

# Geweld tegen Psychiatrische Patiënten

**Subsidieronde 2009**

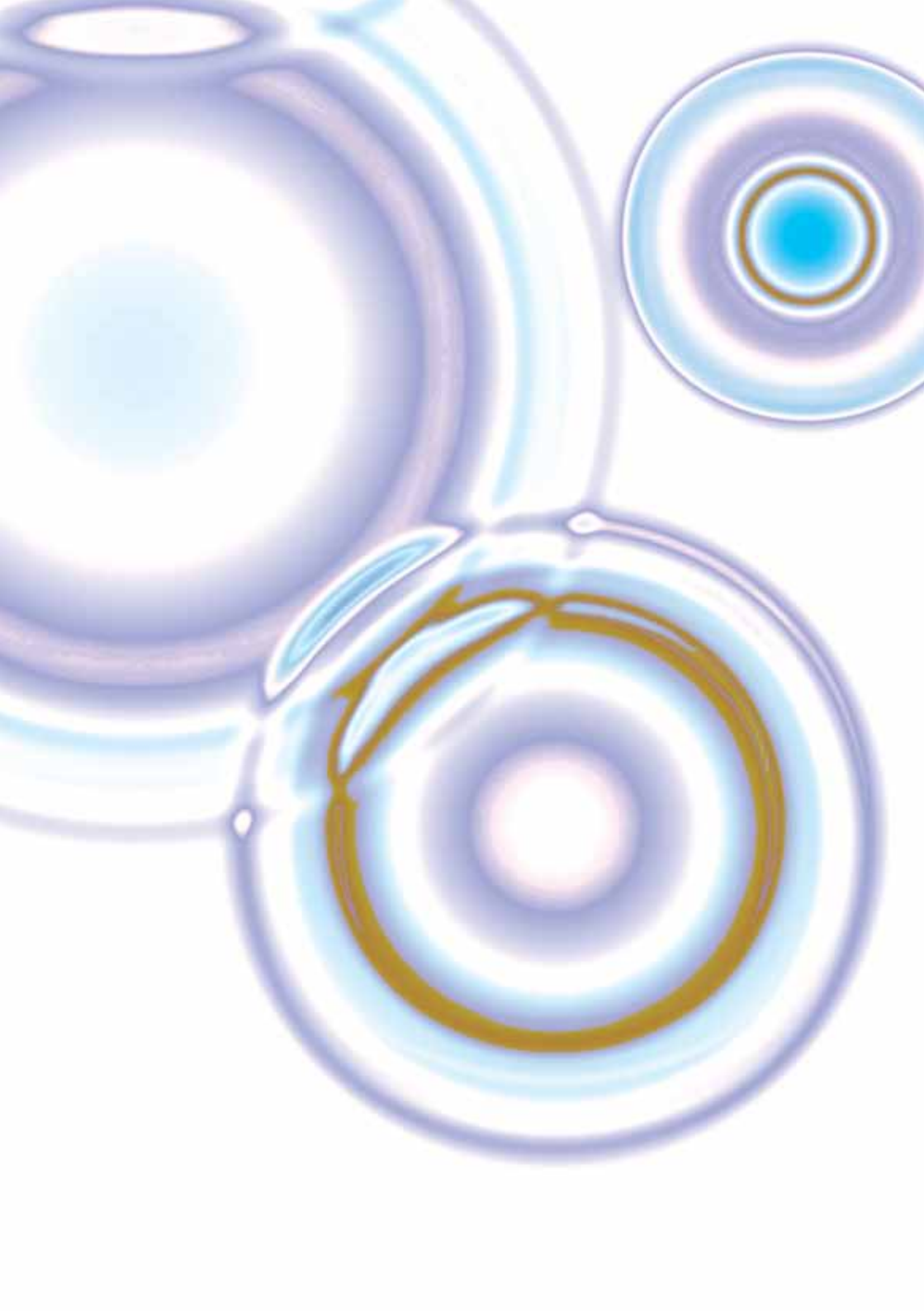
Den Haag, juli 2009

Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek



# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Doel</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Richtlijnen voor aanvragers</b>	<b>13</b>
3.1	Wie kan aanvragen	13
3.2	Wat kan aangevraagd worden	13
3.3	Wanneer kan aangevraagd worden	15
3.4	Het opstellen van de aanvraag	15
3.5	Specifieke subsidievoorwaarden	15
3.6	Het indienen van een aanvraag	15
<b>4</b>	<b>Beoordelingsprocedure</b>	<b>17</b>
4.1	Procedure	17
4.2	Criteria	18
4.3	Samenstelling commissie	19
<b>5</b>	<b>Overige informatie</b>	<b>21</b>
5.1	Contact	21
<b>6</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>23</b>
	Bijlage 1 NWO onderzoeksprogramma	25
	Bijlage 2 Resultaten van het vooronderzoek	49
	Bijlage 3 Tabellen	109



# 1 Inleiding

De Stichting tot Steun VCVGZ (Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken) heeft in 2008 het initiatief genomen om met behulp van NWO-MaGW een onderzoeksprogramma te ontwikkelen gericht op het thema 'Geweld tegen Psychiatrische Patiënten'. Het initiatief van de Stichting tot Steun VCVGZ sloot goed aan op het thema Conflict en Veiligheid van NWO. Dit heeft geleid tot het samen opzetten van een onderzoeksprogramma.

Het onderwerp '*Geweld tegen Psychiatrische Patiënten*' komt voort uit de waarneming die wordt bevestigd door enkele recente buitenlandse artikelen: de prevalentie van het geweld tegen psychiatrische patiënten in de Westerse samenleving is veel hoger dan die van het geweld in omgekeerde richting. Deze constatering roept vragen op, omdat het lijkt te gaan om een witte plek in de Nederlandse onderzoeksliteratuur. De sterk toegenomen pogingen tot maatschappelijke re-integratie van chronische psychiatrische patiënten in de laatste decennia en de daarmee gepaard gaande de-institutionalisering, verlopen lang niet altijd probleemloos en roepen de nodige discriminatoire en stigmatiserende tendensen op. Gewelddadig gedrag tegenover psychiatrische patiënten in enigerlei vorm kan daar een belangrijk aspect van zijn, zoals incidentele, niet systematisch beschreven praktijkwaarnemingen leren, maar lijkt in Nederland als zodanig niet op te vallen of niet herkend te worden als een fenomeen van betekenis. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn, dat het hier veel minder voorkomt dan elders in de Westerse wereld.

Om meer duidelijkheid te krijgen over de aard en het voorkomen van geweld tegen psychiatrische patiënten hebben de Stichting en NWO besloten om een onderzoeksprogramma te starten. Het betreft een voldoende belangrijk probleem voor een onderzoeksprogramma, mede gezien de consequenties die dat voor de hulpverlening zou kunnen hebben. De hoofddoelstelling van dit onderzoeksprogramma is om te stimuleren dat praktisch werkzame hulpverleners in samenwerking met onderzoekers tot interventie-experimenten komen. De interventie-experimenten behoeven voldoende theoretisch- wetenschappelijke basis om effectief te kunnen zijn. Het

gaat er hierbij om dat niet alleen duidelijk wordt welke interventie-experimenten werken, maar ook waarom zij werken. Hiervoor is inzicht nodig in de achterliggende mechanismen die een rol spelen bij het ontstaan en voorkomen van geweld tegen psychiatrische patiënten.

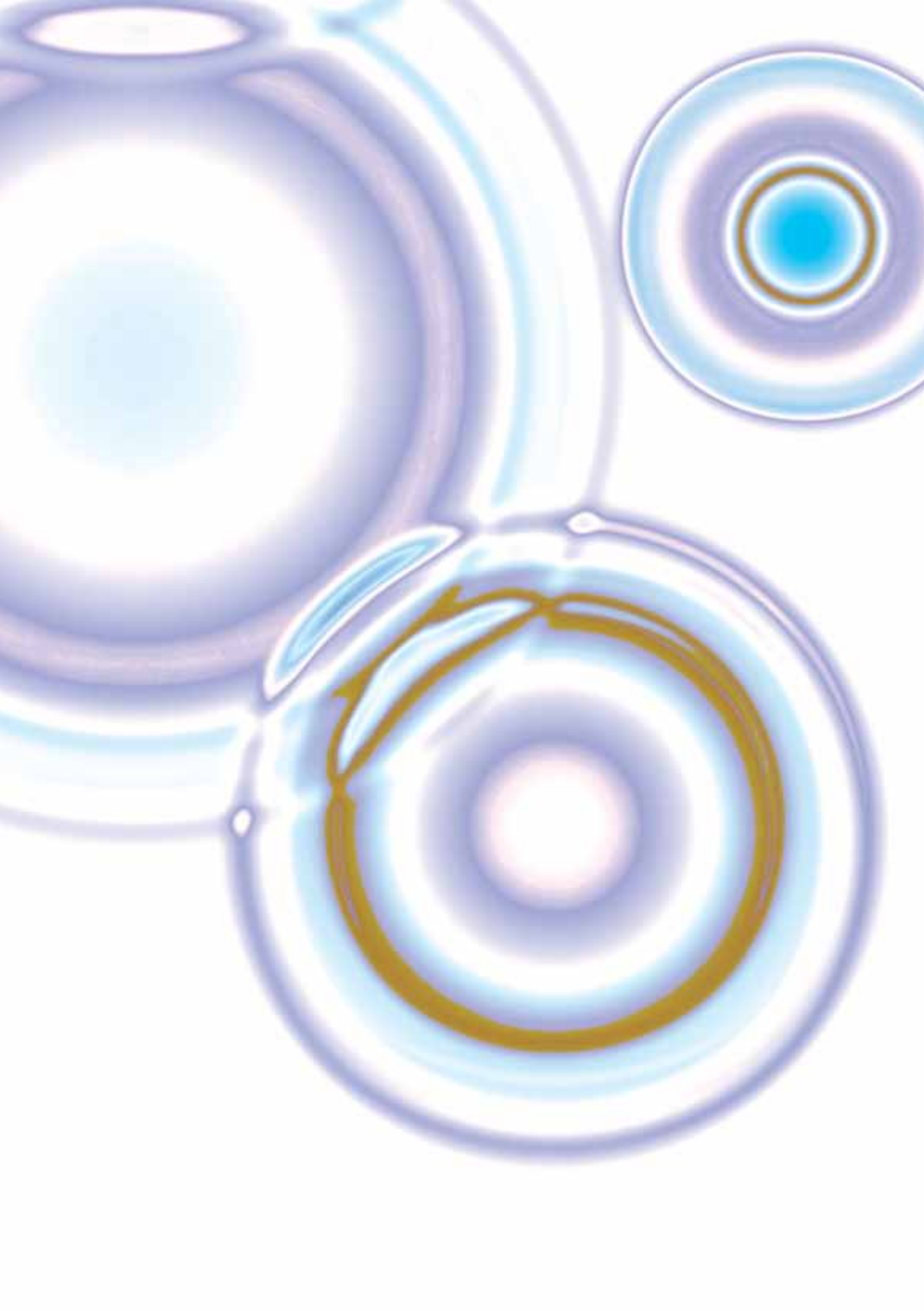
Het vergroten van kennis over dit fenomeen, en het, op de lange termijn, verkrijgen van inzichten, zijn belangrijk voor de beeldvorming van de psychiatrische patiënten. De beeldvorming van deze groep wordt in niet geringe mate bepaald door het bij tijd en wijle in de media uitvoerig gerapporteerde gewelddadig gedrag van de patiënten. Uit de ter beschikking staande (buitenlandse) literatuur kon worden opgemaakt, dat dit type geweld niet zelden als gevolg van eerder opgetreden geweld tegen hen moet worden beschouwd. Dit soort bevindingen zou hun gedrag in een ander perspectief kunnen plaatsen, dan dat van een zinloze, uit een onbegrijpelijke, door een ernstige psychische stoornis bepaalde abnormale motivatie voortkomende calamiteit.

Alvorens een onderzoeksprogramma uit te zetten is vooronderzoek gedaan, bestaande uit een literatuurstudie en een inventarisatie van het lopende internationale en nationale onderzoek. Dit is verricht door het Kenniscentrum Rehabilitatie te Utrecht en het O3 onderzoekscentrum GGZ Rijnmond te Rotterdam, onder leiding van dr. J. van Weeghel en prof. C.L. Mulder. De belangrijkste conclusies van het rapport ter zake (zie bijlagen) laten zich, zeer in het kort, als volgt samenvatten.

1. In het buitenland, met name in de Verenigde Staten, Canada en het Verenigd Koninkrijk bestaat een onderzoekstraditie op dit gebied, in Nederland helemaal niet. De gemeten jaarprevalenties liggen internationaal tussen de 16-60%. In Nederland voor zover te destilleren uit de schaarse gegevens tussen de 8% en 20%. Dit wijst er op dat de prevalenties mogelijk hoger zijn dan die in de algemene bevolking. De grote spreiding van de aantallen geeft aan met hoeveel onzekerheid deze eerste conclusie omgeven is.
2. Zowel internationaal als nationaal zijn er grote methodologische tekortkomingen te constateren, waaronder die van het gebrek aan goede en onderling vergelijkbare meetinstrumenten het belangrijkste zijn. In Nederland ontbreken ze zelfs geheel.

3. Door onvoldoende gegevens over risicofactoren is het nog niet mogelijk gebleken een conceptueel model te ontwikkelen dat als basis kan dienen voor interventies.
4. Onderzoek naar de effecten van interventies is vrijwel afwezig.

Door de programmacommissie die is ingesteld door de Stichting tot Steun VCVGZ en NWO is besloten om te starten met een aantal epidemiologische studies naar de aard en het voorkomen van geweld tegen psychiatrische patiënten. De studies die worden uitgezet zullen inzicht en kennis moeten geven over het voorkomen van geweld tegen psychiatrische patiënten in Nederland.



## 2 Doel

Hoewel er wel signalen zijn dat psychiatrische patiënten slachtoffer worden van geweld, uitbuiting en intimidatie, is daar weinig aandacht voor in het onderzoek. Het gaat hierbij niet alleen om criminele handelingen door vreemden, maar ook door geweld en mishandeling door buurtgenoten, familieleden, medepatiënten en hulpverleners. Er is ook een grote diversiteit aan delicten: uitbuiting, afpersing, diefstal, mishandeling en verkrachting. De gevolgen van het geweld hebben lichamelijke en psychische gevolgen, maken de personen meer kwetsbaar voor herhaald geweld en dit geweld tast in algemene zin de kwaliteit van het leven van het slachtoffer aan. Geconcludeerd kan worden dat het hier gaat om een ernstig probleem voor de betrokkenen, en door de mogelijke schaal wellicht ook een maatschappelijk probleem, waar in Nederland nauwelijks onderzoekers in Nederland actief mee bezig zijn en waar weinig wetenschappelijke kennis over aanwezig is.

Voor zover bekend is dit thema nog geen speerpunt geweest van Nederlands onderzoek. In een breder kader zijn vragen naar slachtofferschap van criminaliteit wel gesteld. In de jaren negentig werd de Lancashire Quality of Life Profile geïntroduceerd in Nederland. Deze vragenlijst is sindsdien veel afgenomen bij mensen met ernstige psychische stoornissen. De vragenlijst informeert op hoofdlijnen naar slachtofferschap van geweld en criminaliteit. In één van de recentere onderzoeken met deze vragenlijst in de maatschappelijke opvang in Tilburg bleek in 2004/2005 30% van de cliënten slachtoffer van geweld geweest te zijn. Tussen de diverse voorzieningen zat een grote variatie van 11% tot 67%. 20% was zelf beschuldigd van een misdrijf. Een dergelijk gegeven wijst erop dat 'psychiatrie' in nader onderzoek het beste breed zou kunnen worden opgevat, inclusief maatschappelijke opvang en verslavingszorg. De doelgroep voor het onderzoek is in de eerste plaats volwassen patiënten die lijden aan 'severe mental illness' (SMI) en de daarbij voorkomende co-morbiditeit. Andere groepen volwassen psychiatrische patiënten met een enigszins vergelijkbare ziektelast c.q. zorgzwaarte kunnen ook opgenomen worden in het onderzoek.

De onderstaande vragen moeten dan dienovereenkomstig worden aangepast.

Een probleem dat samen zou kunnen hangen met het geweld tegen psychiatrische patiënten is een beperkt draagvlak om psychiatrische patiënten als volwaardige burger te accepteren. Oftewel: veel patiënten ervaren stigma. Dit wordt internationaal gezien als de belangrijkste barrière voor vermaatschappelijking en zou een relatie kunnen hebben met het ontbreken van publieke en onderzoeksbelangstelling voor geweld tegen psychiatrische patiënten.

Het programma *Geweld tegen psychiatrische patiënten* heeft als doel om risicofactoren voor psychiatrische patiënten te ontdekken om vervolgens interventies te ontwerpen die geïmplementeerd kunnen worden om het geweld tegen deze patiënten te verminderen. Deze subsidieronde is niet direct gericht op deze laatste aspecten. Deze subsidieronde is gericht op het uitzetten van epidemiologisch onderzoek naar het vóórkomen van geweld tegen psychiatrische patiënten. In een latere fase van het programma zullen de andere aspecten aan bod komen.

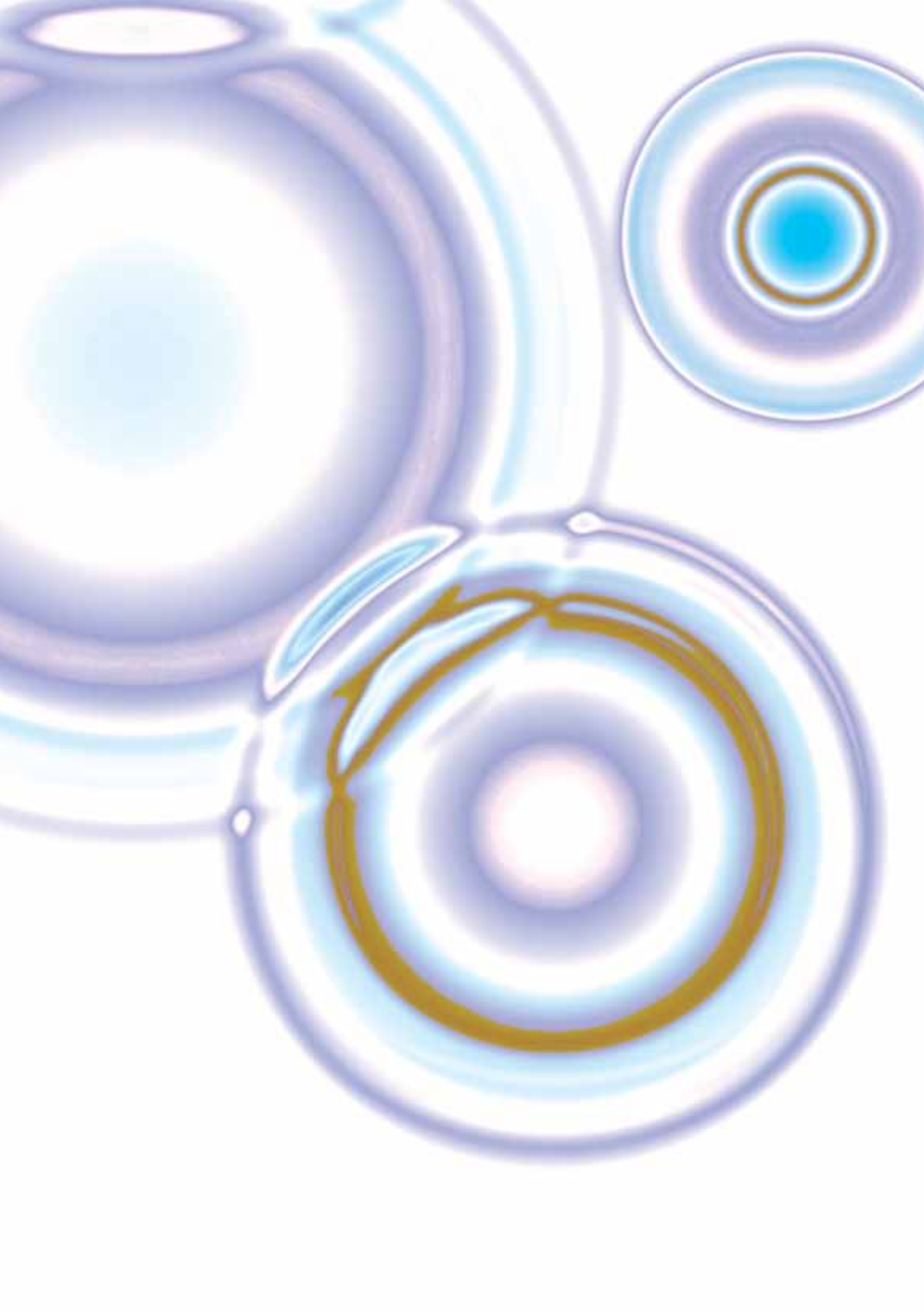
In deze subsidieronde wordt opgeroepen om onderzoeksvoorstellen in te dienen die zich richten op het beantwoorden van de volgende vijf vragen:

1. Wat is een qua betrouwbaarheid en validiteit geschikte methodiek om bij patiënten lijdend aan een SMI in diverse relevante settings de aard, prevalentie, incidentie, risicofactoren en gevolgen van z.g. victimisatie vast te stellen? Het is daarbij in ieder geval van belang aandacht te schenken aan de relatie met discriminatie, stigmatisering en daderschap van geweld. De ontwikkeling van een goed meetinstrumentarium lijkt daarbij uitermate belangrijk.
2. Wat zijn de aard, prevalentie, incidentie en risicofactoren van de victimisatie van patiënten met SMI in Nederland in de diverse relevante settings?
3. Welke is de relatie van de onder vraag 2 genoemde variabelen met (ervaren) discriminatie, (zelf) stigmatisering en daderschap?

4. Welke zijn de gevolgen van victimisatie van patiënten met SMI in Nederland?
5. Welk verklarend model past het beste bij de gegevens die met het in vraag 2, 3, 4 en 5 aangeduide onderzoek zijn verkregen?

Door de programmacommissie is besloten om, gezien het feit dat er in Nederland nog geen onderzoekstraditie bestaat in de vorm van in deze thematiek gespecialiseerde onderzoeksgroepen, de mogelijkheid te bieden op uiteenlopende manieren in te gaan op de hierboven gestelde vragen. Als voorbeelden kan men denken aan de mogelijkheid een nieuw epidemiologisch onderzoek op te zetten, maar ook aan het aansluiten bij al lopend onderzoek of zelfs aan het gebruik maken van bestaande databestanden, een en ander al of niet in combinatie. Ook kan men zich concentreren op een goed omschreven subpopulatie van SMI patiënten. Dat laat wel onverlet, dat het bevredigend beantwoorden van vraag 1 een absolute voorwaarde is voor elk type onderzoek. Onderzoek dat zich richt op de beantwoording van meer dan één van deze vragen verdient de voorkeur.

De verwachting is dat er na deze voorbereidende fase een vervolgcall komt waarbij gestimuleerd wordt om de data te gebruiken voor het vervolgonderzoek. De met de subsidie opgebouwde dataverzameling dient daarom na afloop van het project duurzaam te worden gearhiveerd, ontsloten en beschikbaar gesteld voor verder wetenschappelijk onderzoek. In de aanvraag dient beschreven te zijn hoe dit gerealiseerd zal worden, en wie gedurende een nader te bepalen periode toestemming dient te geven voor het gebruik van de verzamelde gegevens.



## 3 Richtlijnen voor aanvragers

### 3.1 Wie kan aanvragen

Aanvragen kunnen worden ingediend door gepromoveerde onderzoekers van zowel Nederlandse instellingen voor wetenschappelijk onderwijs en onderzoek als van NWO-erkende instellingen.

### 3.2 Wat kan aangevraagd worden

Voor het onderzoek naar de vragen zoals beschreven in hoofdstuk 2 *Doel*, is in totaal maximaal € 1.000.000 beschikbaar. Het onderzoek moet drie maanden na toekenning van start gaan en in de zomer van 2011 afgerond zijn. De gegevens die zijn verzameld door het onderzoek uit deze call, kunnen vervolgens aangewend worden voor verder onderzoek in een vervolg call. In de eerste call is geen mogelijkheid voor promotieonderzoek.

Er kan subsidie worden aangevraagd ter dekking van zowel de personele als de materiële kosten die voor het onderzoek moeten worden gemaakt. De maximaal aan te vragen subsidie per project bedraagt € 400.000.

#### Personele kosten

Voor de salariering van speciaal voor de duur van het onderzoek aan te stellen wetenschappelijke onderzoekers kan subsidie worden aangevraagd. Aanvragers kunnen in de onderzoeksbegroting geen salaris, toelage voor levensonderhoud, of enige vergoeding voor zichzelf opnemen. De aan te stellen onderzoekers komen in dienst van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd, en hun inzet dient gemotiveerd te worden op het aanvraagformulier. Er kunnen uitsluitend postdoc onderzoekers worden aangevraagd. Personeel dat geen onderzoek verricht, maar uitsluitend wordt ingezet voor het uitvoeren van de epidemiologische studie dient opgevoerd te worden bij de materiële kosten.

### Postdoc onderzoeker

- Een postdoc onderzoeker is op het moment van de aanstelling gepromoveerd, of de promotiedatum is vastgesteld.
- De aanstellingsduur voor een postdoc onderzoeker bedraagt maximaal één jaar.
- Subsidieering van postdoc onderzoeker vindt plaats in de vorm van een bijdrage met een maximum van € 67.845,- per jaar<sup>1</sup>.
- Op de subsidieverlening is het door NWO met de VSNU gesloten akkoord van 1 oktober 2008 van toepassing, met name de hierbij geldende inschalingsregels en daarbij behorende salarisvergoedingen.

### Materiële kosten

Materiële kosten dienen gemotiveerd te worden en worden lump sum vergoed. Aangevraagd kunnen worden subsidies ter dekking van excessieve materiële kosten voortvloeiend uit het onderzoek, zoals voor personele en materiële kosten ten behoeve van het houden van enquêtes, het doen van experimenten en testonderzoek en het koppelen of gebruiksklaar maken van databestanden. De kosten van apparatuur, van verbruiksgoederen of van administratieve of technische hulp, die tot het gebruikelijke voorzieningenpakket van een onderzoeksinstelling gerekend moeten worden en de kosten voor computergebruik bij rekencentra alsmede voor het gebruik van laboratoria komen niet in aanmerking voor subsidieering, tenzij het onderzoek een gebruik van faciliteiten met zich meebrengt dat aantoonbaar uitgaat boven het normale gebruik. Bovendien worden uitsluitend de kosten vergoed die rechtstreeks voortvloeien uit het onderzoek. Er kunnen derhalve bijvoorbeeld geen huisvestings-, overhead-, onderhouds- of afschrijvingskosten uit de toegekende subsidie worden bekostigd.

---

<sup>1</sup> Uitgangspunt voor toe te kennen subsidies ten behoeve van personele kosten zijn de afspraken die door NWO met de universiteiten hierover conform contract NWO-VSNU (Tabel G-posten voor toekenningen) zijn gemaakt, zoals die gelden op het moment van toekenning.

### 3.3 Wanneer kan aangevraagd worden

Aanvragen voor subsidies kunnen uiterlijk tot 3 november 2009, 12.00 uur en uitsluitend via het elektronische aanvraagstelsysteem (Iris van NWO) worden ingediend (zie de website: [www.nwo.nl/gtpp](http://www.nwo.nl/gtpp)). Na genoemd tijdstip ingediende aanvragen worden niet ontvankelijk verklaard.

### 3.4 Het opstellen van de aanvraag

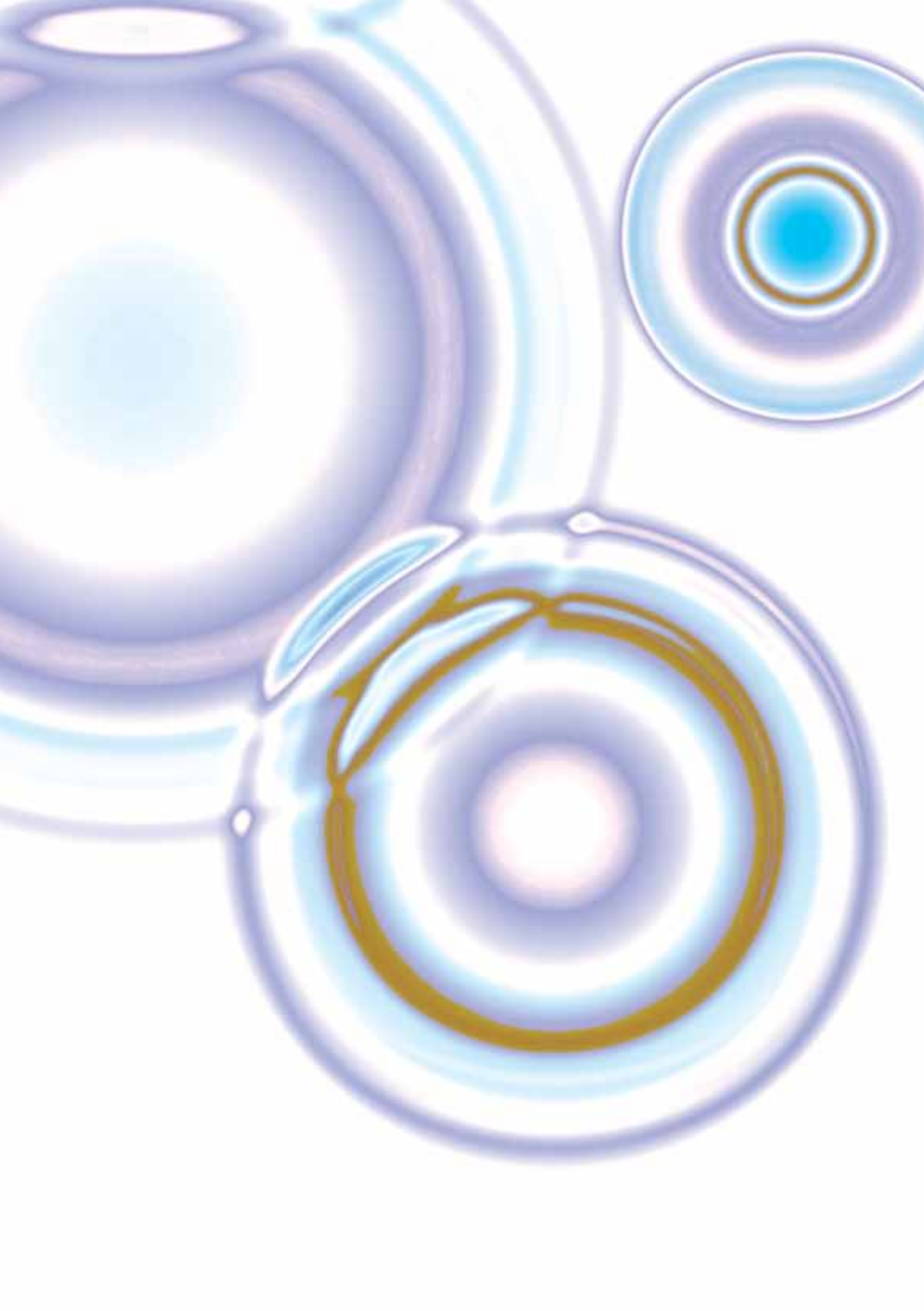
Op de website is een aanvraagformulier beschikbaar gesteld. Het aanvraagformulier met de uitleg kan worden gedownload vanaf de website [www.nwo.nl/gtpp](http://www.nwo.nl/gtpp).

### 3.5 Specifieke subsidievoorwaarden

De met de investering opgebouwde dataverzamelingen dienen na afloop van het project duurzaam te worden gearchiveerd, ontsloten en beschikbaar gesteld voor verder wetenschappelijk onderzoek. In de aanvraag dient beschreven te zijn hoe dit gerealiseerd zal worden. Bij aanvang van het project wordt een datacontract gesloten tussen de aanvrager en DANS, waarin wordt beschreven onder welke voorwaarden en wanneer de data aan DANS of een ander 'trusted digital repository' zullen worden overgedragen. Voor meer specifieke informatie kunt u het pdf-document 'Data-archivering en beschikbaarstelling' raadplegen.

### 3.6 Het indienen van een aanvraag

Indienen kan op de NWO-gebruikelijke wijze in het Irisstelsysteem. Aanvragen die niet door middel van het elektronische aanvraagstelsysteem Iris worden ingediend, worden niet in behandeling genomen. De aanvraag dient ingediend te worden op het juiste en volledig ingevulde aanvraagformulier. Aanvragers ontvangen binnen twee weken na indiening een schriftelijke bevestiging waarin staat of de aanvraag geaccepteerd is of niet.



## 4 Beoordelingsprocedure

### 4.1 Procedure

Voor de subsidieronde *Geweld tegen psychiatrische patiënten* geldt dat er niet wordt gewerkt met vooraanmeldingen. De aanvraagprocedure begint met het indienen van de uitgewerkte onderzoeksvoorstellen. Vervolgens toetst het NWO-bureau de aanvragen op ontvankelijkheid.

Er wordt een aparte beoordelingscommissie samengesteld die de binnengekomen voorstellen zal beoordelen en advies uit zal brengen aan de programmacommissie. De beoordelingscommissie beoordeelt de onderzoeksvoorstellen die ontvankelijk zijn verklaard. Deze beoordeling geschiedt op basis van de wetenschappelijke kwaliteit, het belang voor het programma en financieel/technische criteria. De programmacommissie beslist op advies van de beoordelingscommissie aan welke onderzoeksvoorstellen subsidie wordt verleend. De leden van de beoordelingscommissie beoordelen de onderzoeksvoorstellen aan de hand van de in deze brochure opgenomen beoordelingscriteria. Voor elk onderzoeksvoorstel zal maximaal één externe referent worden gevraagd om een beoordelingsrapport op te stellen, en wordt er een beoordelingsrapport opgesteld door een commissielid. Beide beoordelingsrapporten worden voor weerwoord voorgelegd aan de aanvrager.

Tijdens de vergadering beoordeelt de beoordelingscommissie de onderzoeksvoorstellen aan de hand van de criteria, de beoordelingsrapporten en het weerwoord. Elk voorstel krijgt een kwalificatie: subsidiabel, subsidiabel na aanpassing of niet-subsidiabel. Vervolgens stelt de commissie gezamenlijk een prioritering op van de subsidiabele onderzoeksvoorstellen, dat wil zeggen een volgorde van gewenste uitvoering van de voorstellen. Ook hierbij zijn de beoordelingscriteria leidend. Onderzoeksvoorstellen van onvoldoende wetenschappelijke kwaliteit komen niet in aanmerking voor uitvoering met subsidie.

Het advies van de beoordelingscommissie – de beoordeling en de prioritering – wordt door de voorzitter van de commissie aan de programmacommissie overgebracht. Met als uitgangspunt de

prioriteitsvolgorde in het advies van de beoordelingscommissie stelt de programmacommissie de te honoreren onderzoeken vast, daarbij rekening houdend met beleidsmatige aspecten zoals evenwicht in het programma en het beschikbare budget.

### Tijdpad

De aanvraagprocedure start in 2009 met het volgende tijdschema:

juli 2009: Oproep tot het indienen van aanvragen

- 3 september 2009: Startbijeenkomst
- 3 november 2009: Deadline voor het indienen van aanvragen
- februari 2010: Beoordeling en selectie van de aanvragen
- april 2010: de programmacommissie neemt een besluit
- mei 2010: Start onderzoek

## 4.2 Criteria

De aanvragen ingediend in het kader van het programma Geweld tegen Psychiatrische Patiënten worden beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

### a Wetenschappelijke kwaliteit

Bij het criterium wetenschappelijke kwaliteit gaat het om:

- Kwaliteit van het met de subsidie uit te voeren onderzoek;
- De originaliteit en het vernieuwende karakter van het met de subsidie uit te voeren onderzoek;
- De technische haalbaarheid van het aangevraagde onderzoek;
- Doeltreffendheid van de aanpak;
- Kwaliteit en competentie van de aanvragende onderzoekers of het onderzoeksteam;
- Het theoretische, methodische of descriptieve belang van het onderzoek.

#### **b**    **Programmatisch belang**

Bij het criterium programmatisch belang gaat het om:

- Belang van de het onderzoek voor het onderzoeksprogramma;
- De relevantie van het voorgestelde onderzoek voor de in het programma geïdentificeerde vraagstukken;
- Leidt het onderzoek tot inzichten voor beleid of die kunnen leiden tot interventies;
- Bijdrage van het onderzoek aan maatschappelijke agendasetting;
- Draagt het onderzoek bij aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de probleemstelling die leidend is voor dit programma.

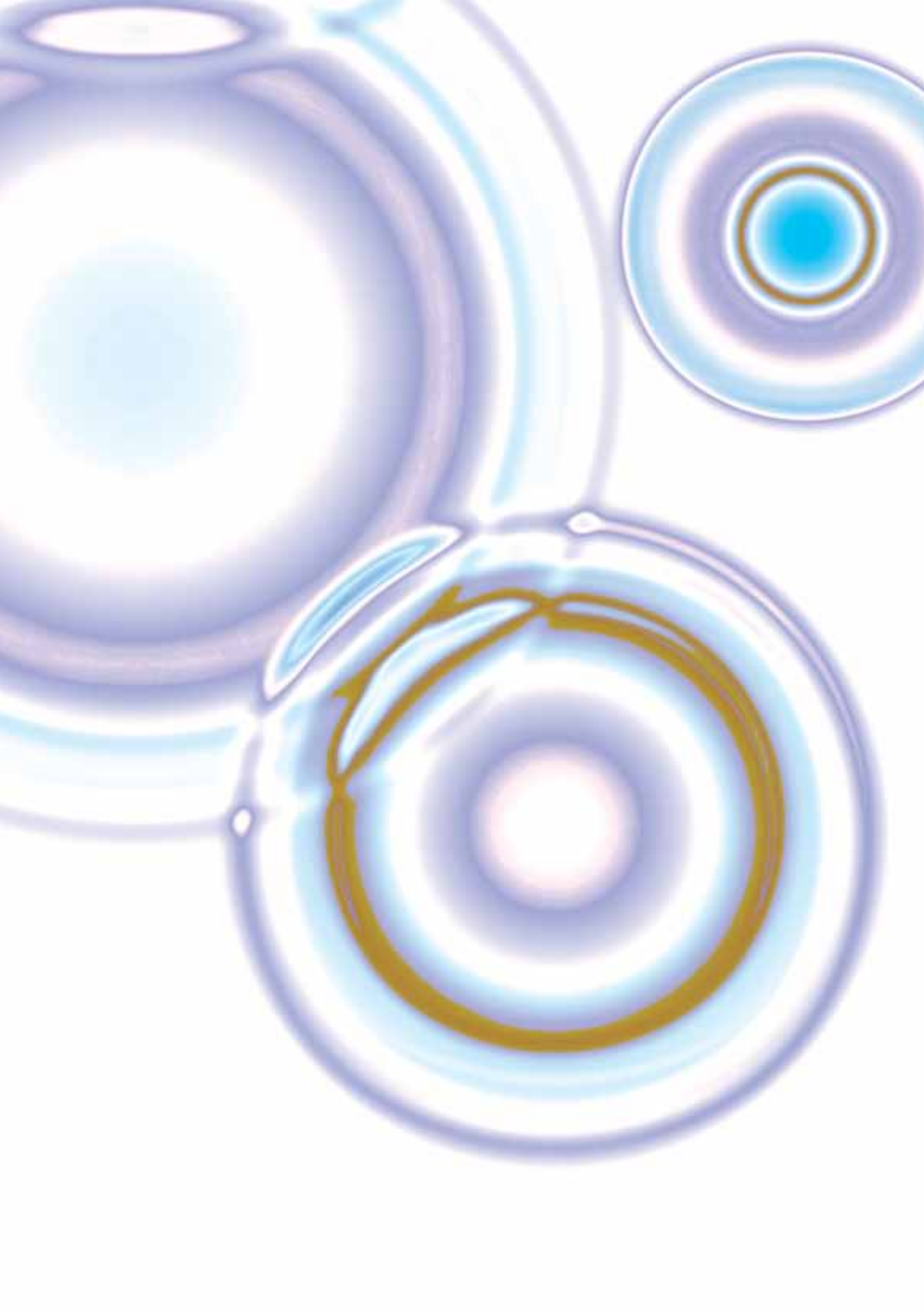
#### **c**    **Financiële/technische criteria**

Bij dit laatste criterium zal de aanvraag getoetst worden op:

- Deugdelijkheid van de begroting;
- Redelijke raming van de aangevraagde personele en materiële middelen.

### **4.3 Samenstelling commissie**

De programmacommissie Geweld tegen psychiatrische patiënten bestaat uit de volgende vier leden: prof.dr. W. van Tilburg em.(VU), prof.dr. E. van Leeuwen (RUN), prof.dr.mr. J.J.M. van Dijk (UvT), prof. dr. C. Schuengel (VU).





# 5 Overige informatie

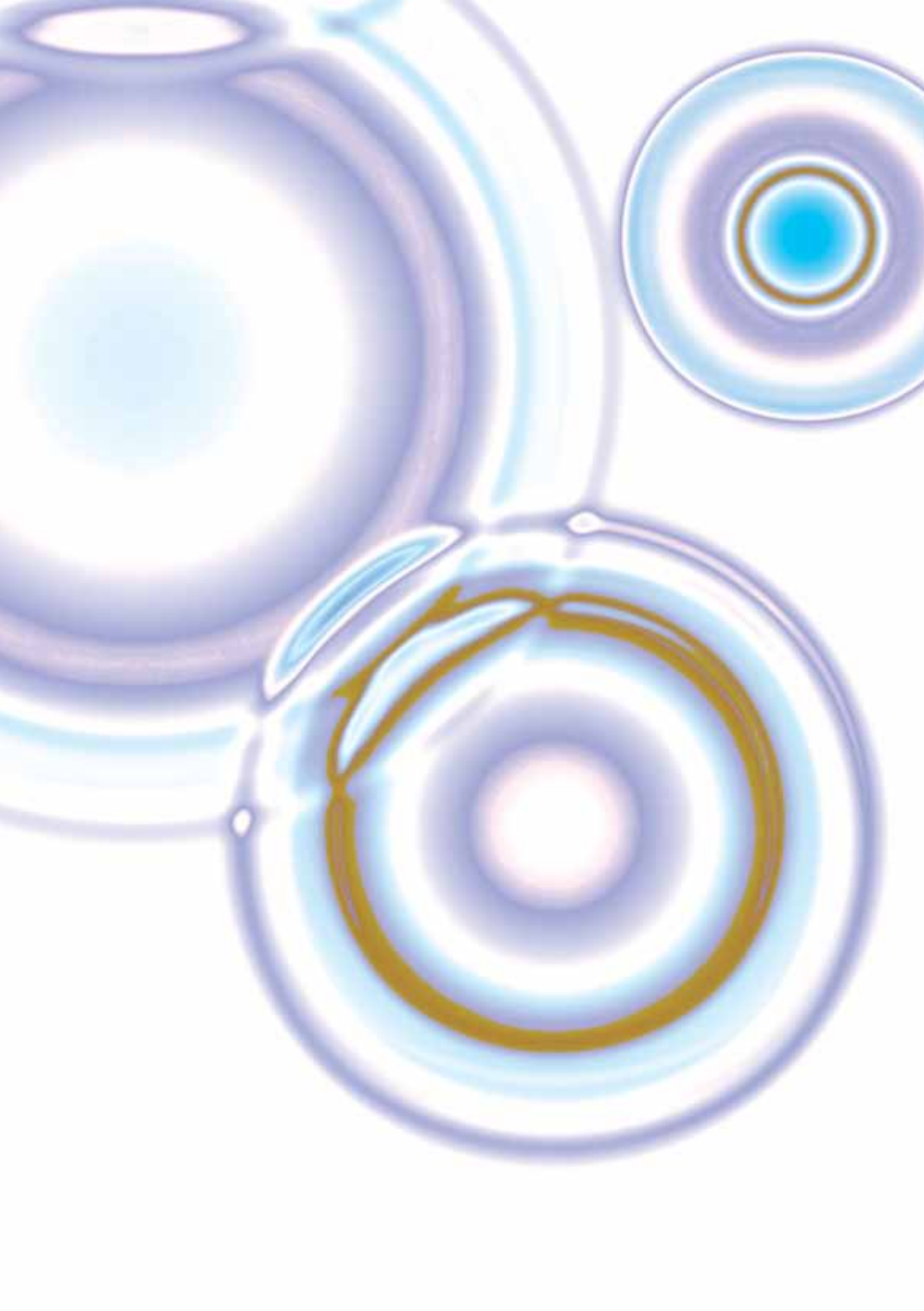
## 5.1 Contact

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het programmabureau:

Drs. M.G. van Leeuwen (secretaris)

T: +31 (0)70 344 09 31

E: [m.vanleeuwen@nwo.nl](mailto:m.vanleeuwen@nwo.nl)



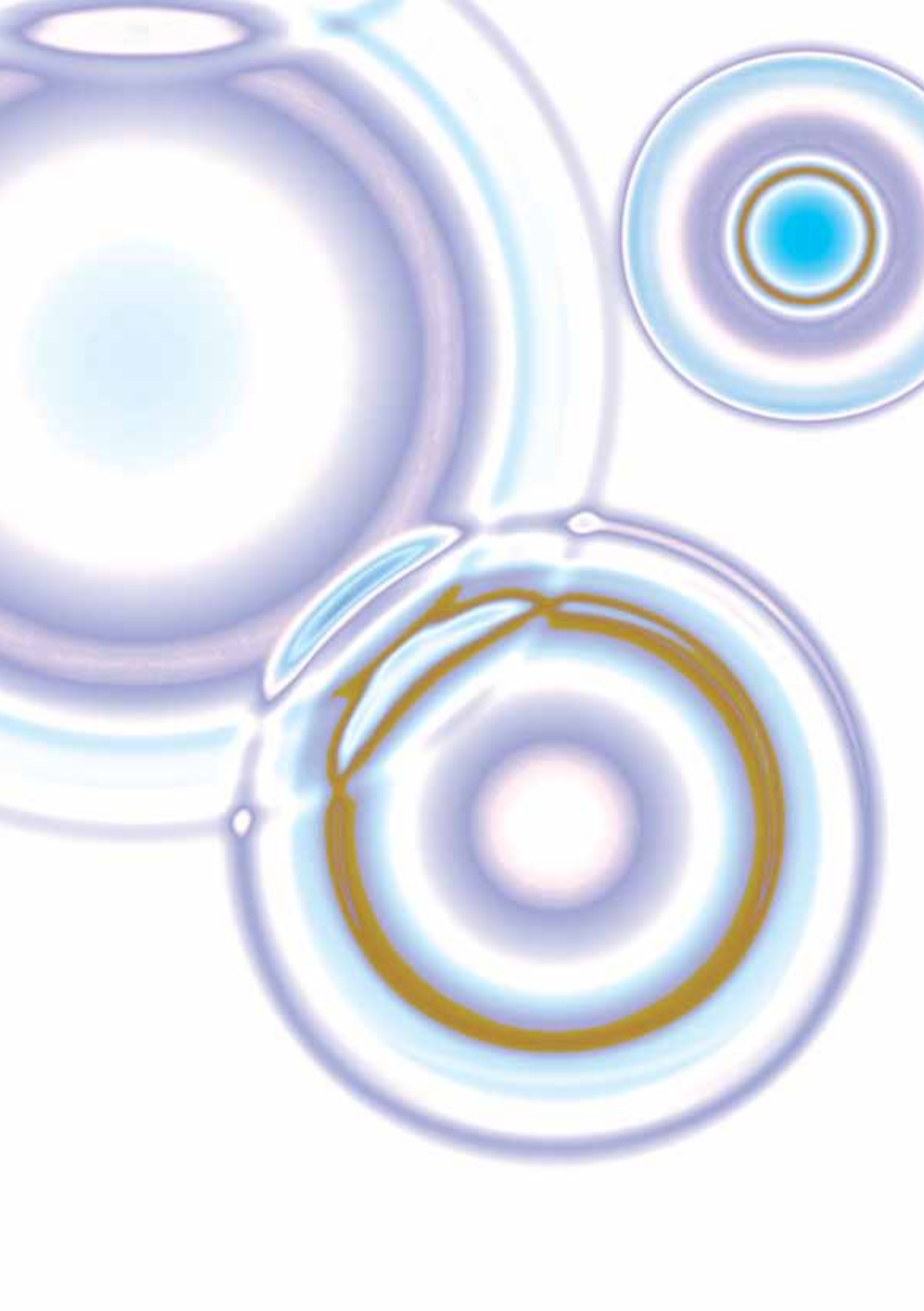


## 6 Bijlagen

Het vooronderzoek dat is verricht door het Kenniscentrum Rehabilitatie te Utrecht en het O3 onderzoekscentrum GGZ Rijnmond te Rotterdam, onder leiding van dr. J. van Weeghel en prof. dr. C.L. Mulder, zijn als bijlagen bij deze brochure toegevoegd. Er zijn drie bijlagen:

- Bijlage 1: Vooronderzoek Geweld tegen psychiatrische patiënten
- Bijlage 2: Resultaten van het vooronderzoek
- Bijlage 3: Tabellen behorend bij het internationale literatuuronderzoek, onderdeel van de voorstudie naar geweld tegen psychiatrische patiënten

De documenten kunnen gedownload worden op [www.nwo.nl/gtpp](http://www.nwo.nl/gtpp).





# Bijlage 1

Vooronderzoek

**Geweld tegen psychiatrische patiënten**

NWO onderzoeksprogramma

Rotterdam/Utrecht,  
23 maart 2009

## Auteurs

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

## Met medewerking van

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

## Samenvatting

Deze brochure omvat een onderzoeksprogramma over geweld tegen psychiatrische patiënten, dat in opdracht van NWO is opgesteld. Het onderzoeks-programma is geformuleerd na een systematische literatuurstudie, een ronde langs (inter)nationale onderzoekers en een analyse van bestaande Nederlandse datasets. Een gedetailleerde weergave van de resultaten treft u aan in de bijlagen. In deze brochure beschrijven wij een samenvatting van deze resultaten en eindigen we met een voorstel voor een onderzoeksprogramma. Internationaal bestaat er een onderzoekstraditie op dit gebied, in Nederland helemaal niet. Het internationale onderzoek kent methodologische tekortkomingen, waaronder het gebrek aan goede meet-instrumenten geschikt voor deze subgroep en de afwezigheid van een helder conceptueel model. Onderzoek naar de effecten van interventies is vrijwel afwezig.

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

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

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

Er moet een afweging worden gemaakt over de prioriteiten van het onderzoeksprogramma. Gedacht kan worden aan een meer pragmatische insteek, waarbij we werken met bestaande instrumenten voor het meten van prevalentie, incidentie en risicofactoren. Op basis hiervan kunnen we de stap zetten naar interventieonderzoek. Onze voorkeur gaat echter uit naar een meer fundamentele en vernieuwende aanpak, waarbij betrouwbare meetinstrumenten worden ontwikkeld en verbanden worden gelegd met stigma, discriminatie en daderschap. Hiermee kan onderzoek worden gedaan naar risicogroepen en risicofactoren en oorzaken en gevolgen van slachtofferschap. Vervolgens kan een model worden ontwikkeld en tenslotte kunnen interventies worden getest op hun werkzaamheid. Beide aanpakken vergen echter een systematisch onderzoeksprogramma over meerdere jaren, dat uiteindelijk moet leiden tot gedegen kennis over victimisatie van psychiatrische patiënten, en over effectieve interventies daartegen, in Nederland.

## Inleiding

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

Vanuit de (sociale) psychiatrie is het van belang te onderzoeken in welke mate en op welke wijze psychiatrische aandoeningen een risicofactor vormen voor slachtofferschap van geweld, en of er interventies bestaan die victimisatie kunnen voorkomen dan wel de negatieve gevolgen ervan kunnen tegengaan. Deze onderzoeksvragen sluiten goed aan bij een heersende trend in de victimologie<sup>1</sup>,

---

1 Victimologie richt zich op het onderzoeksdomein van het slachtofferschap door criminaliteit. Bekende onderzoeksvragen zijn: Welke vormen van slachtofferschap door criminaliteit doen zich voor? Hoe vaak? Tegen wie worden de delicten gepleegd? Welke rol spelen slachtoffers zelf daarbij?

namelijk het streven naar grotere differentiatie in het onderzoeksdomein. Volgens Van Dijk et al. (2007) heeft de victimologie tot op heden vooral problemen bestudeerd en theorieën ontwikkeld over slachtoffers van misdrijven in het algemeen. Algemene slachtoffer-enquêtes zouden steeds meer plaats moeten maken voor gespecialiseerde studies naar slachtofferschap van bijvoorbeeld vrouwen, kinderen, vluchtelingen, ondernemers of, in dit geval, mensen met psychiatrische stoornissen.

## Achtergronden

### Van ouders naar slachtoffers

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

---

Welke negatieve gevolgen hebben misdrijven voor de getroffen? Hoe kan de verwerking van een strafbaar feit worden bevorderd en het daaruit voortvloeiende leed worden beperkt? Wat is het beste antwoord op slachtofferschap? Welke personen, instanties en autoriteiten hebben in dit verband een verantwoordelijkheid? Wat zijn eventuele onbedoelde neveneffecten van interventies?

## Gevolgen van deinstitutionalisering

Voorgaande onderzoeksbevindingen worden dikwijls met het deinstitutionaliseringproces in verband gebracht. In landen als de Verenigde Staten, Engeland, Australië en Italië heeft dit proces zich al enige decennia geleden voltrokken, met als gevolg dat veruit de meeste mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen niet meer langdurig in instituten verblijven maar in de gewone samenleving, temidden van andere burgers, hun plaats moeten innemen. Vooral in de Verenigde Staten was aanvankelijk vrijwel niemand voorbereid op de gevolgen van deze grootscheepse transformatie van de zorg: de betrokken patiënten niet, hun familieleden niet, en evenmin de GGZ, de maatschappelijke instellingen en de gewone burgers. Hierdoor werden beoogde voordelen van de deinstitutionalisering – lotsverbetering, emancipatie en maatschappelijke integratie van psychiatrische patiënten – grotendeels overschaduwde door de negatieve gevolgen. In talloze studies werden de ontstane misstanden – overlast, verwaarlozing, armoede, dakloosheid, stigmatisering en marginalisering van grote groepen psychiatrische patiënten – in kaart gebracht. Zowel in de Verenigde Staten (Bachrach, 1984) als in het Verenigd Koninkrijk (Wing, 1990) klonk het pleidooi om juist in een maatschappelijk geïntegreerde zorgverlening voldoende plaats in te ruimen voor de positieve functies van *asiel*, zoals de aanwezigheid van vertrouwde en beschermende omgevingen, een toegankelijk behandel aanbod en continuïteit van zorg.

## Aandacht voor victimisatie in Nederlandse GGZ

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

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

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

### Onderzoeksprogramma

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

lopende zijn. Tot slot is aan de hand van descriptieve analyses nagegaan wat reeds uitgevoerde Nederlandse onderzoeken aan gegevens opleveren over de omvang, aard, context, oorzaken en gevolgen van geweld tegen psychiatrische patiënten. Uiteindelijk hebben wij afgezien van het voornemen om ook interviews met sleutelpersonen te gebruiken om inzicht te krijgen in de mate van victimisatie onder Nederlandse psychiatrische patiënten. Hoewel sommige sleutelpersonen aangaven dit een belangrijk onderwerp te vinden, waren hun ervaringen ontoereikend voor verdere analyse. De resultaten van deze voorstudie zijn hieronder beknopt samengevat (een uitgebreidere beschrijving van de bevindingen is in de bijlage van dit rapport te vinden). Daarna wordt uiteengezet welk onderzoeksprogramma NWO de komende jaren in Nederland wil (laten) uitvoeren naar geweld tegen psychiatrische patiënten.

## Belangrijkste bevindingen van de voorstudie

### Methodologische kanttekeningen

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

Voorts bestaat de indruk dat het Europese onderzoek (Zweden, Groot-Brittannië) en in mindere mate het Australische onderzoek op dit terrein, op een lager niveau staat en daarmee minder betrouwbare resultaten oplevert, dan het onderzoek uit de Verenigde Staten.

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

### Prevalentie van victimisatie onder psychiatrische patiënten

Uit het de resultaten van de geanalyseerde onderzoeken blijkt dat zelfgerapporteerde jaarprevalenties van geweld onder psychiatrisch patiënten uiteen lopen van 16% (Walsh et al., 2003) tot 60% (Kelly & McKenna, 1997). Een nader onderscheid tussen ambulante en intramuraal behandelde patiënten is niet te maken. Zelfgerapporteerde prevalenties voor patiënten voorafgaande aan een opname in een psychiatrisch ziekenhuis variëren van 27.3% over drie maanden (Hiday et al., 1999) tot 92% over het jaar (Heru et al., 2006) voorafgaand aan de opname. Na ontslag variëren de prevalenties van 5.6% over de afgelopen drie jaar (Honkamen et al., 2004) tot 15,2% over de afgelopen 10 weken (Silver et al., 2005). Hoewel grote voorzichtigheid geboden is, valt in deze onderzoeken de trend te ontdekken dat het meeste geweld plaatsvindt in de periode voorafgaand aan een opname (soms ook voorafgaand aan een ambulante behandeling), dat dit geweld vervolgens licht afneemt gedurende de behandeling, en dat het na beëindiging van de opname of ambulante behandeling nog verder daalt. Ondersteuning voor deze bevinding biedt het gegeven dat het aantal en de ernst van psychiatrische symptomen (vooral psychotische symptomen) en actuele verslavingsproblematiek risicofactoren zijn voor victimisatie van psychiatrische patiënten (Brekke et al., 2001; Goodman et al., 2001; McPherson et al., 2007; Walsh et al., 2003). Uit de literatuurstudie bleek ook dat

patiënten uit de verslavingszorg, forensische zorg en daklozen een hoger risico liepen (Ireland, 2004; 2006; Bescoby, 2005; North et al., 1995; Stevens et al., 2007; Heslin et al., 2007; Ireland & Wolff, 2007; Rothman et al., 2008).

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

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

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

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

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

Onduidelijk is nog of vrouwen of mannen kwetsbaarder zijn voor geweld. Uit veel onderzoeken komt geen verschil tussen de seksen naar voren. Sommige onderzoeken daarentegen laten zien dat vrouwen kwetsbaarder zijn, vooral voor seksueel geweld (Brunette & Drake et al., 1997; Chapple et al., 2004; White et al., 2006; Wood & Edwards, 2005). Mannen lijken echter eerder kwetsbaar voor fysiek geweld (Goodman et al., 2001; Sells et al., 2003; Teplin et al., 2005). Het wonen (of zwerven) in een stedelijke omgeving vergroot de kans op victimisatie voor psychiatrisch patiënten (Hiday et al., 1999; Schomerus et al., 2008), en naarmate de wijk slechter is wordt het risico groter (Heslin et al., 2007; Silver et al., 2002; Wenzel et al., 2000). In een kleine of middelgrote stad loopt men evenveel risico om slachtoffer te worden van een gewelddadig misdrijf als in een grote stad, en evenveel risico op niet-gewelddadig misdrijf als in een rurale omgeving (Schomerus et al., 2008). Etniciteit kan een bijkomende risicofactor, of beschermende factor vormen in slechte wijken. Het hebben van dezelfde etniciteit als de meerderheid van de bevolking in een wijk werkt beschermend (Heslin et al., 2007). Het effect van omgevingsfactoren is echter klein en verdwijnt vaak wanneer ook

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

### Lopende internationale studies

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

### Interventies

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

zij zelf kunnen doen of laten om risico's te vermijden of te verminderen.

Signalering en interventies kunnen pas plaatsvinden als mensen met psychiatrische aandoeningen bij de GGz in behandeling zijn en blijven. Daarom zouden barrières (van financiële, psychologische of andere aard) moeten worden weggeruimd om de zorg toegankelijk te maken. Eenmaal in zorg is het zaak patiënten uit risicogroepen een state-of-the-art behandeling en rehabilitatie aan te bieden.

Verder wordt voorgesteld om dakloze of slecht gehuisveste cliënten aan goede, veilige woningen te helpen, in woonwijken waar straatgeweld niet of nauwelijks voorkomt. Een niet als zodanig bedoelde interventie tegen victimisatie kwam naar voren uit het onderzoek van Hiday et al. (2002) in de Verenigde Staten, die aantoonde dat cliënten met een maatregel tot ambulante dwangbehandeling ('out-patient commitment') minder vaak slachtoffer zijn van geweld.

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

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

Over het geheel genomen is de (onderzoeks)literatuur over interventies met betrekking victimisatie tamelijk beperkt, zowel in omvang als in kwaliteit, en vrijwel uitsluitend van Amerikaanse origine.

Vooraf de aanbevelingen in de sfeer van signalering, screening en preventie gaan meestal niet verder dan summier geformuleerde voorstellen. Verder valt uit de literatuur niet op te maken of de voorgestelde interventies ooit ergens met enig succes geïmplementeerd zijn, laat staan op hun beoogde effecten zijn onderzocht. Ook naar de trainingsprogramma's op het gebied van 'street smarts' en 'community survival' is nooit effectonderzoek gedaan. Bovendien leert navraag bij een direct betrokkene dat deze programma's inmiddels niet meer bestaan.

## Nederlandse gegevens over victimisatie

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

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

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

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

Ook bleken patiënten die slachtoffer zijn geweest van geweld ook vaker beschuldigd te zijn geweest van een misdrijf. Dit is in lijn met eerdere internationale bevindingen. Er werd geen verband gevonden tussen gevoelens van onveiligheid en (mogelijk) daderschap.

Vergeleken met de landelijke victimisatiecijfers van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen) zijn psychiatrische patiënten vaker slachtoffer van geweld dan de algemene bevolking. Landelijk geeft ongeveer 5% van de bevolking aan het afgelopen jaar slachtoffer te zijn geworden van geweld (mishandeling, seksuele delicten en bedreiging), in de datasets die in deze studie zijn opgenomen varieert dit tussen 8% en 20%. Gevoelens van onveiligheid lijken minder te verschillen tussen patiënten en de algemene bevolking. Landelijk geeft 3% (2008) tot 5% (2005) van de bevolking aan zich vaak onveilig te voelen, van de psychiatrische patiënten is dit 5 tot 6%. In een recent uitgekomen publicatie van het Sociaal Cultureel Planbureau blijkt dat veel slachtoffers nog lang last houden van de emotionele gevolgen van het misdrijf, met name slachtoffers uit meer kwetsbare groepen in de samenleving (Lamet & Wittebrood, SCP 2009). Hiertoe zouden ook psychiatrische patiënten gerekend kunnen worden.

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

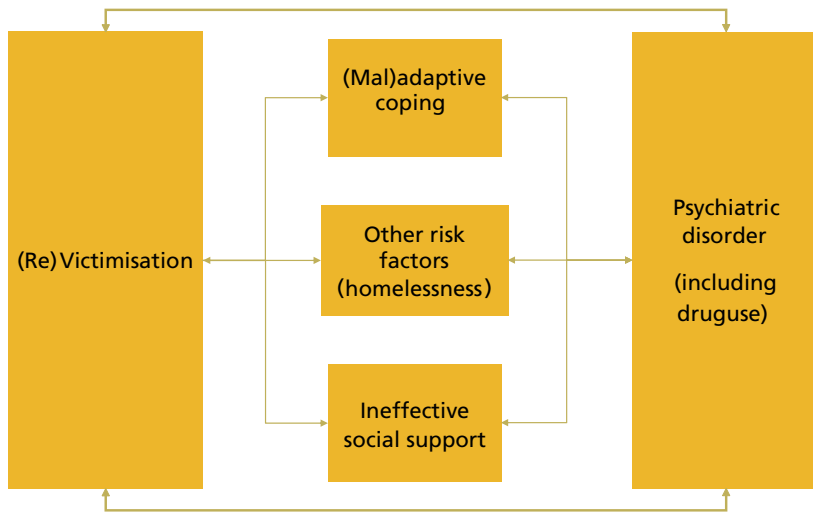
## Naar een conceptueel model voor victimisatie van psychiatrische patiënten

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

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

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

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



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

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

## Naar een onderzoeksprogramma over victimisatie

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

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

### Ad 1. Methodologische vragen

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

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

Het is wel de vraag hoeveel aandacht we aan het ontwikkelen van nieuwe instrumenten moeten besteden. Dit is immers een tijdrovend proces. Idealiter maken we gebruik van vertalingen van internationaal gebruikte instrumenten. Tot nu toe zijn we in de literatuur hiervoor geen aparte schalen tegengekomen voor het gebruik bij

psychiatrisch patiënten. Het meest gebruikte en kwalitatief goede instrument is de 'Revised Conflict Tactics Scale' (CTS2; Straus et al., 1996), die is ontwikkeld voor het meten van huiselijk geweld tussen partners. De CTS2 lijkt niet zondermeer te gebruiken voor het meten van geweld tegen psychiatrische patiënten. Ten eerste gaat het hier om een zelfinvulschaal, terwijl psychiatrische patiënten niet altijd in staat zijn om schalen zelf in te vullen. Ten tweede meet de schaal niet alle relevante dimensies van geweld tegen psychiatrische patiënten. Zo wordt met de CTS2 geen informatie verzameld over bijvoorbeeld de dader (anders dan de partner), de setting waarin het gevaar optreedt, de tijdsduur en de tijdsperiode. Het lijkt daarom wenselijk om specifieke schalen voor geweld tegen psychiatrische patiënten te ontwikkelen, dan wel een schaal als de CTS2 aan te vullen. Tenslotte is het wenselijk om ook instrumenten te ontwikkelen voor andere informatiebronnen zoals hulpverleners en mantelzorgers. Eenduidigheid over de instrumenten waarmee we geweld tegen psychiatrische patiënten vastleggen komt het hele onderzoeksprogramma ten goede en bevordert de mogelijkheid tot (internationale) vergelijkingen en het vaststellen van de effecten van later te ontwikkelen interventies.

## Ad 2. Epidemiologische onderzoeksvragen

- a. De belangrijkste vraag voor Nederland betreft de vraag naar de omvang en de aard van victimisatie onder psychiatrische patiënten. Analyse van bestaande datasets gaven onvoldoende informatie. Deze kennis is nodig voordat preventiestrategieën en interventies ter bestrijding van de gevolgen van victimisatie kunnen worden ontwikkeld. Voordat echter op betrouwbare wijze informatie kan worden verkregen over prevalentie en incidentie, zijn goede meetinstrumenten nodig. Vooralsnog zijn die niet voorhanden.
- b. Bij vraag a. hoort direct de vraag welke groepen het grootste risico op victimisatie lopen. Uit de literatuurstudie kwam naar voren dat dit mogelijk dakloze patiënten, patiënten met verslaving of patiënten met psychotische symptomen betreft. Nederlands onderzoek zal dit bevestigen, dan wel andere risicogroepen opleveren. Hierbij gaat het niet alleen om patiënten die

in behandeling zijn, maar bijvoorbeeld ook om mensen met psychiatrische aandoeningen in de algemene bevolking.

- c. Risicofactoren. Het literatuuronderzoek naar risicofactoren heeft een aantal belangrijke risicofactoren opgeleverd. De invloed van gender, etniciteit of sociale omgeving bleek echter niet eenduidig. Het is daarom van belang te onderzoeken wat in Nederland de risicofactoren zijn voor victimisatie, bijvoorbeeld individuele factoren zoals leeftijd, geslacht, etniciteit, aard en ernst van de psychopathologie, de setting waarin victimisatie optreedt (bijvoorbeeld in een kliniek of in situatie van dakloosheid) en omgevingsfactoren zoals de buurt waar iemand woont. Onderzoek naar risicofactoren vertoont overlap met bovenstaande onderzoeken naar aard en omvang van victimisatie en de risicogroepen. Vooral van belang is onderzoek in settingen waar onderzoek tot nu toe schaars is, bijvoorbeeld in de forensische of de justitiële setting. Op grond van de in de literatuur gevonden risicofactoren mogen we verwachten dat victimisatie in die settings juist veel voorkomt.
- d. Longitudinaal onderzoek naar de gevolgen van victimisatie voor de betrokken patiënten op de korte en lange termijn. Te denken valt aan de gevolgen voor de kwaliteit van leven, het beloop van de psychiatrische aandoening, het ontstaan van PTSS, het (maatschappelijk) functioneren van patiënten, de kans op hervictimisatie maar ook op ouderschap (mogelijk ingegeven door 'post traumatic anger'; zie Winkel, 2007).
- e. Verbanden tussen slachtofferschap en ouderschap. Uit de literatuur blijkt dat slachtoffers van geweld zelf ook vaak dader zijn. Hoe vaak is dat in Nederland het geval? Hoe zit het met de causale relaties: leidt victimisatie bij patiënten tot ouderschap of andersom? Dit lijkt een veelbelovend nieuw onderzoeksgebied, waarbij verbanden worden gelegd met de forensische psychiatrie.
- f. Het hebben van prodromale, lichte verschijnselen van psychiatrische aandoeningen (zonder dat de aandoening zich al heeft geopenbaard, zoals bij depressieve of psychotische symptomen) en het risico op victimisatie.
- g. Misschien kan later in het programma ook onderzoek worden gedaan naar gen-omgevingsinteracties, bijvoorbeeld het

verband tussen het hebben van een erfelijke kwetsbaarheid, het risico op victimisatie en de kans op het ontwikkelen (of verergeren) van psychiatrische aandoeningen.

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

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

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

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

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

- a. Ontwikkelen van signalerings- en screeningsinstrumenten voor het vaststellen van victimisatie. Door toepassing van dit soort instrumenten, bijvoorbeeld in het kader van Routine Outcome Monitoring, kunnen instellingen screenen op victimisatie en passende maatregelen treffen.

- b. Ontwikkelen van risicotaxatie-instrumenten die de kans op victimisatie voorspellen (vergelijk de traditie van risicotaxatie in de forensische psychiatrie) en die ingezet kunnen worden in de dagelijkse praktijk ter preventie van slachtofferschap.

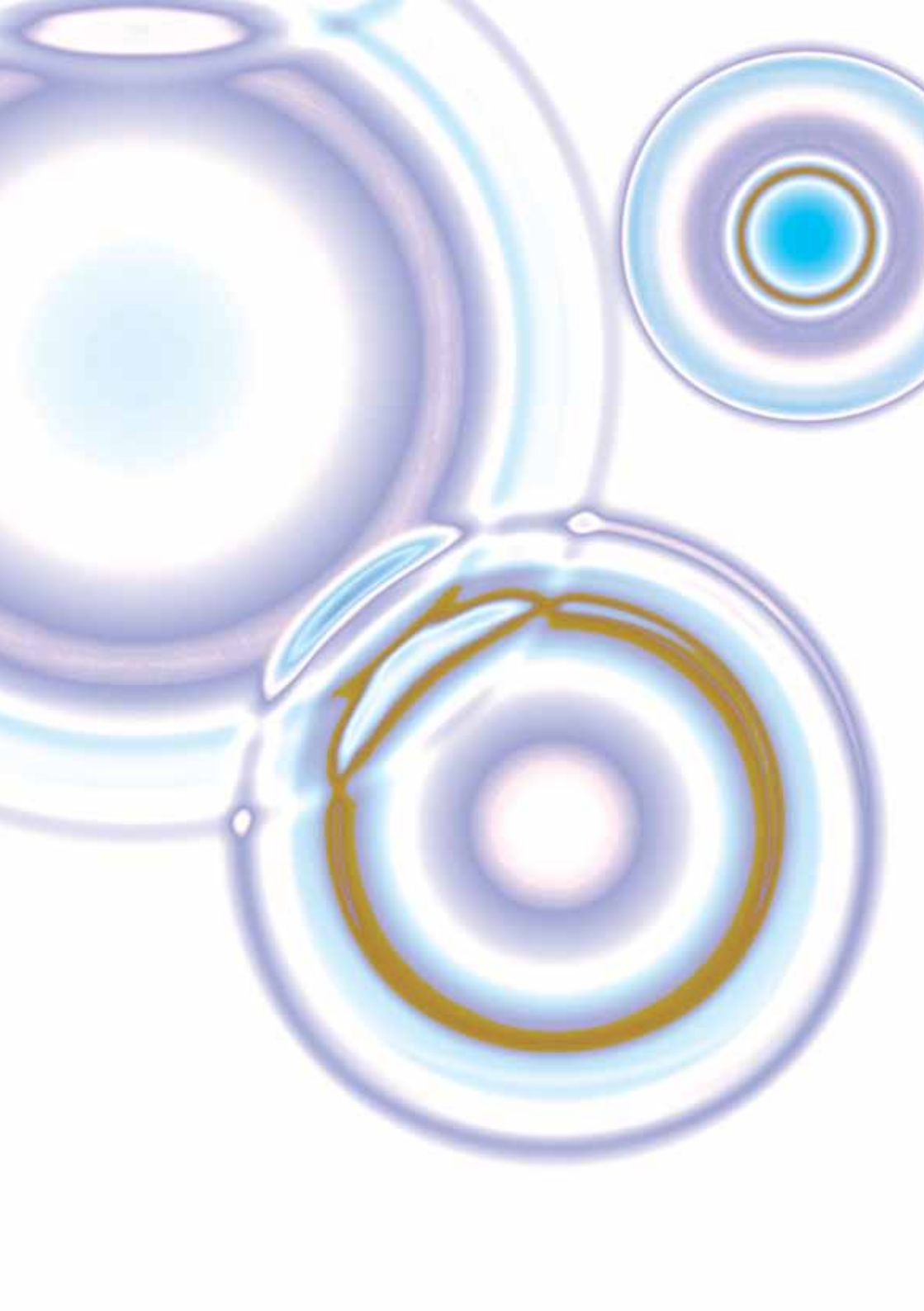
#### Ad 5. Interventies

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

#### Tot slot

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

onderzoeksprogramma over meerdere jaren, dat uiteindelijk moet leiden tot gedegen kennis over victimisatie van psychiatrische patiënten, en over effectieve interventies daartegen, in Nederland.





# Bijlage 2

## Geweld tegen psychiatrische patiënten

Resultaten van het vooronderzoek

## 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 door 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 jaarprevalenties van geweld onder psychiatrisch patiënten uiteen lopen van 16% (Walsh et al., 2003) tot 60% (Kelly & McKenna, 1997). Een nader onderscheid tussen ambulante en intramuraal behandelde patiënten is niet te maken. Zelfgerapporteerde prevalenties voor patiënten vóór een opname in een psychiatrisch ziekenhuis 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 (Honkome 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 ouderschap (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, bij 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 aanweezen 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 ouderschap 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, case-management, 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 trainings-programma 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 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 gedrags-therapie 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 ziekenhuis-dossiers 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 aselekt gekozen uit 16 aselekt 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-symptomatologie (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 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 (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 suicide in de voorgaande 3 maanden
- middelen misbruik of afhankelijkheid
- Instroom 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, schizoaffectieve stoornis of schizofrenie)
- ernstige PTSS volgens DSM IV en CAPS
- informed consent

**Exclusie:**

- psychiatrische hospitalisatie of tentamen suicide 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, schizoaffectieve stoornis of schizofrenie)
- matige tot ernstige PTSS volgens DSM IV en CAPS
- informed consent

**Exclusie:**

3. 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-1 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 diagnoses (lifetime, laatste jaar)  
 2) geweld ervaren in de jeugd of als volwassene in een vaste relatie  
 3) geweld gepleegd als volwassene 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 ouderschap, 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 incrementele 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 Live) opgenomen. De MANSa is een internationaal gebruikte zelf-invol 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, ambulante, 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

Assesment) 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 slachtofferchap 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. case-management, 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 dubbel).

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 dubbel). In deze twee datasets samen is de MANSA van 520 patiënten (486 exclusief dubbel) 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 MANSА-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.
<b>Bent u in het afgelopen jaar wel eens slachtoffer geweest van geweld?</b>									
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=0,19	44 (n=74) 59%	612 (n=942) 65%	Chi <sup>2</sup> =0,9 p=0,34	40 69%	257 60%	Chi <sup>2</sup> =1,7 p=0,20
Etniciteit (niet-westers)	0 0%	6 9%	Chi <sup>2</sup> =1,6 p=0,20	11 18%	101 13%	Chi <sup>2</sup> =0,9 p=0,33	6 13%	80 22%	Chi <sup>2</sup> =1,9 p=0,16
Leeftijd									
20-35 jaar	5 28%	25 35%		26 46%	303 43%		6 29%	56 26%	
36-50 jaar	9 50%	29 41%	Chi <sup>2</sup> =0,5 p=0,77	21 37%	285 40%	Chi <sup>2</sup> =0,3 p=0,88	24 33%	190 46%	Chi <sup>2</sup> =0,9 p=0,65
>50 jaar	4 22%	17 24%		10 18%	124 17%		28 38%	180 28%	
Woonsituatie									
zelfstandig	10 56%	37 52%		26 46%	376 55%		33 57%***	239 56%***	
met familie/anderen	2 11%	9 13%		12 21%	116 17%		*	*	
dakloos/sociaal pension/beschermd wonen/begeleid zelfstandig wonen	5 28%	16 23%	Chi <sup>2</sup> =0,4 p=0,95	7 13%	122 18%	Chi <sup>2</sup> =5,7 p=0,13	22 38%	160 33%	Chi <sup>2</sup> =0,2 p=0,92
anders	1 6%	6 9%		11 20%	74 11%		3 5%	28 7%	

Dataset	ACT trial Winschoten N=89	Phamous N=792	Monitor Langdurende Zorg N=486			
Bent u in het afgelopen jaar wel eens slachtoffer geweest van geweld?	Ja	Nee	Sign.	Ja	Nee	Sign.
Diagnose						
stemmingsstoornissen	3 17%	12 17%	5 8%	80 11%	4 7%	68 16%
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)	47 (10)****	48 (12)****
symptomen, gemiddeld (sd)	*	*	50 (14)	57 (12)	t=3,1 p<0,01	t=0,61 p=0,54
Behandelsituatie						
ambulant / deeltijd	*	*	21 36%	399 56%	5 9%	94 23%
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%	*	*

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?									
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)

Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?	Phamous N=789		Sign.	Monitor Langdurige Zorg N=481		
	(zeer) ontevreden	Meer tevreden		(zeer) ontevreden	Meer tevreden	
N	44 6%	745 94%		25 5%	455 95%	
Geslacht (man)	33 (n=57) 58%	621 (n=959) 65%	Chi <sup>2</sup> =1,0 p=0,32	15 60%	278 61%	Chi <sup>2</sup> =0,0 p=0,92
Etniciteit (niet-westers)	4 9%	97 14%	Chi <sup>2</sup> =0,7 p=0,39	9 39%	76 20%	Chi <sup>2</sup> =4,9 P<0,05
Leeftijd						
20-35 jaar	11 26%	305 45%		5 20%	121 27%	
36-50 jaar	24 56%	261 38%	Chi <sup>2</sup> =6,6 p<0,05	15 60%	199 44%	Chi <sup>2</sup> =2,6 p=0,28
>50 jaar	8 19%	118 17%		5 20%	135 30%	
Woonsituatie						
zelfstandig	17 45%	360 54%		13 52%***	255 56%***	
met familie/anderen	5 13%	118 18%	Chi <sup>2</sup> =4,3 p=0,23	*	*	Chi <sup>2</sup> =0,2 p=0,91
dakloos/sociaal pension/ beschermd wonen	8 21%	116 17%		10 40%	172 38%	
anders	8 21%	74 11%		2 8%	29 6%	

Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?	Phamous N=789		Sign.	Monitor Langdurige Zorg N=481		
	(zeer) ontevreden	Meer tevreden		(zeer) ontevreden	Meer tevreden	
<b>Diagnose</b>						
stemmingsstoornissen	5 11%	75 11%		2 8%	70 15%	
schizofrenie / psychotische stoornissen**	31 71%	549 78%	Chi <sup>2</sup> =1,8 p=0,41	11 46%	280 62%	Chi <sup>2</sup> =6,8 p<0,05
overige stoornissen / onbekend	8 18%	82 12%		11 46%	103 23%	
<b>GAF-score</b>						
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			
<b>Behandelsituatie</b>						
ambulant / deeltijd	19 45%	382 55%		6 25%	93 22%	
klinisch / beschermd wonen	17 41%	166 24%	Chi <sup>2</sup> =5,8 p=0,12	6 25%	93 22%	Chi <sup>2</sup> =0,38 p=0,83
ACT / thuiszorg	3 7%	54 8%		12 50%	241 56%	
anders	3 7%	83 12%		*	*	
<b>Zorgbehoeften</b>						
aantal onvervulde zorgbehoeften gemiddeld (sd)	*	*		3.6 (3.6)	2.5 (2.7)	t=1,6 p=0,12
<b>Daderschap</b> 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	Sign.
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%		4 15%	53 19%	
36-50 jaar	12 44%	131 47%	Chi <sup>2</sup> =1,7 p=0,43	14 54%	129 46%	Chi <sup>2</sup> =0,6 p=0,74
>50 jaar	12 44%	95 34%		8 31%	98 35%	
Diagnose						
stemmingsstoornissen	3 13%	17 7%		1 4%	19 8%	
schizofrenie / psychotische stoornissen	18 78%	194 81%	Chi <sup>2</sup> =1,2 p=0,56	23 88%	188 80%	Chi <sup>2</sup> =1,1 p=0,57
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						
ambulant / deeltijd	12 44%	136 31%		13 50%	135 48%	
klinisch / beschermd wonen	12 44%	86 49%	Chi <sup>2</sup> =1,9 p=0,39	11 42%	87 31%	Chi <sup>2</sup> =3,0 p=0,22
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) ouderschap.

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 inpatients 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.

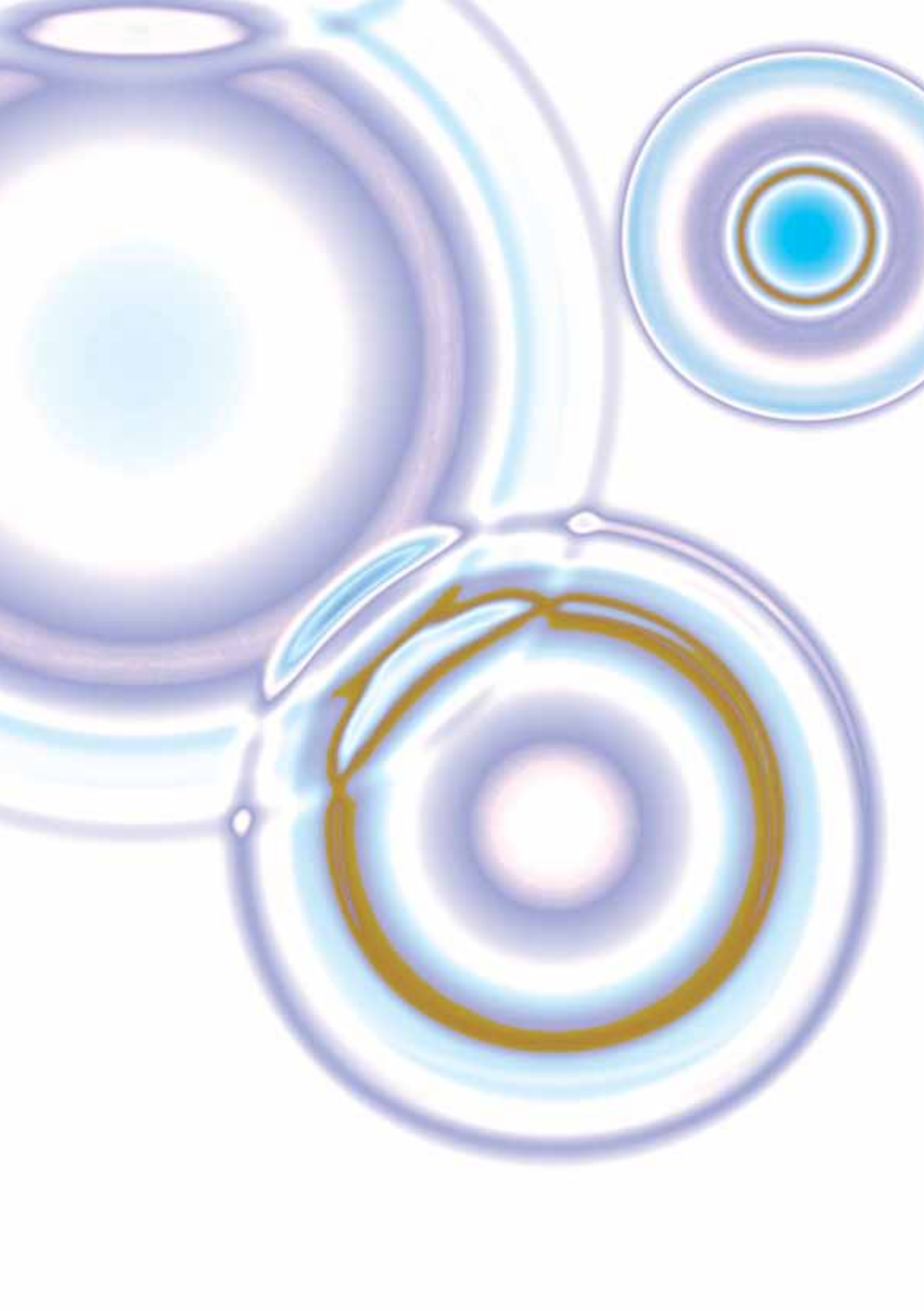
- Hodgins, S., J. Alderton, et al. (2007). "Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation." *British Journal of Psychiatry S2- Journal of Mental Science* **191**: 343-350.
- Holmes PE, Corrigan PW, Stephenson J & Nugent-Hirschbeck J. (1997). 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: Thresholds.
- 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* **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* **43**: 392-402.
- Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL.(2002). Trauma, PTSD, and the course of mental illness: an interactive model. *Schizophren 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, Vervaeet 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.





# Bijlage 3

## Tabellen

behorend bij het internationale literatuuronderzoek,  
onderdeel van de voorstudie naar geweld tegen psychiatrische  
patiënten

**Tabel 1:** Prevalentie en risicofactoren van victimisatie onder patiënten (intramuraal, ambulante, dagbehandeling) met ernstige psychiatrische problematiek

Auteurs	Steekproef	Land	Type onderzoek	Periode
Bergman & Ericsson, 1996	55 intramurale patiënten (22-76 jaar) met schizofrenie, psychotische, stemmings- of persoonlijkheidsstoornissen	Zweden, Stockholm	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar
Brekke et al., 2001	172 ambulante patiënten (18-60 jaar) met schizofrenie of schizo-affectieve stoornissen	VS, Los Angeles	Prospectieve longitudinale studie gedurende 3 jaar; elk half jaar een interview	Afgelopen 3 jaar
Brunette & Drake 1997	172 ambulante patiënten (18-55 jaar) met verslavingsstoornissen en comorbide schizofrenie of schizo-affectieve stoornissen	VS, New Hampshire	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar
Chapple et al., 2004; Jablensky et al., 1999	962 ambulante, intramurale, particuliere en dakloze patiënten (18-64 jaar) met een psychotische stoornis	Australië, Australian Capital Territory, Queensland, Victoria, Western Territory	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar
Fitzgerald et al., 2005	348 ambulante en kort-durend opgenomen patiënten (18 jaar en ouder) met schizofrenie, schizo-affectieve en schizofreniforme stoornissen	Australië, Dandenong, een buitenwijk van Melbourne	Cross-sectioneel	1 maand
Goodman et al., 1999	50 ambulante patiënten (volwassenen) met schizofrenie, bipolaire of psychotische stoornissen	VS, Baltimore	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar
Goodman et al., 2001	782 intramurale en ambulante patiënten (18-60 jaar) met schizofrenie, schizo-affectieve, bipolaire en depressieve stoornissen	VS, Connecticut, Maryland, New Hampshire, North Carolina	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar

Operationalisatie geweld	Definitie van geweld	Prevalentie victimisatie (%)	Predictoren
Conflict Tactics Scale (CTS)	Mild en ernstig fysiek geweld door partner	Overall: 38.0 Ernstig: 20.0	Univariaat: Schizofrene en persoonlijkheidsstoornissen tov stemmingsstoornissen (beschermend)
Gestructureerde vragen	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven	38.0	Multivariaat: Ernstige klinische symptomen Middelenmisbruik
Victimisatie schaal van het Quality of Life Interview (QOLI)	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven	Gewelddadig: 32.4 vrouwen 16.8 mannen Niet-gewelddadig: 27.0 vrouwen 19.1 mannen	Univariaat: Vrouwen (gewelddadig misdrijf)
Gestructureerde vraag	Ernstig (fysiek) geweld	17.9	Univariaat: Vrouw Dakloos Verslavingsproblematiek (life time) Recente arrestatie Sociale beperkingen Symptoom: disorganisatie
Victimisatie schaal van het Quality of Life Interview (QOLI)	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven	Gewelddadig: 4.3 Niet-gewelddadig: 11.2	Multivariaat: Geen dagbesteding Recente arrestatie
3 aangepaste subschalen van de Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)	Mild en ernstig fysiek en seksueel geweld, verwonding door partner, familie of vreemde	Fysiek: 58.6 vrouwen 52.4 mannen Seksueel: 41.4 vrouwen 42.9 mannen Verwonding: 34.5 vrouwen 42.9 mannen	-
2 subschalen van de Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)	Mild en ernstig fysiek en seksueel geweld door partner, familie of vreemde	Fysiek: 25.6 vrouwen 34.1 mannen Seksueel: 20.3 vrouwen 7.6 mannen	Univariaat: Mannen (fysiek geweld) Vrouwen (seksueel geweld) Multivariaat: Dakloos, fysieke mishandeling in de jeugd, seksueel misbruik in de jeugd, verslavingsproblematiek, psychiatrische opname in het afgelopen jaar, jonge leeftijd 1 <sup>e</sup> opname.

Table 1. *Continued*

Auteurs	Steekproef	Land	Type onderzoek	Periode
Hodgins, et al., 2007	205 intramurale patiënten (18-65 jaar) met schizofrenie, schizo-affectieve, bipolaire, depressieve stoornissen of middelengerelateerde psychose	GB, urbaan	Cross-sectioneel	6 maanden
Kelly & McKenna (1997)	100 patiënten met ernstige, chronische psychiatrische problematiek	Ierland	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar
McPherson et al., 2007	324 moeders, ambulante patiënten (18-55 jaar) met schizofrenie, schizo-affectieve, depressieve en bipolaire stoornissen	VS, Michigan, urbaan	Longitudinaal; 20- maanden follow-up	Afgelopen jaar
Pandiani et al., 2007	2610 ambulante patiënten (18 jaar en ouder) met ernstige psychiatrische problematiek	VS, rurale gemeenschappen in Vermont	Cross-sectioneel register-onderzoek	Afgelopen jaar
Sells et al., 2003	109 ambulante patiënten (20-64 jaar) en 197 patiënten (19-76 jaar) van een outreachende hulp-verlening met verslavingsproblemtiek, angst-, stemmings-, psychotische, of persoonlijkheidsstoornissen	VS, Connecticut	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar
Silver et al., 2005	382 jong volwassenen (21 jaar) met depressieve, angst-schizofreniforme, of verslavingsstoornissen (binnen een bevolkingssteekproef)	New Zealand, Dunedin	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar
Teplin et al., 2005	936 ambulante, dag- en intramurale patiënten (18 jaar en ouder) met een psychotische of stemmingsstoornis	VS, Chicago	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar
Tham et al., 1995	184 acuut intramuraal opgenomen patiënten (volwassenen) met voornamelijk psychotische stoornissen	GB, London	Cross-sectioneel	Afgelopen 6 maanden
Thompson, 2007	189 intramurale patiënten (18 jaar en ouder) met chronische psychotische of stemmingsstoornis	VS, North Carolina	Cross-sectioneel	4 maanden

Operationalisatie geweld	Definitie van geweld	Prevalentie victimisatie (%)	Predictoren
Aanpassing van MacArthur Community Violence Interview (MCVI)	Mild en ernstig fysiek en seksueel geweld	48.0 vrouwen 57.0 mannen	Univariaat: Recent agressief gedrag
Gestructureerde vragen	Mild fysiek en emotioneel geweld, niet-gewelddadige misdrijven.	60.0	-
Aanpassing van de Conflict Tactics Scale (CTS)	Mild en ernstig fysiek en seksueel geweld door partner	19.0	Multivariaat: Jong Verslavingsproblematiek Meerdere psychiatrische opnames (life time) Meerdere psychiatrische symptomen
Politie aangiftes van geweld	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven	8.2 vrouwen 5.6 mannen 7.1 totaal	-
Aanpassing van Exposure to Community Violence Instrument	Ernstig fysiek en seksueel geweld	-	Univariaat: Mannen (fysiek geweld) Vrouwen (seksueel geweld) Multivariaat: Co-morbide verslavingsproblematiek
Gestructureerde vragen	Ernstig fysiek en seksueel geweld	Fysiek: 33.8 Seksueel: 8.9	Multivariaat: Psychiatrische co-morbiditeit Angststoornissen (seksueel geweld) Schizofreniforme stoornissen en alcoholverslaving (fysiek geweld) Marihuana-verslaving (poging tot geweld)
Victimisatie schaal uit de National Crime Victimization Survey	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven	Gewelddadig: 25.3 Diefstal (van de persoon): 21.2 Diefstal (van goederen): 28.0	Univariaat: Vrouw (seksueel geweld) African-American vs Hispanic en White Jong
Gestructureerde vragen	Mild en ernstig fysiek, seksueel en emotioneel geweld door partner	Fysiek: 5.4 Seksueel of emotioneel: 16.0	-
Gestructureerde vragen aan mantelzorgers over victimisatie van patiënt	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven	Gewelddadig: 8.0 Niet-gewelddadig: 20.0	-

Table 1. *Continued*

Auteurs	Steekproef	Land	Type onderzoek	Periode
Walsh et al., 2003	691 ambulante en intramurale patiënten (18-65 jaar) met een psychotische stoornis.	GB, London	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar.
White et al., 2006	308 kortdurend intramuraal behandelde patiënten (volwassenen) met psychotische of stemmingsstoornissen	VS, San Francisco	Cross-sectioneel	Afgelopen 6 maanden
Wood & Edwards, 2005	40 psychiatrisch patiënten (volwassenen) met schizofrenie, angst-, stemmings-, persoonlijkheids- en eetstoornissen	GB	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar

Tabel 2: Prevalentie en risicofactoren van victimisatie onder recent opgenomen patiënten met ernstige psychiatrische problematiek (betrekking hebbend op de periode voorafgaand aan de opname)

Auteurs	Steekproef	Land	Type onderzoek	Periode
Ash et al., 2003	119 recent opgenomen patiënten (17 – 63 jaar) met verslavingsproblematiek, schizofrenie, psychotische, stemmings- of persoonlijkheidsstoornissen	Australië, Adelaide	Cross-sectioneel	Afgelopen 3 maanden
Cascardi et al., 1996	69 recent opgenomen patiënten (18 jaar en ouder) met affectieve of schizofrene stoornis	VS	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar
Heru et al., 2006	110 recent opgenomen patiënten (18-65 jaar) met suïcidale ideatie of suïcidaal gedrag	VS	Cross-sectioneel	Afgelopen jaar
Hiday et al., 1999	331 gedwongen opgenomen patiënten (18 jaar en ouder) met chronische schizofrenie, schizo-affectieve of psychotische stoornissen	VS, North Carolina	Cross-sectioneel	Afgelopen 4 maanden
Mericle & Havassy, 2008	419 acuut opgenomen patiënten (18-50 jaar) met schizofrenie, psychotische, angst, stemmingsstoornissen of verslavingsproblematiek	VS, San Francisco	Cross-sectioneel	Afgelopen maand

Operationalisatie geweld	Definitie van geweld	Prevalentie victimisatie (%)	Predictoren
Victimisatie-item van de Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP)	Ernstig (fysiek) geweld	12.0 vrouwen 18.0 mannen 16.0 totaal	Multivariaat: Dakloos Druggebruik Daderschap Ernstige symptomen Co-morbide persoonlijkheidsstoornis
Victimisatie-item van de Quality of Life Interview (QOLI)	Gewelddadige misdrijven	25.6	Multivariaat: Vrouw Dakloos
Aanpassing van instrument National Crime and Victimization Study en British Crime Survey	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven door partner, familie of vreemden	50.0 22.5 (door familie) 20.0 (door partner of vrienden) 32.5 (door vreemden) 17.5 (door vage bekenden)	Univariaat: vrouw

Operationalisatie geweld	Definitie van geweld	Prevalentie victimisatie (%)	Predictoren
Interview en medisch dossier	Ernstig fysiek geweld	8.4	Univariaat: vrouw
Conflict Tactics Scale (CTS)	Mild en ernstig fysiek geweld door partner of familiedid	62.8 (door partner) 45.8 (door familiedid)	-
Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)	Mild en ernstig fysiek, seksueel en emotioneel geweld en verwonding door partner of familiedid	Fysiek: 92.0 vrouwen 93.0 mannen Seksueel: 19.0 vrouwen 29.0 mannen Emotioneel: 92.0 vrouwen 83.0 mannen Verwonding: 32.0 vrouwen 39.0 mannen	Multivariaat: Slecht familie functioneren
Victimisatie schaal van het Quality of Life-Interview (QOLI)	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven	Overall: 27.2 Gewelddadig: 8.2 Niet-gewelddadig: 22.4	Multivariaat: Dakloosheid Middelenmisbruik Hogere opleiding
Aanpassing van MacArthur Community Violence Interview (MCVI)	Mild en ernstig fysiek en seksueel geweld	34.4	-

**Tabel 3:** Prevalentie en risicofactoren van victimisatie onder patiënten met ernstige psychiatrische problematiek in de periode na ontslag

Auteurs	Steekproef	Land	Type onderzoek
Honkonen et al., 2004	670 ambulante patiënten (15-64 jaar) met schizofrenie, na ontslag uit psychiatrisch ziekenhuis	Finland, ruraal en urbaan	Longitudinaal, 3-jaar follow-up.
Schomerus et al. 2008	1208 schizofrenie patiënten (18-64 jaar), minimaal 1 jaar na laatste opname	GB, Frankrijk, Duitsland	Longitudinaal, 2-jaar follow-up cohort, elk half jaar een interview.
Silver et al., 2002	270 ontslagen patiënten (18-40 jaar) met schizofrenie, psychotische, stemmings-, persoonlijkheids-, en verslavingsstoornissen	VS, Pittsburgh	Longitudinaal, 1-jaar follow-up, elke 10 weken een interview

Periode	Operationalisatie geweld	Definitie van geweld	Prevalentie victimisatie (%)	Predictoren
Afgelopen 3 jaar	Gestructureerde vragen	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven	Gewelddadig: 1.1 vrouwen 4.5 mannen 5.6 totaal Niet-gewelddadig: 2.3 vrouwen 5.4 mannen 7.7 totaal	Multivariaat: Slechte financiële situatie Alcoholmisbruik Daderschap
Afgelopen 2,5 jaar	Victimisatie- en ervaren veiligheidsschalen van het Quality of Life Interview (QOLI)	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven, ervaren veiligheid	Gewelddadig: 10.0 Niet-gewelddadig: 18.8	Multivariaat: Gewelddadig: Ernstige klinische symptomen Middelenmisbruik Recente arrestatie Niet-gewelddadig: Hogere opleiding, ernstige klinische symptomen Recente arrestatie Slechte financiële situatie
10 weken	Aanpassing van MacArthur Community Violence Interview (MCVI)	Ernstig fysiek en seksueel geweld	15.2	Multivariaat: Aggressief naar anderen Slechtere woonwijk Conflicten in relaties

Tabel 4: Prevalentie en risicofactoren van victimisatie onder patiënten binnen de verslavingszorg

Auteurs	Steekproef	Land	Type onderzoek
Chase et al., 2003	103 vrouwelijke ambulante patiënten (21-65 jaar) met alcoholproblematiek	VS, Massachusetts	Cross-sectioneel
Chermack et al., 2008	489 ambulante en intramurale patiënten (18-63 jaar) met verslavingsproblematiek	VS, a Midwestern state	Prescreening ten behoeve van een longitudinaal evaluatie onderzoek
El-Bassel et al., 2004	416 vrouwelijke patiënten (18-55 jaar) van een methadon-programma	VS, New York City	Cross-sectioneel
Haller & Miles, 2003	77 recent intramuraal opgenomen zwangere en post-partum vrouwen (volwassenen) met verslavingsproblematiek	VS, Pittsburgh	Cross-sectioneel
Neale et al., 2005	560 recent opgenomen ambulante en intramurale patiënten (volwassenen) met (voornamelijk) heroïneverslaving	GB, Schotland	Baseline data uit een longitudinaal evaluatie onderzoek

Periode	Operationalisatie geweld	Definitie van geweld	Prevalentie victimisatie (%)	Predictoren
Afgelopen jaar	Subschaal van de Conflict Tactics Scale (CTS)	Mild en ernstig fysiek geweld door partner	Overall: 64.0 Ernstig: 22.0	Multivariaat: Ernst van de alcoholproblematiek Man en vrouw zien de alcoholproblematiek vd vrouw als oorzaak van de relatieproblemen Alcoholproblematiek vd partner Weinig positieve gevoelens over de vrouw
Afgelopen jaar	Aanpassing van de Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)	Mild en ernstig fysiek en emotioneel geweld en verwonding door partner	Fysiek: 51.0 Emotioneel: 73.0 Verwonding: 33.0	Multivariaat: Jong Mishandeling in de jeugd Depressie Cocaïne gebruik Binge drinking Stimulantia gebruik Non-Caucasiërs vs Caucasiërs
6 maanden	Subschalen van de Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)	Mild en ernstig fysiek en seksueel geweld en verwonding door partner	Overall: 46.6 Fysiek: 30.9 Seksueel: 30.7 Verwonding: 18.4	Univariaat: Alleenstaand Middelbare school afgemaakt Meerdere seksuele partners in afgelopen jaar Gebruik van crackcocaïne Non-White vs White
1 maand	Victimisatieschaal van de Aggressive-Acts Questionnaire (AAQ)	Mild en ernstig fysiek, seksueel en emotioneel geweld, vrijheidsberoving	Fysiek: 34.0 Seksueel: 28.0 Emotioneel: 70.0 Vrijheidsberoving: 42.0	Multivariaat: Mishandeling in de jeugd Ernst druggebruik Psychiatrische symptomen gerelateerd aan drugsverslaving Borderline stoornis PTSD
6 maanden	1 gestructureerde vraag	Ernstig fysiek geweld	19.5 vrouwen 27.7 mannen 25.0 totaal	Multivariaat: Man Gebruik van crackcocaïne Dakloos Ooit slachtoffer fysiek geweld Geen gebruik van heroïne in afgelopen 90 dagen

Table 4. *Continued*

Auteurs	Steekproef	Land	Type onderzoek
Rothman et al., 2008	238 patiënten (18 jaar en ouder) verwezen naar ambulante en intramurale verslavingszorg met alcoholproblematiek	VS, Boston	Longitudinaal evaluatie onderzoek, meting na 1 jaar behandeling
Stevens et al., 2007	545 patiënten (volwassenen) van gedwongen verslavingszorgprogramma	GB, London, Kent Duitsland, Berlijn Zwitserland, Zurich Oostenrijk, Wenen	Baseline meting van longitudinaal evaluatie onderzoek

**Tabel 5:** Prevalentie en risicofactoren van victimisatie onder daklozen met (ongespecificeerde) psychiatrische problematiek

Auteurs	Steekproef	Land	Type onderzoek
Dean et al., 2007	632 dakloze ambulante patiënten (volwassenen) met chronische psychoses	GB, 4 steden	Longitudinaal, 2 jaar follow-up
Goodman et al., 1995	99 (ex-)dakloze vrouwen, ambulante patiënten (21-71 jaar) met schizofrenie, schizo-affectieve, stemmingsstoornissen en middelmisbruik	VS, urbaan	Cross-sectioneel
Heslin et al., 2007	974 dakloze vrouwen (15-44 jaar) waarvan een groot deel psychiatrisch patiënt of drugverslaafd	VS, Los Angeles	Cross-sectioneel

Periode	Operationalisatie geweld	Definitie van geweld	Prevalentie victimisatie (%)	Predictoren
3 maanden	4 vragen uit de Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study (WCODV)	Ernstig fysiek en seksueel geweld door familie, partner of vreemde	Overall: 13.0 Fysiek: 6.0 Seksueel: 3.0 Verkrachting: 5.7	-
Afgelopen jaar	Aangepaste vragen uit de British Crime Survey	Gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven	GB: 63.5 Oostenrijk: 60.0 Zwitserland: 77.6 Duitsland: 76.5 Totaal: 68.4	Multivariaat: Jong Zwitserland vs Engeland Meer drugproblematiek Lifetime depressie Angst, spanningsklachten Recent ouderschap

Periode	Operationalisatie geweld	Definitie van geweld	Prevalentie victimisatie (%)	Predictoren
Afgelopen 2 jaar	Victimisatieschaal van de Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP)	Ernstig fysiek geweld	23.0	Multivariaat: Eerdere victimisatie Inadequaat contact met familieleden Vroege ontwikkeling psychose Co-morbide cluster B persoonlijkheidsstoornis
1 maand	Aanpassing van de Conflict Tactics Scale (CTS)	Mild of ernstig fysiek of seksueel geweld door partner, familielid of vreemde	Overall: 28.0 Fysiek: 20.0 Seksueel: 15.0	Univariaat: Eerdere victimisatie
Afgelopen jaar	2 gestructureerde vragen	Ernstig fysiek en seksueel geweld	Fysiek: 33.0 Seksueel: 14.0	Multivariaat: Fysiek geweld: Dichterbij Skid Row Inkomen uit prostitutie Fysiek geweld voor 18 <sup>e</sup> jaar Psychotische symptomen Homo- of biseksueel Seksueel geweld: Latino (vs Black, White) Seksueel geweld voor 18e Psychotische symptomen Weinig Latino bevolking in wijk

Table 5. *Continued*

Auteurs	Steekproef	Land	Type onderzoek
Lam & Rosenheck, 1998	1839 dakloze ambulante patiënten (volwassenen) met schizofrenie, psychotische, angst- stemmings-, persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik	VS, in 15 verschillende steden	Longitudinaal onderzoek, 3- en 12-maanden follow-up
Kushel et al., 2003	2577 daklozen (18-77 jaar) waarvan een groot deel psychiatrisch patiënt of drugverslaafd	VS, San Francisco	Cross-sectioneel
North et al., 1995	900 daklozen (18 jaar en ouder) waarvan een groot deel psychiatrisch patiënt of drugverslaafd	VS, St. Louis	Cross-sectioneel
Wenzel et al., 2000	1563 daklozen (18-77 jaar) waarvan een groot deel psychiatrisch patiënt of drugverslaafd	VS, Los Angeles	Cross-sectioneel

Periode	Operationalisatie geweld	Definitie van geweld	Prevalentie victimisatie (%)	Predictoren
2 maanden	Gestructureerde vragen	Ernstig fysiek of seksueel geweld	44.1	Multivariaat: Vrouw Betaald werk White & Latino vs Afro-American Alcoholmisbruik Ernstige psychotische symptomen Recente veroordeling Eerdere victimisatie
Afgelopen jaar	4 gestructureerde vragen	Ernstig fysiek of seksueel geweld	Overall: 32.3 vrouwen 27.1 mannen Fysiek: 30.6 vrouwen 26.6 mannen Seksueel: 9.4 vrouwen 1.4 mannen	Multivariaat: Algemeen: Jong Psychiatrische aandoening Prostitutie Slechte gezondheid Fysiek: Druggebruik Recente arrestatie Seksueel: Vrouw Dakloos Homo- of biseksueel
6 maanden	Onderdeel van Social Readjustment Rating Scale	Ernstig fysiek en seksueel geweld	10.0 vrouwen 12.0 mannen	-
1 maand	2 gestructureerde vragen	Ernstig fysiek en seksueel geweld	Overall: 23.0 vrouwen 21.0 mannen Fysiek: 18.0 vrouwen 20.0 mannen Seksueel: 9.0 vrouwen 1.0 mannen	Multivariaat: Vrouwen: Hispanic (vs White en Afro-American) Druggebruik (vs alcoholgebruik) Inkomen uit 'survival strategies' Manische symptomen Slechte fysieke gezondheid Mannen: Hispanic (vs White en Afro-American) Skid Row Slaapt op straat Alcoholverslaafd (vs druggebruik) Inkomen uit 'survival strategies' Depressief (vs schizofreen of manisch)

**Tabel 6:** Prevalentie en risicofactoren van victimisatie onder patiënten binnen de forensische zorg en penitentiaire instellingen

<b>Auteurs</b>	<b>Steekproef</b>	<b>Land</b>	<b>Type onderzoek</b>	<b>Periode</b>
Ireland, 2004	30 patiënten (25-58 jaar) van forensische instelling met een persoonlijkheidsstoornis	GB	Cross-sectioneel	1 week
Ireland & Bescoby, 2005	53 mannelijke patiënten (22-64 jaar) van een forensische instelling met een persoonlijkheidsstoornis	GB	Cross-sectioneel	Afgelopen week en maand
Ireland, 2006	44 patiënten (22-64 jaar) van een forensische instelling met psychiatrische problematiek	GB	Cross-sectioneel	1 week
Wolff et al., 2007	1494 gevangenen (18 jaar en ouder) met schizofrenie, PTSS, affectieve en angststoornissen	VS, a Mid-Atlantic state	Cross-sectioneel	6 maanden

Operationalisatie geweld	Definitie van geweld	Prevalentie victimisatie (%)	Predictoren
Gestructureerde vraag	Mild en ernstig fysiek, seksueel en emotioneel geweld	23.0	Univariaat: Kwetsbare, subassertieve personen Eenlingen, introvert Meer (opvallende) psychiatrische symptomen Fysiek zwakker Lage intelligentie Alleen voor mannen: Veroordeeld zijn voor een seksueel vergrijp
Aanpassing van de Direct and Indirect Prisoner Behaviour Checklist (DIPC)	Mild en ernstig fysiek, seksueel en emotioneel geweld	64.2 afgelopen week 69.8 afgelopen maand	Multivariaat: Victim/bully vs pure victim Victim/bullies laten meer negatief gedrag naar anderen zien
Gestructureerde vraag	Mild en ernstig fysiek, seksueel en emotioneel geweld	30.0 vrouwen 3.0 mannen 11.0 totaal	Univariaat: Kwetsbare, subassertieve personen Eenlingen, introvert Meer (opvallende) psychiatrische symptomen Fysiek zwakker Alleen voor mannen: Veroordeeld zijn voor een seksueel vergrijp
Onderdeel van de National Violence Against Women and Men- Surveys	Seksueel geweld door medegevangene of stafflid	27.2 vrouwen 15.1 mannen	Univariaat: Vrouw Hispanic en Afro-American (vs White) Schizofrenie of bipolaire stoornis vs affectstoornis of geen stoornis

