op recidive versus 80% kans op geen recidive).

Over het algemeen worden cijfers niet zo goed begrepen en geven zowel professionals die de risicotaxatie uitvoeren als de besluitvormers voorkeur aan een beschrijvende terugkoppeling (laag, matig, hoog). Hierbij geldt echter dat dit vaak grofmazig en abstract blijft en bovendien vaker tot hogere inschattingen leidt. Meer begrip en training in risicocommunicatie is nodig, net als vervolgonderzoek, bijvoorbeeld bij rechters, om zo helder mogelijk te communiceren zodat we elkaar goed begrijpen en steeds meer dezelfde taal gaan spreken.

**GENDERVERSCHILLEN IN DE FORENSISCHE ZORG** Het beter begrijpen van delictgedrag en inschatten van risico's is ondanks de bovengenoemde uitdagingen van grote waarde gebleken. Dit geldt echter vooral voor mannelijke patiënten

in de forensische zorg. Over vrouwen, een weliswaar kleine (maar groeiende) groep, is dat lastiger te zeggen. Nagenoeg alle instrumenten en methoden die worden gebruikt in de forensische zorg zijn ontwikkeld of onderzocht bij mannen. Op zich is dat logisch, maar het plaatst ons wel voor problemen: hoe weten we of het voor vrouwelijke patiënten wel geschikt is?

Meer in het algemeen zijn gender bias en stereotiepe beeldvorming hardnekkig. Dit werkt beide kanten op. Het blijft lastig om vrouwen als dader te zien, maar ook om mannen als slachtoffer te zien (zie ook de Vogel & Uzieblo, 2020). Mannen als slachtoffer worden veel minder (h)erkend. Als ze er al over vertellen, worden ze vaak niet serieus genomen en krijgen ze daardoor niet de hulp die ze nodig hebben. Ook worden bij mannen psychiatrische problemen als depressie en angst lastig herkend. Dat zijn allemaal relevante thema's waarvoor meer aandacht nodig is. In de forensische zorg richt ik mijn aandacht echter vooral op de minderheidsgroep vrouwen.

In de afgelopen jaren is een multicenter project uitgevoerd bij 275 vrouwen in de forensische zorg en wat hen kenmerkt in hun delicten, achtergrond en risicofactoren. Dit heeft veel kennis opgeleverd, zoals dat er bij nagenoeg hen allemaal sprake is van (complex) trauma en zeer complexe psychische problematiek. Ook vonden we dat er – ondanks dat er veel overeenkomsten zijn – relevante genderverschillen bestaan in delictpleging, bijvoorbeeld dat het bij vrouwen vaker relationeel geweld betreft en maar zelden seksueel geweld. Ook vonden we verschillen in diagnoses en behandelbehoeftes (de Vogel et al., 2016; zie voor een overzicht de Vogel et al., 2023). Slechts weinig van deze vrouwen kwamen weer succesvol in de maatschappij terecht. Van de 78 uitgestroomde vrouwen was 18% overleden, op een gemiddelde leeftijd van 44 jaar. Mogelijke verklaringen zijn suïcide en ernstig zelfbeschadigend gedrag, geschiedenis van trauma, middelenmisbruik, en prostitutieverleden. Verder vonden we dat risicotaxatie-instrumenten bij vrouwen aanzienlijk minder goed voorspellen dan bij mannen. Het

gebruik van deze instrumenten is in Nederland verplicht en van grote invloed op het vervolg van behandeling, maar ze zijn dus bij vrouwen minder bruikbaar (de Vogel, 2022).

Wat vooral belangrijk is voor de komende jaren, is hoe de kennis uit de wetenschap op de werkvloer landt. Belangrijke vragen hierbij zijn hoe we gender-responsief kunnen werken en hoe we omgaan met transgender personen. Niet alleen in de forensische zorg, waar gemengde behandeling mogelijk is, maar bijvoorbeeld ook in de gevangenis, waar mannen en vrouwen gescheiden verblijven. Binnen het programma *Kwaliteit Forensische Zorg* zijn onlangs richtlijnen ontwikkeld voor gender-responsief werken met als doel de behandeling voor vrouwen in de forensische zorg te verbeteren (de Vogel et al., 2023).

**EFFECTIVITEIT BEHANDELING** De effectiviteit van behandeling in de forensische zorg is niet onomstotelijk bewezen. Vanuit de maatschappij wordt dit wel verlangd en er wordt soms met verbazing gereageerd op het gegeven dat we dit nog steeds niet weten. Het is echter ingewikkeld om dit goed te onderzoeken. Je kunt immers niet een controlegroep samenstellen met dezelfde type delicten en stoornissen, die geen behandeling geven, en vervolgens kijken wat er zal gebeuren. Ook is het niet eenvoudig goede uitkomstmaten vast te stellen; recidive als uitkomstmaat ligt voor de hand, maar er is meer. Er bestaan wel diverse kleinere onderzoeken en onlangs werd ook gepubliceerd over de resultaten van een multicenter onderzoek naar *schema focused therapy* (Bernstein et al., 2023).

In twee recente internationale meta-analyses (McIntosh et al., 2021; Papalia et al., 2019) werd voorzichtig geconcludeerd dat behandeling in de forensische zorg tot positieve resultaten leidt, vooral wanneer het om multimodale behandeling gaat. Veel onderzoeken hadden echter belangrijke beperkingen en meer onderzoek is dus nodig. In

Nederland maakten Nagtegaal et al. (2016) een kosten-baten analyse op basis van beschikbare literatuur. Daaruit concluderen ze dat de tbs-maatregel een waardevolle bijdrage levert aan de veiligheid van de maatschappij. Dat is veelbelovend, maar het is nog onduidelijk wat nu precies werkt. En of dit ook werkt op de langere termijn, of wanneer zich grote veranderingen voordoen in het leven van forensische patiënten (ontslag of een verbroken relatie). Of wanneer de verleidingen van bijvoorbeeld alcohol of drugs te groot worden.

## PROFESSIONALS

**MENTALE VEERKRACHT** Er wordt veel verwacht van de professionals die in de forensische zorg werken. Het gaat om een complexe doelgroep, de werkdruk is hoog, er is een hoog verloop en er zijn hooggespannen verwachtingen vanuit de maatschappij. De meeste professionals in de forensische zorg kiezen bewust voor dit vak en zien het als zinvol en belangrijk werk, vooral omdat zij hiermee kunnen bijdragen aan herstel van patiënten en het voorkomen van recidive en daarmee aan het veiliger maken van de maatschappij. Het is echter niet altijd eenvoudig.

Er zijn een aantal specifieke aspecten aan het werken in het forensisch sociaal domein die een beroep doen op de mentale veerkracht van professionals, namelijk het meemaken van incidenten, maar ook mogelijke continue spanningen in het contact met cliënten/patiënten. Verder kan het werken met cliënten die ernstige delicten hebben gepleegd emotioneel belastend of confronterend zijn. Met name het horen of lezen over seksuele delicten of ernstige geweldsdelicten, zeker wanneer kinderen slachtoffer waren, kan veel indruk maken en zelfs leiden tot psychische klachten bij professionals.

Er is onderzoek uitgevoerd naar professionals bij de

*Het uiteindelijke doel van risicotaxatie is niet het voorspellen van recidive, maar het bieden van concrete richtlijnen voor risicomangement om daarmee zoveel mogelijk te voorkomen dat iemand terugvalt in delictgedrag*



## Constante confrontatie met verhalen van misbruikte kinderen kan leiden tot klachten die lijken op die van de getraumatiseerde zelf

jeugdbescherming waaruit blijkt dat de constante confrontatie met verhalen van misbruikte kinderen kan leiden tot klachten die lijken op die van de getraumatiseerde zelf (Sprang et al., 2011). Dit wordt secundaire of indirecte traumatisering genoemd en komt met name voor bij vrouwelijke professionals (Branson, 2019). In het forensisch sociale veld hebben veel cliënten trauma's in hun voorgeschiedenis, maar bovenal hebben ze trauma's bij anderen veroorzaakt. Bij therapeuten die met seksueel delinquenten werken, werd secundaire traumatisering eveneens gevonden (Moulden & Firestone, 2007).

Soms overstijgt de draagkracht de draaglast. Dan kunnen klachten ontstaan, bijvoorbeeld PTSD of burn-out. Zowel individuele kenmerken (en de privésituatie) als kenmerken van teams en de organisatie kunnen daarbij een rol spelen, in negatieve zin (risicofactoren) maar ook in positieve zin (beschermende factoren). Beschermende factoren voor een individu zijn bijvoorbeeld positivisme en geloof in eigen kunnen. Voor organisaties zijn een open cultuur, voldoende mogelijkheden voor nazorg, oprechte betrokkenheid van leidinggevend en collega's en transparante communicatie belangrijke beschermende factoren. Uit onderzoek is gebleken dat kenmerken van een organisatie een nog sterkere voorspeller voor posttraumatische stressklachten zijn dan de gebeurtenis op zichzelf en kenmerken van de professional (White et al., 2015).

Het is dus belangrijk dat forensische organisaties oog hebben voor de cultuur en hun professionals en dat ze aan preventie doen, op meerdere niveaus en momenten.

### PROFESSIELEEL HANDELEN IN DE FORENSISCHE ZORG

Het forensische veld heeft zich sterk ontwikkeld de afgelopen jaren. Er is veel opgeleverd om professionals te ondersteunen in hun werk; zie bijvoorbeeld het programma forensisch vakmanschap (<https://forensischvakmanschap.nl/>), de forensische leerlijn (<https://forensischeleerlijn.nl/>), het recent opgeleverde kwaliteitskader Forensische Zorg (<https://efp.nl/kwaliteitskader-forensische-zorg>) en het

programma Kwaliteit Forensische Zorg (<https://kzfz.nl/>). Alles met als doel professionals handvatten te bieden en daarmee de forensische zorg verder te verbeteren.

In de praktijk is het echter ook zo dat professionals overstelpt worden met tools, richtlijnen, kaders, handreikingen, factsheets, routekaarten et cetera. Hoe vinden ze daarin hun weg? Hoe kunnen ze die goed benutten en inpassen in hun dagelijkse werk en verantwoordelijkheden? En hoe zorg je dat het niet een verplicht afvinklijstje wordt?

Het is in ieder geval belangrijk dat professionals meegeenomen worden in de keuzes en de implementatie, dat ze voldoende tijd en ruimte krijgen en dat het goed geborgd wordt in de processen.

### PROCESSEN

**CONTINUÏTEIT VAN ZORG** Continuïteit van zorg/in de justitiële keten is een thema dat de laatste jaren sterk in de belangstelling staat. Er zijn talrijke rapporten en hulpmiddelen verschenen, alle met als doel het verbeteren van de continuïteit. Het is essentieel dat er bij uitstroom een soepele overgang is naar eventuele vervolgvoorzieningen en/of maatschappelijke re-integratie middels goede huisvesting, werk en sociale inbedding. Continue zorg en begeleiding na een behandeling in gedwongen kader is belangrijk om terugval in delicten, (zelf)destructief of overlastgevend gedrag te voorkomen. Ondanks goede intenties is er nog altijd sprake van gebrekkige doorstroom en discontinuïteit in de keten.

In 2019 werd een inventariserend onderzoek uitgevoerd naar continuïteit van zorg, *Mind the gap* (de Vogel et al., 2019), waarin alle opgeleverde stukken werden bestudeerd en professionals bevroegd werden over hun behoeften. Knelpunten zijn grofweg onder te verdelen in problemen op het gebied van wet- en regelgeving/bekostiging, maar vooral moeilijkheden in (het organiseren van) samenwerking. De behoefte van professionals lag vooral bij betere samenwerking en elkaar beter kennen. Goede samenwerking tussen instellingen en zorgvuldige overdracht kan bijdragen aan de

beweging van *Mind the gap* naar *Bridge the gap*. Verder is het belangrijk om alles wat nu opgeleverd of geïmplementeerd wordt goed te evalueren en daarvan te leren.

Voor een goede, prettige samenwerking is het nodig heldere gezamenlijke doelen op te stellen, duidelijke afspraken te maken over samenwerking rondom een cliënt/patiënt, een gezamenlijke taal te hebben (bijvoorbeeld: wat verstaan we onder termen als risicodenken, forensische scherpste, herstel?). Verder moeten de randvoorwaarden, zoals financiën, en afspraken rondom privacy op orde zijn.

**BESLUITVORMING** Zorgvuldige besluitvorming is van belang. Er moeten immers belangrijke beslissingen genomen worden binnen de forensische zorg, bijvoorbeeld of het verantwoord is om een forensisch psychiatrische patiënt op verlof te laten gaan. Onlangs verscheen een artikel met resultaten vanuit het Adviescollege Verloftoetsing tbs, het AVT (Bulten et al., 2022). Het AVT is in 2008 opgericht naar aanleiding van de adviezen van de commissie-Visser (2006; parlementair onderzoek naar aanleiding van enkele ernstige incidenten met tbs'ers tijdens verlof). Dat is een onafhankelijk college dat verlofaanvragen van tbs'ers geschreven door de klinieken inhoudelijk toetst en de minister voor rechtsbescherming adviseert over de veiligheid betreffende de ingediende verlofaanvragen. Het AVT beoordeelt tussen de 1300 en 1400 verlofaanvragen per jaar. Deze beoordeling verloopt volgens een zorgvuldig proces en is mede gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde risicotaxatie, uitgevoerd door de klinieken.

In dit onderzoek brachten we alle incidenten van Ongeoorloofde Afwezigheid (OA) in de periode tussen 2009 en 2020 in kaart. We keken hierbij naar de positieve adviezen (ongeveer 90% van het totaal aantal adviezen). Bij 2,5% van de 15.050 verlofaanvragen tussen 2009 en 2020 was er sprake van een OA. In bijna driekwart (74%) van de OA's is de patiënt binnen 24 uur weer terug in de instelling en is er ook geen sprake van recidive. Vervolgens keken we naar recidive en vonden we dat bij 0,15% van het totaal aantal positief geadviseerde verlofaanvragen er sprake was van een OA met een recidive.

Daarnaast analyseerden we patiëntkenmerken van 11.525 verlofaanvragen voor eerste begeleid verlof tussen 2010 en 2018. Patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, een aan middelen gebonden stoornis, stemmingsstoornis, aandachtstoornis, brandstichting of een ernstig geweldsdelict als indexdelict hadden een significant hogere kans op een OA. Deze relaties waren echter zeer zwak.

Kortom, recidive tijdens een OA is een zeldzame gebeurtenis. Ondanks dat enkele patiënt- en delictkenmerken gerelateerd waren aan een OA is het verband zwak en het voorspellen van een (recidive tijdens) OA moeilijk. Hieruit kunnen we concluderen dat het gehele besluitvormingsproces rondom verlof over het algemeen zorgvuldig verloopt; in 99,85% van de positief geadviseerde verlofaanvragen verloopt het verlof veilig (geen recidive). Daarbij dient nog vermeld te worden dat we binnen dit onderzoek keken naar verlofaanvragen, als we kijken naar het totaal aantal verlobbewegingen (zo'n 70.000 per jaar) is dit nog lager.

Uiteraard is iedere recidive er een te veel en moeten we er alles aan doen om die te voorkomen. Maar 100% garantie is een illusie. Dit werd ook duidelijk verwoord door de commissie-Visser: 'Geen enkel systeem, geen enkele oplossing kan 100% veiligheid garanderen' (Visser, 2008, p. 18). Hoe zorgvuldig de wegingen en inschatting ook worden gemaakt, zeer incidentele onttrekkingen en recidives zijn onvermijdelijk. Voorkomen dient te worden dat incidenten met betrekking tot OA's en recidives grotendeels het beleid gaan bepalen. Ik verwijs daarbij graag naar de tijdlijn van stelselwijzigingen in de forensische zorg en de bespreking van de gevolgen ervan naar Van der Wolf et al. (2020), met name les 8 (p. 60): 'De forensische zorg presteert steeds beter ten aanzien van recidivereductie, maar incidenten bepalen grotendeels het beeld en het beleid.'

## CONCLUSIE

Er zitten zeker steekjes los bij de patiënten, professionals en processen in de forensische zorg. Maar er is ook veel potentie, herstel en veerkracht. Uiteindelijk hoeft een klein steekje los niet zo erg te zijn, dat maakt het uniek. Te grote steken kunnen er evenwel voor zorgen dat alles uit elkaar valt.

Als het bouwwerk als geheel stevig is, kan een klein steekje los best. Er zijn een aantal parallelle thema's waar de komende jaren meer onderzoek naar moet worden gedaan: veerkracht; *trauma-informed* werken, zorgvuldige communicatie en samenwerking.

*Uiteindelijk ging het met Kimberly niet zo goed. Er is een paar keer geprobeerd haar te resocialiseren, maar ze viel steeds weer terug in middelengebruik en risicovol gedrag. Haar gezondheidsproblemen werden steeds ernstiger. Ook cognitief had ze problemen, onder meer met haar geheugen. Uiteindelijk is ze overgeplaatst naar een longcare-afdeling waar de behandeling niet zozeer gericht is op terugkeer in de maatschappij, maar*



op kwaliteit van leven. Positief is dat zij met behulp van een forensisch netwerkbegeleider contact kreeg met haar kind, wat voor haar heel waardevol was. Daar kon, ondanks dat er nog genoeg losse steekjes bleven, iets gerepareerd worden.

#### OVER DE AUTEUR

Vivienne de Vogel is bijzonder hoogleraar forensische zorg aan de Universiteit Maastricht. Ook is zij lector werken in justitieel kader aan de Hogeschool Utrecht en onderzoeker bij De Forensische Zorgspecialisten. Dit artikel is een lichte bewerking van de oratie die ze uitsprak bij de aanvaarding van haar leerstoel op 24 maart 2023. E-mail: vivienne.devogel@hu.nl.

## Literatuur

- Bernstein, D., Keulen-de Vos, M., Clerck, M., Vogel, V. de, Kersten, G. C. M., Lancel, M., Jonkers, P. P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N. J., Deenen, T. A. M. & Arntz, A. (2023). Schema therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 53(1), 88-102. doi:10.1017/S0033291721001161
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2-10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
- Bulten, E., Vogel, V. de & Kordelaar, W. van (2022). Onttrekkingen en recidive tijdens tbs-verlof: De wet van de kleine aantallen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64, 657-662.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (2019). Reprint of: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Fritzton, K., Miller, S., Bargh, D., Hollows, K., Osborne, A. & Howlett, A. (2021). Understanding the relationships between trauma and criminogenic risk using the Risk-Need-Responsivity model. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(3), 294-323. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.180697>
- Hamby, S., Elm, J. H., Howell, K. H. & Merrick, M. T. (2021). Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *American Psychologist*, 76(2), 230-242. <https://doi.org/10.1037/amp0000763>
- McIntosh, L. G., Janes, S., O'Rourke, S. & Thomson, L. D. (2021). Effectiveness of psychological and psychosocial interventions for forensic mental health inpatients: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 58, 101551. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101551>
- Moulden H. M. & Firestone, P. (2007). Vicarious traumatization: The impact on therapists who work with sexual offenders. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(1), 67-83. [https://doi.org/10.1057/9780230249165\\_10](https://doi.org/10.1057/9780230249165_10)
- Nagtegaal, M. H., Goethals, K. R. I. S. & Meynen, G. (2016). De tbs-maatregel: Kosten en baten in perspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(10), 739-745.
- NOS (2023). <https://nos.nl/artikel/2457530-tbs-systeem-zit-muurvast-elke-bezemkast-omgebouwd>
- Papalia, N., Spivak, B., Daffern, M. & Ogloff, J. R. (2019). A meta-analytic review of the efficacy of psychological treatments for violent offenders in correctional and forensic mental health settings. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12282. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12282>
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. SAMHSA.
- Sprang, G. Craig, C. & Clark J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: A comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child Welfare* 90(6), 149-168.
- Verstegen, N. (2023). *Hurt people hurt people. Characteristics and impact of inpatient aggression in forensic mental health care*. Dissertation Maastricht University.
- Verstegen, N., Vogel, V. de, Huitema, A., Didden, R. & Nijman, H. (2020). Physical violence during mandatory psychiatric treatment: Prevalence and patient characteristics. *Criminal Justice & Behavior*, 47(7), 771-789. doi: <https://doi.org/10.1177/0093854820924691>
- Visser, A. P. (2008). *TBS, vandaag over gisteren en morgen. Een inleiding over het parlementair onderzoek TBS*. Ontmoetingen, voordrachtenreeks van het Lutje P. J. G., 14, 1-18.
- Vogel, V. de (2022). Risicotaxatie bij vrouwen. *Expertise en Recht*, 2022-2, 35-40
- Vogel, V. de, Bruijn, M. de, Klein Haneveld, E., Leong, J., Robbe, E., Steunenberg, D., Verhees, M. & Vissers, A. (2023). *Behandelen van vrouwen: Een vak apart? Ontwikkeling van een handreiking voor het behandelen van vrouwen in de klinische forensische zorg*. Utrecht: KFZ. Beschikbaar: <https://kfz.nl/projecten/behandelen-van-vrouwen-in-forensische-klinische-zorg-eeen-vak-apart-het-ontwikkelen-van-richtlijnen-voor-de-behandeling-van-vrouwen-in-de-forensische-klinische-zorg>
- Vogel, V. de, Schaftenaar, P. & Clercx, M. (2019). *Mind the gap. Continuïteit in de forensische zorgketen. Eindrapportage KFZ*. Utrecht: KFZ. Beschikbaar <https://kfz.nl/resultaten/mind-the-gap-continuïteit-in-de-forensische-keten-precall-2018-79>
- Vogel, V. de, Stam, J., Bouman, Y., Horst, P. ter, & Lancel, M. (2016). Violent women: A multicentre study into gender differences in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27, 145-168. doi: 10.1080/14789949.2015.1102312
- Vogel, V. de & Uzieblo, K. (2020). Geweld in tijden van Corona. Hoe de COVID-19 pandemie het stereotype denken over huiselijk geweld nog duidelijker blootlegt. *De Psycholoog*, Oktober, 34-42.
- Vogel, V. de, Uzieblo, K. & Broek, E. van den (2022). Is er ruis op de lijn? Het belang van heldere risicocommunicatie. *Sancties*, 2022-42, 153-162.
- Vogel, V. de & Verstegen, N. (2021). Zelfbeschadigend gedrag door patiënten in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(6), 419-424.
- White, L. M., Aalsma, M. C., Holloway, E. D., Adams, E. L. & Salyers, M. P. (2015). Job-related burnout among juvenile probation officers: Implications for mental health stigma and competency. *Psychological Services*, 12(3), 291-302.
- Wolf, M. J. F. van der, Reef, J. & Wams, A. C. (2020). *Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijldijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*. Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden. Beschikbaar: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/11/02/tk-bijlage-rapport-van-der-wolf-visie-forensische-zorg>