

B.L. Hesper & K.H. Drieschner

Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg

2007-2012



BEJEGENEN ▼ BEHANDELEN ▼ BEVEILIGEN

de Borg 

COLOFON

Deze publicatie is een uitgave
van Stichting De Borg, Den Dolder
ISBN: 978-90-9027946-6

Auteurs en eindredactie:
B.L. Hesper & K.H. Drieschner

Vormgeving:
Studio Langezaal, Odijk

Druk:
Bergdrukkerij, Amersfoort

Copyright Stichting De Borg 2013.
Niets uit deze uitgave mag
vermenigvuldigd en/of openbaar
worden gemaakt zonder toestemming
van Stichting De Borg.

Expertisecentrum De Borg
Eikenpage 4
(gebouw Antonia)
3734 AC Den Dolder
www.deborg.nl

Eerste druk november 2013

B.L. Hesper & K.H. Drieschner

Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg

2007-2012



BEJEGENEN ▼ BEHANDELEN ▼ BEVEILIGEN

de **Borg** 

Inhoudsopgave

0.	Voorwoord	9	5
	J. Martini - voorzitter Stichting De Borg		
1.	Inleiding	11	
	A. Benschop - manager Stichting De Borg		
2.	Onderzoeksoepzet	15	
2.1	Inleiding	15	
2.2	Meetinstrumenten	16	
2.3	Dataverzameling	16	
2.4	Beschikbare data per instelling	17	
3.	Onderzoeksgroep	21	
3.1	Inleiding	21	
3.2	Demografische kenmerken	21	
3.3	Justitiële/juridische status bij opname	23	
3.4	Probleemgedrag bij opname	24	
3.5	Psychopathologie	25	

4.	Situatie bij opname	27
4.1	Hulpverlening voor opname	27
4.2	Verwijssettingen en verwijzers	28
4.3	Restrictiviteit voor opname	29
4.4	Risicofactoren bij opnamemeting	29
5.	Behandeleffect	31
5.1	Behandeleffect op stabiel dynamische risicofactoren	31
5.2	Internaliserend en externaliserend probleemgedrag	35
5.3	Incidenten	36
5.4	Behandeleffect meerdere metingen	39
5.5	Behandeleffect vaardigheden	40
5.6	Behandeleffect algeheel functioneren	41
6.	Behandelduur	43
6.1	Behandelduur	43
6.2	Behandelveeruitgang en behandelduur	44
6.3	Behandelduur en reden uitschrijving	45
7.	Psychopathologie en behandeleffect	47
7.1	Inleiding	47
7.2	Situatie bij opname	49
7.3	Behandeleffect	49
7.4	Behandelduur en psychopathologie	53
7.5	Autisme Spectrum Stoornis	56
7.6	Middelenmisbruik/verslaving	56
7.7	Persoonlijkheidsstoornis	57
7.8	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	58
7.9	Moeilijk behandelbare cliënten	58
8.	Probleemgedrag en behandeleffect	59
8.1	Inleiding	59
8.2	Situatie bij opname	61
8.3	Behandeleffect	62
8.4	Behandelduur en type probleemgedrag	63
8.5	Agressie	64

8.6	Seksueel grensoverschrijdend gedrag	65
8.7	Agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag	66
8.8	Brandstichting	66
8.9	Autoagressie	66
9.	Uitplaatsing	67
9.1	Hulpverlening na uitplaatsing	67
9.2	Risicofactoren bij uitplaatsing	69
9.3	Follow-up: In stand houden van behandel-effect	70
10.	Samenvatting en conclusie	71
10.1	Inleiding	71
10.2	Situatie bij opname	72
10.3	Behandel-effect	72
10.4	Psychopathologie en type probleemgedrag	73
10.5	Behandel-duur	73
10.6	Uitplaatsing	73
10.7	Conclusie	74
11.	Toekomstperspectief en aanbevelingen	75
11.1	Inleiding	75
11.2	Aanbevelingen voor ROM	76
11.3	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	76
11.4	Aanbevelingen voor profilering van De Borg	77
	Bijlage 1	79
	Tabellen basisregistratie	79
	Bijlage 2	93
	De Dynamic Risk Outcome Scales (DROS): beschrijving en psychometrische eigenschappen	93

H.O

Voorwoord

9

Met gepaste trots presenteert Stichting De Borg het onderzoeksrapport Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg 2007-2012. Vijf jaar lang is onderzocht of alle inspanningen die de behandelaars van de Borginstellingen dagelijks leveren ook daadwerkelijk het gewenste effect - een positieve gedragsverandering bij de cliënt - hebben. Het antwoord op die vraag luidt kort en bondig: Ja.

De belangrijkste conclusies van het onderzoek zijn dat de cliëntgroep gedurende de behandeling minder probleemgedrag en minder incidenten vertoont. En dat de cliëntgroep gemiddeld vooruit gaat op het gebied van sociale redzaamheid. Daarmee is een positief antwoord gegeven op de vraag: wordt de cliënt er ook daadwerkelijk beter van?

In het voortraject van het onderzoek is een instrument ontwikkeld, de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS), waarmee het effect van de SGLVG(+) behandeling betrouwbaar kan worden gemeten. Gebleken is dat dit ROM-instrument (Routine Outcome Monitoring) gevoeliger is voor verandering dan het huidige HKT-30-instrument. Met het nu voorliggende rapport hopen de Borginstellingen een bijdrage te leveren aan het zoeken naar wetenschappelijke behandelmethoden en naar de verantwoording daarvan voor de behandeling van SGLVG-cliënten en SGLVG+-cliënten. Een groep mensen met complexe problemen waar de Borginstellingen zich, met en vanuit de verschillende behandeldisciplines van Bejegenen, Behandelen en Beveiligen, voor inzetten.

Namens het bestuur van De Borg dank ik de onderzoekers, de projectstaf, de onderzoekscoördinatoren en alle medewerkers die een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek voor het vele werk dat is verricht.

Jacques Martini
Voorzitter Stichting De Borg

H.1

Inleiding

11

Binnen de populatie van mensen met een lichte verstandelijke beperking is er een bijzondere groep van mensen met complexe behandelvragen die veroorzaakt worden door het feit dat zij door hun gedrag en/of psychisch functioneren geen grip hebben op hun leven of die grip zijn kwijtgeraakt. Het zijn mensen die vaak de vaardigheden missen om zelfstandig te wonen. Door hun onbegrepen en vaak risicovol gedrag zijn er problemen thuis, op het werk en in de vrije tijd. Medebewoners en burens zijn bang voor het (agressieve) gedrag en trekken zich terug. Daar volgt dan weer een reactie op omdat de verstandelijke beperking en de bijkomende psychische problemen als gevolg hebben dat de cliënt weinig snapt van wat er aan de hand is. In veel gevallen is er ook sprake van verslavingsproblematiek.

Deze groep cliënten wordt kortweg aangeduid als SGLVG (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijke Gehandicapt) of SGLVG+, indien daarbij ook nog sprake is van justitiële problematiek. Het zijn cliënten die voortdurend overvraagd worden en door hun gedrag zorgen voor veel maatschappelijke onrust. Zij duiken dan weer op in de GGZ en dan weer bij Justitie.

In 1988 werd het specialisme SGLVG-behandeling erkend door de overheid en werden er vijf instellingen aangewezen om deze behandeling te bieden, te weten Altrecht-Wier in Den Dolder, Ipse de Bruggen in Zwammerdam, Dichterbij-STEVI in Oostrum en Trajectum in Zwolle. (Trajectum is ontstaan uit de combinatie van Hoeve Boschoord in Boschoord en De Hanzeborg in Zutphen, waardoor het aantal Borginstellingen is teruggebracht van vijf naar vier.)

In 1999 hebben deze instellingen gezamenlijk de Stichting Landelijk Expertisecentrum De Borg opgericht met als doel de krachten te bundelen om met elkaar inspanningen te verrichten op het gebied van diagnostiek, behandeling, wetenschappelijk onderzoek en kennisuitwisseling. Het uiteindelijke doel is er voor te zorgen dat de cliënten waar mogelijk optimaal kunnen participeren in de samenleving.

De samenwerking binnen De Borg heeft in 2006 geleid tot het uitbrengen van het rapport 'Doelgroep in beeld' ^[1], waarin een nauwkeurige omschrijving werd gegeven van de cliëntenpopulatie van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. In 2008 is een belangrijke stap gezet in het uitbrengen van een Behandelvisie op gespecialiseerde (forensische) SGLVG-behandeling ^[2].

De behandeling die door de behandelcentra wordt geboden bevindt zich op het snijvlak van verschillende sectoren: Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (VG), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Forensische Zorg (Veiligheid en Justitie). Door met elkaar samen te werken binnen het kader van deze drie sectoren realiseren de behandelcentra van De Borg de integratie van drie kernkwaliteiten: Bejegenen, Behandelen en Beveiligen:

- Bejegenen is de kernwaarde van de sector van Verstandelijk Gehandicapten. Op basis van orthopedagogische expertise ondersteunt deze sector haar cliënten zodanig dat zij waar mogelijk zo optimaal mogelijk kunnen participeren in de samenleving.
- Behandelen is de kernwaarde van de Geestelijke Gezondheidszorg. Op basis van het medisch model worden klachten onderzocht en worden patiënten zo behandeld dat genezing wordt gerealiseerd, dan wel vermindering van de klachten wordt bereikt, waardoor zij waar mogelijk zo optimaal mogelijk kunnen participeren in de samenleving.
- Beveiligen is de kernwaarde van Justitie. Op basis van het reclasseringsmodel worden instrumenten ingezet voor risicotaxatie en risicomanagement om justitiabelen waar mogelijk zo optimaal mogelijk te kunnen laten participeren in de samenleving.

12

De vraag die vanaf het begin van het tot stand komen van het specialisme SGLVG-behandeling opgeld doet is, of deze specifieke behandeling van cliënten ook daadwerkelijk effect heeft in termen van gewenste gedragsverandering. Die vraag is in de loop der jaren alleen maar pregnanter geworden. Van alle instellingen wordt verwacht dat zij meedoen aan een vorm van ROM (Routine Outcome Monitoring) om gegevens te verzamelen waarmee verantwoording wordt afgelegd met betrekking tot de effectiviteit van de behandeling. Binnen de GGZ is ROM inmiddels verplicht en ook van de Borginstellingen wordt verwacht dat zij gegevens aanleveren waarmee verantwoording wordt afgelegd van de geleverde behandelprestaties.

In 2007 heeft het bestuur van De Borg besloten om een Borgbreed onderzoek te starten naar het effect van de door de Borg-behandelcentra aangeboden klinische SGLVG en SGLVG+ behandelingen en de binnen die behandeling geboden specifieke behandelmodules. De primaire onderzoeksvraag was: Leiden de door de Borginstellingen aangeboden klinische SGLVG en SGLVG+ behandelingen tot de gewenste veranderingen bij cliënten? Secundaire onderzoeksvragen waren:

- Bestaan er verbanden tussen behandelingskenmerken (bijv. duur, instelling, programma) en behandeluitkomsten bij beëindiging en 9 maanden na beëindiging van de behandeling?
- Bestaan er verbanden tussen cliëntkenmerken (bijv. type probleemgedrag, psychopathologie, hulpverleningsgeschiedenis, ernst van problemen bij aanmelding) en behandeluitkomsten bij beëindiging en 9 maanden na beëindiging van de behandeling?
- Bestaan er verbanden tussen het behandelproces (bijv. veranderingen in beginfase van de behandeling) en behandeluitkomsten bij beëindiging en 9 maanden na beëindiging van de behandeling?
- Bestaan er verbanden tussen cliëntkenmerken en behandelproces?

In het thans voor u liggende rapport worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Het onderzoeksproject heeft in totaal vijf jaar geduurd. Hoofdonderzoeker was de heer Klaus Drieschner, senior wetenschappelijk onderzoeker, die werd bijgestaan door mevrouw Brenda Hesper, behandelverant-

woordelijke extramurale behandeling en begeleiding en expert risicotaxatie. Beide zijn werkzaam in het Kenniscentrum van Trajectum. Zij werden ondersteund door een team van onderzoekscoördinatoren, stafmedewerkers en administratief medewerkers uit de diverse Borginstellingen.

De kern van het onderzoek vormde de per cliënt uitgevoerde periodieke metingen van uitkomstvariabelen (ROM) en een parallel plaatsvindende registratie van de uitgevoerde behandelingen per cliënt. De ROM-metingen startten bij plaatsing van de cliënt op de wachtlijst en eindigden negen maanden na ontslag. Een van de uitkomstvariabelen, de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) is in het voortraject van dit onderzoek ontwikkeld. Dit evaluatieonderzoek naar het effect van de behandeling is daarmee tevens van belang voor de beoordeling van het DROS-instrument als ROM-instrument voor risicotaxatie.

In hoofdstuk 2 van dit Evaluatierapport wordt verantwoording afgelegd over de onderzoeksopzet, de gebruikte instrumenten en de beschikbare data per instelling. Het aantal metingen per instelling varieert, maar is voldoende om verantwoorde conclusies te trekken met betrekking tot de effecten van het behandelproces binnen de instellingen. Zie hiervoor de hoofdstukken 3 t/m 6. In de hoofdstukken 7 en 8 worden de resultaten uitgesplitst naar probleemgedrag en behandel-effect. In hoofdstuk 10 tenslotte wordt ingegaan op de effecten van behandeling na uitplaatsing.

Voor wie een kort en snel overzicht wil hebben van de resultaten van het onderzoek wordt verwezen naar hoofdstuk 10 waarin een samenvatting is weergegeven en waarin een aantal conclusies wordt ingetrokken. Maar, er liggen ook nog voldoende vragen onbeantwoord. Daarom is aan het rapport nog een hoofdstuk 11 toegevoegd met een toekomstperspectief en met aanbevelingen voor een vervolg.

13

Vijf jaar onderzoek heeft een schat aan onderzoeksdata opgeleverd. Een woord van dank aan alle medewerkers die daaraan hebben bijgedragen is zeker op zijn plaats. Het heeft geleid tot een positief antwoord op de vraag of de behandelingen leiden tot de gewenste verandering bij cliënten. Dat antwoord is: Jazeker!

Met het nu voorliggende rapport hopen de Borginstellingen een eerste antwoord te hebben gegeven op de vraag naar het effect van behandeling van SGLVG (+)-cliënten. Cliënten met een complexe problematiek waar we in de maatschappij moeilijk mee om kunnen gaan, maar waar deze cliënten zelf misschien wel het meest last van hebben. De resultaten van dit onderzoek zijn voor de Borginstellingen een stimulans om door te gaan met het zoeken naar de juiste en meest effectieve behandeling voor deze cliënten, zodat ze de draad van hun leven weer kunnen oppakken en op een humane en volwaardige wijze deel kunnen uitmaken van de maatschappij.

Adri Benschop

Manager Stichting De Borg

Referenties

[1] Doelgroep in beeld, Prof. dr. Hans Koot en mevr. dr. Nienke Tenneij, De Borg, Vrije Universiteit - Amsterdam, augustus 2006

[2] Behandelvisie (forensische) SGLVG, mevr. drs. Jacqueline Roos (Redactie), De Borg, 2008

H.2

Onderzoeksopzet

15

2.1 Inleiding

De behandelcentra die aangesloten zijn bij De Borg hebben in 2007 besloten een vijfjarig onderzoek naar de effecten van de eigen klinische behandelingen voor SGLVG(+) uit te voeren. De primaire onderzoeksvraag luidde: Leiden de door de Borginstellingen aangeboden klinische SGLVG en SGLVG+ behandelingen tot de gewenste veranderingen bij cliënten? Een secundaire onderzoeksvraag betrof de relatie tussen behandel-effecten enerzijds en cliëntkenmerken anderzijds (bijvoorbeeld probleemgedrag of psychopathologie).

De kern van het onderzoek vormden per cliënt uitgevoerde halfjaarlijkse metingen van variabelen die door de behandeling beïnvloed worden (Routine Outcome Monitoring, ROM). De ROM metingen startten bij plaatsing op de wachtlijst en eindigden negen maanden na ontslag. De dataverzameling werd ondersteund door de voor dit onderzoek ontwikkelde software DigiTest Manager.

Het primaire probleem van de SGLVG doelgroep kan aangeduid worden als ernstig externaliserend probleemgedrag. In eerder onderzoek bleek bij de grote meerderheid van de cliënten sprake te zijn van agressie en bij bijna de helft van middelenmisbruik of verslaving. In veel gevallen zijn delicten gepleegd ^[4]. De uitkomstvariabelen van de effectevaluatieonderzoek richtten zich dan ook voornamelijk op dynamische risicovariabelen voor ernstig externaliserend probleemgedrag. Een van de gebruikte uitkomstvariabelen, de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS), is in het voortraject van het onderzoek ontwikkeld.

2.2 Meetinstrumenten

De Adult Behavior Checklist ^[7] bestaat uit 118 items en levert scores voor acht vormen van emotionele en gedragsproblemen. Daarnaast zijn er overkoepelende schalen voor externaliserende, internaliserende en totale problemen. In een eerder onderzoek van De Borg zijn voor de ABCL een bevredigende betrouwbaarheid en validiteit gevonden ^[8].

De Historisch Klinisch Toekomst 30 (HKT-30) ^[4] bestaat uit 11 items voor historische risicovariabelen (verder aangeduid als H-11) en 19 klinische en toekomstitems voor dynamische risicovariabelen (verder aangeduid als KT-19). Alleen de KT-19 is gebruikt als uitkomstmaat terwijl de H-11 eenmalig aan het begin van de behandeling is gescoord. In eerder onderzoek werden voor de HKT-30 schalen een bevredigende betrouwbaarheid en een goede voorspellende waarde voor recidive en onttrekking aan toezicht gevonden ^[5].

De Dynamic Risk Outcome Scales ^[6] bestaat uit 44 observatie-items voor 15 stabiel dynamische risicovariabelen, waaronder 'probleembesef', 'criminogene attitudes', 'sociale vaardigheden en gedrag', 'copingvaardigheden', 'impulsiviteit', 'vijandigheid', 'hang naar middelenmisbruik', 'medewerking aan de behandeling' en 'sociaal netwerk'. De betrouwbaarheid van de afzonderlijke schalen en de totaalscore is bevredigend. De validiteit van de DROS-schalen wordt ondersteund door substantiële correlaties met inhoudelijk verwante items van de HKT-30 ($r=0,52-0,77$). Meer gedetailleerde informatie over de DROS is te vinden in bijlage 2 op pagina 93.

16

De Modified Overt Aggression Scale (MOAS+) is een uitgebreide versie van de MOAS ^[7] waarmee dagelijks incidenten van 'verbale agressie', 'agressie tegen objecten', 'fysieke agressie', en 'agressie tegen zichzelf' en 'seksuele agressie' op vier ernstniveaus worden geregistreerd. In eerder onderzoek is een goede interbeoordelaarbetrouwbaarheid voor de MOAS gevonden ^[8].

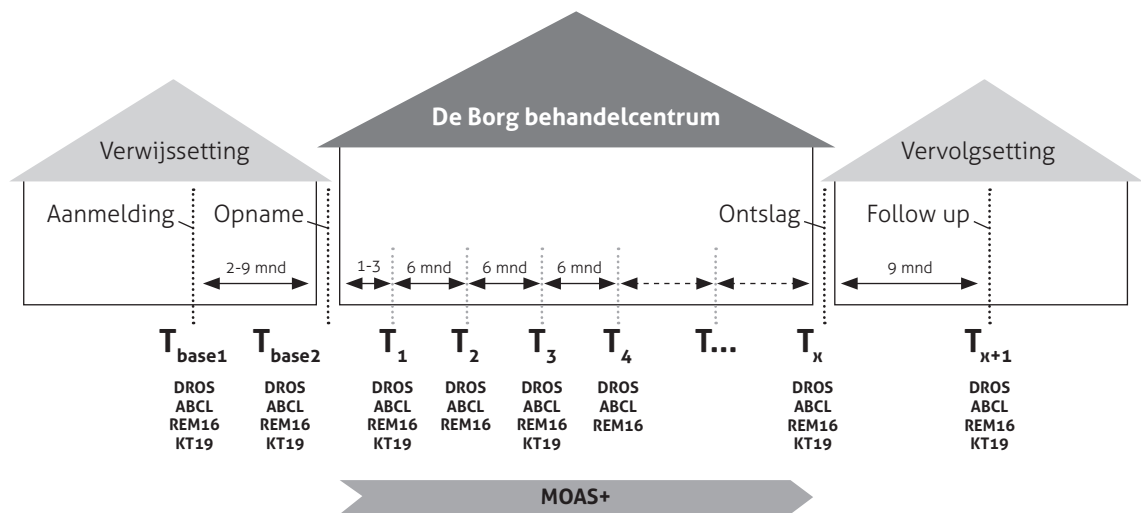
Met de Restrictiveness Evaluation Measure 16 (REM-16) ^[9] wordt gemeten in welke mate aan een individu in zijn al dan niet institutionele woonsetting restricties worden oplegt op de gebieden bewegingsvrijheid, activiteiten, toezicht, sociale contacten en privacy. De REM-16 heeft een adequate interne consistentie en validiteit.

De Sociale redzaamheidschaal voor verstandelijk gehandicapten van hoger niveau (SRZ-P) meet sociale redzaamheid ofwel het 'kunnen voldoen aan de eisen die een samenleving (thuisituatie, dagverblijf, werk, vereniging) dagelijks stelt. De SRZ-P bevat 63 items, verdeeld over drie subschalen: Zelfredzaamheid I (15 items), Zelfredzaamheid II (15 items), Verbaal-Numeriek (17 items) en 16 restitems (R) ^[10].

2.3 Dataverzameling

Gedurende de opname leveren behandelaars per cliënt zesmaandelijks DROS-scores aan en jaarlijks KT-19. De ABCL en REM-16 worden zesmaandelijks en de MOAS+ dagelijks door de groepsleiders van de betreffende afdeling ingevuld. Achtergrondgegevens, waaronder H-11, worden in de eerste maanden van de opname door verschillende medewerkers geregistreerd, waaronder diagnostici, psychiaters en maatschappelijk werkers. Voor de baseline en follow-up metingen voert een onderzoeksmedewerker gesprekken met informanten in de setting waar de client op dat moment verblijft en scoort op basis hiervan de meetinstrumenten. Figuur 1 geeft een overzicht van de dataverzameling.

Figuur 1: Dataverzameling



2.4 Beschikbare data per instelling

Voor dit rapport zijn enkel data gebruikt van cliënten voor wie de eerste meting vanaf opname (ongeveer drie maanden na opname) beschikbaar was. Voor de effectevaluatie is data meegenomen van metingen in de eerste drie jaar vanaf opname.

Tabel 1: Aantal metingen per instelling

	Opname- meting N	6 mnd N	12 mnd N	18 mnd N	24 mnd N	30 mnd N	36 mnd N
DROS							
Ipse de Bruggen	34	27	18	15	7	5	2
Dichterbij-STEVI	10	2	1	0	1	0	0
Altrecht-Wier	47	27	8	6	1	0	0
Trajectum	167	124	104	84	62	37	27
<i>Totaal</i>	<i>258</i>	<i>180</i>	<i>131</i>	<i>105</i>	<i>71</i>	<i>42</i>	<i>29</i>
KT-19							
Ipse de Bruggen	36		24		15		5
Dichterbij-STEVI	11		2		0		0
Altrecht-Wier	75		32		9		0
Trajectum	167		116		70		36
<i>Totaal</i>	<i>289</i>		<i>174</i>		<i>94</i>		<i>41</i>

	Opname- meting N	6 mnd N	12 mnd N	18 mnd N	24 mnd N	30 mnd N	36 mnd N
ABCL							
Ipse de Bruggen	32	26	20	15	8	6	3
Dichterbij-STEVIg	8	3	2	0	0	0	0
Altrecht-Wier	144	91	39	30	12	5	1
Trajectum	197	147	111	78	65	46	33
<i>Totaal</i>	<i>381</i>	<i>267</i>	<i>172</i>	<i>123</i>	<i>85</i>	<i>57</i>	<i>37</i>
MOAS+							
Ipse de Bruggen	41	41	40	26	21	14	
Dichterbij-STEVIg	12	10	2	0	0	0	
Altrecht-Wier	171	145	94	39	19	10	
Trajectum	234	218	165	123	85	61	
<i>Totaal</i>	<i>458</i>	<i>414</i>	<i>301</i>	<i>188</i>	<i>125</i>	<i>85</i>	
REM-16*							
Ipse de Bruggen	31	23	16	14	7	4	2
Dichterbij-STEVIg	8	1	0	0	0	0	0
Altrecht-Wier	41	2	6	6	1	0	0
Trajectum	135	100	88	75	53	32	25
<i>Totaal</i>	<i>215</i>	<i>126</i>	<i>110</i>	<i>95</i>	<i>61</i>	<i>36</i>	<i>27</i>

** REM-16 data gekoppeld aan DROS data*

BASISREGISTRATIE										
	N	1	2	3	4	5	6	IQ	SRZ-P voor	SRZ-P na
Ipse de Bruggen	57	52	53	53	41	43	52	43	34	14
Dichterbij-STEVIg	24	24	24	23	23	24	24	19	12	0
Altrecht-Wier	116	105	105	101	101	105	67	76	77	32
Trajectum	399	293	323	301	294	268	150	241	247	42
<i>totaal</i>	<i>596</i>	<i>474</i>	<i>505</i>	<i>478</i>	<i>459</i>	<i>440</i>	<i>293</i>	<i>379</i>	<i>370</i>	<i>88</i>

Referenties

- [1] **Tenneij, N.H. & Koot, H.M. (2006).** Doelgroep in beeld, een nauwkeurige omschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. Den Dolder: De Borg
- [2] **Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003).** Manual for the ASEBA adult forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, research centre for Children Youth and Families
- [3] **Tenneij, N.H. & Koot, H.M. (2007).** A preliminary investigation into the utility of the adult behavior checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 391-400
- [4] **Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie. (2002).** Handleiding HKT-30 (versie 2002). Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen
- [5] **Hildebrand, M., Hesper, B. L., Spreen, M., & Nijman, H. L. I. (2005).** De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
- [6] **Drieschner, K. H., & Hesper, B. L. (2007).** Dynamic Risk Outcome Scales. Boschoord: Trajectum Hoeve Boschoord.
- [7] **Kay, S. R., Wolkenfeld, F., & Murrill, L. M. (1988).** Profiles of aggression among psychiatric patients: 1. Nature and prevalence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 539-546.
- [8] **Kho, K., Sensky, T., Mortimer, A., & Corcos, C. (1998).** Prospective study into factors associated with aggressive incidents in psychiatric acute admission wards. *British Journal of Psychiatry*, 172, 38-43/Oliver, P. C., Crawford, M. J., Rao, B., Reece, B., & Tyrer, B. (2007). Modified Overt Aggression Scale (MOAS) for people with intellectual disability and aggressive challenging behaviour: a reliability study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 368-372
- [9] **Drieschner, K. (2009).** Restrictiveness of the living environment: Concept, relevance and assessment. 8th International Conference on the Care and Treatment of Offenders with a Learning Disability, Preston, UK
- [10] **Kraijer, D.W. & Kema, G.N. (1994).** Sociale redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen van hoger niveau. SRZ/P. Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger BV

H.3

Onderzoeksgroep

21

3.1 Inleiding

De onderzoeksgroep bestaat uit 596 cliënten. Een grootschalig onderzoek waarbij veel verschillende medewerkers data aanleveren, wordt vaak geconfronteerd met onvolledigheden in de dataset. De meeste analyses zijn dan ook gebaseerd op kleinere groepen. Per tabel is weergegeven op hoeveel cliënten de data is gebaseerd. In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksgroep beschreven aan de hand van de basisregistratie.

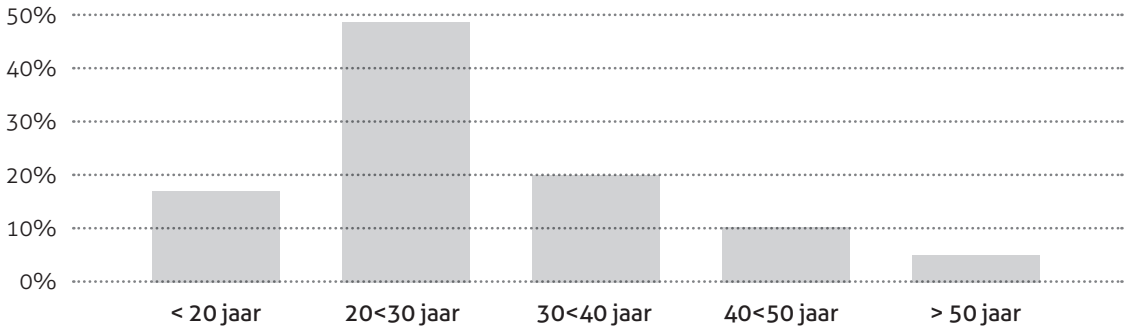
3.2 Demografische kenmerken

De onderzoeksgroep bestaat voor 80% uit mannelijke cliënten en 20% vrouwelijke cliënten. Het merendeel is alleenstaand (91%). 8% van de cliënten is ooit getrouwd, maar 5% van de onderzoeksgroep is inmiddels weer gescheiden. 15% van de cliënten heeft kinderen.

De leeftijd van de cliënten is bij opname gemiddeld 28 jaar ($SD=9,9$). Ruim tweederde (65%) is jonger dan 30 jaar bij opname, 15% is ouder dan 40 jaar.

17% van de onderzoeksgroep is niet in Nederland geboren. 28% van de onderzoeksgroep is van niet-Nederlandse afkomst. Bij 2% van de onderzoeksgroep spreekt de cliënt zodanig slecht Nederlands dat dit een belemmering vormt voor de behandeling.

Figuur 2: Leeftijd bij opname (N=483)



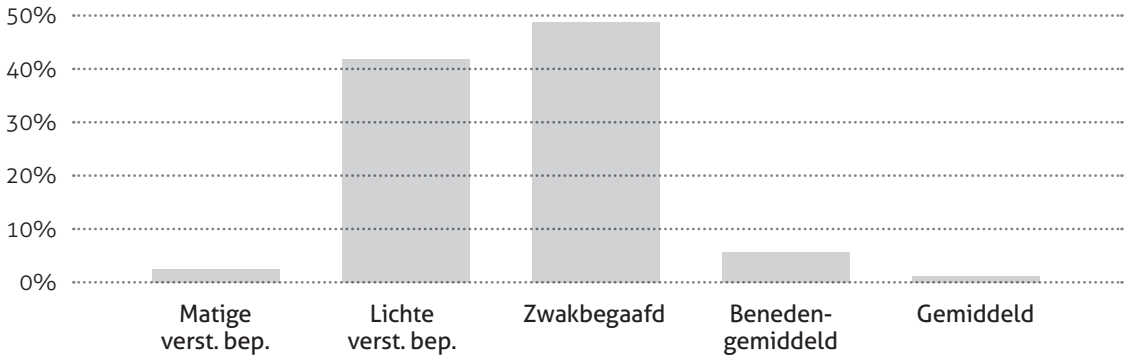
Tabel 2: Culturele afkomst* (N=485)

	N	%
Nederland	348	72
Suriname	36	7
Nederlandse Antillen	21	4
Marokko	26	5
Turkije	12	3
West-Europa	8	2

	N	%
Europa overig	10	2
Zuid-Amerika	10	2
Afrika	7	1
Azie	4	1
Midden-Oosten	2	1

* Culturele afkomst is vastgesteld op basis van het geboorteland van de cliënt en zijn ouders.

Figuur 3: IQ categorie* (N=378)



* Matige verstandelijke beperking: IQ tussen 35-49, Lichte verstandelijke beperking: IQ tussen 50-69, Zwakbegaafd: IQ tussen 70-84, Benedengemiddeld: IQ tussen 85-100, Gemiddeld: IQ tussen 100-110

Het IQ van de onderzoeksgroep ligt gemiddeld op 70,2 (SD=10,1). 93% van de onderzoeksgroep heeft een IQ tussen de 50 en 85.

De beperkingen op het gebied van sociale redzaamheid van mensen met een lichte verstandelijke beperking zijn goed zichtbaar bij de onderzoeksgroep.

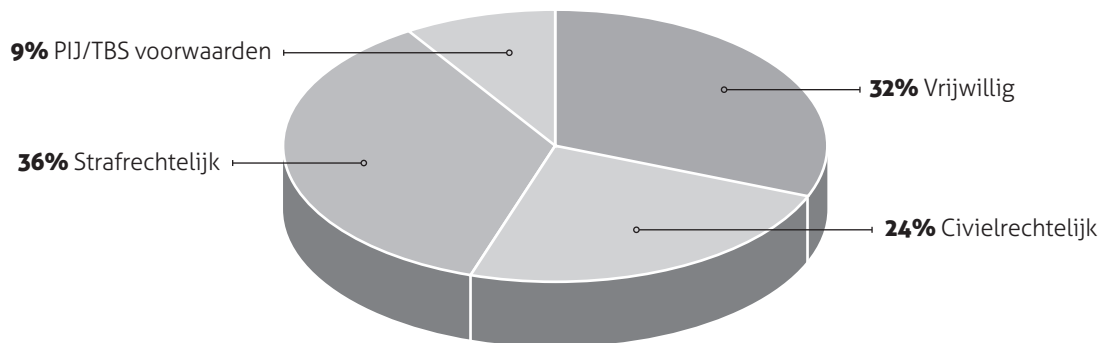
- Voor aanmelding woont 19% zelfstandig, alleen of met een partner. De overige 81% woont bij ouders of in een begeleide of beschermde woonvorm, relatief weinig binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg (13%).
- 62% van de onderzoeksgroep beheert zijn eigen financiën niet. Dit wordt door familieleden beheerd (16%), of door een bewindvoerder (34%) of curator (12%).
- Ruim de helft van de cliënten (54%) heeft alleen (speciaal) basisonderwijs afgerond en 6% is zelfs al in het (speciaal) basisonderwijs uitgevallen. Een kwart heeft speciaal voortgezet onderwijs afgerond, en 15% het VMBO.
- 25% van de onderzoeksgroep heeft nooit gewerkt, 12% heeft ooit reguliere arbeid verricht. De overige 63% heeft af en toe losse baantjes of een stageplek gehad.
- 83% van de cliënten die ooit hebben gewerkt verrichtte ongeschoolde lichamelijke arbeid.

3.3 Justitiële/juridische status bij opname

Bijna een derde van de onderzoeksgroep is vrijwillig opgenomen binnen de SGLVG instelling. De overige cliënten zijn onder dwang van een civielrechtelijke maatregel (24%) opgenomen of zijn via Justitie geplaatst met een strafrechtelijke maatregel (45%). Ook onder de vrijwillig opgenomen cliënten en cliënten met een civielrechtelijke maatregel zijn veel cliënten eerder in aanraking geweest met justitie. Bij 20% van de vrijwillig opgenomen cliënten en 22% van de cliënten met een civielrechtelijke maatregel is de opname naar aanleiding van een delict en 32% van de vrijwillig opgenomen cliënten is ooit veroordeeld, naast 39% van de cliënten met een civielrechtelijke maatregel. Van de hele onderzoeksgroep is 58% eerder veroordeeld (exclusief de eventuele laatste veroordeling die aanleiding was voor opname). Bijna de helft van de onderzoeksgroep (50%) is opgenomen bij de Borginstelling naar aanleiding van een delict.

23

Figuur 4: Justitiële/juridische status bij opname (N=591)



Civielrechtelijk: RM, IBS, overige BOPZ maatregel.

Strafrechtelijk: Detentieongeschiktheid, ISD maatregel, voorwaardelijke TBS, Bijzondere voorwaarde bij voorwaardelijke straf.

3.4 Probleemgedrag bij opname

85% van de cliënten vertoont externaliserend probleemgedrag dat aanleiding is voor de opname (agressie seksueel grensoverschrijdend gedrag, brandstichting of ander antisociaal gedrag). Meer dan helft (57%) van de onderzoeksgroep is opgenomen naar aanleiding van agressief gedrag. Bij 42% is fysiek geweld de aanleiding voor opname.

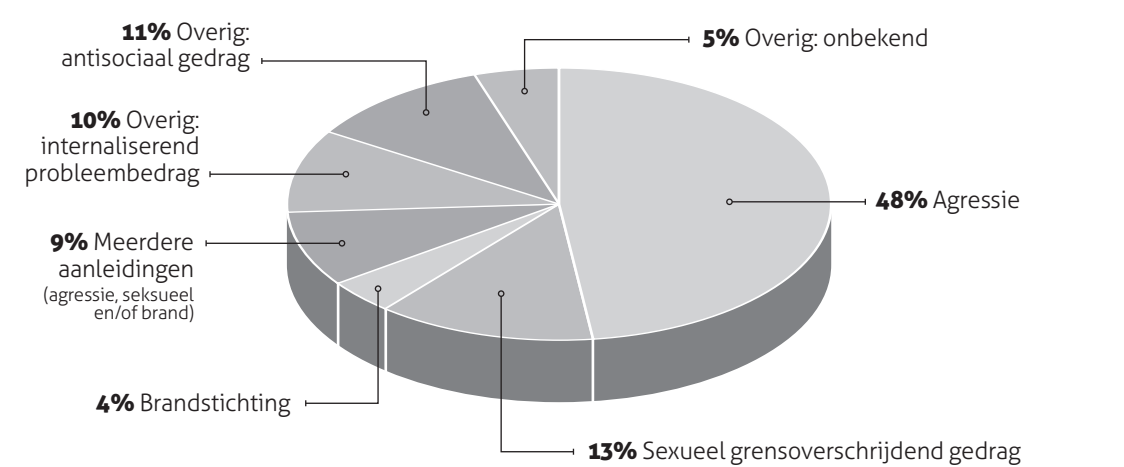
Bijna een derde van de onderzoeksgroep (29%) heeft internaliserende problemen die aanleiding zijn voor de opname, bij 10% ging het om zelfverwonding of een suïcidepoging. Veel cliënten vertonen naast internaliserend probleemgedrag ook externaliserend probleemgedrag. Bij 10% van de onderzoeksgroep is geen sprake van externaliserend probleemgedrag, enkel internaliserend probleemgedrag is aanleiding voor de opname.

Tabel 3: Aanleiding opname (N=386)

	N	%
Agressie (diefstal geweld, vrijheidsberoving, dierenmishandeling, mishandeling, bedreiging, levensdelict)	218	57,2
Seksueel grensoverschrijdend gedrag (hands-off, hands-on, pedoseksueel delict)	75	19,7
Brandstichting (met gevaar voor goederen, met gevaar voor personen)	32	8,4
Overig antisociaal gedrag (vernieling, diefstal, verkeersmisbruik, weglopen)	161	44,0
Internaliserend probleemgedrag (suïcidepoging, zelfverwonding of andere internaliserende problemen)	113	29,3

24

Figuur 5: Aanleiding voor opname (N=386)



3.5 Psychopathologie

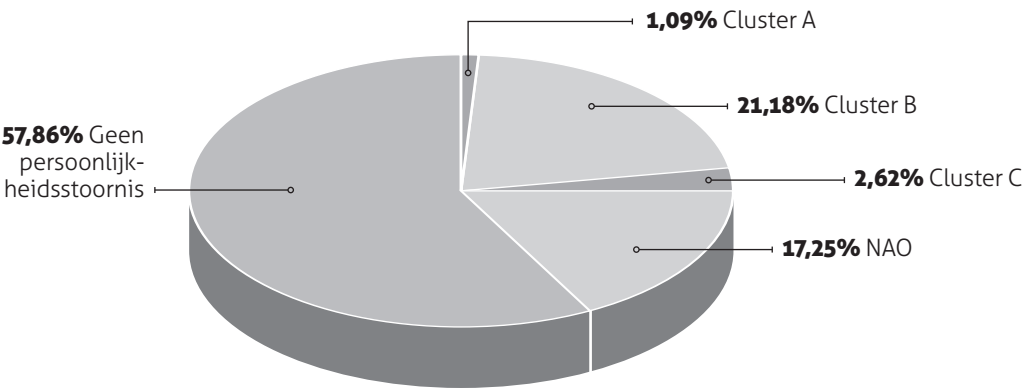
Een aantal diagnoses komt veel voor onder de onderzoeksgroep, waaronder een middelengerelateerde stoornis (37%), persoonlijkheidsstoornis (32%), autisme spectrum stoornis (20%) en schizofrenie en andere psychotische stoornissen (22%). De comorbiditeit is groot. Bij 30% van de cliënten is sprake van meerdere van bovengenoemde diagnoses. Bij 40% van de onderzoeksgroep is geen van bovengenoemde diagnoses gesteld. Bij 24% van de onderzoeksgroep is enkel een verstandelijke beperking gediagnosticeerd.

Tabel 4: Psychopathologie (N=596)

	N	VALID %
ADHD	61	10
Autisme spectrum stoornis	118	20
Gedragsstoornis/impulscontrole stoornis (niet ADHD)	78	13
Parafilie	19	3
Persoonlijkheidsstoornis	193	32
PTSS	31	5
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	130	22
Stemmingsstoornis	37	6
Middelenmisbruik/afhankelijkheid	219	37

25

Figuur 6: Type persoonlijkheidsstoornis (N=458)



In onderstaande tabel zijn groepen onderscheiden op basis van de aanleiding voor opname. Dit zijn geen 'zuivere' vergelijkingsgroepen. Bijvoorbeeld binnen de groep die opgenomen is naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft 29% in het verleden iemand fysiek mishandeld. En van de groep die opgenomen is naar aanleiding van agressie heeft 13% ooit hands-on seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoond.

Tabel 5: Psychopathologie en probleemgedrag (op basis van aanleiding)

	Agressie N=185 (%)	Seksueel grensover- schrijdend gedrag N=50 (%)	Brand- stichting N=16 (%)	Meerdere aanleidingen ^o N=36 (%)
ADHD	9	8	13	14
Autisme spectrum stoornis	21	18	25	44**
Gedragsstoornis/impulscontrole (niet ADHD)	16	12	19	22
Parafilie	0	28***	0	3
Persoonlijkeidsstoornis	35	28	31	36
PTSS	6	6	0	0
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	26*	6	0	28
Stemmingsstoornis	5	2	13	3
Middelenmisbruik/afhankelijkheid	42	26	31	39

^o *agressie, seksueel en/of brand* * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Schizofrenie en andere psychotische stoornissen is vaker gediagnosticeerd bij cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van agressie (Chi-square $p < 0,05$). Laatst genoemde stoornis komt nauwelijks voor bij cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag of brandstichting. Van de cliënten met de diagnose schizofrenie en andere psychotische stoornissen is 70% inderdaad opgenomen vanwege agressie en 26% vanwege internaliserend probleemgedrag.

Niet onverwacht wordt parafilie vaker gediagnosticeerd bij cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag (Chi-square $p < 0,001$).

Onder de groep cliënten die wegens meerdere aanleidingen (agressie, seksueel grensoverschrijdend gedrag en/of brandstichting) zijn opgenomen is significant vaker een autisme spectrum stoornis gediagnosticeerd (Chi-square $p < 0,01$).

H.4

Situatie bij opname

27

4.1 Hulpverlening voor opname

95% van de onderzoeksgroep is in het verleden eerder opgenomen en bij 92% van de onderzoeksgroep is in het verleden ambulante hulpverlening betrokken geweest. 75% van de cliënten kwam in beeld bij hulpverlening voor het achttiende jaar.

Tabel 6: leeftijd eerste hulpverleningscontact

	N	%
0 - 5 jaar	78	17
6 - 11 jaar	118	26
12 - 17 jaar	148	32
18 - 27 jaar	71	16
> 27 jaar	40	9

65% van de cliënten heeft eerder (ambulante) zorg gekregen van een hulpverleningsinstelling voor verstandelijk gehandicapten waaronder MEE. 35% is ondanks hun lichte verstandelijke beperking nooit in zicht geweest binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Tabel 7: Opname verleden

	N=483	%
Verslavingszorg	59	12
Forensisch psychiatrische/justitiële instelling	177	37
Verstandelijk gehandicaptenzorg	127	26
SGLVG behandelingstelling	57	12
Woonvoorziening voor jeugdigen/gezinsvervangend tehuis	65	14
Behandelvoorziening voor jeugdigen	134	28
Algemene psychiatrie	138	29
Opvangcentrum/tehuis voor daklozen	108	22

4.2 Verwijssettingen en verwijzers

Een klein deel (ruim 5%) van de cliënten woont zelfstandig, alleen of met een partner en/of kinderen, vlak voor opname bij de Borginstelling. 9% van de cliënten woont in bij ouders of anderen, bijvoorbeeld een pleeggezin. 8% woont in een begeleide of beschermde woonvorm, al dan niet binnen de VG zorg. Ruim 13% verblijft al binnen een SGLVG behandel- of woonvoorziening, hier is dus meestal sprake van een onderlinge overplaatsing van cliënten tussen de Borginstellingen. 21% is voor opname opgenomen binnen de algemene GGZ zorg en bijna 25% verblijft in een forensisch psychiatrische instelling of detentie.

Ondanks de lichte verstandelijke beperking van de doelgroep wordt maar 25% aangemeld door MEE of de verstandelijk gehandicapten zorg. 75% van de cliënten is aangemeld door verwijzers uit de reguliere GGZ of vanuit het strafrecht.

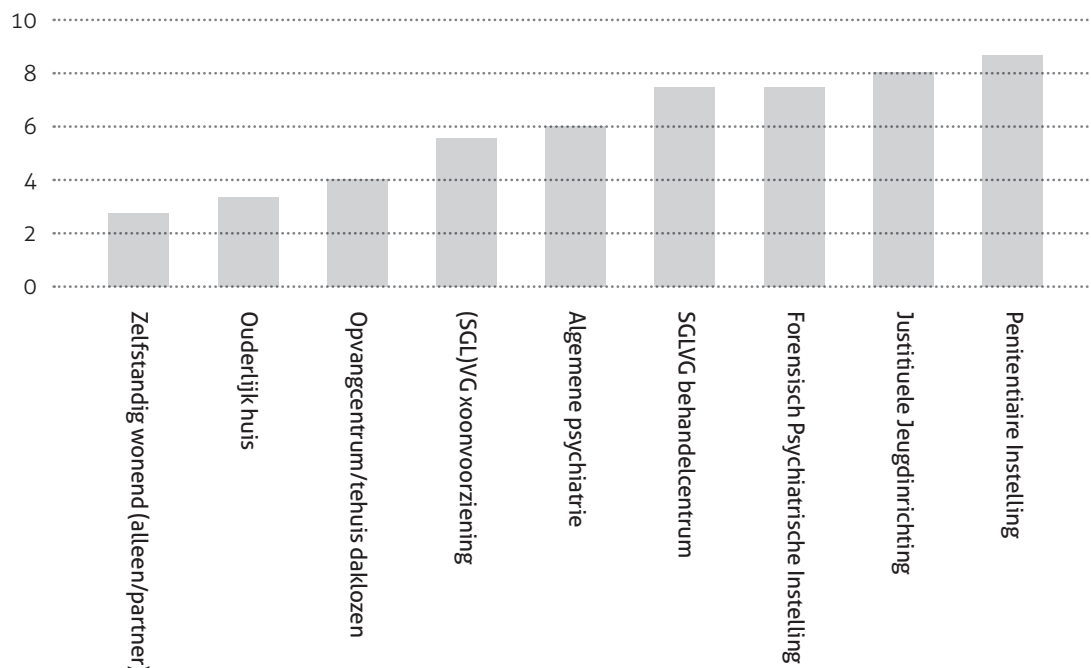
Tabel 8: Verwijzers

	N	%
Eerste lijn- hulpverlening	15	3
GGZ	97	20
Verstandelijk gehandicaptenzorg	76	15
Verslavingszorg	17	3
MEE	49	10
Bureau Jeugdzorg	22	4
Behandelvoorziening voor jeugdigen	10	2
NIFP/FPD	48	10
Justitie	60	12
Reclassering	89	18
Forensisch psychiatrische instelling	15	3

4.3 Restrictiviteit voor opname

37% van de onderzoeksgroep verblijft voor opname in een setting met een hoge mate van restricties (Forensisch psychiatrische instelling, justitiële jeugdinrichting of een penitentiaire instelling). 20% van de cliënten woont in een setting met (gemiddeld) weinig restricties (zelfstandig wonend of in het ouderlijk huis).

Figuur 7: REM totaalscore bij wachtlijstmeting per verwijzsetting



29

4.4 Risicofactoren bij opnamemeting

Bij de opnamemeting heeft 90% van de cliënten een gemiddelde score onder de drie op één van de DROS schalen, wat betekent dat de cliënt ernstige problemen heeft op het gebied van de betreffende risicofactor. De meeste cliënten hebben een dergelijke problematische score op meerdere risicofactoren, het gemiddelde ligt op zes risicofactoren.

Probleembesef en copingvaardigheden zijn de risicofactoren waar de meerderheid van de cliënten (74% en 68%) een gemiddeld problematische score op hebben bij de opnamemeting.

Tabel 9: Risicofactoren DROS bij opnamemeting

	N*	%
1. Probleembesef/probleeminzicht	190	74
2. Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding	104	40
3. Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling	139	58
4. Medewerking aan de behandeling/begeleiding	121	47
5. Criminogene attitude	97	38
6. Copingvaardigheden	176	68
7. Vijandigheid	83	32
8. Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag	28	11
9. Impulsiviteit	77	30
10. In stand houden van prosociale structuren	88	34
11. Zelfredzaamheid	89	35
12. Sociale vaardigheden en gedrag	99	38
13. Verslaving, middelengebruik en gokken	83	34
14. Psychotische symptomen	48	20

* aantal cliënten met gemiddelde schaalscore < 3

30

De DROS totaalscore bij de opnamemeting is gemiddeld hoger bij vrouwen dan bij mannen ($p < 0,05$). Dit betekent dat er bij vrouwen sprake is van iets minder of minder ernstige risicofactoren bij opname.

De DROS totaalscore bij de opnamemeting is ook significant verschillend afhankelijk van de juridische status bij opname. Cliënten die vrijwillig zijn opgenomen hebben gemiddeld een hogere score, cliënten met een civielrechtelijke maatregel hebben gemiddeld een lagere score bij opname.

Tabel 10: DROS totaalscore bij opnamemeting

	N	M (SD)	
Hele groep	258	3,1 (0,6)	
SEKSE			
Man	179	3,1 (0,6)	
Vrouw	50	3,3 (0,6)	t-toets $p < 0,05$
JURIDISCHE STATUS			
Vrijwillig	72	3,4 (0,5)	Anova $p < 0,001$
Civielrechtelijke maatregel	67	2,9 (0,6)	
Strafrechtelijke maatregel	115	3,1 (0,6)	

H.5

Behandeleffect

31

5.1 Behandeleffect op stabiel dynamische risicofactoren

Om het behandeleffect te onderzoeken zijn de effectsizes berekend met Cohen's d , voor verschillende periodes in behandeling. Voor de interpretatie van Cohen's d worden gebruikelijk de onderstaande vuistregels gehanteerd:

1,30 en hoger:	zeer groot effect
0,80 en 1,29:	groot effect
0,50 en 0,79:	middelgroot effect
0,20 en 0,49:	klein effect
Onder 0,20:	verwaarloosbaar effect

Een grote effectsize wil nog niet zeggen dat de interventie bij alle cliënten tot verbetering leidt. Andersom geldt ook dat bij een kleine effectsize wel een aantal cliënten kunnen zijn verbeterd. Om hier inzicht in te geven is het aantal cliënten dat betrouwbaar is verslechterd of verbeterd, ook weergegeven. Dit is berekend met de Reliable Change Index, die getoetst is met een 95% betrouwbaarheidsinterval.

Stabiel dynamische risicofactoren zijn variabelen die samenhangen met probleemgedrag. Deze factoren kunnen veranderen, maar doorgaans niet binnen hele korte tijd. Voorbeelden zijn copingvaardigheden of impulsiviteit. De stabiel dynamische risicofactoren zijn gemeten met de DROS en de dynamische items van de HKT-30. Zie hoofdstuk twee voor een omschrijving van de instrumenten.

DROS

De Reliable change index van de DROS totaalscore is 0,42. Getoetst met een 95% betrouwbaarheidsinterval is dit 0,83. Dat wil zeggen dat cliënten bij wie het verschil tussen de DROS totaalscores groter is dan 0,83, betrouwbaar verbeterd zijn. Zie tabel 11 voor de behandel-effecten op de DROS totaalscore. Na zes maanden behandeling is het effect klein, na een jaar middelgroot en vanaf anderhalf jaar behandeling zijn de effecten groot.

Tabel 11: Effectsize DROS totaalscore

	N	Cohen's d	--	-	+/-	+	++
6 maanden	180	0,30	1 (1)	5 (3)	130 (72)	35 (19)	9 (5)
12 maanden	131	0,55	2 (1)	5 (4)	71 (54)	39 (30)	14 (11)
18 maanden	105	0,81	-	5 (5)	49 (46)	25 (24)	26 (25)
24 maanden	71	1,01	-	4 (6)	26 (37)	18 (25)	23 (32)
30 maanden	42	0,97		5 (12)	12 (29)	9 (21)	16 (38)
36 maanden	29	1,12		1 (3)	12 (41)	4 (14)	12 (41)

-- : aantal (%) cliënten 95% betrouwbaarheid verslechterd
- : aantal (%) cliënten waarschijnlijk verslechterd
+/- : aantal (%) cliënten onveranderd
+ : aantal (%) cliënten waarschijnlijk verbeterd
++ : aantal (%) cliënten 95% betrouwbaarheid verbeterd

32

Tabel 11 laat zien dat het effect van de behandeling groter wordt naarmate de tijd in behandeling. Dit betekent dat cliënten ook na langere tijd in behandeling nog steeds vooruit gaan. De mate van vooruitgang per half jaar blijft over de behandeling min of meer gelijk (getoetst met Cramer's V), dus ook na langere tijd in behandeling verbeteren cliënten over het algemeen even sterk als aan het begin van behandeling. De gevonden effectsizes zijn sterker voor de groep cliënten die opgenomen is met een strafrechtelijke maatregel.

Tabel 12: Effectsize DROS totaalscore en juridische status

	SGLVG*			SGLVG+**		
	N	M (SD)	Effectsize Cohen's d	N	M (SD)	Effectsize Cohen's d
Opnamemeting	102	3,1 (0,66)		78	3,1 (0,58)	
6 maanden	102	3,3 (0,63)	0,25	78	3,4 (0,60)	0,37
12 maanden	67	3,3 (0,55)	0,41	64	3,4 (0,60)	0,70
18 maanden	56	3,4 (0,48)	0,64	49	3,6 (0,54)	1,00
24 maanden	35	3,4 (0,55)	0,82	36	3,7 (0,54)	1,24
30 maanden	24	3,4 (0,59)	0,84	18	3,6 (0,57)	1,15
36 maanden	14	3,4 (0,63)	0,90	15	3,6 (0,48)	1,36

* Vrijwillig, civielrechtelijke maatregel. ** Strafrechtelijke maatregel

De effectsizes, bijvoorbeeld na 24 maanden, verschillen per schaal (zie tabel 13). Op de schalen Probleembesef, Attitude tegenover de huidige zorg en Ideeën over de situatie na behandeling is de effectsize na 24 maanden groot. Ook op sociale vaardigheden en gedrag is de effectsize groot. Op veel schalen is de effectsize na 24 maanden middelgroot. (Medewerking aan de behandeling, Criminogene attitudes, Copingvaardigheden, Vijandigheid en In stand houden van prosociale structuren) De effectsizes op Impulsiviteit en Zelfredzaamheid zijn na 24 maanden klein.

Tabel 13: Effectsize per DROS schaal

	Cohen's d 6 mnd N=180	Cohen's d 12 mnd N=131	Cohen's d 18 mnd N=105	Cohen's d 24 mnd N=71	Cohen's d 30 mnd N=42
1. Probleembesef/probleeminzicht	0,35	0,55	0,79	1,13	1,45
2. Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding	0,18	0,35	0,49	0,86	0,73
3. Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling	0,21	0,56	0,90	1,02	1,18
4. Medewerking aan de behandeling/ begeleiding	0,20	0,29	0,47	0,55	0,58
5. Criminogene attitudes	0,25	0,47	0,59	0,71	0,70
6. Copingvaardigheden	0,25	0,37	0,67	0,66	0,90
7. Vijandigheid	0,18	0,30	0,49	0,63	0,47
8. Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag	0,05	0,13	0,22	0,37	0,08
9. Impulsiviteit	0,16	0,27	0,40	0,48	0,54
10. In stand houden van prosociale structuren	0,27	0,39	0,51	0,66	0,56
11. Zelfredzaamheid	0,16	0,28	0,38	0,34	0,46
12. Sociale vaardigheden en gedrag	0,34	0,56	0,85	0,99	0,68
13. Verslaving, middelengebruik en gokken	0,14	0,16	0,24	0,26	0,35
14. Psychotische symptomen	0,10	0,13	0,17	0,18	0,19

De schalen Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag, Verslaving middelengebruik en gokken en Psychotische symptomen zijn erg scheef verdeeld. Bij veel cliënten zijn deze factoren geen onderdeel van het probleemgedrag, zij scoren bij opname al een 5. Deze factoren zijn in dat geval geen doel van de behandeling. De effectsize over de gehele groep is dan ook klein. Analyses van deze schalen over de groepen waarbij deze factoren wel onderdeel van behandeling is zijn opgenomen in hoofdstukken 7 en 8.

KT-19

De Reliable change index voor de KT-19 is 0,48. Getoetst met 95% betrouwbaarheidsinterval is dit 0,94.

Tabel 14: Effectsize KT-19 totaalscore

	N	Cohen's d	--	-	+/-	+	++
12 maanden	174	0,37	2 (1)	14 (8)	114 (66)	22 (13)	22 (13)
24 maanden	94	0,69	1 (1)	5 (5)	51 (54)	21 (22)	16 (17)
36 maanden	41	1,22	1 (2)	1 (2)	14 (34)	11 (27)	14 (34)

-- : aantal (%) cliënten 95% betrouwbaarheid verslechterd
- : aantal (%) cliënten waarschijnlijk verslechterd
+/- : aantal (%) cliënten onveranderd
+ : aantal (%) cliënten waarschijnlijk verbeterd
++ : aantal (%) cliënten 95% betrouwbaarheid verbeterd

Tabel 15: Effectsize per KT-19 item

	Cohen's d 12 mnd N=174	Cohen's d 24 mnd N=94	Cohen's d 30 mnd N=41
K1. Probleeminzicht	0,26	0,56	0,91
K2. Psychotische symptomen	0,14	0,17	0,07
K3. Middelenmisbruik	-0,11	-0,13	-0,06
K4. Impulsiviteit	0,13	0,18	0,29
K5. Empathie	0,14	0,30	0,67
K6. Vijandigheid	0,14	0,19	0,34
K7. Sociale en relationele vaardigheden	0,37	0,36	0,49
K8. Zelfredzaamheid	0,11	0,16	0,39
K9. Acculturatie-problematiek	0,05	0,21	0,03
K10. Attitude t.o.v. behandeling	0,08	0,15	0,49
K11. Verantwoordelijkheid voor het delict	0,30	0,44	0,73
K12. Seksuele preoccupatie	0,06	0,13	0,04
K13. Copingvaardigheden	0,39	0,53	0,60
T1. Overeenstemming over voorwaarden	0,32	0,56	0,92
T2. Materiële indicatoren	0,33	0,71	1,23
T3. Dagbesteding	0,15	0,46	0,81
T4. Vaardigheden	0,41	0,64	1,14
T5. Sociale steun en netwerk	0,24	0,18	0,18
T6. Stresserende omstandigheden	0,27	0,54	1,07

5.2 Internaliserend en externaliserend probleemgedrag

Internaliserend en externaliserend probleemgedrag is gemeten met de ABCL. Zie hoofdstuk 2 voor een omschrijving van het instrument. De Reliable Change Index voor de ABCL totaalscore is 29,79. Getoetst met een 95% betrouwbaarheidsinterval is dit 58,38.

Tabel 16: Effectsize ABCL totaalscore

	N	Cohen's d	--	-	+/-	+	++
6 maanden	267	0,02	7 (3)	33 (12)	185 (69)	34 (13)	8 (3)
12 maanden	172	0,15	9 (5)	29 (17)	109 (63)	22 (13)	3 (2)
18 maanden	123	0,24	8 (7)	27 (22)	75 (61)	10 (8)	3 (2)
24 maanden	85	0,36	8 (9)	13 (15)	55 (65)	8 (10)	1 (1)
30 maanden	57	0,38	3 (5)	11 (19)	40 (70)	2 (4)	1 (2)
36 maanden	37	0,47	7 (19)	6 (16)	20 (54)	2 (5)	2 (5)

-- : aantal (%) cliënten 95% betrouwbaarheid verslechterd
- : aantal (%) cliënten waarschijnlijk verslechterd
+/- : aantal (%) cliënten onveranderd
+ : aantal (%) cliënten waarschijnlijk verbeterd
++ : aantal (%) cliënten 95% betrouwbaarheid verbeterd

Groepsleiding geeft aan dat veel cliënten meer probleemgedrag laten zien naarmate ze gewend raken in de nieuwe situatie. De eerste meting zou dan een onderrapportage van probleemgedrag kunnen geven. Als we echter de meting na 9 maanden als startmeting hanteren, vinden we grotendeels vergelijkbare effectsizes (respectievelijk 0,06, 0,18, 0,30, 0,34, 0,55 en 0,40).

Tabel 17: Effectsize per ABCL subschaal

	Cohen's d 6 mnd N=267	Cohen's d 12 mnd N=172	Cohen's d 18 mnd N=123	Cohen's d 24 mnd N=85	Cohen's d 30 mnd N=57
Angst	0,02	0,13	0,20	0,29	0,48
Teruggetrokken	0,01	0,10	0,13	0,38	0,34
Lichamelijke problemen	0,03	0,14	0,24	0,25	0,35
Denkproblemen	0,10	0,26	0,33	0,37	0,35
Aandachtsproblemen	0,06	0,06	0,16	0,16	0,18
Agressief gedrag	0,03	0,13	0,19	0,25	0,22
Regelovertredend gedrag	0,11	0,12	0,14	0,23	0,24
Intrusief	0,05	0,11	0,03	0,12	0,16
Subtotaal Externaliserend probleemgedrag	0,01	0,14	0,17	0,25	0,24
Subtotaal Internaliserend probleemgedrag	0,00	0,17	0,25	0,42	0,52

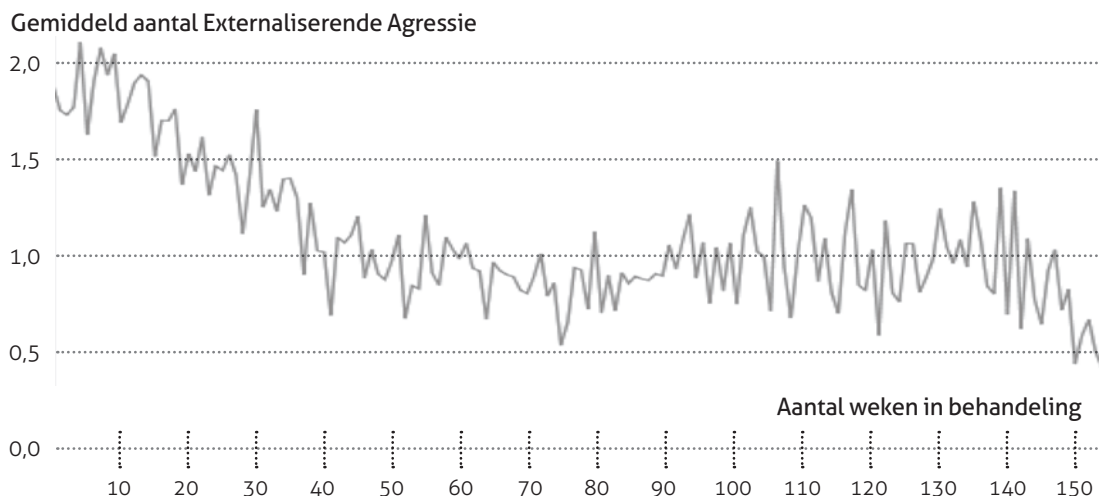
5.3 Incidenten

Incidenten tijdens de opname zijn gescoord op een weekformulier van de MOAS+. Dit weekformulier wordt twee maal daags aangevuld, dus in totaal zouden 14 diensten gescoord moeten zijn per week. Als er meer dan 7 diensten in een week niet gescoord waren, dan is die week niet meegenomen in de analyses. Voor de analyses zijn daarnaast alleen cliënten meegenomen waarvoor de eerste meting aanwezig was binnen (een) van de eerste 13 weken in behandeling. Ook zijn alleen de eerste 156 weken in behandeling gebruikt voor de analyses. Met deze voorwaarden is data meegenomen van 460 cliënten, waarvoor in totaal 26.240 weken zijn ingevuld. Om vergelijkbare meetmomenten te krijgen als de andere instrumenten zijn de gemiddelde scores berekend over verschillende periodes. (Opnamemeting: week 0-13, Meting 2: week 14-39, Meting 3: week 40-65, Meting 4: week 66-91, Meting 5: week 92-117, Meting 6: week 118-143)

Voor 94% van deze cliënten is minimaal een keer een incident gescoord. Bij 93% van de cliënten gaat het hierbij (ook) om externaliserende agressie (verbale agressie, agressie tegen objecten of fysieke agressie). Bij 30% is minimaal een keer een incident aan de orde geweest waarbij de cliënt zichzelf heeft verwond (autoagressie). Bij 42% van de cliënten is sprake geweest van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bij 78% was er minimaal een keer sprake van een ernstig incident (sterk of extreem). Voor 7% van de cliënten is er nooit een incident gescoord. 426 cliënten laten gedurende de behandeling externaliserende agressie zien (verbale agressie, agressie tegen objecten of fysieke agressie). Voor 64% van deze cliënten is in de basisregistratie aangegeven dat agressie een aanleiding was voor opname.

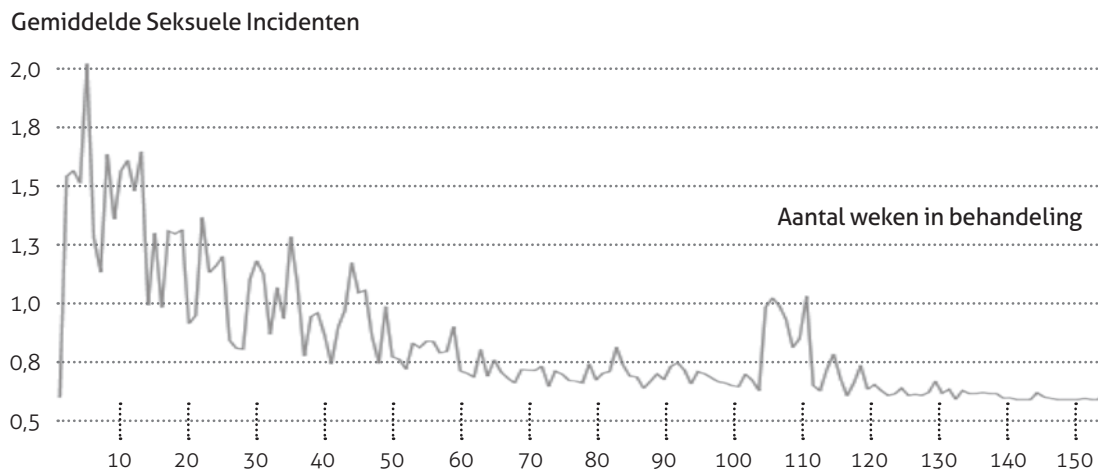
36

Figuur 8: Afname externaliserende agressie gedurende behandeling bij cliënten die externaliserende agressie hebben laten zien. (N=426)



191 cliënten laten tijdens opname seksueel grensoverschrijdend gedrag zien. Bij 38% van deze groep was aangegeven dat seksueel grensoverschrijdend gedrag een aanleiding was voor opname.

Figuur 9: Afname seksueel grensoverschrijdend gedrag gedurende behandeling bij cliënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben laten zien. (N=191)



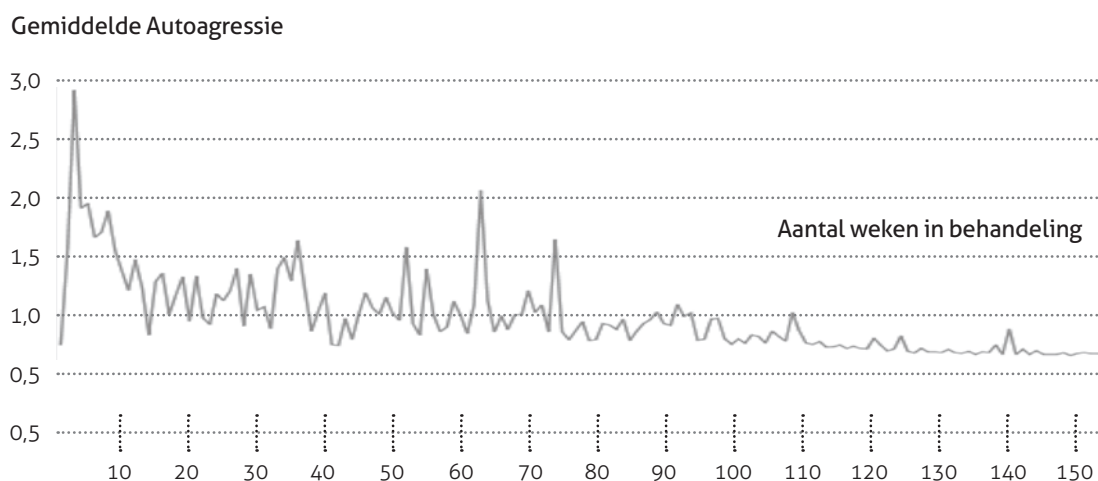
In figuur 9 is een piek te zien na twee jaar behandeling. Deze piek wordt veroorzaakt door twee jonge mannelijke cliënten met een civielrechtelijke maatregel. Beiden hebben een autistische stoornis. In dit hoofdstuk zijn ze uit de verdere analyses gehouden.

37

Autoagressie

137 cliënten laten tijdens opname autoagressie zien. Bij 23% van deze cliënten was aangegeven dat autoagressie een aanleiding voor opname was.

Figuur 10: Afname autoagressie gedurende behandeling bij cliënten die autoagressie hebben laten zien. (N=137)



Tabel 18: gemiddeld aantal incidenten per cliënt

	N	M	SD	t-waarde	p	Cohens d
EXTERNALISERENDE AGRESSIE						
Opnameperiode (week 0-13)	416	1,9	3,8			
6 maanden (week 14-39)	416	1,4	2,2	3,5	< 0,001	0,17
12 maanden (week 40-65)	303	1,0	1,8	3,2	< 0,01	0,22
18 maanden (week 66-91)	190	0,9	1,4	3,8	< 0,001	0,38
24 maanden (week 92-117)	127	0,9	1,4	3,7	< 0,001	0,44
30 maanden (week 118-143)	87	0,9	1,7	3,3	< 0,01	0,40
AUTOAGRESSIE						
Opnameperiode (week 0-13)	416	0,08	0,40			
6 maanden (week 14-39)	416	0,07	0,46	0,70	n.s.	0,03
12 maanden (week 40-65)	303	0,05	0,32	20,3	< 0,05	0,07
18 maanden (week 66-91)	190	0,08	0,44	0,00	n.s.	0,00
24 maanden (week 92-117)	127	0,10	0,65	-0,01	n.s.	0,00
30 maanden (week 118-143)	87	0,03	0,13	1,5	n.s.	0,21
SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG						
Opnameperiode (week 0-13)	414	0,10	0,32			
6 maanden (week 14-39)	416	0,07	0,22	10,9	n.s.	0,11
12 maanden (week 40-65)	301	0,08	0,43	0,4	n.s.	0,03
18 maanden (week 66-91)	188	0,05	0,15	2,4	< 0,05	0,25
24 maanden (week 92-117)	125	0,03	0,09	2,9	< 0,01	0,43
30 maanden (week 118-143)	86	0,03	0,08	2,9	< 0,01	0,51

38

Met paired sample t-toets is getoetst of de verschillen tussen de gemiddelden door toeval zijn te verklaren. Bij externaliserend agressie is er sprake van een significante afname van incidenten gedurende de behandeling. Bij autoagressie is alleen de afname na 12 maanden significant, maar daarna niet meer, ook niet als we alleen naar cliënten kijken die tijdens behandeling ooit autoagressie laten zien. Ook als we twee cliënten uit de analyses houden die zeer veel autoagressie laten zien heeft dit geen invloed. Elke zes maanden gedurende de opname vertoont ongeveer 13% van de onderzoeksgroep autoagressie. Dit percentage neemt niet af, wat uitsluit dat de incidenten gedurende de opname door een steeds kleinere groep cliënten worden veroorzaakt.

Op externaliserende agressie vinden we kleine effecten vanaf 24 maanden, en op seksueel grensoverschrijdend gedrag een klein tot middelgroot effect vanaf 24 maanden behandeling.

Als we kijken naar de ernst van de incidenten dan vinden we een significante afname van zowel licht/matig ernstige incidenten als sterk/extreem ernstige incidenten.

Tabel 19: Gemiddeld aantal incidenten naar ernst van de agressie*

	N	M	SD	t-waarde	p	Cohens d
LICHTE/MATIGE INCIDENTEN						
Opnameperiode (week 0-13)	416	1,7	3,3			
6 maanden (week 14-39)	416	1,2	2,0	3,5	< 0,001	0,16
12 maanden (week 40-65)	303	0,93	1,6	3,2	< 0,01	0,22
18 maanden (week 66-91)	190	0,83	1,3	3,7	< 0,001	0,37
24 maanden (week 92-117)	127	0,87	1,4	3,5	< 0,01	0,41
30 maanden (week 118-143)	87	0,80	1,5	3,6	< 0,01	0,44
STERKE/EXTREME INCIDENTEN						
Opnameperiode (week 0-13)	416	0,38	0,85			
6 maanden (week 14-39)	416	0,28	0,58	2,9	< 0,01	0,14
12 maanden (week 40-65)	303	0,20	0,44	2,5	< 0,05	0,17
18 maanden (week 66-91)	190	0,18	0,36	3,1	< 0,01	0,28
24 maanden (week 92-117)	127	0,23	0,66	1,5	n.s.	0,18
30 maanden (week 118-143)	87	0,12	0,25	3,4	< 0,01	0,45

* externaliserende agressie, autoagressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag

5.4 Behandeleffect meerdere metingen

Analyses met herhaalde metingen (GLM) vereisen een complete dataset, zonder missende metingen. De ontbrekende metingen bij de DROS, KT-19 en ABCL zijn ingevuld met de gemiddelde score van de meting voor en na de ontbrekende meting. Voor de MOAS+ zijn de gemiddelde scores berekend over verschillende periodes. (Opnamemeting: week 0-13, Meting 2: week 14-39, Meting 3: week 40-65, Meting 4: week 66-91, Meting 5: week 92-117, Meting 6: week 118-143)

Met multivariate analyse is geanalyseerd of de gemiddelden van de verschillende meetmomenten (over de eerste drie jaar) significant veranderen. 'Repeated measures' analyse was niet mogelijk vanwege schending van de sphericiteitsassumptie.

Tabel 20: Multivariate analyse

	N	Value*	F	p
DROS	422	0,02	4024	< 0,001
KT-19	601	0,04	3779	< 0,001
ABCL	600	0,05	1549	< 0,001

* Wilk's Lambda

Op alle instrumenten is een significante lineaire verandering gedurende de opname te zien (tabel 20 en 21). Bij alle instrumenten betekent deze verandering dat de cliënten gedurende de behandeling verbeterd zijn.

Tabel 21: Multivariate analyse MOAS (N=457)

	Value*	F	p
EXTERNALISERENDE AGRESSIE			
Jaar 1 (week 0-52)	0,57	5,79	< 0,001
Jaar 2 (week 53-104)	0,66	3,95	< 0,001
Jaar 3 (week 105-157)	0,67	3,86	< 0,001
AUTOAGRESSIE			
Jaar 1 (week 0-52)	0,82	1,74	< 0,01
Jaar 2 (week 53-104)	0,86	1,27	n.s.
Jaar 3 (week 105-157)	0,92	1,80	< 0,05
SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG			
Jaar 1 (week 0-52)	0,81	1,79	< 0,01
Jaar 2 (week 53-104)	0,84	1,49	< 0,05
Jaar 3 (week 105-157)	0,88	1,95	< 0,01

* Wilk's Lambda

5.5 Behandeleffect vaardigheden

De SRZ-P score aan het begin en einde van de behandeling geeft de vooruitgang weer van zelfredzaamheidvaardigheden van de cliënt.

Tabel 22: SRZ-P voor- en nameting (N=88)

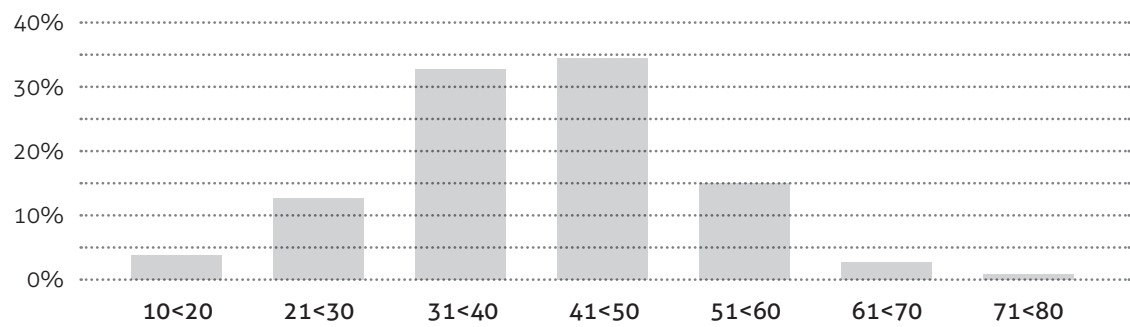
	M	SD	T-toets
SRZ-P score begin behandeling	37,6	11,3	p < 0,001
SRZ-P score einde behandeling	41,5	11,2	

De SRZ-P score bij ontslag is gemiddeld significant hoger dan bij opname. Er is sprake van een klein effect (d=0,35).

5.6 Behandeleffect algeheel functioneren

De GAF score aan het begin en einde van de behandeling geeft de vooruitgang weer van het algemeen functioneren van de cliënt.

Figuur 11: GAF categorie bij opnamemeting



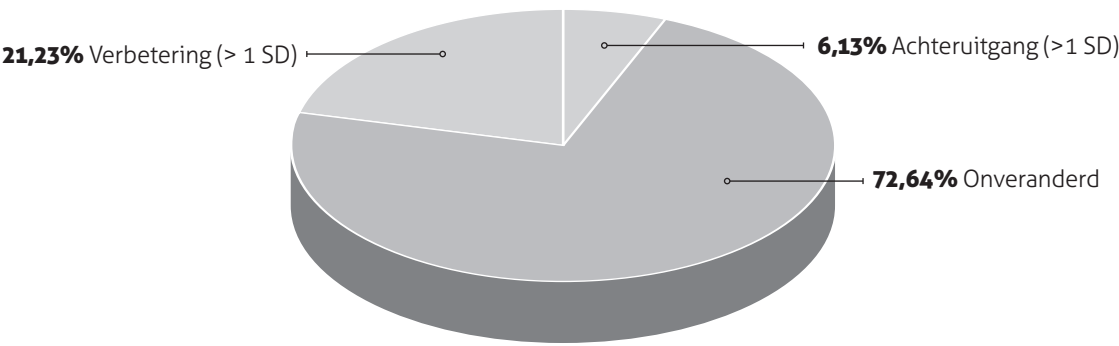
Tabel 23: GAF score voor- en nameting (N=212)

	M	SD	T-toets
GAF score begin behandeling	43,3	10,3	p < 0,001
GAF score einde behandeling	47,2	11,4	

41

De GAF score bij ontslag is gemiddeld significant hoger dan bij opname. Er is sprake van een klein effect (d=0,36). Dat betekent niet dat alle cliënten bij ontslag een hogere GAF score hebben zoals in grafiek 12 is te zien.

Figuur 12: Verandering GAF score (N=212)



H.6

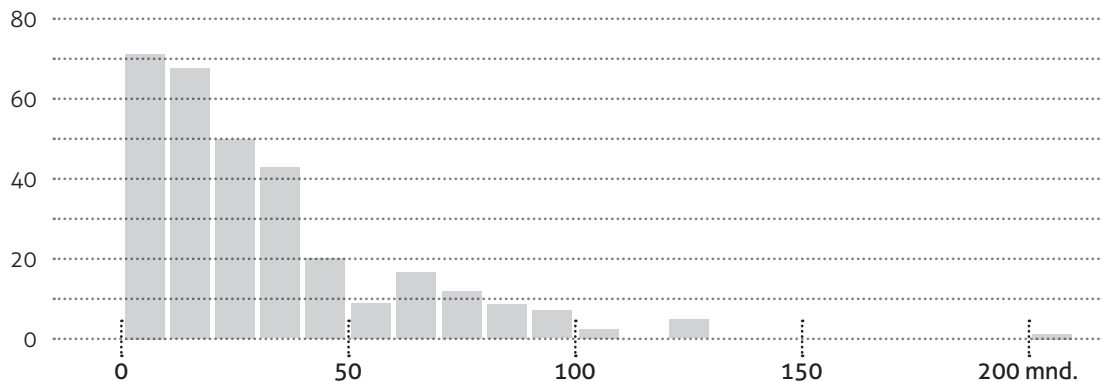
Behandelduur

43

6.1 Behandelduur

De gemiddelde behandelduur voor SGLVG cliënten ($N=295$) is 28 maanden ($SD=24$) ofwel 2 jaar en 4 maanden.

Figuur 13: Aantal cliënten en behandelduur ($N=295$)



In tabel 24 is de gemiddelde behandelduur per Borginstelling weergegeven.

Tabel 24: Behandelduur in maanden per Borginstelling

	N	Mean	SD	Min-Max
Ipse de Bruggen	42	35	24	9-102
Altrecht-Wier	78	18	18	0-89
Trajectum	175	30	27	0-207
Totaal	295	28	25	0-207

Gegevens over behandelduur van Dichterbij-STEVIg zijn onbekend

De behandelduur correleert negatief ($r=-0,23$; $N=144$; $p < 0,01$) met de DROS totaalscore van de opnamemeting. Dit betekent dat de behandelduur langer is naarmate de DROS totaalscore bij de opnamemeting lager ligt. De ABCL totaalscore bij opname correleert positief met de behandelduur ($r=0,22$; $N=157$; $p < 0,01$)

De behandelduur is significant korter (ANOVA; $p < 0,001$) bij cliënten met een strafrechtelijke titel (SGLVG+) dan bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen of met een civielrechtelijke maatregel (SGLVG).

Tabel 25: Behandelduur en juridische status bij opname

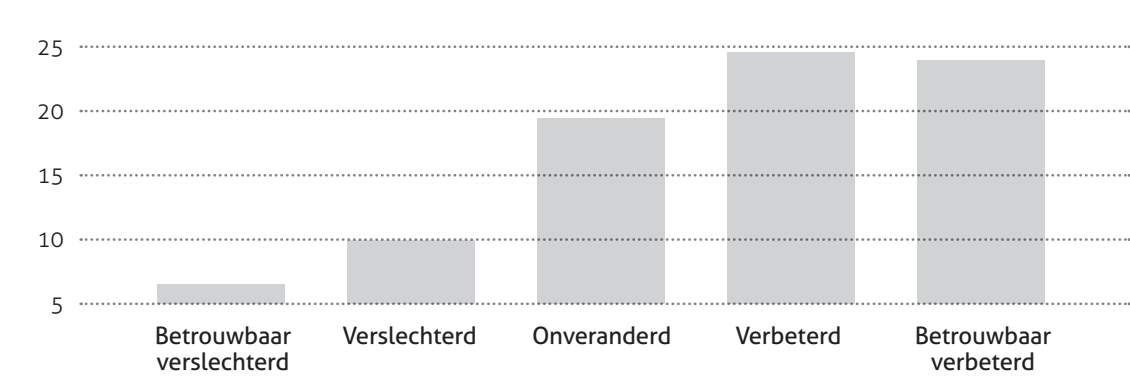
	N	Mean	SD
Vrijwillig	113	31	30
Civielrechtelijke maatregel	77	32	25
Strafrechtelijke maatregel (SGLVG+)	105	21	15

6.2 Behandelvooruitgang en behandelduur

De hypothese is getoetst of cliënten die aan het begin van behandeling sterker vooruit gaan, uiteindelijk korter in behandeling zijn. Het tegengestelde blijkt echter. Een sterke vooruitgang voorspelt een langere behandelduur. Dit kan verklaart worden door het feit dat cliënten die sterk vooruitgaan een gemiddeld lagere DROS score bij de opnamemeting hebben. De DROS totaalscore bij opname blijkt voorspellend voor de vooruitgang na een jaar. ($r=0,38$, $p < 0,001$).

De mate van vooruitgang op de DROS in de eerste zes maanden in de behandeling hangt samen met de behandelduur. Zoals in grafiek 14 is te zien zijn cliënten die in de eerste zes maanden verslechteren op de DROS totaalscore korter in behandeling dan cliënten die geen verandering laten zien of vooruitgaan.

Figuur 14: Behandelvooruitgang in de eerste 6 maanden afgezet tegen de behandelduur



Dit verband is significant (regressie analyse $R=0,27$; $p < 0,01$).
Bij de ABCL wordt dit verband niet gevonden.

6.3 Behandelduur en reden uitschrijving

De behandelduur bij cliënten die met wederzijdse instemming met ontslag gaan ligt gemiddeld op 3 jaar. Cliënten die de behandeling zelf voortijdig afbreken doen dit gemiddeld na 1 jaar en 4 maanden. De behandelvooruitgang in het eerste jaar is niet voorspellend voor de reden van beëindiging van de behandeling.

45

Tabel 26: Reden uitschrijving en behandelduur in maanden

	N	Behandelduur M (SD)
Wederzijdse instemming/proefverlof	115	36 (26)
Afgebroken door hulpverlener/overplaatsing	31	24 (22)
Afgebroken door cliënt/onttrekking	36	16 (12)
Beëindiging maatregel	7	14 (11)

NB Aangezien de behandelduur van Altrecht-Wier de vaste duur van 18 maanden heeft, is de data van Wier in deze tabel niet meegenomen.

De behandeling van SGLVG+ cliënten wordt vaker beëindigd door de hulpverlener of doordat de maatregel beëindigd is (Chi-square $< 0,01$). Dit kan de gemiddeld kortere behandelduur van SGLVG+ cliënten verklaren.

Tabel 27: Reden uitschrijving en juridische status bij opname

	SGLVG* N=161 (%)	SGLVG+** N=98 (%)
Wederzijdse instemming/proefverlof	69	53
Afgebroken door hulpverlener/overplaatsing	13	20
Afgebroken door cliënt/onttrekking	17	18
Beëindiging maatregel	-	8
Suicide	1	1

** vrijwillig of civielrechtelijke maatregel ** strafrechtelijke maatregel*

Het IQ niveau van de cliënten hangt niet samen met de behandelduur of de reden van uitschrijving hoewel de behandeling bij zwakbegaafde cliënten wat vaker door de cliënt zelf voortijdig wordt afgebroken (17%) dan bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking (11%).

H.7

Psychopathologie en behandel-effect

47

7.1 Inleiding

Voor vergelijking tussen groepen op psychopathologie zijn een aantal vergelijkingsgroepen gevormd van voor de behandeling relevante diagnoses. De volgende groepen worden onderscheiden:

- Autisme spectrum stoornis
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
- Middelenmisbruik/verslaving
- Persoonlijkheidsstoornis

Daarnaast zijn er twee groepen gevormd die een indicatie geven van de ernst van de psychopathologie:

- Geen/overige diagnoses (geen van de bovenstaande diagnoses)
- Complexe psychopathologie (verschillende combinaties van drie van bovenstaande diagnoses)

Bij veel cliënten in de onderzoeksgroep zijn meerdere diagnoses gesteld. Vooral de comorbiditeit tussen middelenmisbruik/verslaving en persoonlijkheidsstoornis is hoog, van de cliënten met een persoonlijkheidsstoornis heeft 58% ook een diagnose middelenmisbruik/verslaving.

Tabel 28: Comorbiditeit tussen vergelijkingsgroepen

	Comorbiditeit Autisme spectrum stoornis (%)	Comorbiditeit Middelenmisbruik verslaving (%)	Comorbiditeit Persoonlijkheids- stoornis (%)	Comorbiditeit Schizofrenie ea psychotische stoornissen (%)
Autisme spectrum stoornis (N=118)	-	26	26	19
Middelenmisbruik verslaving (N=219)	14	-	51	31
Persoonlijkheidsstoornis (N=193)	16	58	-	22
Schizofrenie ea psychotische stoornissen (N=130)	17	52	32	-

Voor de analyses in dit hoofdstuk zijn (indien de groepen groot genoeg waren) vergelijkingsgroepen gebruikt waarbij geen sprake is van onderlinge comorbiditeit. Binnen deze vergelijkingsgroepen is wel sprake van comorbiditeit met andere diagnoses zoals is te zien in tabel 29. Vooral de comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornis en PTSS (22%) en een stemmingstoornis (24%) is relatief hoog. Ook valt op dat de comorbiditeit tussen middelenmisbruik/verslaving en een gedrags- of impulscontrolestoornis hoog is (22%) in vergelijking met de andere vergelijkingsgroepen.

Tabel 29: Comorbiditeit vergelijkingsgroepen met andere diagnoses.

	N	Parafilie (%)	Gedragsstoornis/ impulscontrole (niet ADHD) (%)	ADHD (%)	PTSS (%)	Stemmings- stoornis (%)
Autisme spectrum s toornis	52	4	12	14	4	4
Middelenmisbruik verslaving	50	0	22	16	8	10
Persoonlijkheidsstoornis	51	4	14	10	22	24
Schizofrenie ea psychotische stoornissen	40	3	8	5	3	3

7.2 Situatie bij opname

In tabel 30 is de DROS totaalscore bij opname weergegeven per vergelijkingsgroep. De opnamemeting is significant lager bij de groep cliënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen.

Tabel 30: Psychopathologie en opnamemeting DROS

	DROS totaalscore Hele groep		DROS totaalscore Vergelijkingsgroep zonder comorbiditeit	
	N	M (SD)	N	M (SD)
Hele onderzoeksgroep	258	3,1 (0,6)		
Autisme spectrum stoornis	62	3,0 (0,6)*	24	3,1 (0,6)
Schizofrenie ea psychotische stoornissen	69	2,8 (0,6)***	15	2,8 (0,5)*
Middelenmisbruik verslaving	123	3,1 (0,5)	25	3,2 (0,4)
Persoonlijkheidsstoornis	104	3,1 (0,6)	22	3,4 (0,6)*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Bij de groep cliënten met complexe psychopathologie is de DROS totaalscore bij opname significant lager, terwijl deze bij cliënten met geen of overige diagnoses significant hoger ligt.

Tabel 31: DROS totaalscore bij opname en ernst van de psychopathologie

	N	DROS totaalscore bij opnamemeting M (SD)
Hele groep	258	3,1 (0,6)
Geen/overige diagnoses	65	3,3 (0,6)**
Complexe psychopathologie	23	2,8 (0,6)**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

7.3 Behandeleffect

Het behandeleffect op de DROS is voor de verschillende groepen weergegeven in tabel 34. Voor alle groepen is na 6 maanden een klein behandeleffect te vinden en na 12 maanden een middelgroot effect. Bij de groepen autisme spectrum stoornis en schizofrenie en andere psychotische stoornissen is het behandeleffect na 18 maanden groot. Voor de overige groepen vinden we na 24 maanden grote effecten. De effectsizes voor de groep persoonlijkheidsstoornis zijn wat minder groot vergeleken met de andere groepen.

Tabel 32: Psychopathologie en behandel-effect op DROS*

	N	M (SD)	Cohen's d
AUTISME SPECTRUM STOORNIS			
Opname	49	3,0 (0,6)	
6 maanden	49	3,2 (0,6)	0,35
12 maanden	43	3,3 (0,6)	0,57
18 maanden	35	3,5 (0,5)	1,00
24 maanden	25	3,4 (0,6)	1,14
30 maanden	15	3,2 (0,6)	1,23
MIDDELENMISBRUIK/VERSLAVING			
Opname	92	3,0 (0,6)	
6 maanden	92	3,2 (0,6)	0,34
12 maanden	64	3,3 (0,6)	0,50
18 maanden	51	3,4 (0,5)	0,79
24 maanden	38	3,5 (0,6)	0,92
30 maanden	23	3,4 (0,6)	1,06
PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS			
Opname	75	3,2 (0,6)	
6 maanden	75	3,3 (0,6)	0,21
12 maanden	52	3,3 (0,6)	0,57
18 maanden	44	3,4 (0,6)	0,65
24 maanden	30	3,5 (0,5)	0,97
30 maanden	17	3,4 (0,6)	0,86
SCHIZOFRENIE EN ANDERE PSYCHOTISCHE STOORNISSEN			
Opname	48	2,8 (0,7)	
6 maanden	48	3,0 (0,7)	0,37
12 maanden	40	3,2 (0,6)	0,69
18 maanden	34	3,3 (0,6)	0,96
24 maanden	23	3,4 (0,6)	1,13
30 maanden	16	3,3 (0,7)	1,28
OVERIGE OF GEEN PSYCHOPATHOLOGIE			
Opname	42	3,3 (0,6)	
6 maanden	42	3,5 (0,5)	0,29
12 maanden	33	3,5 (0,5)	0,48
18 maanden	22	3,6 (0,4)	0,64
24 maanden	13	3,7 (0,4)	1,00
30 maanden	12	3,5 (0,6)	0,73

	N	M (SD)	Cohen's d
COMPLEXE PSYCHOPATHOLOGIE			
Opname	22	2,8 (0,6)	
6 maanden	22	2,9 (0,7)	0,29
12 maanden	16	3,1 (0,6)	0,48
18 maanden	15	3,3 (0,5)	0,79
24 maanden	9	3,3 (0,5)	1,12
30 maanden	8	3,4 (0,8)	1,42

* *Vergelijkingsgroepen met onderlinge comorbiditeit. Groepen zonder onderlinge comorbiditeit waren te klein.*

Na 30 maanden behandeling zijn er verschillen te zien tussen de vergelijkingsgroepen op het aantal cliënten dat (betrouwbaar) is verbeterd op de DROS totaalscore. Door de kleine groepen zijn deze verschillen niet significant en moeilijk interpreteerbaar. In de groep schizofrenie en andere psychotische stoornissen zijn na 18 maanden significant meer cliënten verbeterd (35%) vergeleken met de hele onderzoeksgroep (25%) (Chi-square $p < 0,05$).

Tabel 33: Behandelvoortgang op verschillende momenten gedurende opname

	Verbeterd ^o na 6 mnd (%)	Verbeterd ^o na 12 mnd (%)	Verbeterd ^o na 18 mnd (%)	Verbeterd ^o na 24 mnd (%)	Verbeterd ^o na 30 mnd (%)
Hele onderzoeksgroep N=180-42	24 (5)	41 (11)	49 (25)	58 (32)	60 (38)
Autisme Spectrum stoornis N=49-15	18 (6)	42 (14)	60 (29)	68 (44)	67 (53)
Middelenmisbruik/verslaving N=92-23	27 (4)	38 (8)	47 (24)	55 (26)	65 (39)
Persoonlijkheidsstoornis N=75-17	21 (3)	46 (8)	41 (23)	50 (23)	53 (24)
Schizofrenie ea psychotische stoornissen N=48-16	31 (4)	50 (15)	65 (35)*	70 (44)	75 (56)
Geen/overige diagnoses N=42-12	24 (5)	30 (12)	27 (18)	46 (31)	50 (25)
Complexe psychopathologie N=22-8	18 (0)	44 (6)	53 (33)	67 (44)	75 (75)

^o *betrouwbaar* * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Incidenten

In tabel 34 is het percentage cliënten weergegeven dat gedurende de opname (minimaal 1 keer) agressie laat zien. In alle groepen vertonen bijna alle cliënten (>94%) een keer externaliserende agressie. Bij autoagressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn wel verschillen te zien tussen de vergelijkingsgroepen. De groep

cliënten met een persoonlijkheidsstoornis vertoont vaker agressie naar zichzelf dan de andere groepen (Chi-square < 0,05). Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt meer voor in de groepen autisme spectrum stoornis en schizofrenie en andere psychotische stoornissen (Chi-square < 0,05).

Tabel 34: Cliënten die agressie laten zien gedurende de eerste 3 jaar opname

	Autisme spectrum stoornis % (N=68)	Middelenmisbruik/ verslaving % (N=145)	Persoonlijkheidsstoornis % (N=121)	Schizofrenie ea psychotische stoornissen % (N=80)
Externaliserende agressie	97	95	96	95
Autoagressie	34	31	41*	34
Seksueel grensoverschrijdend gedrag	59*	46	49	59*

Chi-square *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Bij alle groepen neemt het gemiddeld aantal incidenten per week gedurende de behandeling geleidelijk af. Deze afname van incidenten is voor alle groepen gelijk. De groep cliënten met een diagnose middelenmisbruik/verslaving laten gedurende de opname minder externaliserende agressie en autoagressie zien vergeleken met de hele onderzoeksgroep.

Tabel 35: Afname incidenten en psychopathologie

	Autisme spectrum stoornis M (SD)		Middelenmisbruik/ verslaving		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie ea psychotische stoornissen	
	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)
EXTERNALISERENDE AGRESSIE								
Opname ^o	68	2,0 (2,9)	145	1,1 (1,8)**	121	1,7 (3,1)	80	1,8 (3,5)
6 maanden	66	1,6 (2,3)	136	1,0 (1,3)**	116	1,4 (2,0)	76	1,2 (2,1)
12 maanden	62	0,89 (1,3)	111	0,82 (1,2)*	94	1,3 (2,4)	62	1,0 (1,7)
18 maanden	42	0,80 (1,0)	82	0,65 (1,1)	69	0,94 (1,6)	49	0,6 (0,9)
24 maanden	35	1,1 (1,4)	54	0,79 (1,2)	49	0,80 (1,2)	35	0,9 (1,4)
30 maanden	24	1,5 (2,4)	42	0,74 (1,4)	30	0,93 (1,7)	25	0,9 (1,9)
AUTOAGRESSIE								
Opname ^o	68	0,03 (0,14)*	145	0,02 (0,08)**	121	0,11 (0,45)	80	0,06 (0,23)
6 maanden	66	0,06 (0,21)	136	0,01 (0,08)*	116	0,13 (0,81)	76	0,05 (0,19)
12 maanden	62	0,01 (0,08)	111	0,01 (0,04)	94	0,10 (0,53)	62	0,05 (0,22)
18 maanden	42	0,03 (0,12)	82	0,01 (0,02)*	69	0,12 (0,50)	49	0,10 (0,62)
24 maanden	35	0,07 (0,26)	54	0,04 (0,20)	49	0,06 (0,17)	35	0,27 (1,2)
30 maanden	24	0,01 (0,02)	42	0,00 (0,01)*	30	0,06 (0,20)	25	0,03 (0,11)

	Autisme spectrum stoornis M (SD)		Middelenmisbruik/ verslaving		Persoonlijk- heidsstoornis		Schizofrenie ea psychotische stoornissen	
	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)
SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG								
Opname ^o	68	0,13 (0,32)	145	0,07 (0,25)*	121	0,12 (0,39)	80	0,19 (0,38)
6 maanden	66	0,06 (0,12)	136	0,06 (0,16)	116	0,08 (0,24)	76	0,09 (0,21)
12 maanden	62	0,04 (0,17)	111	0,07 (0,26)	94	0,09 (0,31)	62	0,10 (0,36)
18 maanden	42	0,09 (0,44)	82	0,05 (0,13)	69	0,05 (0,15)	49	0,08 (0,25)
24 maanden	35	0,38 (1,5)	54	0,15 (1,0)	49	0,02 (0,06)	35	0,27 (1,3)
30 maanden	24	0,07 (0,16)	42	0,05 (0,14)	30	0,04 (0,16)	25	0,07 (0,17)

^o Opnameperiode = week 0-13 * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Bij de groep cliënten die gedurende de opnameperiode veel agressie laten zien ($M > 3,0$; $N = 56$) is geen oververtegenwoordiging te zien van een van de vergelijkingsgroepen. Wel zijn er binnen deze groep meer cliënten met een diagnose impulscontrolestoornis (30%) dan bij de cliënten die minder agressie laten zien in de opnameperiode (9%). Nadere analyse naar cliënten met de diagnose impulscontrolestoornis laat zien dat deze cliënten significant meer externaliserende agressie (maar geen andere typen agressie) laten zien in de opnameperiode ($p < 0,05$) en alleen bij lichte/matig ernstige incidenten ($p < 0,05$).

7.4 Behandelduur en psychopathologie

De behandelduur van de groep cliënten met middelenmisbruik/verslaving en de groep cliënten met een persoonlijkheidsstoornis is met respectievelijk 23 en 22 maanden significant korter dan van de hele onderzoeksgroep (28 maanden). Er is echter een hoge comorbiditeit tussen beide groepen en de kortere behandelduur lijkt sterker bepaald te worden door de groep cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. De vergelijkingsgroepen zonder onderlinge comorbiditeit zijn te klein om deze significante verschillen te bevestigen.

Tabel 36: Behandelduur en psychopathologie

	N	Behandelduur hele groep M (SD)	N	Behandelduur vergelijkingsgroep M (SD)
Hele onderzoeksgroep	295	28 (25)		
Autisme Spectrum stoornis	78	30 (23)	33	30 (24)
Middelenmisbruik/verslaving	125	23 (21)**	29	26 (21)
Persoonlijkheidsstoornis	109	22 (22)**	27	20 (16)
Schizofrenie ea psychotische stoornissen	65	30 (26)	21	38 (32)

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

De gemiddelde behandelduur is met 19 maanden significant korter bij cliënten met complexe psychopathologie.

Tabel 37: Behandelduur en ernst psychopathologie

	N	M (SD)
Hele onderzoeksgroep	295	28 (25)
Geen/overige diagnoses	187	27 (26)
Complexe psychopathologie	12	19 (12)*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Onder de groep cliënten die lang in behandeling blijft zijn meer cliënten met een autisme spectrum stoornis (niet significant).

Tabel 38: Lange behandelduur en psychopathologie*

	Hele groep N=596 (%)	> 28 mnd N=115 (%)	> 3 jaar N=77 (%)	> 4 jaar N=44 (%)
Autisme spectrum stoornis	20	32	33	30
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	22	23	23	25
Middelenmisbruik/afhankelijkheid	37	35	33	25
Persoonlijkheidsstoornis	32	25	27	18

* groepen met onderlinge comorbiditeit

De kortere (gemiddelde) behandelduur van cliënten met een diagnose middelenmisbruik/verslaving, en van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis kan deels uitgelegd worden door het feit dat de behandeling van deze cliënten vaker de behandeling voortijdig wordt afgebroken (zie tabel x). De vergelijkingsgroepen zijn te klein om significante verschillen aan te tonen, maar opvallend is dat de behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis vaker door de hulpverlener wordt afgebroken, terwijl de behandeling van cliënten met een diagnose middelenmisbruik/verslaving vaker zelf de behandeling afbreken.

Tabel 39: Reden uitschrijving en psychopathologie*

	Autisme spectrum stoornis N=29 (%)	Middelen misbruik/ verslaving N=26 (%)	Persoonlijk- heidsstoornis N=25 (%)	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen N=19 (%)
Wederzijdse instemming/proefverlof	76	58	68	79
Afgebroken door hulpverlener/overplaatsing	14	8	20	16
Afgebroken door cliënt/onttrekking	9	27	12	5
Beëindiging maatregel	-	8	5	-
Suicide	1	-	-	-

* groepen zonder onderlinge comorbiditeit

De behandeling van cliënten met complexe psychopathologie wordt vaker door de hulpverlener afgebroken dan alle andere groepen (n.s.), maar er is sprake van een erg kleine groep (N=12). Dit zou een mogelijke uitleg kunnen zijn voor de kortere gemiddelde behandelduur van deze groep.

Tabel 40: Reden uitschrijving en ernst psychopathologie

	Geen/overige diagnoses N=160 (%)	Complexe psychopathologie N=12 (%)
Wederzijdse instemming/proefverlof	59	42
Afgebroken door hulpverlener/overplaatsing	16	33
Afgebroken door cliënt/onttrekking	19	17
Beëindiging maatregel	4	8
Suicide	1	-

Tabel 41: Woonsituatie bij uitschrijving en psychopathologie ^b

	Autisme spectrum stoornis N=64 (%)	Middelen misbruik/ verslaving N=106 (%)	Persoonlijk- heidsstoornis N=94 (%)	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen N=56 (%)
Zelfstandig (evt. met anderen)	2	11*	16***	2*
Inwonend bij anderen (o.a. ouderlijk huis)	17	19	16	11
Begeleide/beschermde woonvorm (o.a. VG-zorg)	33	22	22	34
SGLVG behandelinstelling	6	3	5	4
SGLVG wonen	31**	20	21	29
Psychiatrie	-	3	-	5
Forensische psychiatrie	8	13**	12*	13
Overig ^a	3	9	8	4

*a opvang voor daklozen, crisisopvang, zonder verblijfplaats b groepen met onderlinge comorbiditeit *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001*

Cliënten met een diagnose middelenmisbruik/verslaving wonen na uitplaatsing vaker zelfstandig (Chi-square < 0,05), ook worden ze vaker geplaatst in een forensisch psychiatrische instelling (Chi-square < 0,01). Ook cliënten met een persoonlijkheidsstoornis wonen na uitplaatsing vaker zelfstandig (Chi-square < 0,001), en worden vaker geplaatst in een forensisch psychiatrische instelling (Chi-square < 0,05). Cliënten met een diagnose schizofrenie en andere psychotische stoornissen wonen na uitplaatsing juist minder vaak zelfstandig (Chi-square < 0,05). Cliënten met een autisme spectrum stoornis worden vaker uitgeplaatst naar een andere SGLVG woonvoorziening. (Chi-square < 0,01).

7.5 Autisme Spectrum Stoornis

20% van de cliënten in de onderzoeksgroep heeft een diagnose binnen het autisme spectrum. Deze groep verschilt niet significant van de hele onderzoeksgroep op cliëntkenmerken. De groep met een autisme spectrum stoornis bestaat voor 85% uit mannelijke cliënten en het gemiddelde IQ is 72 (SD=8,5). 82% is van Nederlandse afkomst.

De groep cliënten met een autisme spectrum stoornis is significant minder vaak opgenomen met een strafrechtelijke maatregel (28% tegenover 49%; Chi-square < 0,001)

Op veel aspecten verschilt de groep met een autisme spectrum stoornis niet van de rest van de onderzoeksgroep. De DROS totaalscore bij de opnamemeting is gemiddeld gelijk aan die van de hele onderzoeksgroep. Het behandel-effect op de DROS is, net als bij de hele onderzoeksgroep, groot na 18 maanden behandeling. De behandelduur is met 32 maanden wat langer dan van de hele onderzoeksgroep, maar dit is geen significant verschil.

Op enkele aspecten verschilt de groep cliënten met een autisme spectrum stoornis van de rest van de onderzoeksgroep. Onder de groep cliënten die wegens meerdere aanleidingen (agressie, seksueel grensoverschrijdend gedrag en/of brandstichting) zijn opgenomen is significant vaker een autisme spectrum stoornis gediagnosticeerd (Chi-square $p < 0,01$).

56

Tijdens de opnameperiode vertoont de groep cliënten met een autisme spectrum stoornis significant minder autoagressie (Chi-square < 0,05). Daarentegen zijn in deze groep significant meer cliënten die tijdens de opname seksueel grensoverschrijdend gedrag zien (Chi-square < 0,05), hoewel deze cliënten samen niet meer seksueel grensoverschrijdend gedrag laten zien gedurende de opname dan de rest van de onderzoeksgroep. Na behandeling worden cliënten met een autisme spectrum stoornis vaker uitgeplaatst naar een SGLVG woonvorm (niet significant).

7.6 Middelenmisbruik/verslaving

37% van de cliënten in de onderzoeksgroep heeft een diagnose middelenmisbruik/verslaving. 72% van hen is van Nederlandse afkomst.

Het IQ van de groep cliënten met middelenmisbruik/verslaving is gemiddeld 69 (SD=9,0). Dit is significant lager (t-toets < 0,05) dan van de rest van de onderzoeksgroep (IQ=71; SD=9,4). In de groep cliënten met middelenmisbruik/verslaving zijn significant meer cliënten opgenomen met een strafrechtelijke maatregel dan bij de rest van de onderzoeksgroep (51% tegenover 41%; Chi-square < 0,05). De comorbiditeit tussen middelenmisbruik/verslaving en een gedrags- of impulscontrolestoornis is hoog (22%).

De DROS totaalscore bij de opnamemeting is gelijk als bij de rest van de onderzoeksgroep. Het behandel-effect op de DROS is groot na 24 maanden. Ook op de DROS schaal Verslaving, middelenmisbruik en gokken laat deze groep vooruitgang zien. Bij de opnamemeting heeft 54% van deze groep een gemiddelde score lager dan 3 op de schaal Verslaving, middelenmisbruik en gokken. Na een jaar is dit gezakt naar 39%. Het behandel-effect op de schaal is na 24 maanden middelgroot.

Tabel 42: Psychopathologie* en DROS schaal Verslaving, middelenmisbruik en gokken

	N	M (SD)	Cohen's d
Opnamemeting	119	2,8 (0,9)	
6 maanden	88	3,0 (0,9)	0,22
12 maanden	61	3,0 (1,0)	0,16
18 maanden	47	3,1 (0,9)	0,33
24 maanden	34	3,3 (1,0)	0,47
30 maanden	21	3,4 (0,8)	1,12
36 maanden	10	3,3 (1,1)	0,75

** Cliënten met een diagnose middelenmisbruik/verslaving*

Gedurende de opnameperiode laat de groep cliënten met een diagnose middelenmisbruik/verslaving significant minder agressie zien, dit geldt voor externaliserende agressie (t-toets < 0,01), autoagressie (t-toets < 0,01) en seksueel grensoverschrijdend gedrag (t-toets < 0,05). Voor externaliserende agressie en autoagressie blijft dit ook na de opnameperiode significant minder.

De behandelduur van cliënten met een diagnose middelenmisbruik/verslaving is met 23 maanden significant korter (t-toets < 0,01) dan van de rest van de onderzoeksgroep. Deze groep cliënten breekt gemiddeld vaker de behandeling zelf af (niet significant). Cliënten met een diagnose middelenmisbruik/verslaving wonen na uitschrijving vaker zelfstandig of in een forensisch psychiatrische instelling (Chi-square < 0,01).

7.7 Persoonlijkheidsstoornis

Van de onderzoeksgroep heeft 32% een diagnose persoonlijkheidsstoornis. Daarvan heeft 50% een cluster B persoonlijkheidsstoornis en 41% een persoonlijkheidsstoornis NAO (vaak wel met cluster B trekken). 11% van deze groep (4% van de hele onderzoeksgroep) heeft een persoonlijkheidsstoornis met narcistische én antisociale trekken. Vooral de comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornis en PTSS (22%) en een stemmingstoornis (24%) is relatief hoog. In deze groep zit 26% vrouwelijke cliënten, wat significant meer is vergeleken met de rest van de onderzoeksgroep (Chi-square < 0,01). Het IQ van de groep cliënten met een persoonlijkheidsstoornis verschilt niet van de rest van de onderzoeksgroep (IQ=71; SD=8,5). In de groep cliënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn significant meer cliënten opgenomen met een strafrechtelijke maatregel dan bij de rest van de onderzoeksgroep (58% tegenover 39%; Chi-square < 0,001).

De DROS totalscore bij de opnamemeting verschilt niet van de rest van de onderzoeksgroep. Vanaf 24 maanden opname zijn grote effecten te zien op de DROS. De effectsizes voor de groep cliënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn wel wat minder groot vergeleken met de andere groepen. De groep cliënten met een persoonlijkheidsstoornis vertoont vaker autoagressie (Chi-square < 0,05). De behandelduur van deze groep is met gemiddeld 22 maanden significant korter (t-toets < 0,01). De behandeling van deze groep cliënten wordt vaker door de hulpverlener afgebroken (niet significant) dan bij de rest van de onderzoeksgroep. Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis gaan na uitschrijving vaker zelfstandig wonen (Chi-square < 0,01).

7.8 Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

Van de onderzoeksgroep heeft 22% een diagnose schizofrenie of een andere psychotische stoornis. In deze groep zit 20% vrouwelijke cliënten wat gelijk is aan de hele onderzoeksgroep en ook het gemiddelde IQ wijkt niet af van de rest van de onderzoeksgroep (IQ=69 SD=10,2). 36% is opgenomen met een strafrechtelijke maatregel wat significant minder is dan de rest van de onderzoeksgroep (Chi-square < 0,05). Schizofrenie en andere psychotische stoornissen is vaker gediagnosticeerd bij cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van agressie (Chi-square p < 0,05).

De DROS totaalscore bij opname is significant lager bij deze groep cliënten (p < 0,001), de behandel effecten zijn echter even groot als bij de rest van de onderzoeksgroep. Vanaf 18 maanden zijn grote effecten te zien. Ook op de voor deze groep essentiële DROS schaal Psychotische symptomen is effect te zien. Na zes maanden is een klein effect vastgesteld, waarna het effect bij 12 en 18 maanden minder is om na 24 maanden weer op dezelfde waarde te zitten. De relatief grotere effectsize aan het begin van de behandeling zou mogelijk veroorzaakt kunnen worden doordat een deel van de cliënten snel stabiliseert door aanpassingen van medicatie en/of de structuur op de afdeling en daardoor minder psychotische symptomen heeft.

Tabel 43: Psychopathologie* en DROS schaal Psychotische symptomen

	N	M (SD)	Cohen's d
Opnamemeting	46	2,8 (1,3)	
6 maanden	46	3,2 (1,2)	0,32
12 maanden	39	3,2 (1,3)	0,19
18 maanden	32	3,3 (1,2)	0,25
24 maanden	21	3,6 (1,1)	0,32
30 maanden	14	3,7 (1,2)	0,51
36 maanden	8	3,9 (1,3)	0,41

* Cliënten met een diagnose schizofrenie en andere psychotische stoornissen

In de groep cliënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen laten meer cliënten gedurende de opname seksueel grensoverschrijdend gedrag zien (Chi-square < 0,05). Ook het aantal incidenten met seksueel grensoverschrijdend gedrag ligt in het eerste jaar van opname wat hoger (niet significant). De behandelduur van cliënten met een diagnose schizofrenie of een andere psychotische stoornis is 30 maanden wat niet significant verschilt van de rest van de onderzoeksgroep. Na uitschrijving gaan minder cliënten uit deze groep zelfstandig wonen (p < 0,05).

7.9 Moeilijk behandelbare cliënten

Er zijn maar 13 cliënten die gedurende twee jaar opname niet verbeteren op de DROS totaalscore. 31% van deze kleine groep heeft een diagnose in het autisme spectrum. De groep is te klein om significante verschillen in psychopathologie vast te stellen.

H.8

Probleemgedrag en behandel-effect

59

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de effectsizes weergegeven voor verschillende vergelijkingsgroepen die op basis van probleemgedrag zijn gevormd. Daarbij is uitgegaan van de aanleiding voor de opname. Indien de aanleiding onbekend was is de cliënt ingedeeld naar aanleiding van de typen incidenten die de cliënt gedurende de opname eventueel heeft laten zien.

Het IQ verschilt niet per type probleemgedrag. Bij brandstichting en agressie is de man-vrouw verdeling gelijk aan de hele onderzoeksgroep. Autoagressie komt meer voor bij vrouwelijke cliënten ($p < 0,001$) en seksueel grensoverschrijdend gedrag meer bij mannen ($p < 0,05$).

Cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn vaker vrijwillig opgenomen ($p < 0,05$). Cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van autoagressie hebben vaker een civielrechtelijke maatregel ($p < 0,05$).

Tabel 44: Juridische status en type probleemgedrag

	Vrijwillig %	Civielrechtelijke maatregel %	Strafrechtelijke maatregel %
Agressie N=197	26	30	44
Seksueel grensoverschrijdend gedrag N=43	40*	9	51
Agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag N=70	24	26	50
Brandstichting N=26	39	15	46
Autoagressie N=111	34	32*	34

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

De comorbiditeit met agressie is voor alle typen probleemgedrag hoog. Bij 89% van de cliënten die naar aanleiding van autoagressie is opgenomen is ook sprake van agressieproblematiek.

Tabel 45: Comorbiditeit tussen typen probleemgedrag

	Agressie %	Seksueel grens- overschrijdend gedrag %	Brandstichting %	Autoagressie %
Agressie N=275	-	27	4	34
Seksueel grensoverschrijdend gedrag N=117	63	-	3	32
Brandstichting N=26	46	15	-	27
Autoagressie N=106	89	35	7	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

8.2 Situatie bij opname

De DROS totaalscore bij opname is significant lager bij cliënten die opgenomen naar aanleiding van zowel agressie als seksueel grensoverschrijdend (p < 0,05). Bij cliënten die naar aanleiding van brandstichting zijn opgenomen is de DROS totaalscore bij opname significant hoger (p < 0,05).

Tabel 46: DROS totaalscore bij opnamemeting en type probleemgedrag

	N	M (SD)
Hele onderzoeksgroep	258	3,1 (0,6)
Agressie	127	3,1 (0,6)
Seksueel grensoverschrijdend gedrag	29	3,2 (0,6)
Agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag	57	2,9 (0,6)*
Brandstichting	16	3,4 (0,4)**
Autoagressie	85	3,0 (0,6)

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Veel cliënten (47%) worden naar aanleiding van meerdere typen probleemgedrag opgenomen. De DROS totaalscore bij cliënten die naar aanleiding van meerdere typen probleemgedrag worden opgenomen is gemiddeld significant lager (p < 0,05). Dit geldt niet voor de groep cliënten die ook vanwege brandstichting is opgenomen. Ook hier is de DROS totaalscore bij opname bij deze groep significant hoger (p < 0,01).

Tabel 47: DROS totaalscore bij opnamemeting en meerdere typen probleemgedrag (N=123)

	N	M (SD)
Meerdere typen probleemgedrag	95	3,0 (0,6)*
Waaronder:		
Agressie	86	3,0 (0,6)
Seksueel grensoverschrijdend gedrag	40	3,0 (0,6)
Brandstichting	8	3,5 (0,4)**
Autoagressie	56	3,0 (0,5)

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

8.3 Behandeleffect

Het behandeleffect op de DROS is voor de verschillende groepen weergegeven in tabel 48. Bij alle groepen is na 6 maanden een klein behandeleffect te zien. Na 18 maanden is het behandeleffect groot voor de groepen die naar aanleiding van agressie en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn opgenomen. Bij de groep autoagressie is na 24 maanden een groot effect te zien. De effectsizes bij de groep die naar aanleiding van brandstichting is opgenomen zijn klein, maar door het kleine aantal cliënten in deze groep kunnen hier geen betrouwbare conclusies uit worden getrokken.

Tabel 48: Type probleemgedrag en behandeleffect op DROS

	N	M (SD)	Cohen's d
AGRESSIE ^A			
Opname	82	3,1 (0,6)	
6 maanden	82	3,3 (0,6)	0,34
12 maanden	62	3,3 (0,6)	0,50
18 maanden	54	3,5 (0,5)	0,80
24 maanden	38	3,5 (0,6)	0,98
30 maanden	21	3,4 (0,6)	0,88
SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG ^B			
Opname	21	3,1 (0,6)	
6 maanden	21	3,4 (0,6)	0,57
12 maanden	17	3,4 (0,6)	0,76
18 maanden	14	3,5 (0,4)	1,27
24 maanden	11	3,7 (0,4)	1,75
30 maanden	7	3,9 (0,3)	1,88
AGRESSIE EN SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG			
Opname	35	2,9 (0,6)	
6 maanden	35	3,1 (0,6)	0,23
12 maanden	29	3,3 (0,5)	0,81
18 maanden	19	3,3 (0,5)	1,21
24 maanden	14	3,4 (0,7)	1,24
30 maanden	12	3,3 (0,5)	1,05
BRANDSTICHTING ^C			
Opname	13	3,4 (0,4)	
6 maanden	13	3,5 (0,5)	0,21
12 maanden	10	3,5 (0,7)	0,19
18 maanden	10	3,6 (0,5)	0,19
24 maanden	7	3,4 (0,4)	0,00
30 maanden	2	3,8 (0,4)	0,95

	N	M (SD)	Cohen's d
AUTOAGRESSIE ^D			
Opname	61	3,0 (0,6)	
6 maanden	61	3,2 (0,6)	0,33
12 maanden	52	3,3 (0,5)	0,61
18 maanden	41	3,3 (0,5)	0,77
24 maanden	28	3,3 (0,4)	1,03
30 maanden	17	3,3 (0,5)	0,87

a cliënten die alleen naar aanleiding van agressie zijn opgenomen
b cliënten die alleen naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn opgenomen
c cliënten die (ook) naar aanleiding van brandstichting zijn opgenomen
d cliënten die (ook) naar aanleiding van autoagressie zijn opgenomen

8.4 Behandelduur en type probleemgedrag

De groep cliënten die naar aanleiding van agressie is opgenomen blijft gemiddeld 2 jaar in behandeling, dat is significant korter vergeleken met de rest van de onderzoeksgroep ($p < 0,01$). De behandelduur van cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag, of vanwege brandstichting, is met 34 en 32 maanden langer dan van de hele onderzoeksgroep. Door het kleine aantal cliënten in deze groepen is dit verschil echter niet significant.

63

Tabel 49: Behandelduur en type probleemgedrag

	N	M	SD
Hele onderzoeksgroep	261	28	25
Agressie	115	24**	17
Seksueel grensoverschrijdend gedrag	19	34	24
Agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag	38	25	16
Brandstichting	14	32	21
Autoagressie	60	23	17

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Het percentage cliënten dat lang in behandeling blijft is hoger bij de groepen die opgenomen zijn naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag (21% >4 jaar behandelduur) en brandstichting (29% >4 jaar behandelduur). Ook hier gaat het om erg kleine vergelijkingsgroepen.

Tabel 50: Lange behandelduur en type probleemgedrag

	> 28 mnd, (N=64) N (%)	> 3 jaar (N=39) N (%)	> 4 jaar (N=21) N (%)
Agressie	39 (34)	21 (18)	9 (8)
Seksueel grensoverschrijdend gedrag	10 (53)	7 (37)	4 (21)
Agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag	15 (39)	7 (18)	3 (8)
Brandstichting	6 (43)	6 (43)	4 (29)
Autoagressie	18 (30)	9 (15)	4 (7)

Meer dan de helft van de cliënten die naar aanleiding van agressie of autoagressie is opgenomen (respectievelijk 62 en 66%) gaat met wederzijdse instemming met ontslag. De overige twee groepen zijn te klein voor betrouwbare analyses (ze zijn wel in tabel 51 opgenomen).

Tabel 51: Reden uitschrijving en type probleemgedrag

	Agressie N=102 (%)	Seksueel grens- overschrijdend gedrag N=15 (%)	Brandstichting N=13 (%)	Autoagressie N=55 (%)
Wederzijdse instemming/proefverlof	62	53	85	66
Afgebroken door hulpverlener/overplaatsing	15	27	15	16
Afgebroken door cliënt/onttrekking	18	13	-	13
Beëindiging maatregel	5	-	-	4
Suicide	1	7	-	2

8.5 Agressie

56% van de onderzoeksgroep is naar aanleiding van (alleen) agressie opgenomen. Bijna de helft (44%) van deze groep heeft een strafrechtelijke maatregel. De DROS totaalscore bij opname is gemiddeld 3,1 (SD=0,6) wat gelijk is aan het gemiddelde van de hele onderzoeksgroep. De effectsizes op de DROS zijn bij cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van agressie middelgroot na 12 maanden, na 18 maanden zijn grote effectsizes te zien.

Op de DROS schaal copingvaardigheden gaat deze groep cliënten ook vooruit, vanaf 18 maanden vinden we middelgrote effectsizes.

Tabel 52: DROS schaal Copingvaardigheden

	N	M	SD	Effectsize Cohen's d
Opnamemeting	88	2,4	0,8	
6 maanden	88	2,6	0,8	0,21
12 maanden	68	2,5	0,8	0,28
18 maanden	59	2,8	0,8	0,61
24 maanden	43	2,8	0,8	0,56
30 maanden	22	2,7	0,9	0,54

De behandelduur van cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van agressie is gemiddeld 24 maanden (SD=17). Dit is significant korter dan de behandelduur van de rest van de onderzoeksgroep (28 maanden, SD=25).

8.6 Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Van de onderzoeksgroep is 12% naar aanleiding van (alleen) seksueel grensoverschrijdend gedrag opgenomen. Binnen deze groep is 87% man, wat meer is dan binnen de hele onderzoeksgroep ($p < 0,05$). 40% van deze cliënten is vrijwillig opgenomen, dit is significant meer dan bij de andere typen probleemgedrag ($p < 0,05$). De DROS totaalscore bij opname is gemiddeld 3,2 (SD=0,6), dit verschilt niet van de rest van de onderzoeksgroep. De effectsizes zijn groot vanaf 18 maanden. Vanaf 24 maanden zijn zeer grote effectsizes te zien, maar de groep is zodanig klein (N=11) bij deze analyses, dat deze bevindingen niet erg betrouwbaar zijn. Op de DROS schaal Seksuele cognities en seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn kleine effectsizes te zien vanaf 12 maanden.

65

Tabel 53: DROS schaal Seksuele cognities en seksueel grensoverschrijdend gedrag

	N	M	SD	Effectsize Cohen's d
Opnamemeting	24	3,5	1,3	
6 maanden	24	3,4	1,3	-0,08
12 maanden	19	3,7	1,2	0,22
18 maanden	16	3,4	1,3	0,11
24 maanden	11	3,9	1,2	0,51
30 maanden	7	4,3	1,0	0,37

De behandelduur van cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag is gemiddeld 34 maanden (SD=24). Dit is fors langer dan de gemiddelde behandelduur van de hele onderzoeksgroep (28 maanden; SD=25). De behandelduur is echter berekend over een kleine groep van

19 cliënten, waardoor het verschil met de hele onderzoeksgroep niet significant is. Van veel cliënten die naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn opgenomen is de behandelduur nog niet bekend, omdat ze nog steeds in behandeling zijn.

8.7 Agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag

Van de onderzoeksgroep is 21% opgenomen wegens seksueel grensoverschrijdend gedrag én agressie. De DROS totaalscore bij opname is significant lager bij deze groep ($p < 0,05$). De effectsizes zijn groot vanaf 12 maanden. Deze groep blijft gemiddeld korter in behandeling (25 maanden, $SD=16$), dan de groep cliënten die opgenomen is vanwege enkel seksueel grensoverschrijdend gedrag (34 maanden, $SD=24$).

8.8 Brandstichting

7% van de hele onderzoeksgroep is opgenomen naar aanleiding van brandstichting. Bij veel cliënten is daarnaast sprake van agressieproblematiek (46%). Door de kleine vergelijkingsgroep zijn de analyses niet betrouwbaar te interpreteren. Toch lijkt deze groep cliënten op een aantal punten af te wijken van de rest van de onderzoeksgroep. De DROS totaalscore bij de opnamemeting is significant hoger (3,4; $p < 0,05$), zelfs als er sprake is van een combinatie met andere typen probleemgedrag (3,5; $p < 0,01$). Er is nauwelijks sprake van een betrouwbaar effect op de DROS totaalscore na 18 maanden opname, hoewel de groep cliënten erg klein is ($N=10$). Cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van brandstichting blijven vaker langer in behandeling. (niet significant).

8.9 Autoagressie

Van de onderzoeksgroep is 33% opgenomen naar aanleiding van autoagressie. Er is vaker sprake van een civielrechtelijke maatregel (32%; $p < 0,05$). Autoagressie gaat vaak samen met agressie, bij 89% van de cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van autoagressie is ook sprake van agressieproblematiek. De DROS totaalscore bij opname wijkt niet af van het gemiddelde van de hele onderzoeksgroep. De effectsizes op de DROS zijn groot vanaf 18 maanden. De behandelduur is met gemiddeld 23 maanden ($SD=17$) flink korter dan het gemiddelde van de hele onderzoeksgroep (28 maanden, $SD=25$), toch is dit geen significant verschil.

H.9

Uitplaatsing

9.1 Hulpverlening na uitplaatsing

Van de 596 cliënten in de onderzoeksgroep zijn inmiddels 294 cliënten uitgeplaatst (49%). De rest van de onderzoeksgroep is nog in behandeling.

Tabel 54: Woonsituatie bij uitschrijving

	N=235 (%)
Zelfstandig (evt. met anderen)	9
Inwonend bij anderen (o.a. ouderlijk huis)	19
Begeleide/beschermde woonvorm (o.a. VG)	28
SGLVG behandelinstelling	6
SGLVG wonen	23
Psychiatrie	2
Forensische psychiatrie	9
Overig a	5

Van de cliënten die uitgeplaatst zijn is bijna een kwart (23%) uitgeplaatst naar een wooninstelling voor SGLVG zorg. Nog een kwart (28%) is uitgeplaatst naar een begeleide/beschermde woonvorm, vaak binnen de verstandelijk gehandicapten zorg. Slechts een klein deel van de onderzoeksgroep (9%) gaat na uitschrijving zelfstandig wonen.

Tabel 55: Hulpverlening bij uitschrijving

	N=251 (%)
Geen	9
Behandelinstelling	13
Wooninstelling	61
Reclassering	68
Ambulante zorg	18
Anders	14

Bij 91% van de uitgeplaatste cliënten is na uitschrijving nog steeds hulpverlening betrokken. Bij 62% van de uitgeplaatste cliënten gaat het om 24-uurs zorg. Bij nog eens 20% is minimaal wekelijks contact. Bij 18% van de uitgeplaatste cliënten is minder dan wekelijks contact met een hulpverlener.

Tabel 56: Intensiteit van de hulpverlening bij uitschrijving

	N=212 (%)
24-uurs hulpverlening	62
Dagelijks contact	4
Meerdere keren per week contact	10
Wekelijks contact	6
Minder dan wekelijks contact	7
Contact alleen op aanvraag van cliënt	3
Niet van toepassing, geen contact	8

9.2 Risicofactoren bij uitplaatsing

De laatste DROS meting voor uitschrijving is bij de uitgeplaatste cliënten gemiddeld 3,5 (SD=0,6). Er is geen significant verschil tussen SGLVG of SGLVG+ cliënten op de gemiddelde DROS totaalscore bij uitplaatsing.

Tabel 57: DROS totaalscore laatste meting voor uitschrijving

	N	M	SD
Hele onderzoeksgroep	279	3,5	0,6
Autisme Spectrum stoornis	63	3,4	0,7
Middelenmisbruik/verslaving	91	3,3**	0,6
Persoonlijkheidsstoornis	103	3,5	0,6
Schizofrenie ea psychotische stoornissen	50	3,3	0,7

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Bij cliënten met een diagnose middelengebruik/verslaving is de DROS totaalscore bij uitschrijving gemiddeld 3,3 (SD=0,6). Dit is significant lager ($p < 0,01$).

Tabel 58: DROS totaalscore laatste meting voor uitschrijving

	N	M	SD
Agressie	101	3,5	0,6
Seksueel grensoverschrijdend gedrag	15	3,7	0,7
Agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag	31	3,3	0,7
Brandstichting	14	3,6	0,6
Autoagressie	53	3,3	0,7

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

De DROS totaalscore bij uitschrijving is significant hoger bij cliënten die uitgeplaatst worden naar een SGLVG-vorm, en bij cliënten die zelfstandig gaan wonen ($p < 0,05$).

Tabel 59: DROS totaalscore bij uitschrijving en verwijssetting

	N	M	SD
Zelfstandig wonen	14	3,9*	0,5
SGLVG-woonvorm	47	3,7*	0,5

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

9.3 Follow-up: in stand houden van behandel-effect

Van 54 cliënten hebben we DROS scores aan het eind van de behandeling en na een follow-up periode van gemiddeld negen maanden. De gemiddelde DROS totaalscore van deze cliënten voor ontslag is 3,7 (SD=0,6). Na follow-up periode is de gemiddelde DROS totaalscore 3,5 (SD=0,5). De DROS totaalscore bij follow-up verschilt niet significant van de ontslagmeting.

H.10

Samenvatting en conclusie

71

10.1 Inleiding

De onderzoeksgroep bestaat voor 80% uit mannelijke cliënten, tweederde van de cliënten is jonger dan 30 jaar bij opname. 28% van de onderzoeksgroep is van niet-Nederlandse afkomst. 93% heeft een IQ tussen 50-85. Het merendeel (81%) woont niet zelfstandig bij aanmelding en 62% van de cliënten beheert de eigen financiën niet.

Veel cliënten vertonen ernstig probleemgedrag, bij 85% is sprake van ernstig externaliserend probleemgedrag voor opname. 66% is ooit met politie in aanraking geweest en 58% is ooit veroordeeld. 37% verblijft vlak voor de opname in een setting met hoge mate van restricties (bijvoorbeeld forensisch psychiatrische afdeling of gevangenis). Bij driekwart van de cliënten was voor het achttiende jaar al hulpverlening betrokken. 29% was tussen 12 en 17 jaar opgenomen in een jeugdinstelling. Bijna alle cliënten (95%) zijn ooit eerder opgenomen. Eerdere hulpverlening kwam voor veel cliënten niet vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg, wat een aanwijzing is voor het feit dat de lichte verstandelijke beperking van de doelgroep vaak niet op tijd is herkend.

De meest gestelde diagnoses in de onderzoeksgroep zijn middelenmisbruik/verslaving (37%), een persoonlijkheidsstoornis (32%), schizofrenie en andere psychotische stoornissen (22%) en autisme spectrum stoornis (20%). Er is veel comorbiditeit. 56% van de onderzoeksgroep is opgenomen naar aanleiding van agressie, 12% naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag en 21% vanwege

agressie én seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bij 33% van de onderzoeksgroep is autoagressie een aanleiding voor opname en bij 7% brandstichting.

10.2 Situatie bij opname

De meeste cliënten (90%) hebben bij de opnamemeting een problematische score (lager dan 3) op een van de DROS schalen. Veel cliënten hebben problematische scores op meerdere schalen van de DROS, gemiddeld op zes schalen. Met name op de schalen Probleembesef, Ideeën en verwachtingen over de periode na behandeling en op de schaal Copingvaardigheden hebben veel cliënten een problematische score bij opname. De DROS totaalscore bij de opnamemeting ligt gemiddeld significant hoger bij vrouwen. De totaalscore op de DROS bij de opnamemeting is significant lager bij de groep cliënten met een diagnose schizofrenie of andere psychotische stoornis, wat betekent dat er sprake is van meer of meer ernstige risicofactoren bij deze groep, bij aanvang van de behandeling. Bij de groep cliënten met een persoonlijkheidsstoornis is de DROS totaalscore bij opname significant hoger.

10.3 Behandeleffect

72

Bij de onderzoeksgroep is gedurende de opname een vooruitgang te zien op de ernst van risicofactoren voor probleemgedrag, gemeten met de DROS en de klinische items van de HKT-30 (KT-19). Cliënten scoren gedurende de opname gemiddeld gunstiger op de DROS. Vanaf 18 maanden opname is er sprake van een groot effect op de DROS totaalscore. Ook op de KT-19 scoren cliënten gemiddeld gunstiger, vanaf 24 maanden kan een middelgroot effect worden vastgesteld. Aangezien de KT-19 inhoudelijk vergelijkbare risicofactoren meet kan gesteld worden dat de KT-19 minder gevoelig is voor het meten van behandeleffect, dan de DROS.

Op de DROS schalen Probleemgedrag en Ideeën over de toekomst zijn de gevonden effecten groot na 24 maanden opname. De behandeling heeft dus veel effect op het besef van cliënten wat betreft de verantwoordelijkheid voor probleemgedrag, het inzicht in risicofactoren voor probleemgedrag en het besef behandeling en/of begeleiding nodig te hebben, ook in de toekomst. Op impulsiviteit en zelfredzaamheid blijft het behandeleffect klein. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deze factoren moeilijker te beïnvloeden zijn dan andere, omdat ze sterker samenhangen met de (verstandelijke) beperking (problemen met zelfredzaamheid en inhibitie).

Ook op probleemgedrag en klinische symptomen gaat de onderzoeksgroep vooruit gedurende de behandeling. Op de ABCL worden kleine effecten gemeten vanaf 18 maanden opname. Op de schaal internaliserend probleemgedrag is het effect middelgroot na 30 maanden opname. Dat de effecten op de ABCL klein blijven kan mogelijk veroorzaakt worden doordat de 3-puntsschaal van de observatievragenlijst niet gevoelig genoeg is om kleinere veranderingen in gedrag te meten. Echter blijkt ook uit de incidentregistratie met de MOAS+ dat cliënten na langere opnameperiode nog steeds probleemgedrag laten zien. Tijdens de eerste drie maanden van de opname worden gemiddeld 1,9 externaliserende agressie incidenten (verbale agressie, agressie tegen objecten of fysieke agressie) gescoord per cliënt, per week. Na 30 maanden is dit significant afgenomen tot gemiddeld 0,9 incidenten per cliënt per week. Ook autoagressie (agressie

naar zichzelf) en seksueel grensoverschrijdend gedrag nemen significant af gedurende de opname. Op het globale functioneren van cliënten, bepaald met de GAF score van de DSM-IV, is aan het eind van de behandeling een klein positief effect te zien ten opzichte van de opnamemeting. Dit geldt ook voor de sociale redzaamheid van cliënten, gemeten met de SRZ-P.

10.4 Psychopathologie en type probleemgedrag

Er is geen verband tussen het behandel-effect op de DROS en psychopathologie of het type probleemgedrag dat aanleiding is voor opname. De vergelijkingsgroepen verschillen niet van elkaar op de gevonden effect-sizes, na 18 maanden vinden we grote effect-sizes op de DROS totaalscore. Een kanttekening vraagt de groep cliënten die opgenomen is naar aanleiding van brandstichting. Hoewel deze groep te klein is voor betrouwbare analyses valt op dat er nauwelijks sprake van effect is op de DROS totaalscore.

10.5 Behandelduur

De gemiddelde behandelduur is twee jaar en vier maanden. Naar verwachting houdt een lagere DROS totaalscore bij opname verband met een langere behandelduur. Een lagere DROS totaalscore betekent dat risicofactoren in meer ernstige mate aanwezig zijn. Ook een hogere ABCL totaalscore bij opname, wat betekent dat er sprake is van meer probleemgedrag, correleert met een langere behandelduur. De hypothese is getoetst of cliënten die aan het begin van behandeling sterker vooruit gaan, uiteindelijk korter in behandeling zijn. Het tegengestelde blijkt echter. Een sterke vooruitgang voorspelt een langere behandelduur. Dit zou verklaart kunnen worden door het feit dat cliënten die sterk vooruitgaan een gemiddeld lagere DROS score hebben bij de opnamemeting. De DROS totaalscore bij opname blijkt voorspellend voor de vooruitgang na een jaar.

73

SGLVG-clieñten (vrijwillig opgenomen, of met een civielrechtelijke maatregel) zijn gemiddeld langer in behandeling dan cliënten met een strafrechtelijke maatregel (SGLVG+). De behandeling van SGLVG+ cliënten wordt vaker beëindigd door de hulpverlener of doordat de maatregel beëindigd is. Dit kan de gemiddeld kortere behandelduur van SGLVG+ cliënten mogelijk verklaren. Cliënten die opgenomen zijn vanwege (alleen) agressieproblematiek zijn gemiddeld korter in behandeling. Ook de behandelduur van cliënten met een diagnose middelenmisbruik/verslaving is met 23 maanden significant korter dan van de rest van de onderzoeksgroep. Deze groep cliënten breekt gemiddeld vaker (maar niet significant) de behandeling zelf af. Ook de behandelduur van de groep cliënten met een persoonlijkheidsstoornis is met gemiddeld 22 maanden significant korter. De behandeling van deze groep cliënten wordt vaker (maar niet significant) door de hulpverlener afgebroken dan bij de rest van de onderzoeksgroep.

10.6 Uitplaatsing

De laatste DROS meting voor uitschrijving is bij de uitgeplaatste cliënten gemiddeld 3,5 (SD=0,6). Er is geen significant verschil tussen SGLVG of SGLVG+ cliënten op de gemiddelde DROS totaalscore bij uitplaatsing.

Cliënten met een diagnose middelenmisbruik/verslaving hebben een significant lagere DROS score bij uitschrijving. De totaalscore op de DROS blijft bij na een follow-up periode van ongeveer negen maanden gelijk aan de totaalscore bij uitschrijving.

Als beëindiging van de behandeling met wederzijdse instemming wordt beschouwd als een uitkomst van een voltooide behandeling, dan kan men stellen dat een voltooide behandeling gemiddeld drie jaar duurt. Bij niet-voltooide behandelingen beëindigd de behandelaar de behandeling na gemiddeld twee jaar. Cliënten beëindigen de behandeling na gemiddeld een jaar en vier maanden.

Van de cliënten die uitgeschreven zijn is bijna een kwart uitgeplaatst naar een wooninstelling voor SGLVG zorg. Tegen verwachting in is de DROS totaalscore bij uitschrijving significant hoger bij deze groep. Nog een kwart van de uitgeschreven cliënten is uitgeplaatst naar een begeleide/beschermd woonvorm, vaak binnen de verstandelijk gehandicapten zorg. Slechts een klein deel van de onderzoeksgroep gaat na uitschrijving zelfstandig wonen. De DROS totaalscore bij uitschrijving is significant hoger bij deze cliënten. Veel cliënten blijven na uitschrijving dus afhankelijk van continue ondersteuning in een 24-uurs hulpverleningsinstelling. Dit geldt met name voor de groep cliënten met een diagnose autisme spectrum stoornis of schizofrenie en andere psychotische stoornissen.

10.7 Conclusie

74 De behandeling van SGLVG en SGLVG+ cliënten heeft effect op risicofactoren voor probleemgedrag. Na anderhalf jaar opname worden grote effectsizes bewerkstelligt op belangrijke risicofactoren voor probleemgedrag. De cliëntgroep vertoont gedurende de behandeling minder probleemgedrag en incidenten. Ook gaat de cliëntgroep gemiddeld vooruit op sociale redzaamheid en verbetert het beeld van totaal functioneren.

Ondanks de grote behandel-effecten geven de resultaten ook een beeld van de ernstige beperkingen en problematiek van deze doelgroep. Gedurende de behandeling blijven cliënten probleemgedrag laten zien, die ook tot incidenten kunnen leiden. Een gemiddelde behandelduur van minimaal anderhalf jaar is nodig om grote behandel-effecten te bewerkstelligen. De beoogde veranderingen worden lang niet bij alle cliënten bereikt. En veel cliënten blijven ook na uitschrijving afhankelijk van een 24-uurs hulpverleningsinstelling voor zorg en risicomanagement.

H.11

Toekomstperspectief en aanbevelingen

75

11.1 Inleiding

Bij de start van dit onderzoek in 2007 werd signaleerd dat er sprake is van een toenemende druk op zorgaanbieders om 'evidence based' behandelingen aan te bieden. Dat geldt nog steeds en zeker ook voor aanbieders van klinische SGLVG behandelingen en behandelingen van TBS-gestelden. In de projectperiode is effectmeting gemeengoed geworden binnen de (forensische) GGZ. Alle GGZ-instellingen kennen ondertussen een vorm van Routine Outcome Monitoring (ROM). Met dit onderzoek is aangetoond dat de klinische behandeling binnen de Borginstellingen aantoonbaar effect heeft en is een vorm van ROM geïmplementeerd die bruikbaar is voor de doelgroep SGLVG. Dit is van grote waarde voor de verantwoording van de effectiviteit van de klinische SGLVG-behandelingen, inclusief de TBS-gestelden.

Vijf jaar onderzoek heeft een schat aan informatie opgeleverd. Behalve dat de effectiviteit van de behandeling is aangetoond, zijn er diverse verbanden gelegd tussen behandelingskenmerken, cliëntkenmerken en het behandelproces. Minder duidelijk geworden uit het onderzoek zijn de werkzame factoren in de behandeling die leiden tot de effecten. De behandeling van SGLVG is dermate complex dat er een veelheid van factoren is die kan bijdrage aan behandelresultaten of juist belemmerend werkt.

De in vijf jaar verzamelde gegevens zijn uniek voor deze doelgroep en bieden ook voor de toekomst een schat aan informatie. Slechts een deel daarvan is gebruikt voor dit rapport. De beschikbare gegevens bieden diverse mogelijkheden voor vervolgonderzoek en verder beleid in het kader van ROM.

Dit onderzoek heeft naast de resultaten ook een proces in gang gezet waarin de verschillende behandelprogramma's binnen de Borginstellingen gezamenlijk zijn afgestemd en verder ontwikkeld. Dit geldt met name voor de behandelprogramma's die zich richten op verslaving en op agressie en het therapeutisch milieu voor SGLVG. Dit proces zal ook na afronding van dit onderzoek vervolgd worden. Het delen van praktijkervaringen en expertise draagt daarmee bij aan de voortdurende verbetering van de zorg aan cliënten met SGLVG.

11.2 Aanbevelingen voor ROM

DROS gebruiken als instrument voor ROM bij SG-LVG

Dit onderzoek toont aan de Dynamic Risc Outcome Scales (DROS) als ROM-instrument meer geschikt is voor de doelgroep SG-LVB dan de breed gebruikte HKT-30. De gevoeligheid voor verandering van de DROS is hoger dan die van de HKT-30. Deze uitkomst kan gebruikt worden om het gesprek over de ROM-instrumenten binnen de (forensische) GGZ te voeren. Het is voor de (forensische) GGZ van groot belang om een ROM-instrument te gebruiken dat ook verandering kan meten bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking, aangezien de groep SG-LVG een substantieel deel uit maakt van de totale doelgroep (schattingen liggen rond 20-30%).

ROM koppelen aan behandeldoelen

Het scoren van ROM-instrumenten en de terugkoppeling van de scores aan de behandelaar biedt behandelaars belangrijke informatie over de voortgang en resultaten van de behandeling. De kwaliteit van de behandeling zou verder versterkt kunnen worden door behandeldoelen te formuleren in termen van risicofactoren en te onderbouwen hoe specifieke risicofactoren in de behandeling worden aangepakt. Bijvoorbeeld: de risicofactor 'Probleembesef' (DROS) wordt aangepakt door groepsleiding op de afdeling (therapeutisch milieu) en in delictanalyse (specifieke training) en de eerste modules van de agressie- en verslavingsprogramma's. Door de aanpak voor alle risicofactoren goed te onderbouwen, wordt ook de behandeling transparanter. Dit kan richting bieden voor behandelaars en daarmee verder bijdragen aan de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling. Doelspecificatie geeft dan ook direct sturing op welke behandelonderdelen voor de cliënt nodig zijn.

76

11.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Onderzoek naar werkzame factoren in de behandeling

De vraag naar de werkzame factoren in de behandeling die bijdragen aan de behandel-effecten kan nader onderzocht worden. Interessante variabelen zouden kunnen zijn:

1. Inhoud en intensiteit van het therapeutisch milieu
2. Inhoud en intensiteit van de behandeling (psychotherapie, modules, vaktherapie enz)
3. Intensiteit van arbeid en/of dagbesteding
4. 'Good live' aspecten en/of kwaliteit van leven
5. Cliënttevredenheid als covariant van behandel-effect
6. Verlofstatus

Door de basisregistratie uit te breiden met informatie over de aard en intensiteit van de behandeling en begeleiding, kan mogelijk meer zicht worden gekregen op de werkzame factoren. Een optie is om dit retrospectief te doen, met de bestaande data, zodat de effectiviteit van specifieke behandelonderdelen kan wordt onderzocht. Tegelijkertijd zal het door de veelheid van factoren en de relatief kleine onderzoeksgroep waarschijnlijk moeilijk zijn om significante effecten aan te tonen. Op basis van de huidige data is ook nader (kwalitatief) onderzoek mogelijk naar de werkzame factoren in de behandeling, eventueel ook uitgewerkt in relatie tot specifieke groepen van cliënten, bijvoorbeeld naar aard van de psychopathologie.

11.4 Aanbevelingen voor profilering van De Borg

Profileren als 'TOP-SGLVG' zorgaanbieders

De vier Borginstellingen hebben met dit onderzoek de effectiviteit en daarmee de kwaliteit van hun zorgaanbod voor de zeer complexe doelgroep van SGLVG aangetoond. De vier instellingen bieden effectieve zorg voor een zeer complexe doelgroep die binnen de reguliere gehandicaptenzorg en binnen de reguliere (forensische) GGZ regelmatig tot handelingsverlegenheid leidt. Als zodanig biedt dit onderzoek de basis om als Borginstellingen effectmeting op basis van ROM als een basale eis te hanteren bij het aanbieden van zorg voor SGLVG. In het kader van het onderzoek naar 'TOP-SGLVG' kan dit worden meegenomen. De expliciete verbinding leggen tussen de binnen De Borg aangetoonde behandel-effecten en de kwaliteitskaders van de (forensische) GGZ en van de gehandicaptenzorg is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

BIJLage 1

Basisregistratie

79

Tabel 1: Aantal data basisregistratie per instelling

	N
Dichterbij-STEVIg	24
Ipse de Bruggen	57
Altrecht-Wier	116
Trajectum	399
<i>Totaal</i>	<i>596</i>

Tabel 2: Demografische gegevens

	N	VALIDE %
SEKSE		
Man	390	80,4
Vrouw	95	19,6
Leeftijd bij opname	483	M=28,4 (SD=9,9)
< 20 jaar	76	15,7
20<30 jaar	239	49,5
30<40 jaar	95	19,7
40<50 jaar	50	10,4
> 50 jaar	23	4,8
BURGERLIJKE STAAT		
Ongehuwd	443	91,3
Ongehuwd samenwonend	5	1,0
Gehuwd	9	1,9
Gescheiden	26	5,4
Weduwe/weduwnaar	2	0,4
KINDEREN		
Ja	66	14,8
Nee	381	85,2
RECHTSPOSITIE		
Eigen beheer	129	32,6
Familie beheert financiën	65	16,4
Onder mentorschap	22	5,6
Onder bewindvoering	134	33,8
Onder curatele	46	11,6

Tabel 3: Gegevens bij opname

	N	VALIDE %
VERWIJZENDE INSTANTIE		
Directe omgeving (bv ouders)	1	0,2
Huisarts	6	1,2
Eerste lijns hulpverlening	8	1,6
GGZ (ambulant/klinisch)	97	19,5
Verstandelijk gehandicaptenzorg	76	15,3
Verslavingszorg	17	3,4
Instituut voor doven	1	0,2
MEE	49	9,8
Bureau Jeugdzorg	22	4,4
Resid.voorziening jeugd	9	1,8
NIFP/FPD	48	9,6
Justitie	60	12,0
Reclassering	89	17,9
Forensisch Psychiatrische Instelling	15	3,0
JURIDISCHE STATUS BIJ OPNAME		
Vrijwillig	190	32,1
Civielrechtelijk	139	23,5
Strafrechtelijk/voorwaardelijk TBS	210	35,5
TBS met voorwaarden/PIJ	52	8,8
Delict is aanleiding opname	229	49,7
Fysiek geweld is aanleiding opname	154	40,4
Internaliserend probleemgedrag is aanleiding opname	113	69,3
Zelfverwonding/suïcidepoging is aanleiding opname	37	22,7

Tabel 4: Afkomst

	N	VALIDE %
GEBOORTELAND		
Nederland	398	82,2
Suriname	20	4,1
Ned. Antillen	19	3,9
Indonesië	1	0,2
Marokko	10	2,1
Turkije	2	0,4
West-Europa	3	0,6
Europa overig	8	1,7
Noord-Amerika	1	0,2
Zuid-Amerika	10	2,1
Afrika	6	1,2
Azië	4	0,8
Midden Oosten	2	0,4
CULTURELE ACHTERGROND		
Nederland	348	71,8
Suriname	36	7,4
Ned. Antillen	21	4,3
Marokko	26	5,4
Turkije	12	2,5
West-Europa	8	1,6
Europa overig	10	2,1
Noord-Amerika	1	0,2
Zuid-Amerika	10	2,1
Afrika	7	1,4
Azië	4	0,8
Midden Oosten	2	0,4
TAALPROBLEMEN		
Geen taalverschil	428	92,4
Taalverschil vormt geen hindernis	27	5,8
Taalverschil vormt hindernis	8	1,7

Tabel 5: Opleiding

	N	VALIDE %
HOOGSTE OPLEIDING GEVOLGD (AFGEROND)		
Geen onderwijs gevolgd (geen afgerond)	1 (23)	0,2 (6,1)
Regulier basisonderwijs	24 (59)	5,4 (15,6)
Speciaal basisonderwijs	71 (145)	16,0 (38,4)
Speciaal voortgezet onderwijs	184 (87)	41,4 (23,0)
VMBO	145 (57)	32,7 (15,1)
Havo	4 (-)	0,9 (-)
MBO	15 (7)	3,4 (1,9)
ARBEIDSVERLEDEN (HOOGSTE NIVEAU)		
Nooit gewerkt	114	24,9
Huisman/vrouw	3	0,7
Dagbesteding instelling	41	9,0
Sociale werkvoorziening	56	12,2
Stage	45	9,8
Losse baantjes	109	23,8
Via uitzendbureau	31	6,8
Binnen familiebedrijf	5	1,1
Reguliere arbeid	54	11,8
BEROEPSNIVEAU (HOOGST)		
Ongeschoolde lichamelijke arbeid	278	82,5
Geschoolde lichamelijke arbeid	45	13,4
Lagere employe	9	2,7
Middelbare employe	3	0,9
Zelfstandig ondernemer	2	0,6

Tabel 6: Woonsituatie

	N	VALIDE %
WOONSITUATIE TEN TIJDE VAN PROBLEEMGEDRAG (DIRECT VOOR OPNAME)		
Zonder vaste woon- of verblijfplaats	34 (13)	7,2 (2,7)
Zelfstandig alleen	60 (23)	12,7 (4,8)
Zelfstandig met anderen	28 (11)	5,9 (2,3)
Ouderlijk huis	165 (58)	34,9 (12,2)
Inwonend bij anderen	17 (7)	3,6 (1,5)
Beschermde woonvorm (niet VG)	19 (13)	4,0 (2,7)
VG zorg algemeen	46 (56)	9,7 (11,8)
SGLVG behandeling	6 (12)	1,3 (2,5)
SGLVG wonen	8 (12)	1,7 (2,5)
Woonvoorziening jeugd	13 (9)	2,7 (1,9)
Res. behandelvoorziening voor jeugd	19 (19)	4,0 (4,0)
Psychiatrisch ziekenhuis	19 (59)	4,0 (12,4)
Crisisopvang	19 (28)	4,0 (5,9)
Verslavingszorg	5 (3)	1,1 (0,6)
Justitiële/forensische instelling	13 (152)	2,7 (32,0)
Instelling voor doven	2 (-)	0,4 (-)

Tabel 7: Aanleiding opname

	N	%
BRANDSTICHTING	44	11,5
Met gevaar goederen	24	6,3
Met gevaar personen	20	5,2
VERMOGEN		
Zonder geweld	63	16,5
Met geweld (straatroof,bedreiging)	45	11,8
Oplichting	3	0,8
DRUGSDELICT		
Bezit	24	6,3
Handel/productie	9	2,4
WAPENS/MUNITIE		
Bezit	5	1,3
Handel	2	0,5
GEWELD		
Bedreiging	137	36,0
Vrijheidsberoving	4	1,0
Mishandeling (incl. 1 dierenmishandeling)	102	26,7
Levensdelict	24	6,3
SEKSUEEL DELICT		
Hands-off	17	4,5
Hands-on	41	10,8
Pedoseksueel hands-off	10	2,6
Pedoseksueel hands-on	19	5,0
OVERIG EXTERNALISEREND		
Verkeersmisdrijven	6	1,6
Openbare orde delict	33	8,7
Zwerven/weglopen	38	10,0
Vernieling	62	16,3
Ontvluchting/onttrekking	16	4,2
INTERNALISEREND		
Zelfverwonding of Suïcidepoging (suïcidepoging)	37 (26)	9,6 (6,7)
Overig internaliserend probleemgedrag	82	21,2
RELATIEPROBLEMEN		
Nooit intieme relatie gehad	147	41,6
Relatief stabiele relaties	37	10,5
Mogelijk/minder ernstige instabiele of conflictueuze relaties	77	21,8
Duidelijk/ernstige instabiele of conflictueuze relaties	92	26,1

Tabel 8: Psychopathologie

	N	VALIDE %
Autisme Spectrum Stoornis	118	19,8
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	130	21,8
Paraphilia	19	3,2
Middelenmisbruik/verslaving	219	36,7
ADHD	61	10,2
Gedragsstoornis	78	13,1
Angststoornis (waarvan PTSS)	36 (31)	6,0 (5,2)
Stemmingsstoornis	37	6,2
Persoonlijkheidsstoornis	193	32,4
Paranoïde	1	0,5
Schizoïde	1	0,5
Schizotypische	3	1,6
Borderline	26	13,5
Theatrale	-	-
Narcistische	4	2,1
Antisociale	36	18,7
Ontwijkende	4	2,1
Afhankelijke	5	2,6
Obsessief-compulsieve	1	0,5
NAO	112	18,5
Cluster A	5	2,6
Cluster B	97	50,3
Cluster C	12	6,2
NAO	79	40,9
PSYCHOPATHIE		
Factor 1 PCL-R (N=55)	M=7,1 (SD=3,3)	
Factor 2 PCL-R (N=56)	M=9,3 (SD=3,8)	
Totaalscore PCL-R (N=63)	M=18,0 (SD=5,6)	
PS met antisociale en narcistische trekken	24	4,0

Tabel 9: Jeugd

	N	VALIDE %
BELANGRIJKSTE VERZORGERS 0-5 JAAR		
(Een van) biologische ouders	407	92,8
Adoptie ouders	7	1,6
Pleegouders	15	3,4
Kindertehuis	8	1,8
Zwervend	2	0,5
BELANGRIJKSTE VERZORGERS 6-11 JAAR		
(Een van) biologische ouders	357	80,6
Adoptie ouders	16	3,6
Pleegouders	26	5,9
Instituten	44	9,9
BELANGRIJKSTE VERZORGERS 12-17 JAAR		
(Een van) biologische ouders	272	61,6
Adoptie ouders	12	2,7
Pleegouders	22	5,0
Instituten	127	28,8
Internaat voor doven	2	0,5
Zwervend	2	0,5
Zelfstandig wonend	4	0,9
Slachtoffer van seksueel misbruik voor achttiende jaar	83	17,1
Gepest	110	23,2
Externaliserend probleemgedrag<12 jaar (NB onderrapportage)	134	58,8
Vertoonde fysieke agressie<12 jaar	35	15,6
Vertoonde seksueel probleemgedrag<12 jaar	12	5,4

Tabel 10: Hulpverlening

	N	VALIDE %
Ambulante hulpverlening betrokken in verleden	411	92,4
Klinische opname in verleden	459	95,0
TYPE ZORG, INDIEN OPGENOMEN IN VERLEDEN		
Verslavingszorg	58	12,6
Justitiële instelling	176	38,3
Beschermd wonen (geen VG)	37	8,1
VG zorg	127	27,7
SGLVG behandeling	57	12,4
SGLVG wonen	22	4,8
Woonvoorziening voor jeugd	65	14,2
Behandelvoorziening voor jeugd	134	29,2
Psychiatrie	138	30,1
Crisisopvang	108	23,5
Instelling voor doven	4	0,9
LEEFTIJD EERSTE HULPVERLENINGSCONTACT		
N.v.t. geen hulpverlening	1	0,2
0-5 jaar	78	17,1
6-11 jaar	118	25,9
12-17 jaar	148	32,5
18-27 jaar	71	15,6
> 27 jaar	40	8,8

Tabel 11: Justitieel verleden

	N	VALIDE %
Ooit in aanraking politie	311	65,9
LEEFTIJD 1E POLITIECONTACT		
N.v.t.	70	18,8
< 12 jaar	26	7,0
12-17 jaar	155	41,6
> 17 jaar	122	32,7
Ooit veroordeeld	252	57,9
LEEFTIJD 1E VEROORDELING		
N.v.t.	138	34,5
12-17 jaar	117	29,3
> 17 jaar	145	36,3
# voorwaardelijke veroordelingen	304	M=1,88 (SD=5,4)
Geen	157	51,6
1	82	27,0
2-4	39	12,9
> 4	26	8,5
# onvoorwaardelijke veroordelingen	305	M=3,4 (SD=10)
Geen	140	45,9
1	58	19,0
2-4	52	17,0
> 4	55	18,1
# EERDERE VEROORDELINGEN TOT PIJ / TBS		
Geen	225	93,0
1	15	6,2
2	2	0,8

Tabel 12: Huidig delict

	N	VALIDE %
Sprake van delict als aanleiding huidige opname	229	49,7
INDIEN INDEXDELICT		
Geen gevangenisstraf/onbekend	58	29,7
0-6 maanden gevangenisstraf	48	24,6
7-12 maanden gevangenisstraf	25	12,8
13-18 maanden gevangenisstraf	14	7,2
19-24 maanden gevangenisstraf	25	12,8
25-36 maanden gevangenisstraf	19	10,3
> 36 maanden gevangenisstraf	5	2,6
INDIEN INDEXDELICT		
Indexdelict gepleegd met anderen	38	18,2
Onder invloed van middelen tijdens delict	84	36,7
Alcohol	55	24,0
Softdrugs	39	17,0
harddrugs	32	14,0

Tabel 13: Situatie bij ontslag

	N	VALIDE %
REDEN ONTSLAG		
Wederzijdse instemming cliënt/hulpverlener	164	63,3
Eenzijdig afgebroken door cliënt/beëindiging maatregel	45	17,4
Eenzijdig afgebroken door hulpverlener	40	15,4
Einde maatregel	8	3,1
Suicide	2	0,8
WOONSITUATIE BIJ ONTSLAG		
Zonder vaste woon- of verblijfplaats	7	3,0
Zelfstandig alleen	11	4,7
Zelfstandig met anderen	10	4,3
Ouderlijk huis	34	14,5
Inwonend bij anderen	11	4,7
Begeleide/Beschermde woonvorm (niet VG)	12	5,1
VG zorg algemeen	54	23,0
SGLVG behandeling	14	6,0
SGLVG wonen	54	23,0
Psychiatrisch ziekenhuis	4	1,7
Crisisopvang	4	1,7
Justitiële/forensische instelling	20	8,5
Dagbesteding geregeld bij ontslag	204	75,6
HULPVERLENING BIJ ONTSLAG		
Geen	22	8,8
Behandelinstelling (niet forensisch)	18	7,2
Forensische behandelinstelling	14	5,6
Wooninstelling	100	39,8
Reclassering	17	6,8
Ambulant door eigen Borginstelling	13	5,2
Ambulant door VG instelling	20	8,0
Ambulant door GGZ instelling	8	3,2
Ambulant door verslavingszorg instelling	3	1,2
Anders	36	14,3
INTENSITEIT HULPVERLENING BIJ ONTSLAG		
24-uurs zorg	130	61,3
Dagelijks contact	9	4,2
Minimaal 1x per week contact	35	16,5
Minder dan wekelijks contact/alleen op aanvraag cliënt	20	9,4
N.v.t. geen contact	18	8,5

BIJlage 2

De Dynamic Risk Outcome Scales (DROS): beschrijving en psychometrische eigenschappen

93

Inleiding

Met de DROS (Drieschner & Hesper, 2008) wordt bepaald in welke mate bij patiënten met een verstandelijke beperking dynamische risicovariabelen voor delinquentie of serieus externaliserend probleemgedrag aanwezig zijn. Deze dynamische risicovariabelen vormen natuurlijke uitkomstvariabelen voor behandelingen door enerzijds hun verband met recidive respectievelijk serieus probleemgedrag en anderzijds hun beïnvloedbaarheid door behandeling.

Uitgangspunten bij constructie van de DROS

In tegenstelling tot andere instrumenten waarmee dynamische risicovariabelen kunnen worden gemeten (bijv. HKT-30, HCR-20) is de DROS niet primair ontwikkeld voor risicotaxatie maar om veranderingen te meten. Daarom is bij de constructie rekening gehouden met een aantal eisen die het meten van veranderingen aan het meetinstrument stelt naast de vanzelfsprekende eisen met betrekking tot validiteit en betrouwbaarheid.

1. *Per risicofactor voldoende gevoeligheid om veranderingen te kunnen vaststellen*

Een noodzakelijke voorwaarde voor veranderingsgevoeligheid is een fijnmazige meetschaal. Hieraan wordt niet voldaan als iedere risicofactor door een enkel item met een 3- of 5-punt responseschaal wordt gemeten. Daarom wordt bij de DROS iedere risicofactor door meerdere 5-punt items gemeten hetgeen een fijnere schakering van scoremogelijkheden oplevert.

- 2. *De betekenis van de schaalpunten van de items moet stevig verankerd zijn*
Gezien de vaak lange behandelduur mag geen verschuiving optreden van de betekenis die beoordelaars over de jaren heen aan de schaalpunten van de items geven. Daarom zijn bij de DROS de schaalpunten van de items nauwkeurig gedefinieerd.
- 3. *De ijking moet aansluiten bij de licht verstandelijk beperkte doelgroep*
De licht verstandelijk beperkte (LVB) doelgroep functioneert op gebieden zoals probleeminzicht, copingvaardigheden of zelfredzaamheid op een ander niveau dan normaal begaafden. Om veranderingen te kunnen meten zijn de items van de DROS op het LVB-niveau afgesteld. Bij instrumenten voor normaal begaafden is de inhoud van items vaak te hoog gegrepen waardoor de veranderingen van de LVB-doelgroep buiten of aan de rand van de meetschalen vallen.
- 4. *Specifieke risicofactoren voor verstandelijk beperkte doelgroep moeten worden gemeten*
Naast eigenschappen die ook bij normaal begaafden het risico op delicten en externaliserend probleemgedrag verhogen kent de LVB doelgroep specifieke risicofactoren. Door de blijvende zorgafhankelijkheid is bij LVB bijvoorbeeld de begeleidbaarheid een belangrijke factor. Daarom worden met de DROS zaken als openheid, regelconformiteit, medicatietrouw en attitude ten opzichte van huidige en toekomstige hulpverlening gemeten.
- 5. *Het scoren moet voor de behandelaar een onmiddellijke meerwaarde en inzicht opleveren*
De kwaliteit van meetscores is in hoge mate afhankelijk van de motivatie van de beoordelaar om nauwkeurig te scoren. Hiervoor is het belangrijk dat het scoren de behandelaar een onmiddellijke winst aan inzicht en overzicht oplevert. De DROS items sluiten daarom nauw aan bij dagelijks waarneembare zaken en zijn zo concreet geformuleerd dat het formuleren en evalueren van behandeldoelstellingen wordt ondersteunt.

Meetpretentie

Met de DROS worden 15 veranderlijke cliëntvariabelen gemeten die in de literatuur naar voren komen al dynamische risicovariabelen voor delinquent of risicovol externaliserend probleemgedrag (o.a. Andrews & Bonta, 2003; Douglas & Skeem, 2005; Mann, Hanson & Thornton, 2010). Iedere dynamische risicofactor is geoperationaliseerd door een meetschaal bestaande uit 2 tot 6 verankerde 5-punt items voor afzonderlijke deelaspecten van betreffende risicofactor. Tabel 1 geeft een overzicht van de 15 risicofactoren in de DROS. De inhoud van de deelaspecten staat in bijlage 2.

Tabel 1: Overzicht DROS schalen	
1.	Probleembesef (3 items)
2.	Attitude tegenover de huidige behandeling (2 items)
3.	Verwachtingen t.o.v. de situatie na behandeling (2 items)
4.	Medewerking aan de behandeling (4 items)
5.	Criminogene attitudes (4 items)
6.	Copingvaardigheden (3 items)

7.	Vijandigheid (3 items)
8.	Seksuele cognities en grensoverschrijdend gedrag (3 items)
9.	Impulsiviteit (2 items)
10.	Onderhouden van stabiliserende prosociale structuren (2 items)
11.	Zelfredzaamheid (6 items)
12.	Sociale vaardigheden en gedrag (2 items)
13.	Neiging tot middelengebruik (3 items)
14.	Psychotische symptomen (3 items)
15.	Sociaal netwerk (1 samengesteld item)

Psychometrische eigenschappen

In de periode van mei 2007 tot oktober 2011 hebben de verantwoordelijke behandelaars (gedrags-wetenschappers) van Trajectum de DROS in het kader van routine outcome monitoring ruim 1600 keer voor bijna 400 cliënten gescoord. Gelijktijdig met iedere tweede DROS meting zijn ook de K- en T-items van de HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie forensische Psychiatrie, 2003) gescoord. Daarnaast is gedurende de hele periode agressief gedrag van alle cliënten doorlopend geregistreerd met een uitgebreide versie van de Modified Overt Aggression scale (MOAS+; Drieschner, Marrozos & Regenboorg, 2013). Tenslotte hebben 40 persoonlijk begeleiders (HBO geschoold afdelingsstaf) de DROS voor hun eigen cliënten onafhankelijk van de verantwoordelijke behandelaar gescoord. Deze dataverzameling vormt de basis voor de psychometrische evaluatie van de DROS.

95

Betrouwbaarheid (zie Tabel 2):

De interne consistentie betrouwbaarheid is goed voor negen DROS schalen (Cronbach's $\alpha \geq 0,80$), bevredigend voor de schalen 'Medewerking aan de behandeling' en 'Copingvaardigheden' ($\alpha > 0,70$) en matig voor de schalen 'Sociale vaardigheden', 'Impulsiviteit' en 'In stand houden van stabiliserende prosociale structuren' ($\alpha < 0,70$). De laatstgenoemde twee schalen kunnen op inhoudelijke gronden samengevoegd worden tot een schaal met $\alpha = 0,68$.

De test-hertest betrouwbaarheid bij een meetinterval van zes maanden is 0,86 voor de DROS totaalscore (Pearson's r) en varieert tussen 0,69 en 0,86 voor de afzonderlijke schalen (gemiddeld 0,74). Dit is goed gezien het betrekkelijk lange meetinterval waardoor verschillende scores niet alleen door meetfouten maar ook door werkelijke veranderingen bij cliënten veroorzaakt worden.

De interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de DROS is niet bekend omdat het niet mogelijk was de DROS te laten scoren door twee behandelaars die over voldoende informatie over de cliënt beschikken. Wel is de overeenstemming bepaald tussen onafhankelijke beoordelingen door de behandelaar en een persoonlijk begeleider die de cliënt in het dagelijkse leven op de woonafdeling meemaakt. De Pearson correlatie tussen beide beoordelingen is 0,78 voor de DROS totaalscore en varieert tussen 0,46 en 0,74 voor de afzonderlijke schalen (gemiddeld 0,61). Deze waarden geven een onderschatting van de interbeoordelaarbetrouwbaarheid aangezien persoonlijk begeleiders en behandelaars de cliënten vanuit verschillende perspectieven op basis van verschillende informatie beoordelen en de begeleiders niet tot de beoogde gebruikersgroep van de DROS behoren en nauwelijks scoringservaring hadden.

Validiteit (zie Tabel 2):

De constructvaliditeit van de DROS is goed blijktens hoge correlaties met de scores van inhoudelijk vergelijkbare items van de K- en T-schalen van de HKT-30 ($r=0,52-0,77$). Deze convergente correlaties zijn in alle gevallen hoger dan de divergente correlaties met inhoudelijk minder verwante items van de K- en T-schalen van de HKT-30. De scores van diverse DROS schalen bij het begin van de behandeling voorspellen agressief gedrag gedurende de hele klinische behandeling (Drieschner, Marrozos & Regenboog, 2013). De beste voorspellers zijn de schalen voor 'Copingvaardigheden', 'Impulsiviteit' en 'Sociale vaardigheden' (Spearman's $\rho > 0,40$). Seksueel agressief of grensoverschrijdend gedrag wordt het beste voorspeld door de schaal 'Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag' ($\rho=0,36$).

Tabel 2: Samenvatting resultaten betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek

		Betrouwbaarheid			Validiteit	
Dynamische risicoschaal	Aantal items	Interne consistentie <i>Cronbach's alpha</i> <i>N>1650</i>	Test-hertest <i>6 maanden</i> <i>Pearson's r</i> <i>N>900</i>	Behandelaar-begeleider <i>Pearson's r</i> <i>N=88</i>	Covergent ^b <i>N>630</i>	Predictief ^c <i>N>180</i>
Probleembesef/probleeminzicht	3	0,85	0,73	0,66	0,64 (K01) 0,64 (K11)	n.s.
Attitude t.o.v huidige behandeling	2	0,83	0,71	0,57	0,62 (K10)	0,19
Verwachtingen t.a.v. tijd na behandeling	2	0,91	0,75	0,49 ^a	0,52 (T01)	0,29
Medewerking aan behandeling/begeleiding	4	0,77	0,69	0,65	0,56 (K10)	0,36
Criminogene attitudes	4	0,82	0,70	0,58	-	0,31
Copingvaardigheden	3	0,79	0,71	0,59	0,59 (K13)	0,46
Vijandigheid	3	0,83	0,71	0,55	0,64 (K06)	0,34
Seksgerelateerde cognities en gedrag	3	0,86	0,80	0,71	0,65 (K12)	0,36 ^d
Impulsiviteit	2	0,61	0,68	0,74	0,49	0,46
In stand houden prosociale structuren	2	0,55	0,69	0,71	0,46	0,53
Zelfredzaamheid	6	0,82	0,81	0,62	0,55 (K08)	0,22
Sociale vaardigheden en gedrag	2	0,69	0,69	0,62	0,59 (K07)	0,40
Verslaving, middelengebruik en gokken	3	0,89	0,80	0,74	0,65 (K03)	n.s.
Psychotische problemen	3	0,88	0,86	0,71	0,77 (K02)	n.s.
DROS totaalscore	42	0,93	0,79	0,78	0,79 (K-tot)	0,36

^a *N=82.*

^b *Correlaties met inhoudelijk verwante items van de HKT-30: K01 = Probleeminzicht; K02 = Psychotische symptomen; K03 = Middelengebruik; K04 = Impulsiviteit; K06 = Vijandigheid; K07 = Sociale en relationele vaardigheden; K08 = Zelfredzaamheid; K10 = Attitude ten opzichte van de behandeling; K11 = Verantwoordelijkheid voor het delict; K12 = Seksuele preoccupatie; K13 = Copingvaardigheden; K-totaal = somscore van de 13 K-items van de HKT-30.*

^c *Spearman correlaties tussen DROS-score na 3 maanden behandeling en het gemiddeld aantal agressieve incidenten per week gedurende de rest van de behandeling (geregistreerd met de MOAS+).*

^d *Voorspelling alleen van seksueel agressieve of grensoverschrijdende incidenten.*

Veranderingsgevoeligheid

De sensitiviteit van de DROS voor verandering blijkt uit voortschrijdende veranderingen vastgesteld bij opeenvolgende metingen. De effectsterkte voor veranderingen ten opzichte van de beginmeting is 'klein' na 6 maanden (Cohen's $d=0,30$, $N=107$), 'middelgroot' na 12 maanden ($d=0,60$, $N=82$) en 'groot' na 18 maanden ($d=0,75$, $N=67$) en 24 maanden ($d=0,93$, $N=34$). De effectsterkte voor de parallel gescoorde K-schaal van de HKT-30 is duidelijk kleiner ($d=0,33$ na 12 maanden, $d=0,66$ na 24 maanden; Drieschner, Marrozos & Hesper, 2011). De validiteit van de gemeten veranderingen blijkt uit een hoge correlatie met de veranderingen gemeten met de K-schaal van de HKT-30 (na 12 maanden $r=0,69$; $N=61$).

Gebruik

De DROS is ontwikkeld voor gebruik door gedragswetenschappers die nauw betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt. Bij gebruik door niet academisch geschoold behandelpersoneel moet extra aandacht aan het begrip van de items en het beoordelingsproces besteed worden en is het aan te raden de kwaliteit van de eerste beoordelingen te toetsen aan de hand van parallelle beoordelingen door een gedragswetenschapper. In alle gevallen vereist het gebruik van de DROS deelname aan een beoordelaartraining van één dagdeel.

Het scoren van de volledige DROS duurt 35 tot 45 minuten. De DROS is oorspronkelijk ontwikkeld voor klinische behandelsettings maar kan ook in ambulante settings gebruikt worden. Omdat behandelaars zich in een ambulante setting minder dan in een klinische setting op eigen waarnemingen van de cliënt kunnen baseren is een DROS interview ontwikkeld waarmee de informatie wordt verkregen die nodig is voor het scoren van de DROS items. Ook is voor ambulante settings een verkorte DROS ontwikkeld (scoringstijd 15-20 minuten).

Eind 2011 gebruiken verschillende instellingen de DROS als instrument voor Routine Outcome Monitoring (ROM) bij verstandelijk beperkte cliënten, waaronder twee Forensisch Psychiatrische Centra, één Forensisch Psychiatrische Kliniek en de behandelcentra voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG) aangesloten bij het landelijk expertisecentrum De Borg. Daarnaast wordt de DROS voor andere doeleinden dan ROM in verschillende instellingen uit de forensische psychiatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg ingezet.

Omdat de DROS items op concrete wijze naar vaardigheden, gedragingen en cognities van cliënten verwijzen die men door behandeling probeert te beïnvloeden, kunnen de items ook gebruikt worden om behandeldoelen SMART te formuleren (Drieschner, Hesper, Marrozos & Hout, 2011; Hout, 2013). Vanuit het landelijke project ROM-GGz wordt de DROS aanbevolen voor ROM bij verstandelijk beperkte cliënten in de forensische psychiatrie (Expertgroep ROM forensische psychiatrie, 2011).

De DROS is verkrijgbaar bij Stichting Trajectum (info@Trajectum.info) of bij de auteurs (kdrieschner@trajectum.info).

Literatuur

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2003).** The psychology of criminal conduct (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005).** Violence risk assessment, getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347-383.
- Drieschner, K. H. (2013).** ROM bij volwassenen met sterke gedragsstoornissen en lichte verstandelijke beperkingen (SGLVB). In V. J. A. Buwalda, M. A. Nugter, A. T. F. Beekman & W. v. Tilburg (Eds.), *Praktijkboek ROM in de GGZ II* (pp. 127-132). Utrecht: De Tijdstroom.
- Drieschner, K., & Hesper, B. L. (2008).** *Dynamic Risk Outcome Scales*. Boschoord: Trajectum.
- Drieschner, K., Marrozos, I., & Hesper, B. L. (2011).** Verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie: overzicht en presentatie van een onderzoek naar het effect van langdurende klinische behandelingen. *Proces*, 5, 280-298.
- Drieschner, K. H., Marrozos, I., & Regenboog, M. (2013).** Prevalence and risk factors of inpatient aggression by adults with intellectual disabilities and severe challenging behaviour: a long-term prospective study in two Dutch treatment facilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2407-2418.
- Drieschner, K. H., Hesper, B. L., Marrozos, I., & Hout, F. A. G. (2011).** Duurzaamheid - meerwaarde versus inspanning. In S. v. Hees, P. v. d. Vlist & N. Mulder (Eds.), *Van meten naar weten - ROM in de GGz* (pp. 81-88). Amsterdam: Boom.
- Expertgroep ROM forensische psychiatrie (2011).** ROM Forensische Psychiatrie - aanbevelingen 2011. Gedownload december 2012 via www.ggz nederland.nl/kwaliteit-van-zorg/rom/expertgroepen/20111214-rom-fp-aanbevelingen-2011-v10.pdf
- Hout, F. A. G. (2013).** Dynamic Risk Outcome Scales - specificatie van behandeldoelen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 68(1), 29-31.
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010).** Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217.

