

Doelgroep in beeld

*Een nauwkeurige
omschrijving van
mensen met een
lichte verstandelijke
beperking en
meervoudige complexe
problematiek*



rije Universiteit amsterdam

De Borg



Doelgroep in beeld

De Borg

Vrije Universiteit Amsterdam

Nienke Tenneij

Hans Koot

Augustus 2006



Inhoud

1. Inleiding	7
2. Methode	9
3. Resultaten	15
3a Inclusie	15
3b Achtergrondkenmerken en voorgeschiedenis	17
3c Verwijzing, opname en ontslag	26
3d Psychiatrische classificatie	35
3e Vergelijking verschillende groepen cliënten	41
<i>Mannen versus vrouwen</i>	41
<i>Indexdelict versus geen indexdelict bij opname</i>	47
4. Conclusies en aanbevelingen	52
<i>Samenvatting</i>	59
<i>Literatuur</i>	62

Voorwoord

De bij De Borg aangesloten instellingen hebben de opdracht cliënten te behandelen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. Deze mensen zijn door hun complexe probleemgedrag de greep op hun leven kwijtgeraakt. Ons doel is hen zodanige hoogwaardige behandeling, zorg en ondersteuning te bieden dat zij de draad van hun leven weer kunnen oppakken en op een humane en volwaardige wijze deel uit kunnen maken van de maatschappij.

De afgelopen vier jaar hebben de instellingen zich, in samenwerking met de Vrije Universiteit te Amsterdam, grote moeite getroost om de problematiek van onze cliënten met betrouwbare instrumenten nauwkeurig in kaart te brengen; instrumenten te valideren die geschikt zijn om de verbetering van de conditie van cliënten vast te stellen tussen het begin en het einde van de behandeling en tenslotte om onze mogelijkheden te vergroten om agressie te monitoren en te doen verminderen.

Met gepaste trots kunnen we vaststellen dat we deze doelen hebben weten te realiseren. Eén van de resultaten ligt nu voor u: een precieze omschrijving van de cliëntenpopulatie. Bij deze cliënten blijkt er sprake van meervoudige complexe problematiek. Zo is bij driekwart van de cliënten sprake van gewelddadigheid c.q. agressief gedrag voorafgaande aan de opname. Bij tweederde van de cliënten is sprake van een (psychiatrische DSM-IV) classificatie op As I. Een ruime minderheid van de cliënten wordt opgenomen op basis van een juridische maatregel.

Met het werk van de afgelopen jaren is mede de basis gelegd voor verder wetenschappelijk onderzoek. Daarvoor zijn de afgelopen periode verschillende onderzoeksrichtingen uitgewerkt. Samen met de instellingen voor de behandeling van jeugdigen (verenigd in de VOBC LVG), de Vrije Universiteit, Universiteit Utrecht en de Radboud Universiteit

hebben we een subsidieaanvraag ingediend bij ZonMw. De focus ligt hierbij op medicijngebruik, het beïnvloeden van agressief gedrag en het vergroten van de handelingsvaardigheden van groepsleiding.

Het meten van de lange termijn effecten van de behandeling in onze instellingen vinden we van een zodanig belang dat we dit ook zonder externe financiering ter hand zullen nemen. Voor- en nametingen maken deel uit van de onderzoeksopzet. In het bijzonder zal worden gefocust op de effectiviteit van behandelmodules die tot doel hebben agressief gedrag bij cliënten te verminderen.

Rest ons tenslotte waardering uit te spreken voor de inzet van zovele medewerkers, die de gegevens met grote trouw hebben bijeengebracht. Een bijzonder woord van dank is op zijn plaats voor Prof Dr. J. M. Koot en Dr. N. Tenneij, die borg stonden voor de wetenschappelijke kwaliteit van de omschrijving van onze cliëntenpopulatie die nu voor u ligt.

J.B.J.M. Hendriks - MSM
voorzitter Stichting - De Borg

1. Inleiding

De Borg is een landelijk samenwerkingsverband van de vijf erkende instellingen voor de behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). De instellingen behandelen mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen. De vijf instellingen die deel uitmaken van De Borg zijn: Altrecht GGz - Wier in Den Dolder, De Bruggen Specialistische Zorg in Zwammerdam, Dichterbij Specialistische Zorg in Oostrum, Trajectum - Hoeve Boschoord in Boschoord en Trajectum - Hanzeborg in Eefde. Behandeling binnen deze instellingen kan op poliklinische, dagklinische en klinische basis plaatsvinden. In 2004 werd een begin gemaakt met de opzet en uitvoering van een wetenschappelijk onderzoek dat beoogt bij te dragen aan verbetering van algemeen beleid en diagnostiek in deze instellingen en aan kennis over de klinisch behandelde populatie. Dit verslag is één van de vruchten van dit onderzoek. Het beoogt een overzicht te geven van kenmerken van de klinisch behandelde SGLVG¹ populatie en op basis van dit overzicht een aantal aanbevelingen voor beleid en behandeling te doen.

In de afgelopen 15 jaar zijn een aantal rapportages over de SGLVG verschenen, namelijk die van de commissie Van den Muijsenbergh (1991), van Koedoot en de Lege (1993) en, meest recent, van ten Wolde (1997). De huidige rapportage wijkt op een aantal punten van deze eerdere rapportages af. Op de voorgrond staat een beschrijving van de SGLVG populatie als geheel, zoals die in 2004 en 2005 in klinische behandeling op de vijf instellingen is geweest. Hierbij zal, in tegenstelling tot eerdere rapportages, geen onderscheid tussen instellingen worden gemaakt. Daarnaast werd in eerdere rapportages gebruik gemaakt van informatie die op instellingen voorhanden was en iedere instelling voor zich verzamelde. Als gevolg hiervan verschilden instellingen in welke informatie beschikbaar was, welke medewerker deze informatie aanleverde en het tijdstip waarop gegevens werden geregistreerd. Echter, sinds 1 januari 2004 zijn een aantal (diagnostische) procedures binnen de vijf instellingen gestandaardiseerd. In elke instel-

ling wordt aan de hand van dezelfde instrumenten op dezelfde momenten informatie verzameld. Over deze gegevens zal hier worden gerapporteerd. Daarbij komen de volgende onderwerpen aan bod:

- persoonskenmerken en voorgeschiedenis;
- situatie rondom verwijzing, opname en ontslag;
- psychiatrische classificatie (bij opname);
- de vraag of er verschillen zijn in problematiek en voorgeschiedenis tussen: mannen en vrouwen opgenomen binnen de SGLVG; cliënten waarbij een delict een rol speelt bij de opname en cliënten waarbij dit niet het geval is.

¹: Door deze hele rapportage heen zal van de SGLVG populatie worden gesproken. Hiermee wordt expliciet de SGLVG populatie bedoeld zoals die in klinische behandeling is geweest in 2004 en 2005 in de vijf Borginstellingen.

2. Methode

Deelnemers

In de SGLVG worden personen behandeld, die

- een leeftijd hebben tussen de 18 en 55 jaar;
- een IQ hebben in de range 50-90 (disharmonisch profiel);
- ernstig probleemgedrag vertonen voorafgaande aan de opname;
- eerdere pogingen tot behandeling hebben ondergaan welke niet of niet voldoende zijn geslaagd;
- een behandelperspectief hebben.

In principe wordt gerapporteerd over alle personen die in de periode 1 januari 2004 tot en met 31 december 2005 minimaal drie maanden zijn opgenomen voor behandeling in één van de vijf participerende instellingen en toestemming hebben gegeven voor het gebruik van hun gegevens ten behoeve van wetenschappelijke rapportage (zie toestemmingsprocedure). Dit kunnen zowel mensen zijn die in deze periode werden opgenomen, maar ook cliënten die al vóór 1 januari 2004 in behandeling waren, maar nog ten minste drie maanden in behandeling waren in 2004. Daarnaast moesten de gegevens van de persoon beschikbaar zijn ten tijde van het voorbereiden van deze rapportage op 1 februari 2006. Om observatielijsten betrouwbaar te kunnen invullen en de psychiatrische classificatie betrouwbaar te kunnen uitvoeren moeten beoordelaars, medewerkers van de instelling, een zekere periode bekend zijn met een cliënt. Er is daarom gekozen voor een opnameduur van minimaal drie maanden.

Toestemmingsprocedure

Sinds 1 januari 2004 werden cliënten (en eventueel hun wettelijk vertegenwoordiger) die werden aangemeld voor behandeling of al op de instelling verbleven, schriftelijk geïnformeerd over wetenschappelijk onderzoek in de instelling. Deze schriftelijke informatie werd tijdens de opname mondeling toegelicht. Wanneer de cliënt (en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger) de informatie begreep, werd hem/haar om toestemming gevraagd voor het gebruik van zijn/haar gegevens (geanonimiseerd) ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. De cliënt kon hier wel of geen toestemming voor geven zonder dat dit enige consequenties had voor de diagnostische en evaluatieve procedures tijdens de behandeling. Indien de cliënt toestemming gaf voor het gebruik van zijn/haar gegevens werd dit schriftelijk vastgelegd.

Instrumenten/gegevens

a. Achtergrondgegevens, basisregistratielijst.

In 2003 is in overleg met de vijf participerende instellingen een zogenoemde basisregistratielijst samengesteld waarmee achtergrondgegevens van cliënten kunnen worden geïnventariseerd. De basisregistratielijst beslaat de volgende gebieden: Demografische kenmerken cliënt (zoals leeftijd, geslacht en burgerlijk staat); Gegevens over gezin van herkomst (zoals leeftijd en opleidingsniveau van de ouders, wie de belangrijkste verzorger was in de jeugd); Voorgeschiedenis van de cliënt (zoals opleidingsniveau en arbeidsverleden, eerdere hulpverlening, of er seksueel misbruik en/of mishandeling/verwaarlozing heeft plaatsgevonden); Gegevens rondom opname (zoals verwijzer naar de SGLVG, woonsituatie voorafgaande aan de opname, belangrijkste reden voor opname, middelengebruik voorafgaande aan opname); Delictgeschiedenis. Daarnaast werd bij ontslag een aantal gegevens vastgelegd, zoals reden voor ontslag, hulpverlening na ontslag en woonsituatie na ontslag.

Per instelling werd beoordeeld wie het beste welke informatie kon aanleveren. Zo werd bijvoorbeeld op de ene instelling de informatie over de opleiding en arbeidsverleden van de cliënt door een maatschappelijk werker ingevuld en op een andere instelling door een arbeidstherapeut. Vragen waarbij een beoordeling plaats moest vinden, zoals welk probleemgedrag primair leidde tot de opname, werden op iedere instelling ingevuld door een behandelverantwoordelijke. De behandelverantwoordelijke is een psychiater of psycholoog die de eindverantwoordelijkheid heeft over de diagnostiek en behandeling

van een cliënt. Alle vragen en antwoordmogelijkheden opgenomen in de basisregistratie waren omschreven in een bijgevoegd codeboek om eenduidigheid bij het invullen tussen de instellingen te bevorderen.

b. Psychopathologie: psychiatrische classificatie en emotionele- en gedragsproblemen.

Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking komt dezelfde range aan psychiatrische problematiek voor als bij normaal begaafde mensen (bijvoorbeeld, Borthwick-Duffy, 1994; Doen, 2005). De groep van mensen met een lichte verstandelijke beperking blijkt echter een verhoogd risico te hebben op het ontwikkelen van psychopathologie (bijvoorbeeld, Dekker e.a., 2002; Emerson, 2003). Tot op heden bestaat er geen consensus hoe, aan de hand van welke instrumenten, psychopathologie het beste gemeten zou kunnen worden en/of de psychiatrische classificatie zou moeten plaatsvinden.

Binnen deze rapportage is gekozen voor een beschrijving aan de hand van psychiatrische classificaties op grond van criteria in de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition” (DSM-IV; American Psychiatric Association-APA, 1994). Daarnaast is gebruik gemaakt van een observatielijst waarmee emotionele- en gedragsproblemen in kaart kunnen worden gebracht, namelijk de Adult Behaviour Checklist (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003). Deze lijst is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen uit de algemene bevolking, maar lijkt ook bruikbaar binnen de SGLVG populatie (Tenneij & Koot, In druk). Ten tijde van het voorbereiden van deze rapportage waren de Nederlandse normen van de ABCL nog niet beschikbaar en was het dus niet mogelijk de SGLVG populatie te vergelijken met de algemene Nederlandse bevolking en hierover te rapporteren. De “ruwe” ABCL gegevens worden in deze rapportage gebruikt om mannen en vrouwen binnen de SGLVG met elkaar te vergelijken.

DSM-IV Checklist As I

Om tot een DSM-IV classificatie op As I te komen werd gekozen voor classificatie aan de hand van een checklist. Van alle in de DSM-IV opgenomen angststoornissen, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, eetstoornissen, een aantal ontwikkelingsstoornissen en een aantal losstaande stoornissen, zoals aanpassingsstoornis, waren alle criteria opgenomen (in navolging van de procedure van Hudziak e.a., 1993). Per criterium moest door de beoordelaar (behandelverantwoordelijke/psychiater) worden aangegeven of daarvan sprake was bij desbetreffende cliënt. Wanneer een cliënt aan voldoende criteria voldeed van één of meer stoornissen, dan resulteerde dit vervolgens in een classificatie(s). Deze classificatie(s), of het uitblijven hiervan, werd opnieuw aan

de beoordelaar voorgelegd met de vraag of hij/zij het hiermee eens was. Daarnaast was er de mogelijkheid voor de beoordelaar om aan te geven of er sprake was van stoornissen die niet waren opgenomen in de checklist.

DSM-IV Checklist As II

DSM-IV classificatie van persoonlijkheidsstoornissen vond op een vergelijkbare manier plaats als de As I classificatie. Van alle persoonlijkheidsstoornissen werden alle criteria voorgelegd aan de beoordelaar (behandelverantwoordelijke/psychiater) met de vraag of daar sprake van was bij desbetreffende cliënt. Deze beoordeling van losse criteria leidde vervolgens tot een classificatie, of het uitblijven hiervan, die opnieuw aan de beoordelaar werd voorgelegd.

DSM-IV Checklist As V

Een globale beoordeling door de behandelverantwoordelijke van het functioneren van de cliënt vond plaats aan de hand van de “Global Assessment of Functioning scale” (GAF) van de DSM-IV op As V

Opgemerkt dient te worden dat de betrouwbaarheid en validiteit van de psychiatrische beoordelingen verkregen op deze manier niet gecontroleerd zijn. Bij het bespreken van de uitkomsten van de classificaties zal hier verder op in worden gegaan.

Adult Behavior Checklist (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003)

De ABCL bestaat uit 118 gedragsitems die werden geëvalueerd voor de voorafgaande drie maanden. De gedragsitems, die worden gescoord op een driepuntsschaal (“helemaal niet”, “een beetje/soms”, en “duidelijk/vaak”), worden beoordeeld door iemand die de persoon goed kent. Aan de hand van factoranalyse, uitgevoerd in normaal begaafde populaties, worden acht syndroomschalen onderscheiden, namelijk: Angstig-Depressief (14 items; zoals: huilt, voelt zich waardeloos, nerveus/gespannen), Teruggetrokken (9 items; zoals: wil liever alleen zijn, weigert te praten, moeite met vrienden maken), Somatische klachten (9 items; zoals: vermoeid zonder goede reden, moeite met slapen, lichamelijke klachten zonder medische oorzaak), Denkproblemen (12 items; zoals: hoort geluiden die er niet zijn, vreemd gedrag, rare ideeën), Aandachtsproblemen (17 items; zoals: kan zich niet concentreren, moeite met planning, gebrek aan initiatief), Agressief gedrag (16 items; zoals: gemeen tegen anderen, valt anderen aan, bedreigt anderen), Normoverschrijdend gedrag (13 items; zoals: gebruikt drugs, wordt dronken, problemen met de wet), en Opdringerig (6 items; zoals: schept op, vraagt aandacht). De syndroomschalen Angstig-Depressief, Teruggetrokken en Somatische klachten vormen samen de overkoepelende schaal Internaliserende problemen. De combinatie van de

schalen Agressief gedrag, Normoverschrijdend gedrag en Opdringerig vormen samen de overkoepelende schaal Externaliserende problemen. Door de scores van alle items bij elkaar op te tellen krijgt men de Totaal probleemscore.

In populaties uit de algemene bevolking is de ABCL betrouwbaar en valide gebleken (Achenbach & Rescorla, 2003). Daarnaast zijn ook in de SGLVG populatie de eerste bevindingen met betrekking tot de betrouwbaarheid (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en interne consistentie van de schalen) en de validiteit (relatie met psychiatrische classificatie en functioneren) van de ABCL positief (Tenneij & Koot, In druk).

c. Adaptief functioneren en IQ.

Sociale Redzaamheidsschaal-plus (SRZ-P; Kraijer & Kema, 1994). Met de SRZ-P wordt sociale redzaamheid gemeten. De SRZ-P resulteert in 3 subscores: Zelfredzaamheid I (Z I): deze schaal heeft betrekking op de primaire zorg voor zichzelf (items zoals tanden poetsen, aankleden) en zijn/haar directe omgeving (afwassen, kamer schoonhouden); Zelfredzaamheid II (Z II): deze schaal heeft betrekking op een meervoudige vorm van zelfredzaamheid (items zoals een maaltijd bereiden) en redzaamheid binnen de maatschappij (items zoals op verkeer letten, gebruik van openbaar vervoer) en omgang met anderen (kameraadschappelijke relatie aan kunnen); Verbaal-Numeriek (VN): deze schaal heeft betrekking op zaken waarbij getallen, taal, symbolen e.d. worden gebruikt (items met betrekking tot geld en prijzen, klokkijken, op tijd komen). Daarnaast resulteert de SRZ-P in een totaalscore.

Wechsler Adult Intelligence Scale - 3e editie (WAIS-III; Wechsler e.a., 2000)

Als standaard intelligentietest op de vijf instellingen werd gekozen voor de WAIS-III. De WAIS-III is een intelligentietest die bestaat uit 14 subtesten en resulteert in een verbaal, per formaal en totaal IQ.

Op het moment dat de standaard diagnostiek op de vijf instellingen startte op 1 januari 2004 was het normeringonderzoek van de WAIS-III nog niet afgerond. Instellingen konden tot het beschikbaar komen van deze normen, uiteindelijk begin 2005, eventueel kiezen voor een andere intelligentietest. Daarnaast werd besloten cliënten, bij wie in de voorafgaande twee jaar een (andere) intelligentietest was afgenomen, niet opnieuw te testen en de eerder verkregen gegevens te gebruiken.

Procedure

Op 1 januari 2004 werd op de vijf participerende SGLVG instellingen een aantal procedures gestandaardiseerd. Aan het begin van de opname werden voor iedere cliënt aan de hand van dezelfde lijst, de basisregistratielijst, achtergrondgegevens vastgelegd. Verschillende disciplines op de instelling waren hierbij betrokken. Drie maanden na opname vulde de behandelverantwoordelijke/psychiater de checklisten voor de DSM IV As I, As II en As V in, om te komen tot een psychiatrische classificatie op deze assen. Een groepsleider die de cliënt goed kende, vaak de persoonlijk begeleider van een cliënt, vulde na drie maanden de SRZ-P en ABCL in. Dit werd vervolgens om de zes maanden en bij ontslag herhaald. Deze gegevens zijn niet opgenomen in deze rapportage, hierover zal in een zelfstandige publicatie worden gerapporteerd. Wanneer er geen gegevens van een intelligentietest beschikbaar waren uit de voorafgaande twee jaar, werd de cliënt met de WAIS-III (of andere test in 2004) getest.

Om te zorgen dat deze procedures ook daadwerkelijk werden uitgevoerd, werd op iedere instelling een onderzoeksmedewerker aangesteld. De onderzoeksmedewerker zag er op toe dat gegevens op de juiste momenten werden aangeleverd en hij/zij was verantwoordelijk voor de verwerking en terugrapportage hiervan naar de behandelverantwoordelijke. Alle instrumenten en procedures werden voorafgaande aan 1 januari 2004 toegelicht aan desbetreffende medewerkers van de instelling.

Analyse

Het grootste gedeelte van de rapportage is beschrijvend van aard. In frequentietabellen zullen aantallen en/of percentages cliënten worden weergegeven. Wanneer groepen met elkaar worden vergeleken, zal dit, afhankelijk van het type variabele dat wordt geanalyseerd, gebeuren aan de hand van een Chi-kwadraat toets, T-test, Univariate- of Multivariate variantie analyse.

3. Resultaten

3a Inclusie

In onderstaande tabel staat weergegeven hoeveel cliënten in 2004/2005 ten minste drie maanden in behandeling zijn geweest en hoeveel cliënten toestemming hebben gegeven voor het gebruik van hun gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Dit wordt weergegeven voor drie groepen, namelijk cliënten die voor 1 januari 2004 in behandeling waren en nog minimaal drie maanden in 2004 aanwezig zijn geweest, cliënten die opgenomen zijn in 2004 en cliënten die opgenomen zijn in 2005.

In totaal zijn 259 cliënten in 2004 en 2005 minimaal drie maanden in behandeling geweest op de vijf instellingen. Van deze 259 cliënten hebben 201 toestemming gegeven voor het gebruik van hun gegevens. Van 18 cliënten was dit nog onbekend ten tijde van het voorbereiden van deze rapportage. Van de 201 personen die toestemming hebben gegeven, startte net iets meer dan de helft in 2004 of 2005 met de behandeling. De overige cliënten waren voor 1 januari 2004 opgenomen voor behandeling op de instellingen. Het percentage mensen dat toestemming geeft, zal liggen tussen de 78% en 84%. Qua aantal cliënten lijkt dit representatief voor de hele klinisch behandelde SGL-VG populatie in 2004/2005. Echter, er kan niet worden uitgesloten dat de cliënten die geen toestemming geven in bepaalde opzichten afwijken van cliënten die dit wel doen.

Tabel 1:

Inclusie en ontslag van cliënten opgenomen voor 1 januari 2004, in 2004 en in 2005.

	Totaal
Cliënten opgenomen voor 1 januari 2004, in aanmerking voor WO*	110
Toestemming	94
Met ontslag	43
Cliënten opgenomen in 2004, in aanmerking voor WO (> 3 maanden)	78
Toestemming	60
Met ontslag	37
Cliënten opgenomen in 2005, in aanmerking voor WO (> 3 maanden)	71
Toestemming	47 (18**)
Met ontslag	20

*Opmerking. * WO = wetenschappelijk onderzoek ** Toestemming onbekend.*

Op het moment dat deze rapportage werd voorbereid, waren van 185 cliënten gegevens uit de basisregistratielijst bij opname beschikbaar; over deze groep zal worden gerapporteerd. Niet altijd zijn uitkomsten van alle instrumenten beschikbaar voor deze 185 cliënten. Wanneer dit het geval is, zal het in desbetreffende paragrafen expliciet worden vermeld.

3b Achtergrondkenmerken en voorgeschiedenis

Van 185 personen zijn achtergrondgegevens en gegevens over de voorgeschiedenis bekend. Deze zullen in drie paragrafen worden gerapporteerd, namelijk: 1) demografische kenmerken; 2) informatie over het verstandelijk niveau en de mate van functioneren; 3) voorgeschiedenis, zowel wat betreft belangrijke gebeurtenissen (tijdens de jeugd) als behandeling.

Demografische kenmerken

Bijna driekwart van de 185 opgenomen cliënten is van het mannelijke geslacht (74.1%). Dit blijkt een constant gegeven. Deze man/vrouw verdeling kwam ook naar voren uit de eerdere rapportages over de SGLVG (commissie Van den Muijsenbergh, 1991; Koedoot & de Lege, 1993; ten Wolde, 1997). De gemiddelde leeftijd van cliënten bij opname is 25.2 jaar ($SD=7.9$). Ook dit is in overeenstemming met eerdere rapportages. De range in leeftijd bij opname is groot. De jongste cliënt was bij opname 16 jaar en de oudste 58 jaar; echter, bijna driekwart van de cliënten (72.4%) werd opgenomen voor zijn/haar dertigste. De meeste cliënten (86.5%) zijn in Nederland geboren. Dit geldt ook voor de ouders van cliënten; van 78.4% van de cliënten zijn beide ouders in Nederland geboren. De meeste cliënten zijn ongehuwd (94.1%) en hebben geen kinderen (89.1%).

Verstandelijk niveau en adaptief functioneren

Intelligentie

Voor de meeste personen waren gegevens uit intelligentietesten beschikbaar. Omdat uitkomsten uit verschillende intelligentietesten onderling niet uitwisselbaar zijn, is gekozen per testsoort het gemiddelde IQ weer te geven in Tabel 2.

Tabel 2:

Gemiddeld totaal IQ per intelligentietest.

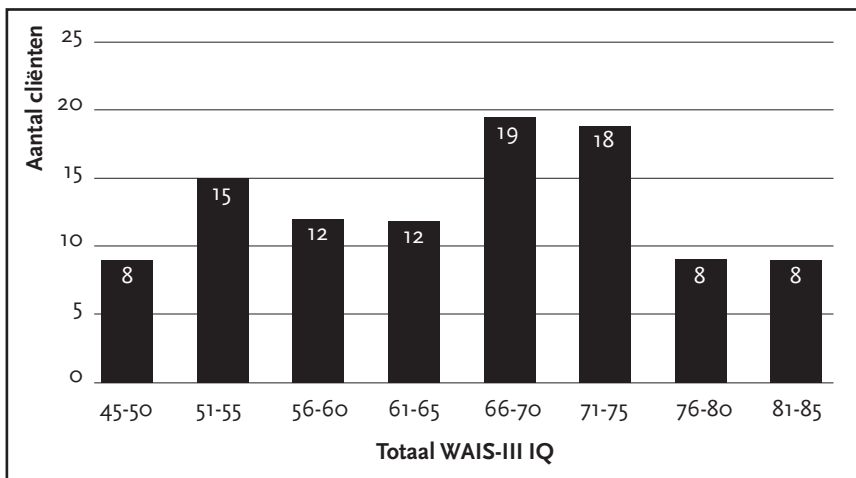
Test	Aantal cliënten	Gemiddeld IQ (SD)	Range
WAIS-III	74	65 (10)	47-85
GIT	45	76 (11)	45-93
WAIS-II	27	76 (12)	52-107
WISC-R	19	65 (10)	46-80
SON	3	63 (7)	56-70
IQ onbekend	17	-	-

Opmerking. WAIS-III=Wechsler Adult Intelligence Scale-3e editie; GIT= Groninger Intelligentie test; WAIS-II=Wechsler Adult Intelligence Scale-2e editie; WISC-R= Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised; SON= Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentie test.

Op basis van IQ kan een categorisatie worden aangebracht in de mate van verstandelijke beperking in diep, ernstig, matig en licht verstandelijk beperkt (APA, 1994). Van een lichte verstandelijke beperking wordt gesproken bij een IQ tussen de 50 en 70 met een bovengrens van 75 (APA, 1994). Bij de meeste cliënten is er sprake van een lichte verstandelijke beperking volgens het IQ criterium. Echter, daarnaast is er ook een aanzienlijke groep cliënten die boven de bovengrens van licht verstandelijk gehandicapt uitkomt. Van de 74 mensen die met de WAIS-III zijn getest, zijn dit er 12 (16%). De frequentieverdeling van het WAIS-III totaal IQ staat weergegeven in frequentietabel 3a. Van de 94 cliënten die met een andere, dan de WAIS-III, IQ test zijn getest, bleken 41 cliënten een totaal IQ boven de 75 te hebben (44%). Ook uit de eerdere rapportages over de SGLVG kwam naar voren dat een aanzienlijk gedeelte van de cliënten een totaal IQ had dat boven de IQ grens van licht verstandelijk beperkt ligt (Koedoot & de Lege, 1993; ten Wolde, 1997). Dat deze personen toch tot de doelgroep van de SGLVG worden gerekend, zou een gevolg zijn van beperkingen in het functioneren op sociaal en emotioneel gebied en van opnamebeleid.

Frequentietabel 3a:

Frequentieverdeling Wais-III totaal IQ (n=74).



Sociale Redzaamheid

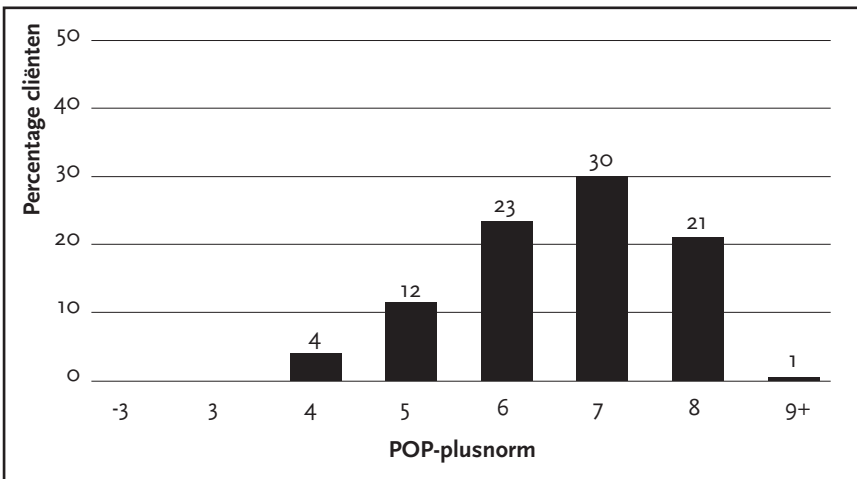
Naast beperkingen in het intellectuele functioneren, gaat het bij mensen met een verstandelijke beperking evenzeer om beperkingen in sociale redzaamheid (AAMR, 2002; APA, 1994). Sociale redzaamheid en intelligentie zijn afzonderlijke, maar wel samenhangende constructen. Intelligentie vormt een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde voor het vertonen van sociale redzaamheid (Kraijer & Plas, 1997). Een intelligentietest geeft aan wat iemand zou moeten kunnen (potentiële mogelijkheden), terwijl de uitslag van een sociaal redzaamheidsonderzoek aangeeft wat iemand werkelijk doet (gerealiseerde mogelijkheden).

Voor alle cliënten is aan het begin van de opname, of begin 2004 voor cliënten die al waren opgenomen, de Sociale Redzaamheidsschaal-Plus (SRZ-P; Kraijer & Kema, 1984) ingevuld. Scores van de SGLVG populatie werden vergeleken met de populatie norm (POP-plusnorm), een norm voor de gehele populatie mensen van minimaal 17 jaar functionerend op ruim matig zwakzinnig niveau en hoger (Kraijer & Kema, 1994). Op een 9 puntsschaal (3-, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 9+) kunnen de totaalscore en subschaalscores van de SRZ-P worden afgezet, waarbij de laagste score (3-) het minst sociaal redzaam betekent en de hoogste score (9+) het meest sociaal redzaam. Daarnaast kan op grond van de POP-plusnorm van de totaalscore een niveau-indeling op basis van het sociaal redzaam functioneren worden gemaakt.

De totaalscore SRZ-P van de gehele groep is 33.83 (SD=12.08; theoretische range 0-63). Dit is overeenkomstig de POP-plusnorm van 7, welke staat voor een licht verstandelijk beperkt niveau. In Frequentietabel 3b, staat per schaal van de POP-plusnorm het percentage cliënten weergegeven. De gemiddelde score op ZI (de primaire zorg voor zichzelf en zijn/haar directe omgeving) is 10.49 (SD=4.11), wat overeenkomt met de POP-plusnorm 6. De gemiddelde Z II score (meervoudige vorm van zelfredzaamheid en redzaamheid binnen de maatschappij en omgang met anderen) van de SGLVG populatie is 6.38 (SD=3.84), wat overeenkomt met de POP-plusnorm 7. Op de laatste schaal, VN (items die betrekking hebben op zaken waarbij getallen, taal, symbolen e.d. worden gebruikt), scoort de SGLVG populatie overeenkomstig de POP-plusnorm 9 (gem.= 9.54, SD= 3.74).

Frequentietabel 3b:

Percentage cliënten scorend volgens de POP-plusnorm.



School- en arbeidsverleden

Samenhangend met de intelligentie en de sociale redzaamheid van een persoon zijn zijn/haar opleidingsniveau en de aard van het werk dat werd verricht en/of de dagbesteding waaraan werd deelgenomen. Dit geeft enig zicht op de mogelijkheden van cliënten, ook na ontslag. In Tabel 4 staat weergegeven wat de hoogste vorm van onderwijs is dat is gevolgd door cliënten en wat de hoogste vorm van onderwijs is dat is afgerond.

Tabel 4:

Het hoogste niveau van onderwijs gevolgd en afgerond, in percentage cliënten.

	Gevolgd	Afgerond
Basisonderwijs	2.2%	11.4%
Speciaal basisonderwijs	12.4%	34.1%
Voortgezet speciaal onderwijs	57.8%	15.1%
VMBO	18.9%	4.9%
Anders	3.8%	5.9%
Onbekend	4.9%	28.6%

Zoals uit Tabel 4 blijkt, hebben meer dan de helft van de cliënten (57.8%) voortgezet speciaal onderwijs gevolgd. Daarnaast heeft nog bijna 19% van de cliënten op het VMBO gezeten. Opvallend is dat vaak een lager niveau van onderwijs daadwerkelijk wordt afgerond. Dus, hoewel de meeste cliënten beginnen met (speciaal) voortgezet onderwijs, wordt dit slechts door een kleine groep volledig doorlopen. Een soortgelijk beeld kwam naar voren uit de rapportage van Koedoot en de Lege (1993). Zij vonden dat cliënten die gestart waren met voortgezet onderwijs (destijds LOM en LBO) dit vaak niet afronden.

Daarnaast blijkt uit de huidige gegevens dat ongeveer de helft van de cliënten ooit heeft gewerkt; 12.4% heeft een vaste baan gehad; 3.8% heeft uitzendwerk gedaan; 20.5% heeft losse baantjes gehad; 15.7% van de cliënten heeft gewerkt via een sociale werkplaats. De meeste cliënten die hebben gewerkt (89%), hebben ongeschoolde arbeid verricht.

Oorzaak verstandelijke beperking

Bij 154 cliënten is geïnventariseerd of de oorzaak voor de verstandelijke beperking bekend is. Dit blijkt bij slechts een klein gedeelte van de cliënten, namelijk 20 (13%), bekend te zijn. De volgende oorzaken worden aangegeven: complicaties bij de moeder tijdens de zwangerschap (6x); complicaties tijdens de weeën/bevalling (7x); complicaties bij de foetus tijdens de zwangerschap (1x); meningitis (1x); hersenletsel (1x); genetische afwijking (4x).

Voorgeschiedenis cliënt

Gebeurtenissen in het verleden, zoals uithuisplaatsing en verwaarlozing of seksueel misbruik, kunnen van invloed zijn op het ontstaan of verergeren van probleemgedrag. Geïventariseerd is of hiervan sprake is in de voorgeschiedenis van personen. Daarnaast is de hulpverleningsgeschiedenis in kaart gebracht en de leeftijd waarop het eerste contact met hulpverlening tot stand kwam. Deze gegevens geven een indicatie van wanneer de problematiek tot uiting komt en over het soort problematiek die aanwezig is.

Belangrijkste verzorger tijdens verschillende periodes

In onderstaande tabel staat weergegeven wie de belangrijkste verzorger was van de persoon in drie leeftijdsperiodes. Met belangrijkste verzorger wordt bedoeld: de verzorger bij wie de persoon het grootste gedeelte van de periode heeft doorgebracht.

Tabel 5:

Belangrijkste verzorger in drie leeftijdsperiodes, in percentage cliënten.

	0 t/m 6 jaar	7 t/m 12 jaar	13 t/m 18 jaar
Biologische ouder(s)	93.0%	76.2%	55.1%
Gezinssituatie, niet biologische ouder(s)	4.3%	9.2%	8.6%
Instituten	1.1%	11.9%	33.0%
Anders	0.5%	1.1%	1.6%
Onbekend	1.1%	1.6%	1.6%

Zoals uit Tabel 5 blijkt, woont een ruime meerderheid van de cliënten in de leeftijd tot en met zes jaar bij (één van) de biologische ouders. Echter, wanneer cliënten tussen de 13 en 18 jaar oud zijn, is dit nog maar iets meer dan de helft en woont éénderde van de cliënten het grootste gedeelte van die periode in instituten. Verschillende oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen, zoals de ernst van problematiek van de cliënt zelf, inadequaatheid van verzorger en/of een combinatie van beide.

Verwaarlozing/mishandeling en seksueel geweld/misbruik in de voorgeschiedenis

In de Tabellen 6 en 7 staat weergegeven bij hoeveel cliënten er sprake is geweest van, respectievelijk, verwaarlozing/mishandeling en seksueel geweld/misbruik in verschillende periodes tijdens het leven.

Tabel 6:

% cliënten waarbij er sprake is van verwaarlozing/mishandeling, in verschillende perioden.					
	t/m 6 jaar	7 t/m 12 jaar	13 t/m 18 jaar	19 tot heden	ooit
%	29.2%	28.6%	19.6%	9.2%	39.2%

Opmerking. Van 13 cliënten is aangegeven dat dit onbekend is.

Tabel 7:

% cliënten waarbij er sprake is van seksueel geweld/misbruik, in verschillende perioden.					
	t/m 6 jaar	7 t/m 12 jaar	13 t/m 18 jaar	19 tot heden	ooit
%	5.4%	10.7%	17.3%	5.4%	27.9%

Opmerking. Van 13 cliënten is aangegeven dat dit onbekend is.

Voor zover bekend, is er bij bijna 40% van de cliënten ooit in het leven sprake geweest van verwaarlozing/mishandeling en bij bijna 28% ooit van seksueel geweld/misbruik. Wanneer men deze gegevens combineert dan blijkt bij bijna de helft van de cliënten (47.6%) er in de jeugd (tot en met 18 jaar), voor zover bekend, sprake te zijn geweest van seksueel geweld/misbruik en/of mishandeling/verwaarlozing.

Bij deze cijfers dienen een aantal kanttekeningen te worden geplaatst. Allereerst zijn de cijfers ontleend aan het dossier en/of informatie van de cliënt en voor zover bekend bij de informant. Mogelijk liggen de werkelijke percentages hoger. Daarnaast is de ernst van de verwaarlozing/mishandeling en seksueel misbruik/geweld niet gekwantificeerd. Het kan dus gaan om zowel eenmalige gebeurtenissen als chronisch misbruik en/of verwaarlozing. Daarnaast is onduidelijk wat de betekenis is van deze gebeurtenissen in relatie tot het huidige gedrag en/of de rol die het speelt binnen de behandeling.

Koedoot en de Lege (1993) rapporteerden dat 12-14% van de SGLVG cliënten in het verleden mishandeld en seksueel misbruikt en 21% van de cliënten verwaarloosd zijn. De percentages liggen in de huidige populatie dus hoger. Of deze percentages daadwerkelijk hoger liggen in de huidige populatie SGLVG cliënten of dat verschillen in definiëring en gegevensverzameling hier een rol in spelen, is onbekend.

Hulpverleningsgeschiedenis

Voor bijna geen enkele cliënt geldt dat de SGLVG instelling de eerste hulpverleningsvoorziening is. Bij bijna alle cliënten is er sprake geweest van zowel eerdere ambulante als klinische hulpverlening. In de Tabellen 8 en 9 staat aangegeven met welke ambulante en klinische voorzieningen men voor opname binnen de SGLVG in aanraking is geweest.

Tabel 8:

Percentage cliënten waarbij ambulante hulpverlening heeft plaatsgevonden en type hulpverlenende instantie.

	% cliënten
Ambulante hulpverlening ooit	89.2%
Ambulante hulpverlening onbekend	7.0%
Type hulpverlenende instantie*	
MEE / VG-zorg algemeen	52.7%
Geestelijke gezondheidszorg	40.0%
Justitieel	25.5%
Jeugdhulpverlening	26.7%
Verslavingszorg	5.5%
Maatschappelijk werk	8.5%
Anders	16.2%

Opmerking. * Personen kunnen met meer dan één hulpverlenende instantie in aanraking zijn geweest.

Bij bijna alle cliënten is er sprake geweest van ambulante hulpverlening. Bij 49% van de cliënten is er sprake van meer dan één hulpverlenende instantie. Met de verstandelijke gehandicaptenzorg is het hoogste percentage cliënten (53%) in aanraking geweest, maar ook een aanzienlijk percentage van de cliënten is in aanraking geweest met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (40%), jeugdhulpverlening (27%) en justitiële sector (26%). De gemiddelde leeftijd waarop men in aanraking kwam met ambulante hulpverlening is 13.3 jaar (range 1-44 jaar, SD= 8.3; n=126, van niet alle cliënten is de leeftijd bij het eerste contact bekend).

Tabel 9:

Percentage cliënten waarbij er klinische hulpverlening heeft plaatsgevonden en type hulpverlenende instantie.

	% cliënten
Klinische hulpverlening ooit	91.9%
Onbekend klinische hulpverlening	1.6%
Type hulpverlenende instantie*	
Verstandelijk Gehandicaptenzorg algemeen	47.6%
Geestelijk Gezondheidszorg	37.1%
Justitieel	24.1%
Jeugdhulpverlening	34.1%
Verslavingszorg	5.3%
Crisiscentrum	15.3%
Anders	20%

*Opmerking. * Personen kunnen met meer dan één hulpverlenende instantie in aanraking zijn geweest.*

Bij de meeste cliënten is er ook sprake geweest van eerdere klinische hulpverlening. Gemiddeld genomen start dit iets later dan de ambulante hulpverlening, namelijk bij 15.1 jaar (range 2-36 jaar, SD= 6.7; n=153).

Een aanwijzing dat de hulpvraag van opgenomen cliënten binnen de SGLVG in een overgangsgebied ligt tussen de zorg voor verstandelijk gehandicapten, geestelijke gezondheidszorg en justitie, blijkt uit het aanzienlijk percentage cliënten dat met beide laatstgenoemde types van hulpverlenende instellingen in aanraking is geweest, respectievelijk 61% (GGZ ambulant en/of klinisch) en 38% (reclassering/justitie). Uit de leeftijd waarop het eerste hulpverleningscontact tot stand komt, en het gegeven dat 50% van de cliënten in aanraking is geweest met de jeugdhulpverlening (ambulante jeugdhulpverlening en/of residentiële voorzieningen voor jeugdigen) komt naar voren dat de problematiek van deze personen al tijdens de jeugd tot hulpbehoefte leidt.

Ook uit de eerdere rapportages kwam naar voren dat de SGLVG populatie met meerdere hulpverlenende instanties in aanraking is geweest voorafgaande aan de opname in de SGLVG (Koedoot & de Lege, 1993; ten Wolde, 1997). Dit is ook in overeenstemming met één van de criteria om voor behandeling in de SGLVG in aanmerking te komen, namelijk dat er eerdere hulpverlening (die niet of onvoldoende geslaagd is) moet hebben plaatsgevonden.

3c Verwijzing, opname en ontslag

In de komende paragrafen zal aan de orde komen welke instanties verwijzen naar de SGLVG; wat de situatie, ondermeer woonsituatie, dagbesteding en probleemgedrag, van de cliënt is voorafgaande aan de opname; wat de situatie van de cliënt is na ontslag.

Verwijzer naar SGLVG

Zoals uit Tabel 10 blijkt, is MEE (voorheen de Sociaal Pedagogische dienst) de belangrijkste verwijzer naar de SGLVG. Iets meer dan 30% van de cliënten wordt via MEE verwezen. Daarnaast wordt bijna één vijfde van de cliënten vanuit het justitiële circuit verwezen en bijna 17% van de cliënten vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg. Ook uit deze gegevens komt naar voren dat de problematiek van de SGLVG populatie zich op het grensvlak van de verstandelijk gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en justitie bevindt.

Tabel 10:

Type van verwijzende instantie naar de SGLVG, in percentage cliënten.

Type	% cliënten
Geestelijke Gezondheidszorg	16.8%
Verstandelijk gehandicaptenzorg	13.5%
Verslavingszorg	1.1%
MEE	30.8%
Bureau Jeugdzorg	5.4%
Residentiele voorzieningen jeugdigen	1.1%
Justitie / reclassering	19.5%
Anders	11.9%

Er blijken in de afgelopen 13 jaar geen verschuivingen te zijn opgetreden in wie de voornaamste verwijzers zijn naar de SGLVG. Ook uit eerdere rapportages kwam MEE als de voornaamste verwijzer naar de SGLVG naar voren en lag het aantal verwijzingen vanuit de geestelijke gezondheidszorg en justitie tussen de 15-20% (Koedoot & de Lege, 1993; ten Wolde, 1997).

Woonsituatie voorafgaande aan de opname

In kaart is gebracht in welke woonsituatie het probleemgedrag waarvoor de cliënt wordt verwezen naar de SGLVG zich voordoet én wat de woonsituatie van de cliënt is direct voorafgaande aan de opname. Een cliënt kan namelijk rechtstreeks vanuit de woonsituatie waarin het probleemgedrag zich voordoet worden opgenomen. Echter, er kan voorafgaande aan de opname ook nog een wisseling van woonsituatie hebben plaatsgevonden. Bijvoorbeeld, een cliënt moet voorafgaande aan de opname in de SGLVG nog een gevangenisstraf uitzitten of het gedrag van een cliënt is niet meer hanterbaar in de woonsituatie en er vindt een crisisopname plaats voordat de cliënt kan worden opgenomen in een SGLVG instelling.

Bij iets minder dan de helft van de cliënten (45%) volgt een opname binnen de SGLVG instellingen vanuit de woonsituatie waarin het probleemgedrag zich ook voordoet. Bij meer dan de helft van de cliënten heeft er dus voorafgaande aan de opname binnen een SGLVG instelling nog een verandering van verblijfplaats/woonsituatie plaatsgevonden. In Tabel 11 wordt weergegeven in welke woonsituatie het probleemgedrag zich voordoet en wat de woonsituatie direct voorafgaande aan de opname is.

Tabel 11:

Woonsituatie waarin het probleemgedrag zich voordoet en woonsituatie direct voorafgaand aan de opname, in percentage cliënten.

	Woonsituatie waarin probleemgedrag zich voordoet	Woonsituatie direct voorafgaande aan de opname
Zelfstandig wonend	12.0%	4.9%
Ouderlijk huis	40.4%	21.1%
Gastgezin / pleeggezin, inwonend bij anderen	6.0%	3.8%
Begeleid / beschermd wonen	6.0%	7.6%
Verstandelijk Gehandicaptenzorg	15.3%	19.0%
Residentiële voorzieningen jeugdigen	6.0%	4.9%
APZ / PAAZ*	3.3%	11.4%
Forensisch / justitieel	0.5%	14.1%
Crisis	0.5%	4.3%
Zonder vaste woon / verblijfplaats	6.6%	3.2%
Anders	3.3%	4.9%

Opmerking. * APZ= Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, PAAZ= Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis; van 2 cliënten ontbreken gegevens.

Zoals uit Tabel 11 naar voren komt, blijken vooral de cliënten die zelfstandig wonen, die in het ouderlijk huis wonen of geen verblijfplaats hebben voorafgaande aan de opname in een SGLVG instelling nog van woonsituatie te veranderen.

Wanneer de woonsituatie direct voorafgaande aan de opname van de huidige populatie wordt vergeleken met de woonsituatie van cliënten zoals die wordt gerapporteerd in eerdere rapportages, dan is dit grotendeels vergelijkbaar (Koedoot & de Lege, 1993; ten Wolde, 1997).

Dagbesteding voorafgaande aan opname

Iets minder dan 40% van de cliënten heeft voorafgaande aan de opname geen werk of structurele vorm van dagbesteding. De voornaamste vorm van dagbesteding van ongeveer 35% van de cliënten is, voorafgaande aan de opname, dagbesteding bij een dagactiviteitencentrum of dagactiviteiten van een instelling. Bijna 13% van de cliënten werkt, of bij een sociale werkvoorziening (10.8%), of in een vaste baan (1.8%). Bijna 4% van de cliënten volgt onderwijs voorafgaande aan de opname. Bij 5% van de cliënten is er sprake van een andere vorm van dagbesteding en bij 5% van de cliënten is de vorm van dagbesteding voorafgaande aan de opname onbekend.

Koedoot en de Lege (1993) rapporteerden een soortgelijk percentage, namelijk 36% van cliënten die voorafgaande aan opname in de SGLVG geen structurele vorm van dagbesteding en/of werk hadden. Ten Wolde (1997) rapporteerde een percentage van 20%.

Probleemgedrag voorafgaande aan opname

Bij de start van het project was het onduidelijk op welke manier probleemgedrag dat zich voordoet voorafgaande aan de opname het beste kan worden geïnventariseerd. (Internationale) instrumenten die zich richten op het in kaart brengen van problematisch gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking, zoals de "Challenging Behaviour Interview" (Oliver e.a., 2003) en de "Checklist of Challenging Behaviour" (Harris e.a., 1994) omvatten slechts een beperkt aantal probleemgedragingen (bijvoorbeeld alleen agressie, zelfverwonding en stereotype gedrag). Veel probleemgedrag waarvan bij de SGLVG populatie voorafgaande aan de opname sprake zou zijn, zou hier niet in kunnen worden ondergebracht. In eerdere rapportages over de SGLVG (Koedoot & de Lege, 1993; ten Wolde, 1997) werden veelal op zichzelf staande gedragingen geïnventariseerd. Hier is in eerste instantie in 2004 bij aangesloten. Onder hoofdrubrieken, bijvoorbeeld reactief probleemgedrag, werden individuele gedragingen gerubriceerd, zoals protest en verzet, zich onttrekken aan gezag, niet luisteren. Uit een evaluatie eind 2004 bleek echter dat categorieën elkaar niet uitsloten. Uiteindelijk is in 2005 voor onderstaande indeling

(zie Tabel 12) gekozen en zijn de gegevens die al beschikbaar waren zoveel mogelijk hierin ondergebracht.

Tabel 12:

Percentage cliënten waarbij sprake is van een bepaalde categorie probleemgedrag direct voorafgaande aan de opname.

Groep van probleemgedragingen	n*	Percentage
Oppositieel gedrag	68	69%
Agressie / gewelddadigheid	185	73%
Suïcidaliteit en zelfverwonding	185	29%
Seksueel probleemgedrag	185	29%
Vermogensproblematiek	185	34%
Overig moeilijk gedrag (bijv. extreem veel eten)	68	19%
Middelenmisbruik	68	42%
Aandachtgerelateerde problemen	68	21%
Impulsregulatie problemen	68	42%
Stemmingsgerelateerde problemen	68	31%
Angstgerelateerde problemen	68	28%
Psychose gerelateerde problemen	68	21%
Aan autisme gerelateerde problemen	68	19%
Problemen met school / werk	68	13%
Problemen binnen gezin	68	10%
Maatschappelijke problemen	68	12%
Andere problemen	185	70%

*Opmerking. *Omdat er een wisseling heeft plaatsgevonden in hoe probleemgedragingen zijn gerubriceerd, zijn voor een gedeelte van de categorieën van 68 cliënten gegevens bekend en voor de overige categorieën van alle 185 cliënten.*

Bij de meeste cliënten (90%) is er sprake van probleemgedrag in meerdere categorieën. Dat wil zeggen dat er zelden sprake is van bijvoorbeeld alleen agressie of alleen vermogensproblematiek (zoals diefstal). Agressie/gewelddadigheid komt bij 73% van de cliënten voor voorafgaande aan de opname en is daarmee het meest voorkomende probleemgedrag.

Naast de vraag welke (groepen van) probleemgedragingen aanwezig zijn voorafgaande aan de opname is ook gevraagd welk probleemgedrag de voornaamste reden is voor verwijzing. Agressie/gewelddadigheid (30.8%) en seksueel probleemgedrag (13.0%) zijn de twee meest voorkomende redenen voor verwijzing naar de SGLVG. Vanwege de verandering in rubricering in 2005 is voor 30% van de cliënten die beoordeeld

waren in 2004 en van wie de oude beoordeling niet in de nieuwe rubricering viel onder te brengen, de categorie “anders” gebruikt. “Anders” betrof bij de meeste van deze cliënten intrapsychische problemen (21 cliënten, 11% van de 30%) en reactieve problemen (19 cliënten, 10%).

Ook uit de eerdere rapportages over de SGLVG populatie kwam naar voren dat cliënten verschillende vormen van probleemgedrag laten zien bij opname en dat agressie/gewelddadigheid het meest voorkomende probleemgedrag bij opname is (Koedoot & de Lege, 1993; ten Wolde, 1997).

Problematisch middelengebruik

Zoals al eerder bleek, wordt bij een aanzienlijk deel van de cliënten (42% van de 68 cliënten bij wie dit was geregistreerd) aangegeven dat er rondom het gebruik van middelen problemen zijn. Problematiek rondom middelengebruik is verder in kaart gebracht. De vraag was in hoeverre het gebruik van specifieke middelen “mogelijk/minder ernstige problemen met gebruik” (omschreven als: *Middelenmisbruik of middelenafhankelijkheid, maar leidde niet tot (ernstige) beperkingen in het functioneren*) of “Duidelijke/ernstige problemen met gebruik” (omschreven als: *Middelenmisbruik of middelenafhankelijkheid. Dit leidde tot ernstige problemen in functioneren zoals: niet kunnen functioneren op werk (gebrek aan concentratie, vaak te laat), problemen in de interpersoonlijke relaties*) in het jaar voorafgaande aan de opname. In Tabel 13 staat dit per middel weergegeven.

Tabel 13:

Percentage cliënten waarbij sprake van mogelijke of ernstige problemen met het gebruik van specifieke middelen.

	Mogelijk / minder ernstige Problemen	Duidelijk / ernstige problemen
Alcohol	15.8%	15.8%
Amfetamine	4.9%	2.2%
Cannabis	10.3%	20.7%
Cocaïne	4.3%	10.9%
Overige middelen	2.7%	3.3%

Als de gegevens betreffende het gebruik van verschillende middelen worden gecombineerd, dan blijkt er bij 32.1% van de cliënten sprake van duidelijk/ernstig problematisch gebruik van tenminste één middel in het jaar voorafgaande aan de opname en bij 14.7% van de cliënten van (alleen) mogelijk problematisch gebruik van tenminste één middel.

Ook uit eerdere rapportages kwam naar voren dat er bij een aanzienlijke groep cliënten sprake is van problemen rondom middelengebruik. Ten Wolde (1997) rapporteerde dat bij 25% van de cliënten één van de probleemgedragingen bij opname verslaving was en Koedoot en de Lege (1993) rapporteerden dat bij 25% van de cliënten sprake was van een alcoholverslaving.

Juridische status bij opname

Ruim de helft van alle cliënten (55%) wordt behandeld op basis van vrijwilligheid. In eerdere rapportages over de SGLVG populatie van ten Wolde (1997) en Koedoot en de Lege (1993) bleken deze percentages hoger te liggen, respectievelijk 80% en 70%. Het aantal cliënten dat is opgenomen in de SGLVG onder een juridische maatregel lijkt dus iets toegenomen ten opzichte van eerdere jaren. In Tabel 14 staat weergegeven van welke juridische maatregelen sprake is.

Tabel 14:

Juridische maatregelen waarvan sprake bij opname, in aantal en percentage cliënten.

	n	% cliënten
Geen juridische maatregel, opname vrijwillig	102	55%
Juridische maatregelen:		
In Bewaring Stelling	4	2.2%
(voorlopige) Rechterlijke machtiging	36	19.5%
Plaatsing op bevel van strafrechter in een psychiatrische inrichting	3	1.6%
Plaatsing in inrichting voor jeugdigen	3	1.6%
TBS* met bevel tot verpleging	4	2.2%
TBS met voorwaarden	7	3.8%
Voorwaardelijke TBS	2	1.1%
Voorwaardelijke veroordeling	10	5.4%
Schorsing voorlopige hechtenis (Voorlopige) onder toezichtstelling	6	3.2%
Anders	2	1.1%

*Opmerking. * TBS=Ter Beschikking Stelling.*

Zoals uit Tabel 14 blijkt, was de meest voorkomende juridische maatregel waarmee cliënten in de SGLVG verblijven een Rechterlijke Machtiging. De Rechterlijke

Machtiging valt samen met de in bewaringstelling onder de Wet BOPZ (de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen). Daarnaast blijkt bij een aantal cliënten sprake te zijn van een strafrechtelijke maatregel, bijvoorbeeld een voorwaardelijke veroordeling en een terbeschikkingstelling met voorwaarden. Een strafrechtelijke maatregel is een maatregel die volgt op een veroordeling van de cliënt ten gevolge van een gepleegd delict.

Delictgeschiedenis

Een indicatie voor de problematiek van cliënten, opgenomen binnen de SGLVG, betreft of zij ooit delicten, d.w.z. dat er sprake is geweest van een veroordeling, hebben gepleegd en/of dat een delict een rol speelde bij de opname binnen de SGLVG. Hierbij is het volgende onderscheid gemaakt: (1) delict in de voorgeschiedenis (speelt geen rol bij opname); (2) indexdelict (opname is gerelateerd aan een delict; dit hoeft niet te betekenen dat opname een rechtstreeks gevolg is van een juridische maatregel).

Iets meer dan 42% van de cliënten (van de 178 cliënten van wie dit bekend is) heeft ooit tijdens zijn/haar leven een delict gepleegd. Bij 31.4% van de cliënten is er sprake van een delict in de voorgeschiedenis, dat wil zeggen een delict dat geen rol heeft gespeeld bij de opname, en bij 26.2% van de cliënten was er sprake van een indexdelict, dat wil zeggen dat het delict een rol speelde bij de opname. Bij de helft van de cliënten, waarbij er sprake was van een indexdelict, was er ook sprake van een delict in de voorgeschiedenis. In Tabel 15 staat aangegeven welke delicttypen voorkomen.

Tabel 15:

Type delict in de voorgeschiedenis en type indexdelict, in aantallen.

	Delict in de voorgeschiedenis	Indexdelict
	n	n
Vermogensdelict	13	9
Vernieling	3	-
Brandstichting	5	7
(Ernstig) geweldsdelict	17	17
Pedoseksueel delict	7	8
Seksueel delict (hands-off / hands-on)	8	10
Openbare orde delicten	2	2
Drugsdelict	2	1
Verkeersdelict	1	2

Ook uit de eerder rapportages kwam naar voren dat er een groep cliënten is opgenomen binnen de SGLVG instellingen mede als gevolg van het plegen van een delict. Koedoot en de Lege (1993) rapporteerden een vergelijkbaar percentage als in de huidige studie, namelijk 25%. Ten Wolde (1997) rapporteerde een lager percentage, namelijk 10%.

Ontslaggegevens

Van de 201 cliënten die in 2004 en 2005 in behandeling waren, waren er op 1 februari 2006 100 met ontslag en 101 in behandeling. De gemiddelde opnameduur bij ontslag was 16.9 maanden ($SD=16.6$, mediaan=11.9), met een minimum van 3 maanden en een maximum van 93.2 maanden. De 101 cliënten die op 1 februari 2006 nog in behandeling waren, zaten daar op dat moment gemiddeld 28.9 maanden ($SD=28.5$, mediaan=24.0), met een minimum van 2.1 maanden en een maximum van 182.8 maanden. Qua behandelduur lijkt er sprake te zijn van tenminste twee groepen, een groep die relatief snel met ontslag gaat (binnen een jaar) en een groep waarbij er sprake is van een aanzienlijk langere behandelduur.

Koedoot en de Lege (1993) rapporteerden een gemiddelde behandelduur bij ontslag van 24 maanden ($SD=29$) en ten Wolde (1997) van 15.5 maanden ($SD=13.8$). Ook uit deze studies kwam een grote spreiding in behandelduur naar voren.

Op het moment dat deze rapportage werd voorbereid, waren van 77 van de 100 cliënten die met ontslag waren de hieronder gerapporteerde gegevens bekend.

Reden uitschrijving

Bij 12 van de 77 cliënten is er sprake van het door de cliënt eenzijdig staken van de behandeling. Bij 4 cliënten die werden behandeld onder een strafrechtelijke maatregel is er sprake van een plaatsing naar het huis van bewaring, bijvoorbeeld omdat de cliënt zich onttrok aan de behandeling. Bij één cliënt was er een einde gekomen aan een detentievervangende maatregel. Bij de overige 60 cliënten (78%) is er sprake van een afronding van behandeling en/of plaatsing naar een andere (vaak verblijfs-) instelling.

Woonsituatie na uitschrijving

In onderstaande Tabel staat weergegeven wat de woonsituatie van cliënten is na ontslag. Een aanzienlijk deel van de cliënten komt na ontslag terecht in een verblijfsvoorziening voor verstandelijk gehandicapten. Dit beeld kwam ook naar voren uit eerdere rapportages (Koedoot & de Lege, 1993; ten Wolde, 1997).

Tabel 16:

Woonsituatie na ontslag, in aantal en percentage (n=77).

	n	Percentage
Zelfstandig wonend, alleen	4	5,2%
Ouderlijk huis	9	11,7%
Gastgezin, pleeggezin	2	2,6%
Begeleide / beschermde woonvorm	4	5,2%
VG-zorg algemeen	29	37,7%
SGLVG behandel / wonen	8	10,4%
APZ / PAAZ	2	2,6%
Forensisch / justitieel	5	6,5%
Zonder vaste verblijfplaats	2	2,6%
Anders	12*	15,6%

Opmerking. * Andere woonsituatie is bij 9 cliënten een plaatsing naar een reïntegratie afdeling van de eigen instelling.

Hulpverlening bij uitschrijving

Op 5 cliënten na (7%) krijgen alle cliënten na ontslag enige vorm van behandeling of begeleiding (zie Tabel 17). Het grootste deel van de cliënten ontvangt dit van de nieuwe verblijfsinstelling. Ongeveer één vijfde van de cliënten blijft na ontslag onder begeleiding/behandeling van de SGLVG instelling zelf.

Tabel 17:

Hulpverlening bij uitschrijving, in aantal en percentage (n=77).

	n	Percentage
Begeleiding vanuit opname instelling	16	20,8%
Begeleiding nieuwe (verblijfs)instelling	35	45,5%
Geen	5	6,5%
Ambulant VG	6	7,8%
Ambulant GGZ	3	3,9%
Forensisch / justitieel	7	9,1%
MEE	1	1,3%
Maatschappelijk werk	1	1,3%
Anders	3	3,9%

Dagbesteding na ontslag

In Tabel 18 staat weergegeven wat de dagbesteding van personen is na ontslag. Iets minder dan de helft van de personen gaat als dagbesteding naar de dagactiviteiten van een instelling of centrum. Het aantal cliënten dat een opleiding hervat/start of gaat werken na ontslag uit de SGLVG ligt beneden de 20%.

Tabel 18:

Dagbesteding na ontslag, in aantal en percentage (n=77).

	n	Percentage
Geen	11	14.3%
Dagactiviteiten instelling / centrum	36	46.8%
Stage / onderwijs	5	6.5%
Sociale werkvoorziening	7	9.1%
Reguliere arbeid	1	1.3%
Vrijwilligerswerk	1	1.3%
Anders	6	7.8%
Onbekend	10	13.0%

3d Psychiatrische classificatie

As I classificatie

Bij 157 cliënten zijn As I stoornissen geclassificeerd aan de hand van de checklist As I. Bij 66% van de 157 cliënten blijkt er sprake van tenminste één As I stoornis. De meeste cliënten (62%) hebben één As I stoornis, 25% twee, 8% drie en 5% vier of meer. In Tabel 19 staan de individuele diagnoses weergegeven en het percentage cliënten dat in een cluster van stoornissen een stoornis heeft.

Tabel 19:

Voorkomen van specifieke As I classificaties in aantal en percentage cliënten waarbij sprake van een stoornis in een cluster van stoornissen.

	n	
Agorafobie	1	
Paniekstoornis	2	
Paniekstoornis met agorafobie	1	
Sociale fobie	2	
Gegeneraliseerde angststoornis	4	
Posttraumatische stressstoornis	6	
	Angststoornis	14 = 9%
Depressieve stoornis	8	
Dysthyme stoornis	5	
Bipolaire I stoornis, laatste episode manisch	1	
	Stemmingsstoornissen	14 = 9%
Autistische stoornis	13	
Stoornis van Asperger	4	
Pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO	15	
	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	31 = 20%
Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit	9	
Gedragstoornis	11	
Oppositieel-opstandige gedragsstoornis	14	
	Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	43 = 27%
Schizofrenie	12	
Schizofreniforme stoornis	2	
Schizoaffectieve stoornis	1	
Kortdurende psychotische stoornis	2	
	Psychotische stoornissen	17 = 11%
Alcohol afhankelijkheid	8	
Cannabis afhankelijkheid	12	
Amfetamine afhankelijkheid	2	
Cocaïne afhankelijkheid	6	
Andere middelenafhankelijkheid	5	
	Middelenafhankelijkheid	33 = 21%
Aanpassingsstoornis	4	
Somatisatiestoornis	1	

Opmerking. Cliënten kunnen meer dan één classificatie krijgen.

De meest voorkomende stoornissen binnen de SGLVG populatie zijn de ontwikkelingsstoornissen, d.w.z. stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of adolescentie worden gediagnosticeerd, en middelenafhankelijkheid. Pervasieve ontwikkelingsstoornissen komen bij 20% van de cliënten voor, aandachts-tekort- en gedragsstoornissen bij 27% van de cliënten en middelenafhankelijkheid bij 21%. Minder vaak komen stemmingsstoornissen (9%), angststoornissen (9%) en psychotische stoornissen (11%) voor. Een aantal in de checklist opgenomen stoornissen, bijvoorbeeld eetstoornissen, bleken niet voor te komen in de SGLVG populatie.

Naast de stoornissen die opgenomen waren in de checklist, had de beoordelaar ook de mogelijkheid aan te geven of er sprake was van stoornissen die niet opgenomen waren in de checklist. Bij 39 cliënten is van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Drie groepen van “extra” stoornissen vallen te onderscheiden:

- (1) Bij 18 cliënten werden één of meerdere DSM-IV V-codes aangegeven. Met een V-code kunnen andere aandoeningen en problemen, die een reden voor zorg kunnen zijn, worden aangegeven. Met name V-codes die betrekking hadden op relatieproblemen en problemen in verband met verwaarlozing en misbruik werden hierbij gebruikt.
- (2) Bij acht cliënten wordt de categorie seksuele stoornissen gebruikt: pedofilie (4x), parafalie NAO (3x) en voyeurisme (1x).
- (3) Bij acht cliënten werd er aangegeven dat er een stoornis was in de impulsbeheersing: impulsbeheersing NAO (6x), pyromanie (1x), en pathologisch gokken (1x).

Het valt niet uit te sluiten dat wanneer stoornissen in de impulsbeheersing en seksuele stoornissen waren opgenomen in de checklist, deze vaker zouden zijn geclassificeerd. Het gebruik van de V-codes lijkt er op te wijzen dat ervaren wordt dat problematiek van SGLVG cliënten niet alleen valt te beschrijven aan de hand van psychiatrische classificaties. Mogelijk juist ook de interactie met anderen en/of vroegere ervaringen zijn een uitingsvorm van en/of hangen samen met de gedragsproblematiek van de personen behandeld binnen de SGLVG. Ook voor de V-codes geldt dat wanneer zij waren opgenomen in de checklist zij mogelijk vaker waren gescoord.

Opgemerkt moet worden dat de betrouwbaarheid en de validiteit van classificaties op deze manier verkregen, niet zijn onderzocht. Het volgende kan hierover worden opgemerkt. Wanneer de relatie tussen de psychiatrische As I classificatie en de syndroomschalen van de Adult Behaviour Checklist in kaart wordt gebracht, worden inhoudelijk betekenisvolle relaties gevonden. Kennelijk is er een relatie tussen deze twee, onafhankelijke en verschillende, methoden voor de vaststelling van psychopathologie.

As II, Persoonlijkheidsstoornissen

Bij 133 cliënten heeft een classificatie van persoonlijkheidsstoornissen aan de hand van de checklist plaatsgevonden. Bij 41 cliënten (31%) werd een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld, bij 82 cliënten (62%) werd een persoonlijkheidsstoornis afwezig geacht en bij 10 cliënten (8%) werd de classificatie uitgesteld. De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen zijn de cluster B persoonlijkheidsstoornissen, Borderline (8%) - en Antisociale persoonlijkheidsstoornis (17%) en de classificatie persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (11%).

Tabel 20:

Aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornis classificaties in aantallen.

	n
Paranoïde PS*	1
Schizoïde PS	0
Schizotypische PS	1
Cluster A	2
Antisociale PS	22
Borderline PS	10
Theatrale PS	2
Narcistische PS	3
Cluster B	29
Ontwijkende PS	2
Afhankelijke PS	2
Obsessieve Compulsieve PS	1
Cluster C	5
PS Niet Anderszins Omschreven	15
PS uitgesteld	10 (=8%)
Geen PS	82 (=62%)

Opmerking. * PS= persoonlijkheidsstoornis; Cliënten kunnen meer dan één classificatie krijgen.

Zoals al in de methodesectie besproken, is van de checklist waarmee de persoonlijkheidsclassificaties tot stand kwamen de betrouwbaarheid en validiteit niet vastgesteld. Om hier enige uitspraak over te kunnen doen, is onderzocht of de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen aan de hand van de checklist samenhang met kenmerken waarvan verwacht mag worden dat ze samenhangen met de aanwezigheid van

een persoonlijkheidsstoornis. Gebaseerd op onderzoek naar correlaten van persoonlijkheidsstoornis classificaties in de algemene bevolking werd verondersteld dat de aanwezigheid van een persoonlijkheidsclassificatie geassocieerd zou zijn met: een lagere GAF score; meer seksueel misbruik/geweld in de jeugd; meer problematisch middelengebruik in het jaar voorafgaande aan de opname; probleemgedrag bij opname vaker zelfverwonding en suïcide gedrag.

Clënten waarbij wel en cliënten waarbij geen sprake was van een persoonlijkheidsstoornis zijn vergeleken met betrekking tot bovengenoemde kenmerken. Cliënten bij wie de persoonlijkheidsstoornis classificatie was uitgesteld zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. In Tabel 21 staan de resultaten weergegeven.

Tabel 21:

GAF score, middelengebruik, seksueel misbruik in de jeugd en probleemgedrag bij opname, bij cliënten met en zonder persoonlijkheidsstoornis (PS).

	PS afwezig (n)	PS aanwezig(n)	P
GAF score	n=70	n=39	.86 ^a
Gemiddelde GAF score (sd)	48.39 (13.56)	47.92 (11.20)	
Middelengebruik	n=82	n=41	<.01 ^b
Geen gebruik / niet problematisch gebruik	63.4%	36.6%	
Mogelijk / minder ernstig problemen	8.5%	24.4%	
Duidelijke / ernstige problemen	28.0%	39.0%	
Seksueel misbruik / geweld jeugd	n=78	n=36	.06 ^b
Aanwezig	24.4%	58.3%	
Probleemgedrag bij opname	n=82	n=41	.09 ^b
Zelfverwonding & suïcide	24.4%	39.0%	

Opmerking. Niet alle gegevens zijn beschikbaar voor de gehele groep, per type gegevens staat gerapporteerd hoeveel cliënten dit betreft; ^a toetsing aan de hand van T-test voor onafhankelijke steekproeven; ^b toetsing aan de hand van Chi-kwadraat test.

Met middelengebruik werd de verwachte relatie met een persoonlijkheidsstoornis classificatie teruggevonden. Bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis kwam vaker problematisch gebruik van middelen voor dan bij cliënten zonder persoonlijkheidsstoornis (63% versus 37%). Er werden ook verschillen gevonden in het percentage cliënten waarbij sprake was van suïcidaliteit en zelfverwonding als probleemgedrag bij opname (39% versus 24%) en het percentage cliënten waarbij sprake was van seksueel misbruik of geweld tijdens de jeugd (58% versus 24%) tussen de groep met en de groep zonder persoonlijkheidsstoornis. Deze percentages lagen, zoals verwacht, hoger in de

groep van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis dan de groep zonder persoonlijkheidsstoornis. Echter, de verschillen waren (net) niet statistisch significant. In GAF score werd geen verschil gevonden tussen cliënten met en zonder persoonlijkheidsstoornis. De vraag is in hoeverre de GAF score sensitief is voor het in kaart brengen van verschillen in algemeen functioneren binnen een licht verstandelijk gehandicapte populatie opgenomen vanwege ernstig probleemgedrag. Er lijkt dus enige evidentie te zijn voor de validiteit van de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen toegepast ten behoeve van deze rapportage.

Psychiatrische classificatie in voorafgaande rapportages

Koedoot en de Lege (1993) rapporteerden dat er bij 59% van de cliënten sprake was van een psychiatrische diagnose. Dit betrof zowel DSM-III-R As I classificaties als persoonlijkheidsstoornissen. De meest voorkomende stoornissen die zij rapporteerden waren de "diagnose" psychose (25%) en persoonlijkheidsstoornissen (49%). Ten Wolde (1997) rapporteerde dat bij 94% van de cliënten sprake was van een psychiatrische diagnose (DSM-codering of ICD-codering). De meest voorkomende stoornissen in haar rapportage waren persoonlijkheidsstoornissen en gedragsstoornissen. Voor beide rapportages geldt dat er geen gebruik is gemaakt van gestandaardiseerde instrumenten om de stoornissen vast te stellen, het betrof psychiatrische classificaties zoals ze waren opgenomen in de dossiers van cliënten. In de huidige populatie waren van 133 cliënten gegevens uit beide checklisten compleet. Wanneer de uitkomsten van de persoonlijkheidsstoornis en As I classificatie van de huidige populatie worden gecombineerd, dan blijkt er bij 82.2% van de cliënten sprake te zijn van een psychiatrische stoornis, As I stoornis en/of persoonlijkheidsstoornis.

3e Vergelijking verschillende groepen cliënten

In het voorafgaande, is de groep SGLVG cliënten in zijn geheel beschreven. Binnen de komende twee paragrafen zullen verschillende groepen tegenover elkaar worden gezet. Ten eerste, mannen en vrouwen. De vraag die hierbij centraal staat is in hoeverre problematiek en voorgeschiedenis van mannen en vrouwen die worden opgenomen vergelijkbaar zijn en/of dat er sprake is van seksespecifieke patronen. Daarnaast worden cliënten bij wie een delict een rol speelt bij de opname vergeleken met cliënten bij wie dit niet het geval is. De vraag hierbij is of er kenmerken zijn, bijvoorbeeld in de voorgeschiedenis of in psychiatrische co-morbiditeit, die specifiek zijn voor een opname gerelateerd aan een delict.

Mannen versus vrouwen in de SGLVG

De groep van 185 cliënten bestaat uit 137 mannen en 48 vrouwen. Deze verdeling binnen de SGLVG lijkt hooguit gedeeltelijk terug te voeren op de verdeling van mannen en vrouwen in de totale groep van mensen met een lichte verstandelijke beperking, namelijk 1.5:1 (bijvoorbeeld Leonard e.a., 2003). Mannen en vrouwen verschillen niet in de leeftijd waarop zij worden opgenomen. De gemiddelde leeftijd bij opname van mannen is 25.05 jaar ($SD=7.87$) en vrouwen is 25.60 jaar ($SD=8.38$) ($t=-.41$, $p=.68$).

Sociale redzaamheid

De gemiddelde totaalscore sociale redzaamheid van mannen was 34.10 ($SD=12.16$) en van vrouwen 33.06 ($SD=11.94$). Dit verschil bleek niet statistisch significant te zijn ($t=0.52$, $p=0.61$). Mannen en vrouwen binnen de SGLVG zijn dus vergelijkbaar wat betreft sociale redzaamheid.

Voorgeschiedenis

Zoals eerder bleek uit de beschrijving van de totale groep, woont een aanzienlijk percentage van de cliënten na zijn/haar 13e niet (meer) bij (één van) de biologische ouders. Het percentage mannen (43.9%) en het percentage vrouwen (39.1%) waarvoor dit op gaat, verschilt niet statistisch significant ($\chi^2 = 3.97$, $df=2$, $p=.14$).

Seksueel geweld/misbruik komt bij vrouwen in de voorgeschiedenis vaker voor dan bij mannen (45% versus 23%) (Tabel 22). Hetzelfde gaat op voor mishandeling/verwaarlozing in de voorgeschiedenis, hiervan is sprake bij 53% van de vrouwen en bij 24% van de mannen (Tabel 23).

Tabel 22:

Ooit in de voorgeschiedenis seksueel misbruik / geweld, percentage mannen en vrouwen.

	% Seksueel misbruik / geweld ooit
Man (n=130)	23.1%
Vrouw (n=42)	45.2%
Totaal (n=172)	28.5%

Opmerking. $\chi^2=7.65$, $df=1$, $p<.01$.

Tabel 23:

Ooit in de voorgeschiedenis mishandeling / verwaarlozing, percentage mannen en vrouwen.

	% Verwaarlozing / mishandeling ooit
Man (n=131)	34.4%
Vrouw (n=45)	53.3%
Totaal (n=176)	39.2%

Opmerking. $\chi^2=5.06$, $df=1$, $p=.02$.

Leeftijd bij start hulpverlening

Bijna alle cliënten hebben voorafgaande aan de opname in de SGLVG ambulante en klinische hulpverlening gekregen. De leeftijd waarop dit gebeurt, verschilt niet voor mannen en vrouwen (Tabel 24). Problematiek, waarvoor hulp wordt gezocht, lijkt bij mannen en vrouwen dus ongeveer op dezelfde leeftijd op te treden.

Tabel 24:

Leeftijd bij start ambulante en klinische hulpverlening voor mannen en vrouwen.

	Geslacht	n	Gemiddelde (SD)	p ^a
Leeftijd ambulante HV*	Man	97	13.69 (8.68)	.37
	Vrouw	29	12.14 (6.87)	
Leeftijd klinische HV	Man	117	14.85 (6.58)	.35
	Vrouw	36	16.06 (7.12)	

Opmerkingen. *HV=hulpverlening; ^a T-testen voor onafhankelijke steekproeven.

Probleemgedrag bij opname

In Tabel 25 staat voor mannen en vrouwen uitgesplitst welke categorieën van probleemgedrag vóór aanvang van de behandeling aanwezig waren. Er blijken hierin slechts een paar verschillen tussen mannen en vrouwen te bestaan. Bij vrouwen is er vaker sprake van zelfverwonding en suïcidaliteit bij opname in vergelijking tot mannen. Omgekeerd, bij mannen komen vermogensproblematiek, middelenmisbruik en aan psychose gerelateerde problemen vaker voor dan bij vrouwen. Met betrekking tot de overige categorieën, zoals agressief gedrag, oppositioneel gedrag en seksueel probleemgedrag, worden geen statistisch significante verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden. Met betrekking tot seksueel probleemgedrag dient te worden opgemerkt dat de inhoud hiervan tussen mannen en vrouwen wel kan verschillen, bijvoorbeeld vaker prostitutie en ongepast seksueel uitdagend gedrag bij vrouwen en “hands-on” (zoals aanranding en pedofilie) seksueel probleemgedrag bij mannen.

Tabel 25:

Type van probleemgedrag aanwezig bij mannen en vrouwen direct voorafgaande aan de opname					
Groep van probleemgedragingen	n*	% Totaal	% Mannen	% Vrouwen	p ^a
Oppositieel gedrag	68	69%	65%	79%	.28
Agressie / gewelddadigheid	185	73%	73%	73%	.99
Suïcidaliteit en zelfverwonding	185	29%	23%	46%	<.01
Seksueel probleemgedrag	185	29%	31%	23%	.27
Vermogensproblematiek	185	34%	40%	17%	<.01
Overig moeilijk gedrag (bijv. extreem veel eten)	68	19%	16%	26%	.35
Middelenmisbruik	68	42%	51%	16%	<.01
Aandachtgerelateerde problemen	68	21%	23%	16%	.52
Impulsregulatie problemen	68	42%	47%	26%	.12
Stemmingsgerelateerde problemen	68	31%	27%	42%	.21
Angstgerelateerde problemen	68	28%	27%	32%	.67
Psychose gerelateerde problemen	68	21%	27%	5%	.05
Aan autisme gerelateerde problemen	68	19%	20%	16%	.66
Problemen met school / werk	68	13%	14%	11%	.68
Problemen binnen gezin	68	11%	11%	11%	.99
Maatschappelijke problemen	68	12%	14%	5%	.30
Andere problemen	185	63%	64%	63%	.83

Opmerkingen. * Per probleemgedragcategorie bestaat de populatie uit 185 cliënten (137 mannen en 48 vrouwen) of 68 cliënten (49 mannen en 19 vrouwen). ^a Chi-kwadraat toetsing.

Middelengebruik

Middelengebruik in het jaar voorafgaande aan de opname verschilt voor mannen en vrouwen. Bij mannen blijkt er vaker sprake te zijn van problemen met het gebruik van ten minste één middel in het jaar voorafgaande aan de opname dan bij vrouwen (Tabel 26).

Tabel 26:

Percentage mannen en vrouwen waarbij sprake is geweest van - mogelijk - problematisch en problematisch middelengebruik in het jaar voorafgaande aan de opname.

	Geen middel(en) gebruik of niet problematisch	Mogelijk / minder ernstige	Duidelijk / ernstige problemen
Man, n=137	62	21	54
%	45.3%	15.3%	39.4%
Vrouw, n=47	36	6	5
%	76.6%	12.8%	10.6%
Totaal, n=184	98	27	59
%	53.3%	14.7%	32.1%

Opmerking. $\chi^2 = 15.65$, $df=2$, $p < .001$.

Juridische status bij opname en delictgegevens

Wanneer de juridische status bij opname in ogenschouw wordt genomen, dan blijkt bij vrouwen vaker sprake van vrijwilligheid, namelijk 71%, dan bij mannen, namelijk 50% ($\chi^2 = 6.46$, $df=1$, $p = .01$). Mannen en vrouwen verschillen niet wat betreft juridische maatregelen die in het kader van de Wet BOPZ worden genomen. Bijvoorbeeld, een Rechterlijk Machtiging komt in beide groepen ongeveer even vaak voor, namelijk bij 19% van de mannen en bij 21% van de vrouwen. Echter, bij mannen is er vaker sprake van strafrechtelijke maatregelen, namelijk 18% versus 4%.

Hierbij aansluitend, blijkt bij mannen de opname vaker gerelateerd te zijn aan het plegen van een delict dan bij vrouwen (Tabel 27). Ook blijkt er bij mannen vaker dan bij vrouwen sprake te zijn van een delict in de voorgeschiedenis (Tabel 28).

Tabel 27:

Indexdelict, percentage mannen en vrouwen.

	Opname gerelateerd aan delict (Indexdelict)
Man, n=136	43
%	31.6%
Vrouw, n=46	5
%	10.9%
Totaal, n=182	48
%	26.4%

Opmerking. $\chi^2=7.62$, $df=1$, $p<.01$.

Tabel 28:

Delict in de voorgeschiedenis, percentage mannen en vrouwen.

	Delict in de voorgeschiedenis
Man, n=133	54
%	40.6%
Vrouw, n=44	4
%	9.1%
Totaal, n= 177	58
%	32.8%

Opmerking. $\chi^2=14.90$, $df=1$, $p<.001$.

Psychiatrische classificatie

Het percentage mannen met enige As I stoornis (72%), ligt hoger dan het percentage vrouwen met enige As I stoornis (51%) (Tabel 29). Omdat de meeste individuele diagnoses te weinig frequent voorkomen, worden percentages voor groepen van stoornissen gerapporteerd. Het grootste verschil tussen mannen en vrouwen komt naar voren wat betreft middelenafhankelijkheid. Middelenafhankelijkheid blijkt bij mannen meer dan 3 keer zo vaak voor te komen dan bij vrouwen.

Tabel 29:

As I, percentage mannen (n=103) en vrouwen (n=41) waarbij sprake is van As I classificaties.

	% mannen (n=103)	% vrouwen (n=41)	% totaal (n=144)	p
Angststoornissen	7.9%	9.3%	8.3%	.78
Stemmingstoornissen	7.0%	14.0%	8.8%	.17
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	22.5%	14.0%	20.1%	.23
Gedragstoornissen	25.9%	14.0%	22.6%	.11
Psychotische stoornissen	13.3%	4.7%	10.9%	.12
Middelenafhankelijkheid	18.6%	4.7%	14.7%	.03
Enige As I stoornis	72.2%	51.2%	66.2%	.01

Opmerking. Verschillen zijn getoetst met Chi-kwadraat toetsen.

Het percentage mannen (32%) en vrouwen (27%), waarbij er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, blijkt niet statistisch significant te verschillen ($\chi^2 = .71$, $df=2$, $p=.70$). Echter, bij mannen blijkt vaker sprake te zijn van de classificatie Antisociale persoonlijkheidsstoornis en bij vrouwen van een Borderline persoonlijkheidsstoornis (Tabel 30). De overige persoonlijkheidsstoornissen komen in een te lage frequentie voor om een eventueel verschil tussen mannen en vrouwen te kunnen toetsen.

Tabel 30:

Percentage mannen en vrouwen met een Antisociale- en Borderline persoonlijkheidsstoornis.

	% Man	% Vrouw	p
Antisociale PS aanwezig	22.2%	2.9%	.01
Borderline PS aanwezig	3.0%	17.6%	<.01

Opmerking. Verschillen zijn getoetst met Chi-kwadraat toetsen.

Emotionele en gedragsproblemen

In Tabel 31 staan de scores van mannen en vrouwen op de ABCL schalen weergegeven. Op een aantal schalen van de ABCL scoren mannen en vrouwen verschillend. In alle gevallen geldt dat vrouwen een hogere score, d.w.z. meer problemen, laten zien op desbetreffende schalen dan mannen. Dit geldt voor de Angstig-Depressief schaal, Somatische problemen en Agressief gedrag. Ook op de overkoepelende schaal internaliserende problemen en de totaal probleemscore schaal scoren vrouwen hoger.

Tabel 31:

Gemiddelde (SD) ABCL schaal scores voor mannen en vrouwen.

ABCL schalen*	Man (n=136)	Vrouw (n=47)	F (df=1,181), p
Angstig-depressief	10.51 (5.62)	14.81 (5.54)	20.53, p<.001
Teruggetrokkenheid	8.15 (3.46)	8.49 (3.95)	0.32, p=.57
Somatische problemen	2.87 (2.92)	4.94 (4.37)	13.36, p<.001
Denkproblemen	4.44 (3.33)	5.26 (3.58)	2.01, p=.16
Aandachtsproblemen	16.20 (6.63)	16.81 (6.72)	0.29, p=.59
Agressief gedrag	11.26 (6.36)	14.70 (6.36)	9.87, p<.01
Normoverschrijdend gedrag	9.68 (5.29)	9.00 (5.16)	0.59, p=.44
Opdringerigheid	4.38 (3.24)	4.74 (3.24)	0.48, p=.49
Internaliserende problemen	21.53 (9.04)	28.23 (10.67)	17.46, p<.001
Externaliserende problemen	25.32 (12.67)	28.45 (12.76)	2.11, p=.15
Totaal probleem score	82.24 (29.89)	97.15 (34.41)	8.03, p<.01

*Opmerking. *Toetsing aan de hand van multivariate variantie analyse met geslacht als hoofdfactor. Hoofdeffect is significant (F=4.54, df=9,173, p<.001), univariate toetsing ABCL schalen in tabel.*

Indexdelict versus geen indexdelict bij opname

Zoals al eerder beschreven in deze rapportage, speelt bij 48 cliënten (26%), van de 182 van wie dit bekend is, het plegen van een delict een rol bij de opname in de SGLVG. Met andere woorden, bij deze 48 cliënten is er sprake van een indexdelict. Binnen deze paragraaf wordt deze groep cliënten vergeleken met de groep cliënten waarbij er geen sprake is van een indexdelict.

Uit de eerdere vergelijking tussen mannen en vrouwen kwam naar voren dat de proportie mannen met een indexdelict groter is dan de proportie vrouwen (32% ver-

sus 11%). De gemiddelde leeftijd bij opname van cliënten bij wie er sprake is van een indexdelict (26.67 jaar; SD=7.89) verschilt niet statistisch significant van de gemiddelde leeftijd bij opname van cliënten bij wie er geen sprake is van een indexdelict (24.73 jaar; SD=7.99) ($t=1.45$, $p=.15$).

Voorgeschiedenis

De groep cliënten zonder en met indexdelict verschillen niet wat betreft seksueel geweld/mishandeling ooit in de voorgeschiedenis (Tabel 32), ook niet wanneer dit alleen wordt getoetst voor mannen (niet weergegeven).

Tabel 32:

Seksueel misbruik / geweld en/of mishandeling / verwaarlozing ooit, in percentage en aantal voor groep met en zonder indexdelict.

	Seksueel geweld / mishandeling ooit
Indexdelict, n=43	22
%	51.2%
Geen indexdelict, n=127	62
%	48.8%
Totaal, n=170	84
%	49.4%

Opmerking. $\chi^2=.07$, $df=1$, $p=.79$.

Middelengebruik

Bij de groep cliënten met een indexdelict (71%) blijkt er vaker sprake te zijn van (mogelijk) problematisch middelengebruik in het jaar voorafgaande aan de opname dan bij de groep cliënten zonder indexdelict (29%) (Tabel 33).

Tabel 33:

Middelengebruik in het jaar voorafgaande aan de opname, in percentage voor groep met en zonder indexdelict.

	Geen middel(en) gebruik of niet problematisch	Mogelijk / minder ernstige	Duidelijk / ernstige problemen
Indexdelict, n=48	14	8	26
%	29.2%	16.7%	54.2%
Geen indexdelict, n=134	82	19	33
%	61.2%	14.2%	24.6%
Totaal, n=182	96	27	59
%	52.7%	14.8%	32.4%

Opmerking. $\chi^2=16.53$, $df=2$, $p < .001$.

Psychiatrische classificatie

Bij de groep cliënten met een indexdelict is ongeveer even vaak sprake van een As I classificatie als bij de groep cliënten zonder indexdelict (Tabel 34). Er lijkt wel een verschil te zitten in het soort classificaties waarvan sprake is. Bij de groep cliënten met een indexdelict is er vaker sprake van middelenafhankelijkheid, terwijl bij de groep cliënten zonder indexdelict er vaker sprake is van psychotische stoornissen.

Echter, deze bevindingen moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Bij ongeveer de helft van de cliënten vond de classificatie plaats ruim na de opname. Zij waren namelijk 1 januari 2004, toen gestart werd met de psychiatrische classificatie, al langere tijd in behandeling. Eventuele psychiatrische co-morbiditeit waar op dat moment sprake van was, hoeft niet overeen te komen met psychiatrische co-morbiditeit op As I bij opname. Ook dient te worden opgemerkt dat niet de relatie tussen individuele psychiatrische classificaties op As I met indexdelict zijn onderzocht.

Tabel 34:

As I stoornis in percentage, bij groep met indexdelict (n=38) en zonder indexdelict (n=104).

	Indexdelict (n=38)	Geen indexdelict (n=104)	Totaal (n=142)	p
Angststoornissen	5.4%	9.3%	8.3%	.46
Stemmingstoornissen	2.7%	12.1%	9.7%	.10
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	21.6%	20.2%	20.6%	.85
Gedragstoornissen	21.6%	21.9%	21.8%	.97
Psychotische stoornissen	2.7%	14.2%	11.2%	.06
Middelenafhankelijkheid	24.3%	11.3%	14.7%	.05
Enige As I stoornis	64.9%	68.3%	67.4%	.70

Opmerking. Verschillen zijn getoetst met Chi-kwadraat toetsen.

De groep met en zonder indexdelict verschillen niet wat betreft het voorkomen van een persoonlijkheidsstoornis op zich. Echter, bij de groep met een indexdelict blijkt er wel vaker sprake te zijn van een Antisociale persoonlijkheidsstoornis dan bij de groep zonder indexdelict (Tabel 35).

Tabel 35:

Voorkomen van persoonlijkheidsstoornis en antisociale persoonlijkheidsstoornis classificatie bij groep met en zonder indexdelict.

	Persoonlijkheidsstoornis (PS) classificatie*			Classificatie Antisociale persoonlijkheidsstoornis**	
	PS aanwezig	PS uitgesteld	PS afwezig	Antisociale PS aanwezig	Antisociale PS afwezig
Indexdelict, n=32	13	2	17	10	22
%	40.6%	6.3%	53.1%	31.3%	68.8%
Geen indexdelict, n=99	27	8	64	12	87
%	27.3%	8.1%	64.6%	12.1%	87.9%
Totaal, n=131	40	10	81	22	109
%	30.5%	7.6%	61.8%	16.8%	83.2%

Opmerking. * $\chi^2=2.04$, $df=2$, $p=.36$; ** $\chi^2=6.33$, $df=1$, $p=.01$.

Verschillende kenmerken lijken geassocieerd met een indexdelict: van het mannelijk geslacht zijn; problematisch middelengebruik in het jaar voorafgaande aan de opname; een As I classificatie van middelenaafhankelijkheid; de aanwezigheid van een Antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze kenmerken zijn onderling ook weer gerelateerd. Zo komen bijvoorbeeld bij mannen problemen met het gebruik van middelen en een Antisociale persoonlijkheidsstoornis vaker voor dan bij vrouwen. De vraag is of deze kenmerken onafhankelijk van elkaar samenhangen met een indexdelict. Dit is onderzocht aan de hand van logistische regressie analyse. In onderstaande tabel staan *univariate* logistische regressie analyses weergegeven. Van het mannelijk geslacht zijn, is geassocieerd met een bijna 4x zo grote kans dat de opname gerelateerd is aan een delict. Wanneer in het jaar voorafgaande aan de opname er sprake is geweest van (mogelijk) problematisch middelengebruik is die kans iets meer dan 4x zo groot. De aanwezigheid van een Antisociale persoonlijkheidsstoornis is geassocieerd met iets meer dan een 3x zo grote kans dat de opname een indexdelict betreft. De relatie tussen de As I classificatie middelenaafhankelijkheid en indexdelict blijkt in een logistische regressie net niet statistisch significant. Wanneer alle vier de kenmerken *stapsgewijs* in een logistisch regressiemodel worden gestopt, dan blijken middelengebruik het jaar voorafgaande aan de opname en de aanwezigheid van een Antisociale persoonlijkheidsstoornis te “voorspellen” (in statistische zin) of een opname is gerelateerd aan een delict. Als deze twee kenmerken in een model zijn opgenomen, voegen geslacht en een classificatie van middelenaafhankelijkheid hier niets meer aan toe (Tabel 36).

Tabel 36:

Relatie met indexdelict: Odds Ratio voor geslacht, middelengebruik jaar voorafgaande aan de opname, classificatie van middelenaafhankelijkheid en Antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Kenmerken	Univariaat		Stapsgewijs	
	Odds ratio (95% betrouwbaarheidsinterval)	p	Odds ratio (95% betrouwbaarheidsinterval)	p
Geslacht	3.79 (1.40 - 10.26)	<.01		
(Mogelijk) Problematisch middelengebruik	4.10 (1.79 - 8.51)	<.001	3.44 (1.46 - 8.05)	.04
Classificatie middelenaafhankelijkheid	2.51 (0.96-6.59)	.06		
Aanwezigheid Antisociale PS	3.29 (1.26 - 8.61)	.02	2.75 (1.00 - 7.53)	.05

4. Conclusies en aanbevelingen

De resultaten uit deze rapportage geven aanleiding tot een aantal conclusies en aanbevelingen die van belang kunnen zijn voor de opname, diagnostiek en behandeling van cliënten in instellingen voor SGLVG en de groep van mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVG) in het algemeen.

Voorgeschiedenis

Hulpverlening

Bijna alle cliënten zijn, voorafgaande aan de opname binnen de SGLVG, met andere hulpverlenende instanties in aanraking geweest. Wat opvalt, is de leeftijd waarop het eerste contact plaatsvindt. Meer dan 70% van de cliënten komt voor zijn 18^e in aanraking met hulpverlenende instanties. Daarnaast blijkt ongeveer 40% van de cliënten tussen zijn/haar 13^e en 18^e levensjaar niet meer bij (één van) de biologische ouders te wonen en hoewel de meerderheid van de cliënten nog start met (speciaal) voortgezet onderwijs, ronds maar een kleine groep dit ook daadwerkelijk af. Er lijkt bij een aanzienlijke groep van cliënten dus al tijdens de adolescentie, en mogelijk eerder, sprake te zijn van problemen, welke uiteindelijk uitmonden in een opname voor behandeling in een SGLVG instelling. De vraag rijst of vroegtijdige interventies in deze keten niet, bij in ieder geval een deel van de cliënten, escalatie van de problematiek en/of een opname in de SGLVG zouden kunnen voorkomen.

Een ander observatie met betrekking tot eerdere hulpverlening betreft de types van hulpverlenende instanties waarmee cliënten in aanraking komen. De vraag kan worden gesteld of cliënten, die uiteindelijk binnen de SGLVG worden opgenomen, voorafgaande aan de opname wel altijd met de meest geschikte vormen van hulpverlening in aanraking komen. Bijvoorbeeld, bij een aanzienlijk deel van de cliënten is er sprake van problematisch middelengebruik in het jaar voorafgaande aan de opname in de SGLVG; echter, maar een klein percentage van deze groep cliënten heeft behandelcontact met de verslavingszorg gehad.

Het zou van belang zijn om, in samenwerking met de jeugdhulpverlening en de algemene verstandelijk gehandicaptenzorg, te onderzoeken in hoeverre het mogelijk is eerder en gericht bij problemen van personen met een lichte verstandelijke beperking (LVG) in te grijpen en daarmee eventueel een opname binnen de SGLVG te voorkomen.

Psychosociale belasting

Een aanzienlijk percentage van de cliënten wordt uit huis geplaatst tijdens de jeugd. Ook in andere opzichten is het verleden van een relatief groot percentage cliënten - psychosociaal - belast. Bij ongeveer de helft van de cliënten is er sprake van seksueel misbruik en/of mishandeling in de voorgeschiedenis. Daarnaast heeft iets meer dan 40% van de cliënten één of meer delicten gepleegd en komen problemen met het gebruik van middelen bij 32 tot 47% van de cliënten voor. Bij slechts een klein deel van de cliënten is er voorafgaande aan de opname sprake van een structurele dagbesteding en/of werk en bijna alle cliënten zijn voorafgaande aan de opname afhankelijk van een uitkering. Al deze factoren zijn, ieder op zich, weer risicofactoren voor het ontstaan, verergeren en instandhouden van probleemgedrag en psychiatrische stoornissen (Deb e.a., 2002).

Onderzoek en rapportage hebben zich tot op heden exclusief gericht op de (klinische) SGLVG populatie. Zodoende is onduidelijk in hoeverre het in deze mate voorkomen van bovengenoemde risicofactoren uniek is voor de SGLVG populatie. Met het oog op (vroegtijdige) interventies en/of preventie is het van belang meer zicht te krijgen op risicofactoren die bijdragen aan een plaatsing in de SGLVG en, meer algemeen, het ontstaan van probleemgedrag. Een eerste stap zou kunnen bestaan uit het opzetten van vergelijkend onderzoek met algemene LVG populaties (cross-sectioneel). Idealiter zou een longitudinale studie moeten worden opgezet, waarin kinderen met een lichte verstandelijke beperking over tijd worden gevolgd. Aan de hand hiervan kan worden onderzocht welke factoren, zowel op het niveau van het kind als zijn/haar omgeving, bijdragen aan een ontwikkeling die uiteindelijk resulteert in ernstig probleemgedrag waarvoor opname noodzakelijk is.

Diagnostiek en evaluatie binnen de SGLVG

Probleemgedrag

Het vertonen van probleemgedrag is één van de criteria om in aanmerking te komen voor behandeling binnen de SGLVG. De meeste cliënten blijken bij aanmelding verschillende typen van probleemgedrag te vertonen. Agressie blijkt het meest voorkomende probleemgedrag bij aanmelding te zijn. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen. Agressief gedrag is vaak ook de belangrijkste reden voor aanmelding.

De inventarisatie van probleemgedrag betreft probleemgedrag dat de cliënt vertoont voorafgaande aan de opname. Probleemgedrag is echter geen unieke eigenschap van een persoon. Het is gedrag dat een persoon laat zien in een bepaalde context en/of in interactie met bepaalde anderen. Als gevolg van de opname in de SGLVG verandert de

context en kan er dus ook verandering optreden in probleemgedrag zonder dat er sprake is geweest van enige interventie (afgezien van de opname zelf). Verandering in probleemgedrag en/of het uitblijven hiervan binnen de SGLVG setting zegt derhalve weinig over dit gedrag na ontslag. De effectiviteit van behandeling binnen de SGLVG zou dan ook mede moeten worden geëvalueerd aan de hand van het gedrag en de mogelijkheden van cliënten na ontslag.

Psychiatrische (DSM-IV) classificatie

Bij de meeste cliënten (66%) gaat het probleemgedrag waarvoor men wordt aangemeld, gepaard met de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis. De groepen van As I stoornissen die het meeste voorkomen in de huidige populatie zijn: pervasieve ontwikkelingsstoornissen, aandachtstekort- en gedragsstoornissen en middelenafhankelijkheid. Daarnaast is bij ongeveer één derde van de cliënten sprake van een persoonlijkheidsstoornis, dit betreft vooral de cluster B persoonlijkheidsstoornissen, Antisociale en Borderline persoonlijkheidsstoornis.

De uitkomsten van de psychiatrische classificatie dienen met voorzichtigheid te worden beschouwd. Uit eerdere rapportages over de SGLVG populatie kwamen vergelijkbare percentages van psychiatrische co-morbiditeit naar voren. Echter, in deze rapportages bleken andere stoornissen, dan die in de huidige rapportage worden gevonden, het meeste voor te komen (Koedoot & de Lege, 1993; ten Wolde, 1997). Hoewel er een verschuiving zou kunnen zijn opgetreden in de psychiatrische problematiek waardoor de SGLVG populatie wordt gekenmerkt, lijkt het juister te veronderstellen dat de bevindingen, in ieder geval gedeeltelijk, artefacten zijn van de methoden die gebruikt zijn om de psychiatrische co-morbiditeit in deze en de andere rapportages in kaart te brengen. Bekend is dat de methode van classificeren van invloed is op welke stoornissen worden gevonden (Zimmerman e.a., 1994). Er lijkt enige evidentie te bestaan voor de validiteit van de methoden die ten behoeve van de huidige rapportage zijn toegepast, maar dit is onvoldoende uitgezocht. Uitkomsten uit deze rapportage bieden wel handvatten voor punten van aandacht bij de psychiatrische diagnostiek binnen de SGLVG.

Instrumenten voor het vaststellen van psychiatrische stoornissen bij volwassenen die speciaal zijn ontwikkeld voor volwassenen met een verstandelijke beperking, zoals de "Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability" (Moss e.a., 1993), en voor de algemene bevolking, zoals de Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (Wing e.a., 1998), richten zich op stoornissen zoals die voornamelijk worden gediagnosticeerd in de volwassenheid, zoals stemmingsstoornissen en angststoornissen. Ontwikkelingsstoornissen zijn niet in deze instrumenten opgenomen. Uit deze rapportage lijkt echter naar voren te komen dat juist

de ontwikkelingsstoornissen veel voorkomen in de SGLVG populatie. Goede screening op en diagnostiek van (bepaalde van) deze stoornissen, zoals de pervasieve ontwikkelingsstoornissen, zijn alleen daarom al belangrijk omdat sommige van deze stoornissen van invloed kunnen zijn op het perspectief van wat haalbaar is binnen behandeling.

In de huidige en eerdere rapportages over de SGLVG komt naar voren dat bij een aanzienlijk deel (25%-36%) van de SGLVG cliënten sprake zou zijn van een persoonlijkheidsstoornis. De bruikbaarheid van het concept persoonlijkheidsstoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking staat echter ter discussie. De basale criteria van de DSM-IV om tot de classificatie van een persoonlijkheidsstoornis te komen, namelijk “gedrag dat afwijkt van de verwachtingen van de cultuur van de persoon, zich manifesterend op gebieden van cognitie, affectiviteit, interpersoonlijke relaties en impulscontrole”, zijn niet goed bruikbaar bij mensen met een verstandelijke beperking (Doen, 2005). Bij mensen met een verstandelijke beperking is juist vanwege de verstandelijke beperking haast per definitie, in ieder geval in zekere mate, sprake van afwijkend gedrag op de hierboven genoemde gebieden. Ten behoeve van de huidige rapportage, als ook ten behoeve van de eerdere rapportages over de SGLVG, is geen rekenschap gegeven van deze problemen met het concept persoonlijkheidsstoornissen, en de classificatie ervan, in de SGLVG populatie. Binnen de SGLVG kan het desondanks relevant worden gevonden om persoonlijkheidsstoornissen en/of aspecten van de persoonlijkheid in kaart te brengen, bijvoorbeeld met het oog op het kunnen inschatten van beloop van of geschiktheid voor bepaalde interventies of het kunnen inschatten van het risico op het plegen van een delict na ontslag. Mocht dit het geval zijn, dan zal eerst moeten worden geïnvesteerd in een valide methode, geschikt voor en bruikbaar in de SGLVG populatie, voor het vaststellen ervan.

Middelenafhankelijkheid

Naast de pervasieve ontwikkelingsstoornissen en aandachtstekort- en gedragstoornissen, blijkt middelenafhankelijkheid een veel voorkomende groep van stoornissen te zijn in de huidige SGLVG populatie. Dit wordt onderschreven door de inventarisatie van achtergrondgegevens van cliënten, waaruit bleek dat bij een aanzienlijk percentage cliënten (32%) sprake was van duidelijk problematisch gebruik van tenminste één middel in het jaar voorafgaande aan de opname. Uit een recent overzichtsartikel over onderzoek naar - problemen rondom - middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking van McGillicuddy (2006), kwam naar voren dat goed geëvalueerde interventies voor deze problematiek bij mensen met een (lichte) verstandelijke beperking amper voorhanden zijn. Het lijkt zinvol voor de SGLVG instellingen om hier in te investeren, in zoverre zij dit niet al doen, gezien het relatief hoge percentage

van cliënten binnen deze instellingen waarbij er sprake is van problemen met het gebruik van middelen. Een reden te meer, is de huidige bevinding dat problematisch gebruik van middelen in het jaar voorafgaande aan de opname sterk geassocieerd lijkt te zijn met een indexdelict bij opname.

Evaluatie van verandering in de problematiek

Binnen een behandelinstelling is het, naast het kunnen vaststellen van psychiatrische en gedragsproblemen, minstens zo belangrijk om veranderingen hierin meetbaar te kunnen maken. Namelijk, daardoor ontstaat de mogelijkheid om het effect van een opname te evalueren. Psychiatrische classificaties zijn, gezien hun nominale karakter, minder geschikt voor de vaststelling van (graduele) veranderingen in problematiek. Voor de evaluatie van psychiatrische en gedragsproblemen bij personen met een lichte verstandelijke beperking, al dan niet met gedragsproblemen, zijn echter weinig geschikte instrumenten beschikbaar. Binnen De Borg wordt op dit moment onderzocht of de “Adult Behaviour Checklist” (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003) een geschikt instrument zou kunnen zijn voor het meetbaar maken van verandering in emotionele en gedragsproblemen in de SGLVG populatie. In plaats van in af- of aanwezigheid van stoornissen resulteert de ABCL in verschillende syndroomcores, zoals aandachtsproblemen, teruggetrokkenheid en agressie. Dit maakt het instrument in potentie sensitief voor verandering. De eerste bevindingen ten aanzien van de betrouwbaarheid en de validiteit van de ABCL in de SGLVG populatie zijn positief (Tenneij & Koot, in druk). Dit sluit aan bij de bevindingen met de kinderequivalent van de ABCL, namelijk de “Child Behaviour Checklist”, bij Nederlandse kinderen met een lichte verstandelijke beperking (Dekker e.a., 2002). Het nu nog lopende onderzoek binnen De Borg zal moeten uitwijzen of het zinvol is, voor de LVG sector in zijn geheel, om een normeringonderzoek voor de ABCL op te zetten.

Misbruik en mishandeling

Uit de registratie van de achtergrondgegevens kwam naar voren dat er bij een aanzienlijk deel, bijna 50%, van de SGLVG cliënten sprake is van seksueel geweld of misbruik en/of verwaarlozing of mishandeling in de voorgeschiedenis. De huidige manier van registreren is globaal en laat geen nadere analyse toe. Bijvoorbeeld, niet duidelijk wordt uit deze gegevens in hoeverre deze gebeurtenissen in de voorgeschiedenis een rol spelen in de huidige problematiek van cliënten en, hieraan gerelateerd, of hiervoor specifieke interventies tijdens de behandeling zouden moeten plaatsvinden. Het gebruik van V-codes (die betrekking hebben op problemen in verband met misbruik en verwaarlozing) bij een aantal cliënten tijdens de psychiatrische classificatie, lijkt te impliceren dat

in ieder geval bij deze cliënten de vroegere gebeurtenissen een rol spelen in de huidige problematiek.

Oorzaak verstandelijke beperking

Slechts van een kleine groep cliënten is bekend wat de oorzaak van de verstandelijke beperking is. Onderzoek toont aan dat bij een aanzienlijk deel van de personen met een lichte verstandelijke beperking de oorzaak van de verstandelijke beperking gevonden kan worden na anamnese, hetero-anamnese, lichamelijk onderzoek, metabool onderzoek en klinisch-genetische syndroomdiagnostiek (Otter & Buitenlaar, 2006). Voordelen hiervan zijn ondermeer dat een etiologische diagnose kan leiden tot een beter begrip en management van degene met het betreffende syndroom en gedragsproblemen (eventueel) in een ander perspectief kunnen worden geplaatst (Otter & Buitenlaar, 2006). Binnen de SGLVG, zou nader moeten worden bekeken in hoeverre het zinvol is deze diagnostiek structureel, in zoverre dat niet in een eerder stadium is gebeurd, bij de cliënten met een lichte verstandelijke beperking uit te voeren.

Behandeling

Duur van de behandeling

In de behandelduur van cliënten zit een grote variatie. Bij ontslag waren cliënten gemiddeld 17 maanden in behandeling geweest. Ongeveer de helft van de cliënten gaat binnen één jaar met ontslag, de andere helft van de cliënten is aanmerkelijk langer in behandeling. Een soortgelijk beeld kwam ook naar voren uit de eerdere rapportages (Koedoot & de Lege, 1993; ten Wolde, 1997). In de groep van 101 cliënten die bij het voorbereiden van deze rapportage nog in behandeling was, was een subgroep van 22 cliënten met een opnameduur, op dat moment, van meer dan drie jaar. Koedoot en de Lege concludeerde in 1993 dat de behandelcapaciteit van de SGLVG instellingen wordt belast met een aantal “chronische” SGLVG cliënten waarbij geen sprake (meer) is van een behandelperspectief. Uitkomsten uit de huidige rapportage lijken te impliceren dat dit nog steeds het geval is.

De gegevens zoals die nu zijn verzameld, kunnen als basis dienen voor (beleids) onderzoek waarbij de vraag centraal staat welke (type) cliënten, in samenhang met instellingskenmerken en kenmerken van de regio (bijv. uitplaatsingsmogelijkheden na ontslag) “chronisch” verblijven op de instelling. Wanneer hierover meer duidelijkheid ontstaat, wordt het mogelijk beleid te ontwikkelen om “chronisch verblijf” tegen te gaan of te doen afnemen. Dit is van belang, gezien het relatief kleine aantal van beschikbare SGLVG behandelplaatsen.

Heterogeniteit van cliënten opgenomen binnen de SGLVG

Opvallend is de heterogeniteit in het niveau en de problematiek van SGLVG cliënten, bijvoorbeeld: het vastgestelde IQ loopt uiteen van 47 tot 107; er is een grote variatie in sociale redzaamheid (range in SRZ-P score 5-58); bij een aanzienlijke groep (66%) is sprake van psychiatrische DSM-IV As I classificatie, echter bij 34% van de cliënten ook niet; er is een aanzienlijke groep cliënten waarbij er sprake is van verwaarlozing en seksueel geweld in de voorgeschiedenis; er is bij een aanzienlijke groep cliënten sprake van problematisch middelengebruik; bij ongeveer een kwart van de cliënten is er sprake van een opname binnen de SGLVG die is gerelateerd aan het plegen van een delict.

Aan de hand van algemene lijsten, zoals de ABCL maar ook de SRZ-P, wordt op dit moment in De Borg onderzocht of hiermee verandering over tijd, tijdens de behandeling, kan worden gemeten. Echter, evaluatie aan de hand van deze lijsten betreft een vrij algemene beoordeling van verandering/verbetering over tijd. Gezien de heterogeniteit van de SGLVG populatie, zowel in problematiek als niveau, lijkt het zinvol ook meer specifiek inhoudelijke evaluatie van behandeling te overwegen. Dus, een evaluatie van specifieke behandelmodules aan de hand van daarop afgestemde parameters. Bijvoorbeeld, evaluatie van stress management training, met instrumenten gericht op het in kaart brengen van emotieregulatie.

Mannen en vrouwen in de SGLVG

Slechts met betrekking tot een paar kenmerken (zoals problemen met het gebruik van middelen en een voorgeschiedenis waarbij er sprake is van misbruik) worden er tussen mannen en vrouwen die worden opgenomen in SGLVG instellingen verschillen gevonden. In hoeverre deze verschillen tussen mannen en vrouwen specifiek aandacht behoeven zal nader onderzoek moeten uitwijzen.

Samenvatting

In 2004 en 2005 is bij alle cliënten, die opgenomen waren voor klinische behandeling binnen de vijf Borginstellingen, gestandaardiseerde informatie verzameld. Op dezelfde momenten, werden aan de hand van dezelfde instrumenten, achtergrondgegevens en gegevens betreffende intellectueel en adaptief functioneren, psychiatrische co-morbiditeit en emotionele- en gedragsproblemen in kaart gebracht. Opvallend is, dat het beeld dat naar voren komt van de SGLVG cliënten grote overeenkomsten vertoont met het beeld van deze doelgroep zoals dat naar voren kwam uit eerdere rapportages van de commissie Van den Muijsenbergh (1991), Koedoot en de Lege (1993) en ten Wolde (1997).

Driekwart van de SGLVG cliënten zijn mannen en een ruime meerderheid van de cliënten wordt opgenomen voor zijn/haar 30^{ste} levensjaar. Naast een aanzienlijk deel van cliënten dat volgens het IQ criterium in de range van licht verstandelijk beperkt valt (IQ 50-70/75), is er ook een groep cliënten die een totaal IQ score heeft dat hierboven ligt. Bij een ruime meerderheid van de cliënten komt uit de voorgeschiedenis een problematisch beeld naar voren. Voortgezet onderwijs wordt in veel gevallen niet afgerond, maar iets meer dan de helft van de cliënten woont bij (één van) de biologische ouders tot ten minste het 18^e jaar en bij bijna de helft van de cliënten is er sprake van seksueel misbruik en/of mishandeling/verwaarlozing in de jeugd. Een aanzienlijk deel van de cliënten komt al tijdens de jeugd in aanraking met hulpverlenende instanties.

Bij een ruime minderheid van de cliënten vindt een opname plaats op basis van een juridische maatregel, dit betreft zowel strafrechterlijke maatregelen als maatregelen onder de wet BOPZ. Ongeveer één derde van de cliënten heeft in het verleden een delict gepleegd en bij ongeveer één vierde van de cliënten is er sprake van een indexdelict. In totaal is ruim 40% van de cliënten ooit veroordeeld vanwege een delict. De proportie mannen die dit betreft is aanzienlijk groter dan de proportie vrouwen. Naast geslacht, blijken ook problematisch middelengebruik het jaar voorafgaande aan de opname, de aanwezigheid van een Antisociale persoonlijkheidsstoornis en een classificatie van mid-delenaafhankelijkheid geassocieerd te zijn met een indexdelict bij opname.

Bij de meeste cliënten spelen meerdere problemen een rol bij verwijzing naar de SGLVG. Zelden is er sprake van probleemgedrag op één gebied. Agressie / geweld-dadigheid is het meest voorkomende probleemgedrag voorafgaande aan de opname. Dit is bij driekwart van de cliënten één van de redenen voor verwijzing en bij een aanzienlijk gedeelte van de cliënten ook de belangrijkste reden. Echter, ook problemen rondom middelengebruik, impulsregulatie, seksualiteit, stemming en angst komen veelvuldig voor. Problematiek van de (meeste) cliënten in de SGLVG lijkt derhalve niet

uni-dimensioneel maar multi-dimensioneel, meerdere uiteenlopende (gedrags-)problemen zijn gelijktijdig aanwezig.

De heterogeniteit van de problematiek van SGLVG cliënten komt ook naar voren uit de gegevens van de psychiatrische classificatie. Bij tweederde van de cliënten is er sprake van een classificatie op As I van de DSM-IV. Dit betreft zowel classificaties van angst-, stemming-, en psychotische stoornissen, als ook stoornissen die met name op de kinderleeftijd worden gesteld, zoals pervasieve ontwikkelingsstoornissen, aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit, gedragsstoornis en oppositionele gedragsstoornis. Bij ongeveer één derde van de cliënten is er sprake van een classificatie op As II, persoonlijkheidsstoornissen, van de DSM-IV. De cluster B persoonlijkheidsstoornissen, Borderline en Antisociale persoonlijkheidsstoornis, komen het meeste voor.

De spreiding in behandelduur bij ontslag is groot. Gemiddeld zijn cliënten bij ontslag bijna 17 maanden in behandeling geweest, dit loopt uiteen van 3 tot 93 maanden. Van de 100 cliënten die bij het schrijven van deze rapportage nog in behandeling waren, was op dat moment de opnameduur gemiddeld 29 maanden ($SD=29$, range 2-183 maanden). De meerderheid van cliënten gaat met ontslag omdat de behandeling is afgerond en/of plaatsing naar een verblijfsinstelling mogelijk is. Echter, ongeveer 16% van de cliënten zegden de behandeling éézijdig op. Na ontslag komen de meeste cliënten terecht in verblijfsinstellingen voor verstandelijk gehandicapten. Een deel van de cliënten blijft onder begeleiding van de verwijzende SGLVG instelling, het grootste deel van de cliënten wordt begeleid vanuit de nieuwe verblijfsinstelling. Slecht een zeer klein percentage van de cliënten krijgt na ontslag uit de SGLVG geen begeleiding of behandeling meer.

Literatuur

Achenbach,T.M. & Rescorla,L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed. ed.). Washington DC.: American Psychiatric Association.

Borthwick-Duffy,S.A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27.

Deb,S., Matthews,T., Holt,G. & Bouras,N. (2002). *Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: LKNG.

Dekker,M.C., Koot,H.M., van der Ende,E.J. & Verhulst,F.C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1087-1098.

Došen,A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een intergratieve benadering bij kinderen en volwassenen*, Assen: Van Gorcum.

Emerson,E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58.

Harris,P., Humphreys,J. & Thomson,G. (1994). A checklist of challenging behaviour: the development of a survey instrument. *Mental Handicap Research*, 7, 118-133.

Hudziak,J.J., Helzer,J.E., Wetzel,M.W., Kessel,K.B., McGee,B., Janca,A. & Przybeck,T. (1993). The use of the DSM-III-R Checklist for initial diagnostic assessments. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 375-383.

Koedoot,P. & de Lege,W. (1993). *SGLVG: een ongekend probleem*, Utrecht: Nederlands centrum Geestelijk volksgezondheid.

Kraijer,D. & Plas,J. (2002). *Handboek psychodiagnostiek en verstandelijke beperking*, Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

- Kraijer, D.W. (1999). *AVZ-R: Autisme- en Verwante stoornisschaal-Z-Revisie; Handleiding, derde herziening en uitgebreide uitgave*, Lisse: Swets & Zeitlinger BV.
- Kraijer, D.W. & Kema, G.N. (1994). *Sociale redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen van hoger niveau, handleiding*, Lisse: Swets & Zeitlinger b.v.
- Leonard, H., Petterson, B., Bower, C. & Sanders, R. (2003). Prevalence of intellectual disability in Western Australia. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17, 58-67.
- Lidher, J., Martin, D.M., Jayaprakash, M.S., & Roy, A. (2005). Personality disorders in people with learning disabilities: follow-up of a community survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 845-851.
- McGillicuddy, N.B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 41-47.
- Moss, S., Patel, P., Prosser, H., Goldberg, D., Simpson, N., Rowe, S. & Lucchino, R. (1993). Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability. I: Development and reliability of the patient interview (PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry*, 163, 471-480.
- Oliver, C., McClintock, K., Hall, S., Smith, M., Dagnan, D. & Stenfert-Kroese, B. (2003). Assessing the Severity of Challenging Behaviour: Psychometric Properties of the Challenging Behaviour Interview. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 53-61.
- Otter, M. & Buitelaar, J. (2006). Psychiatrische diagnostiek en behandeling bij een dubbele diagnose. In Didden, R. (Ed.), *In Perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 169-190). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tenneij, N.H. & Koot, H.M. (In druk). A preliminary investigation into the utility of the Adult Behaviour Checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*.

Tyrer,P. & Mulder,R. (2006). Management of complex and severe personality disorders in community mental health services. *Current Opinions in Psychiatry*, 19, 400-404.

Wechsler,D., van der Steene,G., Vertommen,H., Bleichrodt,N. & Uiterwijk,J.M. (2000). *WAIS-III: Nederlandstalige bewerking: Wechsler adult intelligence test - derde editie: afname en scoringshandleiding (WAIS-III 2000)*. Lisse: Swets Test Publishers (STP).

Wing,J.K., Sartorius,N., & Ustun,T.B. (1998). *Diagnosis and clinical measurement in psychiatry, a reference manual for SCAN/PSE-10*. Cambridge: Cambridge University Press.

Zimmerman,M. (1994). Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.

Colofon

Uitgave van De Borg, samenwerkingsverband van behandelcentra voor mensen met (lichte) verstandelijke beperking en complexe problematiek, in samenwerking met de Vrije Universiteit Amsterdam.

Grafisch ontwerp: Studio Langezaal, Zeist
Druk: Bergdrukkerij, Amersfoort

Mei 2007

Copyright De Borg 2007
Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt zonder toestemming van De Borg.



hanzeborg



altrecht



dichterbij

We dagen ieder mens uit!

