De mate van zelfredzaamheid van cliënten geïndiceerd voor *Forensic Flexible/Functional Assertive Community Treatment*: een vergelijkingsstudie met reguliere poliklinische cliënten

T.E.A. Cnossen BSc
Studentnummer: 4303423

3 november 2015

Masterscriptie MSc. Masterprogramma Klinische en Gezondheidspsychologie
Faculteit van Sociale en Gedragswetenschappen
Universiteit Utrecht

Supervisie Universiteit Utrecht:
Eerste beoordelaar: Dr. Ing. G.J. Prosman
Tweede beoordelaar: Dr. H.A.W. Schut

Supervisie De Forensische Zorgspecialisten, Utrecht:
Drs. I. Kusters GZ-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog
Dr. J. E. van Horn

Aantal woorden: 4304

The degree of self-sufficiency in clients indicated for Forensic Flexible/Functional Assertive Community Treatment: a comparative study with regular outpatient clients

Abstract

Background: Forensic Flexible/Functional Assertive Community Treatment (ForFACT) operates without structured indication criteria. However in order to have a reliable and justified differentiation of care, structured indication criteria are needed. Several client factors influence the needed care.

Objectives: The aim of the current study was to investigate the self-sufficiency of ForFACT clients compared to clients from regular outpatient care.

Methods: The study was designed as a matched case-control study for De Waag, which is part of *De Forensische Zorspecialisten* (The Netherlands). Electronic medical files of 60 ForFACT clients were analyzed for self-sufficiency with the help of a self-sufficiency instrument. The level of self-sufficiency was measured on eleven domains: income, daytime activities, housing, domestic relations, mental health, physical health, addiction, daily life skills, social network, community participation and judiciary. Clients in the control group received regular outpatient care and were matched for gender, age, criminal offense, primary diagnosis and relational status.

Results: ForFACT clients were found to be less self-sufficient compared to regular outpatient clients with regard to income, housing, addiction and community participation.

Conclusion: Results of this and future research could contribute to the development of quantifiable indication criteria that differentiate between ForFACT and regular outpatient care.

Key words: self-sufficiency, forensic outpatient care, Forensic Flexible/Functional Assertive Community Treatment, regular outpatient care, life domains.

De mate van zelfredzaamheid van cliënten geïndiceerd voor *Forensic Flexible/Functional Assertive Community Treatment*: een vergelijkingsstudie met reguliere poliklinische cliënten

Samenvatting

Achtergrond: Forensic Flexible/Functional Assertive Community Treatment (ForFACT) heeft geen meetbare indicatiecriteria, wat echter noodzakelijk is voor een goede en verantwoorde differentiatie van zorg. Meerdere cliëntfactoren zijn van invloed op de benodigde zorg.

Doel: Huidig onderzoek onderzocht de mate van zelfredzaamheid van ForFACT-cliënten en vergeleek deze met reguliere poliklinische cliënten.

Methode: De studie was een retrospectief gematchte case-control design voor de Waag, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten. Elektronische cliëntendossiers van 60 ForFACT-cliënten werden geanalyseerd met behulp van de Zelfredzaamheid-Matrix. De mate van zelfredzaamheid werd beoordeeld op elf levensgebieden: financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. De controlegroep bestond uit cliënten die geïndiceerd waren voor reguliere poliklinische interventies en deze cliënten werden gematcht op basis van geslacht, leeftijd, type delict, primaire diagnose en relationele status.

Resultaten: ForFACT-cliënten bleken minder zelfredzaam dan reguliere poliklinische cliënten op de levensgebieden: financiën, huisvesting, verslaving en maatschappelijke participatie.

Conclusie: De onderzoeksresultaten uit het huidige onderzoek en de resultaten uit toekomstig onderzoek kunnen een bijdrage leveren aan meetbare indicatiecriteria die differentiëren tussen ForFACT en reguliere poliklinische behandeling.

Trefwoorden: zelfredzaamheid, forensische ambulante zorg, Forensische Flexibele/Functionele Assertive Community Treatment, reguliere poliklinische zorg, levensgebieden.

Voorwoord

Met de studie Psychologie ben ik begonnen om mensen met psychiatrische problematiek te kunnen ondersteunen in het verbeteren van de kwaliteit van hun leven. Ik vind het daarnaast belangrijk dat menselijke kwetsbaarheid zichtbaar is in de samenleving. Door dit onderzoek heb ik met deze waarden kunnen werken. Het Zelfredzaamheid Symposium op 5 maart 2015 gaf een interessante aanvulling aan de scriptie. Net als de gesprekken met andere professionals werd ik niet alleen wijzer over het belang van een verantwoorde zorgindicatie, maar ook hoe je verantwoord onderscheid kunt maken in benodigde zorg. Met dit onderzoek hoop ik een bijdrage te leveren aan de professionalisering van de zorg. Ik hoop dat deze masterscriptie slechts een begin is van mijn bijdrage aan het werkveld van de Geestelijke Gezondheidszorg.

Mijn dank gaat uit naar mijn begeleiders Gert-Jan Prosman, Joan van Horn en Ine Kusters. Het was een uitdaging om de verschillende feedback te verwerken tot één helder onderzoek. Dankzij hun kritische blik en oprechte betrokkenheid, kan ik met trots de masterscriptie presenteren. Mijn groepsgenoten, Nerissa Uijlenbroek, Hannah de Koning en Natasja Nieuwenhuis, wil ik bedanken voor hun inzet en fijne samenwerking tijdens het verzamelen van de data. We hebben hard gewerkt aan het gezamenlijke onderzoek. Tot slot wil ik Jaap van der Veen en Onno Hartveldt danken voor al hun tijd en inspanning om mijn scriptie van goede feedback te voorzien. Beiden zijn voor mij een bron van inspiratie geweest, doordat zij enthousiast en kritisch hebben meegekeken naar het onderzoek.

Tamar Cnossen
Amsterdam, november 2015

Inhoudsopgave

Inleiding **6**
Zelfredzaamheid 7
ForFACT of reguliere poliklinische behandeling 9
Methode **10**
Onderzoeksdesign en setting 10
Onderzoeksgroep 10
Matchingsprocedure 10
Meetinstrument 12
Procedure 13
Data-analyse 13
Resultaten **15**
Matching 15
Inter-beoordelaarbetrouwbaarheid 15
Verschillen tussen de ForFACT-groep en de reguliere poliklinische groep 16
Geslacht 17
Discussie **18**
Hoofdbevindingen 18
Interpretatie 18
Limitaties 20
Implicaties 21
Conclusie 22
Referenties **23**
Bijlage A: ZRM Score Formulier **27**
Bijlage B: Resultaten Totale Onderzoeksgroep **29**

Inleiding

De forensische ambulante zorg heeft als doel om de kans op recidive van delictgedrag te verminderen. Verder probeert deze zorg de geestelijke gezondheid en de sociaal-maatschappelijke situatie van de cliënt te stabiliseren en te verbeteren (Place, Van Vught, Kroon & Neijmeijer, 2011). Om zorgmijdende cliënten met ernstige psychische aandoeningen en problematiek op meerdere levensgebieden passendere zorg te bieden, is in 2007 ForFACT (*Forensic Functional/Flexible Assertive Community Treatment*) ontwikkeld. ForFACT verschilt van reguliere poliklinische interventies door de outreachende en multidisciplinaire teamzorg. Met outreachende zorg wordt bedoeld: zorg in de leefomgeving van de cliënt. Om de beoogde doelgroep te indiceren, is onderzoek nodig naar de verschillen tussen cliënten in de forensische ambulante zorg.

ForFACT is afgeleid van Assertive Community Treatment (ACT; Stein & Test, 1980) en is een intensieve behandel- en begeleidingsvorm waarbij outreachende en geïntegreerde hulpverlening geboden wordt in multidisciplinair teamverband (Nugter & Bähler, 2008). De behandelintensiteit bij ForFACT kan worden aangepast naar de behoefte van de cliënt (Van Veldhuizen & Bähler, 2008). De flexibiliteit in behandelintensiteit van ForFACT sluit aan bij het chronische verloop van ernstige psychische aandoeningen, wat wordt gekenmerkt door terugkerende episodes en terugval (Nugter, Engelsbel, Bähler, Keet & Van Veldhuizen, 2015). Door de chroniciteit ontstaan ernstige beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren, waarop ForFACT kan interveniëren door de multidisciplinaire teamsamenstelling (psychiater, psycholoog en agogisch opgeleide personen zoals: sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of maatschappelijk werkers, verslavingsdeskundige, ervaringswerker en optioneel: sociaal juridisch dienstverlener, ergotherapeut, ambulant woonbegeleider; Van Veldhuizen & Bähler, 2008; Place et al., 2011). Afhankelijk van het levensgebied dat ondersteuning nodig heeft, kunnen de verschillende disciplines schakelen in zowel de intensiteit van de ambulante zorg als het type interventie. Zo kunnen conflicten op het werk bijvoorbeeld worden opgelost met arbeidsondersteuning (Van Veldhuizen & Bähler, 2008; Cuddeback & Morrissey, 2011).

Cliënten in reguliere poliklinische zorg krijgen geprotocolleerde behandelmodules aangeboden en hebben vaak voldoende aan één zorgverlener (Place et al., 2011). Volgens de modelbeschrijving van ForFACT worden (ex-)justitiabelen met hoog recidiverisico maar zonder duidelijke zorg- en behandelbehoeften eerder geïndiceerd voor forensisch poliklinische behandeling dan voor ForFACT. Deze indicatie wordt gesteld wanneer

problematiek minder zwaar is en geprotocolleerde behandelmodules mogelijk zullen volstaan (Place et al., 2011).

Om de mate van benodigde zorg te meten en cliënten te indiceren voor de meest passende behandeling, zijn meetbare indicatiecriteria noodzakelijk. Er is geen consensus over de indicatiecriteria voor ForFACT in zowel de Nederlandse als internationale literatuur (Cuddeback, Morrissey & Cusack, 2008; Place et al., 2011). De doelgroep wordt op verschillende wijze geoperationaliseerd, wat de kans vergroot op onjuiste zorgindicatie, terwijl een juiste zorgindicatie noodzakelijk is voor risicopreventie van delictgedrag (Neijmeijer, Place, Rijkaart & Kroon, 2012). Ook is het van belang dat de geboden zorg aansluit bij de zorgzwaarte en problematiek van de cliënt zodat overbehandeling of onderbehandeling wordt voorkomen (Place et al., 2011).

Het ForFACT-team van de Waag, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten, hanteert de volgende indicatiecriteria: de cliënt is 18 jaar of ouder en woont in de regio waarin het ForFACT-team zorg levert; er is een verhoogd risico op grensoverschrijdend gedrag; er is sprake van ernstige, meervoudige en langdurige problematiek (bijvoorbeeld persoonlijkheidspathologie, verslaving, zwakbegaafdheid of psychosociale problemen); en er zijn ernstige functionele beperkingen op tenminste twee van de volgende levensgebieden: dagelijks functioneren, dagbesteding, verkrijgen van inkomen en beheer van financiën, sociale contacten en handhaven van de veiligheid (Place et al., 2011; Van Veldhuizen & Bähler, 2008). Er worden geen instrumenten gebruikt om de mate van benodigde zorg te meten. De indicatiestelling is gebaseerd op een klinische inschatting, waardoor bijvoorbeeld langdurige problematiek soms al voldoende zwaarwegend kan zijn voor de indicatie ForFACT, terwijl reguliere poliklinische zorg mogelijk ook zou aansluiten bij de cliënt.

Meetbare indicatieciteria zijn noodzakelijk voor een goede en verantwoorde differentiatie van zorg. Om te kunnen differentiëren tussen ForFACT en reguliere forensische poliklinische zorg is onderzoek nodig naar de verschillen tussen de cliënten. In dit onderzoek worden de verschillen tussen de groepen bekeken. De uitkomsten van deze verschillen kunnen bijdragen aan de totstandkoming van meetbare indicatiecriteria.

Zelfredzaamheid

Er zijn meerdere factoren die van invloed zijn op de intensiteit en uitgebreidheid van de zorg. In dit onderzoek wordt zelfredzaamheid uitgelicht, aangezien de mate van zelfredzaamheid invloed heeft op delictgedrag en psychische problematiek (Alsem, 2005). Ook wordt er steeds

meer een beroep gedaan op de zelfredzaamheid van cliënten door de toenemende ambulantisering in de Geestelijke Gezondheidszorg (Fassaert, Lauriks, van de Weerd, De Wit & Buster, 2013). De handleiding van de Zelfredzaamheid-Matrix (2013) definieert zelfredzaamheid als:

> Het zelf realiseren van een acceptabel niveau van functioneren op de belangrijkste domeinen van het dagelijks leven. Indien nodig door de juiste hulp te organiseren op het moment dat een daling van je functioneringsniveau dreigt of plaatsvindt, die je niet zelf kan voorkomen of verhelpen. (p. 7)

Domeinen van het dagelijks leven kunnen zijn: financiën, dagbesteding, huisvesting, activiteiten dagelijks leven (ADL), sociaal netwerk en de lichamelijke en geestelijke gezondheid (Lauriks et al., 2012).

Zelfredzaamheid is van belang voor ForFACT, omdat cliënten van ForFACT vaak beperkt zelfredzaam zijn (Neijmeijer, Rijkaart & Kroon, 2012). Cliënten vinden het vooral lastig om zichzelf te redden als het aankomt op huisvesting, dagbesteding, financiën, verslaving en sociale contacten (Neijmeijer et al., 2012; Place et al., 2011). Zo komen periodes van dakloosheid voor bij 25% van de ForFACT-cliënten en ontvangt 91% een uitkering, waarvan 46% betaald wil werken (Neijmeijer et al., 2012). Zeventig procent van de ForFACT-cliënten is verslaafd. Verslaving en een gebrek aan betaalde dagbesteding vergroten de kans op financiële problemen en herhaling van delictgedrag (Wanberg, 2012; Clear, Rose & Ryder, 2001; Pieters, Van Woezik & De Vries, 2005). Onderzoek naar de mate van zelfredzaamheid van cliënten uit de reguliere forensische poliklinische zorg ontbreekt (Neijmeijer et al., 2012). Hierdoor is onbekend op welke levensgebieden ForFACT-cliënten van reguliere poliklinische cliënten verschillen in de mate van zelfredzaamheid en of er überhaupt verschillen zijn.

Uiteenlopende onderzoeken hebben aangetoond dat een verminderde zelfredzaamheid de kans vergroot op recidiverend delictgedrag en het psychische functioneren vermindert (Alsem, 2005; Bond, Drake, Mueser & Latimer, 2001; Van Veldhuizen & Bähler, 2008). Als een cliënt beperkt zelfredzaam is, dan versterkt dit de psychische problematiek en wordt deze in stand gehouden. Terwijl psychische problematiek zorgt voor afname van zelfredzaamheid, waardoor formele zorgbehoeften toenemen (Alsem, 2005). Door de mate van zelfredzaamheid van cliënten te vergroten op meerdere levensgebieden, poogt ForFACT de doelen van de forensische ambulante zorg na te streven en klinische opname terug te dringen (Van Vught et al., 2011; Hocking, Phare & Wilson, 2005). Indien er sprake is van een (tijdelijk) verminderde zelfredzaamheid, wordt in de reguliere poliklinische zorg, begeleiding uitbesteed aan andere instanties (Place et al., 2011). Toch gaat de voorkeur uit naar integrale zorg door één instantie,

aangezien parallelle hulpverlening minder effectief is (Cosden, Ellens & Schnell, 2005; Drake et al., 2001). Zonder deze integrale zorg blijft het risico op psychische problemen en herhaling van delictgedrag bestaan (Lurigio, 2001).

ForFACT of reguliere poliklinische zorg

ForFACT kan meer ondersteuning bieden aan cliënten met een verminderde zelfredzaamheid dan reguliere poliklinische interventies. Daarom is het van belang dat deze cliënten geïndiceerd worden voor ForFACT. Onderzocht wordt wat de mate van zelfredzaamheid is van ForFACT-cliënten in vergelijking met cliënten die geïndiceerd zijn voor de reguliere poliklinische behandeling. De verwachting is dat ForFACT-cliënten minder zelfredzaam zijn dan cliënten geïndiceerd voor de reguliere poliklinische interventies, aangezien ernstige psychische aandoeningen samenhangen met een verminderde zelfredzaamheid (Alsem, 2005). Er zijn geen gegevens bekend over de mate van zelfredzaamheid van reguliere poliklinische cliënten (Neijmeijer et al., 2012). Aangezien reguliere poliklinische interventies niet multidisciplinair en outreachend zijn, is de verwachting dat zij een doelgroep behandelen met een betere mate van zelfredzaamheid dan ForFACT-cliënten. Kennis van deze verschillen is van belang om de beoogde doelgroep te indiceren voor de meest passende behandeling (ForFACT of reguliere poliklinische behandeling) en daarmee cliënten beter te laten functioneren en te voorkomen dat zij terugvallen in delictgedrag.

De centrale doelstelling van het huidige onderzoek is om ForFACT-cliënten te vergelijken met poliklinische cliënten in hun mate van zelfredzaamheid. De vraag is: Verschillen ForFACT-cliënten van poliklinisch behandelde cliënten in de mate van zelfredzaamheid? De verwachting is dat ForFACT-cliënten minder zelfredzaam zijn op meerdere levensdomeinen dan cliënten die geïndiceerd zijn voor de poliklinische behandeling.

Methode

Onderzoeksdesign en setting

Het huidige onderzoek maakte deel uit van een grotere studie waarin meerdere instrumenten werden afgenomen, om meetbare indicatiecriteria te formuleren die beter differentiëren tussen ForFACT en reguliere poliklinische behandeling. De dossiers van cliënten van de Waag te Utrecht, die geïndiceerd werden voor ForFACT of reguliere poliklinische behandeling tussen oktober 2012 en oktober 2014, zijn retrospectief met elkaar vergeleken in een gematchte case-control design.

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 152 deelnemers, waarvan 138 mannen en 14 vrouwen. De gegevens van 32 (21%) deelnemers werden niet meegenomen in de analyses. Van de geëxcludeerde deelnemers verbleven acht deelnemers in de Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB) en negen deelnemers in detentie, waardoor de zelfredzaamheidsscores de data kunnen beïnvloeden. Van deze deelnemers uit de KIB en detentie (15 ForFACT; 2 poli), was een deelnemer uit de KIB (ForFACT) gematcht aan een deelnemer uit detentie (poli). De andere 15 deelnemers van de in totaal 32 geëxcludeerde deelnemers, woonden zelfstandig en werden als matches (1 ForFACT; 14 poli) geëxcludeerd om gelijke groepen te behouden. De onderzochte onderzoeksgroep komt daarmee op 120 deelnemers (79%), waarvan 113 mannen en 7 vrouwen met een leeftijdsrange van 18 tot en met 58 jaar (M = 31.66 ± SD = 8.813). Van de 120 deelnemers had de helft de indicatie ForFACT. Deze ForFACT-groep werd gematcht met de vergelijkingsgroep die geïndiceerd was voor reguliere poliklinische behandeling.

Matchingsprocedure

De matching tussen cases en controles werd verricht door een onafhankelijk behandelaar op basis van geslacht, leeftijd, type delict, primaire diagnose en relationele status (Tabel 1). Indien er geen match werd gevonden tussen de deelnemers, dan werd er eerst afgeweken van een overeenkomst in relationele status. Vervolgens werd er met maximaal twee jaar afgeweken van de leeftijd, daarna van het type delict en tot slot werd er afgeweken van de

primaire diagnose. Deelnemers werden dan gematcht op basis van de meest overeenkomende diagnose, zoals een persoonlijkheidsstoornis uit hetzelfde cluster volgens de DSM-IV.

Bij 28 koppels werd er geen match gevonden. Waardoor er bij drie koppels werd afgeweken van de relationele status, bij zestien koppels werd er afgeweken van de leeftijd, bij één koppel werd er afgeweken van het type delict, bij zeven koppels werd er op basis van een andere primaire diagnose gematcht en bij één koppel werd er afgeweken van het geslacht.

Tabel 1. Kenmerken van de onderzoeksgroep.

Kenmerken	ForFACT-groep	Poliklinische groep	
n (%)	*n* = 60	*n* = 60	*P*
Geslacht			0.698
Man	57 (95%)	56 (93.3%)	
Vrouw	3 (5%)	4 (6.7%)	
Leeftijdscategorieën			0.943
18-25	18 (30%)	19 (31.7%)	
26-35	23 (38.3%)	20 (33.3%)	
36-45	15 (25%)	18 (30%)	
46-55	3 (5%)	2 (3.4%)	
>55	1 (1.7%)	1 (1.7%)	
Type delict			0.894
Agressie algemeen	41 (68.3%)	40 (66.7%)	
Huiselijk geweld	8 (13.3%)	10 (16.7%)	
Vermogen	9 (15%)	7 (11.7%)	
Zeden	1 (1.7%)	2 (3.3%)	
Overig	1 (1.7%)	1 (1.7%)	
Primaire diagnose			0.505
Persoonlijkheidsstoornis			
Antisociaal	26 (43.3%)	27 (45%)	
Borderline	5 (8.3%)	7 (11.7%)	
NAO	10 (16.7%)	11 (18.3%)	
Overig	4 (6.7%)	4 (6.7%)	
Stoornissen in de kindertijd	4 (6.7%)	6 (10%)	
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4 (6.7%)	0 (.0%)	
Stemmingsstoornissen	1 (1.7%)	2 (3.3%)	
Angststoornissen	1 (1.7%)	1 (1.7%)	

Stoornissen in de impulsbeheersing	1 (1.7%)	0 (.0%)	
Seksuele stoornissen en genderidentiteits-stoornissen	1 (1.7%)	0 (.0%)	
Andere aandoeningen en problemen die reden voor zorg kunnen zijn	3 (3.5%)	2 (3.3%)	
Relationele status			0.273
Alleenstaand	47 (78.3%)	43 (71.7%)	
Relatie	10 (16.6%)	13 (21.7%)	
Gescheiden	3 (5%)	4 (6.7%)	

Meetinstrument

De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM; Lauriks et al., 2012) is gebruikt om de mate van zelfredzaamheid te meten in beide groepen (ForFACT en poli). De ZRM bestaat uit twee delen (Bijlage A). Het eerste deel bevat elf domeinen: Financiën, Dagbesteding, Huisvesting, Huiselijke relaties, Geestelijke gezondheid, Lichamelijke gezondheid, Verslaving, Activiteiten Dagelijks Leven, Sociaal netwerk, Maatschappelijke participatie en Justitie. De ZRM meet de mate van zelfredzaamheid in de afgelopen dertig dagen per domein op een vijfpuntsschaal met score 1 = ‘Acute problematiek’; 2 = ‘Niet zelfredzaam’; 3 = ‘Beperkt zelfredzaam’; 4 = ‘Voldoende zelfredzaam’; 5 = ‘Volledig zelfredzaam’. Het tweede deel bevat het ZRM-supplement ‘Ouderschap’. Deze scores zijn niet geanalyseerd aangezien meer dan 97% van de gegevens ontbraken.

Uit eerder onderzoek blijkt dat de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid (Cohen’s Kappa) van de ZRM varieerde van matig (sociaal netwerk, justitie) tot goed (inkomen en huisvesting) (Fassaert et al., 2013a,b). De interne consistentie is goed bevonden, aangezien de domeinen in eerder onderzoek voldoende correleerden met de totale score (factorladingen > 0,4) en Cronbach’s alpha tussen de 0,70 en 0,90 bleef met inter-item correlaties < 0,70. Wat betekent dat alle ZRM-domeinen noodzakelijk zijn om het onderliggende construct ‘zelfredzaamheid’ te meten en de domeinen onderling niet hetzelfde meten (Fassaert et al., 2013b). Wel correleerden Inkomen en Huisvesting sterk (inter-item correlatie > 0,70) (Fassaert et al., 2013b).

Procedure

Alle deelnemers hebben bij aanvang van de behandeling een *informed consent* ondertekend met betrekking tot het gebruik van de gegevens voor onderzoeksdoeleinden. De dossiers zijn gecontroleerd op deze medewerking en gebruikt indien medewerking werd verkregen. Anonimisering is gedaan door een onafhankelijke behandelaar die ook de matching deed.

Vier masterstudenten werden getraind in het scoren van de ZRM. Voorafgaand aan de feitelijke scoring is er een oefencasus gescoord. De cliëntendossiers zijn gescoord door twee – in wisselende samenstelling – onafhankelijke beoordelaars zonder voorkennis over het indicatiebesluit (ForFACT of reguliere poliklinische behandeling).

Voor het scoren van de ZRM is de informatie uit de cliëntendossiers tot aan het indicatiebesluit bekeken. Deze informatie bestond voornamelijk uit: intakeverslagen, pro Justitia rapportages, reclasseringsrapporten en/of informatie over eerdere behandelingen. De hoeveelheid beschikbare informatie verschilde per deelnemer. De ZRM-scores zijn gebaseerd op gegevens over de sociaal-maatschappelijke situatie en de zorgbehoeften van de deelnemer. Wanneer van een deelnemer de scores op de ZRM tussen beoordelaars niet overeenkwamen, werden er consensusscores bepaald door middel van een discussie tussen deze beoordelaars. De consensusscores zijn geanalyseerd voor dit onderzoek. Na de dataverzameling en -verwerking is er via een steekproef gecontroleerd op fouten. De foutencontrole toonde minder dan .001% fouten in 10% van de data.

Data-analyse

De matching is gecontroleerd met de Pearson Chi-kwadraat toets voor categorische variabelen en met de t-toets voor de variabelen leeftijd en geslacht.

Ontbrekende waarden varieerden van .8% tot 5.8% op de ZRM-domeinen. Het domein ‘Huiselijke relaties’ had het hoogste percentage ontbrekende waarden. De ontbrekende waarden werden niet geïmputeerd, omdat in geval van ontbreken het domein niet van toepassing was in de sociaal-maatschappelijke situatie van de deelnemer.

Om te zien of de mate van zelfredzaamheid door verschillende beoordelaars bij dezelfde deelnemer hetzelfde getaxeerd wordt, is de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid getoetst. Mocht deze goed zijn, dan is de mate van zelfredzaamheid niet afhankelijk van de beoordelaar die de ZRM heeft ingevuld. Voor het corrigeren voor toevalstreffers en aangezien er sprake was van twee beoordelaars per deelnemer, werd gebruik gemaakt van Cohen’s

kappa. Deze voor toeval gecorrigeerde maat geeft de mate van overeenstemming weer tussen beoordelaars.

Om de verschillen in de mate van zelfredzaamheid tussen de ForFACT-groep en de poliklinische groep te meten, werd per ZRM-domein een Mann-Whitney test uitgevoerd (Lehman, 1998). Voor deze non parametrische toets is gekozen omdat de categorische variabele zelfredzaamheid op een ordinaal meetniveau (range van score 1 tot en met 5) wordt gescoord en een normale verdeling op de elf domeinen niet aanwezig is ($.738 \leq W(125) \leq .893$, $p < .001$). Om te controleren voor de invloed van geslacht, werden de analyses opnieuw uitgevoerd zonder de vrouwen. Op verzoek van de Waag werden de resultaten van de totale onderzoeksgroep geanalyseerd. Dat wil zeggen inclusief deelnemers uit de KIB, detentie en de daaraan gekoppelde deelnemers. Voor deze resultaten wordt verwezen naar Bijlage B.

Bevindingen werden als significant beschouwd bij $p \leq .05$. De statistische software SPSS versie 22.0 (IBM) werd gebruikt voor alle analyses.

Resultaten

Matching

De matchingsvariabelen: geslacht, leeftijd, type delict, primaire diagnose en relationele status vertonen geen statistisch significante verschillen tussen de ForFACT-groep en de controlegroep die geïndiceerd is voor reguliere poliklinische behandeling (Tabel 1).

Inter-beoordelaarbetrouwbaarheid

De inter-beoordelaarbetrouwbaarheid (Cohen's Kappa) van de ZRM varieerde van .53 (redelijk) tot .81 ((bijna) perfect) (Tabel 2).

Tabel 2. Overeenstemming tussen duo's van beoordelaars in de beoordeling van zelfredzaamheid (*n* = 120).

ZRM-domeinen	Kappa	Classificatie[1]
Financiën	.72	substantieel
Dagbesteding	.65	substantieel
Huisvesting	.75	substantieel
Huiselijke relaties	.79	substantieel
Geestelijke gezondheid	.58	redelijk
Lichamelijke gezondheid	.76	substantieel
Verslaving	.81	(bijna) perfect
Activiteiten Dagelijks Leven	.61	substantieel
Sociaal netwerk	.53	redelijk
Maatschappelijke participatie	.57	redelijk
Justitie	.77	substantieel

[1]Kappa is ingedeeld als 'slecht' (<.00), 'zwak' (.00-.20), 'matig' (.21-.40), 'redelijk' (.41-.60), 'substantieel' (.61-.80) en '(bijna) perfect' (.81-1) (Landis & Koch, 1977).

Verschillen tussen de ForFACT-groep en de reguliere poliklinische groep

De ForFACT-groep verschilt significant van de reguliere poliklinische groep op de ZRM-domeinen: financiën, huisvesting, verslaving en maatschappelijke participatie (Tabel 3). ForFACT-deelnemers zijn significant minder zelfredzaam met hun financiën dan de reguliere poliklinische deelnemers, $U = 1330.5$, $z = -2.490$, $p < .01$, $r = -.23$. Dat geldt ook voor huisvesting ($U = 1329$, $z = -2.471$, $p < .01$, $r = -.23$), verslaving ($U = 1376$, $z = -2.304$, $p < .05$, $r = -.21$) en maatschappelijke participatie ($U = 1205.5$, $z = -3.060$, $p < .01$, $r = -.28$).

Er blijken geen significante verschillen in de mate van zelfredzaamheid te zijn tussen de ForFACT-groep en de reguliere poliklinische groep voor de ZRM-domeinen: dagbesteding ($U = 1510$, $z = -1.588$, $p = .112$, $r = -.15$), huiselijke relaties ($U = 1500$, $z = -.572$, $p = .567$, $r = -.05$), geestelijke gezondheid ($U = 1517$, $z = -1.654$, $p = .098$, $r = -.15$), lichamelijke gezondheid ($U = 1548$, $z = -1.009$, $p = .313$, $r = -.09$), ADL ($U = 1440.5$, $z = -1.882$, $p = .060$, $r = -.17$), sociaal netwerk ($U = 1516.5$, $z = -1.256$, $p = .209$, $r = -.12$) en justitie ($U = 1521$, $z = -1.539$, $p = .124$, $r = -.14$).

Tabel 3. Verschillen tussen de ForFACT-groep en reguliere poliklinische groep per domein op de ZRM ($n = 120$).

	ForFACT-groep		Poliklinische groep		
ZRM-domeinen	*n* (%)	*Mdn*	*n* (%)	*Mdn*	*P*
Financiën**	60 (100%)	2.5	59 (98.3%)	3	0.013
Dagbesteding	60 (100%)	2	60 (100%)	3	0.112
Huisvesting**	59 (98.3%)	3	60 (100%)	4	0.013
Huiselijke relaties	55 (91.7%)	3	58 (96.7%)	3	0.567
Geestelijke gezondheid	60 (100%)	1	60 (100%)	1.5	0.098
Lichamelijke gezondheid	58 (96.7%)	5	59 (98.3%)	5	0.313
Verslaving*	60 (100%)	3	60 (100%)	4	0.021
Activiteiten Dagelijks Leven	59 (98.3%)	3	60 (100%)	3	0.060
Sociaal netwerk	59 (98.3%)	2	59 (98.3%)	3	0.209
Maatschappelijke participatie**	59 (98.3%)	2	59 (98.3%)	3	0.002
Justitie	60 (100%)	2.5	60 (100%)	3	0.124

* Significant verschil tussen groepen ($p \leq .05$)

** Significant verschil tussen groepen ($p \leq .01$)

Geslacht

Tot slot is de invloed van geslacht onderzocht door de zeven vrouwen plus één gematchte man niet te includeren in de analyses (n = 112). De resultaten tonen geen veranderingen wat betreft significante verschillen in de mate van zelfredzaamheid tussen de ForFACT-groep en de reguliere poliklinische groep.

Discussie

Hoofdbevindingen

De hoofdbevinding van dit onderzoek is dat ForFACT-cliënten voorafgaand aan de behandeling significant minder zelfredzaam zijn dan de vergelijkingsgroep, die reguliere poliklinische behandeling krijgt. Dit geldt voor de levensgebieden financiën, huisvesting, verslaving en maatschappelijke participatie. Er zijn geen significante groepsverschillen voor zelfredzaamheid gevonden op de levensgebieden: dagbesteding, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, ADL, sociaal netwerk en justitie.

Interpretatie

De verminderde zelfredzaamheid op meerdere levensgebieden is niet alleen kenmerkend voor ForFACT-cliënten (Neijmeijer et al., 2012; Place et al., 2011), maar in dit onderzoek ook onderscheidend gebleken ten opzichte van reguliere poliklinische cliënten. Dat geldt tenminste voor de levensgebieden financiën, huisvesting, verslaving en maatschappelijke participatie. De resultaten worden ondersteund door eerder onderzoek waaruit bleek dat financiën en (stabiele) huisvesting stressfactoren zijn voor ForFACT-cliënten (Neijmeijer et al., 2012; Place et al., 2011). Zo ervaren zij barrières om aan huisvesting te komen, aangezien contacten met formele services zoals financiële hulp en (crisis) opvang vaak verbroken zijn (Cuddeback, Pettus-Davis & Scheyett, 2011). Ook verslaving bleek in eerder onderzoek van Place e.a. (2011) kenmerkend te zijn voor 70% van de ForFACT-cliënten en is in dit onderzoek onderscheidend gebleken van reguliere poliklinische cliënten. Tevens zijn deze levensgebieden opgenomen in de huidige indicatiecriteria voor ForFACT.

Het ZRM-domein ‘maatschappelijke participatie’ is geen indicatiecriterium voor ForFACT, maar had de grootste effectgrootte in vergelijking met andere levensgebieden. Aangezien zowel persoonlijke vaardigheden als bevorderende externe factoren (bijvoorbeeld vervoer en geld) noodzakelijk zijn voor maatschappelijke participatie (Lauriks et al., 2014), omvat dit item veel factoren die bij de huidige geïndiceerde ForFACT-cliënten ontbraken. Verminderde maatschappelijke participatie zou daarom bij uitstek onderscheidend kunnen zijn voor ForFACT-cliënten.

Er werden geen significante groepsverschillen gevonden op de levensgebieden sociaal netwerk, dagbesteding, ADL en justitie, terwijl deze levensgebieden wel zijn opgenomen in

de huidige indicatiecriteria van ForFACT (Place et al., 2011). Met name op het gebied van sociaal netwerk en dagbesteding werden in onderzoek van Neijmeijer e.a. (2012) zorgbehoeften gesignaleerd bij ForFACT-cliënten, maar deze levensgebieden zijn in dit onderzoek niet onderscheidend gebleken ten opzichte van reguliere poliklinische cliënten.

Het ontbreken van een significant groepsverschil op het gebied van sociaal netwerk, kan verklaard worden doordat de meerderheid van de deelnemers in zowel de ForFACT-groep als de reguliere poliklinische groep gediagnosticeerd is met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B. Deze diagnose wordt gekenmerkt door het onvermogen sociale relaties aan te gaan en te onderhouden (American Psychiatric Association, 2013). Hierdoor zullen ForFACT-cliënten niet van reguliere poliklinische cliënten verschillen op het gebied van sociale contacten, als er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B.

Er zijn geen eenduidige verklaringen voor het ontbreken van een significant groepsverschil op het levensgebied dagbesteding. Langdurige forensisch psychiatrische cliënten zijn vaak al lange tijd uit het arbeidsproces en komen niet meer in aanmerking voor betaald werk (Bond, 2004; Macias et al., 2006). In dit onderzoek is onbekend hoelang deelnemers al in zorg waren, mogelijk waren deelnemers uit beide groepen al langer zorgafhankelijk.

Ook op het gebied van ADL werd geen significant groepsverschil gevonden. Verwaarlozing moet echter worden gesignaleerd in de directe leefomgeving, waardoor het beoordelen van de zelfredzaamheid op basis van informatie uit de cliëntendossiers mogelijk onvoldoende was.

ForFACT poogt cliënten te indiceren met recidiverend delictgedrag, omdat de intensieve zorgvorm hierop aansluit. De onderzoeksresultaten tonen daarentegen geen significant groepsverschil in delictgedrag. Aangezien beide groepen tot de forensische populatie behoren, is de frequentie van politiecontact mogelijk onvoldoende onderscheidend. Anderzijds toont onderzoek van Neijmeijer e.a. (2012) aan dat ForFACT-cliënten met een strafrechtelijke titel psychosociaal minder beperkt zijn dan ForFACT-cliënten zonder strafrechtelijke titel. De verdeling van strafrechtelijke titels van de huidige deelnemers is onbekend, mogelijk heeft deze verdeling een rol gespeeld in de onderzoeksresultaten.

Tot slot werden er geen significante groepsverschillen gevonden op de levensgebieden huiselijke relaties, geestelijke gezondheid en lichamelijke gezondheid. Zo had de meerderheid van de deelnemers geen huiselijke relaties en werden er nauwelijks lichamelijke klachten vermeld in de cliëntendossiers. Het construct ‘geestelijke gezondheid’ meet onvoldoende de terugkerende episodes van ernstige psychische aandoeningen, terwijl deze chroniciteit

kenmerkend is voor ForFACT-cliënten (Nugter et al., 2015). Mogelijk werden er hierdoor in dit onderzoek geen significante groepsverschillen gevonden tussen ForFACT-cliënten en reguliere poliklinische cliënten op deze levensgebieden.

Limitaties

De inter-beoordelaarbetrouwbaarheid voor de items geestelijke gezondheid, sociaal netwerk en maatschappelijke participatie waren redelijk. Deze levensgebieden zijn minder concreet dan andere levensgebieden zoals huisvesting, waardoor meningen gemakkelijk kunnen verschillen. Daarnaast bleek uit eerder onderzoek van Fassaert en collega's (2013) de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid afhankelijk te zijn van de hoeveelheid informatie per cliënt en niet van de Zelfredzaamheid-Matrix. In huidig onderzoek is dit niet vastgesteld, maar varieerde de hoeveelheid informatie per cliëntendossier sterk. Om te ondervangen dat niet van iedere deelnemer dezelfde informatie geanalyseerd is, is de betrouwbaarheid van de zelfredzaamheidsscores in dit onderzoek gewaarborgd door de consensusbespreking tussen beoordelaars.

De deelnemers zijn niet gematcht op opleidingsniveau aangezien deze gegevens voor de meerderheid van de deelnemers ontbraken. Opleidingsniveau heeft echter invloed op de zelfredzaamheid en op de sociaal economische status. Een lage sociaal economische status kan de zelfredzaamheid beperken en de gezondheid verminderen (Pauwels, van den Boer & Houben, 2001). In vervolgonderzoek zal voor de invloed van opleidingsniveau gecontroleerd moeten worden door deelnemers te matchen op opleidingsniveau of zal opleidingsniveau als variabele moeten worden geanalyseerd om eventuele groepsverschillen te detecteren.

Ook etniciteit is niet geanalyseerd, terwijl zelfredzaamheid cultuurgebonden kan zijn. Niet-westerse allochtonen leggen namelijk meer nadruk op collectivistische waarden, waardoor zij bijvoorbeeld meer steun ervaren vanuit hun sociale netwerk en eerder informele zorg ontvangen van familie dan autochtonen (Hofstede, 2011; Pinquart & Sörensen, 2005; Triandis, 2001). Onbekend is of dit ook geldt voor niet-westerse forensische cliënten. Onderzoek naar de invloed van cultuur op zelfredzaamheid binnen de forensische populatie zou de culturele sensitiviteit van zorg kunnen verbeteren.

Een meerderheid van mannen in tegenstelling tot vrouwen is een goede afspiegeling van de onderzoekspopulatie (Koenraadt, Lancel & De Jager, 2013). Toch is door het groeiend aantal vrouwen in de forensische zorg en de andere risico's, zorgbehoeften en responsiviteit op ondersteuning, onderzoek nodig naar de geslachtsverschillen in zelfredzaamheid

(Lammers & De Vogel, 2012; Koenraadt et al., 2013; Heilbrun et al., 2008; De Vogel, De Vries Robbé, Kalmthout & Place, 2012).

Doordat de informatie bekeken is tot aan het indicatiebesluit, was er geen informatie beschikbaar over de ouderschapssituatie. Na het indicatiebesluit volgt de risicotaxatie waarin de ouderschapssituatie wel wordt uitgevraagd. Voor vervolgonderzoek is het van belang te onderzoeken hoe cliënten van elkaar verschillen op het gebied van ouderschap. Ouders en opvoeders kunnen minder zelfredzaam zijn door forensische en psychiatrische problematiek. Daarnaast is het psychiatrische risico vergroot bij kinderen die opgroeien bij forensische psychiatrische ouders (Breuk, Van Dam, Disse & Doreleijers, 2005). Door kennis te verkrijgen over de zelfredzaamheid van cliënten die wettelijk verplicht zijn te zorgen voor minderjarige kinderen, kan de benodigde zorg worden geïndiceerd, waar ook kinderen van kunnen profiteren.

Implicaties

Door de mate van zelfredzaamheid te meten, kan problematiek op meerdere levensgebieden inzichtelijk worden en kunnen de zelfredzaamheidsscores een bijdrage leveren aan de indicatiestelling. Vervolgonderzoek met een grotere onderzoeksgroep zal moeten uitwijzen welke cut-off score op zelfredzaamheid gehanteerd kan worden om de meest passende behandeling te indiceren. Ook kan daarin worden onderzocht of de indicatiestelling te vereenvoudigen is door de ZRM in te korten, aangezien niet alle levensgebieden onderscheidend zijn gebleken in dit onderzoek. Na de indicatiestelling wordt aanbevolen de mate van zelfredzaamheid te monitoren, door deze te meten op meerdere momenten in de tijd. Aangeraden wordt om de zelfredzaamheid van cliënten op alle levensgebieden te meten, zodat meervoudige problematiek inzichtelijk blijft. Er zijn meerdere redenen om de mate van zelfredzaamheid van cliënten te monitoren en te vergroten. Ten eerste kan worden gepoogd recidiverend delictgedrag en psychische problematiek te verminderen. Ten tweede kan worden gewaakt voor het overnemen van levenstaken van de cliënt. Ten slotte is het kosteneffectief, omdat klinische opname kan worden voorkomen.

Een verminderde zelfredzaamheid op verschillende levensgebieden van cliënten kan het ForFACT-team alert maken op het risico van recidiverend delictgedrag en verergering van psychische problematiek. Met name aandacht voor (stabiele) huisvesting is nadrukkelijk van belang om ook problemen op andere levensgebieden op te lossen en te voorkomen dat deze verergeren (Barendregt, Schrijvers, Baars & Van de Mheen, 2011; Calseyn, Yonker,

Lemming, Morse, Klinkenberg, 2001). Dat geldt eveneens voor middelenmisbruik en –afhankelijkheid wat de mate van zelfredzaamheid verder kan doen afnemen (Popma, Blaauw & Bijlsma, 2012; Hodgins et al., 2007; Palijan et al., 2009). Aangeraden wordt om cliënten te stimuleren tot maatschappelijke participatie, aangezien dit een protectieve werking heeft tegen delictgedrag. Binding aan instituties die iets verder van de cliënt afstaan, zoals clubs of verenigingen, en formele contacten met collega's kunnen het risico op delictgedrag verminderen (Bouman, De Ruiter & Schene, 2010).

Vervolgonderzoek met een grotere onderzoeksgroep dient rekening te houden met het opleidingsniveau, de culturele achtergrond en het geslacht van deelnemers, aangezien deze kenmerken volgens andere onderzoeken van invloed kunnen zijn op de mate van zelfredzaamheid. Evenals ouderschap, kunnen deze kenmerken verschillende invloeden hebben op de zelfredzaamheid van cliënten. Vervolgonderzoek die de aanbevelingen in acht nemen, kan bijdragen aan het vergroten van zelfredzaamheid en het verminderen van delictgedrag en psychische problematiek.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat ForFACT-cliënten minder zelfredzaam zijn dan reguliere poliklinische cliënten op de levensgebieden: financiën, huisvesting, verslaving en maatschappelijke participatie. Vervolgonderzoek is nodig om de andere levensgebieden nader te onderzoeken: dagbesteding, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk en justitie. De onderzoeksresultaten uit het huidige onderzoek en de resultaten uit toekomstig onderzoek kunnen een bijdrage leveren aan meetbare indicatiecriteria die differentiëren tussen ForFACT en reguliere poliklinische behandeling.

Referenties

Alsem, I. (2005) Het model van de levensloopbenadering. Een bouwsteen voor de discussie over de visie van welzijn. Maatschappelijke Ondernemers Groep. Geraadpleegd op 15-05-2015 van http://www.willieoldengarm.nl/site/wp-content/uploads/Maatwerk-aanpak-eenzaamheid-.pdf.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition (DSM-V).* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Barendregt, C., Schrijvers, C., Baars, J., & Mheen, D. van de (2011). *Zorg voor zwerfjongeren met ernstige problematiek. Onderzoek naar de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod in Rotterdam.* Den Haag: Basement Grafische Producties.

Bond, G.R. (2004). Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *27*(4), 345-359.

Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, *9*(3), 141-159.

Breuk, R.E., van Dam, A., Disse, C.M., & Doreleijers, T.A.H. (2005) Functionele gezinstherapie in de behandeling van jeugdige forensisch-psychiatrische patiënten. In: Ruiter, C. de & Hildebrand, M. Behandelstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, Cure & Care Development.

Bouman, Y.H.A, de Ruiter, C., & Schene, A.H. (2010). Social ties and short-term self-reported delinquent behaviour of personality disordered forensic outpatients. *Legal and Criminological Psychology*, 15(*2*), 357-372.

Calseyn, R.J., Yonker, R.D., Lemming, M.R., Morse, G.A., & Klinkenberg, W.D. (2001). Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *15*(4), 236-248.

Clear, T.R., Rose, D.R., & Ryder, J.A. (2001). Incarceration and the community: The problem of removing and returning offenders. *Crime & Delinquency*, 47(*3*), 335-351.

Cosden, M., Ellens, J.K., & Schnell (2005). Efficacy of a Mental Health Treatment Court with Assertive Community Treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, *23*, 199-214.

Cuddeback, G.S., & Morrissey, J.P. (2011). Program Planning and Staff Competencies for Forensic Assertive Community Treatment: ACT-Eligible Verse FACT-Eligible Consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *17*, 90-97.

Cuddeback, G.S., Morrissey, J.P., & Cusack, K.J. (2008). How many Forensic Assertive Community Treatment Teams do we need? *Psychiatric Services*, *59*, 205-208.

Cuddeback, G.S., Pettus-Davis, C., &, Scheyett, A. (2011). Consumers' Perceptions of Forensic Assertive Community Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *35*(2), 101-109.

Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E., & Richards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, *52*(4), 469-476.

Fassaert, T., Lauriks, S., van de Weerd, S., Theunissen, J., Kikkert, M., Dekker, J., Buster, M., & de Wit, M. (2013a). Psychometric Properties of the Dutch Version of the Self-Sufficiency Matrix (SSM-D). *Community Mental Health Journal*. DOI 10.1007/s10597-013-9683-6.

Fassaert, T., Lauriks, S., van de Weerd, S., de Wit, M., & Buster, M. (2013b). Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, *91*(3), 169-177.

Heilbrun, K., DeMatteo, D., Fretz, R., Erickson, J., Yasuhara, K., & Anumba, N. (2008). How 'specific' are gender-specific rehabilitation needs? An empirical analysis. *Criminal Justice and Behavior*, *35*, 1382-1397.

Hocking, C., Phare, J., & Wilson, J. (2005). Everyday life following long term psychiatric hospitalization. *Health Sociology Review*, *14*, 297–305.

Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., & Aboud, A. (2007). Aggressive behaviour, victimization and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *British Journal of Psychiatry 191*, 343-350.

Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online readings in psychology and culture*, *2*(1), 8.

IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Koenraadt, F., Lancel, M., & Jager, B. de (red.). (2013). *Gewelddadige vrouwen. De schaduwzijde van Venus.* Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

Lammers, S., & Vogel, V. de (2012). Vrouwen in de tbs (pp. 309-322). In A. Slotboom, M. Hoeve, M. Ezinga, & P. van der Helm (Red.), Criminele meisjes en vrouwen: Achtergronden en aanpak. Den Haag: Boom/Lemma.

Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.

Lauriks, S., Buster, M.C.A., Wit, M.A.S. de, Weerd, S. van de, Tigchelaar, G., & Fassaert, T. (2012). *Handleiding en toelichting bij de Zelfredzaamheid-Matrix*. Amsterdam: GGD Amsterdam.

Lauriks, S., Wit, M.A.S. de, Buster, M.C.A., Fassaert, T.J.L., Wifferen, R. van, & Klazinga, N.S. (2014). The Use of the Dutch Self-Sufficiency Matrix (SSM-D) to Inform Allocation Decisions to Public Mental Health Care for Homeless People. *Community of Mental Health Journal*, February. DOI 10.1007/s10597-014-9707-x

Lehman, E.L. (1998). Nonparametrics: Statistical Methods Based on Ranks, Revised, ISBN=978-0139977350, 76-81.

Lurigio, A.J. (2001). Effective services for parolees with mental illnesses. *Crime and Delinquency*, *47*, 446-461.

Macias, C., Rodican, C.F., Hargreaves, W.A., Jones, D.R., Barreira, P.J., & Wang, Q. (2006). Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models, *Psychiatric Services*, *57*(10), 1406-1415.

Neijmeijer, L., Place, C., Rijkaart, A.M., & Kroon, H. (2012). Behandelgeschiedenis en justitie-verleden van forensische en GGZ-patiënten. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Neijmeijer, L., Rijkaart, A.M., & Kroon, H. (2012). In profiel: De doelgroepen van GGZ en Justitie. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Nugter, A., & Bähler, M. (2008). Onderzoek: Uitvoering van FACT in de praktijk. In R. van Veldhuijzen, M. Bähler, D. Polhuis, & J. van Os (Red.), *Handboek FACT* (pp. 273-285). Utrecht: De Tijdstroom.

Nugter, A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., Veldhuizen, R. van (2015). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, DOI10.1007/s10597-015-9831-2

Palijan, T. Z., Muzinic, L., & Radeljak, S. (2009). Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. *Psychiatria Danubina*, *21*(3), 429-436.

Pauwels, K., Boer, L. van den, & Houben, M. (2001). De sociaal-economische status. In: Jacobs, Van der leyden, Van den Boer (Red.), De leefsituatie van ouderen (55+) in Vlaanderen (2003). CBGS publicaties.

Pieters, G., Woezik, W. van, & Vries, D. de (2005). *Langdurige, ernstige psychiatrische stoornissen.* In: Klink, J.J.L. van der, Terluin, B. (Red.), Psychische problemen en werk. Bohn Stafleu van Loghum.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2005). Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *The Gerontologist*, *45*(1), 90-106.

Place, C., van Vught, M., Kroon, H., & Neijmeijer, L. (2011). Modelbeschrijving forensische (F)ACT. Richtlijnen voor de werkwijze en het zorgaanbod van forensische ACT- en FACT-teams. Trimbos-instituut.

Popma, A., Blaauw, E., & Bijlsma, E. (2012). *Psychiatrische comorbiditeit van verslaving in relatie tot criminaliteit*. In: Blaauw, E. & Roozen, H. (Red.), Handboek de forensische verslavingszorg. Bohn Stafleu van Loghum.

Stein, L.I., & Test, M.A. (1980). Alternatives to mental hospital treatment Part I: Conceptual model treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 392–397.

Triandis, H.C. (2001). Individualism-collectivism and personality. *Journal of personality*, *69*(6), 924.

Veldhuizen, J.R. van, & Bähler, M. (2008). Het FACT model. In: Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., Polhuis, D., & Os, J. van (red.). Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom. www.ccaf.nl

Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Kalmthout, W. van, & Place, C. (2012). Risicotaxatie van geweld bij vrouwen: naar een meer gender-sensitieve methode. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *54*, 329-338.

Van Vugt, M.D., Kroon, H., Delespaul, P.A.E.G., Dreef, F.G., Nugter, A., Roosenschoon, B.J. (2011). Assertive community treatment in the Netherlands: Outcome and model fidelity. *Canadian Journal of Psychiatry*, *56*, 145–160.

Wanberg, C.R. (2012). The individual experience of unemployment. *Annual Review of Psychology*, *63*, 369-96.

Bijlage A

ZRM Score Formulier

ZRM 2013
Standaard score formulier

Cliënt informatie

Achternaam:	Voornaam:	Voorletters:

BSN: (9-cijfer) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | Geslacht: (omcirkel) **M** **V** | Geboortedatum: (dd/mm/jjjj)

Screening informatie

Datum screening: (dd/mm/jjjj) | Kenmerk screener: (naam)

Achtergrond informatie

Zorgverzekering aanwezig? **Ja** **Nee** **In aanvraag** (omcirkel)

Cognitief vermogen **Belemmering** **Nader te onderzoeken** **Geen belemmering** (omcirkel)

Taal belemmering? **Ja** namelijk in: **Spreken** **Lezen** **Schrijven** **Verstaan** (omcirkel) **Nee** (omcirkel)

Verantwoordelijkheid voor kinderen? **Ja** namelijk voor: **Jonge kinderen (0-12 jr.)** **Oudere kinderen (13-18 jr.)** (omcirkel) **Nee** (omcirkel)

Het ZRM-supplement: Ouderschap is van toepassing!

ZRM-beoordeling

Beoordeel het niveau van de zelfredzaamheid van de cliënt aan de hand van de Zelfredzaamheid-Matrix. Geef op ieder domein een beoordeling. Omcirkel één score per domein. Geef per domein ook aan of, en zo ja, welk soort hulp aanwezig is

Domein	ZRM-Score					Hulp aanwezig?		
Financiën	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Dagbesteding	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Huisvesting	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Huiselijke relaties	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Geestelijke gezondheid	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Lichamelijke gezondheid	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Verslaving	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Activiteiten Dagelijks Leven	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Sociaal netwerk	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Maatschappelijke participatie	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Justitie	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee

© GGD Amsterdam, 2012.

Vervolg Bijlage A

ZRM Score Formulier

Beoordeling ZRM-supplement: Ouderschap

Beoordeel het niveau van de zelfredzaamheid van de cliënt aan de hand van ZRM-supplement: Ouderschap als dit van toepassing is op de cliënt. Geef op ieder aanvullend domein een beoordeling. Omcirkel één score per domein.
Geef per domein ook aan of, en zo ja, welk soort hulp aanwezig is

Domein	ZRM-Score					Hulp aanwezig?		
Lichamelijke verzorging	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Sociaal-emotionele ondersteuning	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Scholing	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee
Opvang	1	2	3	4	5	Ja	☐ formeel ☐ informeel	Nee

© GGD Amsterdam, 2012. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs. De gebruiker mag deze uitgave niet voor willekeurige commerciële doeleinden gebruiken, aanpassen, of overbrengen. Contact: zrm@ggd.amsterdam.nl

Bijlage B

Resultaten Totale Onderzoeksgroep

De totale onderzoeksgroep bestond uit 152 deelnemers, waarvan 138 mannen en 14 vrouwen met een leeftijdsrange van 18 tot en met 58 jaar (*M* = 32.36 ± *SD* = 9.009). Binnen de totale onderzoeksgroep (*n* = 152) werden er geen statistisch significante groepsverschillen gevonden wat betreft de matchingsvariabelen (Tabel B1).

De resultaten tonen bij inclusie van de deelnemers uit de KIB en detentie en de daaraan gekoppelde deelnemers op drie extra ZRM-domeinen significante groepsverschillen tussen ForFACT en de reguliere poliklinische groep (Tabel B2). ForFACT-deelnemers bleken nu ook significant minder zelfredzaam dan reguliere poliklinische deelnemers op de domeinen: dagbesteding, activiteiten dagelijks leven, en sociaal netwerk.

Tabel B1. Kenmerken van de totale onderzoeksgroep (*n* = 152).

Kenmerken	ForFACT-groep	Poliklinische groep	
n (%)	*n* = 76	*n* = 76	*p*
Geslacht			
Man	70 (92.1%)	68 (89.5%)	0.576
Vrouw	8 (10.5%)	6 (7.9%)	
Leeftijdscategorieën			0.965
18-25	22 (28.9%)	22 (28.9%)	
26-35	27 (35.6%)	26 (34.3%)	
36-45	20 (26.3%)	24 (31.5%)	
46-55	6 (7.9%)	3 (4%)	
>55	1 (1.3%)	1 (1.3%)	
Type delict			0.907
Agressie algemeen	52 (68.4%)	50 (65.8%)	
Huiselijk geweld	8 (10.5%)	13 (17.1%)	
Vermogen	11 (14.5%)	8 (10.5%)	
Zeden	1 (1.3%)	3 (3.9%)	
Overig	4 (5.3%)	2 (2.6%)	
Primaire diagnose			0.381
Persoonlijkheidsstoornis			
Antisociaal	32 (42.1%)	34 (44.7%)	
Borderline	5 (6.6%)	8 (10.5%)	

NAO	14 (18.4%)	14 (18.4%)	
Overig	4 (5.3%)	4 (5.3%)	
Stoornissen in de kindertijd	4 (5.3%)	7 (9.2%)	
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	7 (9.2%)	2 (2.6%)	
Stemmingsstoornissen	3 (3.9%)	4 (5.3%)	
Angststoornissen	2 (2.6%)	1 (1.3%)	
Stoornissen in de impulsbeheersing	1 (1.3%)	0 (.0%)	
Seksuele stoornissen en genderidentiteits-stoornissen	1 (1.3%)	0 (.0%)	
Andere aandoeningen en problemen die reden voor zorg kunnen zijn	3 (3.9%)	2 (2.6%)	
Relationele status			0.663
Alleenstaand	61 (80.3%)	54 (71.1%)	
Relatie	11 (14.4%)	17 (22.3%)	
Gescheiden	4 (5.3%)	5 (6.6%)	

Vervolg Bijlage B

Resultaten Totale Onderzoeksgroep

Tabel B2. Verschillen tussen de ForFACT-groep en de reguliere poliklinische groep per domein op de ZRM (n = 152).

	ForFACT-groep		Poliklinische groep					
ZRM-domeinen	*n* (%)	*Mdn*	*n* (%)	*Mdn*	*U*	*z*	*r*	*p*
Financiën**	76 (100%)	3	74 (97.4%)	3	2140.000	-2.710	-.22	0.007
Dagbesteding**	69 (90.8%)	2	74 (97.4%)	3	1934.500	-2.600	-.22	0.009
Huisvesting**	70 (92.1%)	3	75 (98.7%)	4	1845.500	-3.268	-.27	0.001
Huiselijke relaties	63 (82.9%)	3	71 (93.4%)	3	2032.500	-.9540	-.08	0.340
Geestelijke gezondheid	76 (100%)	1	76 (100%)	1	2497.500	-1.610	-.13	0.107
Lichamelijke gezondheid	74 (97.4%)	5	74 (97.4%)	5	2444.500	-1.256	-.10	0.209
Verslaving**	72 (94.7%)	3	75 (98.7%)	4	1939.500	-3.041	-.25	0.002
Activiteiten Dagelijks Leven**	68 (89.5%)	3	74 (97.4%)	4	1904.000	-2.673	-.22	0.008
Sociaal netwerk*	74 (97.4%)	2	75 (98.7%)	3	2276.000	-1.982	-.16	0.047
Maatschappelijke participatie**	68 (10.5%)	2	72 (94.7%)	3	1627.500	-3.626	-.31	0.000
Justitie	74 (97.4%)	2	76 (100%)	3	2466.000	-1.369	-.11	0.171

* Significant verschil tussen groepen ($p \leq .05$)

** Significant verschil tussen groepen ($p \leq .01$)