



**kwiteit**  
**forensische**  
**zorg**

# **Werkzame elementen in de forensische zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking**

*Een rapid realist review*

Margriet Lenkens, Simone 't Hooft & Gera Nagelhout

Datum van publicatie: april 2024

## Colofon

Deze publicatie/ dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorggedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voortgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

© KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.



## Inhoudsopgave

1. Samenvatting/Abstract .....	5
1.1 Samenvatting .....	5
1.2 Abstract .....	6
2. Inleiding .....	7
2.1 Aanleiding .....	7
2.2 Doelstelling en onderzoeksvragen .....	7
2.3 Leeswijzer .....	8
3. Methodebeschrijving .....	9
3.1 Rapid realist review .....	9
3.2 Afbakening van het project .....	9
3.3 Zoeken naar literatuur .....	9
3.4 Selecteren van literatuur .....	10
3.4.1 Selectie op basis van titel en abstract .....	10
3.4.2 Selectie op basis van relevantie .....	10
3.4.3 Selectie op basis van <i>richness</i> .....	11
3.5 Verwerking resultaten .....	12
3.5.1 Data-extractie .....	12
3.5.2 Beoordeling kwaliteit .....	12
3.5.3 Creëren CMO-configuraties .....	12
3.6 Betrokkenheid begeleidingsgroepen .....	12
3.6.1 Onderzoeksgroep .....	12
3.6.2 Praktijkgroep .....	13
3.6.3 Cliëntgroep .....	13
4. Resultatenbeschrijving .....	14
4.1 Kenmerken studies .....	14
4.2 Context-(mechanisme-)outcome configuraties (CMO's) .....	19
4.3 Dynamische contextuele factoren .....	19
4.3.1 Behandelomgeving .....	19
4.3.2 Contact en relatie tussen cliënt en hulpverlener .....	20
4.3.3 Kennis, houding en gedrag van hulpverleners .....	21
4.3.4 Overige factoren .....	23
4.4 Statische contextuele factoren .....	23
4.4.1 Gender .....	24
4.4.2 Leeftijd .....	24
4.4.3 IQ .....	24
4.4.4 Problematiek .....	24
4.4.5 Juridische kenmerken .....	24

4.5 Mechanismen .....	25
5. Onderzoeksgroep, praktijkgroep en cliëntgroep .....	26
5.1 Onderzoeksgroep.....	26
5.1.1 Specificiteit .....	26
5.1.2 Generaliseerbaarheid .....	26
5.1.3 Beperkte bevindingen .....	26
5.2 Praktijkgroep .....	27
5.2.1 Behandelomgeving .....	27
5.2.2 Contact en relatie tussen cliënt en hulpverlener.....	27
5.2.3 Kennis, houding en gedrag van hulpverleners .....	28
5.2.4 Overige factoren.....	28
5.2.5 Aanvullende factoren .....	29
5.3 Cliëntgroep .....	29
6. Discussie en conclusie .....	31
6.1 Reflectie op bevindingen.....	31
6.2 Beperkingen van het huidige onderzoek .....	33
6.3 Aanbevelingen voor de praktijk .....	34
6.3.1 Behandelomgeving .....	34
6.3.2 Contact en relatie tussen cliënt en hulpverlener.....	34
6.3.3 Kennis, houding en gedrag van hulpverleners .....	35
6.3.4 Overige aanbevelingen .....	35
6.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....	35
7. Referenties .....	37
8. Bijlagen .....	39
8.1 Tabel statische contextuele factoren.....	39
8.2 Onderzoeksteam.....	40
8.3 Data-extractieformulier .....	41

# 1. Samenvatting/Abstract

## 1.1 Samenvatting

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) zijn oververtegenwoordigd in de forensische zorg, maar er ontbreekt nog kennis over hoe de hulpverlening aan deze groep effectiever kan worden vormgegeven. We voerden een *rapid realist review* uit om kennis te verzamelen en te integreren om forensische LVB-behandelingen optimaal effectief te maken in:

- het verminderen van probleemgedrag en recidive;
- het bevorderen van de relatie tussen cliënt en professional;
- het versterken van de motivatie voor behandeling; en
- het vergroten van een positief toekomstperspectief voor de cliënt.

We selecteerden en analyseerden 27 relevante wetenschappelijke artikelen waarin de rol van contextuele factoren en mechanismen bij het bereiken van deze uitkomsten werd onderzocht. Vervolgens bespraken we de resultaten van de literatuurstudie met drie begeleidingsgroepen bestaande uit onderzoekers, professionals uit de praktijk en (oud-)cliënten.

Onze bevindingen laten zien dat diverse factoren in de behandelomgeving, het contact en de relatie tussen cliënt en hulpverlener, en de kennis, houding en het gedrag van hulpverleners samenhangen met meerdere uitkomstmaten. Onderzoek naar factoren gerelateerd aan een positief toekomstperspectief bleek beperkt, ondanks de aanduiding van de begeleidingsgroepen dat dit een essentieel thema is. De onderzoeksgroep benadrukte daarnaast dat hoewel de bevindingen mogelijk niet uitsluitend gelden voor mensen met een LVB in de forensische zorg, ze wel aandacht verdienen, omdat ze voor deze doelgroep mogelijk moeilijker te realiseren zijn. De praktijkgroep herkent veel bevindingen en benadrukt het belang van een fijne bejegening van en een goede relatie met cliënten in de dagelijkse praktijk. Daarnaast wijzen deelnemers van de praktijkgroep erop dat de gevonden contextuele factoren mogelijk extra belangrijk zijn voor mensen met een LVB, gezien hun lagere cognitieve vermogens, sociaal-emotionele ontwikkeling en ervaringen van uitsluiting. De twee geïnterviewde cliënten beschrijven allebei hoe ze meer konden profiteren van de geboden zorg toen deze aangepast werd aan hun niveau. Daarnaast benoemen ze dat de persoonlijke benadering en ondersteuning ervoor zorgden dat ze zich weer gezien voelden en positieve stappen konden zetten.

De *rapid realist review* biedt een eerste verkenning van wat werkt, voor wie, wanneer en op welke manier in de forensische zorg voor mensen met een LVB. Desondanks is meer onderzoek nodig, vanwege de beperkte empirische basis voor de effectiviteit van interventies en behandelingen voor de doelgroep, en vanwege de beperkte generaliseerbaarheid naar verschillende settings en behandelingen van de bevindingen uit de huidige literatuurstudie.

## 1.2 Abstract

Individuals with a mild intellectual disability (MID) are overrepresented in forensic care, yet there is still a lack of knowledge on how to shape interventions for this group more effectively. We conducted a rapid realist review to gather and integrate knowledge aimed at optimizing the effectiveness of forensic MID treatments in:

- reducing problem behaviour and recidivism;
- enhancing the client-professional relationship;
- strengthening treatment motivation; and
- fostering a positive future outlook for the client.

We selected and analysed 27 relevant research articles examining the role of contextual factors and mechanisms in achieving these outcomes. Subsequently, we discussed the results of the literature review with three advisory groups comprising researchers, professionals from the field, and (former) clients.

Our findings demonstrate that various factors in the treatment environment, the interaction and relationship between the client and the healthcare provider, and the knowledge, attitude, and behaviour of healthcare providers correlate with multiple outcome measures. Research on factors related to a positive future outlook was limited, despite indications from the advisory groups that this is an essential theme. The research group emphasized that while the findings may not exclusively apply to individuals with a mild intellectual disability in forensic care, they deserve attention because they may be more challenging to implement for this group. The practice group recognizes many findings and underscores the importance of a positive approach and a good relationship with clients in daily practice. Additionally, participants point out that the identified contextual factors may be particularly crucial for individuals with an MID, considering their lower cognitive abilities, socio-emotional development, and experiences of exclusion. The two interviewed clients both describe how they were able to benefit more from the provided care when it was tailored to their level. Additionally, they mention that the personal approach and support ensured that they felt seen again and could take positive steps.

The rapid realist review provides an initial exploration of what works, for whom, when, and in what way in forensic care for individuals with an MID. Nevertheless, further research is necessary due to the limited empirical basis for the effectiveness of interventions and treatments for this target group and the limited generalizability of the findings from the current literature study to various settings and treatments.

## 2. Inleiding

### 2.1 Aanleiding

Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) in de strafrechtketen is relatief hoger dan in de algemene bevolking (Kaal, 2016). We spreken van een LVB als mensen beperkingen hebben in hun cognitieve ontwikkeling en in hun adaptieve vaardigheden (hiertoe behoren beperkingen in conceptuele, sociale en/of praktische vaardigheden). Met betrekking tot de cognitieve vermogens gaat het over mensen met een IQ-score tussen de 50 en 70. Daarnaast kunnen in Nederland mensen met een IQ-score tussen de 70 en 85 ook gebruikmaken van de zorg voor mensen met een LVB, mits er sprake is van (ernstige) bijkomende problematiek.

Verskillende factoren dragen bij aan de oververtegenwoordiging van mensen met een LVB in de strafrechtketen. Mensen met een LVB hebben vaker moeite met het begrijpen van abstracte begrippen, het overzien van de gevolgen van hun gedrag en het inschatten van risico's en consequenties. Dit kan leiden tot situaties waarin zij zichzelf en anderen in gevaar brengen. Daarnaast is er bij mensen met een LVB vaker sprake van andere criminogene factoren, zoals een lage sociaaleconomische status, weinig prosociale rolmodellen, een gebrek aan dagbesteding en een slechtere woonomgeving. Tot slot lijken maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de groeiende complexiteit van de samenleving en de sterke focus op zelfredzaamheid, ook invloed te hebben (Kaal, 2019).

Mogelijk is er momenteel ook onvoldoende passende zorg en begeleiding voor mensen met een LVB, waardoor zij eerder in aanraking komen met justitie. Een LVB kan moeilijk te herkennen zijn. Dit kan leiden tot onbegrip en overvraging van deze groep. Om hierop in te spelen, zijn er handreikingen ontwikkeld voor de omgang met verdachten, cliënten en gedetineerden met een LVB (Kaal & Bouhaj-Vrij, 2020; Vrij et al., 2018; Vrij & Kaal, 2015). Deze handreikingen bevatten tips voor de communicatie en bejegening van deze groep. Echter, uit het project Kennisagenda voor forensische cliënten met een LVB 2021-2025 van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) blijkt dat er nog onvoldoende kennis is over hoe forensische behandelingen dienen te worden ingericht om optimaal effectief te zijn voor de LVB-populatie.

Het *Risk-Need-Responsivity* model stelt dat behandelingen niet alleen afgestemd moeten zijn op criminogene factoren en het risico op recidive, maar ook op de persoon van de dader, waaronder tevens de intelligentie en het lerend vermogen vallen (Bonta & Andrews, 2007). Niet alle interventies sluiten aan bij mensen met een LVB. Daarom zijn aanbevelingen gedaan voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van interventies gericht op gedragsverandering. Een voorbeeld hiervan is de Richtlijn Effectieve Interventies LVB (De Wit et al., 2023). Deze bevat zes kernthema's:

1. Veilige en positieve leeromgeving
2. Uitgebreidere beeldvorming en keuze voor een interventie
3. Afstemmen van de communicatie
4. Concreet maken van de oefenstof
5. Voorstructureren en vereenvoudigen
6. Netwerk en generalisatie

Het is belangrijk om meer inzicht te krijgen in welke behandelingen werken voor wie, wanneer en waarom. Daarom voerden we in dit project een *rapid realist review* uit om een koppeling te maken tussen bestaande interventies gericht op mensen met een LVB in de forensische zorg en de uitkomsten daarvan, met aandacht voor contextuele factoren en mechanismen. In de kennisagenda wordt ook benadrukt dat het belangrijk is om handvatten te bieden aan professionals. Om deze reden betrokken we wetenschappers, praktijkprofessionals en cliënten bij het project en formuleerden we de resultaten op een praktische manier.

### 2.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Dit onderzoek is uitgevoerd door Onderzoeksinstituut IVO in opdracht van het programma Kwaliteit Forensische Zorg. Het doel van het project was het verzamelen en integreren van kennis uit de literatuur die antwoord geeft op de vraag hoe forensische LVB-behandelingen moeten worden ingericht om de behandeling optimaal effectief te laten zijn met betrekking tot:

- Verminderen van probleemgedrag en recidive;
- Een goede verbinding tussen cliënt en professional laten ontstaan;

- Versterken van de motivatie voor de behandeling; en
- Creëren van een positief perspectief op de toekomst van de cliënt.

### 2.3 Leeswijzer

Dit rapport start met in **Hoofdstuk 3** een methodebeschrijving waarin we onze onderzoeksopzet en aanpak van de *rapid realist review* beschrijven. In **Hoofdstuk 4** bespreken we vervolgens de bevindingen van onze *rapid realist review* naar werkzame elementen in de forensische zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking. In **Hoofdstuk 5** geven we de input weer vanuit de drie begeleidingsgroepen (onderzoekers, praktijkprofessionals, cliënten). In de discussie en conclusie van **Hoofdstuk 6** reflecteren we op de bevindingen van ons onderzoek, gaan we in op de beperkingen en presenteren we onze aanbevelingen voor onderzoek en de praktijk. **Hoofdstuk 7** bevat de referentielijst en in **Hoofdstuk 8** delen we enkele bijlagen.



## 3. Methodebeschrijving

### 3.1 Rapid realist review

In ons onderzoek maakten we gebruik van de *rapid realist review* methode, een relatief nieuwe methode voor het snel verzamelen en integreren van bewijsmateriaal om de effectiviteit van behandelingen te evalueren en aanbevelingen voor de praktijk te doen. De *rapid realist review* methode is gebaseerd op de *realist review* methode (Pawson et al., 2005) die wordt beschreven in de RAMESES-publicatiestandaarden voor realistische syntheses (Wong et al., 2013). Deze methode past goed bij de onderzoeksvraag en de beschikbare tijd voor het huidige project. De forensische zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking is een complexe en diverse context, waarbij het van belang is om te begrijpen welke behandelingen effectief zijn en waarom. De *rapid realist review* methode richt zich specifiek op dit soort complexe vraagstukken en maakt het mogelijk om op een efficiënte manier relevante uitkomsten en aanknopingspunten voor de praktijk te vinden.

In ons onderzoek maakten we gebruik van drie begeleidingsgroepen:

1. de onderzoeksgroep (vier onderzoekers met wetenschappelijke kennis over mensen met een licht verstandelijke beperking en eventueel de forensische zorg),
2. de praktijkgroep (drie professionals die werken in de forensische zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking), en
3. de cliëntgroep (twee cliënten uit de forensische zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking).

Door de betrokkenheid van deze groepen en de focus op de mechanismen die leiden tot bepaalde uitkomsten wordt een brug geslagen tussen wetenschappelijke kennis en praktische toepassing (Pawson et al., 2005).

We volgden in dit project grotendeels de stappen die Saul et al. (2013) beschrijven in hun artikel over *rapid realist reviews*. Hieronder beschrijven we de stappen die we in dit project doorliepen.

### 3.2 Afbakening van het project

Samen met de onderzoeksgroep bepaalden we de focus van de literatuurstudie. In de call van KFZ werd bijvoorbeeld genoemd dat het bij het vergroten van de effectiviteit kon gaan om het verminderen van het probleemgedrag, het verbeteren van de verbinding tussen cliënt en professional, het versterken van de behandelmotivatie en het creëren van een positief toekomstperspectief van de cliënt. De onderzoeksgroep gaf aan dat het creëren van een positief toekomstperspectief het belangrijkste is, maar ook het lastigst te realiseren. Meer kennis daarover zou daarom heel wenselijk zijn. Tegelijkertijd verwachtten zij hier weinig relevante literatuur over. Daarom besloten we in overleg met de onderzoeksgroep de zoekstrategie toch breed op te stellen en bij de selectie van de literatuur ook artikelen te includeren die op de andere drie uitkomstmaten gericht waren.

### 3.3 Zoeken naar literatuur

We vroegen de onderzoeksgroep of zij relevante literatuur kenden en begonnen met het lezen van deze bronnen. Later bleken deze artikelen ook terug te komen in de literatuurstudie, dus hebben wij deze niet apart behandeld in deze rapportage. We bekeken ook de literatuurlijsten van deze bronnen om relevante publicaties te vinden. Vervolgens voerden we een literatuurzoekopdracht uit naar artikelen die zijn gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften. We maakten hiervoor gebruik van vijf databases (Embase, Medline, CINAHL, PsycInfo en Web of Science). We stelden geen beperkingen aan de regio's waaruit publicaties afkomstig waren en namen publicaties vanaf 1990 op, omdat de onderzoeksgroep inschatte dat er weinig relevante literatuur zou zijn. We gebruikten twee hoofdtermen om te zoeken: licht verstandelijke beperking en behandeling. Voor de eerste term maakten we onder andere gebruik van de termen 'Borderline intellectual functioning', 'Intellectual disability', 'Mental retardation' en 'Learning disorder', en voor de tweede term zochten we onder andere met termen als 'Behavior therapy', 'Community care', 'Correctional facility', en 'Treatment'. We gebruikten geen specifieke termen voor uitkomstmaten, omdat we de zoekstrategie in eerste instantie breed wilden insteken. In totaal leidde onze zoekstrategie na ontdubbeling tot 56.880 unieke referenties.

## 3.4 Selecteren van literatuur

### 3.4.1 Selectie op basis van titel en abstract

We lazen de titels en abstracts van de zoekresultaten van onze zoekstrategie en gebruikten daarbij de open source software ASReview (<https://asreview.nl/>) om deze resultaten te screenen. ASReview maakt gebruik van *machine learning* en *active learning*. We importeerden de zoekresultaten van de literatuursearch en selecteerden vervolgens een aantal relevante artikelen. Zo trainden we ASReview om te voorspellen welke artikelen relevant zouden zijn. De artikelen werden in volgorde van voorspelde relevantie gesorteerd, zodat we begonnen met het beoordelen van de abstracts (indien aanwezig) die naar verwachting het meest relevant zouden zijn. Als er op een vooraf bepaald moment geen relevante abstracts meer werden gepresenteerd, konden we stoppen. Zo konden we het screeningsproces veel efficiënter maken, zonder dat we een groot risico liepen om relevante artikelen over het hoofd te zien.

In eerste instantie includeerden we publicaties waarbij uit de abstract duidelijk werd dat het ging om een setting in de forensische zorg en waarbij op basis van de abstract relaties tussen uitkomsten en contextuele factoren en/of mechanismen onderzocht leken. Tijdens het beoordelen van de titels en abstracts overlegden de onderzoekers regelmatig over het wel of niet includeren van de artikelen en hielden we zorgvuldig bij welke keuzes hierin werden gemaakt. We hadden van tevoren besloten om te stoppen na 50 irrelevante abstracts achter elkaar. Uiteindelijk beoordeelden we 870 van de 56.880 abstracts, waarvan 209 werden beoordeeld als relevant.

Van deze referenties probeerden we de volledige artikelen te verkrijgen. Dat lukte in 205 gevallen, 4 artikelen waren niet vindbaar.

### 3.4.2 Selectie op basis van relevantie

Vervolgens beoordeelden we de relevantie van deze 205 overgebleven artikelen, op basis van de volledige teksten.

Het eerste criterium vereiste dat artikelen empirische data bevatten. Artikelen die geen empirisch onderzoek betroffen zoals literatuurstudies (34 referenties), commentaren of opiniestukken (8 referenties) werden uitgesloten.

Het tweede criterium was gericht op inclusie van artikelen die betrekking hadden op mensen met een LVB, gedefinieerd als een IQ tussen de 50 en 70 of tussen de 70 en 85 met bijkomende problematiek. Artikelen die duidelijk deze doelgroep betroffen, werden geselecteerd, ook als het IQ van de sample niet expliciet werd vermeld, maar er voldoende indicatie was dat het om LVB ging. Signaalwoorden die we gebruikten, waren onder andere *mild intellectual disability*, *mental retardation*, *intellectual disability (ID)*, *intellectual and developmental disabilities (IDD)*, *low cognitive functioning*, *borderline intellectual functioning*. Artikelen die niet gingen over mensen met een LVB werden uitgesloten.

Het derde criterium richtte zich op inclusie van artikelen waarin mensen met LVB een interventie of behandeling/begeleiding ontvingen, zowel residentieel als ambulante. Bij ambulante zorg was vereist dat het ging om een breder behandel- of zorgprogramma dan alleen een groepstraining. Artikelen die niet over een interventie of behandeling/begeleiding van mensen met LVB gingen, werden uitgesloten.

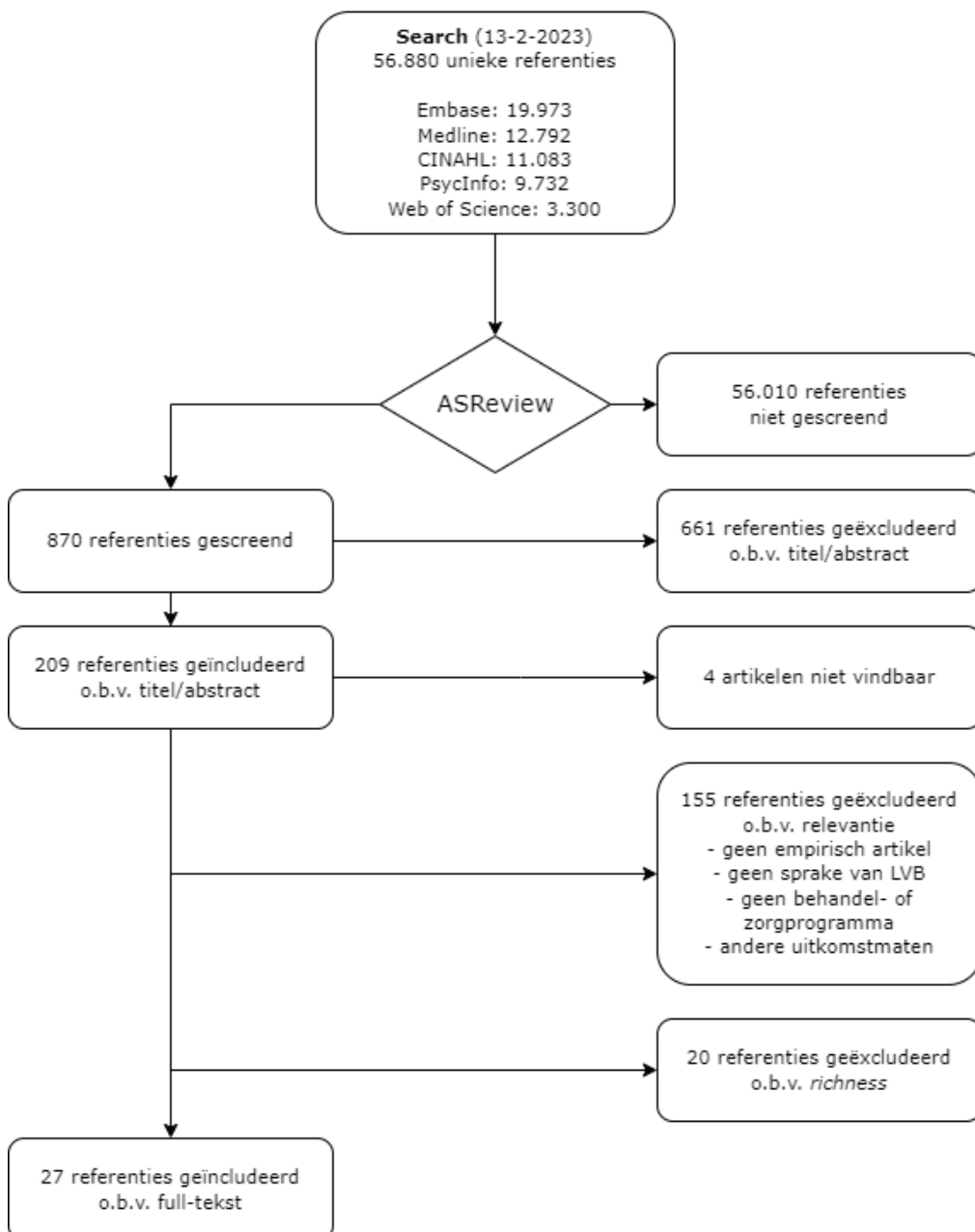
Het vierde criterium betrof inclusie van artikelen waarin een van de volgende uitkomstmaten, in lijn met de huidige call van KFZ, werd onderzocht: gedragsproblemen of recidive, de verbinding tussen cliënt en professional, behandelmotivatie, en het toekomstperspectief voor de cliënt. Ook artikelen waarin de ervaringen van deelnemers met een bepaalde behandeling werden onderzocht en waarin een van de genoemde uitkomstmaten aan bod kwam, werden geselecteerd. Artikelen waarin naar andere uitkomstmaten werd gekeken werden uitgesloten.

Na deze stap bleven er 47 artikelen over.

### 3.4.3 Selectie op basis van *richness*

Bij het verdere selectieproces van artikelen letten we op de *richness* volgens mogelijke context-mechanisme-outcome (CMO) configuraties. Hierbij onderzochten we de samenhang tussen uitkomsten, mechanismen en/of contextuele factoren. Mechanismen (M) omvatten cognitieve, emotionele of gedragsmatige reacties van de cliënt op de interventie of bepaalde strategieën, alsook reacties van de hulpverlener op een bepaalde strategie of werkwijze (Jagosh et al., 2011; De Weger et al., 2018). Contextuele factoren (C) omvatten onder meer de setting van de interventie, hulpverlenersvaardigheden en kenmerken van de populatie. Om opgenomen te worden, moest het artikel niet alleen deze mechanismen en/of contextuele factoren noemen, maar ook bevindingen rapporteren over de verbanden en relaties tussen mechanismen en/of contextuele factoren enerzijds en uitkomsten (O) anderzijds. Artikelen die alleen gingen over de resultaten of uitkomsten van een interventie, zonder de rol van contextuele factoren of mechanismen te onderzoeken, excludeerden we. Op basis van *richness* selecteerden we 27 artikelen voor verdere verwerking in de volgende fase. Figuur 1 geeft het verloop van het gehele selectieproces weer.

**Figuur 1**  
*Selectieproces literatuur*



## 3.5 Verwerking resultaten

### 3.5.1 Data-extractie

Alle relevante informatie uit de publicaties die kon helpen bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen, noteerden we in een data-extractieformulier. De interventie, mechanismen, contextuele factoren en uitkomsten waarover gerapporteerd werd, stonden centraal in dit proces. Ook noteerden we informatie over de studies, zoals een beschrijving van het onderzoeksdesign, de deelnemers aan de studie, de interventie of behandeling, belangrijke beperkingen van de studies, en eventuele informatie over de programma-integriteit.

### 3.5.2 Beoordeling kwaliteit

We beoordeelden ook de kwaliteit van de studies. We gebruikten de kwaliteitsbeoordeling om de bewijskracht van de artikelen vast te stellen en niet om artikelen van lagere kwaliteit uit te sluiten, ook gezien het beperkte aantal gevonden artikelen voor de verschillende uitkomstmaten.

Om de kwalitatieve studies te beoordelen, gebruikten we de *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) checklist voor kwalitatief onderzoek.<sup>1</sup> Deze checklist bestond uit drie secties, elk met een hoofdvraag:

- Sectie A: zijn de resultaten van de studie valide?
- Sectie B: wat zijn de resultaten?
- Sectie C: zullen de resultaten lokaal helpen?

Elke sectie bevatte één of meerdere vragen (zoals 'Is het doel van het onderzoek duidelijk geformuleerd?' en 'Was de data-analyse voldoende rigoureu?') waarop de beoordelaar kon antwoorden met 'ja', 'nee' of 'kan het niet zeggen'. Het instrument had geen vastgesteld scoresysteem.

We beoordeelden de kwantitatieve artikelen met behulp van de Joanna Briggs Institute (JBI) *Critical Appraisal Checklist* voor *Analytical Cross Sectional Studies*.<sup>2</sup> Deze checklist bestond uit acht vragen (zoals 'Zijn de onderzoeksdeelnemers en de setting van het onderzoek in detail beschreven?' en 'Is er een passende statistische analyse gebruikt?').

Hoewel we op basis van het kwaliteitsoordeel geen artikelen hebben geëxcludeerd, hebben we de belangrijkste beperkingen wel genoemd bij het beschrijven van de resultaten in Hoofdstuk 4.

### 3.5.3 Creëren CMO-configuraties

De volgende stap in de *realist review* methode was om (gedeeltelijke) *context-mechanism-outcome* (CMO) configuraties te maken. Voor deze literatuurstudie creëerden we alleen (gedeeltelijke) CMO's als de relaties tussen deze contexten, mechanismen en uitkomsten expliciet onderzocht waren in de artikelen zelf.

## 3.6 Betrokkenheid begeleidingsgroepen

### 3.6.1 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit vier onderzoekers met wetenschappelijke kennis over mensen met een licht verstandelijke beperking en de forensische zorg:

- Dr. Hendrien Kaal is lector 'LVB en risicovol gedrag' aan de Hogeschool Leiden. Ze doet onderzoek naar mensen met een LVB in de justitiële keten, waarbij de nadruk ligt op de herkenning van mensen met een LVB, kennisversterking op het gebied van LVB binnen de strafrechtketen en de specifieke problematiek van mensen met een LVB die delicten hebben gepleegd.
- Emeritus prof. dr. Xavier Moonen was bijzonder lector 'Inclusie van mensen met een verstandelijke beperking' aan de Zuyd Hogeschool (Heerlen) en bijzonder hoogleraar op het

---

<sup>1</sup> [https://casp-uk.net/images/checklist/documents/CASP-Qualitative-Studies-Checklist/CASP-Qualitative-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.net/images/checklist/documents/CASP-Qualitative-Studies-Checklist/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf)

<sup>2</sup> [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI\\_Critical\\_Appraisal-Checklist\\_for\\_Analytical\\_Cross\\_Sectional\\_Studies2017\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies2017_0.pdf)

gebied van Kennisontwikkeling over jeugdigen en jongvolwassenen met LVB en gedragsproblemen aan de Universiteit van Amsterdam.

- Dr. Jolanda Douma is programmacoördinator bij het Landelijk Kenniscentrum LVB en expert op het thema licht verstandelijke beperking op het Kennisplein Gehandicaptensector.
- Dr. Joanneke van der Nagel is psychiater en onderzoeker gespecialiseerd in onderzoek en zorg voor mensen met een LVB met middelenproblematiek. Bij Tactus Verslavingszorg leidt zij het Centrum Verslaving & LVB.

De onderzoeksgroep kwam gedurende het project twee keer samen. Tijdens de eerste bijeenkomst bepaalden we de focus van de literatuurstudie (zie ook 3.2 Afbakening van het project). Tijdens de tweede bijeenkomst deelden en bespraken we de resultaten van het literatuuronderzoek. Een uitgebreider verslag hiervan staat in Hoofdstuk 5.

### 3.6.2 Praktijkgroep

De praktijkgroep bestond uit drie professionals die werkzaam zijn in de forensische zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Tijdens de bijeenkomst met de praktijkgroep deelden we de resultaten van de literatuurstudie. Daarna spraken we met de professionals over hoe deze resultaten zich vertalen naar de praktijk en welke mogelijke mechanismen hierbij een rol spelen. Een uitgebreider verslag hiervan staat in Hoofdstuk 5.

### 3.6.3 Cliëntgroep

We spraken twee (oud-)cliënten van de forensische zorg. Dit gebeurde in een-op-een gesprekken via Teams, waarbij ook een begeleider aanwezig was voor de emotionele veiligheid en praktische ondersteuning van de cliënt:

- A. is 51-jarige man die op een forensische psychiatrische afdeling heeft verbleven. Hij is inmiddels ook ervaringsdeskundige.
- B. is een 57-jarige vrouw die op verschillende plekken verbleef, waaronder de gevangenis en een forensische kliniek, en die nu ambulante begeleiding krijgt.

In deze gesprekken lag de nadruk op de ervaringen van deze (oud-)cliënten met de forensische zorg die zij ontvangen hadden. We vroegen naar wat ze fijn en minder fijn vonden, aan de behandelsetting, de interventies en de bejegening door en het contact met hulpverleners. De bevindingen uit deze gesprekken beschrijven we in Hoofdstuk 5.

## 4. Resultatenbeschrijving

### 4.1 Kenmerken studies

Van de 27 geïncludeerde studies waren 14 studies kwantitatief (o.a. cross-sectioneel, longitudinaal, cohort), 12 studies kwalitatief (o.a. met semi-gestructureerde interviews) en één studie bevatte zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Steekproefgrootten varieerden van één tot 309 participanten. In de meeste gevallen (22 studies) bestond de sample uit cliënten – in tien studies uit zowel mannelijke als vrouwelijke cliënten, in tien andere studies uit alleen mannen en in twee studies uit alleen vrouwen. In drie studies bestond de sample uit professionals of, in twee studies, uit zowel professionals als (mannelijke) cliënten. De meeste studies (n=16) rapporteerden het gemiddelde IQ van de geïncludeerde deelnemers, wat in de meeste studies tussen de 60 en 70 lag. Andere studies spraken over deelnemers met *intellectual disability*<sup>3</sup>, zonder specificatie (n=3) of met de specificatie *mild to borderline intellectual disability/functioning* (n=2), *mild* (n=2), of *mild to moderate* (n=1). In andere studies ging het over deelnemers met *learning disability*, zonder specificatie (n=1) of met de specificatie *mild to moderate* (n=1). In één studie ging het om deelnemers variërend van lage/normale intelligentie tot *moderate learning disability*. De studies werden uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk, inclusief Engeland en Schotland (n=19), Australië (n=3), Nederland (n=3), de Verenigde Staten (n=1) en Zwitserland (n=1). De studies vonden plaats in diverse typen settings. De meeste studies (n=17) werden uitgevoerd bij een residentiële instelling waar deelnemers verbleven, zoals een forensisch ziekenhuis of een andere instelling voor forensische zorg. Zeven studies werden uitgevoerd binnen een ambulante ('*community*') of poliklinische ('*outpatient*') setting, en twee studies werden uitgevoerd binnen een voorziening voor begeleid wonen. In één studie was sprake van een combinatie van residentiële en niet-residentiële zorgvormen.

De kenmerken van de geïncludeerde studies zijn ook te vinden in Tabel 1.

---

<sup>3</sup> De vierde editie *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV) hanteerde het volgende onderscheid voor *intellectual disability* op basis van IQ: *borderline intellectual functioning* (71 tot en met 84), *mild intellectual disability* (50-55 tot ongeveer 70), *moderate intellectual disability* (35-45 tot ongeveer 50-55), *severe intellectual disability* (20-25 tot ongeveer 35-40) en *profound intellectual disability* (20-25 of lager).

**Tabel 1**

Kenmerken geïncludeerde studies

Studie	Land	Type studie <sup>4</sup>	Design/ metingen	Respondenten	Behandelcontext	Behandeling	Kwaliteit <sup>5</sup>
1. Alexander, Chester, Green, Gunaratna, & Hoare (2015)	Engeland	Kwantitatief	Longitudinaal	Cliënten (n=138, <i>mild intellectual disability</i> ): a) met <i>fire setting histories</i> (n=30, 22m, 8v, gem. 29.23 jaar bij opname) b) zonder <i>fire setting histories</i> (n=105, 85m, 20v, gem. 30.69 jaar bij opname)	Residentiële forensische setting	Niet nader gespecificeerd in het artikel	6j, 2n
2. Alexander et al. (2010)	Verenigd Koninkrijk	Kwantitatief	Longitudinaal: cohortstudie	Cliënten (n=138, 109m, 29v, <i>mild intellectual disability</i> )	Gesloten residentiële forensische setting	Niet nader gespecificeerd in het artikel	4j, 4n
3. Breckon, Smith, & Daiches (2013)	Verenigd Koninkrijk	Kwalitatief	Interviews	Cliënten (n=6, 6m, gem. 26.4 jaar, <i>mild to borderline intellectual disability</i> ) Professionals: 2 klinisch psychologen, 4 verpleegkundigen (n=6, 1m, 5v)	<i>Secure hospital settings</i>	Niet nader gespecificeerd in het artikel	8j, 1?, 1n
4. Browne, Brown, & Smith (2019)	Engeland	Kwalitatief	Semigestructureerde interviews	Cliënten (n=9, 5v, 4m, gem. 30.3 jaar, 21-48 jaar, gem. IQ: 66.7, 59-72)	<i>Forensic learning disability service</i> (residentieel)	<i>Dialectical behavior therapy</i>	9j, 1n
5. Catalano & Wilson (2021)	Australië	Kwalitatief	Semigestructureerde interviews	Professionals: community practitioners (n=13) die werken met mensen met <i>mild to borderline intellectual disability</i>	Ambulante zorg	Ambulante ondersteuning gericht op re-integratie in de gemeenschap	9j, 1n
6. Davis, Doyle, Quayle, & O'Rourke (2015)	Schotland	Kwalitatief	Semigestructureerde interviews en <i>photo elicitation</i>	Cliënten (n=10, 10m, 23-49 jaar, <i>mild to moderate learning disability</i> )	Begeleid wonen	<i>Community-based rehabilitation</i>	10j
7. Hanley, Simpson, & Tauri (2022)	Australië	Kwalitatief	Semigestructureerde interviews	Professionals: <i>staff</i> (n=9) die werken met mensen met een <i>intellectual disability</i>	Ambulante zorg van een <i>third sector community organization</i>	Brede ambulante zorg	10j
8. Heppell & Rose (2021)	Verenigd Koninkrijk	Kwalitatief	Semigestructureerde interviews	Cliënten (zedendelicten, n=10, 10m, gem. 36.7 jaar, 25-50 jaar, gem. IQ: 62.2, 56-66)	<i>Secure hospital setting</i>	Behandeling voor plegers van seksuele delicten	9j, 1n

<sup>4</sup> Gedeelte van de studie dat in de literatuurstudie is gebruikt. Soms was sprake van een *mixed methods design*, maar was bijvoorbeeld alleen het kwalitatieve gedeelte relevant voor de literatuurstudie. Dit geldt ook voor de kolom 'design/metingen'.

<sup>5</sup> In de kolom 'Kwaliteit' wordt aangegeven aan hoeveel criteria is voldaan (j=ja), aan hoeveel criteria niet is voldaan (n=nee) en bij hoeveel criteria het onduidelijk is of er aan het criterium is voldaan (?=twijfel).

Studie	Land	Type studie <sup>4</sup>	Design/ metingen	Respondenten	Behandelcontext	Behandeling	Kwaliteit <sup>5</sup>
9. Hollomotz (2022)	Zwitserland	Kwalitatief	Single-case study (kwalitatieve interviews met patiënt, forensisch psycholoog en maatschappelijk hulpverlener; analyse van dossier)	1 cliënt (m, IQ: 56), 2 professionals	<i>Forensic outpatient service</i>	Forensische ambulante dienstverlening met een focus op <i>environmental support structures</i>	9j, 1n
10. Langdon, Swift, & Budd (2006)	Engeland	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Cliënten (n=18, 18m, gem. 32.11 jaar, <i>mild to moderate intellectual disability</i> , waarvan 7 op de <i>medium secure unit</i> en 11 op de <i>low secure unit</i> verbleven) Professionals: <i>staff</i> (n=37, gem. 36.13 jaar), waarvan 17 op de <i>medium secure unit</i> en 20 op de <i>low secure unit</i> werken	Residentiële <i>secure service (low en medium)</i>	Niet nader gespecificeerd in het artikel	6j, 2n
11. Lindsay et al., (2002)	Schotland	Kwantitatief	Cohortstudie	Cliënten (zedendelicten) (n=62, 62m, 66% 20-39 jaar, 28% >40 jaar, 25% <i>borderline intelligence</i> , 15% <i>moderate learning disability</i> , 2 cliënten lage/normale intelligentie)	Brede ambulante en residentiële zorg	Diverse diensten (medisch, psychologisch, dagbesteding, andere ondersteuning) op ambulante-, dag- en residentiële basis	5j, 3n
12. Lindsay, Smith, Law, Quinn, Anderson, Smith, & Allan (2004)	Schotland	Kwantitatief	Cohortstudie	Cliënten (n=202, 202m): a) zedendelicten (n=111, gem. 38.15 jaar, gem. IQ: 64.3, 41-boven de 80) b) andere delicten (n=91, gem. 34.82 jaar, gem. IQ: 65.4, 51-boven de 80)	<i>Community intellectual disability offender service</i>	Diverse op cognitieve gedragstherapie gebaseerde diensten	7j, 1?
13. Lindsay et al. (2004)	Schotland	Kwantitatief	Cohortstudie	Cliënten (n=202, 184m, 18v): a) vrouwen: gem. 28.8 jaar, gem. IQ: 67.1 b) mannen: cohort 1 gem. 38.14 jaar, gem. IQ: 64.3; cohort 2 gem. 34.82 jaar, gem. IQ: 65.4	<i>Community forensic intellectual disability service</i>	Diverse behandelingen, zoals <i>anger management</i> en <i>sex education</i> , en dienstverlening gericht op werk en opleiding	5j, 1?, 2n
14. Lindsay, Steele, Smith, Quinn, & Allan (2006)	Schotland	Kwantitatief	Cohortstudie	Cliënten (n=247): a) mannelijk en zedendelicten (n=121, gem. 36.3 jaar, gem. IQ: 64.9), b) mannelijk en andere delicten (n=105, gem. 31.6 jaar, gem. IQ: 65.4)	<i>Community forensic intellectual disability service</i>	Diverse behandelingen en dienstverlening gericht op werk en inkomen	7j, 1?



Studie	Land	Type studie <sup>4</sup>	Design/ metingen	Respondenten	Behandelcontext	Behandeling	Kwaliteit <sup>5</sup>
				c) vrouwelijk (n=21, gem. 28.8 jaar, gem. IQ: 67.5)			
<b>15.</b> Lindsay, Steptoe, Wallace, Haut, & Brewster (2013)	Schotland	Kwantitatief	Cohortstudie	Cliënten (n=309): a) mannelijk en zedendelicten (n=156, gem. 35.1 jaar, gem. IQ: 65.1) b) mannelijk en andere delicten (n=126, gem. 29.8 jaar, gem. IQ: 66) c) vrouwelijk (n=27, gem. 28.1 jaar, gem. IQ: 67.4)	<i>Community forensic intellectual disability service</i>	Diverse behandelingen	7j, 1n
<b>16.</b> Long et al., (2014)	Verenigde Staten	Gemengd	Longitudinaal (kwantitatief) en interviews (kwalitatief)	Cliënten (n=10 10v, gem. 32 jaar, 23-48 jaar, gem. IQ: 65.4, 55-68)	<i>Low secure learning disability service</i> (residentieel)	Niet nader gespecificeerd in het artikel	Kwalitatieve deel: 8j, 1?, 1n Kwantitatieve deel: 6j, 2?
<b>17.</b> Neimeijer, Delforterie, Roest, Van der Helm, & Didden (2021)	Nederland	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Cliënten (n=248, 76% m, gem. 41.4 jaar, 18-93 jaar, gem. IQ: 69.7, 48% <i>mild intellectual disability</i> , 52% <i>borderline intellectual functioning</i> )	Gesloten residentiële forensische setting	Niet nader gespecificeerd in het artikel	8j
<b>18.</b> Neimeijer, Kuipers, Peters-Scheffer, Van der Helm, & Didden (2021)	Nederland	Kwalitatief	Semigestructureerde interviews	Cliënten (n=12, 8m, 4v, <i>mild intellectual disability</i> en <i>borderline intellectual functioning</i> )	Gesloten residentiële forensische setting	Diverse behandelprogramma's	9j, 1n
<b>19.</b> Neimeijer, Roest, Van der Helm, & Didden (2022)	Nederland	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Cliënten (n=212, 165m, gem. 41 jaar, gem. IQ (van n=183): 69.7, 47% <i>mild intellectual disability</i> , 53% <i>borderline intellectual functioning</i> ) Professionals (n=262, 128m, gem. 37.2 jaar)	Gesloten residentiële forensische setting	Diverse behandelprogramma's	8j
<b>20.</b> Novaco & Taylor (2015)	Engeland	Kwantitatief	Longitudinaal	Cliënten (n=50, 44m, 6v, gem. 30 jaar, gem. IQ: 68.6)	<i>Hospital forensic service</i>	<i>Anger treatment</i>	8j
<b>21.</b> Riches, Parmenter, Wiese, & Stancliffe (2006)	Australië	Kwalitatief	Evaluatie met behulp van vragenlijsten (kwalitatief geanalyseerd)	Cliënten (zedendelicten, n=3, 3m, 38-49 jaar, <i>intellectual disability</i> )	Begeleid wonen	Wonen, therapie en andere ondersteuning in een <i>small-group, specific-purpose unit located in the community</i>	1j, 2?, 7n

Studie	Land	Type studie <sup>4</sup>	Design/ metingen	Respondenten	Behandelcontext	Behandeling	Kwaliteit <sup>5</sup>
22. Robinson & Craig (2019)	Verenigd Koninkrijk	Kwantitatief	Cross-sectioneel	Cliënten (n=13, 13m, gem. 46.23 jaar, 20-67 jaar, gem. IQ: 60.8, 46-76)	<i>Forensic intellectual and developmental disabilities (IDD) service</i> (residentieel)	Niet nader gespecificeerd in artikel	6j, 2n
23. Taylor (2021)	Verenigd Koninkrijk	Kwalitatief	<i>Goal attainment scaling</i> en <i>reflective sessions</i> tijdens het groepsprogramma	Cliënten (n=18, 18m, gem. 47.7 jaar, 26-60 jaar, gem. IQ: 63.4, 53-75)	<i>Prison healthcare department</i>	(Ontwikkeling van een) traumasensitieve groepsinterventie	7j, 1?, 2n
24. Taylor, Novaco, & Brown (2016)	Engeland	Kwantitatief	Longitudinaal	Cliënten (n=50, 44m, 6v, gem. 30 jaar, gem. IQ: 68.6)	<i>Forensic hospital service</i>	<i>Cognitive anger treatment</i>	8j
25. Taylor, Novaco, Gillmer, Robertson, & Thorne (2005)	Verenigd Koninkrijk	Kwantitatief	<i>Controlled trial</i> met meerdere metingen	Cliënten (n=40, 40m, analyse over n=36, <i>mild to borderline intellectual disability</i> ): a) behandelgroep (n=16, gem. 29.4 jaar, gem. IQ: 67.1) b) <i>routine care</i> /controlegroep (n=20, gem. 29.9 jaar, gem. IQ: 70.7) c) study non-completers (n=4, gem. 27.8 jaar, gem. IQ: 72.7)	Residentiële forensische setting	Individuele <i>cognitive-behavioural anger treatment</i>	8j
26. Thomas (2013)	Verenigd Koninkrijk	Kwalitatief	Vragenlijsten met open vragen	Professionals: <i>staff members</i> (n=24) die werken met mensen met een <i>learning disability</i>	<i>Forensic learning disability service</i> (residentieel)	<i>Mindfulness</i>	9j, 1n
27. Thomson & Johnson (2017)	Verenigd Koninkrijk	Kwalitatief	Semigestructureerde interviews	Cliënten (n=7, 7v, <i>intellectual disability</i> )	Gesloten residentiële forensische setting	<i>Dialectical behavior therapy</i>	10j

## 4.2 Context-(mechanisme-)outcome configuraties (CMO's)

In onze literatuurstudie vonden wij verschillende samenhangen tussen contextuele factoren en de verschillende uitkomstmaten. In de beschrijving van de resultaten maken we onderscheid tussen dynamische/veranderbare contextuele factoren (zoals de behandelomgeving en kennis van de hulpverleners) en statische contextuele factoren (zoals gender en intelligentieniveau van de cliënt).

## 4.3 Dynamische contextuele factoren

De resultaten van de dynamische (veranderbare) factoren structureren we op basis van de volgende domeinen: 1) de behandelomgeving, 2) het contact en de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener, 3) de kennis, de houding en het gedrag van hulpverleners, en 4) overige factoren. We structureren de resultaten op deze manier, omdat dit het meest aansluit bij de praktijk. Voor elk domein vatten we de bevindingen samen, die we bespreken per uitkomstmaat. Tot slot tonen we per domein een tabel met daarin de specifieke CMO's per studie. In deze tabellen wordt weergegeven welke samenhang is gevonden in de studie, in welke behandelsetting het onderzoek is uitgevoerd en het type onderzoek.

### 4.3.1 Behandelomgeving

Bij dit domein gaat het over de behandelomgeving, zowel de meer objectieve kenmerken daarvan als hoe cliënten de omgeving ervaren (zie Tabel 2). Onze literatuurstudie laat zien dat verschillende aspecten van de behandelomgeving samenhangen met **gedragsproblemen**. Zo laat een studie waarin twaalf cliënten werden geïnterviewd over de vier aspecten van groepsklimaat (repressie, steun, groei en sfeer) zien dat het wonen met andere mensen met complex gedrag lijkt samen te hangen met meer gedragsproblemen (18). Een andere studie, waarin bij drie cliënten enkele meetinstrumenten zijn afgenomen, stelt dat een stabiele, voorspelbare leefomgeving en bijbehorende leefstijl samenhangen met minder gedragsproblemen. Het is echter niet duidelijk hoe dit werd gemeten en of er sprake is van een significant verband, omdat de resultaten op kwalitatieve wijze en zeer beknopt zijn beschreven (21). Te veel striktheid en uniformiteit in de regels hangt juist samen met meer gedragsproblemen, volgens een kwalitatieve studie in een gesloten forensische residentiële forensische setting. Uit de interviews in dit onderzoek blijkt dat dit mogelijk komt doordat cliënten zich niet als individu behandeld voelen (18). Een studie waarbij de ruimtelijke, fysieke behandelomgeving opnieuw werd ingericht, met betrokkenheid van cliënten en met uiteindelijk minder op veiligheid gerichte kenmerken, leek te zorgen voor minder gedragsproblemen. Hierbij suggereerden de onderzoekers, zonder dit kwantitatief te onderbouwen, onder andere dat cliënten makkelijker afstand konden nemen van anderen om escalaties te voorkomen (16). Eén studie vindt dat een betere sfeer op de afdeling als gevolg van mindfulness, volgens vragenlijsten die bij professionals werden afgenomen, samenhangt met minder gedragsproblemen (26). In een cross-sectionele studie met een sample van 248 cliënten wordt gevonden dat een open groepsklimaat met relatief veel steun, ruimte voor groei, een goede sfeer en relatief weinig repressie samenhangt met minder agressieve incidenten, terwijl een repressief groepsklimaat juist samenhangt met meer agressieve incidenten, wat vooral verklaard wordt door de sfeer en de mate van repressie (17).

Voor **behandelmotivatie** speelt duidelijkheid over regels en de behandeling mogelijk een rol. Een kwalitatieve studie, die gebruikmaakte van interviews en *photo elicitation*, vond dat onduidelijkheid over bijvoorbeeld waarom cliënten zorg ontvangen en waarom er bepaalde restricties zijn, samenhangt met minder betrokkenheid bij de behandeling, doordat het kan leiden tot gevoelens van controlebrek (6).

Hetzelfde onderzoek liet ook zien dat onduidelijkheid invloed kan hebben op de **werkalliantie**. Wanneer het voor cliënten onduidelijk is wat de rol van medewerkers is en zij minder zeggenschap hebben over hun behandeling, kan dit zorgen voor gevoelens van machteloosheid. Dit hangt weer samen met minder goede en gelijke verhoudingen tussen cliënt en hulpverlener (6). Een andere interviewstudie laat daarnaast zien dat stabiliteit en voorspelbaarheid, factoren die gezien kunnen worden als tegenpolen van onduidelijkheid, kunnen zorgen voor gevoelens van veiligheid en op die manier kan bijdragen aan de ontwikkeling van een vertrouwensband met medewerkers (3).

Ook kunnen stabiliteit en voorspelbaarheid door het creëren van gevoelens van veiligheid bij de cliënt volgens ditzelfde onderzoek bijdragen aan een positiever **toekomstperspectief**, waarbij cliënten een gevoel van zingeving en erbij horen hebben (3). Onduidelijkheid over het toekomstperspectief

kan daarentegen juist zorgen voor frustratie, negatieve gedachten en verlies van perspectief (18). Ook in de eerdergenoemde kwalitatieve studie werd een verband gelegd met een aspect gerelateerd aan het toekomstperspectief van cliënten. In deze omgeving, waarbij cliënten samenwoonden met hulpverleners, leek dit te zorgen voor een blijvende afhankelijkheid van hulpverleners, wat meer onafhankelijkheid bij de cliënt in de weg zou kunnen staan (6).

**Tabel 2**

*Context-mechanisme-outcome configuraties voor dynamische contextuele factoren*

Nr.	Contextuele factor (C)	Mechanisme (M)	Uitkomst (O)	Categorie uitkomst
18	In een gesloten setting wonen met andere cliënten met complex gedrag		Negatieve emoties en gedrag	<b>Gedragsproblemen</b>
16	Een ruimtelijke fysieke behandelomgeving waar cliënten invloed op hadden en met 'low secure standards'	Afstand kunnen nemen van anderen in situaties die gemakkelijk kunnen escaleren (o.a.)	Minder agressief gedrag	<b>Gedragsproblemen</b>
26	Een betere sfeer op de afdeling (als gevolg van mindfulness)		Minder gedragsproblemen/ <i>challenging behavior</i>	<b>Gedragsproblemen</b>
17	Een open groepsklimaat met relatief veel steun, ruimte voor groei, een goede sfeer en relatief weinig repressie		Minder agressieve incidenten	<b>Gedragsproblemen</b>
21	Een stabiele, voorspelbare leefomgeving en leefstijl		Minder disruptief en agressief gedrag	<b>Gedragsproblemen</b>
18	Te veel striktheid en uniformiteit in regels	Cliënten voelen zich niet als individu behandeld	Gedragsproblemen	<b>Gedragsproblemen</b>
6	Onduidelijkheid over regels en kenmerken van de zorg	Gevoelens van controlegebrek	Minder betrokkenheid bij de behandeling	<b>Behandelmotivatie</b>
6	Onduidelijkheid over regels en kenmerken van de zorg	Gevoelens van machteloosheid	Minder goede, gelijke verhoudingen cliënt-hulpverlener	<b>Werkalliantie</b>
3	Stabiliteit en voorspelbaarheid: routines en consistentie in de behandelomgeving, zoals vaste eetmomenten	Gevoelens van veiligheid	De ontwikkeling van een vertrouwelijke relatie met medewerkers	<b>Werkalliantie</b>
3	Stabiliteit en voorspelbaarheid	Gevoelens van veiligheid	Het gevoel een doel te hebben en erbij te horen	<b>Toekomstperspectief</b>
18	Kleine stapjes en onduidelijkheid over toekomstperspectief	Cliënten hebben negatieve gedachten en voelen zich gefrustreerd	Verlies van perspectief	<b>Toekomstperspectief</b>
6	Al gebrekkige sociale netwerken i.c.m. <i>supported living</i> ; de voortdurende aanwezigheid van hulpverleners		Blijvende afhankelijkheid van het gezelschap van hulpverleners en zorg in het algemeen	<b>Toekomstperspectief</b>

#### 4.3.2 Contact en relatie tussen cliënt en hulpverlener

Verschillende studies onderzochten het contact en de relatie tussen cliënt en hulpverlener en de samenhang hiervan met de uitkomstmaten (zie Tabel 3). Zo vond een kwalitatieve studie met interviews met professionals dat gezamenlijke activiteiten kunnen zorgen voor minder **recidive**. De studie noemt daarbij twee mechanismen, namelijk dat deze activiteiten het gevoel van veiligheid bij

de cliënt kunnen vergroten, en dat de hulpverlener de cliënt zo beter leert kennen en responsiever kan zijn (7). In een *single-case study* droeg een accepterende, positieve *support circle* door wederzijds vertrouwen er volgens de onderzoeker aan bij dat de cliënt niet gerecidiveerd had (9).

Een interviewstudie met professionals zoomde in op de **werkalliantie**, en vond dat onregelmatig contact tussen cliënt en hulpverlener de opbouw van een vertrouwensband kan verhinderen (5). Volgens een andere interviewstudie met cliënten kan meer beschikbaarheid en individuele aandacht van medewerkers ervoor zorgen dat cliënten meer steun ervaren (8).

Tot slot liet een studie zien dat een betere relatie tussen cliënt en hulpverlener kan bijdragen aan de **behandelmotivatie** van cliënten. Cliënten in deze studie die zich gesteund voelden door hun hulpverleners, voelden zich meer betrokken bij de behandeling, doordat ze zich goed voelden en een groter gevoel van eigenwaarde hadden (3).

**Tabel 3**

*Context-mechanisme-outcome configuraties binnen het domein 'Contact en relatie tussen cliënt en hulpverlener'*

Nr.	Contextuele factor (C)	Mechanisme (M)	Uitkomst (O)	Categorie uitkomst
7	Gezamenlijke activiteiten cliënt en hulpverlener	Gevoelens van veiligheid bij cliënt	Minder risico op recidive	<b>Recidive</b>
7	Gezamenlijke activiteiten cliënt en hulpverlener	Doordat de hulpverlener de cliënt beter kent, kan de hulpverlener responsiever zijn	Minder risico op recidive	<b>Recidive</b>
9	Support circle: een vast team van medewerkers om de cliënt heen die hem in crises steunen door acceptatie en een positieve sfeer	Wederzijds vertrouwen		<b>Recidive</b>
5	Onregelmatig contact cliënt-hulpverlener		Meer moeite om een vertrouwelijke relatie te krijgen	<b>Werkalliantie</b>
8	Beschikbaarheid en individuele aandacht van medewerkers		Meer door cliënten ervaren steun van hulpverleners	<b>Werkalliantie</b>
3	Ervaren steun van hulpverleners	Cliënten voelen zich goed, hebben meer eigenwaarde	Meer betrokkenheid bij de behandeling	<b>Behandelmotivatie</b>

#### 4.3.3 Kennis, houding en gedrag van hulpverleners

Verschillende aspecten van de kennis, de houding en het gedrag van hulpverleners werden in verband gebracht met de uitkomstmaten (zie Tabel 4).

Twee studies relateerden de kennis en vaardigheden van hulpverleners aan **gedragsproblemen**. Zo werd in een kwalitatieve studie met interviews met zeven cliënten gezien dat kennis van de interventie, in dit geval dialectische gedragstherapie, kan bijdragen aan minder agressie-incidenten bij cliënten, doordat cliënten hierdoor vaker oefenen met het reguleren van hun emoties (27). Een andere studie met interviews met professionals bood extra onderbouwing voor het verband tussen meer oefening met emotieregulatie en minder agressie-incidenten (26). Verder vond een studie dat meer striktheid en uniformiteit in regels kan samenhangen met gedragsproblemen bij cliënten, doordat cliënten zich in zo'n omgeving minder als individu behandeld voelen (18).

Meerdere studies brachten het gedrag en de houding van hulpverleners domein in verband met **behandelmotivatie**. Eén studie, waarin zowel cliënten als professionals werden geïnterviewd, beschrijft dat erkenning door de hulpverlener van de vooruitgang van de cliënt (met bijvoorbeeld visuele symbolen, beloningen of complimenten) op drie manieren kan bijdragen aan meer

betrokkenheid. Allereerst kan deze erkenning cliënten het gevoel geven dat ze vooruitgaan. Ten tweede kan het ervoor zorgen dat cliënten beseffen dat er verandering nodig is. Tot slot voelen cliënten zich hierdoor goed, en hebben ze meer eigenwaarde (3). Responsiviteit en flexibiliteit, waarbij de hulpverlener de behandeling aanpast op de cliënt, hangen volgens een andere studie ook samen met meer betrokkenheid bij de behandeling (23). Een studie met drie cliënten suggereert dat een werkwijze gericht op zowel het voorkomen van recidive als het bereiken van leefstijldoelen kan bijdragen aan meer betrokkenheid en meer behandelmotivatie bij cliënten. Deze resultaten dienen vanwege de beperkte samplegrootte en de lage kwaliteit van het onderzoek met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd (21).

Als het gaat om de **werkalliantie** vond een studie met cliëntinterviews dat wanneer de sociotherapeut bijvoorbeeld normaal contact initieert, niet oordeelt, geduld en interesse toont, dit kan bijdragen aan de vertrouwensrelatie met de cliënt (18). Traumasensitief werken kan volgens deelnemers in een andere kwalitatieve studie ook zorgen voor meer vertrouwen tussen cliënt en hulpverlener (23), evenals bekrachtiging door hulpverleners met wie cliënten een vertrouwensrelatie hebben (3).

Eén studie besteedde ook aandacht aan de samenhang tussen de houding van hulpverleners en het **toekomstperspectief** van cliënten. In deze studie werd gezien dat een te beschermende en restrictieve stijl van steun bieden kan bijdragen aan een sterkere afhankelijkheid van zorg bij cliënten (6).

**Tabel 4**

*Context-mechanisme-outcome configuraties binnen het domein 'Kennis, houding en gedrag van hulpverleners'*

Nr.	Contextuele factor (C)	Mechanisme (M)	Uitkomst (O)	Categorie uitkomst
27 - CMO 26 - MO	Kennis van de interventie (dialectische gedragstherapie) bij hulpverleners	Cliënten oefenen vaker met emotieregulatie	Minder incidenten van agressie	<b>Gedragsproblemen</b>
3	Erkenning hulpverlener van vooruitgang cliënt	Cliënten hebben het gevoel dat ze vooruitgaan	Meer betrokkenheid bij de behandeling	<b>Behandelmotivatie</b>
3	Erkenning hulpverlener van vooruitgang cliënt	Cliënten beseffen dat verandering nodig is	Meer betrokkenheid bij de behandeling	<b>Behandelmotivatie</b>
3	Erkenning hulpverlener van vooruitgang cliënt	Cliënten voelen zich goed, hebben meer eigenwaarde	Meer betrokkenheid bij de behandeling	<b>Behandelmotivatie</b>
23	Flexibiliteit tijdens de behandeling: responsiviteit o.b.v. behoeften cliënt		Meer betrokkenheid bij de behandeling	<b>Behandelmotivatie</b>
21	Een werkwijze van hulpverleners die gericht is op zowel het voorkomen van het plegen van delicten als het bereiken van leefstijldoelen		Meer betrokkenheid van cliënten bij werk en onderwijsactiviteiten	<b>Behandelmotivatie</b>
18	Houding/gedrag sociotherapeut		Vertrouwensrelatie cliënt-hulpverlener	<b>Werkalliantie</b>
23	Traumasensitief werken (de mogelijkheid om zich bezig te gaan houden met tegenslagen in het verleden)		Meer vertrouwen	<b>Werkalliantie</b>
3	Bekrachtiging door hulpverleners met wie cliënten een vertrouwensrelatie hebben		Vertrouwensrelatie kan sterker worden en nog meer een werkalliantie worden	<b>Werkalliantie</b>

Nr.	Contextuele factor (C)	Mechanisme (M)	Uitkomst (O)	Categorie uitkomst
6	Een beschermende, restrictieve stijl van steun bieden door hulpverleners		Meer afhankelijkheid van de zorg	<b>Toekomstperspectief</b>

#### 4.3.4 Overige factoren

Tot slot onderzochten enkele studies andere factoren dan de hierboven beschreven domeinen. Deze worden weergegeven in Tabel 5.

##### *Werkklimaat van hulpverleners*

Eén studie, waarin vragenlijsten werden afgenomen bij zowel cliënten (n=212) als professionals (n=262) besteedde aandacht aan het werkklimaat van hulpverleners in de forensische zorg voor mensen met een LVB, en hoe dit zich verhoudt tot het door cliënten ervaren groepsklimaat (19). Een van de aspecten van het groepsklimaat is de ervaren groei, wat gerelateerd is aan het **toekomstperspectief** van cliënten. Dit onderzoek vond dat wanneer medewerkers een hogere werkdruk ervaren, cliënten minder mogelijkheden voor groei ervaren en minder hoop voor de toekomst hebben. Een lagere score voor het functioneren van het team, volgens medewerkers, hangt ook samen met minder mogelijkheden voor groei ervaren en minder hoop voor de toekomst hebben. Vanwege de cross-sectionele aard van dit onderzoek is de richting van deze verbanden onduidelijk.

##### *Situatie na verblijf*

Twee studies beschreven elementen rond de situatie na verblijf in de forensische zorg, en hoe deze verband houden met **recidive**. Een van deze studies, een cohortstudie, vond dat cliënten minder recidiveerden wanneer het ontslag gepland was en gepaard ging met nazorg en geregelde huisvesting en dagbesteding (11). De andere studie, waarin professionals werden geïnterviewd, beschrijft dat wanneer hulpverleners het steunend netwerk van de cliënt stimuleren, er een kleinere kans op recidive is. Volgens professionals in dit onderzoek is het ontbreken van een steunend netwerk en isolatie na ontslag of vrijlating een belangrijke factor in het terugvallen in crimineel gedrag (5).

**Tabel 5**

*Context-mechanisme-outcome configuraties binnen het domein 'Overige factoren'*

Nr.	Contextuele factor (C)	Mechanisme (M)	Uitkomst (O)	Categorie uitkomst
19	Meer door hulpverleners ervaren werkdruk		Minder mogelijkheden voor groei voor cliënten	<b>Toekomstperspectief</b>
19	Minder goed functioneren van het team		Minder mogelijkheden voor groei voor cliënten	<b>Toekomstperspectief</b>
11	Gepland ontslag: nazorg, wonen en dagbesteding geregeld		Minder recidive (van zedendelicten, tot 4 jaar na ontslag)	<b>Recidive</b>
5	Stimulering van het steunend netwerk van de cliënt door de hulpverlener		Minder kans op recidive	<b>Recidive</b>

#### 4.4 Statische contextuele factoren

Naast de besproken dynamische contextuele factoren, keken verschillende studies naar de samenhang tussen statische contextuele factoren en de uitkomstmaten. Met statische contextuele bedoelen we kenmerken van de persoon die bij aanvang van de behandeling onveranderbaar zijn. Uit deze studies komen geen onderzochte mechanismen naar voren, dus spreken we van context-outcome configuraties. We beschrijven eerst kort de resultaten voor deze statische contextuele factoren. Omdat het hier vooral kwantitatieve studies betreft, beschrijven we het ook als er juist geen verband werd gevonden tussen de contextuele factor en de uitkomstmaat. We gaan minder uitgebreid in op de bevindingen in deze categorie, omdat deze aspecten weinig aanknopingspunten

bieden voor de praktijk om de behandeling voor mensen met een LVB effectiever te maken. Gevonden verschillen kunnen wel een indicatie geven dat behandeling bijvoorbeeld gendersensitief moet zijn, maar omdat de genoemde studies dit verder niet onderzochten, kunnen we daar geen uitspraken over doen. De resultaten voor de statische contextuele factoren worden weergegeven in de tabel in Bijlage 8.1.

#### 4.4.1 Gender

Enkele studies onderzochten of uitkomsten verschillend zijn voor mannen en vrouwen. Omdat onduidelijk is hoe deze factor in studies geoperationaliseerd is (op basis van beoordeling onderzoeker, registraties of zelfrapportage), zullen we hier spreken over gender.

Vier studies waren onderdeel van dezelfde cohortstudie. Uit deze studies kwam steeds naar voren dat mannelijke daders van niet-zedendelicten meer **recidive** vertoonden dan vrouwelijke daders en dan daders van zedendelicten (12, 13, 14, 15). Een van deze studies vond daarnaast dat daders van zedendelicten meer recidive vertoonden dan vrouwelijke daders (13). Mogelijk zijn andere variabelen verantwoordelijk voor dit verschil.

Als het gaat om **gedragsproblemen** vond studie 5 geen verband met gender. Twee studies die gebruikmaakten van dezelfde sample vonden vóór de behandeling een significant verschil tussen mannen en vrouwen, waarbij vrouwen vaker betrokken waren bij lichamelijk geweld. Na de behandeling was dit verschil niet meer aanwezig (20, 24). Door afwezigheid van een controlegroep kan echter niets gezegd worden over of de behandeling beter of minder goed aansluit bij vrouwen of mannen.

#### 4.4.2 Leeftijd

Eén studie onderzocht of het verband tussen groepsklimaat en gedragsproblemen werd beïnvloed door de leeftijd van deelnemers (18-93 jaar) en vond geen verschillen (17). Een andere studie vond dat de verandering in lichamelijk geweld van voor de behandeling tot na de behandeling anders was voor jongere en oudere deelnemers, waarbij het verschil tussen de voor- en nameting groter was voor jongere deelnemers. Het verband tussen boosheid en de toe- of afname van geweld was echter niet gerelateerd aan leeftijd (20).

#### 4.4.3 IQ

Enkele studies keken naar de relatie tussen IQ en **gedragsproblemen**. In een studie waarbij deelnemers een gemiddeld IQ van 69.7 hadden, werd geen verband gevonden tussen IQ en agressieve incidenten (17). In een andere studie bleek IQ wel samen te hangen met de verandering in agressie voor en na de behandeling, waarbij een lager IQ samenhang met een grotere afname in agressie. In deze studie leek IQ daarnaast een rol te spelen in het verband tussen de afname in boosheid en de afname in fysieke agressie (20). In een andere studie, die dieper inging op de responsiviteit van deelnemers, concludeerden de onderzoekers dat er geen bewijs is dat personen in de lagere IQ-groep minder respons op de agressiebehandeling lieten zien (25).

#### 4.4.4 Problematiek

Enkele studies keken specifiek naar de problematiek van cliënten en de samenhang hiervan met **gedragsproblemen**. Een kwantitatieve cohortstudie vond geen verschillen in ingrepen door het personeel (als proxy voor agressie) tussen cliënten met en zonder persoonlijkheidsstoornis. Het is bij deze studie echter niet precies duidelijk hoe de uitkomstmaat gemeten werd, en bovendien werden variabelen die de resultaten kunnen beïnvloeden niet meegenomen in de analyse (2). Een kwantitatieve studie waarin cliënten met een delictgeschiedenis van brandstichting (n=30) werden vergeleken met cliënten zonder een dergelijke geschiedenis (n=105) vond geen verschil in agressie, wederom gemeten door te kijken naar het ingrijpen door personeel (1). Belangrijk om hierbij op te merken is dat ingrijpen door personeel wordt bepaald door meer factoren dan het individuele gedrag van de cliënt, waardoor het als indicatie voor agressie niet geheel valide is.

#### 4.4.5 Juridische kenmerken

Tot slot onderzochten enkele studies de relatie tussen juridische kenmerken van de cliënt of waar deze verbleef, en de uitkomstmaten. Hoewel het hier niet gaat om puur statische factoren, beschrijven we ze in deze sectie van het rapport omdat de invloed van een instelling voor forensische



zorg op deze zaken beperkter is dan op bijv. kenmerken van de behandelomgeving of de hulpverleners.

Met betrekking tot **gedragsproblemen** werd er in een studie gekeken of er een verband was tussen de juridische status van cliënten en agressie. De studie vond geen verschil in agressie tussen cliënten die vrijwillig en cliënten die gedwongen in behandeling waren (17). Een andere studie keek naar de verschillen in agressieve incidenten tussen drie verschillende beveiligingsniveaus. Cliënten in *low secure settings* (relatief laag beveiligingsniveau) en in *locked rehabilitation* (hoger beveiligingsniveau) lieten meer agressie zien dan cliënten in *step-down settings* (leefgemeenschap die reguliere gemeenschap nabootst, gericht op herstelproces), en er was geen significant verschil in agressieve incidenten tussen de *low secure settings* en *locked rehabilitation*. Hierbij moet worden opgemerkt dat het ging om een kleine sample van 13 deelnemers (22).

Tot slot beschrijft een andere studie de onderzochte samenhang tussen beveiligingsniveau en **werkalliantie**. Dit onderzoek vond een interactie-effect voor unit (*low security of medium security*) en participant (medewerker of cliënt) voor de subschaal Steun van een instrument dat het sociale klimaat in de penitentiaire inrichting meet. Steun werd door cliënten (niet door medewerkers) van de afdeling met een lager beveiligingsniveau als hoger beoordeeld dan door cliënten van de afdeling met een hoger beveiligingsniveau. Ook bij deze studie dient te worden opgemerkt dat de samples relatief klein zijn (18 cliënten en 37 medewerkers) (10).

## 4.5 Mechanismen

Een beperkt aantal studies in onze literatuurstudie geeft zicht op mechanismen in relatie tot de verschillende uitkomstmaten. Deze beschrijven we hieronder en zijn ook te vinden in Tabel 6.

Een kwantitatieve studie onderzocht de relatie tussen boosheid en fysiek geweld door cliënten onder een groep cliënten die individuele behandeling gericht op boosheid kregen. De studie vond een significante vermindering van fysiek geweld, en zagen dat deze vermindering geassocieerd was met een verandering in de mate van boosheid. De sample was echter relatief klein (n=50) en de studie maakte geen gebruik van een vergelijkingsgroep (20). In een andere (kwalitatieve) studie volgden zeven cliënten dialectische gedragstherapie (DGT), bestaande uit zowel individuele- als groepsessies. Uit de interviews bleek dat deelnemers op andere manieren reageerden in stressvolle situaties door nieuw aangeleerde vaardigheden en technieken om zichzelf af te leiden, waardoor er minder incidenten ontstonden. In deze studie gaat het bij incidenten om agressie richting een ander en richting zichzelf (27). Een andere studie richtte zich ook op DGT en presenteerde op basis van interviews een model van hoe betrokkenheid bij de therapie zich kan ontwikkelen. De onderzoekers benadrukten dat deelnemers voornamelijk extrinsiek gemotiveerd waren voor de therapie; men verwacht dat ze meewerken, ook omdat het uiteindelijk kan bijdragen aan de stap richting een meer open regime. Ook wordt genoemd dat deze ontwikkeling van betrokkenheid bij de therapie geen rechte, stijgende lijn is. Deelnemers hebben vaak te maken met tegenslagen en achteruitgang. Uiteindelijk concluderen de onderzoekers dat factoren als de mate waarin deelnemers zich veilig voelen, hun band met de professionals en hun geloof in eigen kunnen bijdragen aan of deelnemers de vaardigheden die zij tijdens de therapie leren zich eigen kunnen maken (4).

**Tabel 6**

*Mechanisme-outcome configuraties*

Nr.	Mechanisme (M)	Uitkomst (O)	Categorie uitkomst
20	Minder boosheid	Minder fysiek geweld	<b>Gedragsproblemen</b>
27	Andere cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties	Minder incidenten	<b>Gedragsproblemen</b>
4	Gevoel van veiligheid, werkalliantie, geloof in eigen kunnen	Betrokkenheid bij de behandeling, toepassen van vaardigheden	<b>Behandelmotivatie</b>

## 5. Onderzoeksgroep, praktijkgroep en cliëntgroep

De resultaten van de *rapid realist review* deelden en bespraken we met de onderzoeksgroep en de praktijkgroep. Daarnaast interviewden we (voormalige) cliënten over enkele belangrijke thema's binnen dit project. In dit hoofdstuk geven we de belangrijkste bevindingen vanuit deze gesprekken weer.

### 5.1 Onderzoeksgroep

#### 5.1.1 Specificiteit

Met de onderzoeksgroep keken we in hoeverre de bevindingen van het huidige project, als het gaat om verbanden tussen contextuele factoren en uitkomstmaten, specifiek zijn voor de doelgroep van mensen met een licht verstandelijke beperking in de forensische zorg. Voor veel van de factoren geldt volgens de onderzoeksgroep dat deze niet specifiek zijn voor deze doelgroep, en dat ze ook niet belangrijker zijn voor mensen met een LVB in de forensische zorg dan voor andere doelgroepen. De onderzoeksgroep wijst erop dat sommige van deze contextuele factoren mogelijk wel moeilijker te realiseren zijn voor deze specifieke doelgroep (zoals een vertrouwensband met een hulpverlener) en dat de wijze waarop de praktijk dit dient vorm te geven mogelijk vraagt om specifieke aanpassingen aan de doelgroep. Hierbij dient bijvoorbeeld rekening te worden gehouden met:

- De heterogeniteit van de doelgroep (bijvoorbeeld op het gebied van (disharmonische) intelligentieprofielen en sociaal-emotionele ontwikkeling)
- Het beperkte abstractie- en relativiseringsvermogen van de doelgroep
- De langere tijd die ervaringsleren vergt ten opzichte van cognitief leren

Een fenomeen waarmee volgens de onderzoeksgroep rekening gehouden moet worden, is *diagnostic overshadowing*. Dit vindt plaats wanneer de professional aanneemt dat bepaald gedrag te verklaren is vanuit de licht verstandelijke beperking, terwijl er mogelijk andere factoren aan ten grondslag liggen. Zo wordt trauma bijvoorbeeld nog onvoldoende herkend bij mensen met een LVB. Dit maakt het ook lastig om een traumasensitieve benadering naar cliënten te bewerkstelligen.

#### 5.1.2 Generaliseerbaarheid

Opvallend is het hoge aantal geïncludeerde artikelen uit het Verenigd Koninkrijk en het lage aantal geïncludeerde artikelen uit de Verenigde Staten. De deelnemers van de onderzoeksgroep herkennen dit uit hun eigen werk. In het Verenigd Koninkrijk is er een specialisatie binnen de ggz rondom de doelgroep van mensen met een LVB die forensische zorg behoeven, en zijn er ook meer *medium security settings*. In de Verenigde Staten daarentegen worden mensen met een LVB veel minder vaak gezien als specifieke doelgroep. Dit betekent waarschijnlijk dat een LVB minder snel herkend wordt, dat er minder specifieke zorg is voor deze doelgroep en dat er daarom ook minder onderzoek beschikbaar zal zijn gericht op deze doelgroep binnen de forensische zorg. Naast het aspect van de LVB ligt er binnen de Verenigde Staten voor de forensische doelgroep een steviger accent op straffen ten opzichte van behandelen. Ook dat biedt mogelijk een verklaring voor het lage aantal geïncludeerde studies uit de Verenigde Staten in onze review.

In bredere zin is het volgens de onderzoeksgroep belangrijk om bij het interpreteren van de resultaten van het huidige project in gedachten te houden dat culturele en structurele factoren maken dat de zorgsystemen in verschillende landen (en soms, zoals in de Verenigde Staten en in Australië, ook tussen verschillende staten) anders zijn en daardoor ook de populatie niet overal hetzelfde is. Dit betekent dat bevindingen van onderzoek uit andere landen niet een-op-een te vertalen zijn naar de huidige Nederlandse context.

#### 5.1.3 Beperkte bevindingen

Tijdens de eerste bijeenkomst gaf de onderzoeksgroep aan dat wat hen betreft de uitkomstmaat 'Toekomstperspectief' prioriteit zou moeten krijgen binnen dit project, omdat dit belangrijk is voor succes, maar hier ook de meeste knelpunten liggen. De bevindingen laten zien dat er weinig artikelen binnen onze selectie aandacht besteden aan deze uitkomstmaat. De artikelen waarvan we de bevindingen nu onder 'Toekomstperspectief' hebben geschaard, raken hier slechts zijdelings aan. Meestal gaat het om de gedachten van de cliënt die met de toekomst te maken hebben. Belangrijker voor het effectiever inrichten van de forensische zorg voor mensen met een LVB is echter het creëren van daadwerkelijk toekomstperspectief. Hierbij gaat het over onder andere goede nazorg, een dagbesteding (bijvoorbeeld werk) en een vaste plek om te wonen. Zichtbaar is ook dat er in onze

selectie weinig artikelen zijn die zich richten op de nazorg voor deze doelgroep en de rol die goede samenwerking tussen ketenpartners hierin speelt. De onderzoeksgroep benadrukt dat onderzoek hiernaar essentieel is om betere resultaten te behalen voor cliënten.

Tot slot merkt de onderzoeksgroep op dat de gevonden factoren gezamenlijk belangrijk zijn; het is onvoldoende om er een paar elementen uit te kiezen. Ook zou vervolgonderzoek moeten kijken naar de interactie tussen de factoren.

## 5.2 Praktijkgroep

Met de praktijkgroep bespraken we de verschillende domeinen van dynamische factoren. We vroegen deelnemers hierop te reflecteren vanuit hun eigen ervaringen. Ook dachten we tijdens de bijeenkomst samen na over welke mechanismen mogelijk een rol spelen in de gevonden verbanden tussen de contextuele factoren en de uitkomstmaten.

### 5.2.1 Behandelomgeving

Met betrekking tot het eerste domein, de behandelomgeving, herkennen de deelnemers dat het belangrijk is om voorspelbaarheid en routine te bieden. Meer stabiliteit en voorspelbaarheid kunnen zorgen voor meer rust in het hoofd van de cliënt, wat kan bijdragen aan minder gedragsproblemen. Daarnaast ontstaat er door meer stabiliteit en voorspelbaarheid, waarbij cliënten minder last hebben van allerlei prikkels, mogelijk meer ruimte om een band op te bouwen met hulpverleners en vooruit te kijken. Belangrijk hierbij is om te benoemen dat cliënten met een LVB vaak een ander besef van tijd hebben. Dit kan dingen extra onvoorspelbaar maken, bijvoorbeeld doordat het lastig te bevatten is wat het betekent als een hulpverlener twee weken op vakantie is. Dit betekent ook dat in de communicatie naar cliënten met een LVB toe, extra duidelijkheid nodig is.

De deelnemers vertellen dat er wel eens cliënten voor een soort 'reset' teruggaan naar de penitentiaire inrichting. Niet omdat ze een nieuw delict hebben gepleegd, maar omdat ze zich buiten, met alle vrijheid en onvoorspelbaarheid, moeilijk staande kunnen houden. Ook zijn er cliënten die hun eigen ontwikkeling saboteren, zodat ze niet over hoeven naar een groep of afdeling die minder gekaderd is.

Daarnaast benoemen de deelnemers andere aspecten van de behandelomgeving die kunnen bijdragen aan positieve resultaten, zoals het creëren van een huiselijke sfeer en het hebben van een ruimtelijke inrichting die gezellig is en waarbij de hulpverleners zichtbaar aanwezig en toegankelijk zijn. Ook wordt er gestreefd naar minder conflicten tussen cliënten door te zorgen voor voldoende begeleiding op de groep en te zorgen voor voldoende fysieke ruimte. Verder wordt er veel aandacht besteed aan de sfeer, bijvoorbeeld met leuke gezamenlijke activiteiten. Een open, gezellige sfeer zorgt ook voor meer openingen voor contact met cliënten.

### 5.2.2 Contact en relatie tussen cliënt en hulpverlener

De deelnemers in de praktijkgroep benoemen dat het contact met (en de bejegening van) cliënten het belangrijkste domein is om positieve resultaten te behalen. Hiermee kun je als professional vertrouwen en voorspelbaarheid bieden aan de cliënt. "Dat je blijft", noemt een professional. Met name bij cliënten met een LVB is dit belangrijk, omdat zij mogelijk minder goed begrijpen waarom iemand weggaat en dat dat niets met hen te maken heeft. Daarnaast hebben cliënten vaak al te maken gehad met veel hulpverleners, waardoor elke nieuwe hulpverlener weer wat te bewijzen heeft.

Ook is het belangrijk om leuke dingen te doen met cliënten, nieuwe ervaringen op te doen, en aanwezig te zijn als hulpverlener. De deelnemers herkennen dat door gezamenlijke activiteiten de hulpverlener responsiever kan zijn. De hulpverlener krijgt hierdoor namelijk beter zicht op de vaardigheden van de cliënt en kan zelf voorbeeldgedrag laten zien. Daarnaast leren cliënten met een LVB meer door te doen dan door te praten, waarbij een hulpverlener dan direct feedback kan geven. Het leerproces wordt daardoor veel concreter.

De deelnemers noemen dat veel cliënten vaak een weinig steunend netwerk hebben. Het is daarom extra belangrijk voor hulpverleners om hen te ondersteunen in de stappen die zij maken. Door bekrachtiging en steun is het voor cliënten makkelijker vol te houden om bijvoorbeeld een behandeling te volgen. Cliënten voelen zich daardoor gezien en gehoord.

### 5.2.3 Kennis, houding en gedrag van hulpverleners

Met betrekking tot het erkennen van vooruitgang geven de deelnemers aan dat dit gedaan wordt tijdens behandelbeoordelingen, maar ook op andere momenten. Per cliënt wordt gekeken wat deze wil als beloning. De deelnemers zien dat het heel fijn voor cliënten is als zij bekrachtigd worden; als iemand trots op hen is. Dit geeft hun het gevoel dat ze ertoe doen.

Een persoonlijke benadering is ook belangrijk. Een deelnemer geeft aan dat het noemen van cliënten bij de voornaam, wat in penitentiaire inrichtingen niet altijd gebeurt, al het verschil kan maken.

De deelnemers lichten toe wat zij doen om rekening te houden met mogelijke trauma's van cliënten. Zo zijn mannelijke hulpverleners zich bewust van hun houding en postuur en wordt er gekeken naar een goede match tussen cliënt en hulpverlener. Om *diagnostic overshadowing* (zie 5.1.1) te voorkomen, is het belangrijk dat er in het begin voldoende aandacht is voor diagnostiek. Op die manier kan onderzocht worden wat onderliggend is aan het gedrag van de cliënt, zodat de behandeling zich op de juiste dingen kan richten. Ook proberen de hulpverleners rekening te houden met mogelijke secundaire trauma's; de wijze waarop cliënten beschadigd kunnen zijn door eerdere hulpverlening. Hulpverleners dienen zich hiervan bewust te zijn en te proberen een herstellende emotionele ervaring te bieden aan cliënten.

Sommige plekken en organisaties houden sterk vast aan structuur en bieden weinig individuele aandacht en maatwerk aan cliënten. Een deelnemer geeft aan dat hoe meer regels er zijn, hoe groter de kans op falen wordt. Dat kan er ook voor zorgen dat mensen minder gemotiveerd raken, wat weer kan leiden tot meer gedragsproblemen. Middelengebruik is hierbij een ingewikkeld probleem. Dit is niet toegestaan binnen instellingen, maar het is wel belangrijk om oog te hebben voor waar dit gedrag vandaan komt.

### 5.2.4 Overige factoren

#### *Werkklimaat van hulpverleners*

De deelnemers van de praktijkgroep geven aan dat als de werkdruk hoog is, hulpverleners minder beschikbaar kunnen zijn voor cliënten, minder goed op cliënten kunnen afstemmen en een minder goede alliantie met cliënten kunnen opbouwen. Doordat hulpverleners er dan minder voor cliënten kunnen zijn, heeft dit mogelijk gevolgen voor de ontwikkeling en het proces van de cliënt. Zoals eerder genoemd, zien de deelnemers dat sommige organisaties sterk vasthouden aan een structuur. Dit is soms ook het geval doordat er door personeelstekort minder ruimte is om te experimenteren of maatwerk te leveren.

Met betrekking tot het functioneren van het team beschrijft een deelnemer aan de praktijkgroep dat wanneer de relatie tussen collega's minder goed is, ze minder op elkaar kunnen vertrouwen, dit ook een negatieve invloed heeft op de relatie met en de behandeling van cliënten. Er is dan minder ruimte om nieuwe dingen uit te proberen of volgende stappen te zetten, doordat collega's minder op elkaar kunnen leunen en gezamenlijk vertrouwen kunnen uitstralen naar cliënten toe.

Om het werk binnen de forensische zorg voor mensen met een LVB goed te kunnen doen, is het noodzakelijk dat er begrip is voor hoe het werken met deze doelgroep eruitziet. Vaak vraagt het om een lange adem, voldoende tijd om een vertrouwensband op te bouwen en geduld om de kleine stapjes te kunnen zien. Hier moet wel voldoende tijd en geld voor zijn. Wanneer echter de druk om "productie te draaien" te sterk gevoeld wordt, kan dit zorgen voor onbegrip en irritaties naar cliënten toe. Dit kan de werkaliantie en vervolgens de effectiviteit van de behandeling in de weg staan.

#### *Situatie na verblijf*

De deelnemers geven aan dat cliënten regelmatig ineens ontslagen worden, zonder dat de nazorg op orde is. Dit komt doordat er onvoldoende tijd is om alles te regelen, maar ook doordat niet altijd duidelijk is wat er geregeld moet worden en welke wegen hiervoor moeten worden bewandeld. Daarnaast geven de deelnemers aan dat een deel van de doelgroep tussen wal en schip valt doordat er onvoldoende geschikte plekken voor hen zijn. Deze mensen zijn vanwege hun LVB te kwetsbaar voor de forensische zorg, maar te 'forensisch' voor de reguliere LVB-zorg.

De deelnemers benoemen dat, indien aanwezig, steunende personen in de omgeving van de cliënt betrokken worden, en een rol krijgen binnen de begeleiding of behandeling. Omdat gezien wordt dat het netwerk van veel cliënten heel beperkt is, wordt er ook wel eens samengewerkt met maatjesprojecten. Als de cliënt ergens anders gaat wonen, wordt er gekeken of deze daar al voor de verhuizing een nieuw netwerk kan opbouwen.

### 5.2.5 Aanvullende factoren

De deelnemers van de praktijkgroep noemden ook nog een aantal andere aspecten die zij als relevant zagen voor de uitkomstmaten. Zo werd genoemd dat een gebrek aan perspectief de behandelmotivatie negatief kan beïnvloeden, omdat cliënten dan niet weten waar ze naartoe werken. Daarnaast werd gesproken over het belang om cliënten een zekere mate van autonomie en regie te geven. Dit werd gezien als een extra uitdaging bij de doelgroep met een LVB, omdat de neiging kan zijn om alles over te nemen vanwege cognitieve of sociaal-emotionele beperkingen. Tot slot werd genoemd dat het belangrijk is om op een neutrale manier te kijken naar faalervaringen, en het cliënten te gunnen iets nog een keer te proberen, zelfs als je als hulpverlener inschat dat het mogelijk niet gaat lukken.

De deelnemers wijzen er ook nog op dat cliënten het vaak lastig vinden dat ze afhankelijk zijn van een professional, dat ze het gevoel hebben dat hun lot en hun toekomst in de handen van een ander liggen, waar ze weinig invloed op hebben. Om cliënten meer regie te geven, bepalen zij mede welke vaktherapieën ze volgen, wordt er gekeken wat mogelijk is (bijvoorbeeld eigen televisie en telefoon in eigen beheer) en hebben ze invloed op kleinere dingen, zoals het avondeten. Cliënten worden ook betrokken bij het opstellen van het behandelplan. Tot slot worden de regels en kaders zo duidelijk mogelijk gecommuniceerd naar cliënten.

## 5.3 Cliëntgroep

### *Cliënt 1: A.*

Oud-client A. beschrijft dat zijn LVB slechts vier jaar geleden ontdekt werd. Hij voelde zelf al langer dat er 'iets' met hem was waardoor hij telkens de fout in ging. Uiteindelijk heeft hij zich met iets kleins laten oppakken en kwam hij via de inrichting voor stelselmatige daders (ISD) uiteindelijk terecht op een forensisch psychiatrische afdeling (FPA). Hij heeft toen zelf gevraagd om neurologisch en psychologisch onderzoek, waarna een licht verstandelijke beperking werd vastgesteld. Dit heeft volgens hem veel deuren geopend, want toen kreeg hij eindelijk hulp. A. heeft het verblijf op de FPA als positief ervaren. Hij heeft meer eigenwaarde en zelfvertrouwen gekregen, heeft geleerd om 'nee' te zeggen en voor zichzelf op te komen, en tijdens deze drugsvrije periode was er ook meer ruimte om te leren.

Wat hierbij vooral hielp, was hoe de medewerkers met hem omgingen. Zij boden veel ondersteuning, duidelijkheid en structuur. Zo kreeg hij regelmatig feedback op zijn gedrag en werd hij hierop aangesproken. De complimenten die hij kreeg, voelden in het begin erg onwennig. Hij dacht dan vaak wantrouwend "wat moet je allemaal van me?", en wilde eerst zien dat medewerkers er écht voor hem waren. Daarna vond hij het fijner, begon zelf ook te zien welke stappen hij zette, en voelde zich gezien als mens, en niet als "drugverslaafde of crimineel". Hoewel er aan hem gevraagd werd wat voor begeleiding hij wilde en hij daarmee wel enige regie had, vond hij het prettig dat er daarna niet te veel keuzes van hem verlangd werden. Hij vond het prettig als de begeleiding zei: "We gaan dit pad bewandelen en dat doen we samen."

De structuur op de FPA was ook helder, met blokken in het dagprogramma en duidelijke consequenties wanneer cliënten daarvan afweken, dat vond A. ook fijn en duidelijk. Moeilijker was het om geconfronteerd te worden met gedrag van andere cliënten. Tegelijkertijd was dit ook een les voor A., omdat hij daardoor sterk voelde dat hij niet meer naar dat soort gedrag terug wilde.

Met betrekking tot de behandeling noemt A. dat hij veel verschillende therapieën heeft gevolgd, waarvan dramatherapie en beeldende therapie voor hem het best hielpen.

Na de FPA stroomde A. door naar een meer open setting van dezelfde organisatie. Hier had hij een grotere kamer, meer privacy, meer verlof en ging hij vijf dagen per week naar dagbesteding. Inmiddels heeft A. een opleiding tot ervaringsdeskundige afgerond en zet hij zich in die hoedanigheid

in bij dezelfde afdeling als waar hij destijds verbleef. Zijn toegevoegde waarde wordt hier al door collega's gezien. Als voorbeeld noemt hij dat hij sneller op basis van het gezicht van een cliënt kan signaleren dat er iets speelt.

*Cliënt 2: B.*

B. vertelt dat ze in tientallen opvanghuizen heeft verbleven. Ook verbleef ze een tijd op de zorgafdeling van de gevangenis, en werd ze daarna opgenomen in een forensische kliniek. De hulpverleners hier pakten het heel anders aan dan dat ze van de periode daarvoor gewend was. Waar ze eerst alleen pillen kreeg, omdat men niet goed wist wat ze met B. aan moesten, kreeg ze bij de kliniek de aandacht die ze nodig had, wat haar het gevoel gaf "dat er iemand was die om haar gaf". Medewerkers gaven haar af en toe een knuffel, en ze deden leuke dingen met cliënten, zoals wandelen, samen koken, en zelfs op vakantie.

Ook de plek waar ze verbleef droeg bij aan de fijne sfeer. Het was er leuk en gezellig ingericht, met mogelijkheden om spelletjes of creatieve activiteiten te doen. Dit in tegenstelling tot plekken waar ze eerder verbleef, spierwit met een ziekenhuisachtige sfeer.

Voordat B. naar de kliniek kwam had ze in de reguliere zorg al eens traumatherapie gevolgd. Dit sloot niet goed aan bij B., want het niveau lag iets te hoog en het therapieprotocol werd niet op haar cognitieve vermogens aangepast. In de kliniek heeft ze EMDR gedaan, waarbij er wel rekening werd gehouden met haar intelligentieniveau.

B. vertelt dat het voor haar absoluut niet werkt om dingen op te leggen, te verplichten. Dit werkt averechts en zorgt er juist voor, in haar geval, dat ze expres 'gekke dingen' ging doen, zoals haar geld aan verkeerde dingen uitgeven. Iets wat volgens B. juist wel heel goed werkt is om op een andere manier dan in een kantoorsetting afspraken te hebben. Dus bijvoorbeeld een rondje gaan wandelen, zodat een cliënt letterlijk en figuurlijk even kan ademen.

Inmiddels gaat het goed met B. Ze volgt nog steeds EMDR en gaat drie keer in de week naar de dagbesteding in de kliniek, wat voor haar inmiddels een vertrouwde plek is waar ze niet overvraagd wordt en waar de afstemming met de ambulante begeleiding goed loopt. Ook is B. inmiddels schuldenvrij, woont ze zelfstandig en is ze getrouwd.

## 6. Discussie en conclusie

### 6.1 Reflectie op bevindingen

Dit project heeft zich gericht op de forensische zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Aanleiding hiervoor was het project Kennisagenda voor forensische cliënten met een LVB 2021-2025 van Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ), waaruit bleek dat er nog onvoldoende kennis is over hoe forensische behandelingen dienen te worden ingericht om optimaal effectief te zijn voor de LVB-populatie (Delforterie & Bouman, 2022a; Delforterie & Bouwman, 2022b). Werken met deze populatie vraagt zowel kennis van de forensische praktijk als afstemming op de beperkte cognitieve, emotionele en adaptieve vaardigheden van cliënten. Recidive kan worden verminderd door in de behandeling uit te gaan van het *Risk-Need-Responsivity* model (Bonta & Andrews, 2007). Dit model stelt dat de intensiviteit van de interventie aangepast dient te worden op het risico van recidive, dat de behandeling of interventie zich dient te richten op criminogene factoren, en dat de interventie afgestemd wordt op de persoon. Met name dit laatste principe, het principe van responsiviteit, is van belang bij de doelgroep van mensen met een LVB, omdat dit stelt dat de behandeling en begeleiding ook dient te worden afgestemd op de intelligentie en het lerend vermogen van de cliënt.

Het doel van het huidige onderzoek was om kennis uit de literatuur te verzamelen en te integreren om antwoord te krijgen op de vraag hoe forensische LVB-behandelingen moeten worden ingericht om de behandeling optimaal effectief te laten zijn. Effectiviteit werd hierbij gedefinieerd als een vermindering van probleemgedrag en recidive, het laten ontstaan van een goede verbinding tussen cliënt en professional, het versterken van de motivatie voor de behandeling en het creëren van een positief perspectief op de toekomst van de cliënt. In onze literatuurstudie hebben we ons daarnaast met name gericht op dynamische, of veranderbare, factoren, omdat deze veranderbaar en daardoor voor de praktijk het meest interessant zijn.

In onze *rapid realist review* vonden we dat contextuele factoren in verschillende domeinen invloed kunnen hebben op de effectiviteit van de forensische zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking, zoals factoren in de behandelomgeving, in het contact en de relatie tussen cliënt en hulpverlener, en in de kennis, de houding en het gedrag van hulpverleners. We vonden de meeste samenhangen tussen factoren van het domein 'behandelomgeving' en de uitkomstmaten. We vonden bijvoorbeeld dat de mate van voorspelbaarheid en duidelijkheid in de omgeving lijkt samen te hangen met onder andere gedragsproblemen, werkalliantie en behandelmotivatie. Dit sluit aan bij het principe van responsiviteit, doordat er minder een beroep wordt gedaan op de cognitieve en adaptieve vermogens van de cliënt. Ook de Richtlijn Effectieve Interventies LVB (De Wit et al., 2023) benadrukt het belang van de behandelomgeving, die volgens deze richtlijn een veilige en positieve leeromgeving dient te zijn. De interactie tussen cliënten en hulpverleners, beschreven in de domeinen 'contact en relatie tussen cliënt en hulpverlener' en deels bij 'kennis, houding en gedrag van hulpverleners', lijkt ook samen te hangen met meerdere uitkomstmaten. Specifiek gelet op de begeleiding door hulpverleners gaat het dan onder andere om het erkennen van vooruitgang, het aanpassen van de behandeling op de cliënt, geduld hebben en traumasensitief werken. Dit zijn wederom voorbeelden van het principe van responsiviteit volgens het RNR model. Deze bevindingen impliceren ook dat de werkalliantie, die in het huidige onderzoek meegenomen wordt als uitkomstmaat, ook een belangrijke factor is in het bereiken van positieve resultaten bij cliënten. Wat betreft de uitkomstmaten valt op dat de meeste artikelen gingen over recidive en gedragsproblemen, en dat we relatief weinig artikelen vonden die onderzochten welke factoren samenhangen met een positief toekomstperspectief. De enkele studies die hieraan gerelateerd waren, hadden betrekking op ideeën over het toekomstperspectief van cliënten in plaats van de daadwerkelijke invulling hiervan in de vorm van werk of dagbesteding, wonen en sociaal netwerk. Uit de gesprekken met de begeleidingsgroepen kwam echter naar voren dat dit een zeer belangrijk onderwerp is dat meer aandacht verdient, ook binnen wetenschappelijk onderzoek. Zonder perspectief voor cliënten is het moeilijker om positieve resultaten binnen de forensische zorg te behalen en te behouden.

De resultaten van de literatuurstudie bieden met name zicht op contextuele factoren die invloed kunnen hebben op de effectiviteit van de forensische zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Studies die specifieke interventies onderzochten gaven in de meeste gevallen geen informatie over op welke manier deze interventies bijdroegen aan de genoemde uitkomstmaten. Daarom hebben we deze studies niet meegenomen in ons onderzoek. Deze *rapid realist review* geeft dan ook geen compleet beeld van wat werkt, voor wie, wanneer en op welke manier. Voor een

vollediger beeld van de effectiviteit van de forensische zorg voor mensen met een LVB is het wel relevant om hierover de kennis te vergroten, inclusief informatie over op welke manier de interventies zijn aangepast op de cognitieve, emotionele en adaptieve vaardigheden van de doelgroep. De onderzoeksgroep wijst ook op deze beperkte scope van het huidige onderzoek. Daarnaast zijn sommige aspecten mogelijk onderbelicht in de wetenschappelijke literatuur, die wel cruciaal kunnen zijn in het effectiever maken van de zorg. Voorbeelden hiervan zijn de samenwerking tussen ketenpartners, het organiseren van nazorg, en het bieden van concreet perspectief.

De onderzoeksgroep wijst erop dat de meeste bevindingen van ons onderzoek niet uitsluitend gelden voor de doelgroep van mensen met een LVB in de forensische zorg. Eerder onderzoek binnen de LVB-zorg, forensische zorg, of zorg in de bredere zin heeft bijvoorbeeld ook al gewezen op het belang van een ondersteunende benadering van cliënten en de afwezigheid van repressie. Deze contextuele factoren dienen binnen de forensische LVB-zorg wel aandacht te krijgen, omdat ze mogelijk lastiger te realiseren zijn dan bij andere doelgroepen. Ook is het mogelijk dat deze factoren op een andere manier of extra belangrijk zijn voor mensen met een LVB binnen de forensische zorg, doordat ze op een specifieke manier de emotionele, cognitieve of gedragsmatige reacties van de cliënt beïnvloeden. Dit zou ten eerste te maken kunnen hebben met de lagere cognitieve vermogens van mensen met een licht verstandelijke beperking. Ten tweede is er vaak sprake van een lagere sociaal emotionele ontwikkeling. Ten derde dient te worden opgemerkt dat er bij veel cliënten in de forensische zorg voor mensen met een LVB sprake is van een lange hulpverleningsgeschiedenis waarin zij veel te maken hebben gehad met uitsluiting en tussen wal en schip vallen. Doordat we weinig onderzoeken vonden die ons informatie gaven over de mechanismen, kunnen we vanuit het huidige onderzoek niet volledig verklaren waarom deze factoren specifiek bij deze doelgroep bijdragen aan meer effectiviteit.

In gesprek met de praktijkgroep werd duidelijk dat zij veel bevindingen van het onderzoek herkennen uit hun dagelijkse werk. Ze benadrukken het belang van een prettige bejegening van cliënten en van een goede relatie tussen hulpverleners en cliënten, en hun ervaringen geven meer inzicht in waarom deze aspecten belangrijk zijn voor de doelgroep van mensen met een LVB in de forensische zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld over dat cliënten vaak een beperkt netwerk met beperkte steun hebben en dat ze al veel hulpverleners voorbij hebben zien komen, waardoor er extra geïnvesteerd moet worden in de vertrouwensband. Voor sommige verbanden tussen contextuele factoren en uitkomstmaten bieden de ervaringen van de praktijkgroep suggesties voor mechanismen, die in toekomstig onderzoek verder onderzocht kunnen worden.

Uit de interviews met de twee (oud-)cliënten kwam naar voren dat zij in eerste instantie zorg ontvingen die niet aansloot bij hun intelligentieniveau en cognitieve vermogens. Naast het verbeteren van de bestaande zorg, betekent dit ook dat er mogelijk meer aandacht besteed moet worden aan het tijdig signaleren van een licht verstandelijke beperking bij cliënten. Toen de geïnterviewde cliënten eenmaal passende ondersteuning kregen, merkten ze dat er meer mogelijkheden ontstonden om te groeien. Daarnaast beschrijven de twee cliënten de zorg die ze kregen. Cliënt A benoemt het belang van duidelijkheid en structuur. Beide cliënten geven aan dat ze zich binnen de forensische zorg voor mensen met een LVB gezien voelden als mens, waardoor hun zelfvertrouwen ook groeide. Dit sluit aan bij enkele bevindingen uit de literatuurstudie en bij de constatering vanuit de praktijkgroep dat dat de bejegening van cliënten en de relatie tussen hulpverleners en cliënten zeer belangrijk zijn.

Eerdere systematische literatuurstudies binnen de forensische zorg voor mensen met een LVB kunnen nuttig zijn voor een breder overzicht van wat werkt. Belangrijk is hierbij op te merken dat veel van deze studies erop wijzen dat de kwaliteit van de individuele studies zeer uiteenlopend is en dat studies met een controlegroep grotendeels ontbreken, waardoor er geen sterke conclusies kunnen worden getrokken over de effectiviteit van interventies en de generaliseerbaarheid van resultaten (Browne & Smith, 2018; Cohen & Harvey, 2015; Courtney & Rose, 2004; Hellenbach et al., 2014; Jones & Chaplin, 2017; Marotta, 2016; Patterson, 2018; Wormald & Melia, 2021). In één studie werd genoemd dat er in toenemende mate bewijs is voor cognitieve gedragstherapie (CGT) in het reguleren van boosheid, en voor een aantal andere psychologische therapieën in het verminderen van agressief gedrag (Browne & Smith, 2018). In een andere literatuurstudie gericht op CGT-georiënteerde groepsinterventies, waarin vier artikelen werden geïncludeerd, werden ook verbeteringen op het gebied van gedragsproblematiek gerapporteerd (Hellenbach et al., 2014).



Meerdere literatuurstudies onderzochten psychologische groepsinterventies gebaseerd op CGT voor personen die veroordeeld waren voor zedendelicten. Deze interventies worden volgens één studie vaak ingezet, en studies laten een verbetering van empathie en een vermindering van seksueel misbruik zien (Wormald & Melia, 2021). Twee studies vonden over het algemeen verbeteringen op het gebied van denkfouten en attitudes, voor empathie met slachtoffers en voor kennis over seksualiteit (Jones & Chaplin, 2017; Cohen & Harvey, 2015). Deze verbeteringen hielden echter geen stand (Jones & Chaplin, 2017). Uit een meta-analyse bleek een groot behandel­effect voor het verminderen van cognitieve vertekeningen en het vergroten van empathie met slachtoffers, en een matig effect voor het verbeteren van kennis over seksualiteit (Heppell et al., 2020). Een tweede meta-analyse (met zes geïnc­ludeerde studies) vond dat dit type interventies cognitieve vertekeningen significant kan verminderen bij mensen met een LVB die zedendelicten hebben gepleegd, ongeacht behandelduur, intelligentieniveau, taalvaardigheden en type delictgedrag. De grootste verbeteringen waren zichtbaar bij een langere behandelduur, met een optimale behandelduur van 24 maanden (Patterson, 2018).

Deze inventarisatie van literatuurstudies laat zien dat er nog geen stevige empirische basis is met betrekking tot de effectiviteit van de behandelingen en interventies in de forensische zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Hierdoor is het lastig om een *realist review* uit te voeren die hierop verdieping probeert aan te brengen, namelijk door in kaart te brengen voor wie bepaalde interventies werken, in welke omstandigheden en op welke manier. Daarnaast is de forensische zorg zoals geformuleerd door Kwaliteit Forensische Zorg erg breed, met veel varianten en gradaties, zoals ambulante versus residentiële zorg, zorg op verschillende beveiligingsniveaus, en zorg voor mensen met een forensische titel versus de plekken waar zij naar uitstromen. In dit onderzoek komen we tot een reeks contextuele factoren die kunnen bijdragen aan effectievere zorg, vaak gebaseerd op één of twee studies per factor. Elke geïnc­ludeerde studie is echter zo specifiek (ambulant/residentiële, laag/hog­e beveiligingsniveau, type delict, soort interventie/behandeling) dat de resultaten mogelijk niet gegeneraliseerd kunnen worden naar de bredere forensische zorg. De waarde van de bevindingen is daardoor mogelijk beperkt en dit onderzoek dient dan ook gezien te worden als een eerste verkenning om meer zicht te krijgen op wat werkt, voor wie en wanneer.

## 6.2 Beperkingen van het huidige onderzoek

Het huidige onderzoek kent enkele beperkingen. Zo richtten we ons op studies die zelf al onderzoek uitvoerden naar de verbanden tussen bepaalde contextuele factoren en uitkomsten, of tussen bepaalde mechanismen en uitkomsten. We maakten niet zelf koppelingen tussen studies, wat in *realist reviewing* regelmatig wel gedaan wordt. We kozen hiervoor om gissen te voorkomen en omdat we een overzicht wilden geven van verbanden die daadwerkelijk al onderzocht waren. Ook hierdoor zijn de CMO's, CO's en MO's die we in dit rapport bespreken beperkt generaliseerbaar. Daarnaast was er voor de meeste CMO's, CO's en MO's onderbouwing van slechts één artikel. Om deze reden moeten de resultaten ook met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Belangrijk om te benoemen is ook dat onze studie geen volledig overzicht is van belangrijke aspecten. Voor de domeinen van dynamische factoren vonden we vooral kwalitatieve studies, die informatie geven over de verbanden die *wel* zijn gevonden. Dat betekent dat we in dit onderzoek onvoldoende zicht hebben op dynamische factoren die juist *niet* samenhangen met de uitkomstmaten, of die op een negatieve manier de effectiviteit van de forensische zorg beïnvloeden. Tot slot zijn sommige factoren mogelijk vooral ingebed in de specifieke interventie, zoals het concreet maken van de oefenstof en het afstemmen van de communicatie (genoemd in de Richtlijn Effectieve Interventies LVB), waardoor deze buiten de scope van het huidige onderzoek vallen.

Een conceptuele beperking van het huidige onderzoek, die ook geldt voor ander onderzoek naar de effectiviteit van behandeling of interventies voor mensen met een licht verstandelijke beperking, is dat de definitie van licht verstandelijke beperking in Nederland breder is dan internationaal gehanteerd wordt. Daarnaast moeten we voorzichtig zijn in het generaliseren van de gevonden naar de Nederlandse context, waar de forensische zorg voor mensen met een LVB anders is ingericht dan in andere landen.

In ons onderzoek beoordeelden we de kwaliteit van de geïnc­ludeerde artikelen, zie bijlage 8.1. Hoewel we de kwaliteit van de meeste artikelen als voldoende beoordeelden, is het wel belangrijk om op te merken dat er gebruik is gemaakt van zeer uiteenlopende designs. Zo bevat de *rapid realist*

*review* artikelen gebaseerd op *casestudies* met één participant, maar ook kwantitatieve studies met relatief grote steekproeven. In de beschrijvingen van de resultaten hebben we geprobeerd ook de opzet van studies te schetsen, omdat dit iets zegt over de sterkte van het bewijs.

In ons onderzoek hebben we verschillende groepen stakeholders betrokken om de resultaten uit de literatuurstudie beter te kunnen plaatsen in de context en de verbinding te leggen tussen de wetenschappelijke inzichten en de toepassing daarvan in de praktijk. Uiteindelijk waren de praktijkgroep (drie personen) en de cliëntgroep (twee) relatief klein, waardoor hun reflecties met enige voorzichtigheid worden meegenomen in dit eindrapport. In het beschrijven van de bevindingen vanuit de drie begeleidingsgroepen hebben we ons met name gericht op de aspecten die vaker en door meerdere personen genoemd werden.

## 6.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de bestudeerde literatuur en de bijeenkomsten met de begeleidingsgroepen kunnen een aantal aanbevelingen voor de praktijk worden gedaan.

### 6.3.1 Behandelomgeving

#### *Bied voorspelbaarheid en routine*

Creëer een behandelomgeving die voorspelbaarheid en routine biedt, waardoor cliënten meer stabiliteit ervaren. Erken het belang van stabiliteit en voorspelbaarheid voor rust in het hoofd van de cliënt, en hoe dit mogelijk kan bijdragen aan het verminderen van gedragsproblemen. Erken dat cliënten met een LVB vaak een ander besef van tijd hebben, en verstrek daarom extra duidelijkheid in de communicatie. Bereid cliënten goed voor op de onduidelijkheid die met een overplaatsing naar een vervolgplek gepaard kan gaan en houd rekening met situaties waarin cliënten hun eigen ontwikkeling saboteren.

#### *Wees flexibel waar nodig*

Vermijd een te rigide structuur en bied maatwerk en individuele aandacht aan cliënten. Te veel regels kunnen de motivatie verminderen en leiden tot meer gedragsproblemen. Creëer een behandelomgeving die de autonomie van cliënten respecteert en hen als individu behandelt, wat de werkalliantie en gelijke verhoudingen kan bevorderen. Besef ook dat cliënten met een LVB een heterogene groep vormen, met verschillen in intelligentieprofielen en sociaal-emotionele ontwikkeling. Pas de behandeling aan op de specifieke behoeften van de cliënt. Minimaliseer regels en structuren die nauwelijks haalbaar zijn en tot gevoelens van falen kunnen leiden.

#### *Creëer een fysieke omgeving die huiselijk en ruimtelijk is*

Streef naar een huiselijke sfeer met een gezellige inrichting zodat cliënten zich meer op hun gemak voelen. Maak begeleiders zichtbaar en toegankelijk, waardoor het gemakkelijker wordt voor cliënten om een vertrouwensband op te bouwen. Beperk conflicten tussen cliënten door voldoende begeleiding en fysieke ruimte te waarborgen. Hanteer een persoonlijke benadering door cliënten bij hun voornaam te noemen en individuele aandacht te geven.

### 6.3.2 Contact en relatie tussen cliënt en hulpverlener

#### *Investeer in relatieopbouw*

Bouw langdurige en consistente relaties op met cliënten. Het bieden van een stabiele aanwezigheid kan bijdragen aan het opbouwen van vertrouwen, met name bij cliënten met een LVB die mogelijk moeite hebben met het begrijpen van veranderingen en het behouden van vertrouwen. Realiseer je dat het opbouwen van een vertrouwensband tijd en geduld vereisen.

#### *Gebruik een actieve en positieve bejegening*

Bejegen cliënten actief en positief, waarbij je rekening houdt met de heterogeniteit van de doelgroep. Pas je benadering aan op het beperkte abstractie- en relativiseringsvermogen van de cliënt. Een ondersteunende benadering kan bijdragen aan het vergroten van het gevoel van veiligheid bij de cliënt. Bied extra actieve ondersteuning aan cliënten met weinig (positieve) steun in hun netwerk. Door bekrachtiging en steun kun je het volhouden van behandelingen vergemakkelijken en kun je bijdragen aan het gevoel van erkenning bij cliënten.

#### *Doe samen activiteiten*

Benut gezamenlijke activiteiten effectief om de relatie tussen jou en de cliënt te versterken. Een gesprek kan soms makkelijker gevoerd worden tijdens een boswandeling dan aan een bureau in een kantoor. Samen activiteiten ondernemen biedt ook inzicht in de vaardigheden van de cliënt en bevordert een responsievere benadering. Bovendien is ervaringsleren belangrijk voor cliënten met een LVB, en is het mogelijk om door activiteiten directe feedback te geven om concrete leerprocessen te bevorderen.

### 6.3.3 Kennis, houding en gedrag van hulpverleners

#### *Geef erkenning en bekrachtiging*

Erken en beloon vooruitgang op een persoonlijke manier, waarbij de beloningen zijn afgestemd op de individuele behoeften van de cliënt. Bekrachtiging kan bijdragen aan een gevoel van eigenwaarde en betrokkenheid. Erkenning van vooruitgang en aanmoediging kan ook de behandelmotivatie vergroten. Gebruik visuele symbolen, beloningen en complimenten om cliënten het gevoel te geven dat ze vooruitgang boeken.

#### *Neem de tijd voor zorgvuldige diagnostiek*

Besteed in de beginfase voldoende aandacht aan diagnostiek om *diagnostic overshadowing* te voorkomen. Begrijp de complexiteit van gedrag en vermijd het onterecht toeschrijven van gedrag aan de licht verstandelijke beperking. Begrijp de onderliggende oorzaken van gedrag, inclusief middelengebruik, om gerichte behandeling mogelijk te maken.

#### *Wees traumasensitief*

Werk aan een traumasensitieve benadering om het vertrouwen tussen cliënt en hulpverlener te vergroten. Let op non-verbale signalen, pas houding en postuur aan, en creëer een veilige omgeving voor cliënten met mogelijke trauma's. Wees je ook bewust van mogelijk secundaire trauma's bij cliënten als gevolg van eerdere hulpverlening. Bied een herstellende emotionele ervaring en wees alert op situaties die mogelijk schadelijk kunnen zijn.

### 6.3.4 Overige aanbevelingen

#### *Creëer een gunstig werkklimaat*

Optimaliseer het werkklimaat door de werkdruk te beheersen, wat de beschikbaarheid van hulpverleners voor cliënten ten goede komt. Besef dat een hoge werkdruk een negatieve invloed kan hebben op de alliantie tussen hulpverleners en cliënten, wat de ontwikkeling en het proces van de cliënt kan beïnvloeden. Investeer in het functioneren van het team en bevorder onderling vertrouwen tussen collega's.

#### *Organiseer goede overdracht en nazorg*

Voorkom ongeplande ontslagen door een zorgvuldige planning van ontslag, inclusief nazorg, huisvesting en dagbesteding. Begrijp dat gebrekkige nazorg de kans op recidive vergroot. Betrek het steunende netwerk van de cliënt bij de begeleiding en behandeling. Werk eventueel samen met maatjesprojecten om het beperkte netwerk van cliënten uit te breiden en steun te bieden.

#### *Verbeter de ketensamenwerking*

Tref maatregelen voor cliënten die tussen wal en schip vallen. Werk samen met zowel forensische als reguliere LVB-zorg om geschikte plekken te creëren voor deze specifieke doelgroep. Verbeter de communicatie en samenwerking bij overplaatsingen en verhuizingen. Zorg ervoor dat cliënten de mogelijkheid krijgen om voorafgaand aan de verhuizing een nieuw netwerk op te bouwen op hun nieuwe verblijfplek.

## 6.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Het huidige onderzoek vond met name studies die zich richten op de effectiviteit van een specifieke interventie- of behandelsetting. Voor een goed functionerende forensische zorg is het echter essentieel dat ook de samenwerking tussen ketenpartners op orde is. Toekomstig onderzoek dient zich daarom ook te richten op hoe deze samenwerking en afstemming is vormgegeven, en welke factoren daarin belemmerend en bevorderend zijn. Dit is ook een thema dat terugkomt in de kennisagenda (Delforterie & Bouman, 2022a). Een belangrijke vraag is hierbij hoe de samenwerking tussen belangrijke ketenpartners verbeterd kan worden, zodat de zorg voor de cliënt kan doorlopen

en zodat er gewerkt kan worden aan een duidelijker perspectief voor de cliënt. Uit een eerder KFZ-onderzoek naar continuïteit in de forensische zorg bleek dat er verschillende belangrijke knelpunten zijn, zoals het aantal beschikbare plaatsen voor doorstroom van klinisch naar ambulante of reguliere ggz, de samenwerking tussen forensische en reguliere zorg en het beperkt aantal plaatsen voor langdurige zorg (De Vogel et al., 2019). Meer aandacht is nodig voor de wereld om een bepaalde behandeling of interventie heen, zodat er langdurige effecten behaald kunnen worden. De deelnemers van de praktijkgroep gaven ook aan dat cliënten soms ontslagen worden zonder dat er een duidelijk plan voor nazorg is. Hierbij speelt volgens deelnemers onduidelijkheid of gebrekkige kennis over de procedures een rol. In plaats van literatuuronderzoek lijkt hier het bevragen van de praktijk en in gesprek gaan met professionals over hun kennis en ervaringen de voor de hand liggende methode. Ook raden we aan om hier grotere aantallen professionals (en evt. cliënten) te spreken dan in het huidige onderzoek om de resultaten meer onderbouwing te geven. Ook vallen sommige cliënten tussen wal en schip, doordat de forensische problematiek te veel op de voorgrond staat om in de reguliere LVB-zorg terecht te kunnen, en tegelijkertijd de beschikbare forensische zorg onvoldoende ingericht is op hun beperkingen. Om de praktijk op dit vlak verder te kunnen helpen zou het zinvol zijn om meer zicht te krijgen op de aanwezige kennis over de doelgroep binnen beide sectoren en de mate waarin zij samen (kunnen) werken ten behoeve van cliënten.

Zoals eerder genoemd hadden weinig geïncludeerde artikelen betrekking op het toekomstperspectief, hoewel dit volgens de begeleidingsgroepen essentieel is om positieve resultaten te behalen en te behouden bij deze doelgroep. Toekomstig onderzoek dient daarom niet alleen te kijken naar de verwachtingen en het vertrouwen dat cliënten (of hun hulpverleners) hebben voor de toekomst, maar ook concreet in beeld te brengen hoe het leven van cliënten er na de forensische zorg uitziet. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de vraag of er beschikbare woningen zijn voor cliënten, of zij een dagbesteding kunnen krijgen die kan bijdragen aan structuur, zingeving en sociale contacten, en of en hoe de cliënt een prosociaal netwerk kan opbouwen en welke ondersteuning hierbij nodig of gewenst is. Door meer zicht te krijgen op de daadwerkelijke kansen en mogelijkheden die er voor deze doelgroep zijn, kan de forensische zorg beter ingericht worden.

Vervolgonderzoek zou ook meer zicht kunnen bieden op patronen van contexten en uitkomsten, door koppelingen te maken tussen studies. Binnen realist reviewing zijn er verschillende methoden voor synthese van data. Zo kan het voorkomen dat gedeeltelijke CMO's elkaar aanvullen en complementeren, terwijl bevindingen van studies in vergelijkbare settings elkaar tegenspreken, wat betekent dat men op zoek kan gaan naar een verklaring hiervoor. Het zou bijvoorbeeld relevant zijn om vergelijkingen te maken tussen ambulante en residentiële behandelsettings, lagere en hogere beveiligingsniveaus, de bredere forensische zorg en de forensische zorg voor mensen met een LVB, en de reguliere LVB-zorg en de forensische zorg voor mensen met een LVB. Hierdoor is het mogelijk nog beter te begrijpen wat werkt voor wie, wanneer, en op welke manier.

## 7. Referenties

- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation (Corrections Research User Report No. 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Browne, C., & Smith, I. (2018). Psychological interventions for anger and aggression in people with intellectual disabilities in forensic services. *Aggression and Violent Behavior*, 39, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.01.002>
- Cohen, G., & Harvey, J. (2015). The use of psychological interventions for adult male sex offenders with a learning disability: A systematic review. *Journal of Sexual Aggression*, 22(2), 206–223. <https://doi.org/10.1080/13552600.2015.1077279>
- Courtney, J., & Rose, J. (2004). The effectiveness of treatment for male sex offenders with learning disabilities: A review of the literature. *Journal of Sexual Aggression*, 10(2), 215–236. <https://doi.org/10.1080/13552600412331286558>
- Delforterie, M., & Bouman, S. (2022a). KFZ Kennisagenda voor forensische cliënten met een LVB. 2021-2025. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg. <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/c3fe5633-659c-46d0-b624-70920d1cd024/eindrapportages/rapport-kfz-kennisagenda-maart-2022.pdf>
- Delforterie, M., & Bouman, S. (2022b). Overzicht van de thema's met vragen en onderwerpen. Fase 2 in de ontwikkeling van de KFZ kennisagenda LVB 2021-2025. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg. <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/c3fe5633-659c-46d0-b624-70920d1cd024/eindrapportages/aanvullende-informatie-kfz-kennisagenda-2021-2025-fase-2-maart-2022.pdf>
- De Vogel, V., Schaftenaar, P., & Clercx, M. (2019). Mind the gap. Continuïteit in de forensische zorgketen. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg. <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/c3fe5633-659c-46d0-b624-70920d1cd024/documenten/eindrapportage-mind-the-gap-kfz-2018-79-juni-2019.pdf>
- De Weger, E., Van Vooren, N., Luijckx, K. G., Baan, C. A., & Drewes, H. W. (2018). Achieving successful community engagement: A rapid realist review. *BMC Health Services Research*, 18:285. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3090-1>
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2023). Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het aanpassen, uitvoeren en ontwikkelen van gedragsveranderende interventies voor personen met een licht verstandelijke beperking. Herziene versie. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB. <https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/richtlijn-effectieve-interventies-lvb-2/>
- Hellenbach, M., Brown, M., Karatzias, T., & Robinson, R. (2014). Psychological interventions for women with intellectual disabilities and forensic care needs: A systematic review of the literature. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(4), 319–331. <https://doi.org/10.1111/jir.12133>
- Heppell, S., Jones, C. A., & Rose, J. (2020). The effectiveness of cognitive-behavioural therapy group-based interventions for men with intellectual disabilities and sexual offending histories: a meta-analysis. *International Journal of Developmental Disabilities*, 68(4), 416–429. <https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1845933>
- Jagosh, J., Pluye, P., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Henderson, J., Sirett, E., Bush, P. L., Seller, R., Wong, G., Greenhalgh, T., Cargo, M., Herbert, C. P., Seifer, S. D., & Green, L. W. Assessing the outcomes of participatory research: Protocol for identifying, selecting, appraising and synthesizing the literature for realist review. *Implementation Science*, 6:24. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-24>

- Jones, E., & Chaplin, E. (2017). A systematic review of the effectiveness of psychological approaches in the treatment of sex offenders with intellectual disabilities. *Mental Handicap Research*, 33(1), 79–100. <https://doi.org/10.1111/jar.12345>
- Kaal, H. (2016). Notitie: Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein. Leiden: Hogeschool Leiden. <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvb-en-jeugdcriminaliteit/notitie-prevalentie-ministerie-van-veiligheid-en-justitie.pdf>
- Kaal, H. L. (2019). Het belang van het herkennen van een LVB in de strafrechtketen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(11), 809-813. <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvb-en-jeugdcriminaliteit/handreikingen/het-belang-van-het-herkennen-van-een-lvb-in-de-strafrechtketen.pdf>
- Kaal, H., & Bouhaj-Vrij, P. (2020). Licht Verstandelijke Beperking en het strafrecht: de officier van justitie. Een handreiking voor het openbaar ministerie voor de bejegening van verdachten met een LVB. Leiden: Hogeschool Leiden. <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvb-en-jeugdcriminaliteit/handreikingen/handreiking-lvb-om-volwassenen-v1.0.pdf>
- Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) (2021). Kennisagenda voor forensische cliënten met een LVB 2021-2025. <https://www.kwaliteitforensischezorg.nl/wp-content/uploads/2021/04/KFZ-Kennisagenda-LVB-2021-2025.pdf>
- Marotta, P. (2016). A Systematic review of behavioral health interventions for sex offenders with intellectual disabilities. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 29(2), 148–185. <https://doi.org/10.1177/1079063215569546>
- Patterson, C. (2018). Does the adapted sex offender treatment programme reduce cognitive distortions? A meta-analysis. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 9(1), 9–21. <https://doi.org/10.1108/jidob-08-2017-0018>
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review—a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(suppl 1), 21-34. <https://doi.org/10.1258/1355819054308530>
- Saul, J. E., Willis, C. D., Bitz, J., & Best, A. (2013). A time-responsive tool for informing policy making: rapid realist review. *Implementation Science*, 8:103, <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-103>
- Vrij, P., & Kaal, H. (2015). Licht verstandelijke beperking in detentie. Een handreiking voor medewerkers van DJI in de omgang met gedetineerden met een LVB. Leiden: Hogeschool Leiden. <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvb-en-jeugdcriminaliteit/handreikingen/dji-handreiking-lvb.pdf>
- Vrij, P., Kaal, H., & Bernard, R. (2018). Licht verstandelijke beperking en de reclassering: Een handreiking voor reclasseringswerkers over de begeleiding van cliënten met een LVB. Leiden: Hogeschool Leiden. <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvb-en-jeugdcriminaliteit/handreikingen/handreiking-reclassering-10092018.pdf>
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J., & Pawson, R. (2013). RAMESES publication standards: Realist syntheses. *BMC medicine*, 11(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-21>
- Wormald, C., & Melia, Y. (2021). How effective are interventions at enhancing empathy for service users with an intellectual disability who engage in sexually abusive behaviour? A review of the literature. *Mental Handicap Research*, 34(6), 1373–1392. <https://doi.org/10.1111/jar.12883>

## 8. Bijlagen

### 8.1 Tabel statische contextuele factoren

*Context-outcome configuraties voor gender, leeftijd, IQ, problematiek en juridische kenmerken*

Nr.	Statische contextuele factor (C)	Resultaten	Categorie uitkomst
13	Gender en type delict	Vrouwelijke daders vertoonden minder recidive dan daders van zedendelicten en dan mannelijke daders van andere delicten dan zedendelicten.	<b>Recidive</b>
12	Gender en type delict	Mannelijke daders van andere delicten dan zedendelicten vertoonden meer recidive dan daders van zedendelicten.	<b>Recidive</b>
15	Gender en type delict	Mannelijke daders van andere delicten dan zedendelicten vertoonden meer recidive dan vrouwelijke daders en mannelijke daders van zedendelicten.	<b>Recidive</b>
14	Gender en type delict	Mannelijke daders van andere delicten dan zedendelicten vertoonden meer recidive dan vrouwelijke daders en mannelijke daders van zedendelicten.	<b>Recidive</b>
17	Gender	Geen verband tussen gender en agressie.	<b>Gedragsproblemen</b>
24	Gender	Bij de voormeting waren vrouwen significant vaker betrokken bij fysiek geweld, bij de nameting was dit verschil tussen mannen en vrouwen er niet meer.	<b>Gedragsproblemen</b>
20	Gender	Bij de voormeting waren vrouwen significant vaker betrokken bij fysiek geweld, bij de nameting was dit verschil tussen mannen en vrouwen er niet meer.	<b>Gedragsproblemen</b>
20	Leeftijd	Grotere afname in lichamelijk geweld voor jongere deelnemers.	<b>Gedragsproblemen</b>
17	Leeftijd	Geen verband tussen leeftijd en agressie gevonden.	<b>Gedragsproblemen</b>
17	IQ	Geen verband tussen IQ en agressie gevonden.	<b>Gedragsproblemen</b>
25	IQ	Groter verschil tussen voormeting en follow-up voor boosheid voor deelnemers met een lager IQ.	<b>Gedragsproblemen</b>
20	IQ	Lager IQ is gerelateerd aan sterkere afname gedragsproblemen, en speelt mogelijk een rol in relatie boosheid-agressie.	<b>Gedragsproblemen</b>
2	Persoonlijkheidsstoornis	Geen verband tussen persoonlijkheidsstoornis en ingrijpen door personeel (als proxy voor agressie) gevonden.	<b>Gedragsproblemen</b>
1	Type delict	Geen verschil in ingrijpen door personeel (als proxy voor agressie) tussen daders van brandstichting en daders van andere delicten	<b>Gedragsproblemen</b>
17	Juridische status	Geen verband tussen juridische status en agressie gevonden.	<b>Gedragsproblemen</b>
22	Beveiligingsniveau	Enig verband tussen beveiligingsniveau en agressie.	<b>Gedragsproblemen</b>
10	Beveiligingsniveau	Beveiligingsniveau hangt samen met steun beoordeeld door cliënten (niet door medewerkers).	<b>Werkalliantie</b>

## 8.2 Onderzoeksteam

Het onderzoek werd uitgevoerd door medewerkers van Onderzoeksinstituut IVO.

Dr. Margriet Lenkens was medior onderzoeker bij Onderzoeksinstituut IVO en projectleider van het huidige onderzoek. Margriet promoveerde in april 2022 op haar proefschrift *More than a Mirror* waarin ervaringsdeskundige ondersteuning voor jonge mensen die delicten pleegden centraal stond. Daarnaast deed ze bij zowel Onderzoeksinstituut IVO als de Erasmus Universiteit Rotterdam onderzoek naar verschillende thema's, waaronder ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg, arbeidsmigranten in een kwetsbare positie, jongerenparticipatie en de inzet van ervaringsdeskundigheid in het trainen van professionals. Inmiddels is Margriet werkzaam als behandelcoördinator en onderzoeker bij jeugdzorginstelling Schakenbosch.

Simone 't Hooft, MSc, is medior onderzoeker bij Onderzoeksinstituut IVO en medior projectleider bij Platform31. Simone studeerde Culturele Antropologie (master) en Psychologie (bachelor) aan de Universiteit Leiden. Bij het IVO werkte ze eerder aan onderzoek naar dakloosheid, alcohol en gokken, arbeidsmigranten in kwetsbare posities en sekswerk.

Prof. dr. Gera Nagelhout was als Chief Science Officer eindverantwoordelijk voor de wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek dat door Onderzoeksinstituut IVO wordt uitgevoerd. Daarnaast is zij bijzonder hoogleraar Gezondheid en Welzijn van Mensen met een Lagere Sociaaleconomische Positie aan de Universiteit Maastricht. Sinds november 2023 is ze ook lector op het gebied van Citizen Engaged Science bij Avans Hogeschool.



## 8.3 Data-extractieformulier

<b>ALGEMENE INFORMATIE</b>
Naam beoordelaar
Titel artikel
Auteur(s)
Jaar van publicatie
Land onderzoek
Financiering
Belangenverstremeling
Via search of anders?
<b>METHODEN</b>
<b>Onderzoeksopzet</b>
Kwantitatief/kwalitatief/mixed
Onderzoeksdoel en/of onderzoeksvraag
Type studie (longitudinaal, exploratief, cross sectioneel, RCT, interviews, focusgroepen, etc.)
Categorie design (RCT = 1, cross-sectioneel = 2, longitudinaal = 3, kwalitatief/interviews = 4)
<b>Sample</b>
Grootte en kenmerken sample (leeftijd, gender, IQ)
Forensische doelgroep? Licht toe
<b>Setting en beschrijving zorg</b>
Omschrijf de behandeling: enkele interventie of behandelprogramma, inhoud, residentieel of ambulant, betrokken disciplines, duur, opgelegd of vrijwillig
<b>CONTEXT-MECHANISME-OUTCOME CONFIGURATIES</b>
<b>Outcome</b>
Outcome: 1) perspectief; 2) behandelmotivatie; 3) werkalliantie; 4) gedragsproblemen
Specificatie en operationalisatie outcome
Onafhankelijke variabelen (+ operationalisatie)
Samenvatting resultaten (alle gevolgen behandeling)
<b>CO 1</b>
<i>Contextuele factor en operationalisatie</i>
<i>Wat zijn de bevindingen over de samenhang tussen deze contextuele factor en de uitkomstmaat?</i>
<b>CO 2</b>
<i>Contextuele factor en operationalisatie</i>
<i>Wat zijn de bevindingen over de samenhang tussen deze contextuele factor en de uitkomstmaat?</i>
<b>MO 1</b>
<i>Mechanisme en operationalisatie</i>
<i>Wat zijn de bevindingen over de samenhang tussen dit mechanisme en de uitkomstmaat?</i>
<b>MO 2</b>
<i>Mechanisme en operationalisatie</i>
<i>Wat zijn de bevindingen over de samenhang tussen dit mechanisme en de uitkomstmaat?</i>
<b>CMO 1</b>
<i>Contextuele factor en operationalisatie</i>
<i>Mechanisme en operationalisatie</i>
<i>Wat zijn de bevindingen over de samenhang tussen deze contextuele factor, dit mechanisme en de uitkomstmaat?</i>
<b>CMO 2</b>

*Contextuele factor en operationalisatie*

*Mechanisme en operationalisatie*

*Wat zijn de bevindingen over de samenhang tussen deze contextuele factor, dit mechanisme en de uitkomstmaat?*

### **Ruimte voor andere combi's I/C/M/O**

#### **PROCES**

Indien er een concrete interventie wordt omschreven: Werd de behandeling/interventie uitgevoerd zoals gepland?

#### **DISCUSSIE/BEPERKINGEN**

Belangrijke punten uit de discussie / beperkingen van het onderzoek en hoe deze de interpretatie of validiteit van de bevindingen beïnvloeden.

#### **BEOORDELING KWALITATIEVE STUDIE (zie CASP) [ja/onvoldoende info/nee]**

1. Was there a clear statement of the aims of the research?
2. Is a qualitative methodology appropriate?
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?
5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?
6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?
7. Have ethical issues been taken into consideration?
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?
9. Is there a clear statement of findings?
10. How valuable is the research?

Totaalscore (xJ, x?, xN)

#### **BEOORDELING KWANTITATIEVE STUDIE**

1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?
2. Were the study subjects and the setting described in detail?
3. Was the independent variable (mechanism or contextual factor) measured in a valid and reliable way?
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?
5. Were confounding factors identified?
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?
7. Was the outcome measured in a valid and reliable way?
8. Was appropriate statistical analysis used?

Totaalscore