

A person wearing a black hoodie, a white baseball cap with a red 'LA' logo, and light blue jeans is sitting on concrete stairs. They are looking down, and their hands are near their face. The background is a vibrant graffiti wall with a large green face on the left and various abstract shapes and colors. To the right, there is a black metal railing.

HET EFFECT VAN BEHANDELING

MAGAZINE
OVER
EFFECTMETING

de Borg 

VOOR WOORD

Wat is het effect van de behandeling die de vier Borg-instellingen bieden aan cliënten met een licht verstandelijke beperking en daarbij komende psychische- en of gedragsproblemen? Monique Delforterie deed hier van 2013 tot 2018 onderzoek naar. Doordat we met vier instellingen zoveel mogelijk dezelfde gegevens verzamelen, kunnen we over de jaren heen kijken naar veranderingen in het effect van de behandeling. We gebruiken hiervoor verschillende meetinstrumenten waar we later in dit magazine meer over vertellen.

Met de gegevens die binnen de Borg-instellingen worden verzameld hebben we een goed beeld van de doelgroep die behandeld wordt en kunnen we het effect van de behandeling in kaart brengen. Na hoeveel maanden behandelen is er sprake van een positief behandel-effect? Hoe hoog is het percentage cliënten dat is verbeterd na 12 maanden? Hierover lees je meer in dit magazine.

CO
LO
FON

Expertisecentrum De Borg
Eikenpage 4, 3734 AC Den Dolder
+31 (0)30 2256405
info@deborg.nl
www.deborg.nl
Volg ons op LinkedIn

Directeur Expertisecentrum
De Borg: Marjet van Baggum
Projectleider: Monique Delforterie
Redactie: Marloes Dekker
Fotografie: Trajectum
Ontwerp: Rudi Langezaal, Odijk
Druk: Bergdrukkerij, Amersfoort

de Borg 

Marjet van Baggum
directeur Expertisecentrum De Borg

RESULTATEN 2013-2018: HET VERSCHIL MET DE METING VAN 2007-2012

De resultaten van de periode 2013-2018 laten op het gebied van dynamische risicofactoren al na een half jaar kleine positieve behandel-effecten zien. Met de DROS worden na 2 jaar zelfs middelgrote positieve behandel-effecten gevonden. 42% van de cliënten is dan verbeterd. Op het gebied van internaliserend en externaliserend probleemgedrag (gedrag dat schadelijk is voor de cliënt zelf of voor anderen) zien we dat dit gedrag tijdens de behandeling eerst verslechtert voordat het kan verbeteren. Deze resultaten zijn op zichzelf positief, maar in vergelijking met de resultaten van de vorige effectmeting (over de periode 2007-2012) lijken de behandel-effecten te zijn verminderd. In het vorige effectmeting worden namelijk na 18 maanden al grote positieve behandel-effecten gevonden met de DROS.

WAAROM EEN VERSCHIL?

Allereerst zien we een verandering in de doelgroep. Dat er een verschil is heeft deels ook te maken met veranderingen in beleid. Mensen met een verslaving worden bijvoorbeeld niet meer uitgesloten van behandeling. Ook zijn er meer afdelingen met cliënten met een justitiële maatregel bijgekomen in verschillende Borg-instellingen, dat wil zeggen dat er meer mensen onvrijwillig opgenomen worden. Vergeleken met de vorige effectmeting zijn cliënten in de huidige effectmeting ouder, vaker gediagnosticeerd met een verslaving en hebben eerder een justitiële maatregel. Dit zijn juist cliënten die in de behandeling minder snel vooruit gaan. Ook is er sprake van ambulantisering, waarbij zoveel mogelijk gekeken wordt of de cliënt ambulant te behandelen is in plaats van klinisch. In de huidige effectmeting wordt alleen gekeken naar cliënten die klinisch zijn opgenomen. De cliënten bij deze Borg-instellingen komen pas in de kliniek (en dus in de huidige effectmeting) als het echt niet anders kan, wat kan leiden tot een zwaardere doelgroep en daarmee invloed heeft op de effectiviteit van de behandeling. Daarnaast hebben de instellingen jaren te maken gehad met grote personeelstekorten en

bezuinigingen. Dit kan ook invloed gehad hebben op de effectiviteit van zorg. Tegelijkertijd gaan we voor de volgende meting nog beter onderzoeken welke behandeling aanslaat bij welke cliënt en hoe we de behandel-effecten verder kunnen verbeteren. Ondanks deze veranderingen in beleid die mogelijk hebben geleid tot een andere, zwaardere doelgroep kunnen we nog steeds zeggen dat de behandeling van de Borg-instellingen leidt tot de gewenste verandering bij cliënten.

» SCAN DE QR-CODE EN BEKIJK
HET ERVARINGSVERHAAL VAN
EEN CLIËNT ONLINE «



DE MEETINSTRUMENTEN

Voor het meten van het behandel-effect maken we gebruik van verschillende meetinstrumenten die ingaan op verschillende gebieden die in de behandeling aan bod komen. De DROS (Dynamic Risk Outcome Scales) en HKT-R (Historisch, Klinisch, Toekomst Revisie) gaan in op dynamische risicofactoren, dat zijn factoren die het risico op delinquent en externaliserend probleemgedrag vergroten en die door middel van behandeling veranderbaar zijn. De DROS is specifiek ontwikkeld voor de SGLVG(+) doelgroep van de Borg. De (+) staat voor cliënten die in aanraking zijn geweest met Justitie. De DROS bestaat uit 42 items die 15 dynamische risicofactoren voor externaliserend probleemgedrag vormen, waaronder probleembesef/probleeminzicht, criminogene attitudes, sociale vaardigheden en gedrag en copingvaardigheden. De DROS wordt ingevuld door de behandelaar van de cliënt. De HKT-R is een risicotaxatie vragenlijst die gebruikt wordt om het risico op recidive te kunnen inschatten. Het bestaat uit 12 historische items (de H-schaal), 14 klinische items (de K-schaal) en 7 toekomstige items (de T-schaal). De items worden ingevuld door de behandelaar van de cliënt. De ABCL (Adult Behavior Checklist) is een meetinstrument dat kijkt naar zowel internaliserend (zoals angst en depressie) als externaliserend probleemgedrag (zoals agressie en regelovertredend gedrag) van de cliënt. Vaak gaan bij onze cliënten deze probleemgedragingen samen. De ABCL bestaat uit 123 items.

AMBULANTE BEHANDELING: INTERVIEW MET LAURA NEIJMEIJER

In de effectmeting zijn de resultaten van de ambulante behandeling niet meegenomen in de resultaten. Om wat meer inzicht te krijgen in ambulante behandeling is Laura hierover geïnterviewd.

KUN JE IETS VERTELLEN OVER HET ONTSTAAN EN DE ONTWIKKELING VAN (F)ACT (AMBULANTE BEHANDELING) VOOR MENSEN MET EEN LVB EN/OF EEN ACHTERGROND MET JUSTITIE?

In de GGZ is er al veel ervaring opgedaan met ACT en FACT. Inmiddels zijn er ruim 400 (F)ACT teams in Nederland en is (F)ACT een reguliere vorm van behandeling geworden voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek (EPA). Uit onderzoek blijkt dat (F)ACT leidt tot minder opnames en beter functioneren. (F)ACT is dus een evidence based practice. Door de goede ervaringen met (F)ACT in de GGZ rees de vraag of deze vorm van

zorg wellicht ook voor andere doelgroepen met langdurende en meervoudige problematiek een zinvolle aanvulling zou kunnen zijn, onder wie mensen met een LVB en ernstig probleemgedrag. Sinds 2010 is geïnvesteerd in de ontwikkeling van (F)ACT LVB. Vanuit het Trimbos-instituut ontwikkelde ik in nauwe samenspraak met het veld een modelbeschrijving en een implementatiehandleiding, en ondersteunde ik tussen 2011 en 2018 de Borg-instellingen en andere organisaties, waaronder de Amarant Groep, bij de implementatie van FACT LVB.

WAT WAREN DE BELANGRIJKSTE UITKOMSTEN?

Ten eerste dat cliënten na verloop van tijd op verschillende uitkomstmaten beter gaan functioneren. Dat blijkt bijvoorbeeld uit hun totaalscore op de HoNOS, maar ook uit het feit dat hun woonomstandigheden

verbeteren en dat de sociale overlast afneemt. Ze komen minder vaak in contact met politie en justitie en worden minder vaak opgenomen.

Een tweede belangrijke resultaat is dat FACT niet zaligmakend is. FACT produceert geen blijde, aangepaste modelburgers. Kleine veranderingen hebben vaak veel tijd nodig en het leven van de meeste cliënten verloopt met ups en downs. Financiële problemen zijn vaak moeilijk oplosbaar en (betaald) werk is voor veel cliënten een brug te ver. Bovendien blijkt verslavingsproblematiek bij deze doelgroep een hardnekkig fenomeen.

De kwalitatieve deelstudie heeft vooral meer inzicht gegeven in de werkzame ingrediënten van (F)ACT LVB. Cliënten waardeerden vooral het contact met de teamleden en de praktische en

emotionele ondersteuning. Langdurende betrokkenheid, beschikbaarheid als hulpverlener én mens, en respect voor de autonomie van de cliënt werden benoemd als de belangrijkste kernwaarden in het contact met de staf. De meeste cliënten gaven aan verbetering te bemerken in hun functioneren, en schreven dit toe aan intrapersonlijke veranderingen en/of minder dagelijkse stress.

WAT IS DE RELEVANTIE VAN DIT ONDERZOEK VOOR DE PRAKTIJK?

Het lijkt me dat FACT-hulpverleners sowieso al een 'boost' krijgen van het feit dat ze weten dat wat ze dagelijks doen, zoden aan de dijk zet, dat hun inspanningen resultaat hebben. Omdat FACT een nieuwe vorm van zorg is voor mensen met een LVB, is dat goed om te weten. Niet alleen voor cliënten en hulpverleners, maar ook voor beleidsmakers en financiers is dit uiteraard van belang.

Daarnaast hoop ik dat de uitkomsten van dit onderzoek hulpverleners motiveert om hun manier van werken te blijven verbeteren, ook in relatie tot bepaalde subgroepen van cliënten. Zo blijken cliënten met verslavingsproblematiek minder te profiteren van de behandeling en de begeleiding binnen FACT. Dat geldt ook voor mensen die over minder sociale vaardigheden beschikken, en voor mensen die minder gemotiveerd zijn voor zorg. Nu weet ik vanuit de praktijk dat hulpverleners hun stinkende best doen om aan te sluiten bij datgene wat cliënten nodig hebben, maar ook dat het best moeilijk is om behandeling in engere zin, dus bijvoorbeeld een verslavingsmodule, goed vorm te geven binnen FACT. Toch is het van groot belang om daar tijd en aandacht aan te besteden. En nu de basis er ligt, lijkt de tijd rijp voor het slaan van de volgende kwaliteitsslag.

ONZE AMBITIE. HOE NU VERDER?

Onze cliënten hebben zowel een licht verstandelijke beperking, een psychiatrische stoornis en/ of een forensische achtergrond. Vaak vallen ze tussen wal en schip. We bieden een zo compleet mogelijk behandelprogramma voor een complexe groep cliënten. Hoe weten we of we effectieve zorg bieden? Omdat we de expert willen zijn op het gebied van behandeling en onderzoek, nemen we onszelf en ons eigen werk ook regelmatig kritisch onder de loep.

Bij het vergelijken van de eerste en de tweede effectmeting is ons duidelijk geworden dat er in de afgelopen jaren veel meer cliënten ambulant behandeld worden dan tijdens de vorige effectmeting. Om goed in beeld te brengen wat de behandeling zowel klinisch als ambulant doet gaan we ook een effectmeting doen van onze ambulante behandeling.

BEHANDELPROGRAMMA

Onze ambitie voor de volgende effectmeting bij klinisch opgenomen cliënten is het onderzoeken of het mogelijk is om inzicht te krijgen in welk behandelprogramma werkt bij welke cliënten. Het is nog wel een uitdaging om de gegevens hiervoor boven tafel te krijgen. We zoeken naar patronen om werkbare bestanddelen van behandelprogramma's te onderscheiden en om inzicht te krijgen in bij wie deze behandelprogramma's wel en niet werken. Door op zoek te gaan naar de ingrediënten die effect hebben op de behandeling kunnen we de kwaliteit van zorg verbeteren.

MEETINSTRUMENTEN

Terugkijkend gebruiken we verschillende meetinstrumenten waar we dan in de praktijk de registratie niet goed van bijhouden. De meetinstrumenten laten dan soms onderling grote verschillen zien. Dat betekent dat we er samen scherper op gaan letten dat we de meetinstrumenten eenduidiger gebruiken en vooral eenduidiger registreren. Gebruik van dezelfde, liefst smallere set van meetinstrumenten zou het uitgangspunt moeten zijn. We bekijken of dit haalbaar is en of systemen hierop aangepast kunnen worden. Ook spreken we met elkaar af wat het tijdspad is dat we meten.

UITSTROOM

Het is ook interessant om in kaart te brengen of cliënten wel of niet goed uitstromen. Om dit te weten wil je mensen een tijd na ontslag bevragen. Dit is tijdsintensief maar kan een nuttig inzicht geven. De moeite zit hem in het terugvinden van cliënten.

ONDERZOEKSRESULTATEN

SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Het grootste deel van de onderzoeksgroep bestaat uit mannen (84%). De gemiddelde leeftijd is 34 jaar en loopt van 16 tot 73 jaar. Het gemiddelde totale IQ van de cliënten is 68,5 en loopt van 45 tot 92. De meeste cliënten zijn opgenomen met een strafrechtelijke (61%) of een civielrechtelijke maatregel (35%). Slechts 4% van de onderzoeksgroep is vrijwillig opgenomen in één van de Borg-instellingen. Per instelling verschilt het of cliënten kunnen blijven na het kwijtraken van hun titel.

Agressie (47,5%) en overig antisociaal gedrag zoals vernieling en diefstal zonder geweld (38,3%) zijn de meest voorkomende probleemgedragingen die aanleiding vormden voor de behandeling. Naast LVB is meer dan de helft (55%) gediagnosticeerd met een verslaving. Meer dan een kwart (28%) is naast een LVB gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis. Comorbiditeit is groot: bij 75% van de cliënten is er naast een LVB sprake van nog 2 of meer diagnoses.

RESULTATEN 2013-2018

De resultaten van de huidige effectmeting over de behandeling van cliënten opgenomen tussen 2013 en 2018 met SGLVG(+) binnen de Borg-instellingen laten zien dat er sprake is van een klein behandel-effect gemeten met de DROS, HKT-R en ABCL. Gemeten met de DROS is er na 24 maanden sprake van een middelgroot behandel-effect. Enkele verschillen in behandel-effect voor cliëntkenmerken zijn aan te wijzen, zoals leeftijd en juridische status. Er zijn weinig verschillen te zien in probleemgedrag en stoornis, wat inhoudt dat alle cliënten profiteren van de behandeling binnen één van de Borg-instellingen. De gemiddelde behandel-duur van afgeronde behandelingen is nog geen jaar. Korte (tot 1 jaar) en middellange (1 tot 2 jaar) behandelingen hebben een klein behandel-effect. Het behandel-effect van lange behandelingen (langer dan 2 jaar) is middelgroot. Ten opzichte van de effectmeting van 2007-2012 is het behandel-effect kleiner. Er zijn twee oorzaken die het verschil kunnen verklaren: enerzijds is de cliëntengroep

zwaarder geworden omdat meer cliënten met een strafrechtelijke titel (en dus onvrijwillig) behandeld worden. De tweede mogelijke oorzaak is dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden van klinische naar ambulante behandeling. Meer dan tijdens de eerste meting worden cliënten ambulant behandeld. Tegelijkertijd geeft de uitkomst ook aanleiding naar het stellen van verdiepende vragen over de effectiviteit van onze behandelingen, en wat wij daaraan kunnen verbeteren. Hoe kan preciezer gemeten worden welke behandel-effecten worden bereikt?

HOE GAAN WE VERDER?

WAT GAAN WE ANDERS DOEN VOOR DE VOLGENDE EFFECTMETING?

Naar aanleiding van het onderzoek kunnen we een aantal conclusies trekken. Het uiteindelijke doel van de effectmeting is dat we weten welke aspecten van onze behandeling effectief zijn en welke niet. Dit onderzoek geeft in grote lijnen de effectiviteit weer, maar eigenlijk zouden we dit op nog meer detailniveau willen onderzoeken. Tegelijkertijd is in dit onderzoek een groeiende behandel-tak ontstaan: de ambulante behandeling. Deze is nog niet meegenomen in de metingen en vraagt om een vervolgonderzoek. Met het voortschrijdend inzicht dat in dit onderzoek is opgedaan wordt voor het vervolgonderzoek de volgende aspecten meegenomen:

- We nemen de ambulante behandeling mee in de te meten resultaten.
- De dataset wordt versmald en verder geüniformeerd, zodat de onderling verzamelde gegevens beter op elkaar aansluiten.
- We maken met de vier instellingen afspraken over hoe we registreren.
- Vastgelegd wordt welk behandelprogramma bij een cliënt is ingezet, zodat onderzocht kan worden welk programma bij welke cliënt effectief is.
- Er wordt ingezet op meer eigenaarschap van de voortgang van de behandeling door medewerkers.
- Het onderzoek wordt uitgebreid met een (beperkt) kwalitatief onderzoek naar een aantal cliënten die al

(langere tijd) uit zorg zijn, en hoe hun leven er na de behandeling uitziet.

- De ROM geeft behandelaars de mogelijkheid om een behandeling aan te passen mocht deze niet de resultaten opleveren die gewenst zijn. Hiervoor is het noodzakelijk dat behandelaars goed getraind zijn in het scoren en interpreteren van alle meetinstrumenten in de ROM.
- Vanwege de toenemende druk op administratieve lasten zijn een aantal vragenlijsten uit de Borg-brede ROM opzet van 2007 - 2012 gehaald. Dit

heeft gevolgen voor de focus van de huidige effectmeting, die nu op dynamische risicofactoren en emotionele- en gedragsproblemen lag. Daarbij lijken de HKT-R en de ABCL voor de doelgroep minder geschikte instrumenten voor het meten van behandelvoortgang, omdat deze minder sensitief zijn voor verandering in de LVB doelgroep. Het toevoegen van een meetinstrument dat wel geschikt is voor onze doelgroep, zoals de AVVB, zou de behandel-effecten van de Borg-instellingen wellicht beter in kaart kunnen brengen.

BESCHIKBARE DATA PER INSTELLING

Voor dit rapport zijn alle beschikbare data gebruikt van cliënten die zijn opgenomen in de periode 2013-2018. Zie tabel 1 voor de verdeling over de instellingen.

TABEL 1 OVERZICHT AANTAL CLIËNTEN MET BESCHIKBARE DATA PER INSTELLING

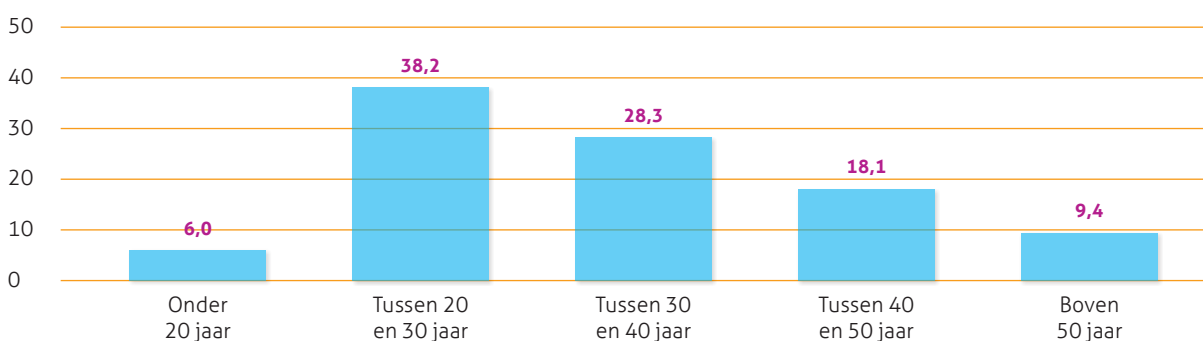
Instelling	Beschrijvende gegevens	DROS	ABCL	HKT-R
Trajectum	259	206	223	192
Ipsse de Bruggen	117	204	183	111
Stevig	418	139	150	119
Fivoor - Wier	270	0	344	88
Totaal	1064	549	900	510

ONDERZOEKSGROEP

DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

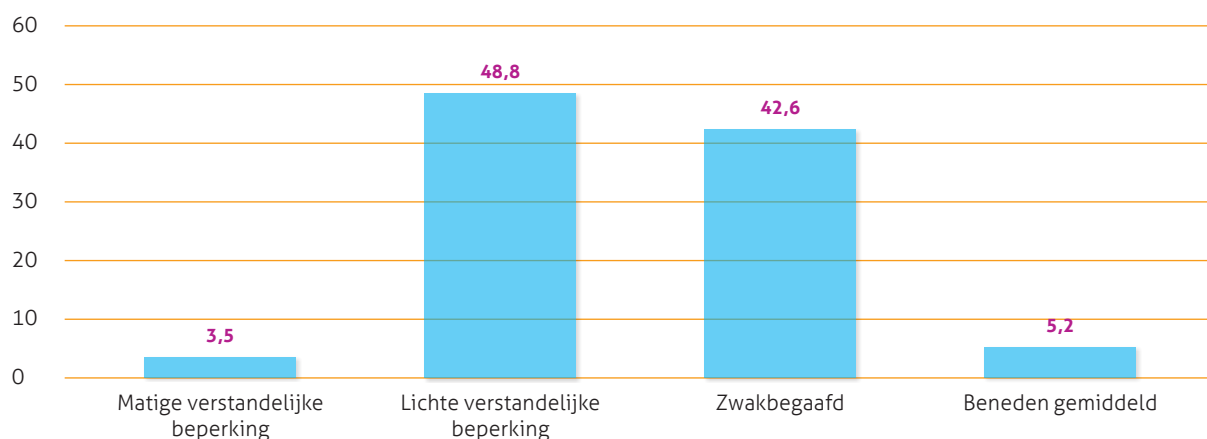
De onderzoeksgroep bestaat voor 84% uit mannen. De gemiddelde leeftijd van de cliënten is bij opname 34 jaar (sd = 10,5) en loopt van 16 tot 73 jaar. De meeste cliënten (38%) zijn tussen de 20 en de 30 jaar. Zie figuur 1 voor de verdeling van cliënten over verschillende leeftijdsgroepen.

FIGUUR 1 PERCENTAGE CLIËNTEN VERDEELD OVER VERSCHILLENDE LEEFTIJDSCATEGORIEËN (N = 1061)



Het gemiddelde IQ van de onderzoeksgroep is 68,5 (sd = 9,6) en loopt van 45 tot 92. Het gemiddelde verbale IQ is 70,6 (sd = 9,9) en het gemiddelde performante IQ is 71,6 (sd = 11,5). Zie figuur 2 voor de verdeling over verschillende categorieën IQ.

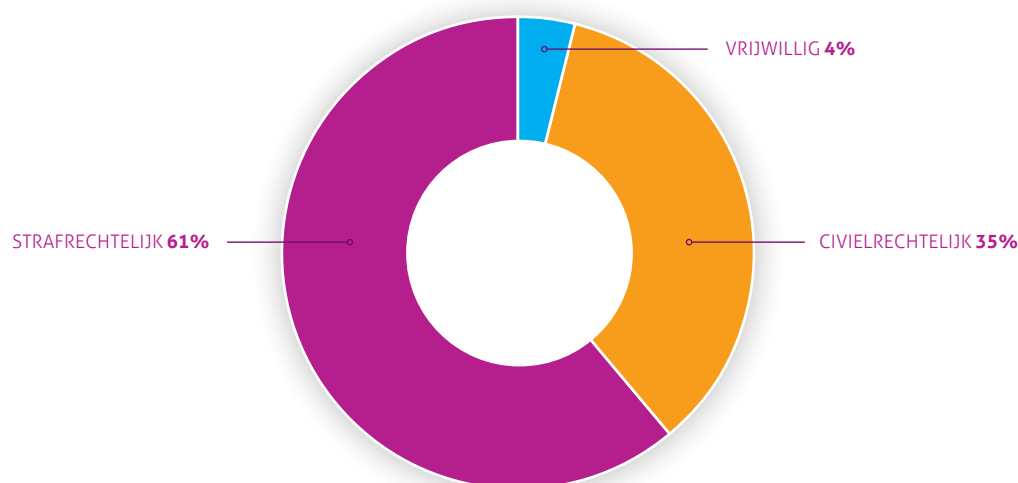
FIGUUR 2 PERCENTAGE CLIËNTEN VERDEELD OVER VERSCHILLENDE CATEGORIEËN IQ* (N = 289)



* Matige verstandelijke beperking: IQ tussen 35 en 49; Lichte verstandelijke beperking: IQ tussen 50-69; Zwakbegaafd: IQ tussen 70-84; Beneden gemiddeld: IQ tussen 85-100.

Veruit de meeste cliënten zijn opgenomen via justitie met een strafrechtelijke maatregel (61%) of onder dwang van een civielrechtelijke maatregel (35%). Slechts 4% van de cliënten in de onderzoeksgroep zijn vrijwillig opgenomen (zie ook figuur 3). Stevig heeft hierbij alleen beschrijvende gegevens van strafrechtelijk opgenomen cliënten aangeleverd en Fivoor heeft alleen beschrijvende gegevens aangeleverd van civielrechtelijk opgenomen cliënten, wat het percentage vrijwillig opgenomen cliënten kan hebben gedrukt. Ipse de Bruggen en Trajectum hebben respectievelijk 9% en 13% vrijwillig opgenomen cliënten.

FIGUUR 3 JURIDISCHE STATUS BIJ OPNAME (N = 1062)



* Civielrechtelijk: RM, IBS, overige BOPZ maatregel; Strafrechtelijk: Detentieongeschiktheid, ISD maatregel, voorwaardelijke TBS, bijzondere voorwaarde bij voorwaardelijke straf.