

## *Forensische zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking*

### *Inleiding tot het themanummer*

Dit themanummer gaat over forensische zorg bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB)<sup>1</sup>. In deze vorm van zorg staat naast de cognitieve beperking het door de cliënt<sup>2</sup> gepleegde delict en/of risico op agressief/gewelddadig gedrag centraal (Van Dijk, 2011). Forensische zorg aan mensen met een LVB wordt geboden in verschillende typen instellingen (o.a. forensisch psychiatrische centra, forensisch psychiatrische afdelingen, instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten, de zg. SGLVG-instellingen) en heeft als doel het delictrisico en/of risico op agressief en gewelddadig gedrag te verminderen. Daarnaast is het doel psychische stoornissen te verminderen en herstel te bevorderen. Het in kaart brengen van risicofactoren voor delictgedrag en/of agressief gedrag, het analyseren van de samenhang tussen deze risicofactoren en het behandelen ervan is een belangrijke opdracht voor de forensische zorg.

De aandacht voor mensen met een LVB die een delict hebben begaan en/of anderszins risicovol gedrag vertonen is de afgelopen 15 jaar onmiskenbaar toegenomen (zie Kaal et al., 2014). De reden hiervoor is dat professionals en beleidsmakers zich steeds meer bewust

zijn van het feit dat deze mensen oververtegenwoordigd zijn in het strafrechtstelsel en in andere sectoren, en dat aanpassingen nodig zijn van instrumenten voor diagnostiek en risicotaxatie en interventies en bejegening teneinde deze meer toe te snijden naar mensen met een LVB. Ondanks de toegenomen aandacht moeten we vaststellen dat de (forensische) zorg nog al te vaak ontoereikend is omdat bijvoorbeeld de LVB eenvoudigweg niet wordt herkend en kennis en kunde zijn versnipperd over verschillende sectoren (verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, forensische zorg). De uitdagingen waarvoor we staan zijn dan ook niet gering. Risicotaxatie bij mensen met een LVB is niet eenvoudig vanwege het samengaan van de cognitieve beperking met andere ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld autismespectrumstoornissen), psychische stoornissen (bijvoorbeeld verslaving) en tekorten ten aanzien van adaptieve en sociale en emotionele vaardigheden (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie [EFP], 2013). Niet alleen dienen zorg en behandeling te worden afgestemd op de leerstijl en kenmerken van mensen met een LVB, daarnaast moeten psychische stoornissen en probleemgedrag worden verminderd

---

waarbij risico's en veiligheid in het oog moeten worden gehouden. Dit maakt forensische zorg voor mensen met een LVB ingewikkeld: werken op het snijvlak van verschillende sectoren met daarbinnen integratie van verschillende perspectieven en (wettelijke) kaders. De artikelen die zijn opgenomen in dit themanummer geven een indruk van wat de complexiteit van forensische zorg voor mensen met een LVB uitmaakt. De resultaten die in de artikelen staan beschreven geven weer wat de aard en ernst van de problematiek en risico op delictgedrag van mensen met een LVB in forensische zorg is, en in hoeverre deze mensen hierin verschillen van mensen zonder een LVB.

Forensische zorg is gericht op het verminderen van risicofactoren voor delictgedrag en/of agressief en gewelddadig gedrag. Problematisch middelengebruik is zo'n risicofactor, ook bij mensen met een LVB. Ofschoon exacte cijfers ontbreken, schat Kaal (2009) dat 25% tot 50% van de justitiabelen problematisch middelengebruik vertoont, dat ongeveer 50% bijkomende psychiatrische problematiek heeft en dat tot 40% van de justitiabele middelengebruikers een LVB heeft. Schattingen door experts van het aantal jongeren (16 - 23 jaar) met triple problematiek komen uit op 10% tot 30% van de cliëntpopulatie binnen de reclasering (van der Nagel & Kea, 2013). Haast zonder uitzondering hebben verslaafde justitiabelen problemen op allerlei levensgebieden, waaronder problemen met huisvesting, schulden en problematische relaties met anderen. Bij de analyse van de problemen waarmee hulpverleners worden geconfronteerd, is vaak

de vraag aan de orde hoe deze factoren zich tot elkaar verhouden en hoe de relatie is tussen risicovol gedrag en verslavingsproblematiek. Het inzicht neemt toe dat er verschillen zijn tussen verslaafde justitiabelen voor wat betreft motieven voor gebruik, de relatie tussen gebruik en delict en een hierbij aansluitende behandelmethodiek. Van der Nagel et al. (dit themanummer) onderzoeken de motieven voor middelengebruik bij cliënten met een LVB alsmede de relatie tussen middelengebruik en delict, en maken hierbij een vergelijking tussen mensen mét een LVB en mensen zonder een LVB. Een van de conclusies is dat ofschoon middelengebruik van cliënten met een LVB niet noemenswaardig verschilt van dat van cliënten zonder een LVB, het motief wel lijkt te verschillen. Ook de aard van de relatie tussen delict en middelengebruik is mogelijk anders: bij cliënten zonder een LVB lijkt verwervingscriminaliteit vaker voor te komen dan bij cliënten met een LVB (zie ook Lammers et al., 2014). Resultaten van dit onderzoek suggereren dat in de diagnostiek, risicotaxatie en behandeling van forensische cliënten met een LVB en (problematisch) middelengebruik copinggerichte motieven voor middelengebruik en farmacologische relaties tussen middelengebruik en delictgedrag bijzondere aandacht verdienen.

Behandeling in een forensisch kader is gericht op het verminderen van (dynamische) risicofactoren voor delictgedrag, die in kaart worden gebracht met behulp van risicotaxatie-instrumenten. Met de uitkomsten van dit soort instrumenten kan een inschatting wor-

den gemaakt van het risico op gewelddadig gedrag en recidive. De laatste jaren wordt onderzoek gedaan naar dergelijke instrumenten bij mensen met een LVB. (Eind 2013 heeft het EFP een inventarisatie van instrumenten voor risicotaxatie voor mensen met een LVB gepubliceerd.) Enerzijds zijn er instrumenten die speciaal voor deze doelgroep zijn ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld de *Dynamic Risk Outcome Scales* (Drieschner & Hesper, 2007); anderzijds worden ‘reguliere’ instrumenten toegepast bij mensen met een LVB, waaronder bijvoorbeeld de *Historisch Klinisch Toekomst-30*. Op basis van een literatuurstudie komen Van den Berg en De Vogel (2011) tot de conclusie dat een aantal instrumenten (waaronder de HKT-30 en HCR-20) een goede voorspellende waarde geeft voor cliënten met een LVB. Slotboom et al. (2014) merken evenwel op dat de meeste kennis op dit terrein is vergaard bij mannelijke populaties, waaronder mannen met een LVB. De vraag is derhalve of dezelfde achtergrond en risicofactoren ook gelden voor vrouwen met een LVB, en of risicotaxatie-instrumenten en interventies voldoende zijn toegesneden op vrouwen met een LVB (en vrouwen zonder een LVB). Om een antwoord op deze vraag te geven, hebben De Vogel et al. (2011) de *Female Additional Manual* (FAM) ontwikkeld. Met behulp van onder andere dit instrument hebben De Jong et al. (dit themanummer) voorgeschiedenis en risicofactoren voor gewelddadig gedrag vergeleken tussen vrouwen mét een LVB en vrouwen zonder een LVB en tussen vrouwen met een LVB en mannen met een LVB die opgenomen zijn (geweest) in een forensisch

psychiatrisch centrum. Zij hebben daarbij een risicofactor centraal gesteld, te weten victimisatie (slachtoffer zijn geweest van geweld). De resultaten laten zien dat de voorgeschiedenis van vrouwen met een LVB meer belast was dan die van vrouwen zonder een LVB. Voorts bleek bij vrouwen met een LVB de prevalentie van victimisatie hoger dan bij vrouwen zonder een LVB en eveneens hoger dan bij mannen met een LVB. Uit deze resultaten blijkt onder andere dat de aanwezigheid van een LVB gerelateerd is aan een verhoogd risico op (her) victimisatie, dat op haar beurt – al dan niet in combinatie met andere risicofactoren – samenhangt met een verhoogd risico op gewelddadig gedrag en recidive.

Beide voorgaande onderzoeken zijn uitgevoerd binnen de klinische setting van een forensisch psychiatrische instelling. In verschillende sectoren – waaronder ook de forensische – wordt steeds meer ingezet op ambulantisering. In de *Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg* pleiten forensische zorg en andere partijen, waaronder GGZ Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, voor meer samenwerking waardoor bijvoorbeeld de ketenzorg (en doorstroom) verbetert, de cliënt mogelijk sneller en beter kan worden geïntegreerd in de maatschappij en de kosten kunnen worden gereduceerd. Erkend wordt dat er een groep cliënten is met risicovol gedrag en bijkomende problematiek, die intensieve begeleiding en soms behandeling (zogenaamd ‘op- en afschalen’ van zorg) nodig heeft. *Flexibele Assertive Community Treatment* of (F)ACT is een voor de verstan-

---

delijk gehandicaptenzorg nieuw model dat in deze behoefte zou kunnen voorzien (voor een modelbeschrijving, zie Place et al., 2011; zie ook Van Veldhuizen et al., in druk). Anders dan in de reguliere zorg wordt bij (F)ACT het zorgaanbod rond de cliënt georganiseerd, letterlijk naar hem toegebracht en aangepast aan zijn individuele behoeften. Recent heeft een aantal instellingen (F)ACT teams voor cliënten met een LVB en complexe problematiek in het leven geroepen. Deze teams bieden intensieve en langdurige zorg waarbij het streven is de cliënt zo lang en goed mogelijk te laten functioneren in zijn eigen omgeving en (crisis)opnamen zoveel mogelijk te voorkomen of te bekorten. De vraag is hoe (F)ACT zich verhoudt tot zowel andere, goedkopere vormen van ambulante zorg, zoals sociale wijkteams of poliklinische behandeling, als tot duurdere vormen van zorg, zoals klinische (forensische) behandeling. Daarnaast is er de vraag welke maatschappelijke en financiële opbrengsten er zijn van zorg vanuit (F)ACT teams voor mensen met een LVB. Neijmeijer et al. (dit themanummer) exploreren aard en ernst van de problematiek en het risico op gewelddadig gedrag van 123 cliënten die in zorg zijn van twee forensische (F)ACT teams die zich specifiek richten op mensen met een LVB en risicovol gedrag. Zij analyseren data die in het kader van een meerjarig *Routine Outcome Monitoring* (ROM) project worden verzameld. Zij gaan de vraag na in hoeverre er een verschil is tussen cliënten met een LVB (IQ 50-70) en cliënten die zwakbegaafd zijn (IQ 70-85). Deze vraag is relevant omdat beleidsmakers en financiers een ‘knip’ (willen) maken

tussen een LVB en zwakbegaafdheid, terwijl professionals ervaren dat beide groepen vaak dezelfde problemen hebben en er geen inhoudelijke redenen zijn om de zorg voor mensen met zwakbegaafdheid op een andere manier te organiseren en te financieren dan de zorg voor mensen met een LVB. Ook exploreren zij in hoeverre er een verschil is in zorgbehoeften, kenmerken en risico's tussen (F)ACT cliënten mét en cliënten zonder een strafrechtelijke titel. Op dit moment bepaalt de titel type en omvang van de financiering. Zodra de strafrechtelijke titel niet meer van toepassing is, vervalt de *Diagnose Behandelen en Beveiliging Combinatie* (DBBC)-financiering vanuit Justitie en moeten teams aanspraak proberen te maken op DBC- of AWBZ-financiering, die niet altijd verleend wordt, steeds vaker gelimiteerd is in tijd en veelal lager uitvalt. De resultaten van de nulmeting laten zien dat de (F)ACT teams zorg bieden aan cliënten met ernstige beperkingen in het sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren en met een aanzienlijk risico op (gewelddadige) recidive, vergelijkbaar met cliënten die zijn opgenomen in een SGLVG-behandelkliniek. Er is een aantal verschillen gevonden tussen cliënten met een LVB en cliënten die zwakbegaafd zijn, ten nadele van de eerstgenoemde groep. Er waren nauwelijks verschillen in kenmerken en zorgbehoeften tussen cliënten met een strafrechtelijke maatregel en andere cliënten. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of forensische (F)ACT voor cliënten met een LVB leidt tot minder opnames, minder detenties, minder kosten en betere integratie in de samenleving.

Verder leest u in dit nummer een Opiniebijdrage van de hand van Martin Schuurman, als vervolg op de in het septembernummer begonnen discussie over integratie.

Tot slot zijn er de gebruikelijke rubrieken Boekbesprekingen, Berichten, Agenda en Publicaties.



Prof. dr. Robert Didden

Redacteur

### Noten

- 1 In dit themanummer spreken we van een LVB wanneer er sprake is van een IQ 50-85 in combinatie met bijkomende problemen in het sociaal aanpassingsvermogen.
- 2 We gebruiken hier de term 'cliënt' in plaats van 'patiënt'.

### Referenties

- Berg, J.-W. van den, & Vogel, V. de (2011). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke handicap: Hoe bruikbaar zijn bestaande risicotaxatie-instrumenten? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 83-93.
- Dijk, F. van (2011). De behandeling van gedragsgestoorde patiënten met lichte verstandelijke beperkingen. In: H. Groen, M. Drost, & H. Nijman (Red.), *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg* (pp. 235-243). Utrecht: De Tijdstroom.
- Drieschner, K., & Hesper, B. (2007). *Dynamic Risk Outcome Scales*. Boschoord: Trajectum.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2013). *Inventarisatie risicotaxatie bij LVB* (Versie 1.0). Utrecht: EFP. [www.efp.nl](http://www.efp.nl)
- Kaal, H. (2009). *Een complex probleem. Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. Den Haag: WODC.
- Kaal, H., Overvest, N., & Boertjes, M. (Red.) (2014). *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Lammers, S., Soe-Agnie, S., Haan, H. de, Bakkum, G., Pomp, E., & Nijman, H. (2014). Middelengebruik en criminaliteit: Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 32-39.
- Place, C., Vugt, M. van, Kroon, H., & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving forensische (F)ACT*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Slotboom, A.-M., Hendriks, J., Kaal, H., & Vogel, V. de (2014). Criminele meisjes en vrouwen met een licht verstandelijke beperking. In: H. Kaal, N. Overvest, & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen* (pp. 229-242). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Van der Nagel, J., & Kea, R. (2013). *Jonge delinquenten van 16-23 jaar met een lichte verstandelijke beperking en middelengebruik*. Deventer: Tactus/William Schrikker.
- Veldhuizen, R. van, Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (Red.) (In druk). *Handboek Flexibele ACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Kalmthout, W. van, & Place, C. (2011). *Female Additional Manual (FAM). Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen*. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.