

De Forensische zorg

Citation for published version (APA):

de Vogel, V. (2023). *De Forensische zorg: Een steekje los?* Maastricht University.
<https://doi.org/10.26481/spe.20230324vv>

Document status and date:

Published: 24/03/2023

DOI:

[10.26481/spe.20230324vv](https://doi.org/10.26481/spe.20230324vv)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.



Dr. Vivienne de Vogel

Faculty of Psychology and
Neuroscience

De Forensische zorg: Een steekje los?

De Forensische zorg: Een steekje los?

Vivienne de Vogel

24 maart 2023

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van Bijzonder Hoogleraar Forensische Zorg

Geachte meneer de Pro-rector, leden van het cortège, beste familie, vrienden en collega's,

1. De Forensische zorg: Een steekje los?
2. Om maar meteen met de titel te beginnen: *De Forensische zorg: Een steekje los?* Aan wie zit er eigenlijk een steekje los? Aan de patiënten natuurlijk, dat is aangetoond, zij hebben een ernstig delict gepleegd waarvoor ze niet of gedeeltelijk verantwoordelijk zijn gezien hun psychiatrische problemen. Misschien zitten er ook wel steekjes los aan de mensen die er werken? Volgens de publieke opinie althans wel; je moet wel gek zijn als je daar zou willen werken. De beeldvorming is doorgaans niet positief, zeker niet als er incidenten in het nieuws komen, dan worden de begeleiders nogal eens weggezet als incompetent. Of zit het toch vooral in de processen en de organisatie van de forensische zorg? Het systeem zit muurvast kopte de NOS onlangs: er is sprake van personeelstekorten, hoge werkdruk, lange wachtlijsten, en het is ingewikkeld om de doorstroom goed te regelen en de continuïteit van zorg te waarborgen. Hoe los en hoe groot zijn die steken eigenlijk, en zijn ze te herstellen? In de komende 45 minuten ga ik jullie meenemen in mijn visie op de forensische zorg; welke steekjes zitten los, bij wie / waar en hoe kunnen we die steekjes herstellen, verbinden en verbeteren?
3. Hierbij ga ik uit van drie perspectieven: *Patiënten*, *Professionals* en *Processen*. Zoals ik zal laten zien zijn er meerdere parallelle thema's te onderscheiden. Ik ben er van overtuigd dat een geïntegreerd perspectief nodig is om de kwaliteit van de forensische zorg verder te verbeteren.
4. **Patiënten**
5. Ik begin met de patiënten. En wel met Kimberly.¹ Kimberly is opgegroeid in – zoals het in de rapportages vaak staat – affectief en pedagogisch verwaarlozende omstandigheden. Concreet betekent dat in haar geval dat er veel problemen waren in het gezin waarin ze opgroeide: haar vader had een alcoholprobleem en kon agressief worden naar zijn gezinsleden als hij dronken was. Haar moeder had psychiatrische problemen waarvoor ze meerdere malen werd opgenomen. Ze werkte als prostituee en nam regelmatig klanten mee naar huis. Op 13-jarige leeftijd werd Kimberly door een van de vaste klanten meerdere malen seksueel misbruikt. Haar moeder greep niet in. Beide ouders waren eigenlijk niet in staat voor Kimberly en haar zusje te zorgen. De kinderen zwierven vaak tot s 'avonds laat op straat en maakten hun school niet af. Al vanaf jonge leeftijd heeft Kimberly geleerd te vluchten, bijvoorbeeld in het gebruik van alcohol en drugs. Ook

¹ Vanwege privacy redenen zijn de naam en details van de besproken casus aangepast.

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

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

Trauma

6. Uit het verhaal van Kimberly moge duidelijk zijn dat trauma een cruciale rol speelde in haar ontwikkeling. Een van de belangrijkste zaken die ik heb geleerd in de afgelopen 25 jaar is de niet te onderschatten impact van trauma. Veel patiënten in de forensische zorg hebben forse trauma's opgelopen in hun jeugd en een aanzienlijk deel van hen ook later in hun leven. Seksueel misbruik, emotionele verwaarlozing, mishandeling, en regelmatig in combinatie met elkaar en voor langere periodes, oftewel complex trauma. Wat ik mijn studenten altijd vertel: dat is geen *excuus* voor het feit dat ze ernstige delicten hebben gepleegd, maar wel een *verklaring* voor hoe ze zich hebben ontwikkeld. Uit talloze onderzoeken is gebleken dat trauma's of - breder - *Adverse Childhood Experiences* een enorme invloed kunnen hebben op relatievorming, emoties, cognities, gedrag, zelfbeeld en gezondheid (zie o.a. Felitti et al., 2019; Hamby et al., 2021). Het is niet verwonderlijk dat dit alles kan leiden tot ernstige problemen in de ontwikkeling en relatievorming met anderen en daaraan gerelateerd kunnen allerlei stoornissen ontstaan, bijvoorbeeld posttraumatische stress stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis en verslavingsproblematiek.

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

Ook tijdens het verblijf in de klinische forensische zorg ligt (her)traumatisering op de loer. Het meemaken - of zelf veroorzaken van incidenten, maar ook het getuige zijn van ernstige incidenten zoals geweld en zelfbeschadiging van andere patiënten kunnen grote impact hebben op patiënten (Verstegen, 2023). Kimberly vertelde daarover dat zij zich vaak onveilig voelt en eigenlijk altijd op haar hoede is. Tegelijk kan ze zelf ook agressief reageren en brengt ze zichzelf in risicovolle situaties bijvoorbeeld doordat ze wervend gedrag naar mannelijke medepatiënten laat zien.

7. Het meemaken van traumatische gebeurtenissen is van invloed op de (mentale) gezondheid en vergroot de kans om opnieuw slachtoffer te worden. Ook is het een risicofactor voor meerdere vormen van ongewenst gedrag, zoals het (herhaald) plegen van delicten, maar ook voor zelfbeschadigend / zelfdestructief gedrag, seksueel risicovol gedrag, of niet goed voor je kinderen kunnen zorgen.

Deze twee artikelen beschrijven de basis. In een grootschalige onderzoek (bij 9508 mensen die een routine medisch onderzoek hadden ondergaan) naar *Adverse Childhood Experiences*, oftewel negatieve ervaringen in de kindertijd, door Felitti et al. (2019) werd gevonden dat deze negatieve ervaringen sterk gerelateerd waren aan zowel psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld depressie, verslaving) als fysieke gezondheidsproblemen / ziektes (bijvoorbeeld obesitas, hart en vaatziekten, kanker). Er was sprake van een cumulatief effect: hoe meer trauma's hoe sterker de relatie (zie ook het recentere werk van Hamby et al., 2021, zij vonden ook duidelijk bewijs voor cumulatief effect, en ook voor een ruimere groep ACE).

Fritzon et al. (2021) analyseerden de literatuur naar de relatie tussen trauma en delictgedrag, volgens het in de forensische zorg veelgebruikte *Risk Need Responsivity* model. Is trauma een directe risicofactor of meer een indirecte factor (bijvoorbeeld, doordat trauma leidt tot risicofactoren, zoals middelengebruik)? Ze concluderen dat het waarschijnlijk een combinatie van dit alles is, zowel bij het starten van plegen delicten als recidive. Ook noemen ze dat trauma-symptomen van invloed zijn op (het effect van) interventies. Het is belangrijk beter te begrijpen *hoe* dit werkt en hier meer onderzoek naar te doen. Zo loopt er nu bijvoorbeeld een onderzoek bij seksueel delinquenten naar de rol van eigen seksueel misbruik in hun jeugd en latere delictpleging (promotieonderzoek Sabine Noom).

Wat in ieder geval duidelijk is: trauma staat bij veel forensisch psychiatrische patiënten aan de kern van hun problemen en daar moet dus iets aan gebeuren. Dat is zeker niet eenvoudig en vereist een intensieve en geïntegreerde aanpak. De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor trauma, zo zijn er veelbelovende behandelprogramma's waar nu onderzoek naar wordt gedaan.

Trauma-informed care

8. Het bieden van een zo veilig mogelijke omgeving, gerichtheid op samenwerking en het versterken van krachten, gedegen kennis over de relatie tussen trauma en gedrag in het heden en daarbij ook rekening houden met diversiteit zijn principes van het trauma-informed werken. Vanuit *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, VS

(Samsha, 2014) zijn principes geformuleerd die wereldwijd, en in verschillende sectoren steeds meer worden toegepast, bijvoorbeeld in de reguliere GGZ of op scholen. Dat past bij de ontwikkeling van meer op de mens gerichte zorg i.p.v. op de ziekte gerichte zorg. Het is belangrijk te realiseren dat dit niet gaat om een specifiek behandelprogramma gericht op trauma, maar een alomvattend en continu proces van bewustwording en traumasensitiviteit. Voor de komende jaren is het belangrijk om hier onderzoek naar te doen: hoe geef je hier goed vorm aan, wat is daarvoor nodig, bijvoorbeeld in het trainen van professionals (promotieonderzoek Annabel Simjouw)?

Zelfbeschadigend gedrag

9. Ik wil hier ook kort stil staan bij het thema zelfbeschadigend gedrag. Dit komt relatief veel voor binnen de forensische zorg en neemt dan vaak ernstige vormen aan. De impact op patiënten zelf kan enorm zijn, maar ook op anderen, zoals de professionals, en ook medepatiënten die getuige zijn of moeten ingrijpen. Uit onderzoek is een duidelijke relatie gebleken tussen trauma en zelfbeschadigend gedrag. Zelfbeschadigend gedrag is een risicofactor voor suïcide, maar er is ook een sterke relatie tussen agressie naar anderen en naar zichzelf. Dit is een van de bevindingen van Nienke Verstegen die binnenkort hoopt te promoveren hier in Maastricht. In haar onderzoek naar incidenten tijdens de behandeling bleek zelfbeschadigend gedrag de belangrijkste voorspeller van agressie naar anderen, ook wanneer er werd gecontroleerd voor andere variabelen. Patiënten die zelfbeschadigend gedrag lieten zien hadden een 9x hogere kans om ook agressie naar anderen te vertonen (Verstegen et al., 2020). Hoe zit dit nu precies, wat zijn onderliggende factoren en dynamieken? Het beter begrijpen van de relatie hiertussen is een belangrijk thema voor de komende jaren. Ook het beter begrijpen van de motieven voor dit gedrag is van belang; wat brengt het hen? Er wordt vaak gedacht dat het manipulatief gedrag is, maar meestal gaat het om emotieregulatie weten we uit onderzoek. Dit was ook het geval bij Kimberly: het was voor haar een manier om zichzelf te kalmeren.

Risicotaxatie

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

Dit geldt voor vrijwel alle risicofactoren. Het is maar zelden zo dat een enkele risicofactor direct leidt tot gewelddadig gedrag. Meestal gaat het om een ingewikkelde combinatie en interactie van risicofactoren en tegelijk een gebrek aan beschermende factoren. Het begrijpen en ontrafelen van deze factoren en dynamieken tussen de factoren voor het individu is cruciaal. Om goede forensische zorg te kunnen leveren moet je immers begrijpen *waarom* iemand delicten pleegt en *wat* je moet behandelen om de kansen op recidive te verkleinen. Bij ieder individu kan een cluster van factoren worden geïdentificeerd, wat behulpzaam kan zijn voor het bepalen en evalueren van behandeldoelen. Diagnostiek en risicotaxatie zijn dan ook essentiële onderdelen, niet alleen aan het begin van een behandeling maar continu. Bij Kimberly bijvoorbeeld kunnen bepaalde risicofactoren worden geclusterd: het opgroeien in een instabiel gezin waar geweld plaats vond leidde tot allerlei problemen: vluchten in middelen, niet

geleerd hebben om te praten, wantrouwen naar hulpverleners, ontwikkeling van psychiatrische stoornissen. Al deze factoren hebben ook weer invloed op elkaar en kunnen dus niet los van elkaar worden gezien.

11. Risicotaxatie is het onderwerp waarmee ik mijn carrière begon, inmiddels 25 jaar geleden. Toen stond dit onderwerp nog in de kinderschoenen, met de allereerste implementatie van risicotaxatie in 2001 in de Van der Hoeven kliniek. Inmiddels zijn we - wereldwijd - zo'n vierhonderd risicotaxatie-instrumenten verder en een niet meer te tellen aantal onderzoeken en publicaties, en is er veel kennis opgebouwd over risicofactoren en beschermende factoren. Toch blijven er nog allerlei vraagstukken en verbeterpunten over, vooral hoe we deze kennis zo goed mogelijk kunnen vertalen naar de dagelijkse praktijk. De belangrijkste uitdagingen zijn de implementatie in de praktijk, de vertaling van risicotaxatie naar risicomangement, verbeteringen voor specifieke groepen (bijvoorbeeld vrouwen), het voorkomen van bias (niets menselijks is ons vreemd in de forensische zorg) en risicocommunicatie.

Risicocommunicatie

12. Een thema waar nog relatief weinig onderzoek naar is gedaan, is hoe over de resultaten van een risicotaxatie helder wordt gecommuniceerd naar bijvoorbeeld besluitvormers zoals de rechter, maar ook naar collega's of naar patiënten zelf. Risicocommunicatie vormt in feite de schakel tussen risicotaxatie en besluitvorming en het daaropvolgende risicomangement en bepaalt daarmee voor een groot deel de waarde van de risicotaxatie voor de praktijk. Het is belangrijk dat er helder over de resultaten van een risicotaxatie wordt gecommuniceerd, zodat de besluitvormer de risico's adequaat kan inschatten en hierop diens beslissingen zo goed mogelijk kan afstemmen. Het uiteindelijke doel van risicotaxatie is immers niet het voorspellen van recidive, maar het bieden van concrete richtlijnen voor risicomangement om daarmee zoveel mogelijk te voorkomen dat iemand terugvalt in delictgedrag.

Er zijn verschillende manieren van communiceren, bijvoorbeeld in cijfers / percentages of in woorden (laag, matig, hoog). Uit internationaal onderzoek is gebleken dat het uitmaakt hoe je communiceert over risico's: het communiceren als 1 of 5 recidiveert leidt bijvoorbeeld tot meer aarzeling bij besluitvormers dan 20% recidiveert, net als negatieve versus positieve framing (20% kans op recidive versus 80% kans op geen recidive). Over het algemeen worden cijfers niet zo goed begrepen en geven zowel professionals die de risicotaxatie uitvoeren en de besluitvormers voorkeur aan een beschrijvende terugkoppeling (laag, matig, hoog). Hierbij geldt echter dat dit vaak grofmazig en abstract blijft. Een recent Nederlands onderzoek door mijn collega Ellen van den Broek met vignetten bij 100 Pro Justitia rapporteurs liet zien dat ook in Nederland de wijze van communiceren van invloed is. In dit onderzoek werd - net als in internationaal onderzoek - gevonden dat een inschatting in woorden als matig of hoog en daarbij een risicoscenario leidde tot hogere inschattingen vergeleken met een inschatting in percentages of met een verdere verduidelijking van de term matig of hoog. Over het algemeen zijn we geneigd risico's te hoog in te schatten. Meer begrip en training in risicocommunicatie is nodig, net als vervolgonderzoek, bijvoorbeeld bij rechters, om zo helder mogelijk te communiceren zodat we elkaar goed begrijpen en steeds meer dezelfde taal gaan spreken.

Gender

13. Het beter begrijpen van delictgedrag en inschatten van risico's is – ondanks de uitdagingen die ik net noemde – van grote waarde gebleken in de afgelopen 25 jaar. Maar, dit geldt vooral voor mannelijke patiënten in de forensische zorg. Over vrouwen – weliswaar een kleine (maar groeiende) groep – is dat veel lastiger te zeggen. Dit geldt ook voor behandelmethoden en medicatie, eigenlijk zo'n beetje alles in de forensische zorg. Nagenoeg alle instrumenten en methoden die worden gebruikt zijn ontwikkeld of onderzocht bij mannen. Op zich is dat logisch, maar het plaatst ons wel voor problemen: hoe weten we of het voor vrouwelijke patiënten wel geschikt is?

Meer in het algemeen zijn gender bias en stereotype beeldvorming hardnekkig. Ik wil benadrukken dat dit beide kanten op werkt. Een voorbeeld dat ik regelmatig gebruik is een krantenbericht uit 2021 over een 17-jarige jongen die als pizzakoerier werkte en op een bezorgadres door twee jonge vrouwen werd aangerand wat tevens werd gefilmd. Dit werd door de vrouwen zelf gezien als "de ultieme droom van een pizzakoerier". Uiteindelijk kregen ze 1 dag cel en een taakstraf en deze vrouwen werden later door een mannentijdschrift uitgeroepen tot meest sexy vrouwen van het jaar. Hoe zou het zijn geweest als het een 17-jarig meisje was die door twee jonge mannen werd aangerand? Hoe zouden de krantenkoppen dan luiden? De stereotypen zijn hardnekkig; het blijft lastig om vrouwen als dader te zien, maar ook om mannen als slachtoffer te zien. Mannen als slachtoffer worden veel minder herkend en erkend. Als ze er al over vertellen worden ze vaak niet serieus genomen en krijgen ze daardoor niet de hulp die ze nodig hebben. Ook worden bij mannen psychiatrische problemen als depressie en angst lastig herkend. Dat zijn allemaal relevante thema's waar naar mijn mening meer aandacht voor nodig is. In de forensische zorg richt ik mijn aandacht echter vooral op de minderheidsgroep vrouwen.

14. In de afgelopen jaren heb ik - samen met vele anderen - een multicenter project uitgevoerd naar vrouwen in de forensische zorg en wat hen kenmerkt in hun delicten, achtergrond en risicofactoren. Dit heeft veel nuttige kennis opgeleverd, zoals dat er bij hen nagenoeg allemaal sprake is van (complex) trauma en zeer complexe psychische problematiek. Ook vonden we dat er - ondanks dat er veel overeenkomsten zijn - relevante genderverschillen bestaan in delictpleging, bijvoorbeeld dat het bij vrouwen vaker relationeel geweld betreft en maar zelden seksueel geweld. Ook vonden we verschillen in diagnoses en behandelbehoeftes (de Vogel et al., 2016; zie voor een overzicht de Vogel et al., 2023). In ons onderzoek vonden we dat maar weinig van deze vrouwen weer succesvol in de maatschappij terecht kwamen. Van de onderzoeksgroep was 18% overleden, op een gemiddelde leeftijd van 44 jaar. Mogelijke verklaringen zijn suïcide en ernstig zelfbeschadigend gedrag, geschiedenis van trauma, middelenmisbruik, en prostitutieverleden. Verder vonden we dat risicotaxatie-instrumenten bij vrouwen aanzienlijk minder goed voorspellen dan bij mannen. Het gebruik van deze instrumenten is in Nederland verplicht en van grote invloed op het vervolg van behandeling, maar zijn dus eigenlijk bij vrouwen niet erg bruikbaar (de Vogel, 2022).

In de praktijk zitten we regelmatig met de handen in het haar; de behandeling stagneert en het is ingewikkeld om vrouwen succesvol te laten door- of uitstromen. Hoe kunnen

we dit beter doen? Voor hen, en zeker ook voor hun eventuele kinderen. De intergenerationale transfer is duidelijk aangetoond in wetenschappelijk onderzoek, overigens ook bij vaders, maar bij moeders lijkt dit nog sterker te zijn. Dit pleit ook voor veel meer aandacht en onderzoek naar preventie.

15. Wat ik vooral belangrijk vind voor de komende jaren is hoe de kennis uit de wetenschap op de werkvloer landt. Hoe kunnen we wetenschappelijke kennis benutten om de behandeling ook daadwerkelijk te verbeteren. Hoe kunnen we gender-responsief werken en hoe gaan we bijvoorbeeld om met transgender personen? Niet alleen in de forensische zorg waar gemengde behandeling mogelijk is, maar bijvoorbeeld ook in de gevangenis waar mannen en vrouwen gescheiden verblijven. Recentelijk is er meer aandacht gekomen voor deze thema's, zoals in de werkgroep *Gender* in de Van der Hoeven Kliniek.

Wij hebben in een project binnen het programma *Kwaliteit Forensische Zorg* richtlijnen ontwikkeld voor gender-responsief werken met als doel om de behandeling voor vrouwen in de forensische zorg te verbeteren ([de Vogel et al., 2023](#)). De komende jaren gaan we verder onderzoek doen of dit ook daadwerkelijk de behandeling verbetert.

Effectiviteit behandeling

16. Meer in het algemeen speelt de vraag: werkt behandeling eigenlijk, wat is nu precies de kwaliteit van de forensische zorg? De effectiviteit van behandeling in de forensische zorg is niet onomstotelijk bewezen. Vanuit de maatschappij wordt dit wel verlangd en er wordt soms met verbazing gereageerd dat we dit nog steeds niet weten. Het is echter ontzettend ingewikkeld om dit goed te onderzoeken. Immers, je kunt niet een controlegroep samenstellen met dezelfde type delicten en stoornissen, die geen behandeling geven, en vervolgens kijken wat er zal gebeuren. Ook is het niet eenvoudig om goede uitkomstmaten vast te stellen; recidive als uitkomstmaat ligt voor de hand, maar er is meer. Natuurlijk zijn er manieren om het wel te proberen, dat is ook wel gebeurd, in kleinere onderzoeken, maar ook multicenter, zoals naar *Schema focused therapy* (Bernstein et al., 2023). In twee recente internationale meta-analyses (McIntosh et al., 2021; Papalia et al., 2019) werd onlangs voorzichtig geconcludeerd dat behandeling in de forensische zorg tot positieve resultaten leidt, vooral wanneer het om multimodale behandeling gaat. Veel onderzoeken hadden echter belangrijke beperkingen en meer onderzoek is nodig. In Nederland maakten Nagtegaal et al. (2016) een kosten-baten analyse op basis van beschikbare literatuur waaruit ze concluderen dat de tbs-maatregel een waardevolle bijdrage levert aan de veiligheid van de maatschappij. Dat is veelbelovend, maar wat werkt nu precies, wat helpt onze patiënten, ook op de langere termijn, ook als er zich grote veranderingen in hun leven voordoen (bijvoorbeeld ontslag of een verbroken relatie) of wanneer de verleidingen van bijvoorbeeld alcohol of drugs te groot worden?
17. Vanuit het [FFP project de Lerende Praktijk](#) zijn we momenteel met een groep onderzoekers bezig te analyseren wat het onderzoek naar effectiviteit van behandeling de afgelopen 15 jaar heeft opgebracht; we bekijken daarvoor ongeveer 60 studies verschenen tussen 2005 en 2022. Daarmee kunnen we in kaart brengen wat we nu wel weten en vooruitkijken naar wat we nog niet weten en wat nodig is. Wat werkt, voor

wie, wanneer en hoe? Hoe kunnen we dit onderzoek voor de komende jaren zo gedegen mogelijk opzetten?

18. Professionals

Mentale veerkracht

19. Er wordt veel verwacht van de professionals die in de forensische zorg werken. Het gaat om een complexe doelgroep, de werkdruk is hoog, er is een hoog verloop en er zijn hooggespannen verwachtingen vanuit de maatschappij. Het is en blijft mensenwerk, en het is dus niet reëel te verwachten dat dit altijd goed gaat. Toch wordt dit vaak wel verwacht en als het dan mis gaat wordt al snel gekeken naar de professionals die er werken. De meeste professionals die in de forensische zorg werken kiezen bewust voor dit vak en zien het als zinvol en belangrijk werk, vooral omdat zij hiermee kunnen bijdragen aan herstel van patiënten en voorkomen van recidive en daarmee het veiliger maken van de maatschappij. Het is echter niet altijd eenvoudig.
20. Er is een aantal specifieke aspecten aan het werken in het forensisch sociaal domein die een beroep doen op de mentale veerkracht van professionals, namelijk het meemaken van incidenten, maar ook mogelijke continue spanningen in het contact met cliënten / patiënten. Ten derde kan het werken met cliënten die ernstige delicten hebben gepleegd emotioneel belastend of confronterend zijn. Met name het horen of lezen over seksuele delicten of ernstige geweldsdelicten, zeker wanneer kinderen slachtoffer waren, kunnen veel indruk maken en zelfs leiden tot psychische klachten bij professionals. Er is onderzoek uitgevoerd naar professionals bij de jeugdbescherming waaruit blijkt dat de constante confrontatie met verhalen van misbruikte kinderen kan leiden tot klachten die lijken op die van de getraumatiseerde zelf (Sprang et al., 2011). Dit wordt secundaire of indirecte traumatisering genoemd en komt met name voor bij vrouwelijke professionals (Branson, 2019). In het forensisch sociale veld hebben veel cliënten zelf trauma's in hun voorgeschiedenis, maar bovenal hebben ze trauma's bij anderen veroorzaakt. Bij therapeuten die met seksueel delinquenten werken werd secundaire traumatisering ook gevonden (Moulden & Firestone, 2007) .

Soms overstijgt de draagkracht de draaglast en dan kunnen klachten ontstaan, bijvoorbeeld PTSS of burn-out. Zowel individuele kenmerken (en de privé situatie) als kenmerken van teams en de organisatie kunnen daarbij een rol kunnen spelen, in negatieve zin (risicofactoren) maar ook in positieve zin (beschermende factoren). Beschermende factoren voor een individu zijn bijvoorbeeld positivisme en geloof in eigen kunnen. Voor organisaties zijn bijvoorbeeld een open cultuur, voldoende mogelijkheden voor nazorg, oprechte betrokkenheid van leidinggevenden en collega's en transparante communicatie belangrijke beschermende factoren.

Uit onderzoek is gebleken dat kenmerken van een organisatie een nog sterkere voorspeller voor posttraumatische stressklachten zijn dan de gebeurtenis op zichzelf en dan kenmerken van de professional. Het is dus belangrijk dat forensische organisaties oog hebben voor de cultuur en hun professionals en dat ze aan preventie doen, op meerdere niveaus en momenten. Eigenlijk zijn alle principes van *trauma-informed care* die ik eerder besprak ook van belang voor alle professionals.

21. Meer aandacht is dus nodig voor de professionals die in de forensische zorg werken. Hun werk is belangrijk en we moeten goed voor hen zorgen en zuinig op hen zijn. Veerkracht is een relevant onderzoeksthema, in dit plaatje met een wijsheid, vaak gebruikt door mijn collega Anne Koppe, simpel doch doeltreffend weergegeven.
22. Het forensische veld heeft zich enorm ontwikkeld de afgelopen jaren en er is veel opgeleverd om professionals te ondersteunen in hun werk; zie bijvoorbeeld het programma forensisch vakmanschap (<https://forensischvakmanschap.nl/>), de forensische leerlijn (<https://forensischeleerlijn.nl/>), het recent opgeleverde kwaliteitskader Forensische Zorg (<https://efp.nl/kwaliteitskader-forensische-zorg>) en natuurlijk het programma Kwaliteit Forensische Zorg (<https://kfz.nl/>) dat dit jaar 10 jaar bestaat (9 november 2023 jubileumcongres). Alles met als doel om professionals handvatten te bieden en daarmee de forensische zorg verder te verbeteren.

In de praktijk is het echter ook zo dat professionals overstelpt worden met tools, richtlijnen, kaders, handreikingen, factsheet, routekaarten etc. Hoe vinden ze daarin hun weg en hoe kunnen ze die goed benutten en inpassen in hun dagelijkse werk en verantwoordelijkheden en hoe zorg je dat het niet weer een verplicht afvinklijstje of bureaucratisch ding wordt? Het is in ieder geval belangrijk dat professionals meegenomen worden in de keuzes en de implementatie, dat ze voldoende tijd en ruimte krijgen en dat het goed geborgd wordt in de processen.

23. Kortom, meer aandacht is nodig voor de professionals die in de forensische zorg werken en hoe zij zo goed mogelijk gefaciliteerd kunnen worden in het uitvoeren van hun belangrijke werk. Er zijn diverse thema's die om meer onderzoek vragen. Binnen het lectoraat Werken in Justitieel kader van de Hogeschool Utrecht wordt veel onderzoek verricht naar professioneel handelen (zie <https://www.hu.nl/onderzoek/werken-in-justitieel-kader>).

24. **Processen**

Continuïteit van zorg

25. Continuïteit van zorg / in de justitiële keten is een thema dat de laatste jaren sterk in de belangstelling staat. Het is essentieel dat er bij uitstroom een soepele overgang is naar eventuele vervolgvoorzieningen en / of maatschappelijke re-integratie middels goede huisvesting, werk en sociale inbedding. Continue zorg en begeleiding na een behandeling in gedwongen kader is belangrijk om terugval in delicten, (zelf)destructief, of overlastgevend gedrag of te voorkomen. De belangen van goede aansluiting en samenwerking in de keten zijn dan ook groot voor de maatschappij en de cliënt zelf, maar ook voor zijn of haar omgeving en de betrokken professionals. Voor de cliënt / patiënt is het belangrijk dat hij of zij zich gezien en gehoord blijft voelen en dat door de omgeving en professionals gesignaleerd en geïntervenieerd kan worden mocht het onverhoopt niet goed gaan.

Ondanks goede intenties is er nog altijd sprake is van gebrekkige doorstroom en discontinuïteit in de keten. Daar is de afgelopen jaren veel aandacht voor geweest en er zijn talrijke rapporten en hulpmiddelen verschenen allen met als doel het verbeteren van de continuïteit. Wat heeft dat tot nu toe opgeleverd?

26. Samen met Petra Schaftenaar en Maartje Clercx voerde ik in 2019 een inventariserend onderzoek uit naar continuïteit van zorg, [Mind the gap](#), daarin bekeken we alle opgeleverde stukken vroegen we professionals zelf waar behoefte aan is. Knelpunten zijn grofweg onder te verdelen in problemen op gebied van wet en regelgeving / bekostiging, maar vooral in moeilijkheden in (het organiseren van) samenwerking. De behoefte lag vooral bij betere samenwerking en elkaar beter kennen. Een duidelijke boodschap was: we willen niet nog meer instrumenten, maar vooral betere manieren om samen te werken. Verder is het belangrijk om alles wat nu opgeleverd of geïmplementeerd wordt goed te evalueren en daar van te leren.
27. Wat is nodig? Veel valt samen te vatten onder de noemer samenwerking en communicatie. We hebben allemaal hetzelfde doel: we willen patiënten of cliënten zo goed mogelijk begeleiden / behandelen om terugval te voorkomen en de maatschappij zo veilig mogelijk te houden. Goede samenwerking tussen instellingen en zorgvuldige overdracht is hierbij essentieel. Van *Mind the gap* naar *Bridge the gap*.

Samenwerking

28. Voor een goede, prettige samenwerking is het nodig om heldere gezamenlijke doelen op te stellen, duidelijke afspraken te maken over samenwerking rondom een client / patiënt, een gezamenlijke taal te hebben (bijvoorbeeld wat verstaan we onder termen als risico-denken, forensische scherppte, herstel?). Verder moeten natuurlijk de randvoorwaarden, financiën, privacy issues etc., op orde zijn. En tot slot, en misschien wel de meest genoemde factor voor succes: elkaar kennen en weten te vinden.

Besluitvorming

29. Hoe zit het met besluitvormingsprocessen in de forensische zorg? Zorgvuldige besluitvorming is van belang, er moeten immers belangrijke beslissingen genomen worden. Is het bijvoorbeeld verantwoord om een forensisch psychiatrische patiënt op verlof te gaan, wanneer kan er geadviseerd worden om de tbs te beëindigen? Risicotaxatie helpt ons daar enorm bij. Zoals ik eerder echter al zei hangt veel ook af hoe er over de resultaten van de risicotaxatie wordt gecommuniceerd en wat er vervolgens mee gebeurt. Hoe verloopt dat nu?

Onlangs heb ik samen met Erik Bulten en Wim van Kordelaar data geanalyseerd van het Adviescollege Verloftoetsing tbs, het [AVT \(Bulten et al., 2022\)](#). Het AVT is in 2008 opgericht naar aanleiding van de adviezen van commissie Visser (2006, [parlementair onderzoek](#) n.a.v. enkele ernstige incidenten met tbs-ers tijdens verlof), en is een onafhankelijk college dat verlofaanvragen van tbs-ers geschreven door de klinieken inhoudelijk toetst en de Minister voor Rechtsbescherming adviseert over de veiligheid betreffende de ingediende verlofaanvragen. Het AVT beoordeelt tussen de 1.300 en 1.400 verlofaanvragen per jaar en dit verloopt volgens een zorgvuldig proces en is mede gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde risicotaxatie uitgevoerd door de klinieken.

In dit onderzoek brachten we alle incidenten van Ongeoorloofde Afwezigheid (OA) tussen 2009-2020 in kaart. We keken hierbij naar de positieve adviezen (dat is ongeveer 90% van het totaal aantal adviezen). Bij 2.5% van de 15.050 verlofaanvragen tussen 2009-2020 was er sprake van een OA. In bijna driekwart (74%) van de OA's is de patiënt binnen 24 uur weer terug in de instelling en is er ook geen sprake van recidive. Vervolgens keken we naar recidive en vonden we dat bij 0.15% van het totaal aantal positief bevonden verlofaanvragen er sprake was van een OA met een recidive.

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

Kortom, recidive tijdens een OA is - gelukkig - een zeldzame gebeurtenis. Ondanks dat enkele patiënt- en delictkenmerken gerelateerd waren aan een OA is het verband zwak en het voorspellen van een (recidive tijdens) OA moeilijk. Hieruit kunnen we concluderen dat het gehele besluitvormingsproces rondom verlof over het algemeen zorgvuldig verloopt; in 99.85% van de positief geadviseerde verlofaanvragen verloopt het verlof veilig (geen recidive). Daarbij dient nog vermeld te worden dat we binnen dit onderzoek keken naar verlofaanvragen, als we kijken naar het totaal aantal *verlofbewegingen* (zo'n 70.000 per jaar) is dit nog lager.

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

Drie perspectieven

30. Terug naar de drie perspectieven. Er zijn een aantal parallelle thema's: veerkracht (bij patiënten - professionals – processen); *trauma-informed* werken; zorgvuldige communicatie; en samenwerking. Dit zijn wat mij betreft de sleutelwoorden voor de komende tijd.
31. Concluderend, er zitten zeker steekjes los, maar er is ook veel potentie, herstel en veerkracht. Uiteindelijk hoeft een klein steekje los niet zo erg te zijn, dat maakt het uniek, maar te grote steken kunnen er voor zorgen dat alles uit elkaar valt. Als het bouwwerk als geheel stevig is kan een klein steekje los best.

Terugkomend op de casus: uiteindelijk ging het met Kimberly niet zo goed, er is een paar keer geprobeerd haar te resocialiseren, maar ze viel steeds weer terug in middelengebruik en risicovol gedrag. Haar gezondheidsproblemen werden steeds ernstiger, ook cognitief had ze problemen, onder meer met haar geheugen. Uiteindelijk is ze overgeplaatst naar een *longcare* afdeling waar de behandeling niet zozeer gericht is op terugkeer in de maatschappij, maar op kwaliteit van leven. Positief is dat zij met behulp van een forensisch netwerkbegeleider contact kreeg met haar kind, wat voor haar heel waardevol was. Daar kon gelukkig toch, ondanks dat er nog genoeg losse steekjes bleven, iets gerepareerd worden.

32. De komende jaren zal ik mij – met vele anderen – gaan richten op de volgende thema's: de rol van trauma en *trauma-informed care*; de relatie tussen agressie naar zelf en anderen; gender-responsief werken; risicocommunicatie en de vertaling van risicotaxatie naar risicomangement; effectiviteit van de forensische behandeling; mentale veerkracht van professionals; het ontwikkelen en onderzoeken van gemeenschappelijke taal en interdisciplinaire samenwerking.

Dankwoord

Het is 2023 en dat betekent dat ik dit jaar 50 ben geworden, en dat ik 25 jaar geleden begon met werken in de Van der Hoeven Kliniek. Ik had destijds nooit gedacht dat ik zo lang zou blijven, maar ik ben enorm gehecht geraakt aan deze plek en de mensen. Nog een rond getal: het is precies 10 jaar geleden dat we hier vanuit de sectie Forensische Psychologie een groot internationaal congres organiseerden, in het MECC, namelijk voor de *International Association of Forensic Mental Health Services*. Daar koester ik mooie herinneringen aan, ook omdat wij toen, wat uniek was, samen met patiënten uit de Van der Hoeven Kliniek een optreden gaven. Als wetenschappers kunnen we mooie onderzoeken uitvoeren, artikelen schrijven en presentaties geven, maar theater of andere kunstvormen laten het "echt binnen komen". Dit kunnen jullie zo dadelijk zelf bij de borrel ook gaan ervaren met een optreden van Theater Buiten de Muren.

Er zijn veel mensen om te bedanken, te veel binnen deze tijd. Toch wil ik er hier een paar noemen. Als eerste wil ik het College van toezicht en de Universiteit Maastricht bedanken voor het vertrouwen dat zij mij geven en dat zij deze bijzondere leerstoel mogelijk maken. Mariette Keijser was als bestuurder van de Forensische Zorgspecialisten vanaf het prille begin enorm enthousiast en steunend. En dan natuurlijk Corine de Ruiter; bij wie ik in 1998 begon als onderzoeksassistente, bij wie ik in 2005 promoveerde en daarna bleef samenwerken, inmiddels dus ook al meer dan 25 jaar. Haar bevoegenheid en passie voor het forensische vak en voor de wetenschap zijn een blijvende bron van inspiratie. De sectie Forensische Psychologie dank ik voor het hartelijke welkom en ik kijk uit naar nieuwe samenwerkingen.

Vanuit de Van der Hoeven Kliniek zijn er velen te bedanken. De Afdeling Onderzoek, Wineke, Kasia, Nienke, Annabel, Edwin, Maaïke (en ook Eveline, Sabine, Ellen en oud collega's) staat daarbij in het middelpunt, maar ook patiënten, behandelaren, Klinisch Psychologen in opleiding, studenten etc. Een naam wil ik hier toch niet onbenoemd laten, Ellen van den Broek, mijn klinisch geweten en inmiddels ook onderzoeks-collega.

Sinds 2017 werk ik bij de Hogeschool Utrecht, binnen het lectoraat Werken in Justitieel Kader in het Kenniscentrum Sociale Innovatie, waar ik warm werd ontvangen. Het mooie van het werken op de Hogeschool vind ik het praktijkgerichte, en de duidelijke koppeling tussen onderwijs, onderzoek, en praktijk. Ook hier zijn vele mensen te bedanken, zoals Nico de Vos, directeur van het kenniscentrum, en vooral het lectoraat aan wie ik samen met mijn collega lector Jacqueline Bosker leiding geef. Ik kan me geen fijnere samenwerking voorstellen dan met Jacqueline; integer, slim en de inhoud staat bij haar altijd voorop.

Verder dank ik alle andere collega's met wie ik samenwerk, van andere klinieken, bij het Adviescollege Verloftoetsing tbs, de reclassering, leden van de programmacommissie Kwaliteit Forensische Zorg, het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), Stichting Vrienden van Oldenkotte, en het nieuwe Tijdschrift voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.

Tot slot dank aan mijn ouders / broers en partners, schoonzus, vrienden en natuurlijk mijn gezin voor alle steun, vertrouwen en bovenal de broodnodige relativeringen. Dat is meteen ook de groep aan wie de hamvraag gesteld kan worden: zit er aan mij eigenlijk een steekje los? Op zijn minst *workalcoholic* zou ik zeggen, maar ik hoop toch niet volledig ontspoord.

Ik heb gezegd.

Referenties

Bernstein, D., Keulen-de Vos, M., Clerck, M., Vogel, V. de, Kersten, G. C. M. Lancel, M., Jonkers, P. P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N. J., Deenen, T. A. M. & Arntz, A. (2023). Schema therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 53(1), 88-102. doi:10.1017/S0033291721001161

Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2-10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>

Bulten, E., Vogel, V. de, & Kordelaar, W. van (2022). Onttrekkingen en recidive tijdens tbs-verlof: De wet van de kleine aantallen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64, 657-662.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Reprint of: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>

Fritzon, K., Miller, S., Bargh, D., Hollows, K., Osborne, A., & Howlett, A. (2021). Understanding the relationships between trauma and criminogenic risk using the Risk-Need-Responsivity model. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(3), 294-323. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1806972>

Hamby, S., Elm, J. H., Howell, K. H., & Merrick, M. T. (2021). Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *American Psychologist*, 76(2), 230-242. <https://doi.org/10.1037/amp0000763>

McIntosh, L. G., Janes, S., O'Rourke, S., & Thomson, L. D. (2021). Effectiveness of psychological and psychosocial interventions for forensic mental health inpatients: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 58, 101551. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101551>

Moulden H. M., & Firestone, P. (2007). Vicarious traumatization: The impact on therapists who work with sexual offenders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(1), 67–83. https://doi.org/10.1057/9780230249165_10

Nagtegaal, M. H., Goethals, K. R. I. S., & Meynen, G. (2016). De tbs-maatregel: Kosten en baten in perspectief. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 58(10), 739-745.

Papalia, N., Spivak, B., Daffern, M., & Ogloff, J. R. (2019). A meta-analytic review of the efficacy of psychological treatments for violent offenders in correctional and forensic mental health settings. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12282. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12282>

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Verstegen, N. (2023). *Hurt people hurt people. Characteristics and impact of inpatient aggression in forensic mental health care*. Dissertation Maastricht University.

Verstegen, N., Vogel, V. de, Huitema, A., Didden, R., & Nijman, H. (2020). Physical violence during mandatory psychiatric treatment: Prevalence and patient characteristics. *Criminal Justice & Behavior*, 47 (7), 771-789. doi: <https://doi.org/10.1177/0093854820924691>

Visser, A.P. (2008). *TBS, vandaag over gisteren en morgen. Een inleiding over het parlementair onderzoek TBS*. Ontmoetingen, voordrachtenreeks van het Lutje P.J.G. 2008; 14: 1-18.

Vogel, V. de (2022). Risicotaxatie bij vrouwen. *Expertise en Recht*, 2022-2, 35-40

Vogel, V. de, Schaftenaar, P., & Clercx, M. (2019). *Mind the gap. Continuïteit in de forensische zorgketen. Eindrapportage KFZ*. Utrecht: KFZ. Beschikbaar via <https://kfz.nl/resultaten/mind-the-gap-continuïteit-in-de-forensische-keten-precall-2018-79>

Vogel, V. de, Stam, J., Bouman, Y., Horst, P. ter, & Lancel, M. (2016). Violent women: A multicentre study into gender differences in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27, 145-168. doi: 10.1080/14789949.2015.1102312

Vogel, V. de, Bruijn, M. de, Klein Haneveld, E., Leong, J., Robbe, E., Steunenbergh, D., Verhees, M. & Vissers, A. (2023). *Behandelen van vrouwen: Een vak apart? Ontwikkeling van een*

handreiking voor het behandelen van vrouwen in de klinische forensische zorg. Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ). Behandelen van vrouwen in forensische klinische zorg: Een vak apart? Het ontwikkelen van richtlijnen voor de behandeling van vrouwen in de forensische klinische zorg - KFZ

Wolf, M. J. F. van der, Reef, J., & Wams, A. C. (2020). *Wie zijn geschiedenis niet kent...: Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988.* Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/11/02/tk-bijlage-rapport-van-der-wolf-visie-forensische-zorg>

Informatie over Nederlandse multicenter onderzoek naar genderverschillen in de forensische zorg (research gate profiel Vivienne de Vogel):

<https://www.researchgate.net/project/Gender-differences-in-forensic-psychiatric-patients>



De forensische zorg: Een steekje los?

Vivienne de Vogel
24 maart 2023

1

Een steekje los?



Tbs-systeem faalt en moet weg

NOE Nieuws Vrijdag 23 december 2022 18:00

Tbs-systeem zit muurvast: 'Elke bezemkast omgebouwd'

"Ut de stikken bëjt dat crimineelen de benen nemen als de begeleider even een frotje haalt of net een stfke wil gooien op de bowlingbaan"

2




3



4

Kimberly



5

Trauma

- Relaties**
Waarvoor, wereld is onveilig, gebrekkig
- Emoties**
Problemen met regulatie, in- of externaliseren
- Cognities**
Problemen met helder denken, snel afgewijkt, belemmeringen
- Gedrag**
Impulscontrole, risicovol gedrag, defensief
- Zelfbeeld**
Negatief, schaamte, schuld
- Dissociatie**
Ontkoppeling bewustzijn, automatische respons op stress
- Gezondheid**
Immunitaire, stress-respons, hersenontwikkeling

6

Trauma

Adverse Childhood Experiences

- Van invloed op (mentale) gezondheid
- Verhoogde kans revictimisatie
- Relatie met start en recidive delictgedrag

Journal of Preventive Medicine

Association of Adverse Childhood Experiences with Adult Health and Health Care Use

Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma

Understanding the Relationships between Trauma and Antisocial Risk Using the Risk-Need-Responsivity Model

➔ Trauma-informed care

7

Trauma-informed care

SAMSHA, 2014

6 Guiding Principles to a Trauma-Informed Approach

Safety

Psychological and emotional safety

Trustworthiness/ Transparency

Reliability and consistency with your information, promises, and actions

Peer Support

Having the chance of both giving and receiving support

Collaboration / Mutuality

Recognizing and valuing the expertise of everyone involved

Empowerment, Voice & Choice

Individual strengths and experiences, culture, and beliefs

Cultural, Historical, and Gender Issues

Recognizing and addressing biases and biases of professionals

8

Belang van meer kennis over zelfbeschadigend gedrag in forensische zorg

- Relatief hoge frequentie
- Impact op alle betrokkenen
- Risicofactor suïcide
- Sterke voorspeller van geweld naar anderen (Verstegen et al., 2020)

Beter begrip, risicotaxatie en behandeling kan helpen agressie naar zichzelf en / of anderen te verminderen of voorkomen

9

Ontstaan van geweld: Complex samenspel factoren

10

Uitdagingen risicotaxatie

- Implementatie in de dagelijkse praktijk
- Vertaling naar risicomanagement
- Verbeteringen specifieke groepen
- Voorkomen bias
- Risicocommunicatie

11

Risicocommunicatie

- Schakel tussen risicotaxatie en risicomanagement
- Van invloed op besluitvorming
- Verbeteringen nodig

12

Gender bias / stereotypen

Colofon: geweld tegen vrouwen (1970-2017) - 17-jarige tienermeisje

"Dit is toch de ultieme droom van een koerier"

Ladykillers: Hurricane with female nurse as killer

13

Samenvatting onderzoek vrouwen

de Vogel et al., 2016, 2023

- Ernstig getraumatiseerde groep met complexe psychische problematiek
- Relevante genderverschillen: trauma; diagnoses; behandelbehoeften; criminele voorgeschiedenis
- Hoog sterftecijfer (18%, gem. 44 jaar)
- Voorspellende waarde van risicotaxatie-instrumenten: redelijk voor algemene recidive, matig voor geweld
- Behandeling niet eenvoudig; erken genderspecifieke aspecten

Vertaling onderzoek → praktische richtlijnen

14

Gender-responsief werken

- Gendersensitief en gender-responsief
- Gemengd behandelen
- Genderidentiteit
- Kinderen
- Aandacht voor staf
- Medicatie

15

Effectiviteit behandeling

- Complex om effectiviteit aan te tonen!
- Internationale meta-analyse: voorzichtig positief
- Nederlandse kosten-baten analyse: *tbs-maatregel levert een waardevolle bijdrage aan de veiligheid van de maatschappij*

16

Effectiviteit behandeling

- Wat werkt, voor wie, hoe precies en wanneer?
- Werkgroep vanuit project De Lerende Praktijk: analyse +/- 80 Nederlandse studies 2005-2022
- Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

17

Professionals

18

Professionals

- Werken met complexe doelgroep
- Hoge werkdruk
- Hoog verloop
- Hoge verwachtingen vanuit maatschappij
- Grote impact bij 'fouten'



19

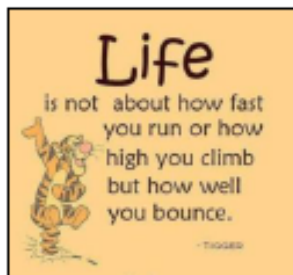
Mentale veerkracht

- Specifiek aan het werken in forensische zorg
 - Meemaken van incidenten
 - Continue spanning in contact
 - Emotioneel belastende verhalen
- Persoons, team en organisatiekenmerken
- Meer aandacht voor preventie



20

Veerkracht



Koppe, 2021

21

Ontwikkelingen



22

Professioneel handelen

- Methodisch werken
- Mentale veerkracht
- Attitudes
- Werkalliantie
- Ervaringsdeskundigheid



23

Processen

24

Continuïteit van zorg

25

Continuïteit van zorg

Conclusies *Mind the gap*

- Knelpunten met name in de samenwerking
- Er is veel opgeleverd, maar programma's bereiken nauwelijks de werkvloer
- Evaluatie is nodig
- Weinig behoefte aan nieuwe instrumenten, vooral behoefte aan verbeteringen in manier van samenwerken

26

Continuïteit van zorg

- Goede samenwerking
- Gemeenschappelijke taal
- Zorgvuldige overdracht
- Evaluatie

27

Samenwerking

28

Besluitvorming

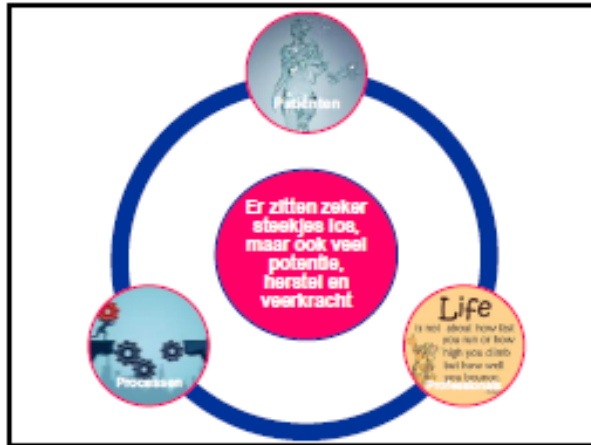
Conclusies en aanbevelingen uit de werf. Deze worden in de volgende paragrafen besproken.

- Multidisciplinair en gestructureerd
- Onderzoek data Adviescollege Verloftoetsing TBS
 - Positieve adviezen aanvragen 1* begeleid verlof
 - Ongeoorloofd Afwezig (OA) tussen 2009-2020
 - 2.5% van 15.050 verlofaanvragen OA
 - 0.15% van verlofaanvragen OA + recidive (ofwel, **99.85%** van de positief geadviseerde verlofaanvragen verloopt veilig)
 - Voorspellen van (recidive tijdens) OA is lastig

29

Verbeteren forensische zorg

30



31

Komende jaren....



- Rol van trauma en trauma-informed care
- Relatie agressie naar zelf en anderen
- Gender-responsief werken
- Risicocommunicatie en vertaling risicotaxatie naar risicomanagement
- Effectiviteit behandeling
- Mentale veerkracht professionals
- Gemeenschappelijke taal en interdisciplinaire samenwerking

32

DE FORENSISCHE ZORGSPCIALISTEN

Maastricht University
Faculty of Psychology and Neuroscience

MAASBESCHRIJVING

Utrecht Hogeschool van Bestuur en Samenleving

UvA

Stichting Vrienden van Oudenkotte

efp

Forensische Psychiatrie & Psychologie

Recisierungs academie

KFZ
kwaliteit forensische zorg

33

MAASBESCHRIJVING

ON TO

34