



Universiteit Utrecht

de Waag

**Een Onderzoek naar de Verschillen in Zorgzwaarte
tussen Poliklinische Cliënten en Forensische Flexibele
Assertive Community Treatment Cliënten**

Masterthese Klinische en Gezondheidspsychologie

Natasja Nieuwenhuis BSc. (3856291)

Begeleiders:

Dr. Ing. Gert-Jan Prosman, Universiteit Utrecht

Drs. Ine Kusters, De Waag, Forensische Zorgspecialisten

Dr. Joan van Horn, De Waag, Forensische Zorgspecialisten

16 november 2015

Aantal woorden: 4779

Samenvatting

Dit onderzoek is een grondlegging voor de onderbouwing van de indicatiecriteria voor Forensische Flexibele Assertive Community Treatment (ForFACT). ForFACT is een outreachende behandeling, waar nog geen gestandaardiseerde indicatiestelling voor bestaat. Een verbeterde indicatiestelling kan zorgen voor een verlaging in de zorgkosten en een verbetering van de zorg als geheel. Door middel van een gematcht retrospectief dossieronderzoek zijn de scores van 152 cliënten van de Waag, Utrecht (Nederland) onderzocht middels een vragenlijst over zorgzwaarte (zorgzwaarte bepaling, ZZB). Voor dit onderzoek zijn ForFACT cliënten ($n = 76$) vergeleken met poliklinische cliënten ($n = 76$). Eerst is de betrouwbaarheid van de vragenlijst onderzocht. De vragenlijst bleek voor zeven van de acht items betrouwbaar, enkel psychiatrische problematiek scoorde gering. Om de groepsverschillen te testen is er een Mann-Whitney uitgevoerd op de losse items van de vragenlijst. De ZZB bleek een goed onderscheidend vermogen te hebben op zeven van de acht items. ForFACT cliënten scoorden significant hoger op recidive risico, middelengebruik, psychiatrische problematiek, eerdere behandelingen, psychosociale problematiek en ontbreken van parallelle hulpverlening. Geconcludeerd kan worden dat huidig onderzoek heeft bijgedragen aan de empirische onderbouwing van huidig klinisch oordeel en in de toekomst eventueel kan worden ingezet als hulpmiddel.

Abstract

The aim of this study is a foundation to indication criteria for Forensic Function Assertive Community Treatment. Currently there are no systematic and standardised indication criteria to ForFACT, which is an outreaching treatment. By means of a matched retrospective file research the scores on a questionnaire about intensity of care (The dutch questionnaire used is called: *Zorgzwaarte bepaling, ZZB*) of 152 clients of de Waag, Utrecht (the Netherlands). ForFACT patients ($n = 76$) and outpatients ($n = 76$) are compared. Prior to the analysis the reliability of the questionnaire was checked and found reliable for seven out of eight items. To measure differences between ForFACT clients and outpatients a Mann-Whitney analysis was used. ForFACT clients scored significantly higher on risk of recidivism, substance abuse, mental illness, previous treatments, psychosocial problems, need for additional care and clinical judgement. In conclusion it can be said that the ZZB can be applied as empirical evidence to substantiate the exiting indication criteria of ForFACT. In the future the ZZB might be of aid in the actual indication if proven correct. An improved indication can conclude in fewer costs in healthcare and an improvement of the treatment.

Voorwoord

Afgelopen maanden zijn veelbewogen geweest zowel op persoonlijk als academisch gebied. Buiten het ervaren hoe het is om in de praktijk bezig te zijn met het verzamelen van data en kennis, heeft een eerste contact met het klinische werkveld plaatsgevonden. Ik heb dit als heel leerzaam ervaren en wil graag dank betuigen aan mijn begeleiders Ine Kusters en Joan van Horn, zij hebben voor mij klaargestaan met adviezen in schrijven en statistiek. Bedankt dat jullie mij de kans hebben gegeven mijn onderzoek bij jullie, de Waag centrum voor ambulante forensische GGZ, te doen. Ook wil ik Gert-Jan Prosman bedanken, hij was er niet alleen voor mij in de begeleiding van mijn thesis, maar toonde ook interesse in mijn persoonlijke ervaringen buiten het vakgebied. Daarnaast wil ik Tamar, Nerissa en Hannah bedanken, met jullie heb ik oneindig lang durende uren dossiers gescoord. Liep bij een van ons de zorgzwaarte op, konden we steun vinden bij de ander en elkaar helpen met het vergaren van nieuwe inzichten. En in het bijzonder Hannah, mijn steun en toeverlaat tijdens mijn scriptie, maar ook buiten mijn scriptie. Jij hielp me door de slapeloze nachten, die werden hersteld met liters koffie, bedankt voor alles.

INHOUD

Inleiding	5
Forensische FACT	5
Zorgzwaarte	7
Methode	9
Design	9
Participanten	9
Procedure	10
Data-analyse	10
Resultaten	11
Betrouwbaarheid van zorgzwaartebeoordeling	12
Verschillen in zorgzwaarte tussen ForFACT en poliklinische cliënten	13
Discussie	14
Bijlage 1 Zorgzwaartebeoordeling	22

Inleiding

Het blijkt dat er een stijging plaatsvindt van het aantal gevangenen, reclassanten en voortijdig vrijgelaten criminelen met een psychische stoornis in Canada, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk (James & Glaze, 2006). Er wordt geschat dat 24% van de gedetineerden in Amerikaanse staatsgevangnissen een psychische stoornis hebben (Taxman & Pattavina, 2013). Bulten en Nijman (2009) tonen aan dat ook in Nederland bij 81,7% van de gedetineerden ooit sprake is geweest van een psychiatrische stoornis. Jaarlijks worden er in Nederland 40.000 mensen opgesloten in een penitentiaire inrichting. Het aantal strafrechtelijke titels waarop het mogelijk is om zorg te krijgen is de afgelopen jaren aanzienlijk uitgebreid. Er heeft ook een uitbreiding plaatsgevonden van verschillende typen forensische zorg, variërend van ambulante behandeling en begeleiding tot een klinische opname in een forensisch psychiatrisch centrum (Boonmann, Wartna, Bregman, Schapers & Beijersbergen, 2015).

Uit onderzoek van het Ministerie van Veiligheid en Justitie blijkt dat minstens 22,8% van de ex-tbs-gestelden recidiveert. De recidivecijfers van mensen die geen behandelingen hebben gekregen liggen echter een stuk hoger, bij ex-gedeteneerden is dit 48% en bij ex-reclassanten is dit 35% (Eisenberg & van Horn, 2015). Uit de recidivecijfers van de Waag, centrum voor ambulante forensische GGZ, blijkt dat na behandeling 19,3% van alle ex-cliënten binnen twee jaar recidiveert. Forensisch psychische behandeling is van groot belang als onderdeel van de straf (Andrews & Bonta, 2007), omdat het aantal gevallen van recidive hierdoor vermindert (Eisenberg & van Horn, 2015). Door daders van zware geweld- en zedenmisdrijven langer onder intensief toezicht stellen wil de overheid recidive en overlast op straat verminderen (persbericht Rijksoverheid, 2010; Wartna, Bregman, Schapers, Blom & Boonmann, 2014). Criminologen zijn het er over het algemeen over eens dat strafrechtelijke interventies het beste buiten de muren van een inrichting, ook wel ambulante genoemd, kunnen plaatsvinden (Wartna et al., 2012; Wartna, Bregman, Schapers, Blom & Boonmann, 2014). Een vorm van ambulante zorg is poliklinische zorg, waarbij de cliënt naar de polikliniek toegaat en daar behandeling ondergaat. Bij ambulante zorg kan het ook zijn dat de zorgverstreker zich verplaatst naar de patiënt, dit is bekend onder de term outreachend.

Forensische FACT

Assertive Community Treatment (ACT) is een ambulante interventie die gebruik maakt van de mogelijkheid de zorg naar de cliënten toe te brengen (Place et al., 2011). Flexibele ACT is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT (Veldhuizen, Bähler, Polhuis & van Os, 2008). FACT richt zich op de groep mensen die lijdt aan langdurige, ernstige psychische problematiek en combineert ACT met zorgcoördinatie; er is sprake van casemanagement en de zorg kan worden opgeschaald als daar reden toe is. Betreffende cliënten hebben problematiek op vele levensgebieden. FACT probeert met een multidisciplinair team deze mensen te behandelen op een manier die aansluit bij hun problemen. Outreachend, omdat ze zorgmijdtend zijn en vaak al een lang traject aan

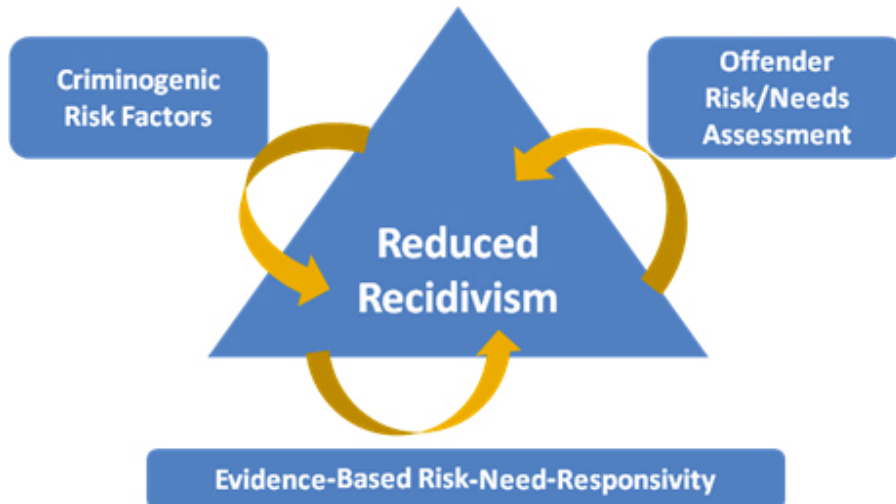
behandelingen achter de rug hebben (Place, van Vugt, Kroon & Neijmeijer, 2011; Veldhuizen, Bähler, Polhuis & van Os, 2008).

Sinds 2007 zijn er in Nederland forensische FACT-teams gestart. Forensisch FACT (ForFACT) is gericht op mensen met langdurige, ernstige psychiatrische aandoeningen, en problemen en disfunctioneren op diverse gebieden als gevolg van hun aandoening. Ze hebben bijvoorbeeld geen werk, zijn nauwelijks opgeleid en kunnen verslaafd zijn, met geldproblemen tot gevolg. Hier liggen vaak verstandelijke, cognitieve problemen aan ten grondslag, soms gecombineerd met persoonlijkheidsproblematiek. Het doel van ForFACT is om deze cliënten te begeleiden, te ondersteunen en te behandelen. Cliënten worden ondersteund om weer te participeren binnen de maatschappij, op een manier die zij als prettig en veilig ervaren. In 2012 startte het Forensisch FACT-team van de Forensische Zorgspecialisten (ForFACT DFZ). Anders dan reguliere FACT-teams, biedt dat team specifieke begeleiding en behandeling aan mensen met klinische en/of persoonlijkheidsstoornissen met een hoog risico op overlastgevend gedrag en het plegen van delicten. Ook somatische klachten en met name problemen in de psychosociale omgeving, spelen een grote rol. Forensische FACT cliënten hebben vaak een lange geschiedenis van opnames en perioden van detentie. Bij ForFACT wordt er gewerkt aan continuïteit van zorg, om eventuele opnames te voorkomen of om de maatschappelijk ontwrichtende patronen te doorbreken. Vanuit de gedachte dat de complexiteit van de problematiek vaak een ketenbenadering vereist, is er nauwe, multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk (Place, Van Vugt, Kroon & Neijmeijer, 2011; Veldhuizen & Bähler, 2008).

Risk Need Responsivity model

Het Risk Need Responsivity (RNR) model is een paradigma over assessment en rehabilitatieve programmering. Het is ontwikkeld vanuit persoonlijkheidstheorieën en het cognitieve sociale leerperspectief van menselijk gedrag (Andrews & Bonta, 2010; Andrews, Bonta & Wormith, 2011). Het model gaat ervanuit dat crimineel gedrag wordt aangeleerd in sociale contexten. Het kent drie basisprincipes: het risicoprincipe, het behoefteprincipe, en het responsiviteitsprincipe. Het risicoprincipe houdt in dat de intensiteit van een behandeling afgestemd moet zijn op het recidiverisico: hoe hoger het risico, des te langer en frequenter de behandeling. De behandeling dient gericht te worden op de specifieke criminogene factoren van deze cliënt, dat is, gericht op het behoefteprincipe. Dit houdt in dat de behandeling gericht moet zijn op de dynamische risicofactoren. Verslaving, antisociaal gedrag, pro criminele attitudes en het ontbreken van een positief sociaal netwerk zijn belangrijke dynamische risicofactoren die in behandeling naar voren kunnen komen. Het responsiviteitsprincipe probeert te bewaken dat de meest passende behandeling wordt gegeven aan iedere cliënt. Door te kijken naar de leerstijl, wat de cliënt motiveert en de krachten en vaardigheden van een cliënt kan een instelling de succesratio van

rehabilitatie zo hoog mogelijk maken en het recidiverisico verminderen (Andrew & Bonta, 2010; Andrew & Bonta, 2007; Bonta & Wormith, 2013). In Figuur 1 is een schematische weergave te zien van het RNR-model. Uit onderzoek blijkt dat penitentiaire programma's die voldoen aan de voorwaarden van het RNR-model recidive met 35% kunnen verminderen (Andrew & Bonta, 2010).



Figuur 1. Schematische weergave van het Risk-Need-Responsivity model van Andrew en Bonta.

Herdruckt van <http://www.courtview.com/evidenced-based>

Zorgzwaarte

Zorgzwaarte bepaalt de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft, hieruit kan de inzet van middelen worden berekend. De vraag naar zorg hangt van verschillende factoren af. Onder meer epidemiologische, demografische, sociaal culturele en institutionele ontwikkelingen hebben effect op de zorgvraag. Zo heeft er in de zorg een verplaatsing plaatsgevonden van klinische opnames naar meer dagopnames of polikliniekbezoeken (Calsbeek, Hingstman & van der Windt, 1997). ForFACT cliënten hebben een hoger delict- en recidiverisico (Neijmeijer et al., 2014 in Mulder en Polhuis, 2015). De risico's en behoeften van deze groep zijn hoog en de responsiviteit bij reguliere zorg ligt laag (Cuddeback et al., 2009; Place et al., 2011; Veldhuizen et al., 2008). Dit is mede bepaald door de statische en dynamische risicofactoren die terugkomen in het RNR-model (Andrew & Bonta, 2010; Andrew & Bonta, 2007; Bonta & Wormith, 2013). Zo hebben FACT-clieënten vaker ernstige stoornissen, zoals bipolaire stoornis of schizofrenie (Cuddeback, Wright & Bisig, 2013). Ook hebben FACT-clieënten met een forensische achtergrond een hoger risico op arrestaties, detentie, zijn ze vaker dakloos en worden ze vaker vroegtijdig ontslagen van de behandeling, dan cliënten die geen forensische achtergrond hebben (Beach et al. 2013). Cliënten in deze populatie kunnen niet goed profiteren van reguliere psychiatrische zorg, wat een alternatief als ForFACT noodzakelijk maakt (Veldhuizen & Bähler, 2008). Hieruit kan worden geconcludeerd dat de zorgzwaarte voor ForFACT cliënten hoog ligt.

Relevantie onderzoek

In het rapport *Stoornis en Delict van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)* van

juli 2012 staat dat door een vermindering van het aantal bedden in de open algemene behandelcapaciteit, financiering ontstaat voor een uitbreiding van de FACT teams. Zij streven naar goede forensische ketenzorg die zowel de behandeling van de patiënten, als de veiligheid van de samenleving ten goede komt. Zij adviseren een uitbreiding naar 40 à 50 FACT teams. Mulder en Polhuis (2015) wijzen er echter op dat het aantal teams op 20 blijft steken. Dit heeft als gevolg dat de professionals een groot deel van hun tijd kwijt zijn met het regelen van indicaties, terwijl door de huidige transitie in de zorg het indiceren wordt bemoeilijkt (Cuddeback, Morrissey & Cusack, 2008; Hoof, van Vugt, Knispel & Kroon, 2012). Uit onderzoek van Cusack en zijn collega's (2010) blijkt dat ForFACT cliënten minder vaak in detentie zitten en minder dagen gehospitaliseerd zijn, dan patiënten die een standaard behandeling ontvangen. De extra kosten voor outreachende behandeling worden deels gecompenseerd, doordat er daarna minder opnames zijn (Cuddeback, Morrissey & Cusack, 2008; Cusack, Morrissey, Cuddeback, Prins & Williams, 2010). Op deze manier kan er in theorie een vermindering in de kosten van de zorg plaats vinden, mits indicatie versnelt en er een uitbreiding van FACT teams plaatsvindt.

Ongestructureerde klinische inschattingen zijn minder betrouwbaar (Borum, 1996; Monahan et al., 2000; de Ruiters, 2000). De voorkeur gaat daarom uit naar het structureren voor het betrouwbaar maken van de indicatie, dit onderzoek tracht hier aan bij te dragen. Indicatie voor ofwel ForFACT ofwel poliklinische behandeling vindt momenteel plaats aan de hand van een klinisch oordeel in combinatie met reeds bestaande indicatiecriteria. Dit oordeel is beperkt in wetenschappelijke basis (Place, van Vugt, Kroon & Neijmeijer, 2011; Veldhuizen & Bähler, 2008). Tevens is de eventuele vermindering in zorgkosten in de toekomst die eerder werd genoemd een motivatie voor het structureren. Huidig onderzoek vond plaats als onderdeel van een groter onderzoek naar de indicatiecriteria voor ForFACT. Een andere reden voor onderzoek is het valideren van de zorgzwaartebepaling. Tot op heden is deze vragenlijst niet onderzocht op zijn betrouwbaarheid, dit kan tevens een uitkomst zijn. Zoals het RNR-model tracht te bewaken dat cliënten de behandeling ontvangen die het best bij hen past, is het bij ForFACT ook van belang dat enkel de mensen die geïndiceerd zijn voor ForFACT deze behandeling ontvangen. Dit is wat men tegenwoordig als *matched care* bestempelt, zorg die het best past bij de problematiek van de cliënt. De zorgzwaarte moet passend zijn bij de zwaarte van de problematiek en de risico's. Om dit onafhankelijk vast te stellen, wordt in dit onderzoek gekeken of er verschillen zijn tussen ForFACT en poliklinische cliënten aan de hand van zorgzwaarte. Wanneer er verschil wordt gevonden, draagt dit bij aan een wetenschappelijke basis van het huidige klinische oordeel. Tevens kan het standaardiseren van indicatie aan de hand van een vragenlijst bijdragen aan de empirische onderbouwing. Verwacht wordt dat de zorgzwaarte van ForFACT cliënten, gezien de complexe, meervoudige en vaak langdurige problematiek die speelt, bij hen gemiddeld hoger zal liggen dan bij de poliklinische cliënten.

Method

Design

Het onderzoek betrof een retrospectief dossieronderzoek bij cliënten die in de periode van juli 2005 – januari 2015 werden geïndiceerd voor forensische behandeling op de polikliniek van de Waag en cliënten die in de periode oktober 2012 – januari 2015 werden geïndiceerd voor ForFACT. De onafhankelijke variabele was de huidige behandeling, ForFACT of poliklinisch. De afhankelijke variabelen waren het klinische oordeel van de ZZB en de scores op de losse items van de ZZB.

Participanten

In het onderzoek werden 152 cliënten geïncludeerd. Zij zijn in behandeling geweest bij ForFACT of de polikliniek van de Waag Forensische Zorgspecialist, regio Utrecht, of zijn hier nog steeds in behandeling. De dossiers van beide groepen cliënten werden zoveel mogelijk gematcht op basis van geslacht, leeftijd, type delict, primaire diagnose en burgerlijke staat. Voorafgaand werd door alle cliënten een informed consent ingevuld. De cliënten waren vrijwillig bij de behandeling aangemeld, of door middel van een juridische maatregel.

In totaal waren er, van de 152 cliënten, veertien vrouwen. De condities waren gelijk verdeeld. Negen cliënten zaten gedurende het onderzoek in detentie en acht cliënten zijn na een behandeling op de Klinisch Intensieve Behandeling (KIB) bij ForFACT aangemeld, waarvan één cliënt zowel uitstroom van de KIB was, als in detentie zat voorafgaande aan de behandeling. De KIB biedt zorg aan een gedifferentieerde doelgroep en richt zich mede op cliënten die voorheen op straat verbleven, voor veel overlast zorgden en door hun gedrag buiten het bereik zijn van de reguliere GGZ en verslavingszorg (Trimbos-instituut, 2013). Gezien de noodzaak tot klinische opname werd verwacht dat de zorgzwaarte van deze groep cliënten hoger ligt en een invloed kon hebben op de uitkomsten. De jongst geïncludeerde cliënt was achttien jaar oud ten tijde van de intake, de oudste cliënt was 58 jaar.

Meetinstrumenten

In het onderzoek werd gebruik gemaakt van de Zorgzwaartebepaling Forensische Psychiatrie (ZZB), ontwikkeld door G. Blok, psychiater bij de Waag Zeeland (2011). Deze lijst is niet gevalideerd. De ZZB bestaat uit zeven items die elk gescoord worden op afwezigheid (0), twijfel (1) en maximaal aan de orde (2). Van de items is uit de literatuur en andere psychologische/psychiatrische meetinstrumenten bekend, dat het de zorgzwaarte van cliënten verhoogt (Blok, 2011). De uiteindelijke weging van de zorgzwaarte werd gedaan met een klinische inschatting van de zorgzwaarte op een schaal van nul tot vijf. Er werd gekeken naar de onderlinge combinatie van factoren. De ZZB bestaat uit de volgende items:

1. Het ingeschatte risico op recidive: dit item werd beoordeeld aan de hand van een risicotaxatie lijst die reeds is ingevuld.
2. Middelengebruik: hier werd gekeken naar de duur en intensiteit van het gebruik, het soort middel, de mate van inzicht in het gebruik en de invloed op het dagelijks leven.
3. Psychiatrische problematiek: hier werd gekeken naar de ernst van de problematiek, mate van impulscontrole, de mate van zelfinzicht en tevens behandelbaarheid.
4. Verstandelijke beperking: hier werd gekeken naar de intelligentie en of deze van invloed was op het dagelijks functioneren.
5. Eerdere behandelingen: hier werd gekeken naar de frequentie en de duur van eerdere behandelingen en of deze succesvol waren.
6. Psychosociale problematiek: hier werd gekeken of er op de levensterreinen wonen, werk, financiën, familie/relatie, sociaal netwerk problemen waren, als de cliënt op meer dan twee gebieden problemen ondervond, werd een twee gescoord.
7. Het ontbreken van parallelle hulpverlening: hier werd gekeken naar de noodzaak van parallelle hulpverlening. Als er al hulpverlening was, werd gekeken of deze voldeed of dat er nog meer hulpverlening gewenst was. Gedacht moet worden aan bijvoorbeeld buurthulp, schuldhulpverlening en verslavingszorg.

Procedure

Het onderzoek vond plaats als onderdeel van een groter onderzoek naar de indicatiecriteria voor ForFACT. Van alle cliënten werden de demografische gegevens geleverd door de afdeling ICT van de Waag. Er werd op basis van een aantal variabelen een poliklinische match gezocht. Vier studenten hebben in drie rondes alle 152 dossiers gescoord. Ieder dossier werd door twee studenten onafhankelijk van elkaar gescoord, dit was ten behoeve van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Deze twee studenten deden vervolgens samen een consensusbespreking waarin een derde scoring plaatsvond. Alle studenten hadden voorafgaande aan de scoring een training gevolgd in het afnemen van risicotaxatie instrumenten. Tevens was er een document met daarin richtlijnen voor het scoren om de betrouwbaarheid te vergroten. De studenten wisten vooraf niet welke cliënt bij welke behandeling zat, hierdoor was er geen invloed van verwachtingen op de scoring. De dataset werd op de Waag te Utrecht gescoord en bewaard. Tevens werd tien procent van de ingevoerde data gecontroleerd, hier werden geen fouten gevonden in de scoring van de ZZB.

Data-analyse

Om te bepalen hoeveel cliënten er nodig waren voor de ForFACT groep (experimenteel) en poliklinische groep (vergelijking) is een powerberekening uitgevoerd met G*Power 3. Het benodigde aantal cliënten kwam op minstens 74 per groep, de power is met 76 cliënten per groep

behaald (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). In de gehele dataset waren er twee missende waardes, deze konden verklaard worden. Er was geen reden om de missende waardes op te vullen, dit had geen invloed op de power.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd berekend met Cohen's kappa, omdat er meerdere beoordelaren waren en er op deze manier werd gecontroleerd voor systematische en niet systematische fouten in de scoring voor categoriale data (Field, 2009; Sim & Wright, 2005). Middels de Mann-Whitney is gekeken welke items van de ZZB verschillen tussen de ForFACT en de poliklinische groep op basis van het klinisch oordeel. Aan de hand hiervan konden de verschillen tussen de twee groepen worden beschreven. De Mann-Whitney is een non-parametrische toets waarmee de verschillen op de items werden bekeken gezien deze op ordinaal meetniveau waren. Deze toets werd gebruikt, omdat er minstens een voorwaarde voor een onafhankelijke t-toets werd geschonden. Er was één onafhankelijke variabele, dit was de behandeling. De afhankelijke variabele waren de items en het klinisch oordeel, deze waren op ordinaal niveau (Field, 2013).

Resultaten

Matching

Voorafgaande aan de analyses is gekeken of de matching van de groepen goed was uitgevoerd. Er bleken geen verschillen tussen de groepen. De gemiddelde leeftijd tussen de groepen was gelijk voor ForFACT ($M = 32.29$, $SD = 8.77$) en poliklinisch ($M = 32.43$, $SD = 9.30$), $p = .965$. In Tabel 1 is een overzicht van de karakteristieken waarop gematcht is te vinden.

Tabel 1

Overzicht geslacht, type delict, primaire diagnose en burgerlijke staat per behandeling

	Poliklinisch <i>n</i> = 76 (50.0%)	ForFACT <i>n</i> = 76 (50.0%)	<i>p</i>
Geslacht			.576
Man	68 (89.5%)	70 (92.1%)	
Vrouw	8 (10.5%)	6 (7.9%)	
Type Delict			.907
Agressie algemeen	50 (65.8%)	52 (68.4%)	
Huiselijk Geweld	13 (17.1%)	8 (10.5%)	
Vermogen	8 (10.5%)	11 (14.5%)	
Zeden	3 (3.9%)	1 (1.3%)	
Overige	2 (2.6%)	4 (5.3%)	
Primaire diagnose			.381
Antisociale PS	34 (44.7%)	32 (42.1%)	
Borderline PS	8 (10.5%)	5 (6.6%)	
PS NAO	14 (18.4%)	14 (18.4%)	
Overige PS	4 (5.3%)	4 (5.3%)	
Stoornissen kindertijd	7 (9.2%)	4 (5.3%)	
Psychotische stoornissen	2 (2.6%)	7 (9.2%)	
Stemmingsstoornissen	4 (5.3%)	3 (3.9%)	
Angststoornissen	1 (1.3%)	2 (2.6%)	
Seksuele stoornissen	0 (0.0%)	1 (1.3%)	
Impulsbeheersing	0 (0.0%)	1 (1.3%)	
Andere aandoeningen	2 (2.6%)	3 (3.9%)	
Burgerlijke staat			.663
Gehuwd	9 (11.8%)	8 (10.5%)	
Gescheiden	5 (6.6%)	4 (5.3%)	
Ongehuwd	54 (71.1%)	61 (80.3%)	
Ongehuwd samenwonend	8 (10.5%)	3 (3.9%)	

Betrouwbaarheid van zorgzwaartebepaling

Het eerste doel van dit onderzoek was, het nagaan van de betrouwbaarheid van de ZZB. De Cohen's kappa is uitgevoerd (Sim & Wright, 2005). Uit de resultaten bleek dat de Cohen's kappa varieerde van .146 (psychiatrische problematiek) tot .876 (eerdere behandeling). In Tabel 2 is een overzicht van de Cohen's kappa per item van de ZZB.

Tabel 2

Cohen's Kappa per item van de ZZB en interpretatie volgens Landis en Koch (1977)

<i>Items</i>	<i>Cohen's kappa</i>	<i>Two-tailed</i>	<i>Interpretatie</i>
Recidive risico	.631	<.001**	Voldoende tot goed
Middelengebruik	.822	<.001**	Bijna perfect
Psychiatrische problematiek	.146 .814	.045* <.001**	Gering Bijna perfect
Verstandelijke beperking	.876	<.001**	Bijna perfect
Eerdere behandelingen	.605	<.001**	Voldoende tot goed
Psychosociale problematiek	.780 .767	<.001** <.001**	Voldoende tot goed Voldoende tot goed
Overige hulpverlening Klinisch oordeel			

* = $p < .05$; ** = $p < .01$ *Verschillen in zorgzwaarte tussen ForFACT en poliklinische cliënten*

Het tweede doel in dit onderzoek was om de verschillen te bekijken tussen ForFACT en polycliënten aan de hand van de ZZB. De data bleek normaal verdeeld. Om na te gaan of er een verschil was op de items is een aantal keer een Mann-Whitney test uitgevoerd met behandeling (ForFACT of poliklinisch) als onafhankelijke variabele en de items van ZZB als afhankelijke variabele. In Tabel 3 is een overzicht te vinden. Uit de resultaten bleek dat alle items significant verschilden, behalve verstandelijke beperking. De p -waarde werd door twee gedeeld, omdat de toets een verwachte richting heeft.

Tabel 3

Overzicht Mann-Whitney op items ZZB met soort behandeling als onafhankelijke variabele

<i>Items</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>One-tailed p</i>
		<i>Poliklinisch</i>	<i>ForFACT</i>	
Recidive risico	152	69.93	83.67	.006**
Middelengebruik	152	69.80	83.20	.032*
Psychiatrische problematiek	152	67.36	85.64	.002**
Verstandelijke beperking	152	73.63	79.83	.169
Eerdere behandelingen	151	68.20	83.70	.004**
Psychosociale problematiek	151	66.50	85.38	<.001**
Overige hulpverlening	152	66.62	86.38	.002**

Klinisch oordeel	152	57.61	95.39	<.001**
------------------	-----	-------	-------	---------

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

Uit de resultaten bleek dat recidiverisico significant verschilde tussen ForFACT ($MR = 83.67$ en poliklinische cliënten ($MR = 69.93$), $U = 2388.50$, $z = -2.52$, $p = .012/2 = .006$, $r = -0.20$.

Uit de resultaten bleek dat middelengebruik significant verschilde tussen ForFACT ($MR = 83.20$) en poliklinische cliënten ($MR = 69.80$), $U = 5305.00$, $z = -1.99$, $p = .046/2 = .023$, $r = -0.16$.

Uit de resultaten bleek dat psychiatrische problematiek significant verschilde tussen ForFACT ($MR = 85.64$) en poliklinische cliënten ($MR = 67.36$), $U = 2193.00$, $z = -3.00$, $p = .003/2 = .002$, $r = -0.24$.

Uit de resultaten bleek dat het gehad hebben van eerdere behandelingen significant verschilde tussen ForFACT ($MR = 83.70$) en poliklinische cliënten ($MR = 68.20$), $U = 2265.00$, $z = -2.634$, $p = .008/2 = .004$, $r = -0.21$.

Uit de resultaten bleek dat psychosociale problematiek significant verschilde tussen ForFACT ($MR = 85.38$) en poliklinische cliënten ($MR = 66.50$), $U = 2137.50$, $z = -3.342$, $p < .001$, $r = -0.27$

Uit de resultaten bleek dat de noodzaak voor overige hulpverlening significant verschilde tussen ForFACT ($MR = 86.38$) en poliklinische cliënten ($MR = 66.62$), $U = 2137.00$, $z = -3.01$, $p = .003/2 = .002$, $r = -0.24$.

Uit de resultaten bleek dat de score op klinisch oordeel significant verschilde tussen ForFACT ($MR = 95.39$) en poliklinische cliënten ($MR = 57.61$), $U = 1452.00$, $z = -5.523$, $p < .001$, $r = -0.45$.

Om na te gaan of de resultaten aan eventuele derde factoren lagen. is er gecontroleerd voor een aantal factoren.

Er is gecontroleerd of er invloed was van de Kliniek Intensieve Behandeling. Na het verwijderen van de KIB cliënten en hun matches ($n = 136$), bleek dat middelengebruik niet meer significant verschilde tussen de twee condities ($U = 2008,00$, $z = -1,408$, $p = .159/2 = .079$, $r = 0.12$). Alle andere items bleven gelijk. Hetzelfde werd gedaan voor de negen cliënten die in detentie zaten tijdens de intake, dit waren er twee van de poliklinische conditie en zeven van de ForFACT conditie. Na verwijderen bleven er $n = 134$ cliënten over. Er bleek geen invloed van detentie op de resultaten.

Discussie

Er is onderzocht of er een onderscheid kan worden gevonden tussen de poliklinische en Forensische Functie Assertive Community Treatment (ForFACT) cliënten van de Waag. Vooraf heeft een matching tussen de twee groepen plaatsgevonden op geslacht, leeftijd, type delict,

diagnose en burgerlijke staat om te verzekeren dat de groepsverschillen hierdoor niet verklaard konden worden. Om het verschil in zorgzwaarte te meten is gekeken naar het verschil in scores van de zorgzwaartebepaling tussen beide groepen. De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is dat, zoals verwacht, de ForFACT cliënten gemiddeld hoger scoren op zorgzwaarte, dan de poliklinische cliënten. Dit geldt voor de items: recidive risico, psychiatrische problematiek, eerdere behandelingen, psychosociale problematiek, overige hulpverlening en het klinisch oordeel. Deze uitkomst is in overeenstemming met eerdere onderzoeken waaruit is gebleken dat de problematiek van (forensische) FACT cliënten zwaarder is (Beach et al., 2013; Bond, Drake & Mueser, 2001; Cuddeback, Wright & Bisig; Place, Kroon & Neijmeijer, 2011; Veldhuizen & Bähler, 2008). Er kan worden gesteld dat de ForFACT en poliklinische cliënten van de Waag Utrecht van elkaar verschillen betreffende hun scores op de ZZB.

De ZZB is tot op heden nog niet gevalideerd, om deze reden is er binnen het onderzoek eerst gekeken naar de betrouwbaarheid. Door met behulp van Cohen's kappa de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te berekenen is gebleken dat de vragenlijst goed scoorde op betrouwbaarheid, behalve voor het item psychiatrische problematiek ($k = .146$). Dit bemoeilijkt de interpretatie van dit item. Na het interpreteren van de betrouwbaarheid is met behulp van de Mann-Whitney analyse gekeken naar het onderscheidend vermogen van de ZZB op item niveau. De items blijken een goed onderscheidend vermogen te hebben, ForFACT cliënten scoren gemiddeld hoger op zorgzwaarte, dan poliklinische cliënten. De uitzondering hierop was voor het item verstandelijke beperking. Dit betekent dat aan de hand van de vraagstelling van de ZZB er geen goed onderscheid kan worden gemaakt tussen ForFACT en poliklinische cliënten betreffende verstandelijke beperking.

Tevens bleek het item middelengebruik niet langer significant na het verwijderen van de cliënten uit de Klinisch Intensieve Behandeling (KIB). Dit kan er op wijzen dat het gebruik onder KIB cliënten gemiddeld hoger ligt, dan bij de overige ForFACT cliënten. Gezien de noodzaak tot opname bij cliënten in de KIB lijkt dit een logisch gevolg. Het item middelengebruik kijkt naar de duur en intensiteit van het gebruik, de mate van craving, de mate van inzicht van cliënt in het gebruik en de aard van het gebruikte middel (Blok, 2011). De KIB biedt zorg aan een gedifferentieerde doelgroep en richt zich mede op cliënten die voorheen op straat verbleven, daar voor veel overlast zorgden en door hun gedrag buiten het bereik zijn van de reguliere GGZ en verslavingszorg (Trimbos-instituut, 2013). De cliënten zijn opgenomen met een rechterlijke machtiging en gaan na opname terug naar hun verwijzer of naar de ForFACT. Cliënten die van de KIB afkomen gaan nooit rechtstreeks naar de polikliniek, daar is de problematiek te complex voor. Als de ZZB in de toekomst gebruikt gaat worden ter ondersteuning van indicatiestelling voor ForFACT dient het item middelengebruik met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Sterkten en beperkingen

Dit onderzoek heeft bijgedragen aan het inzicht in de ForFACT populatie. Er is meer inzicht in hoe de cliënten zich onderscheiden van poliklinische cliënten ten opzichte van zorgzwaarte. Dit is belangrijk omdat er tot op heden een te kort is aan wetenschappelijke onderbouwing is over welke cliënten geschikt zijn voor ForFACT (Place et al., 2011). Daarnaast heeft het onderzoek bijgedragen aan de validatie van de zorgzwaartebepaling. Dit samen kan bijdragen aan het voorzien van matched care. Het is belangrijk dat de zwaarte van de zorg aansluit op de problematiek van cliënten. Een adequate indicatiestelling speelt hierin een grote rol (Andrews et al., 2011)

Het item psychiatrische problematiek bleek zoals eerder genoemd niet betrouwbaar en dit zou verklaard kunnen worden uit het feit dat het is beoordeeld aan de hand van een klinisch oordeel en niet aan de hand van een klinisch interview. Het gestructureerde klinische oordeel van een forensisch geschoolde clinicus verdient de voorkeur bij het beoordelen van psychiatrische problematiek (De Ruiter, 2000; Monahan et al., 2000). De studenten die in dit onderzoek de vragenlijsten beoordeelden waren enkel klinisch geschoold. Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen of het gebruiken van forensisch geschoolde clinici verschil maakt in betrouwbaarheid. Bovendien zijn de beschrijvingen van het item multi-interpretabel, een uitgebreidere omschrijving van de items zou de oplossing kunnen bieden. Omdat het instrument is bedoeld voor het onderbouwen en structureren van het klinisch oordeel, kan het zijn dat het instrument na verloop van tijd dient te worden aangepast als het onvoldoende blijkt (Blok, 2011). Wel werden de verschillen in initiële scoring door de studenten in de consensusbespreking nader bekeken, dit had als doel een scoring te vinden waar beide studenten overeenstemden. Met deze uiteindelijke scoring zijn vervolgens de analyses uitgevoerd.

Als het opleidingsniveau of de intelligentie specifiek was uitgevraagd, kon er wellicht wel onderscheid worden gemaakt tussen de twee groepen betreffende het item verstandelijke beperking. Doordat het retrospectief dossier onderzoek betrof was deze mogelijkheid er niet. Het niet significant zijn, kan ook te wijten zijn aan de power, wellicht dat het onderscheid bij een grotere populatie wel zal worden gevonden. Het niet significant zijn van het item zou dan kunnen worden verklaard door het gebrek aan kwalitatief goede informatie.

In dit onderzoek zijn de groepen ingedeeld aan de hand van het klinisch oordeel van de behandelaar en de reeds bestaande criteria (Veldhuizen & Bähler, 2008). Een implicatie van dit onderzoek kan zijn dat het in de toekomst kan bijdragen aan een structurele en gestandaardiseerde manier van indicatie voor ForFACT. Dit kan als onderbouwing van het huidige klinisch oordeel dienen. Aangezien het huidig oordeel gebrekkige onderbouwing heeft, kan het zijn dat er cliënten die eigenlijk geschikter zijn voor ForFACT in de poliklinisch groep zitten en vice versa.

Een goede indicatiestelling is belangrijk voor het slagen van de behandeling, daarnaast is het van

belang dat de indicatietijd zo kort mogelijk blijft. Het snel en correct kunnen indiceren van cliënten kan zorgen voor een verlaging van de zorgkosten en er blijft meer tijd over voor de behandeling. Blaauw en Rozen (2012) stellen dat adequate indicatiestelling voor interventies bewezen effectief zijn in de forensische verslavingszorg. De Raad van Volkgezondheid en Zorg (RVZ) ried in 2012 een uitbreiding van de forensische teams aan naar 40 á 50 teams, maar Mulder en Polhuis (2015) lieten zien dat er momenteel slechts twintig teams zijn. Dit heeft als gevolg dat de professionals veel tijd kwijt zijn aan het regelen van indicaties, huidig onderzoek zou kunnen helpen voor het verkorten van de indicatietijd. Er blijft dan meer tijd over voor zorg, wat kan leiden tot minder hospitalisatie en detentie met als gevolg minder kosten (Cusack, Morrissey, Cuddeback, Prins & Williams, 2010; Hoof, van Vugt, Knispel & Kroon, 2012; Mulder & Polhuis, 2015).

Aanbevelingen

Voor vervolgonderzoek is het aan te raden om de variabele opleiding mee te nemen in de matching van de groepen. Om validiteit te waarborgen is het belangrijk uit te sluiten dat verschillen niet worden gevonden met een andere onderliggende factor als oorzaak (Johnson, 1997). Het matchen op de variabele opleiding draagt niet alleen bij aan de validiteit, maar zou er ook toe kunnen leiden, dat het item verstandelijke beperking bruikbaar wordt voor indicatie.

Resultaten uit huidig onderzoek dienen gerepliceerd te worden. Aangeraden wordt het gebruik van een grotere onderzoeksgroep, ter ondersteuning van de power (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007).

De eerder genoemde limitatie over de huidige indeling van de groepen kan worden onderzocht in vervolgonderzoek door de huidige indicatie in twijfel te trekken. Als het RNR-model wil worden gevolgd, moeten de mensen die hoog scoren op zorgzwaarte ForFACT ontvangen. Door de data te clusteren aan de hand van hun scores op de ZZB kan worden gekeken of de cliënten die hoog op zorgzwaarte scoren ook daadwerkelijk zijn geïndiceerd voor ForFACT. Indien eenzelfde indeling wordt gevonden is dit tevens een ondersteuning van het klinisch oordeel dat reeds wordt gehanteerd. Tevens kan worden gekeken welke items van de ZZB hoog worden gescoord door de ForFACT cliënten. De zorg kan op deze zorgdomeinen worden toegespitst.

Het is ook aan te raden ForFACT middels een behandel-evaluatie te bekijken, dit zou gedaan kunnen worden door het kijken naar recidivecijfers. Het verminderen van recidive is een hoofddoel bij de ForFACT behandeling. Door te kijken naar de effecten van de behandeling op de recidivecijfers ontstaat er een empirische onderbouwing voor de behandeling ForFACT. Als de behandeling aanslaat bij de geïndiceerde cliënten kan ook met zekerheid worden gesteld dat de indicatiecriteria goed zijn. Het is immers belangrijk dat de cliënten die het meeste baat hebben bij de behandeling, deze ook ontvangen. Een evidence-based forensische psychiatrische behandelpraktijk is het doel (Lindqvist & Skipworth, 2000).

Conclusie

Er kan worden gesteld dat dit onderzoek heeft bijgedragen aan het in kaart brengen van de verschillen tussen ForFACT en poliklinische cliënten en daarmee aan de empirische onderbouwing voor huidige indeling op basis van het klinische oordeel. De ZZB kan onderscheid maken tussen de ForFACT en poliklinische cliënten. Dit geldt niet voor het item verstandelijke beperking, omdat is gebleken dat dit item (voorlopig) niet betrouwbaar is. Tevens dient voorzichtigheid te worden geboden bij het interpreteren van het item middelengebruik. Het item psychiatrische problematiek dient met enige terughoudendheid te worden geïnterpreteerd.

Literatuur

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. New Providence, NJ: Matthew Bender & Company Inc.
- Bartko, J.J. (1996). The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychological Reports, 19*, 3-11.
- Beach, C., Dykema, L.R., Appelbaum, P.S., Deng, D., Leckman-Westin, E., Manuel, J.I., McReynolds, L., & Finnerty, M.T. (2013) Forensic and Nonforensic Clients in Assertive Community Treatment: A Longitudinal Study. *Psychiatric services, 64*, 5, 437-444.
- Blaauw, E. & Roozen H. (2012). *Handboek Forensische Verslavingszorg*. Houten: Bohn Stafleu, van Loghum
- Blok, G. (2011). *De Zorgzwaartebepaling Forensische Psychiatrie (versie 1.2)* Zeeland: de Waag
- Bond, G.R., Drake, R.E., & Mueser, K.T. (2001). Assertive Community Treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes, 9*, 141-159.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*. User Rep. no. 2007-06, Public Safety Canada, Ottawa.
- Boonmann, C., Wartna, B.S.J., Bregman, I.M., Schapers, C.E., & Beijersbergen, K.A. (2015). *Recidive na forensische zorg*. Den Haag: WODC. Cahier 2015-3.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment. *American Psychologist, 51*, 945-956.
- Bulten, B.H. & Nijman, H.L.I. (2009). Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde, 153*, A634.
- 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., Morrissey, J.P., Cusack K.J. & Meyer, P.S. (2009). Challenges to Developing Forensic Assertive Community Treatment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 12(3)*, 225-246.
- Cuddeback, G.S., Wright, D., & Bisig, N.G. (2013). Characteristics of Participants in Jail Diversion and Prison Reentry Programs: Implications for Forensic ACT. *Psychiatric services, 64*, 10, 1043-1046.
- Cusack, K.J., Morrissey, J.P., Cuddeback, G.S., Prins, A. & Williams, D.M. (2010). Criminal Justice Involvement, Behavioral Health Service Use, and Costs of Forensic Assertive Community Treatment: A Randomized Trial. *Community Ment Health J,*

- 46:3, 356-363.
- IBM Corp. Uitgebracht op 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Eisenberg, M.J. & Horn, J.E. van (2015). Recidive in de ambulante forensische ggz. *Onderzoeksbulletin De Forensische Zorgspecialisten*.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39 (2), 175-191.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. New York: Sage Publications Ltd
- Fleiss, J.L., & Shrout, P. E. (1978). Approximate interval estimation for a certain intraclass correlation coefficient. *Psychometrika*, 43, 259-262.
- James, D.J., & Glaze, L. E. (2006). *Mental health problems of prison and jail inmates*. Washington,DC: U.S. Department of Justice (BJS Special Report Document 2).
- Johnson, R.B. (1997). Examining the Validity Structure of Qualitative Research. *Education*, 118, 282-292
- Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174 DOI:10.2307/2529310.
- Lindqvist, P., & Skipworth, J. (2000). Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 176, 320-323.
- McGraw, K.O., & Wong, S.P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, 1, 1, 30-46.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Silver, E., Roth, L.H., & Grisso, T. (2000). Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *British Journal of Psychiatry*, 176, 312-319.
- Mulder, N., & Polhuis, D. (2015). Ambulante forensische teams in gevaar. *De psychiater*, 21, 4, 38
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory 3rd edn.*, New York: McGraw-Hill.
- Place, C., Vugt, M., Kroon, H., & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving Forensische (F)ACT: Richtlijnen voor de werkwijze en het zorgaanbod van forensische ACT- en FACT-teams*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Polhuis, D., & Os, J. van (red.). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Rijksoverheid (23 april 2010). *Kabinet: vernieuwing forensische zorg vermindert recidive* [persbericht]. Geraadpleegd op <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/persberichten/2010/04/23/kabinet-vernieuwing-forensische-zorg->

- vermindert-recidive%5B2%5D.html]
- Ruiter, C., de. (2000). *Voor verbetering vatbaar*. Amsterdam: Vossiuspers AUP.
Geraadpleegd op <http://hdl.handle.net/11245/1.424884>
- Sim, J., & Wright, C.C. (2005). The kappa statistics in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Physical therapy, 85*, 257-268
- Taxman, F.S., & Pattavina, A. (2013). *Simulation Strategies to Reduce Recidivism: 3 Risk Need Responsivity (RNR) Modeling for the Criminal Justice System*. New York: Springer Science+Business Media. DOI 10.1007/978-1-4614-6188-3_1
- Trimbos-instituut. (2013). In profiel: Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB). Geraadpleegd van <http://www.hoevenkliniek.nl/docs/brochures/rapport---in-profiel---klinieken-voor-intensieve-behandeling.pdf?sfvrsn=2>
- Van Hoof, F., van Vugt, M., Knispel, A., & Kroon, H. (2012). Bedden tellen. Afbouw van de intramurale GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 67*, 298-209.
- 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.
- Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., Polhuis, D., & Os, J. van (2008). *Handboek FACT*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Wartna, B.S.J., Bregman, I.M., Schapers, C.E., Blom, M., & Boonmann, C. (2014). *Recidivecijfers per fpc*. Den Haag: WODC. Cahier 2014-15.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Verweij, S., Alberda, D.L., & Essers, A.A.M. (2012) *Recidivebericht 2012 : landelijke cijfers met betrekking tot de strafrechtelijke recidive van justitiabelen uit de periode 2002-2009*. Den Haag: WODC. Fact sheets 2012-06

Bijlage 1 Zorgzwaartebepaling

Zorgzwaartebepaling Forensische psychiatrie ‘ De Waag Zeeland (versie 1.2)

1. Inleiding:

Binnen de cliëntenpopulatie, zoals die op forensisch-psychiatrische poliklinieken wordt aangemeld, is een grote variëteit in de mate waarin er zorg geleverd moet worden. Voor een deel betreft het mensen bij wie kan worden volstaan met een reguliere tweewekelijkse poliklinische behandeling, en bij anderen is er een grotere behandeldichtheid noodzakelijk, en soms worden er zelfs mensen aangemeld die feitelijk thuis zouden horen binnen een (forensisch-)psychiatrische klinische behandelmodaliteit. Vanuit het Risk-Needs- Responsivity-model (RNR-model) is het ook belangrijk om de kwaliteit en kwantiteit van de zorg af te zetten tegen de risico's op recidive, terugval, maatschappelijk verval e.d. Om binnen de cliëntenpopulatie tot een klinisch meer valide weging te komen, wordt gebruik gemaakt van de hieronder beschreven items. Per item kan een score worden gegeven tussen 0 en 2. De score 0 betekent dat het item niet aan de orde is. De score 2 betekent dat het item maximaal aan de orde is en score 1 wordt gehanteerd wanneer daarover twijfel bestaat. Wanneer alle 7 items zijn ingevuld, volgt er een totaalscore tussen 0 en 14. Voor de uiteindelijke weging van de zorgzwaarte wordt uiteindelijk gekeken naar de onderlinge combinatie van de beschreven factoren, wat resulteert in een klinische inschatting van de zorgzwaarte op een schaal van 0 tot 5. Deze klinische inschatting van de zorgzwaarte van genoemde cliënt wordt meegenomen in het behandelplan van de cliënt. Overigens dient de opmerking te worden gemaakt dat onderstaand instrument is gebaseerd op items waarvan vanuit de literatuur en andere psychologische/psychiatrische meetinstrumenten bekend is dat dit de zorgzwaarte van cliënten verhoogd. Het is echter geen empirisch onderzocht instrument en is daarom ook alleen bedoeld om het klinisch oordeel ten aanzien van zorgzwaarte beter te onderbouwen en te structureren. Op basis van klinische indrukken kan het dan ook zijn dat het instrument in de loop van de tijd aangepast zal worden, wanneer blijkt dat het onvoldoende voldoet.

2. Afzonderlijke items

Item 1: Het ingeschatte risico op recidive.

Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de uitkomst van de Waagschaal, of wanneer deze nog niet is ingevuld, op basis van de klinische inschatting. Een Lage score resulteert in score 0, een laag-gemiddeld tot matig in een score 1 en een matig-hoog tot hoge score resulteert in score 2.

Item 2: Middelengebruik

Hierbij wordt gekeken naar de duur en de intensiteit van het gebruik, de mate van craving, de mate van inzicht van client in het gebruik en de aard van het gebruikte middel (harddrugs scoren hoger dan alcohol, die weer hoger scoren dan soft drugs), multipel middelengebruik is een score 2, wanneer delict heeft plaatsgevonden o.i.v. middelen is score ook 2 en wanneer leven volledig in het teken van vergaren van drugs staat is score ook 2.

Item 3: Psychiatrische problematiek

Wanneer er sprake is van ernstige persoonlijkheidsproblematiek (voornamelijk Cluster B persoonlijkheidsproblematiek), ernstige impulscontroleproblematiek en psychotische problematiek, dan leidt dit tot een score 2. Wanneer er sprake is van een toegenomen zelfinzicht, reflectie en behandelbereidheid, dan kan dit eventueel de score verlagen. Angst- en stemmingsstoornissen resulteren in een score 1, tenzij dit leidt tot acting out gedrag of toegenomen suicidaliteit, wat aanleiding is om de score te verhogen naar 2.

Item 4: Verstandelijke beperking

Hierbij wordt gekeken naar de mate van invloed die de verstandelijke beperking heeft op het dagelijks functioneren en de mate van zelfinzicht en zelfreflectie. Wanneer de verstandelijke beperking grote invloed heeft op deze levensgebieden, of wanneer de zwakbegaafdheid de behandeling sterk bemoeilijkt, dan score 2. Wanneer deze invloed minder groot is, score 1.

Item 5: Eerdere behandelingen

Indien er in het verleden 2 of meer behandelingen, gericht op de problematiek van betreffende client, hebben plaatsgevonden zonder daadwerkelijk resultaat, dan levert dit een score 2 op. Wanneer er tot op het moment van beoordelen slechts 1 behandeling heeft plaatsgevonden dan resulteert dit in een score 1. Wanneer er nog geen behandeling heeft plaatsgevonden dan volgt een score 0

Item 6: Psychosociale problematiek

Het gaat bij dit item om de mate van dysfunctioneren op de volgende 5 levensterreinen: wonen, werk, financiën, familie/relatie, sociaal netwerk. Wanneer er op 3 of meer levensterreinen sprake is van dysfunctioneren, dan resulteert dit in een score 2. Wanneer er op 1 of 2 levensterreinen sprake is van dysfunctioneren, levert dit een score 1 op, tenzij de impact van dit dysfunctioneren dusdanig is, dat de inschatting van de beoordelaar is, dat dit de zorgzwaarte aanzienlijk zal verhogen, wat dan resulteert in een score 2

Item 7: Ontbreken van parallelle hulpverlening

Dit item gaat over samenwerking met andere hulpverlenersorganisaties. Wanneer er geen parallelle hulpverlening aanwezig is, terwijl dit door de beoordelaar wel als noodzakelijk wordt ervaren, of wanneer de parallelle hulpverlening als kwalitatief fors onvoldoende wordt beschouwd, dan resulteert dit in een score 2. Wanneer er geen parallelle zorg aanwezig is, en door de beoordelaar wel als wenselijk, maar niet als noodzakelijk wordt beschouwd, of wanneer er in de samenwerking met die hulpverlening lichte strubbelingen bestaan, dan resulteert dit in een score 1. Wanneer de parallelle hulpverlening adequaat functioneert of wanneer de beoordelaar oordeelt dat parallelle hulpverlening niet noodzakelijk is, dan resulteert dit in een score 0.

3. Gestructureerd Klinisch oordeel

Score 0:

Het recidive risico is laag (score 0) en ook op andere items zeer lage score. Overwogen moet worden om client met ontslag te laten gaan of te verwijzen naar de reguliere psychiatrie.

Score 1:

Er is sprake van een recidive risico, er zijn mogelijk op een aantal items verhoogde scores, maar de inschatting is dat een contactfrequentie van tweemaal per maand voldoende is of alleen een groepstherapie voldoende is.

Score 2:

Er is sprake van recidiverisico en op basis van de ingevulde scores is de inschatting dat er naast de groep ook individuele behandelcontacten en mogelijk ook psychiatrische behandelcontacten noodzakelijk zijn, waarbij client wekelijks in de groep wordt gezien en minimaal eenmaal per 2 weken een individueel behandelcontact heeft.

Score 3:

Er is sprake van een verhoogd recidiverisico en client scoort op een aantal items dermate hoog dat er sprake is van een zorgzwaarte die meer past bij outreachende zorg die snel opgeschaald moet kunnen worden, omdat er een directe relatie is met de mate van recidiverisico. Er is in ieder geval wekelijks contact, dat zo nodig snel uitgebreid kan worden. Zo mogelijk vindt ook groepsbehandeling plaats.

Score 4:

Er is sprake van een dermate verhoogd recidiverisico en ook op andere items is de score dermate verhoogd dat een voortdurende alertheid geboden is en er feitelijk sprake zou moeten zijn van een deeltijdbehandeling, of op zijn minst tweemaal per week individuele contacten, zo nodig dagelijks en zo mogelijk aangevuld met groepsbehandeling

Score 5:

De score op een veelheid aan items valt zo hoog uit dat een klinische behandeling wordt geïndiceerd.

4. Scoreformulier zorgzwaartebeoordeling De Waag Zeeland

Naam client:

Geboortedatum:

Invuldatum:

Items	Score (0-2)	Eventuele toelichting
Recidive risico		
Middelengebruik		
Psychiatrische problematiek		
Verstandelijke beperking		
Eerdere behandeling		
Psychosociaal		
Hulpverlening		
Totaalscore		

Gestructureerd Klinisch oordeel (0-5):

0

1

2

3

4

5