

---

# Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg 2013 – 2018

M. Delforterie & B. Hesper

## COLOFON

### **Auteurs**

M. Delforterie & B.L. Hesper

### **Copyright Stichting De Borg 2020**

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

### **Expertisecentrum De Borg**

Eikenpage 4  
(gebouw Antonia)  
3734 AC Den Dolder  
[www.deborg.nl](http://www.deborg.nl)  
[info@deborg.nl](mailto:info@deborg.nl)

November 2020

## Inhoud

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| H1. Inleiding.....                                                                       | 5  |
| H2. Onderzoeksopzet .....                                                                | 6  |
| 2.1 Inleiding .....                                                                      | 6  |
| 2.2 Meetinstrumenten .....                                                               | 6  |
| 2.2.1 DROS .....                                                                         | 6  |
| 2.2.2 HKT-R.....                                                                         | 6  |
| 2.2.3 ABCL .....                                                                         | 7  |
| 2.3 Beschikbare data per instelling.....                                                 | 7  |
| H3. Onderzoeksgroep.....                                                                 | 8  |
| 3.1 Inleiding .....                                                                      | 8  |
| 3.2 Demografische kenmerken .....                                                        | 8  |
| 3.3 Probleemgedrag bij opname .....                                                      | 9  |
| 3.4 Psychopathologie.....                                                                | 10 |
| 3.5 Situatie bij opname .....                                                            | 11 |
| H4. Behandeleffect.....                                                                  | 13 |
| 4.1 Behandeleffect gemeten met dynamische risicofactoren.....                            | 13 |
| 4.1.1 Behandeleffect gemeten met de DROS.....                                            | 13 |
| 4.1.2 Behandeleffect gemeten met de HKT-R.....                                           | 16 |
| 4.2 Behandeleffect gemeten met internaliserend en externaliserend<br>probleemgedrag..... | 17 |
| H5. Behandeleffect voor verschillende cliëntengroepen .....                              | 22 |
| 5.1 Inleiding .....                                                                      | 22 |
| 5.2 Algemene gegevens.....                                                               | 22 |
| 5.3 Probleemgedrag aanleiding opname.....                                                | 22 |
| 5.4 Psychopathologie.....                                                                | 24 |
| H6. Afgeronde behandelingen.....                                                         | 26 |
| 6.1 Inleiding .....                                                                      | 26 |
| 6.2 Algemene gegevens.....                                                               | 26 |
| 6.3 Behandelduur .....                                                                   | 28 |
| 6.4 Behandeleffect per behandelduur .....                                                | 29 |
| 6.5 Reden van uitschrijving per behandelduur .....                                       | 30 |
| H7. Vergelijking met effectmeting 2007-2012 .....                                        | 32 |
| 7.1 Inleiding .....                                                                      | 32 |

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| 7.2 Verschil in beschikbare data .....                           | 32 |
| 7.3 Verschil in kenmerken van de doelgroep.....                  | 32 |
| 7.4 Verschil in behandel-effecten .....                          | 34 |
| 8. Samenvatting en conclusie.....                                | 38 |
| 8.1 Inleiding .....                                              | 38 |
| 8.2 Behandel-effect.....                                         | 38 |
| 8.3 Behandel-effect per subgroep .....                           | 39 |
| 8.4 Afgeronde behandelingen .....                                | 40 |
| 8.5 Vergelijking met effectmeting 2007-2012.....                 | 40 |
| 8.6 Conclusie.....                                               | 41 |
| 8.7 Verbeter-voorstellen naar aanleiding van het onderzoek ..... | 41 |
| Referentielijst.....                                             | 42 |

## H1. Inleiding

---

Het meten van het effect van zorg is op meerdere fronten een uitdaging. Om te beginnen is het de vraag of er de beschikking is over de juiste en voldoende data om daar iets over te kunnen zeggen. Daarnaast blijft het spannend om een kijkje in de keuken te geven van wat de zorg voor de cliënt betekent. Tegelijkertijd hebben we als Borg-instellingen de ambitie om gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg, het ontwikkelen en verbeteren van onze behandelprogramma's en het doen van onderzoek. Daarom is het van belang ons regelmatig de maat te nemen en daar ook anderen inzicht in te geven.

Het meten van effect begint met het goed afstemmen van wat gemeten wordt en welke instrumenten daarvoor het meest geschikt zijn. Deze effectmeting is mogelijk omdat er binnen het samenwerkingsverband regelmatig met elkaar wordt afgestemd welke meetinstrumenten gebruikt worden en waarom. Dit is geen eenvoudige opgave, omdat wet- en regelgeving bepaalde beperkingen oplegt, en de meetinstrumenten bovendien steeds in ontwikkeling zijn. Dat het ons toch gelukt is om deze effectmeting te doen is vooral dankzij de bereidheid van professionals om zo consistent en consciëntieus mogelijk gegevens vast te leggen. Meten is weten, en meten blijft toch voornamelijk mensenwerk.

Het past om op deze plek de twee onderzoekers te bedanken voor hun gedegen onderzoek, én de mensen op de werkvloer die door het registreren van gegevens deze meting mogelijk hebben gemaakt. Deze effectmeting heeft ook onze ambitie gevoed om nog verder te onderzoeken hoe we ons werk beter kunnen doen.

Jan van Hoek  
Voorzitter Bestuur De Borg

Marjet van Baggum  
Directeur De Borg

## H2. Onderzoeksopzet

---

### 2.1 Inleiding

In 2007 is een vijfjarig onderzoek opgezet naar de effecten van de behandeling die wordt gegeven binnen de Borg-instellingen. Dit resulteerde in de effectmeting Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg 2007 – 2012. De onderzoeksopzet die is gebruikt in deze effectmeting hebben de Borg-instellingen voor een deel in stand gehouden waardoor het mogelijk was om een nieuwe effectmeting te maken over de periode 2013-2018. In deze laatste periode werd een Routine Outcome Monitoring (ROM) structuur aangehouden die was gebaseerd op externe eisen van justitie, GGZ en de verstandelijk gehandicaptenzorg, en op afspraken die binnen Borg-verband zijn gemaakt.

Binnen De Borg bestond de ROM uit halfjaarlijkse metingen van verschillende vragenlijsten die gericht waren op aspecten die door behandeling beïnvloed worden. Voor de huidige effectmeting is gebruik gemaakt van metingen die begonnen binnen 3 maanden na opname en liepen totdat de cliënt met ontslag ging<sup>1</sup>.

De primaire problematiek van de SGLVG(+) doelgroep van De Borg is ernstig internaliserend en externaliserend probleemgedrag. De vragenlijsten die in de ROM zijn opgenomen zijn dan ook voornamelijk gericht op dit gedrag en op risicofactoren voor ernstig externaliserend probleemgedrag.

### 2.2 Meetinstrumenten

De drie meetinstrumenten die door de meeste Borg-instellingen in de ROM zijn meegenomen zijn in de huidige effectmeting gebruikt. Dit zijn de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) [1], de Historisch, Klinisch, Toekomst Revisie (HKT-R) [2] en de Adult Behavior Checklist (ABCL) [3], die hieronder worden uitgewerkt.

#### 2.2.1 DROS

De DROS [1] bestaat uit 42 items die 15 dynamische risicofactoren voor externaliserend probleemgedrag vormen, waaronder Probleembesef/probleeminzicht, Criminogene attitudes, Sociale vaardigheden en gedrag en Copingvaardigheden. De DROS wordt ingevuld door de behandelaar van de cliënt. De items van de DROS worden gescoord op een vijf puntschaal van 1 tot en met 5, waarbij de scores 1, 3 en 5 verankerd zijn. Dit houdt in dat er bij deze scores beschrijvingen staan op basis waarvan de behandelaar de score kan bepalen. Een lage score betekent dat dit item voor de cliënt een groot risico vormt voor externaliserend probleemgedrag. De totaalscore is de gemiddelde score van de subschalen en duidt het algemeen risiconiveau aan, waarbij een lage score een groter risico voor externaliserend probleemgedrag inhoudt. In onderzoek binnen Trajectum is de DROS betrouwbaar en valide gebleken [4].

#### 2.2.2 HKT-R

De HKT-R [3] is een risicotaxatie vragenlijst die gebruikt wordt om het risico op recidive te kunnen inschatten. Het bestaat uit 12 historische items (de H-schaal), 14 klinische items (de K-schaal) en 7 toekomstige items (de T-schaal). De items worden ingevuld door de behandelaar van de cliënt. De H-schaal bestaat uit voornamelijk statische risicofactoren en is gericht op de levensgeschiedenis van de cliënt. De K-schaal is gericht op dynamische risicofactoren en op het gedrag van de cliënt in de afgelopen 12 maanden.

---

<sup>1</sup> De wachtlijstmeting en follow-up meting na ontslag van de vorige effectmeting zijn na het afronden van de eerste effectmeting in 2013 niet meer afgenomen.

De T-schaal is gericht op de vraag of er voldoende praktische zaken zijn geregeld rondom de vervolgsituatie van de cliënt. Items worden beoordeeld op een vijf puntschaal lopend van 0 tot 4, waarbij een 0 aangeeft dat er geen of een zeer laag risico is op dat item, en een score van 4 geeft aan dat er een hoog risico is.

### 2.2.3 ABCL

De ABCL [2] bestaat uit 123 items die gaan over emotionele en gedragsproblemen. De items vormen samen overkoepelende schalen voor internaliserend en externaliserend probleemgedrag en 8 aparte vormen voor emotionele en gedragsproblemen, zoals *Denkproblemen* en *Agressief gedrag*. Items worden ingevuld op een drie puntschaal van 0 tot 2, waarbij een 0 staat voor een afwezigheid van het emotionele of gedragsprobleem en een 2 voor een duidelijke aanwezigheid van het emotionele of gedragsprobleem. De vragenlijst wordt ingevuld door groepsleiding die de cliënt goed kent. In eerder onderzoek van De Borg is een goede betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst gevonden [5].

## 2.3 Beschikbare data per instelling

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

Tabel 1: Overzicht aantal cliënten met beschikbare data per instelling

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

### H3. Onderzoeksgroep

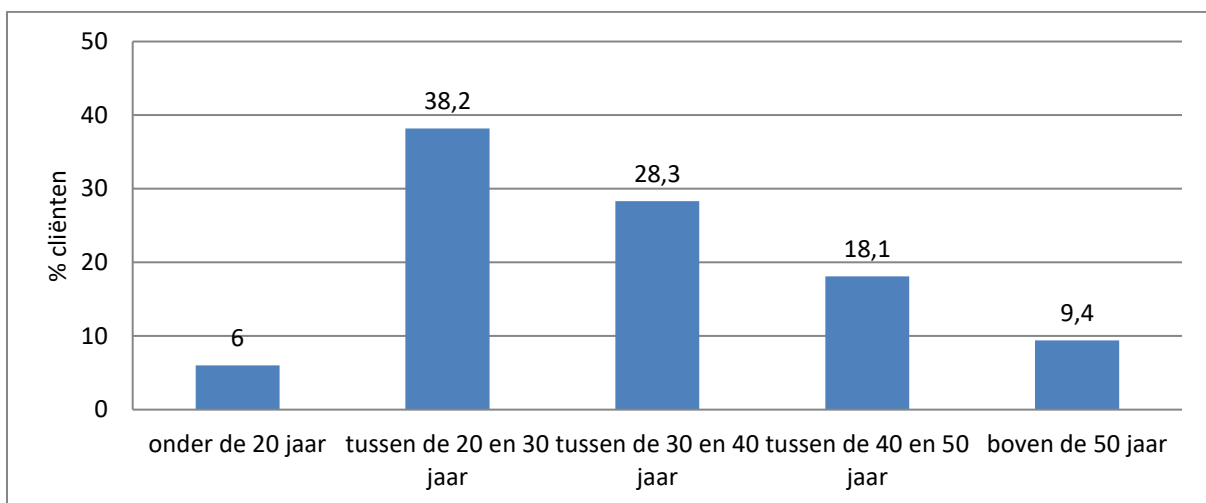
#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksgroep beschreven. Er is gebruik gemaakt van de basisregistratie die nog werd ingevuld voor de vorige rapportage en van gegevens uit het elektronisch patiëntendossier.

#### 3.2 Demografische kenmerken

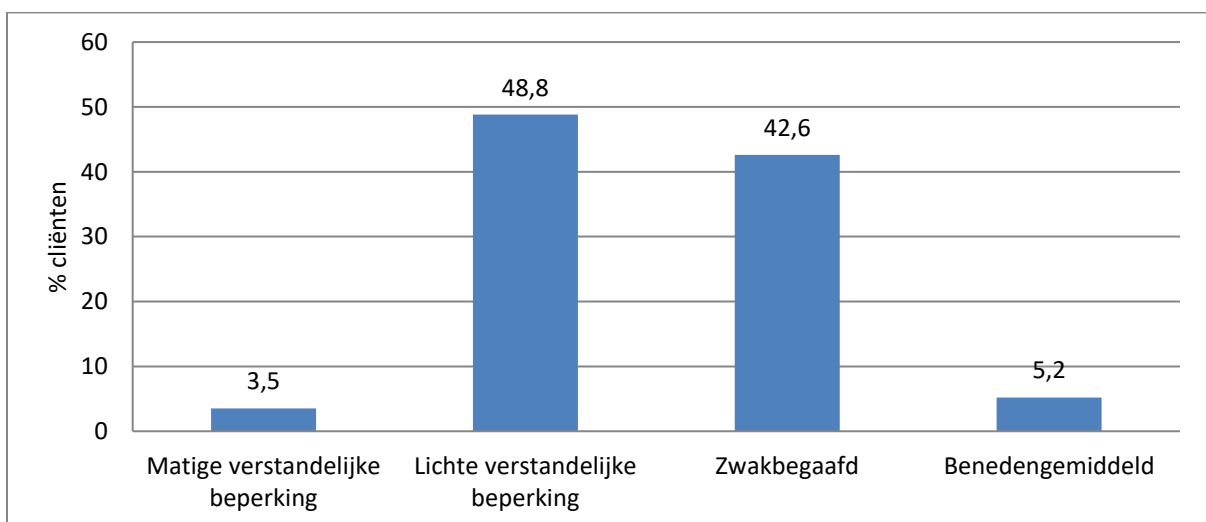
De onderzoeksgroep bestaat voor 84% uit mannen. De gemiddelde leeftijd van de cliënten is bij opname 34 jaar (sd = 10,5) en loopt van 16 tot 73 jaar. De meeste cliënten (38%) zijn tussen de 20 en de 30 jaar. Zie figuur 1 voor de verdeling van cliënten over verschillende leeftijdsgroepen.

*Figuur 1: Percentage cliënten verdeeld over verschillende leeftijdscategorieën (n = 1061)*



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

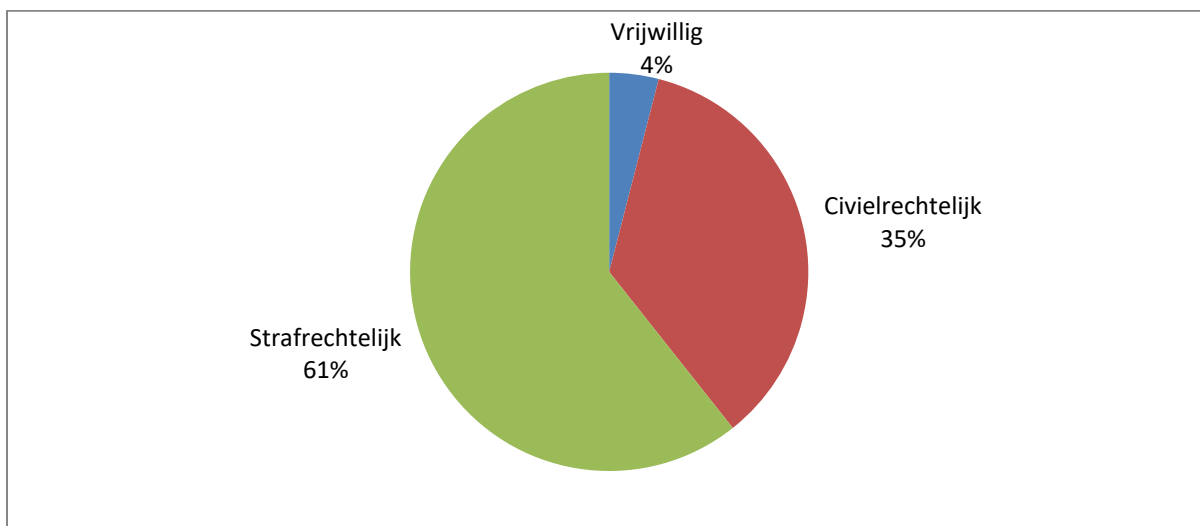
*Figuur 2: Percentage cliënten verdeeld over verschillende categorieën IQ\* (n = 289)*



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

Veruit de meeste cliënten zijn opgenomen via justitie met een strafrechtelijke maatregel (61%) of onder dwang van een civielrechtelijke maatregel (35%). Slechts 4% van de cliënten in de onderzoeksgroep zijn vrijwillig opgenomen (zie ook figuur 3)<sup>2</sup>.

*Figuur 3: Juridische status bij opname (n = 1062)*



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

### 3.3 Probleemgedrag bij opname

87% van de cliënten is opgenomen vanwege externaliserend probleemgedrag, zoals agressie, seksueel grensoverschrijdend gedrag of overig antisociaal gedrag. Bijna de helft (47,5%) is opgenomen naar aanleiding van agressief gedrag. 15% heeft meerdere vormen van externaliserend probleemgedrag als aanleiding voor opname.

Een kwart van de cliënten is (ook) opgenomen vanwege internaliserend probleemgedrag. Bij 2% was enkel internaliserend probleemgedrag aanleiding voor opname. Zie tabel 2 voor alle aantallen en percentages cliënten per probleemgedrag.

<sup>2</sup> Stevig heeft hierbij alleen beschrijvende gegevens van strafrechtelijk opgenomen cliënten aangeleverd, en Fivoor heeft alleen beschrijvende gegevens aangeleverd van civielrechtelijk opgenomen cliënten, wat het percentage vrijwillig opgenomen cliënten kan hebben gedrukt. Ipse de Bruggen en Trajectum hebben respectievelijk 9% en 13% vrijwillig opgenomen cliënten.

Tabel 2: Aanleiding opname (n = 374 - 781)

|                                                                                                               | N   | %    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| Agressie (diefstal met geweld, vrijheidsberoving, dierenmishandeling, mishandeling, bedreiging, levensdelict) | 371 | 47,5 |
| Seksueel grensoverschrijdend gedrag (hands-off, hands-on, pedoseksueel delict)                                | 79  | 12,2 |
| Brandstichting (met gevaar voor goederen, met gevaar voor personen)                                           | 39  | 6    |
| Overig antisociaal gedrag (vernietiging, diefstal zonder geweld, verkeersmisbruik, weglopen)                  | 291 | 38,3 |
| Internaliserend probleemgedrag (suïcidepoging, zelfverwonding of andere internaliserende problemen)           | 97  | 25,9 |

### 3.4 Psychopathologie

Meer dan de helft (55%) van de cliënten is, naast een LVB, bij opname gediagnosticeerd met een verslaving. 28% heeft een diagnose voor een persoonlijkheidsstoornis. Comorbiditeit<sup>3</sup> is groot: bij 75% van de cliënten is er naast een LVB sprake van nog 2 of meer diagnoses. Bij 2% is enkel een verstandelijke beperking gediagnosticeerd. Zie tabel 3 voor de aantallen en percentages psychopathologie.

Tabel 3: Psychopathologie (n = 545 – 1016)

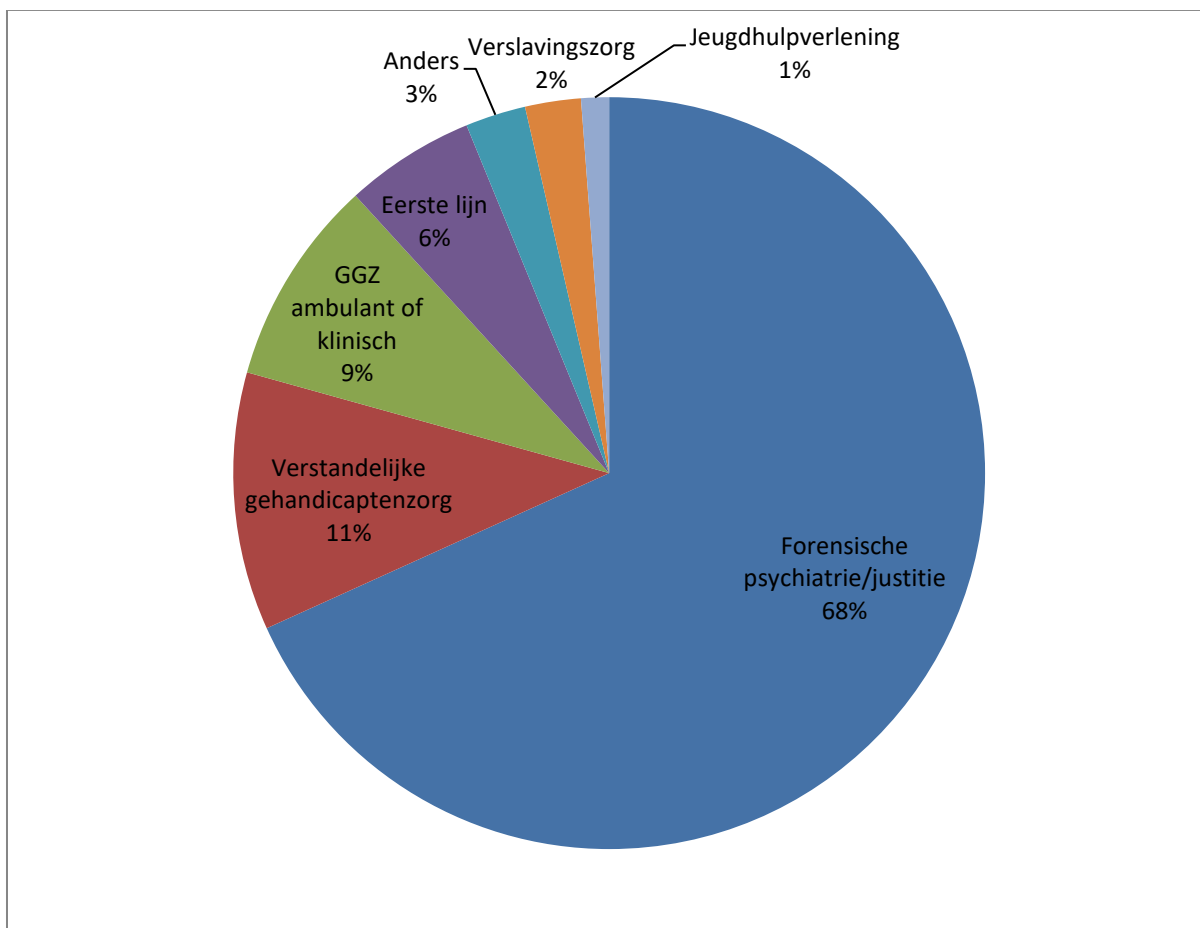
|                          | N   | %    |
|--------------------------|-----|------|
| Verslaving               | 522 | 55,4 |
| Persoonlijkheidsstoornis | 290 | 28,2 |
| Psychotische stoornis    | 189 | 18,6 |
| Gedragsstoornis          | 169 | 16,7 |
| Pervasive stoornis       | 104 | 10,3 |
| Stemmingsstoornis        | 69  | 6,8  |
| PTSS                     | 50  | 6,0  |
| Parafilie                | 27  | 3,2  |
| Alleen LVB               | 9   | 1,7  |

<sup>3</sup> Gegevens van Stevig-Dichterbij zijn hierin niet meegenomen, aangezien alleen de hoofddiagnose bekend was.

### 3.5 Situatie bij opname

Twee derde (68%) van de onderzoeksgroep is naar één van de Borg-instellingen verwezen door de forensische psychiatrie/justitie. Zie figuur 4 voor een overzicht van alle verwijzers.

Figuur 4: Verwijzers (n = 593)



Er is gekeken naar de aanwezige risicofactoren gemeten met de DROS bij opname (zie tabel 5). Een gemiddelde score op een subschaal onder de 3 betekent dat de cliënt ernstige problemen heeft op het gebied van die betreffende risicofactor. Bij opname heeft 91% een gemiddelde score onder de 3 op minstens 1 van de subschalen. De meeste cliënten hebben een gemiddelde score onder de 3 bij meer dan 1 risicofactor. Het gemiddelde *aantal* risicofactoren ligt op 5. Twee cliënten scoren problematisch op alle 15 schalen van de DROS. *Copingvaardigheden*, *Probleembesef/probleeminzicht* en *Medewerking aan de behandeling* worden door de meeste cliënten gescoord als risicofactor.

Tabel 5: Risicofactoren DROS bij opnamemeting (n = 401)

|                                                      | N*  | %    |
|------------------------------------------------------|-----|------|
| Probleembesef/probleeminzicht                        | 248 | 61,8 |
| Attitude tegenover de huidige behandeling            | 130 | 32,4 |
| Ideeën en verwachtingen over situatie na behandeling | 141 | 35,2 |
| Medewerking aan de behandeling                       | 165 | 41,1 |
| Criminogene attitude                                 | 151 | 37,7 |
| Copingvaardigheden                                   | 275 | 68,6 |
| Vijandigheid                                         | 128 | 31,9 |
| Seksgerelateerde cognities                           | 35  | 8,7  |
| Impulsiviteit                                        | 125 | 31,2 |
| In stand houden van prosociale structuren            | 119 | 29,7 |
| Zelfredzaamheid: zelfzorg                            | 114 | 28,4 |
| Zelfredzaamheid: functionele schoolse vaardigheden   | 77  | 19,2 |
| Sociale vaardigheden en gedrag                       | 124 | 30,9 |
| Verslaving, middelengebruik en gokken                | 138 | 34,4 |
| Psychotische symptomen                               | 48  | 12,0 |

\* Aantal cliënten met een gemiddelde subschaalscore onder de 3.

De gemiddelde totaalscore op de DROS ligt bij de opname boven de 3 ( $M = 3,3$ ,  $sd = 0,56$ ; zie ook tabel 6). Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen. Cliënten met een strafrechtelijke maatregel ( $M = 3,4$ ,  $sd = 0,53$ ) scoren hoger dan cliënten met een civielrechtelijke maatregel ( $M = 3,0$ ,  $sd = 0,55$ ).

Tabel 6: DROS totaalscore bij de opnamemeting

|                             | N   | M (sd)      |                               |
|-----------------------------|-----|-------------|-------------------------------|
| Hele groep                  | 401 | 3,3 (0,56)  |                               |
| <i>Sekse</i>                |     |             |                               |
| Man                         | 247 | 3,3 (0,55)  |                               |
| Vrouw                       | 44  | 3,4 (0,55)  | $t$ toets = -1,36, $p = n.s.$ |
| <i>Juridische status</i>    |     |             |                               |
| Vrijwillig                  | 16  | 3,3 (0,48)  |                               |
| Civielrechtelijke maatregel | 59  | 3,0 (0,55)* |                               |
| Strafrechtelijk maatregel   | 218 | 3,4 (0,53)* | $F = 13,97$ , $p < 0,01$      |

## H4. Behandeleffect

Om het behandeleffect te onderzoeken zijn de effectgroottes berekend met Cohen's d, voor verschillende periodes in behandeling. Voor de interpretatie van Cohen's d worden de onderstaande vuistregels gehanteerd [6]:

0,80 en hoger: groot effect

0,50 en 0,79: middelgroot effect

0,20 en 0,49: klein effect

Onder de 0,20: verwaarloosbaar effect

Een groot effect wil nog niet zeggen dat de behandeling bij alle cliënten tot verbetering leidt. Andersom kan bij een klein effect toch nog een aantal cliënten zijn verbeterd. Om hier inzicht in te geven, is het aantal cliënten dat betrouwbaar is verslechterd of verbeterd ook weergegeven. Dit is per instrument berekend met de *reliable change index* [7]. Een verandering groter dan de reliable change van het instrument houdt in dat er sprake is van een betrouwbare verandering.

### 4.1 Behandeleffect gemeten met dynamische risicofactoren

Dynamische risicofactoren zijn factoren die veranderbaar zijn en het risico op externaliserend probleemgedrag, waaronder delictgedrag, kunnen voorspellen. Voorbeelden van dynamische risicofactoren zijn weinig probleembesef, onvoldoende copingvaardigheden en impulsiviteit.

In het huidige onderzoek worden de dynamische risicofactoren gemeten met de DROS en de K en T items van de HKT-R (zie hoofdstuk 2 voor een beschrijving van de instrumenten).

#### 4.1.1 Behandeleffect gemeten met de DROS

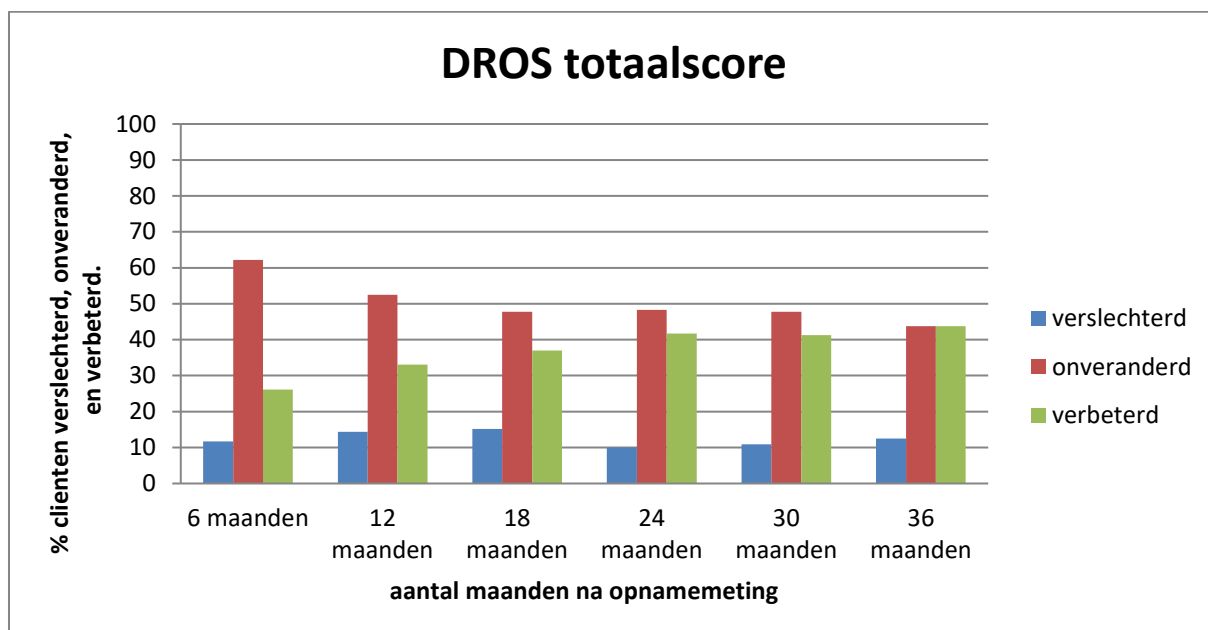
In tabel 7 is het behandeleffect weergegeven gemeten met de DROS totaalscore. Te zien is dat in de eerste 6 maanden er al sprake is van een klein effect ten opzichte van de eerste meting (binnen 3 maanden na opname). Het effect wordt elke zes maanden groter. Bij 30 maanden na de eerste meting is er sprake van een middelgroot effect.

De reliable change van de DROS totaalscore is 0,41. In tabel 7 en figuur 5 is te zien dat op basis van de reliable change index de meeste cliënten geen verandering laten zien. Het percentage cliënten dat verbetert wordt bij elke 6 maanden groter en is bij 36 maanden even groot als het percentage cliënten dat geen verandering laat zien. Het percentage cliënten dat verslechtert blijft onder de 20%.

Tabel 7: Behandeleffect DROS totaalscore

|            | N   | Cohen's d | Verslechterd (%) | Onveranderd (%) | Verbeterd (%) |
|------------|-----|-----------|------------------|-----------------|---------------|
| 6 maanden  | 222 | 0,30      | 11,7             | 62,2            | 26,1          |
| 12 maanden | 139 | 0,33      | 14,4             | 52,5            | 33,1          |
| 18 maanden | 92  | 0,43      | 15,2             | 47,8            | 37,0          |
| 24 maanden | 60  | 0,49      | 10,0             | 48,3            | 41,7          |
| 30 maanden | 46  | 0,62      | 10,9             | 47,8            | 41,3          |
| 36 maanden | 32  | 0,66      | 12,5             | 43,8            | 43,8          |

Figuur 5: Behandeleffect met behulp van reliable change score gemeten met de DROS totaalscore



De behandeleffecten zijn ook per subschaal van de DROS geanalyseerd, zie hiervoor tabel 8. Hieruit blijkt dat er met name vooruitgang wordt geboekt op de subschalen *Probleembesef/Probleeminzicht*, *Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling*, *Criminogene attitudes*, *Copingvaardigheden* en *Zelfredzaamheid: Schoolse vaardigheden*.

Tabel 8: Behandeleffect (Cohen's d) per subschaal van de DROS

|                                                          | 6 maanden | 12 maanden | 18 maanden | 24 maanden | 30 maanden | 36 maanden |
|----------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                                                          | n=222     | n=139      | n=92       | n=60       | n=46       | n=32       |
| Probleembesef/Probleeminzicht                            | 0,23      | 0,41       | 0,57       | 0,56       | 0,84       | 1,02       |
| Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding | 0,17      | 0,20       | 0,23       | 0,25       | 0,49       | 0,50       |
| Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling  | 0,29      | 0,53       | 0,58       | 0,63       | 0,77       | 0,93       |
| Medewerking aan de behandeling/begeleiding               | 0,02      | 0,03       | 0,05       | 0,16       | 0,08       | 0,17       |
| Criminogene attitude                                     | 0,20      | 0,33       | 0,54       | 0,36       | 0,48       | 0,50       |
| Copingvaardigheden                                       | 0,36      | 0,36       | 0,50       | 0,51       | 0,59       | 0,51       |
| Vijandigheid                                             | 0,09      | 0,08       | 0,14       | 0,07       | 0,27       | 0,49       |
| Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag | 0,02      | 0,02       | 0,09       | 0,01       | 0,07       | 0,24       |
| Impulsiviteit                                            | 0,07      | 0,17       | 0,10       | 0,24       | 0,13       | 0,22       |
| In stand houden van prosociale structuren                | 0,23      | 0,16       | 0,21       | 0,38       | 0,37       | 0,29       |
| Zelfredzaamheid: zelfzorg                                | 0,21      | 0,24       | 0,13       | 0,21       | 0,28       | 0,04       |
| Zelfredzaamheid: schoolse vaardigheden                   | 0,22      | 0,25       | 0,22       | 0,42       | 0,41       | 0,48       |
| Sociale vaardigheden en gedrag                           | 0,11      | 0,09       | 0,22       | 0,38       | 0,34       | 0,27       |
| Verslaving, middelengebruik en gokken                    | 0,17      | 0,13       | 0,24       | 0,37       | 0,5        | 0,63       |
| Psychotische symptomen                                   | 0,20      | 0,12       | 0,11       | 0,38       | 0,43       | 0,34       |

#### 4.1.2 Behandeleffect gemeten met de HKT-R

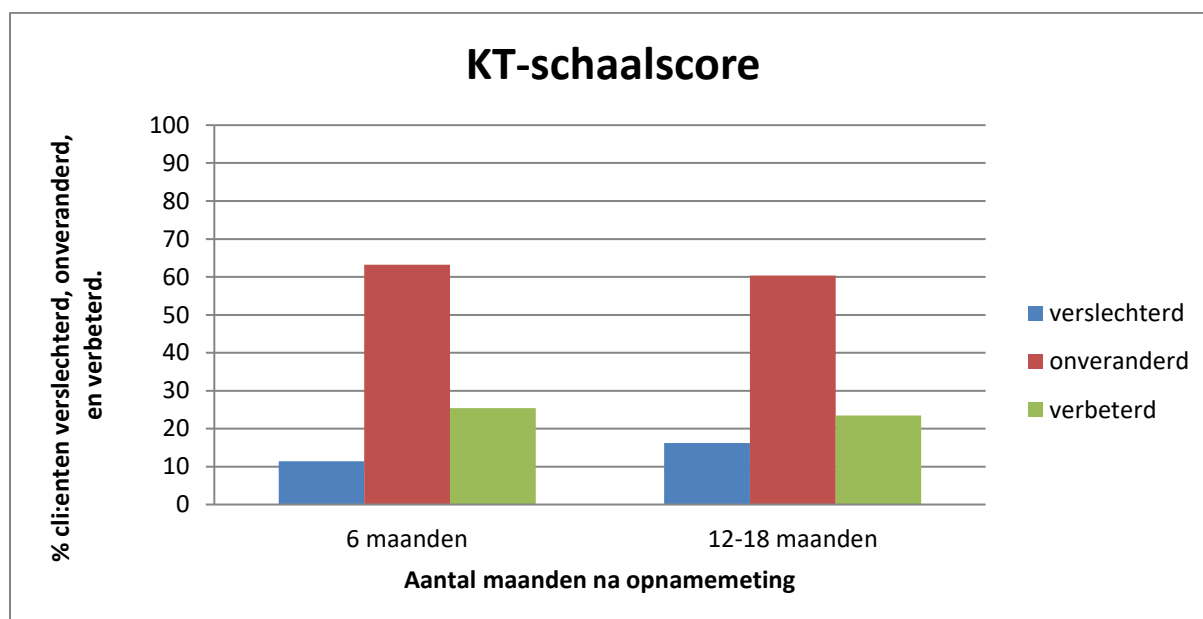
In tabel 9 is het behandeleffect weergegeven gemeten met de KT-schaal van de HKT-R<sup>4</sup>. Zes maanden na de eerste opnamemeting is er sprake van een klein effect. Ook 12-18 maanden na de opnamemeting is er sprake van een klein effect.

De reliable change van de HKT-R is 12,44. In tabel 9 en figuur 6 is te zien dat op basis van de reliable change index ongeveer een kwart van de cliënten verbeterd, zowel na 6 als na 12-18 maanden. De verschillen met de DROS, waarbij na 12 maanden een derde van de cliënten verbeterd, kunnen erop wijzen dat in een LVB doelgroep de HKT-R minder gevoelig is voor veranderingen in de loop van de behandeling dan de DROS. Dit kan te maken hebben met het feit dat de HKT-R slechts één item per risicofactor gebruikt, of dat er risicofactoren in staan (zoals werk) die niet of nauwelijks kunnen verbeteren in de LVB doelgroep.

Tabel 9: Behandeleffect KT-schaal van de HKT-R

|               | N   | Cohen's d | Verslechterd (%) | Onveranderd (%) | Verbeterd (%) |
|---------------|-----|-----------|------------------|-----------------|---------------|
| 6 maanden     | 114 | 0,26      | 11,4             | 63,2            | 25,4          |
| 12-18 maanden | 68  | 0,23      | 16,2             | 60,3            | 23,5          |

Figuur 6: Behandeleffect met behulp van reliable change score gemeten met de KT-schaalscore



De behandeleffecten van de K- en T-schaal en per item van de KT-schalen (zie tabel 10) laten vooral verbetering zien op de T-schaal en de items *Antisociaal gedrag*, *Sociale vaardigheden*, *Overeenstemming over afspraken betreffende delictpreventie*, *Wonen* en *Stresserende omstandigheden*.

<sup>4</sup> Het beleid van de HKT-R metingen was om deze af te nemen op meetmoment 1 en meetmoment 3 (12 maanden) en vervolgens meetmoment 5 (24 maanden). Er zijn onvoldoende ingevulde metingen op meetmoment 5 (24 maanden) om het behandeleffect te meten. Voor een relatief grote groep cliënten is er ook een meting gedaan op meetmoment 2 (6 maanden), ondanks dat dit niet het beleid was. Mogelijk is de korte verblijfsduur (zie H. 6) de reden dat er een extra meting is gedaan. Ondanks dat dit niet het beleid was is het behandeleffect na 6 maanden toch gerapporteerd. Metingen op meetmoment 3 en 4 zijn samengenomen. Wanneer deze metingen beide voorkwamen (n = 11) is meetmoment 4 gebruikt.

Een aantal van de items lijkt ook te verslechteren, met name na 12-18 maanden, zoals *Verslaving* en *Schending voorwaarden en afspraken*. Vanwege restricties aan het begin van de behandeling kan de cliënt meer probleemgedrag vertonen naarmate hij meer vrijheden later in de behandeling krijgt.

Tabel 10: Behandeleffect (Cohen's d) K- en T-schaal en items

|                                                      | 6 maanden<br>n=114 | 12-18 maanden<br>n=68 |
|------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| K-schaal                                             | 0,16               | 0,06                  |
| T-schaal                                             | 0,33               | 0,36                  |
| <i>Items van de K-schaal</i>                         |                    |                       |
| Probleeminzicht                                      | 0,18               | 0,24                  |
| Psychotische symptomen                               | 0,21               | 0,16                  |
| Verslaving                                           | -0,18              | -0,03                 |
| Impulsiviteit                                        | 0,17               | -0,06                 |
| Antisociaal gedrag                                   | 0,24               | 0,23                  |
| Vijandigheid                                         | 0,09               | -0,15                 |
| Sociale vaardigheden                                 | 0,23               | 0,23                  |
| Zelfredzaamheid                                      | 0,34               | 0,12                  |
| Meewerken aan de behandeling                         | 0,06               | -0,03                 |
| Verantwoordelijkheid voor het delict                 | 0,16               | 0,16                  |
| Copingvaardigheden                                   | 0,19               | 0,16                  |
| Schending voorwaarden en afspraken                   | -0,23              | -0,18                 |
| Arbeidsvaardigheden                                  | 0,01               | -0,01                 |
| Beïnvloeding pro/anti sociale netwerk                | 0,08               | -0,11                 |
| <i>Items van de T-schaal</i>                         |                    |                       |
| Overeenstemming over afspraken betr. delictpreventie | 0,33               | 0,26                  |
| Wonen                                                | 0,30               | 0,39                  |
| Financiën                                            | 0,18               | 0,38                  |
| Werk                                                 | 0,20               | 0,19                  |
| Vrije tijd                                           | 0,16               | 0,20                  |
| Sociaal netwerk                                      | 0,18               | 0,06                  |
| Stresserende omstandigheden                          | 0,32               | 0,33                  |

#### 4.2 Behandeleffect gemeten met internaliserend en externaliserend probleemgedrag

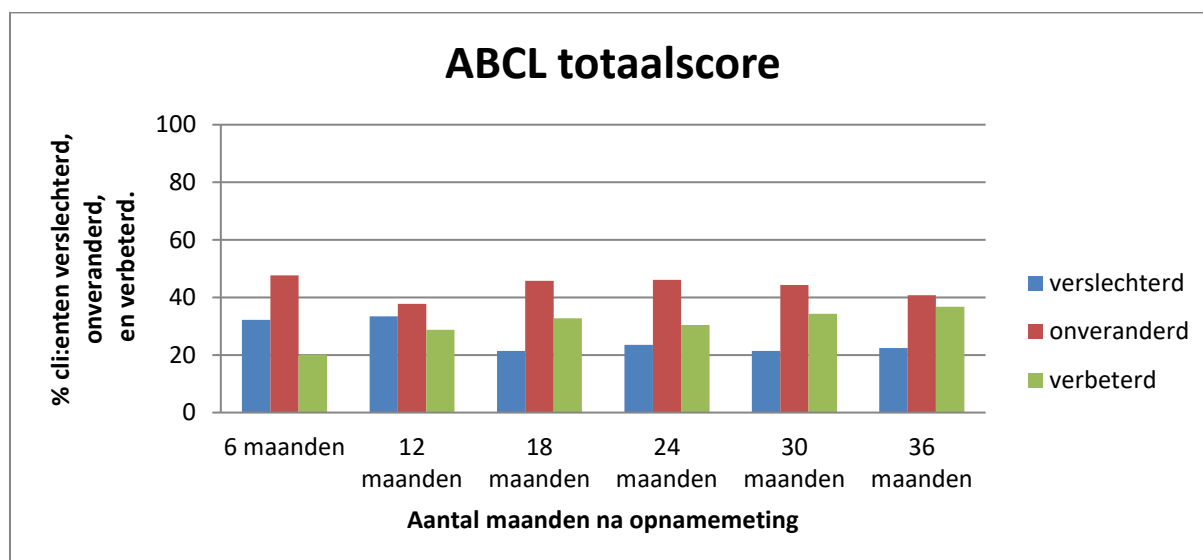
De ABCL om internaliserend en externaliserend probleemgedrag te meten wordt ingevuld door de groepsleiding van de cliënt. Uit de effectgrootte in tabel 11 blijkt dat er in de eerste zes maanden sprake is van een verslechtering met een klein effect. Pas na 30 maanden is er sprake van een verbetering met een klein effect ten opzichte van de opnamemeting.

De reliable change van de ABCL is 18,64. Tabel 11 en figuur 7 laten op basis van de reliable change index zien dat de meeste cliënten onveranderd blijven. Ondanks de negatieve effectgrootte verbetert 20% in de eerste zes maanden. Echter verslechtert met de ABCL ook een hoog percentage van 32%. Na 18 maanden zakt het percentage verslechterde cliënten naar 21%, maar wordt daarna niet lager.

Tabel 11: Behandeleffect ABCL

|            | N   | Cohen's d | Verslechterd (%) | Onveranderd (%) | Verbeterd (%) |
|------------|-----|-----------|------------------|-----------------|---------------|
| 6 maanden  | 463 | -0,20     | 32,2             | 47,7            | 20,1          |
| 12 maanden | 299 | 0,07      | 33,4             | 37,8            | 28,8          |
| 18 maanden | 168 | 0,12      | 21,4             | 45,8            | 32,8          |
| 24 maanden | 115 | 0,12      | 23,5             | 46,1            | 30,4          |
| 30 maanden | 70  | 0,25      | 21,4             | 44,3            | 34,3          |
| 36 maanden | 49  | 0,31      | 22,4             | 40,8            | 36,8          |

Figuur 7: Behandeleffect met behulp van reliable change score gemeten met de ABCL totaalscore



Zoals te zien in tabel 12 is ook per subschaal van de ABCL pas vanaf 24 maanden bij een aantal subschalen sprake van een klein effect: *Internaliserend probleemgedrag*, *Angst* en *Agressief gedrag*. Na 30 maanden is bij vijf subschalen sprake van een klein effect: *Externaliserend probleemgedrag*, *Internaliserend probleemgedrag*, *Angst*, *Aandachtsproblemen* en *Agressief gedrag*.

Tabel 12: Behandeleffect (Cohen's d) subschalen ABCL

|                                | 6 maanden | 12 maanden | 18 maanden | 24 maanden | 30 maanden | 36 maanden |
|--------------------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                                | n=463     | n=299      | n=168      | n=115      | n=70       | n=49       |
| Externaliserend probleemgedrag | -0,19     | 0,08       | 0,09       | 0,07       | 0,23       | 0,21       |
| Internaliserend probleemgedrag | -0,15     | 0,01       | 0,14       | 0,23       | 0,22       | 0,36       |
| Angst                          | 0,12      | 0,00       | 0,15       | 0,20       | 0,23       | 0,38       |
| Teruggetrokken                 | -0,14     | 0,07       | 0,03       | 0,17       | 0,11       | 0,24       |
| Lichamelijke problemen         | 0,08      | 0,04       | 0,14       | 0,15       | 0,14       | 0,23       |
| Denkproblemen                  | 0,04      | 0,10       | 0,20       | 0,16       | 0,12       | 0,17       |
| Aandachtsproblemen             | -0,19     | 0,14       | 0,05       | 0,01       | 0,34       | 0,37       |
| Agressief gedrag               | -0,13     | 0,02       | 0,11       | 0,20       | 0,36       | 0,29       |
| Regelovertrekend gedrag        | -0,24     | 0,14       | 0,03       | 0,05       | 0,07       | 0,08       |
| Intrusief                      | 0,05      | 0,01       | 0,11       | 0,02       | 0,16       | 0,15       |

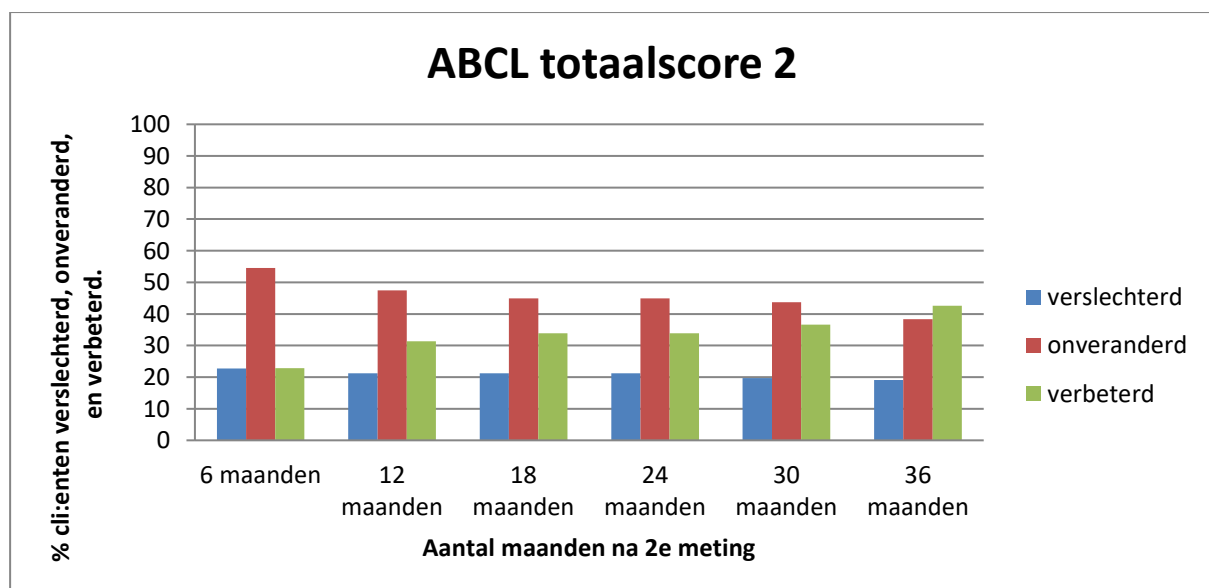
Het is mogelijk dat cliënten in het begin van de behandeling minder probleemgedrag vertonen. Pas als de cliënt wat meer gewend is aan de nieuwe omgeving (na de zogenaamde 'wittebroodsweken') wordt de volledige omvang van het probleemgedrag zichtbaar. De eerste meting is dan een onderrapportage. Daarom is het behandel-effect vanaf het tweede meetmoment ook bekeken. In tabel 13 is te zien dat er na 18 maanden sprake is van een klein effect ten opzichte van het tweede meetmoment (9 maanden na opname). Wanneer meetmoment 2 gezien wordt als de beste vergelijkingsmeting, dan wordt dus 27 maanden na opname een klein effect gevonden. Dit is eerder dan wanneer meetmoment 1 gezien wordt als de vergelijkingsmeting, waarbij 33 maanden na opname een klein effect wordt gevonden.

Gemeten met de reliable change index (zie tabel 13 en figuur 8) is het percentage onveranderde cliënten het grootst als vanaf meetmoment 2 wordt gekeken. Het percentage verbeterde cliënten groeit naarmate de duur van de behandeling, waarbij na 18 maanden (27 maanden na opname) één derde van de cliënten is verbeterd. Het percentage verslechterde cliënten blijft onder een kwart, en verminderd naarmate de duur van de behandeling.

Tabel 13: Behandel-effect ABCL vanaf meetmoment 2

|            | N   | Cohen's d | Verslechterd (%) | Onveranderd (%) | Verbeterd (%) |
|------------|-----|-----------|------------------|-----------------|---------------|
| 6 maanden  | 321 | 0,002     | 22,7             | 54,5            | 22,8          |
| 12 maanden | 179 | 0,15      | 21,2             | 47,5            | 31,3          |
| 18 maanden | 118 | 0,22      | 21,2             | 44,9            | 33,9          |
| 24 maanden | 71  | 0,27      | 21,2             | 44,9            | 33,9          |
| 30 maanden | 47  | 0,39      | 19,7             | 43,7            | 36,6          |

Figuur 8: Behandel-effect met behulp van reliable change score gemeten met de ABCL totaalscore vanaf meetmoment 2



Tabel 14 laat per subschaal van de ABCL het behandel-effect zien vanaf meetmoment 2. Op de subschaal *Angst* is het behandel-effect met een klein effect het eerst zichtbaar: 12 maanden na de tweede meting. Daarna is er een klein effect op *Internaliserend probleemgedrag* 18 maanden na de tweede meting.

De subschalen *Externaliserend probleemgedrag*, *Internaliserend probleemgedrag*, *Angst*, *Aandachtsproblemen* en *Agressief gedrag* laten weer een klein effect zien op 24 maanden na meetmoment 2, wat overeenkomt met 30 maanden na meetmoment 1.

Al met al wordt verbetering later en minder sterk gezien met de ABCL dan met de DROS. Dit kan te maken hebben met verschillen in de beoordelaarsgroep. De DROS wordt door behandelaren ingevuld, terwijl de ABCL door groepsleiding wordt ingevuld. Ook is de ABCL meer gericht op gedrag, terwijl de DROS ook gericht is op cognities. De belangrijkste reden lijkt echter te zijn dat probleemgedrag bij de ABCL beoordeeld wordt door middel van een drie puntschaal, wat minder sensitief is voor verandering dan de DROS, waarbij gebruik wordt gemaakt van een vijf puntschaal.

Tabel 14: Behandel-effect (Cohen's d) subschalen ABCL vanaf meetmoment 2

|                                | 6 maanden<br>n=321 | 12 maanden<br>n=179 | 18 maanden<br>n=118 | 24 maanden<br>n=71 | 30 maanden<br>n=47 |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Externaliserend probleemgedrag | 0,02               | 0,08                | 0,12                | 0,24               | 0,35               |
| Internaliserend probleemgedrag | 0,05               | 0,19                | 0,31                | 0,28               | 0,49               |
| Angst                          | 0,09               | 0,27                | 0,30                | 0,34               | 0,55               |
| Teruggetrokken                 | 0,05               | 0,03                | 0,19                | 0,15               | 0,29               |
| Lichamelijke problemen         | 0,03               | 0,05                | 0,19                | 0,11               | 0,27               |
| Denkproblemen                  | 0,06               | 0,16                | 0,23                | 0,11               | 0,25               |
| Aandachtsproblemen             | 0,04               | 0,08                | 0,04                | 0,29               | 0,24               |
| Agressief gedrag               | 0,02               | 0,11                | 0,16                | 0,31               | 0,34               |
| Regelovertrekend gedrag        | 0,08               | 0,02                | 0,08                | 0,14               | 0,24               |
| Intrusief                      | 0,02               | 0,09                | 0,05                | 0,15               | 0,34               |

## H5. Behandeleffect voor verschillende cliëntengroepen

### 5.1 Inleiding

Verschillende cliëntengroepen kunnen anders reageren op de behandeling. In dit hoofdstuk zullen de behandeleffecten van groepen cliënten met verschillende kenmerken worden vergeleken. De behandeleffecten worden alle met de DROS gemeten. Allereerst wordt onderscheid gemaakt in algemene gegevens (leeftijd, IQ en juridische status). Vervolgens wordt onderscheid gemaakt in probleemgedrag als aanleiding voor opname (agressief gedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag en overig antisociaal gedrag). Ten slotte wordt een vergelijking gemaakt op psychopathologie.

### 5.2 Algemene gegevens

Op basis van de behandeleffecten gemeten per subgroep blijkt dat cliënten onder de 30 jaar eerder in de behandeling een klein behandeleffect halen ten opzichte van cliënten ouder dan 30 jaar. Cliënten met een LVB behalen ook eerder een klein effect dan cliënten met zwakbegaafdheid. SGLVG of SGLVG+ cliënten behalen op hetzelfde moment een klein effect. Echter wordt het behandeleffect voor SGLVG cliënten na 18 maanden een middelgroot effect, terwijl dit voor SGLVG+ cliënten een klein effect blijft. Zie tabel 15 voor de behandeleffecten per subgroep van algemene gegevens.

Tabel 15: Behandeleffect gemeten met de DROS apart voor verschillende subgroepen

|              | n                        | m (sd)      | Cohen's d | n                              | m (sd)      | Cohen's d |
|--------------|--------------------------|-------------|-----------|--------------------------------|-------------|-----------|
|              | <b>30 jaar of jonger</b> |             |           | <b>31 jaar of ouder</b>        |             |           |
| Opnamemeting | 57                       | 3,20 (0,63) |           | 85                             | 3,45 (0,55) |           |
| 6 maanden    | 57                       | 3,42 (0,63) | 0,42      | 85                             | 3,50 (0,50) | 0,11      |
| 12 maanden   | 33                       | 3,17 (0,72) | 0,32      | 48                             | 3,54 (0,56) | 0,27      |
| 18 maanden   | 24                       | 3,31 (0,61) | 0,57      | 34                             | 3,55 (0,50) | 0,25      |
|              | <b>LVB<sup>1</sup></b>   |             |           | <b>Zwakbegaafd<sup>1</sup></b> |             |           |
| Opnamemeting | 50                       | 3,35 (0,62) |           | 37                             | 3,24 (0,57) |           |
| 6 maanden    | 50                       | 3,45 (0,53) | 0,20      | 37                             | 3,37 (0,53) | 0,22      |
| 12 maanden   | 31                       | 3,51 (0,71) | 0,43      | 26                             | 3,34 (0,59) | 0,34      |
| 18 maanden   | 20                       | 3,49 (0,63) | 0,65      | 24                             | 3,46 (0,49) | 0,49      |
|              | <b>SGLVG</b>             |             |           | <b>SGLVG+</b>                  |             |           |
| Opnamemeting | 42                       | 3,08 (0,58) |           | 102                            | 3,44 (0,58) |           |
| 6 maanden    | 42                       | 3,23 (0,59) | 0,34      | 102                            | 3,55 (0,54) | 0,22      |
| 12 maanden   | 38                       | 3,25 (0,76) | 0,29      | 45                             | 3,48 (0,54) | 0,33      |
| 18 maanden   | 28                       | 3,36 (0,57) | 0,61      | 31                             | 3,50 (0,57) | 0,20      |

<sup>1</sup> LVB: IQ tussen de 50 en 69; zwakbegaafdheid: IQ tussen de 70 en 84.

### 5.3 Probleemgedrag aanleiding opname

Aggressie komt relatief het vaakst voor als aanleiding voor opname. In tabel 16 is te zien dat binnen 6 maanden al een klein effect wordt gevonden voor deze groep op zowel de DROS totaalscore als op de DROS subschaal *Copingvaardigheden*. Na 12 en 18 maanden blijft het behandeleffect klein.

Tabel 16: Behandeleffect gemeten met de DROS totaalscore en subschaal *Copingvaardigheden* voor cliëntgroep met agressie als aanleiding tot opname

|                                                 | n  | m (sd)      | Cohen's d |
|-------------------------------------------------|----|-------------|-----------|
| <b>DROS totaalscore</b>                         |    |             |           |
| Opnamemeting                                    | 80 | 3,31 (0,62) |           |
| 6 maanden                                       | 80 | 3,43 (0,60) | 0,23      |
| 12 maanden                                      | 46 | 3,28 (0,67) | 0,25      |
| 18 maanden                                      | 33 | 3,34 (0,55) | 0,31      |
| <b>DROS subschaal <i>Copingvaardigheden</i></b> |    |             |           |
| Opnamemeting                                    | 80 | 2,48 (0,78) |           |
| 6 maanden                                       | 80 | 2,72 (0,78) | 0,27      |
| 12 maanden                                      | 46 | 2,59 (0,75) | 0,38      |
| 18 maanden                                      | 33 | 2,64 (0,72) | 0,37      |

Seksueel grensoverschrijdend gedrag als aanleiding voor opname waar ook gegevens over het behandeleffect was, kwam het minst voor. De resultaten van de behandeleffecten worden in tabel 17 gepresenteerd. De effecten zijn klein tot groot voor de DROS totaalscore en verwaarloosbaar tot klein voor de subschaal *Seksuele cognities en grensoverschrijdend gedrag*, echter door het kleine aantal cliënten waarover gegevens konden worden gepresenteerd kunnen hier geen betrouwbare conclusies uit worden getrokken.

Tabel 17: Behandeleffect gemeten met de DROS totaalscore en subschaal *Seksuele cognities en grensoverschrijdend gedrag* voor cliëntgroep met seksueel grensoverschrijdend gedrag als aanleiding tot opname<sup>1</sup>

|                                                                               | n  | m (sd)      | Cohen's d |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|-----------|
| <b>DROS totaalscore</b>                                                       |    |             |           |
| Opnamemeting                                                                  | 13 | 3,42 (0,64) |           |
| 6 maanden                                                                     | 13 | 3,63 (0,61) | 0,47      |
| 12 maanden                                                                    | 13 | 3,51 (0,45) | 0,38      |
| 18 maanden                                                                    | 11 | 3,57 (0,54) | 0,78      |
| <b>DROS subschaal <i>Seksuele cognities en grensoverschrijdend gedrag</i></b> |    |             |           |
| Opnamemeting                                                                  | 13 | 3,71 (0,95) |           |
| 6 maanden                                                                     | 13 | 4,03 (1,27) | 0,28      |
| 12 maanden                                                                    | 13 | 3,90 (0,66) | 0,18      |
| 18 maanden                                                                    | 11 | 3,76 (1,07) | 0,21      |

<sup>1</sup> Vanwege de kleine aantallen cliënten die zijn opgenomen vanwege seksueel grensoverschrijdend gedrag, kunnen hier geen betrouwbare conclusies uit worden getrokken

Overig antisociaal gedrag, zoals vernieling, diefstal zonder geweld en brandstichting, is ook relatief vaak aanleiding voor opname. Zoals te zien in tabel 18 blijkt uit de resultaten een klein effect na 12 maanden op de DROS totaalscore.

Tabel 18: Behandeleffect gemeten met de DROS totaalscore voor cliëntgroep met overig antisociaal gedrag als aanleiding tot opname

|              | n  | m (sd)      | Cohen's d |
|--------------|----|-------------|-----------|
| Opnamemeting | 77 | 3,32 (0,57) |           |
| 6 maanden    | 77 | 3,41 (0,51) | 0,17      |
| 12 maanden   | 38 | 3,27 (0,62) | 0,22      |
| 18 maanden   | 25 | 3,41 (0,49) | 0,46      |

## 5.4 Psychopathologie

Een verslaving is de meest voorkomende stoornis in onze cliëntendoelgroep. Tabel 19 laat de behandeleffecten zien van cliënten met een verslaving op de DROS totaalscore en de DROS subschaal *Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken*. Voor de DROS totaalscore is er sprake van een klein effect na 12 maanden. Voor de DROS subschaal *Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken* is er na 18 maanden sprake van een klein effect.

Tabel 19: Behandeleffect gemeten met de DROS totaalscore en subschaal *Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken* voor cliëntgroep met een stoornis in het gebruik van middelen

|                                                                                  | n  | m (sd)      | Cohen's d |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|-----------|
| <b>DROS totaalscore</b>                                                          |    |             |           |
| Opnamemeting                                                                     | 82 | 3,39 (0,57) |           |
| 6 maanden                                                                        | 82 | 3,47 (0,52) | 0,17      |
| 12 maanden                                                                       | 47 | 3,37 (0,65) | 0,24      |
| 18 maanden                                                                       | 39 | 3,45 (0,55) | 0,29      |
| 24 maanden                                                                       | 23 | 3,46 (0,53) | 0,36      |
| <b>DROS subschaal <i>Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken</i></b> |    |             |           |
| Opnamemeting                                                                     | 82 | 3,04 (0,94) |           |
| 6 maanden                                                                        | 82 | 3,13 (0,94) | 0,10      |
| 12 maanden                                                                       | 47 | 3,18 (1,04) | 0,13      |
| 18 maanden                                                                       | 39 | 3,37 (1,17) | 0,24      |
| 24 maanden                                                                       | 23 | 3,59 (0,96) | 0,39      |

Tabel 20 laat de behandeleffecten zien van cliënten met een psychotische stoornis. Op de DROS totaalscore is na 6 maanden sprake van een klein effect, en na 12 maanden van een middelgroot effect. Op de DROS subschaal *Psychotische symptomen* is na 6 maanden ook sprake van een klein effect, waarna het effect bij 12 maanden verwaarloosbaar is. Mogelijk stabiliseren cliënten met psychotische symptomen in het begin van de behandeling meer vanwege aanpassingen in medicatie en/of door de structuur op de afdeling.

Tabel 20: Behandeleffect gemeten met de DROS totaalscore en subschaal *Psychotische symptomen* voor cliëntgroep met een psychotische stoornis

|                                                     | n  | m (sd)      | Cohen's d |
|-----------------------------------------------------|----|-------------|-----------|
| <b>DROS totaalscore</b>                             |    |             |           |
| Opnamemeting                                        | 36 | 3,07 (0,59) |           |
| 6 maanden                                           | 36 | 3,25 (0,51) | 0,36      |
| 12 maanden                                          | 28 | 3,28 (0,66) | 0,51      |
| <b>DROS subschaal <i>Psychotische symptomen</i></b> |    |             |           |
| Opnamemeting                                        | 36 | 3,19 (1,03) |           |
| 6 maanden                                           | 36 | 3,46 (1,01) | 0,27      |
| 12 maanden                                          | 28 | 3,31 (0,97) | 0,12      |

Zoals te zien in tabel 21 is het behandeleffect voor de cliëntgroep met een persoonlijkheidsstoornis na 6 maanden klein. Na 12 maanden is het behandeleffect bijna middelgroot.

Tabel 21: Behandeleffect gemeten met de DROS totaalscore voor cliëntgroep met een persoonlijkheidsstoornis

|              | n  | m (sd)      | Cohen's d |
|--------------|----|-------------|-----------|
| Opnamemeting | 35 | 3,33 (0,65) |           |
| 6 maanden    | 35 | 3,55 (0,53) | 0,45      |
| 12 maanden   | 27 | 3,46 (0,64) | 0,49      |

## H6. Afgeronde behandelingen

### 6.1 Inleiding

Van de 1064 cliënten in de onderzoeksgroep is 827 uitgeplaatst (78%). In dit hoofdstuk worden algemene gegevens besproken, de gemiddelde behandelduur en de behandel-effecten voor korte, middellange en lange behandelingen.

### 6.2 Algemene gegevens

Bij meer dan de helft van de cliënten (58,8%) is de behandeling beëindigd met wederzijdse instemming van zowel behandelaar als cliënt (zie tabel 22). In totaal zijn 8,6% van de afgeronde behandelingen eenzijdig door de cliënt beëindigd, terwijl 5,3% van de behandeling zijn beëindigd door de hulpverlener. Bij 11,7% van de behandelingen was er sprake van een beëindiging van de maatregel (bv. RM of TBS) en bij 4,7% was er sprake van een beëindiging van de behandeling vanwege een overplaatsing naar een andere instelling. Voor 0,9% is de behandeling beëindigd vanwege een onttrekking of ontvluchting van de cliënt. Dit percentage kan hoger liggen doordat dit mogelijk is gecategoriseerd als eenzijdig afgebroken door cliënt.

Tabel 22: Reden van uitschrijving (n = 752)

|                                                                                | N   | %    |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| Met wederzijdse instemming van zowel de instelling als de cliënt               | 442 | 58,8 |
| Eenzijdig afgebroken door cliënt                                               | 65  | 8,6  |
| Eenzijdig afgebroken door hulpverlener                                         | 40  | 5,3  |
| Beëindiging maatregel (bv. RM of TBS)                                          | 88  | 11,7 |
| Overplaatsing naar andere instelling                                           | 35  | 4,7  |
| Overlijden anders dan suïcide                                                  | 3   | 0,4  |
| Cliënt is de behandelkliniek ontvlucht of heeft zich onttrokken tijdens verlof | 7   | 0,9  |
| Verhuizing cliënt (en valt nu onder een andere regio)                          | 6   | 0,8  |
| Anders                                                                         | 66  | 8,8  |

De woonsituatie na de behandeling is voor grootste deel (65,3%) van de cliënten onbekend. Van de cliënten van wie de woonsituatie wel bekend is (n = 227) is bijna 20% opgenomen in een wooninstelling voor SGLVG zorg. 18% is na behandeling opgenomen in een forensische instelling. Zie tabel 23 voor de overige woonsituaties.

Tabel 23: Woonsituatie bij uitschrijving (n=227)

|                                                                            | N  | %    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Zelfstandig wonend, alleen of met partner en/of kinderen                   | 11 | 4,8  |
| Inwonend bij anderen (o.a. ouderlijk huis)                                 | 22 | 9,7  |
| Begeleide of beschermde woonvorm                                           | 37 | 16,3 |
| SGLVG behandelinstelling                                                   | 17 | 7,4  |
| SGLVG woonzorg                                                             | 45 | 19,8 |
| Forensische / justitiële instelling (bijv. TBS kliniek, Huis van Bewaring) | 41 | 18,1 |
| Crisiscentrum / opvangcentrum / zonder vaste woon of verblijfplaats        | 12 | 5,3  |
| Overig institutionele zorg                                                 | 36 | 15,9 |
| Anders                                                                     | 6  | 2,6  |

Van de meesten is onbekend wat zij krijgen aan hulpverlening bij uitschrijving (73,7%). Van de overige cliënten (n = 191) is slechts bij een klein percentage (4,2%) geen hulpverlening betrokken. De meesten (37,7%) ontvangen hulpverlening in een wooninstelling. Zie tabel 24 voor de overige vormen van hulpverlening bij uitschrijving.

Tabel 24: Hulpverlening bij uitschrijving (n = 191)

|                    | N  | %    |
|--------------------|----|------|
| Geen               | 8  | 4,2  |
| Behandelinstelling | 45 | 23,6 |
| Wooninstelling     | 72 | 37,7 |
| Reclassering       | 26 | 13,6 |
| Ambulante zorg     | 22 | 11,5 |
| Anders             | 18 | 9,4  |

### Risicofactoren bij uitschrijving

Een kwart van de cliënten (24,7%) scoort op geen enkel risicofactor onder de 3 bij de laatste meting voor uitplaatsing. De risicofactor *Copingvaardigheden* wordt door de meeste cliënten (47,1%) nog problematisch gescoord, gevolgd door *Probleembesef/probleeminzicht* (45,9%). Zie tabel 25 voor de overige risicofactoren.

Tabel 25: Risicofactoren DROS bij eindmeting (n = 170)

|                                                      | N* | %    |
|------------------------------------------------------|----|------|
| Probleembesef/probleeminzicht                        | 78 | 45,9 |
| Attitude tegenover de huidige behandeling            | 39 | 22,9 |
| Ideeën en verwachtingen over situatie na behandeling | 40 | 23,5 |
| Medewerking aan de behandeling                       | 58 | 34,1 |
| Criminogene attitude                                 | 40 | 23,5 |
| Copingvaardigheden                                   | 80 | 47,1 |
| Vijandigheid                                         | 28 | 16,5 |
| Seksgerelateerde cognities                           | 8  | 4,7  |
| Impulsiviteit                                        | 40 | 23,5 |
| In stand houden van prosociale structuren            | 41 | 24,1 |
| Zelfredzaamheid: zelfzorg                            | 35 | 20,6 |
| Zelfredzaamheid: functionele schoolse vaardigheden   | 23 | 13,5 |
| Sociale vaardigheden en gedrag                       | 39 | 22,9 |
| Verslaving, middelengebruik en gokken                | 55 | 32,4 |
| Psychotische symptomen                               | 13 | 7,6  |

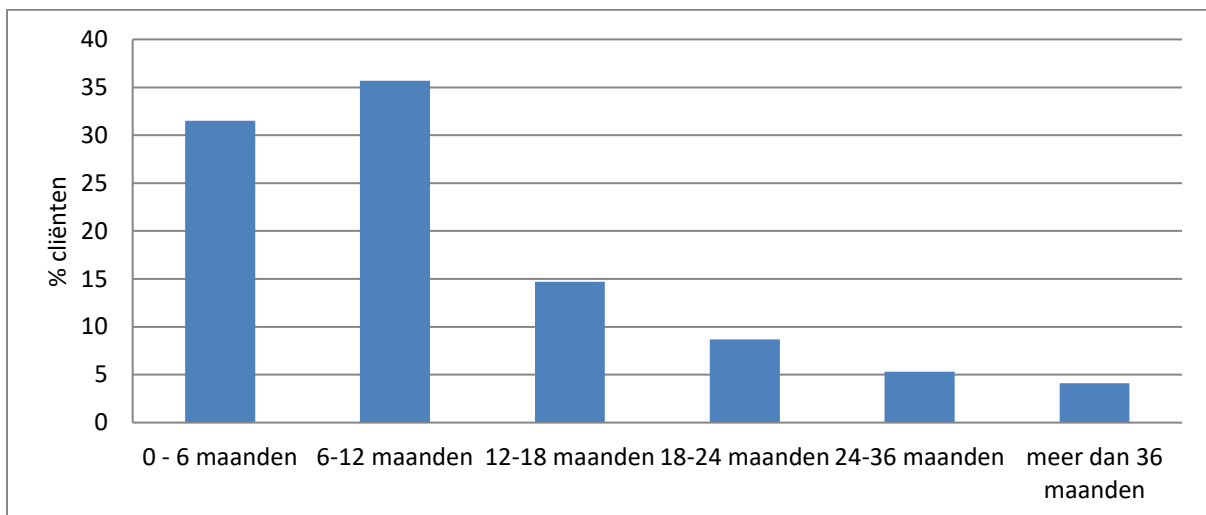
\* Aantal cliënten met een gemiddelde schaalscore onder de 3.

### 6.3 Behandelduur

De gemiddelde behandelduur was 11 maanden (sd = 10,5) en liep van 0 tot 64 maanden (5 jaar en 4 maanden). De meeste cliënten (36%) hadden een behandelduur van 6-12 maanden, gevolgd door een gemiddelde behandelduur van 0-6 maanden voor 32% van de cliënten. Zie verder figuur 9.

21% was korter dan 3 maanden opgenomen. Zij zijn daardoor niet in behandeling gekomen en zijn dus ook niet meegenomen in de analyses naar behandel-effecten. 60% van de cliënten die minder dan 3 maanden in zorg waren, was strafrechtelijk opgenomen, de overige 40% civielrechtelijk.

**Figuur 9:** Percentage cliënten en behandelduur in categorieën (n = 655)



Tabel 26 geeft de behandelduur weer voor verschillende cliëntengroepen. De behandelduur is significant langer bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen dan bij cliënten met een civiel- of strafrechtelijk maatregel ( $F(2,653) = 13.59, p < 0.01$ ). De behandelduur is ook significant langer voor vrouwelijke cliënten dan voor mannelijke cliënten ( $t(df=650) = -2.55, p = 0.01$ ).

Leeftijd is niet gerelateerd aan de behandelduur ( $r = 0.02, p = 0.65$ ). Ook is er geen verschil in behandelduur tussen cliënten met een LVB en zwakbegaafdheid ( $t(df=157) = -0.64, p = 0.52$ ). De behandelduur is significant langer bij Trajectum dan bij de andere instellingen ( $F(3,651) = 48.73, p < 0.01$ ).

Tabel 26: Behandelduur (in maanden) van afgeronde behandelingen per juridische status, geslacht en instelling

|                          | N   | M     | SD    | Minimum | Maximum |
|--------------------------|-----|-------|-------|---------|---------|
| <b>Juridische status</b> |     |       |       |         |         |
| Vrijwillig               | 26  | 21,68 | 16,00 | 3,06    | 64,33   |
| Civielrechtelijk         | 269 | 11,11 | 10,91 | 0,03    | 64,10   |
| Strafrechtelijk          | 359 | 10,87 | 9,22  | 0,16    | 60,45   |
| <b>Geslacht</b>          |     |       |       |         |         |
| Mannen                   | 557 | 10,89 | 9,81  | 0,10    | 64,10   |
| Vrouwen                  | 95  | 13,81 | 12,77 | 0,03    | 64,33   |
| <b>Instelling</b>        |     |       |       |         |         |
| Trajectum                | 140 | 19,81 | 13,18 | 2,66    | 64,10   |
| Ipse de Bruggen          | 90  | 11,05 | 10,54 | 0,53    | 64,33   |
| Stevig                   | 218 | 9,14  | 7,63  | 0,16    | 60,45   |
| Fivoor – Wier            | 207 | 8,19  | 7,60  | 0,03    | 54,83   |

Noot: Alleen cliënten opgenomen tussen 2013 en 2018 zijn meegenomen. Cliënten die voor 2013 zijn opgenomen en in de periode 2013-2018 uit zorg zijn gegaan, worden in dit overzicht niet meegenomen, wat betekent dat de gemiddelde en maximale behandelduur hoger kan liggen.

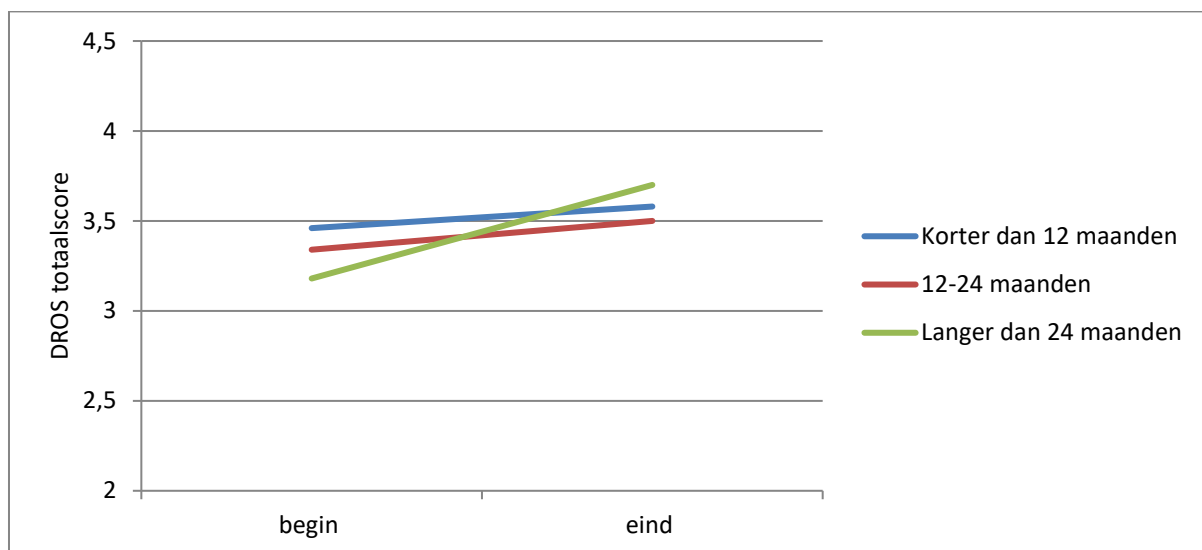
#### 6.4 Behandeleffect per behandelduur

De behandelduur van de cliënten die uit zorg zijn is opgedeeld in drie categorieën: korter dan 12 maanden, 12-24 maanden en langer dan 24 maanden. Zoals te zien in tabel 27 is het behandeleffect klein voor de cliënten die korter dan 12 maanden en tussen de 12 en 24 maanden in zorg waren, en middelgroot voor cliënten die langer dan 24 maanden in zorg waren.

Tabel 27: DROS meting begin en einde behandeling per categorie behandelduur

| Behandelduur          | N  | Beginscore DROS<br>M (sd) | Eindscore DROS<br>M (sd) | Cohen's d |
|-----------------------|----|---------------------------|--------------------------|-----------|
| Korter dan 12 maanden | 56 | 3,46 (0,61)               | 3,58 (0,55)              | 0,24      |
| 12-24 maanden         | 55 | 3,34 (0,48)               | 3,50 (0,61)              | 0,26      |
| Langer dan 24 maanden | 26 | 3,18 (0,77)               | 3,70 (0,62)              | 0,65      |

**Figuur 10:** Verschil in DROS totaalscore begin en eind van de behandeling per categorie behandelduur



Het verschil in begin- en eindscore op de DROS tussen de groepen met een verschillende behandelduur is significant ( $F(2, 134) = 4,12, p = 0,02$ ). Post hoc analyses laten zien dat het verschil in begin- en eindscore van cliënten die meer dan 24 maanden in zorg waren groter is dan het verschil in begin- en eindscore van cliënten die korter in zorg waren (zowel korter dan 12 maanden als 12-24 maanden).

De begin- en eindscore van de DROS, zoals te zien in tabel 27 en figuur 10, lijken voor de drie verschillende groepen te verschillen, waarbij de beginscore het laagst is voor cliënten met een behandeling van meer dan 24 maanden, en de eindscore voor deze groep het hoogst.

Het verschil in deze scores (dus zowel beginscore als eindscore) is echter niet significant ( $F(2, 134) = 2,06, p = 0,13$  voor de beginscore en  $F(2, 134) = 1,03, p = 0,36$  voor de eindscore).

De correlatie tussen behandelduur en het verschil in DROS totaalscore is positief en significant met een klein effect, dus we kunnen voorzichtig stellen dat hoe langer de behandeling duurt, hoe groter het verschil in DROS totaalscore aan het begin en het eind van de behandeling ( $r = 0,27, p = 0,001$ ).

### 6.5 Reden van uitschrijving per behandelduur

Er is gekeken naar de reden van uitschrijving verdeeld over de drie groepen van behandelduur (korter dan 12 maanden, 12-24 maanden, of langer dan 24 maanden). Vanwege de lage aantallen zijn de cijfers vooral ter illustratie (zie tabel 28).

Voor alle drie de groepen van behandelduur is de meest voorkomende reden van uitschrijving wederzijdse instemming van zowel instelling als cliënt. Bij de groep met een behandelduur onder de 12 maanden lijkt daarnaast eenzijdige afbreking door cliënt of hulpverlener een belangrijke reden tot uitschrijving. Afbreken door de cliënt wordt voornamelijk gedaan door cliënten met een strafrechtelijke maatregel (67%, tegenover 33% civielrechtelijk en 0% vrijwillig). Ook de beëindiging van de maatregel is een reden die vaak wordt aangegeven<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Bij Fivoor - Wier is dit geen reden van uitschrijving, omdat cliënten blijven op Wlz als de maatregel afloopt.

Bij de groepen met een behandelduur van 12-24 maanden of langer dan 24 maanden is echter overplaatsing naar een andere instelling een veelvoorkomende reden van uitschrijving naast de wederzijdse instemming. Beëindiging van de maatregel komt voor de groep met een behandelduur van 12-24 maanden ook relatief vaak voor.

Tabel 28: Reden van uitschrijving per behandelduur

| Behandelduur          | Wederzijdse instemming | Eenzijdig afgebroken (cliënt of hulpverlener) | Beëindiging maatregel | Overplaatsing andere instelling | Totaal       |
|-----------------------|------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------|
| Korter dan 12 maanden | 24<br>46,2%            | 16<br>30,8%                                   | 11<br>21,2%           | 1<br>1,9%                       | 52<br>100,0% |
| 12 -24 maanden        | 25<br>59,5%            | 4<br>9,5%                                     | 6<br>14,3%            | 7<br>16,7%                      | 42<br>100,0% |
| Langer dan 24 maanden | 8<br>53,3%             | 0<br>0,0%                                     | 1<br>6,7%             | 6<br>40,0%                      | 15<br>100,0% |

## H7. Vergelijking met effectmeting 2007-2012

---

### 7.1 Inleiding

In 2007 besloot het bestuur van De Borg om een groot onderzoek op te starten om het effect van de door de Borg-instellingen aangeboden behandelingen in kaart te brengen. Dit resulteerde in een effectmeting van de behandeling over de periode 2007-2012. In 2018 besloot het bestuur van De Borg om een nieuwe effectmeting te doen over de periode 2013-2018, met de gegevens die beschikbaar waren uit de Routine Outcome Monitoring (ROM) die was opgezet voor de eerste effectmeting.

In dit hoofdstuk volgt een vergelijking van het effectonderzoek van 2007-2012 met het huidige effectonderzoek over de periode 2013-2018.

### 7.2 Verschil in beschikbare data

Allereerst zijn er verschillen te zien in beschikbare data. Voor de effectmeting 2007-2012 is een onderzoeksopzet afgesproken onder de instellingen waar over de jaren heen op is gemonitord. Voor de huidige effectmeting is gebruik gemaakt van instrumenten die waren overgebleven. Zo heeft bijvoorbeeld Fivoor - Wier besloten om een ander instrument (HoNOS-12) dan de DROS te kiezen om de behandelvoortgang in kaart te brengen. Verder hebben een aantal instellingen vanwege de toegenomen registratiedruk in de periode 2013-2018 besloten te stoppen met de Modified Overt Aggression Scale (MOAS+), de Restrictiveness Evaluation Measure 16 (REM-16) en de Sociale redzaamheidschaal voor verstandelijk gehandicapten van hoger niveau (SRZ-P).

Ook de achtergrondinformatie over de doelgroep die voor de effectmeting 2007-2012 uit de basisregistratie kwam, is in de periode 2013-2018 bij een aantal instellingen stopgezet. Deze achtergrondinformatie was voor een deel ook beschikbaar in de elektronische patiëntendossiers, waardoor deze gegevens nog wel konden worden opgevraagd en waarover kon worden gerapporteerd.

### 7.3 Verschil in kenmerken van de doelgroep

Kenmerken van de doelgroep kunnen over de periodes verschillen. Verschillen in algemene achtergrondinformatie van de doelgroep zijn te zien in tabel 29. Zoals te zien is, zijn cliënten in de huidige effectmeting significant ouder wanneer ze in zorg komen dan cliënten opgenomen tussen 2007 en 2012 (34 vs. 28 jaar). Het gemiddelde IQ is significant lager in de huidige effectmeting vergeleken met de effectmeting van 2007-2012, echter is dit verschil in IQ score klein: 70 vs. 68,5. Ook het verschil in DROS totaalscore bij opname is significant maar klein, waarbij in de huidige effectmeting de totaalscore hoger is, en er dus sprake is van minder dynamische risicofactoren, dan in de effectmeting van 2007-2012 (nl. 3,3 vs. 3,1). Daarnaast is ook de behandelduur significant korter, van 2 jaar en 4 maanden naar nog geen jaar. Ook zijn er significant meer mannen in zorg in de huidige effectmeting dan in de vorige, maar dit verschil is slechts 4%. Ten slotte is de juridische status van de cliënten significant veranderd: het aantal cliënten met een strafrechtelijke titel is in de huidige effectmeting groter dan in de vorige. Dit komt door uitbreiding van de SGLVG+ afdelingen in de periode na de vorige effectmeting.

Tabel 29: Verschil in achtergrond informatie tussen effectmeting 2007-2012 en rapportage 2013-2018

|                                |                  | Effectmeting<br>2007-2012 | Effectmeting<br>2013-2018 | T (df)        | p       |
|--------------------------------|------------------|---------------------------|---------------------------|---------------|---------|
| Leeftijd                       |                  | 28 jaar                   | 34 jaar                   | 10,6 (1542)   | < 0,001 |
| IQ                             |                  | 70,2                      | 68,5                      | -2,2 (665)    | 0,03    |
| DROS totaalscore bij<br>opname |                  | 3,1                       | 3,3                       | 4,35 (657)    | < 0,001 |
| Behandelduur                   |                  | 28 maanden                | 11 maanden                | -16,4 (1120)  | < 0,001 |
|                                |                  |                           |                           | $\chi^2$ (df) | p       |
| Geslacht                       | Man              | 477 (80%)                 | 892 (84%)                 | 4,51 (1)      | 0,03    |
|                                | Vrouw            | 119 (20%)                 | 168 (16%)                 |               |         |
| Juridische<br>status           | Vrijwillig       | 189 (32%)                 | 43 (4%)                   | 245,7 (2)     | < 0,001 |
|                                | Civielrechtelijk | 142 (24%)                 | 375 (35%)                 |               |         |
|                                | Strafrechtelijk  | 260 (44%)                 | 644 (61%)                 |               |         |

Tabel 30 geeft de verschillen weer in probleemgedrag tussen de twee effectmetingen. De cliënten in de huidige effectmeting zijn minder opgenomen vanwege agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag dan de cliënten van de vorige effectmeting. Er is geen verschil in de overige probleemgedragingen als aanleiding voor opname. Ook is in deze tabel te zien dat cliënten in de huidige effectmeting vaker gediagnosticeerd zijn met een verslaving<sup>6</sup>, maar minder vaak met een gedragsstoornis of alleen LVB dan in de vorige effectmeting.

Tabel 30: Verschillen in probleemgedrag en psychopathologie tussen effectmeting 2007-2012 en 2013-2018

|                                     | Effectmeting<br>2007-2012 | Effectmeting<br>2013-2018 | $\chi^2$ (df) | p      |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------|--------|
| <b>Probleemgedrag</b>               |                           |                           |               |        |
| Agressie                            | 218 (57,2%)               | 371 (47,5%)               | 8,3 (1)       | < 0,01 |
| Seksueel grensoverschrijdend gedrag | 75 (19,7%)                | 79 (12,2%)                | 9,9 (1)       | < 0,01 |
| Brandstichting                      | 32 (8,4%)                 | 39 (6%)                   | 1,9 (1)       | 0,2    |
| Overig antisociaal gedrag           | 161 (44%)                 | 291 (38,3%)               | 1,2 (1)       | 0,3    |
| Internaliserend probleemgedrag      | 113 (29,3%)               | 97 (25,9%)                | 1,1 (1)       | 0,3    |
| <b>Psychopathologie</b>             |                           |                           |               |        |
| Verslaving                          | 219 (37%)                 | 522 (55,4%)               | 50,7 (1)      | < 0,01 |
| Persoonlijkheidsstoornis            | 193 (32%)                 | 290 (28,2%)               | 3,2 (1)       | 0,07   |
| Psychotische stoornis               | 130 (22%)                 | 189 (18,6%)               | 2,4 (1)       | 0,12   |
| Gedragsstoornis                     | 139 (23%)                 | 169 (16,7%)               | 10,7 (1)      | <0,01  |
| Stemmingsstoornis                   | 37 (6%)                   | 69 (6,8%)                 | 0,2 (1)       | 0,6    |
| PTSS                                | 31 (5%)                   | 50 (6,0%)                 | 0,4 (1)       | 0,5    |
| Parafilie                           | 19 (3%)                   | 27 (3,2%)                 | 0,0 (1)       | 0,98   |
| Alleen LVB                          | 143 (24%)                 | 9 (1,7%)                  | 123,1 (1)     | <0,01  |

<sup>6</sup> Een verslaving was bij Fivoor - Wier en Ipse de Bruggen in de effectmeting van 2007 – 2012 nog een contra-indicatie, wat de stijging zou kunnen verklaren.

## Risicofactoren DROS bij opnamemeting

De subschalen van de DROS *Probleembesef/probleeminzicht* en *Copingvaardigheden* waren zowel in de effectmeting 2007-2012 als in de huidige effectmeting de risicofactoren waar de meeste cliënten problematisch op scoren aan het begin van de behandeling. Zie tabel 31 voor een vergelijking van de risicofactoren.

Tabel 31: Risicofactoren DROS bij opnamemeting voor effectmeting 2007-2012 en 2013-2018

|                                                                 | Effectmeting<br>2007-2012 | Effectmeting<br>2013-2018 |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                                                                 | %                         | %                         |
| Probleembesef/probleeminzicht                                   | 74                        | 61,8                      |
| Attitude tegenover de huidige behandeling                       | 40                        | 32,4                      |
| Ideeën en verwachtingen over situatie na behandeling            | 58                        | 35,2                      |
| Medewerking aan de behandeling                                  | 47                        | 41,1                      |
| Criminogene attitude                                            | 38                        | 37,7                      |
| Copingvaardigheden                                              | 68                        | 68,6                      |
| Vijandigheid                                                    | 32                        | 31,9                      |
| Seksgerelateerde cognities                                      | 11                        | 8,7                       |
| Impulsiviteit                                                   | 30                        | 31,2                      |
| In stand houden van prosociale structuren                       | 34                        | 29,7                      |
| Zelfredzaamheid <sup>1</sup>                                    | 35                        |                           |
| Zelfredzaamheid: zelfzorg <sup>1</sup>                          |                           | 28,4                      |
| Zelfredzaamheid: functionele schoolse vaardigheden <sup>1</sup> |                           | 19,2                      |
| Sociale vaardigheden en gedrag                                  | 38                        | 30,9                      |
| Verslaving, middelengebruik en gokken                           | 34                        | 34,4                      |
| Psychotische symptomen                                          | 20                        | 12,0                      |

\* Aantal cliënten met een gemiddelde schaalscore onder de 3.

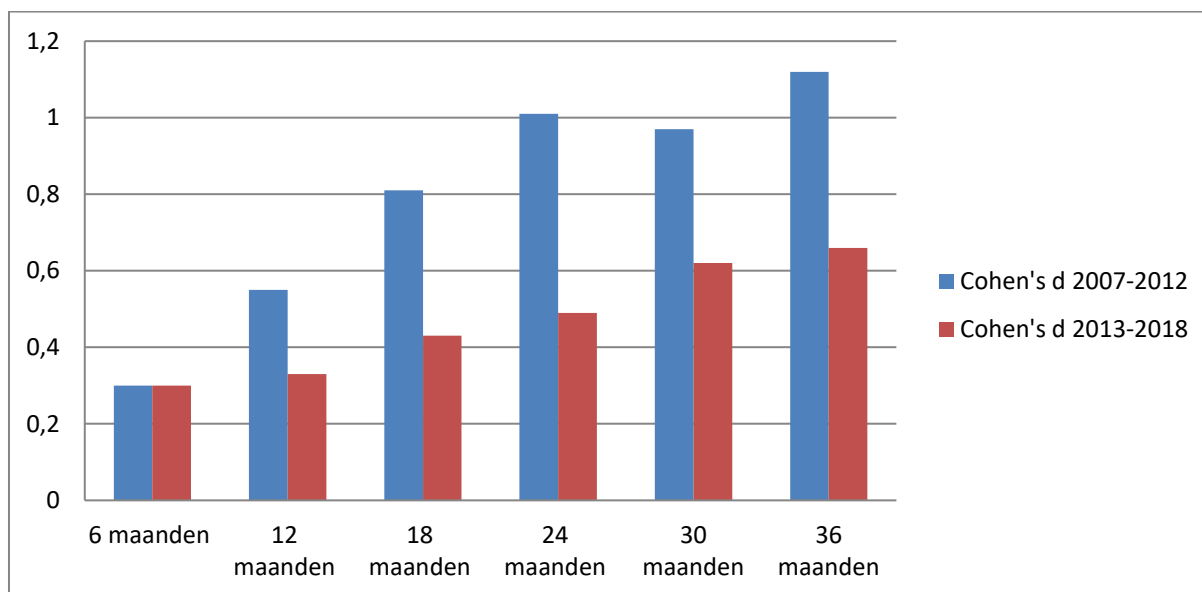
<sup>1</sup> In de versie van de DROS die in de periode 2007-2012 werd gebruikt, was de subschaal *Zelfredzaamheid* één subschaal. In de periode 2013-2018 werd een onderscheid gemaakt in *Zelfzorg* en *Functionele schoolse vaardigheden*.

## 7.4 Verschil in behandel-effecten

De behandel-effecten van zowel de DROS als de ABCL<sup>7</sup> zijn lager in de huidige effectmeting dan in de effectmeting van 2007-2012. Zoals ook te zien in figuur 11, beginnen de behandel-effecten van de DROS op hetzelfde niveau, maar stijgen in de huidige effectmeting minder snel dan de behandel-effecten van 2007-2012. In de effectmeting van 2007-2012 is het behandel-effect al na 12 maanden middelgroot te noemen, terwijl dit in de huidige effectmeting pas na 30 maanden het geval is. Daarnaast komt het behandel-effect in de huidige effectmeting nooit boven een groot effect uit, terwijl dit in de effectmeting van 2007-2012 na 18 maanden gebeurt.

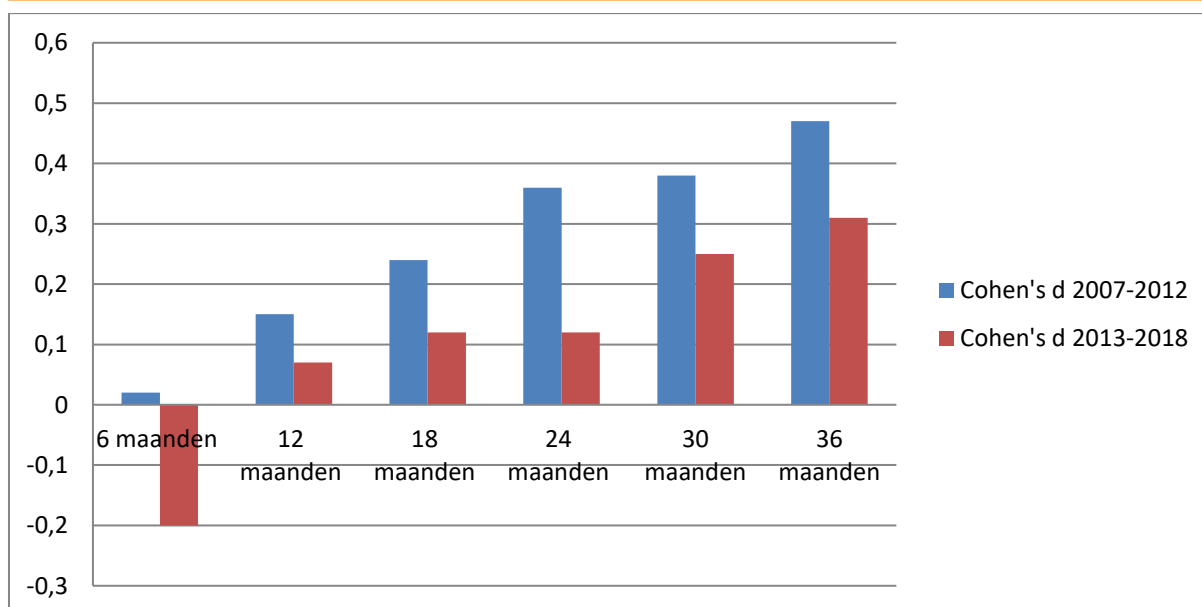
<sup>7</sup> Omdat in de effectmeting van 2007 – 2012 gebruik werd gemaakt van de HKT-30 en in de huidige effectmeting van de HKT-R, worden de behandel-effecten van deze meetinstrumenten niet met elkaar vergeleken.

**Figuur 11:** Verschil in behandel effecten (Cohen's d) op basis van de DROS totaalscore tussen de effectmeting periode 2007-2012 en 2013-2018



Zoals te zien in figuur 12 is het behandel effect gemeten met de ABCL in de eerste 6 maanden in de huidige effectmeting negatief, terwijl dit in de effectmeting 2007-2012 verwaarloosbaar klein maar positief was. Pas na 30 maanden is er in de huidige effectmeting sprake van een klein effect, terwijl dit in de effectmeting van 2007-2012 na 18 maanden het geval is.

**Figuur 12:** Verschil in behandel effecten (Cohen's d) op basis van de ABCL totaalscore tussen de effectmeting periode 2007-2012 en 2013-2018



Er zijn verschillende verklaringen te geven voor deze verschillen in behandel effect tussen de periode 2007 – 2012 en 2013 – 2018. Mogelijke verklaringen die we in de data kunnen zien liggen in de behandelde cliëntengroep zelf.

In het begin van dit hoofdstuk zijn een aantal kenmerken van de doelgroep beschreven welke verschillen tussen de doelgroep in de huidige effectmeting en de doelgroep in de effectmeting van 2007-2012: Oudere leeftijd, lager IQ, meer verslavingsproblematiek, minder aanwezigheid van dynamische risicofactoren en een strafrechtelijke titel. In hoofdstuk 5 is laten zien dat cliënten met deze kenmerken een kleiner behandel-effect behalen dan cliënten die deze kenmerken niet hebben. Dit zou betekenen dat de doelgroep in de huidige rapportage zwaarder is om te behandelen dan in de effectmeting van 2007-2012.

De aanwezigheid van meer cliënten met een strafrechtelijke titel komt door verandering van beleid van de Borg-instellingen. In de periode 2013-2018 zijn er meer teams bijgekomen die behandelingen bieden aan deze cliënten. Een andere belangrijke verandering in beleid is de ambulantisering. Er wordt binnen een aantal Borg-instellingen meer ambulant behandeld, en pas als dit niet het gewenste resultaat oplevert, wordt overgestapt naar een klinische behandeling, waardoor de (klinische) doelgroep wat betreft problematiek zwaarder is dan in de periode 2007-2012, zoals te zien aan de verschillen in kenmerken die zijn aangetoond aan het begin van dit hoofdstuk. Daarnaast kan de kortere behandelduur in de huidige rapportage betekenen dat cliënten eerder uit zorg gaan dan de cliënten uit de vorige rapportage, en dat ze niet meer bijdragen aan het behandel-effect. Dit is een positieve ontwikkeling: voor de kwaliteit van leven van cliënten is het beter als ze kunnen doorstromen naar een andere, lichtere vorm van zorg. Het is echter onduidelijk of dit het geval is geweest. Gekeken naar de woonsituatie bij uitschrijving (zie hoofdstuk 6) gaan de meeste cliënten van wie dit bekend is naar een SGLVG woonzorg, een andere begeleide of beschermde woonzorg, of naar overige institutionele zorg. Echter gaat ook een groot percentage naar een forensische of justitiële instelling, wat kan betekenen dat zij bijvoorbeeld voorwaarden hebben geschonden.

Op basis van probleemgedrag en psychopathologie zijn de verschillen tussen de effectmeting van 2007-2012 en 2013-2018 tegenstrijdig. Cliënten zijn in de huidige rapportage minder vaak opgenomen vanwege agressie of seksueel grensoverschrijdende problematiek dan in de vorige effectmeting. Ook is er minder sprake van een gedragsstoornis, wat zou kunnen wijzen op een lichtere behandelgroep. Daarentegen is er wel vaker sprake van een verslaving en komen cliënten enkel gediagnosticeerd met een LVB bijna niet meer voor, terwijl dit in de vorige effectmeting bij bijna een kwart van de cliënten het geval was. Daarnaast is er meer sprake van comorbiditeit, wat zou kunnen wijzen op een zwaardere behandelgroep. Een zwaardere diagnose zou effect kunnen hebben op de behandel-effectiviteit. Voorzichtigheid bij de interpretatie van deze gegevens is belangrijk: in de vorige effectmeting werd deze informatie door behandelaren bijgehouden ten behoeve van het onderzoek. In de huidige effectmeting is deze informatie waar mogelijk uit de elektronische patiënten dossiers gehaald. Door de verschillen in deze patiëntendossiers tussen de instellingen zou dit kunnen hebben geleid tot een verschil in rapportage.

Ten slotte zijn er nog verklaringen die niet uit de huidige data van De Borg te halen zijn. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat het effect van de behandeling beïnvloed is door andere factoren. Dit kan verschillende redenen hebben, van personeelstekort en -verloop tot opleidingsniveau of werkervaring van de medewerkers. Daarnaast is er nog een verklaring in de verschillen tussen de gevonden behandel-effecten door de onderzoeksofzet. Voor de effectmeting van 2007-2012 is de ROM zoals beschreven opgezet met het doel om de behandelvoortgang te meten over de vier Borg-instellingen. De inzet binnen de instellingen was groot, er werd geïnvesteerd in trainingen en coördinatoren waar ook regelmatig overleg mee was. De investering voor de ROM kwam voor de effectmeting van 2013 – 2018 op de instellingen zelf neer. In die periode veranderde de ROM tussen de verschillende instellingen, deels vanwege eigen beleid en deels vanwege verschillende richtlijnen van externe partijen.

Aan de hand van de cliëntkenmerken lijkt het er dus op dat er sprake is van een verschil in doelgroepen tussen de twee effectmetingen, waarbij er bij de cliëntengroep in de huidige effectmeting sprake is van kenmerken die een negatieve invloed hebben op het behandel-effect.

Verschillen in de doelgroep komt voor een deel door keuzes die Borg-instellingen hebben gemaakt, zoals het uitbreiden van de SGLVG+ doelgroep en het stopzetten van de contra-indicatie van een verslaving. Daarnaast heeft de ambulantisering er mogelijk voor gezorgd dat cliënten met zwaardere problematiek in de klinieken terecht komen dan in de vorige effectmeting. Gesteld moet worden dat ondanks dat het behandel-effect voor de cliëntengroep in de huidige effectmeting minder is ten opzichte van de vorige effectmeting, er nog steeds een behandel-effect te zien is, en dat de behandeling in de Borg-instellingen nog steeds effectief lijkt te zijn.

## 8. Samenvatting en conclusie

---

### 8.1 Inleiding

In 2007 is binnen De Borg gestart met het opzetten van een Routine Outcome Monitoring (ROM) structuur om de effectiviteit van de behandeling in kaart te brengen. In 2013 is daar de eerste effectmeting uitgekomen over de periode 2007-2012. In 2018 is besloten om deze effectmeting te herhalen voor de periode 2013-2018. De resultaten van deze effectmeting worden in dit hoofdstuk samengevat.

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

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

### 8.2 Behandel-effect

Het behandel-effect is op twee manieren gemeten. Allereerst is het behandel-effect gemeten door middel van de effectgrootte, berekend met Cohen's *d*, waarbij de gemiddelde beginscore van de cliëntengroep binnen 3 maanden na opname werd vergeleken met de gemiddelde opeenvolgende scores. Daarnaast is de reliable change index berekend, waarbij gekeken wordt naar het percentage cliënten dat betrouwbaar is verbeterd ten opzichte van de beginscore.

Op basis van de ernst van dynamische risicofactoren gemeten met de DROS blijkt dat er binnen 6 maanden sprake is van een klein effect. Na 30 maanden is er sprake van een middelgroot effect. Gekeken naar het behandel-effect per subschaal van de DROS blijkt dat er met name vooruitgang wordt geboekt op de subschalen *Probleembesef/Probleeminzicht*, *Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling*, *Criminogene attitudes*, *Copingvaardigheden* en *Zelfredzaamheid: Schoolse vaardigheden*. De reliable change index liet zien dat een kwart van de cliënten na 6 maanden betrouwbaar is verbeterd. Na twee jaar is meer dan 40% betrouwbaar verbeterd. Na 36 maanden was het percentage cliënten dat verbeterde even hoog als het percentage dat onveranderd was (44%). Het aantal cliënten dat verslechterd bleef tussen de 10 en 15%.

Op basis van de ernst van dynamische risicofactoren gemeten met de KT-items van de HKT-R blijkt ook een klein effect na 6 maanden. De behandel-effecten per item laten met name vooruitgang zien op de T-schaal en de items *Antisociaal gedrag*, *Sociale vaardigheden*, *Overeenstemming over afspraken betreffende delictpreventie*, *Wonen* en *Stresserende omstandigheden*. De reliable change index liet zien dat na 6 maanden een kwart van de cliënten is verbeterd.

Het behandel-effect op basis van de ABCL verslechterde in de eerste 6 maanden met een klein effect. Bij 30 maanden was er sprake van een verbetering met een klein effect. Mogelijk is (de ernst van) het probleemgedrag nog niet zichtbaar in de eerste drie maanden na opname, en wordt dit positiever ingeschat dan wanneer cliënten gewend zijn aan de nieuwe omgeving. Bij het gebruik van de tweede meting, 9 maanden na opname, als vergelijkingsmeting was er sprake van een verbetering met een klein effect 27 maanden na opname, in plaats van 33 maanden. Verbeteringen op de subschalen werd met name gezien op *Externaliserend probleemgedrag*, *Internaliserend probleemgedrag*, *Angst*, *Aandachtsproblemen* en *Agressief gedrag*.

De reliable change index liet na 18 maanden (21 maanden na opname) zien dat één derde was verbeterd. Bij het gebruik van meetmoment 1 als vergelijkingsmeting verslechterde één derde na 6 en 12 maanden. Na 18 maanden en verder schommelde het percentage verslechterde cliënten rond de 20%. Bij het gebruik van meetmoment 2 als vergelijkingsmeting was na 12 maanden (ook 21 maanden na opname) één derde verbeterd. Het percentage verslechterde cliënten bleef rond de 20%.

De verschillen in behandel-effecten tussen de DROS aan de ene kant en de HKT-R en ABCL aan de andere kant zijn opmerkelijk. Mogelijk zijn voor de doelgroep SGLVG(+) de HKT-R en ABCL niet sensitief genoeg om verandering aan te tonen. De HKT-R heeft maar één item per risicofactor en de ABCL maakt gebruik van een drie puntschaal per item, waardoor grote veranderingen nodig zijn om verschil te kunnen zien. Daarnaast lijkt de HKT-R minder geschikt voor de SGLVG(+) doelgroep, door de inclusie van risicofactoren die niet of nauwelijks kunnen verbeteren in deze doelgroep. Bij de DROS is extra rekening gehouden met de mogelijkheid om verandering aan te tonen, door het includeren van meerdere items per subschaal, rekening te houden met plafond- en bodem-effecten van de doelgroep en het gebruik van een vijf puntschaal per item.

### 8.3 Behandel-effect per subgroep

Er is ook gekeken naar het behandel-effect voor verschillende subgroepen. Een opmerkelijke bevinding was dat de behandeling van cliënten van 30 jaar of jonger eerder een klein effect bereikt (6 maanden na opnamemeting) dan cliënten van 31 jaar of ouder (12 maanden na opnamemeting). Cliënten met een LVB bereikten een middelgroot effect 18 maanden na de opnamemeting, terwijl cliënten met zwakbegaafdheid alleen een klein effect bereikten. Ditzelfde gold voor cliënten met SGLVG ten opzichte van SGLVG(+), hoewel dit verklaard kan worden door het verschil tussen vrijwillige(SGLVG) en onvrijwillige behandeling(SGLVG+). Bij SGLVG+ cliënten bepaalt niet het einde van de zorgvraag het einde van de behandeling, maar de datum dat hun justitiële titel afloopt. Voor cliënten met agressie als probleemgedrag voor opname was er sprake van een klein effect over de verschillende meetmomenten op zowel de DROS totaalscore als op de subschaal *Copingvaardigheden*. Er waren te weinig cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag als probleemgedrag voor opname, waardoor deze resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. De effecten waren klein tot groot voor de DROS totaalscore, en verwaarloosbaar tot klein voor de subschaal *Seksuele cognities en grensoverschrijdend gedrag*. Voor cliënten met overig antisociaal gedrag als probleemgedrag voor opname was er sprake van een verwaarloosbaar effect op 6 maanden, en een klein effect op 12 en 18 maanden.

Voor cliënten met een verslaving was er na 12 maanden sprake van een klein behandel-effect, ten opzichte van 6 maanden bij de hele cliëntenpopulatie. Specifiek op de subschaal *Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken* is pas na 18 maanden sprake van een klein effect. Voor cliënten met een psychotische stoornis was er op de DROS totaalscore na 6 maanden sprake van een klein effect, en na 12 maanden zelfs een middelgroot effect. Specifiek op de subschaal *Psychotische symptomen* was er na 6 maanden sprake van een klein effect, waarna het effect na 12 maanden verwaarloosbaar was. Mogelijk stabiliseren cliënten met psychotische symptomen in het begin van de behandeling meer vanwege aanpassingen in medicatie en/of door de structuur op de afdeling. Voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis is het effect klein na 6 maanden en bijna middelgroot na 12 maanden.

Uit de resultaten apart voor probleemgedrag of stoornis lijken er geen grote verschillen te zijn met de resultaten van de hele cliëntenpopulatie, op enkele details na. Wat dat betreft lijken alle cliënten evenveel van de behandeling te profiteren, met de kanttekening dat de resultaten lastiger te interpreteren zijn voor cliëntengroepen met kleine aantallen, zoals cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag en brandstichting als probleemgedrag. Wat betreft achtergrond van de cliënt blijken cliënten van 30 jaar of jonger, met een IQ tussen de 50 en 69, of met een SGLVG indicatie eerder en met een groter effect van de behandeling te profiteren dan cliënten van 31 jaar of ouder, met een IQ tussen de 70 en 84 of SGLVG+ indicatie.

## 8.4 Afgeronde behandelingen

Driekwart van de cliënten die in de periode 2013-2018 in zorg waren bij één van de Borg-instellingen was uitgeplaatst, de overige waren nog in zorg. Voor meer dan de helft van de cliënten stemden zowel instelling als cliënt in met de beëindiging van de behandeling. Een heel klein percentage ontvangt geen hulp na beëindiging van de zorg. Echter was het ontvangen van hulp na beëindiging van de zorg voor het grootste gedeelte van de doelgroep onbekend.

De gemiddelde behandelduur was 11 maanden. De behandelduur is significant langer voor cliënten die vrijwillig zijn opgenomen dan cliënten met een civiel- of strafrechtelijke maatregel, is langer voor vrouwen dan voor mannen en langer bij Trajectum dan bij de andere instellingen.

Het behandel-effect is klein voor cliënten die korter dan 12 maanden of tussen de 12 en 24 maanden in zorg zijn, en middelgroot voor cliënten die langer dan 24 maanden in zorg zijn. Ook komt uit de resultaten naar voren dat hoe langer de behandeling duurt, hoe groter het verschil in DROS score aan het begin en het eind van de behandeling.

## 8.5 Vergelijking met effectmeting 2007-2012

Ten opzichte van de effectmeting 2007-2012 zijn er verschillen te zien in beschikbare data, zowel in achtergrondinformatie als in gebruikte instrumenten. Van de data die gebruikt konden worden om de twee periodes met elkaar te vergelijken, vallen diverse verschillen in kenmerken van de doelgroep op. Zo zijn de cliënten in de huidige effectmeting gemiddeld ouder dan in de effectmeting van 2007-2012 (34 vs. 28 jaar) en is de behandelduur korter (bijna een jaar vs. 2 jaar en 4 maanden). Een aantal verschillen in de doelgroep zijn te verklaren door veranderingen in beleid. Het verschil in juridische status is door uitbreiding van de SGLVG+ bijvoorbeeld duidelijk zichtbaar: in de huidige effectmeting is het percentage cliënten met een strafrechtelijke maatregel 61%, terwijl dit in de effectmeting van 2007-2012 44% was.

Ook in probleemgedrag en psychopathologie zijn verschillen te zien tussen de twee effectmetingen. In de effectmeting van 2007-2012 waren meer cliënten opgenomen vanwege agressieproblematiek (57% vs. 48% in de huidige effectmeting) en vanwege seksueel grensoverschrijdend gedrag (20% vs. 12% in de huidige effectmeting). Daarnaast zijn cliënten in de huidige effectmeting door gebrek aan contra-indicatie vaker gediagnosticeerd met een verslaving (55% vs. 37% in de vorige effectmeting), en minder vaak met alleen een LVB (2% vs. 24% in de vorige effectmeting).

Uit de resultaten van de behandel-effecten blijkt dat er grotere effecten behaald werden in de periode 2007-2012 dan in de periode 2013-2018, gemeten met de DROS en met de ABCL. Gemeten met de DROS is het behandel-effect in de eerste 6 maanden voor beide periodes klein, maar stijgen in de huidige effectmeting minder snel dan de behandel-effecten van 2007-2012. Na 12 maanden was het behandel-effect middelgroot in de effectmeting van 2007-2012, terwijl dit in de huidige effectmeting pas na 24 maanden het geval is. Na 18 maanden is er in de periode 2007-2012 sprake van een groot effect, terwijl dit in de huidige effectmeting niet gehaald wordt.

De verschillen in behaalde behandel-effecten kunnen te maken hebben met de verschillen in bepaalde cliëntkenmerken tussen de effectmetingen. Behandel-effecten zijn kleiner voor oudere cliënten, cliënten met een lager IQ, verslavingsproblematiek en cliënten met een strafrechtelijke maatregel. Mogelijk door verschillen in opnamebeleid alsook het oprichten van de FPA SGLVG+ in de tweede effectmeting zijn de cliënten uit de huidige effectmeting vergeleken met de cliënten uit de vorige effectmeting ouder, hebben een lager IQ, meer verslavingsproblematiek en hebben vaker een strafrechtelijke maatregel.

## 8.6 Conclusie

De resultaten van de huidige effectmeting over de behandeling van cliënten opgenomen tussen 2013 en 2018 met SGLVG(+) binnen de Borg-instellingen laten zien dat er sprake is van een klein behandeffect gemeten met de DROS, HKT-R en ABCL. Gemeten met de DROS is er na 24 maanden sprake van een middelgroot behandeffect. Enkele verschillen in behandeffect voor cliëntkenmerken zijn aan te wijzen, zoals leeftijd en juridische status. Er zijn weinig verschillen te zien in probleemgedrag en stoornis, wat inhoudt dat alle cliënten profiteren van de behandeling binnen één van de Borg-instellingen. De gemiddelde behandelduur van afgeronde behandelingen is nog geen jaar. Korte (tot 1 jaar) en middellange (1 tot 2 jaar) behandelingen hebben een klein behandeffect. Het behandeffect van lange behandelingen (langer dan 2 jaar) is middelgroot. Ten opzichte van de effectmeting van 2007 – 2012 is het behandeffect kleiner. Er zijn twee oorzaken die het verschil kunnen verklaren: enerzijds is de cliëntengroep zwaarder geworden omdat meer cliënten met een strafrechtelijke titel (en dus onvrijwillig) behandeld worden. De tweede mogelijke oorzaak is er een verschuiving heeft plaatsgevonden van klinische naar ambulante behandeling. Meer dan tijdens de eerste meting worden cliënten ambulant behandeld. Tegelijkertijd geeft de uitkomst ook aanleiding naar het stellen van verdiepende vragen over de effectiviteit van onze behandelingen, en wat wij daaraan kunnen verbeteren. Hoe kan preciezer gemeten worden welke behandeffecten worden bereikt?

## 8.7 Verbetervoorstellen naar aanleiding van het onderzoek

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

- Bij een vervolgonderzoek wordt ook de ambulante behandeling betrokken.
- De dataset wordt versmald en verder geüniformeerd, zodat de onderling verzamelde gegevens beter op elkaar aansluiten.
- Van te voren worden afspraken gemaakt over registratie.
- Vastgelegd wordt welk behandelprogramma bij een cliënt is ingezet, zodat onderzocht kan worden welk programma bij welke cliënt effectief is.
- Er wordt ingezet op meer eigenaarschap van de voortgang van de behandeling door medewerkers
- Het onderzoek wordt uitgebreid met een (beperkt) kwalitatief onderzoek naar een aantal cliënten die al (langere tijd) uit zorg zijn, en hoe hun leven er na de behandeling uit ziet.
- De ROM geeft behandelaren de mogelijkheid om een behandeling aan te passen mocht deze niet de resultaten opleveren die gewenst zijn. Hiervoor is het noodzakelijk dat behandelaren goed getraind zijn in het scoren en interpreteren van alle meetinstrumenten in de ROM.
- Vanwege de toenemende druk op administratieve lasten zijn een aantal vragenlijsten uit de Borg-brede ROM opzet van 2007 – 2012 gehaald. Dit heeft gevolgen voor de focus van de huidige effectmeting, die nu op dynamische risicofactoren en emotionele- en gedragsproblemen lag. Daarbij lijken de HKT-R en de ABCL voor de doelgroep minder geschikte instrumenten voor het meten van behandelvoortgang, omdat deze minder sensitief zijn voor verandering in de LVB doelgroep. Het toevoegen van een meetinstrument dat wel geschikt is voor onze doelgroep, zoals de AVVB [8], zou de behandeffecten van de Borg-instellingen wellicht beter in kaart kunnen brengen.

## Referentielijst

---

- [1] Drieschner, K. H., & Hesper, B. L. (2008). *Dynamic risk outcome scales*. Boschoord: Trajectum.
- [2] Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- [3] Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). *Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige-Revisie*. Groningen: Dr. van Mesdag kliniek.
- [4] Delforterie, M. J., Hesper, B. L., & Didden, R. (2020). Psychometric properties of the Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) for individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and externalizing behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33, 662-672.
- [5] Tenneij, N. H., & Koot, H. M. (2007). A preliminary investigation into the utility of the Adult Behavior Checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 391–400.
- [6] Rice, M. E., & Harris, G. T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 29, 615 – 620.
- [7] Jacobson, N. S., Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 12-19.
- [8] Jonker, F., Kruisdijk, S., Goedhard, L., & Nijman, H. (2016). *Adaptieve Vragenlijst Verstandelijk Beperking*. Den Dolder: Wier.