



Universiteit Utrecht

de Waag

Onderzoek naar de verschillen in risico recidive, zelfredzaamheid en zorgzwaarte tussen *Forensische Flexibele/Functionele Assertieve Community Treatment* cliënten en forensische ambulante poliklinische cliënten.

Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie

N.F.E. Uijlenbroek

Studentnummer: 3537722

19 juni 2016

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Universiteit Utrecht

Supervisor: Dr. Ing. Gert-Jan Prosman

De Forensische Zorgspecialisten, de Waag, Utrecht

Drs. I. Kusters

Drs. J.E. van Horn

The investigation of the differences in risk factors, protective factors, self-sufficiency and care intensity between *Forensic Flexible/Functional Assertive Community Treatment* clients, and forensic outpatient clients.

Abstract

Background: Forensic Flexible/Functional Assertive Community Treatment (ForFACT) is a long-term and intensive ambulant treatment for forensic clients who suffer from severe psychiatric disorders, experience problems in various areas of everyday life, and cannot profit from regular ambulant forensic care. Clients of the ForFACT-treatment are indicated based on an unstructured, clinical judgment, as (inter) national guidelines for the inclusion and exclusion criteria, as well as a consensus on the target group, are currently lacking.

Aim: This research is conducted to map the indication criteria, and provide insight in the forensic FACT target group, in order to be able to come to an evidence-based indication.

Method: It concerns a retrospectively matched case-control design that was commissioned by the Waag part of De Forensische Zorgspecialisten, and in which 120 electronic client files have been analyzed. 60 ForFACT-clients were matched to 60 outpatient clients, on gender, age, type of offense, primary diagnosis and marital status. The risk- and protective factors were researched using “Short Term Assessment of Risk and Treatability (START)”, the intensity of care was researched using the “Zorgzwaartebepaling (ZZB)”, and the self-sufficiency was researched using the “Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)”.

Results: The results show that prior to the treatment, ForFACT-clients are characterized by a higher care intensity, more risk factors and a lower self-sufficiency in comparison with forensic outpatient clients.

Conclusion: The research conducted, is a first step to the standardization of the target group of ForFACT. Based on the clinical view, there are significant differences between ForFACT clients, and outpatient clients of the Waag Utrecht, in the areas of care intensity, self-sufficiency, risks and specific risks in the past. As the research is a first step towards the support of the indication, further research is needed.

Keywords: Forensic Flexible/Functional Assertive Community Treatment (forFACT), forensic outpatient care, risk factors, protective factors, care intensity, self-sufficiency.

Onderzoek naar de verschillen in risico recidive, zelfredzaamheid en zorgzwaarte tussen *Forensische Flexibele/Functionele Assertieve Community Treatment* cliënten en forensische ambulante poliklinische cliënten.

Samenvatting

Achtergrond: Forensische Flexibele/Functionele Assertieve Community Treatment (ForFACT) is een langdurige intensieve ambulante behandeling voor forensische cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen die te kampen hebben met problematiek op diverse levensgebieden en die niet kunnen profiteren van reguliere ambulante forensische zorg. Cliënten voor ForFACT worden geïndiceerd op basis van een ongestructureerd klinisch oordeel omdat het tot op heden nog ontbreekt aan (inter)nationale richtlijnen voor de in- en exclusie criteria van ForFACT, er bestaat geen consensus over de doelgroep.

Doel: Het doel van dit onderzoek is om indicatiecriteria in kaart te brengen en een beeld te schetsen van de doelgroep ForFACT om zo tot een meer evidence-based indicatie proces te komen.

Methode: Het betreft een retrospectief gematcht case-control design, waarin 120 elektrische cliëntendossiers werden geanalyseerd voor de Waag, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten. 60 ForFACT-clieñten zijn gematcht aan 60 poliklinische cliënten. Matching vond plaats op basis van geslacht, leeftijd, type delict, primaire diagnose en burgerlijke staat. Er werd onderzoek verricht naar risico-, en protectieve factoren met behulp van de Short Term Assessment of Risk and Treatability (START), de mate van zorgzwaarte met behulp van Zorgzwaartebepaling (ZZB) en de mate van zelfredzaamheid met behulp van de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM).

Resultaten: De resultaten wijzen uit dat voorafgaand aan de behandeling, ForFACT-clieñten in vergelijking met forensische poliklinische cliënten een hogere zorgzwaarte en meer risicofactoren hebben, en een lagere zelfredzaamheid bezitten.

Conclusie: Huidig onderzoek is een eerste stap richting standaardisatie van de doelgroep van ForFACT. Op basis van het klinisch oordeel bestaan duidelijke verschillen tussen ForFACT- en poliklinische cliënten van de Waag Utrecht op de gebieden zorgzwaarte, zelfredzaamheid, risico en specifieke risico's in het verleden. Omdat dit een eerste stap is naar de onderbouwing van indicatie is meer onderzoek aangeraden.

Trefwoorden: Forensische Flexibele/Functionele Assertieve Community Treatment (ForFACT), forensische poliklinische zorg, risicofactoren, protectieve factoren, zorgzwaarte, zelfredzaamheid.

Voorwoord

Voor u ligt de master thesis ‘Onderzoek naar de verschillen in *risicorecidive*, *zelfredzaamheid* en *Zorgzwaarte* tussen *Forensische Flexibele/Functionele Assertieve Community Treatment (ForFACT)* cliënten en forensische ambulante poliklinische cliënten’. Als student van de master ‘Klinische en Gezondheidspsychologie’ heb ik mijn scriptie mogen uitvoeren bij de Forensische Zorgspecialisten “de Waag” te Utrecht. In een half jaar tijd heb ik samen met drie andere master studenten onderzoek gedaan naar verschillen tussen ForFACT cliënten en forensische poliklinische cliënten. De scriptie geeft inzicht in de mate van risico- en protectieve factoren, zorgzwaarte en zelfredzaamheid van forensische cliënten van de Waag Utrecht. Ter aansluiting van het maatschappelijke vraagstuk over het verminderen van recidive van (ex)gedetineerden is ter ondersteuning huidig onderzoek verricht.

Dit onderzoek is door een goede begeleiding en steun tot stand gekomen en ik wil daarvoor graag enkele mensen bedanken. Vanuit de Universiteit van Utrecht heb ik begeleiding gehad van Gert-Jan Prosman. Ik wil hem bedanken voor zijn positieve aanpak en helder inzicht. Gert-Jan stond altijd klaar voor mij in tijden dat ik het moeilijk had om verder te gaan met schrijven en waarin soms mijn motivatie was afgezwakt. Daarnaast wil ik Joan van Horn en Ine Kusters danken. Zij hebben er samen voor gezorgd dat ik de mogelijkheid kreeg om dit onderzoek te starten bij de Waag. Daarbij wil ik Joan in het bijzonder bedanken voor haar begeleiding bij de statische methodologie, waarin zij altijd voor mij klaar stond. Daarnaast gaat mijn dank uit naar mijn groepsgenoten, Tamar Cnossen, Hannah de Koning en Natasja Nieuwenhuis, voor de goede samenwerking tijdens het verzamelen van de data en het uitwisselen van ideeën over het onderzoek. Verder wil ik graag mijn moeder Selma Uijlenbroek-de Witte bedanken voor haar inspanning om mijn scriptie van feedback te voorzien. Tot slot wil ik de cliënten bedanken dat zij hun toestemming hebben gegeven om hun informatie voor onderzoek te gebruiken.

Inhoudsopgave

Abstract	2
Samenvatting	3
Inleiding	6
Huidig onderzoek	9
Methode.....	10
Onderzoeksgroep.....	10
Matching.....	10
Meetinstrumenten.....	11
Procedure.....	12
Analyses	12
Resultaten	14
Steekproefkarakteristieken	14
Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	15
Verschillen tussen ForFACT-en poliklinische cliënten.....	15
Geslacht.....	17
Discussie.....	18
Hoofdbevindingen	18
Interpretatie	18
Sterkte en beperkingen	19
Conclusie	20
Literatuurlijst.....	22
Bijlage I: START Scoreformulier	27
Bijlage II: ZZB Score formulier	28
Bijlage III: ZRM Scoreformulier	29

Inleiding

In Nederland, in 2014, werden er 43.240 mensen gedetineerd (CBS, 2015). Uit onderzoek van Bulten en Nijman (2009) komt naar voren dat 81,7% van de gedetineerden ooit een psychische stoornis had, waarvan bij 56,5% sprake was van een actuele psychiatrische stoornis. Het percentage voor volwassen ex-gedetineerden die uitstromen uit een penitentiaire inrichting geldt dat 48,5 procent binnen twee jaar opnieuw in aanraking komt met justitie (Wartna, Tollenaar, Bom, Alma, Bregman & Essers, 2011). Recidive na zeven jaar is ruim zeventig procent (Wartna, Tollenaar & Essers, 2005).

Recidive van (ex) gedetineerden zorgt voor veel maatschappelijke bezorgdheid, het is een bron van overlast en onveiligheid en brengt hoge maatschappelijke kosten met zich mee. Het terugdringen van recidive staat dan ook hoog op de maatschappelijke agenda. De kloof tussen Justitie en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is groot (Cuddeback, Morrissey, Cusack & Meyer, 2009). Het verbeteren van de doorstroming vanuit penitentiaire inrichtingen en gevangenissen naar de reguliere GGZ heeft dan ook sinds de jaren negentig expliciet de aandacht, desondanks vallen nog vele (ex) justitiabelen met ernstige psychiatrische en verslavingsproblematiek buiten de reikwijdte van bestaande hulpverleningsprogramma's (Place, van Vugt, Koon, Neijmeijer, 2011).

Vanuit het streven de kloof tussen de GGZ en justitie te overbruggen zijn in Nederland sinds 2007 verschillende ForFACT-teams (*Forensic Functional/Flexible Assertive Community Treatment*) opgericht. ForFACT is ontstaan vanuit het Amerikaanse behandelmodel *Assertive Community Treatment (ACT)*. ForFACT biedt een ambulante langdurende en veelomvattende (na)zorg aan een complexe doelgroep, waarbij behandeling en toezicht hand in hand gaan (Place, et al. 2011). Het ForFACT-team richt zich vooral om passende zorg te verlenen aan zorgmijdende forensische psychiatrische cliënten die naast langdurige (chronische) psychiatrische problemen ook politie- en/of justitie contacten hebben (gehad) en veelal diverse detenties achter de rug hebben, afgewisseld met opnames in psychiatrische ziekenhuizen of verslavingsklinieken en problematiek op meerdere levensgebieden (Place, et al. 2011). Reguliere poliklinische zorg betreft geprotocolleerde behandelmodules en vaak maar één zorgverlener. Hierin verschilt de ForFACT-methode doordat het een multidisciplinaire aanpak betreft en een 'outreaching' karakter heeft. De Multidisciplinaire aanpak houdt in dat een team bestaat uit een diversiteit van hulpverleners (zoals: psychiater, psycholoog en agogisch opgeleide personen zoals: sociaal psychiatrisch verpleegkundige of maatschappelijk werker, verslavingsdeskundige, ervaringswerker en optioneel: sociaal juridisch dienstverlener, ergotherapeut, ambulante woonbegeleider). Met 'outreaching' zorg wordt bedoeld dat de hulpverlener zich verplaatst naar de leefomgeving de cliënt. Dankzij het multidisciplinair team is de behandelintensiteit flexibel en kan er, afhankelijk van het levensgebied dat ondersteuning nodig heeft, tussen verschillende specialismen worden geschakeld tussen zowel de interventievorm als de intensiteit van zorg (Place, et al. 2011; Cuddeback & Morrissey, 2011). De zorg kan worden opgeschaald wanneer men dit nodig acht. De flexibiliteit van ForFACT sluit aan bij de zorgbehoefte van de cliënt, die niet continue dezelfde is door het chronische verloop van de psychiatrische

problematiek, welke wordt gekenmerkt door terugkerende episodes en terugval. (Nugter, Engelsbel, Bähler, Keet & Van Veldhuizen, 2015).

ForFACT lijkt veelbelovend, alleen ontbreekt het tot op heden aan het aan (inter)nationale richtlijnen. Gevolg daarvan is dat praktijken zich verschillend ontwikkelen. Zo hanteren alleen al in Nederland verschillende ForFACT-teams diverse definities en in- en exclusiecriteria (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 is woonachtig in de regio van Utrecht; er is een verhoogd risico op grensoverschrijdend gedrag; er is sprake van ernstige, meervoudige en langdurige problematiek (bijv: 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 wordt gebaseerd op een klinische inschatting, dit betekent: gebaseerd op de kennis en ervaring van klinici (de Vogel, de Ruiters, Bouwman, 2007). Gevolg is dat soms alleen al op basis van langdurige problematiek de indicatie ForFACT wordt gesteld, terwijl reguliere poliklinische zorg mogelijk ook passend is.

Om de mate van benodigde zorg te meten en cliënten te indiceren voor de meest passende behandeling, zijn meetbare indicatiecriteria noodzakelijk. 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). Het is van belang dat de geboden zorg aansluit bij de problematiek van de cliënt zodat over- of onderbehandeling wordt voorkomen (Place et al., 2011). Daarnaast wordt er in verschillende publicaties (o.a. Cuddeback et al, 2008) gepleit voor een standaarddefinitie van de doelgroep om onderzoek naar de effectiviteit van ForFACT beter mogelijk te maken. Om te kunnen differentiëren tussen ForFACT en reguliere forensische poliklinische zorg is onderzoek nodig naar de verschillen tussen deze cliënten.

ForFACT is gestoeld op het Risk-Need-Responsivity (RNR) model (Andrew & Bonta, 1990, 2006) en richt zich op rehabilitatie van delinquenten. Behandelingen die de drie principes van dit model volgen, zijn geassocieerd met een significante afname van de kans op recidive (Andrews & Bonta, 2012). Het eerste uitgangspunt is het *risicoprincipe* wat inhoudt dat het niveau van behandeling recht evenredig moet zijn met het risico van de delinquent om recidive te plegen: een juiste afstemming van duur en intensiteit van de behandeling op het recidiverisico. Belangrijk is om tot een goede recidiverisico inschatting te komen omdat een verkeerde afstemming zou kunnen leiden tot een verhoging van het recidiverisico (Hurk & Nelissen, 2004). Het tweede uitgangspunt is het *behoefteprincipe* waarin een strafrechtelijke interventie moet aansluiten op die behoeften die aan crimineel gedrag en recidive gerelateerd zijn. Tot slot het *responsiviteitsprincipe* waarin de interventiemethode moet aansluiten op de mogelijkheden en leerstijlen van het individu.

Het primaire doel van ForFACT is het bevorderen van de veiligheid in de samenleving, dit wordt bewerkstelligt door recidive te voorkomen en het verbeteren van het welzijn van de cliënten (Van Vugt et al, 2011). In lijn met het RNR-model zijn daardoor risicotaxatie, terugvalpreventie en risicomangement belangrijk binnen het team (Van Marle et al, 2009). De focus van risicobeoordeling ligt traditioneel op risicofactoren. Dat betekent: factoren waarvan uit onderzoek is gebleken dat ze met (herhaald) delictgedrag samenhangen. Er is weinig onderzoek verricht naar factoren die zouden beschermen tegen deze risico's, ondanks kritiek dat een focus op risicofactoren een vertekend beeld kan teweegbrengen, waarin risicofactoren waarschijnlijk worden overschat (Rogers, 2000; Ryba, 2008; Webster, Nicholls, Martin, Desmarais, & Brink, 2006). Het opnemen van beschermende factoren in de risicotaxatie zou belangrijke therapeutische voordelen kunnen opleveren zoals: de therapeutische relatie bevorderen, verhoogt het cliënt betrokkenheid en draagt het bij aan het opzetten van behandeldoelen (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005; Saleebey, 1996). Door behandeling van beschermende factoren kan het risicomangement verbeteren. The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Middleton, 2004; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Desmarais, 2009) biedt in lijn met het RNR-model een kader voor gestructureerde klinische beoordeling van dynamische risico- en beschermende factoren (Desmarais, Nicholls, Wilson, & Brink, 2012). Om deze reden zal dit risicotaxatie-instrument worden gebruikt in deze studie.

Verder tracht ForFACT in lijn met het RNR-model behandeling te geven die passend is bij de zorgzwaarte van de cliënt. Zorgzwaarte bepaalt de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft, hieruit kan de inzet van middelen worden berekend. De vraag naar zorg hangt af van verschillende factoren waaronder: epidemiologische-, demografische-, sociaal culturele- en institutionele ontwikkelingen en wordt mede bepaald door dynamische- en statische risicofactoren die terugkeren in het RNR- model. Huidig onderzoek maakt gebruik van de Zorgzwaarte bepaling Forensische psychiatrie (ZZB; Blok, 2011) om de mate van zorgzwaarte te bepalen.

ForFACT interenieert op meerdere levensgebieden waardoor getracht wordt de kans te vergroten om de leefwijze van de cliënt te verbeteren. Een doelstelling is om het psychiatrische toestandsbeeld stabiel te krijgen en op meerdere levensgebieden zelfredzaamheid te bereiken. De mate van zelfredzaamheid heeft invloed op delictgedrag en psychische problematiek (Blaauw & Roozen, 2012). Door de chronische psychiatrische problemen van het individu ontstaan er vaak ernstige problemen in het sociaal- en maatschappelijk functioneren. De zelfredzaamheid van ForFACT-clieñten is daardoor vaak beperkt (Nijmeijer, Rijkaart & Kroon, 2012). In dit onderzoek wordt de mate van zelfredzaamheid van cliëñten gemeten aan de hand van de vragenlijst (Zelfredzaamheidsmatrix) van Lauriks, Buster, De Wit, Van de Weerd, Tigchelaar en Fassaert (2012, p.7). Zij beschrijven zelfredzaamheid als volgt:

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.

Huidig onderzoek.

Huidig onderzoek maakte deel uit van een groter onderzoek naar indicatie criteria van ForFACT bij de Waag Utrecht, centrum voor ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. Er zijn verschillende factoren die van invloed zijn op de intensiteit en omvangrijkheid van de zorg. In andere onderzoeken wordt gekeken naar een aantal specifieke protectieve- en risicofactoren van risicobeoordelingen (masterthesis de Koning, 2015), specifieke zorgzwaartefactoren (masterthesis van Nieuwenhuis, 2015), en specifieke zelfredzaamheidsfactoren (masterthesis Cnossen, 2015). Huidig onderzoek richt zich op de totale uitkomstmaat van deze risicobeoordelingen, zorgzwaarte en de zelfredzaamheid. Daarnaast wordt gekeken naar specifieke risico- en protectieve factoren die zowel in het heden als het verleden een rol spelen.

Uit de literatuur komt duidelijk naar voren dat het tot op heden nog ontbreekt aan (inter)nationale richtlijnen voor de in- en exclusie criteria van ForFACT, er bestaat geen consensus over de doelgroep. Het doel van deze studie is om indicatiecriteria in kaart te brengen en een beeld te schetsen van de doelgroep Forensische FACT. Om dit doel te bereiken wordt er antwoord gegeven op de volgende vraag: 'Bestaan er verschillen tussen ForFACT-cliënten en poliklinisch behandelde cliënten'. Er zal afzonderlijk gekeken worden naar de dimensies risico-, protectieve- en historische risicofactoren, zorgzwaarte en zelfredzaamheid. Daarnaast zal er gekeken worden naar het onderscheidend vermogen van dimensies. De subvragen hierbij zijn: bestaan er verschillen in de mate van een aantal specifieke risico-, protectieve-, historische risicofactoren? Bestaan er verschillen in de mate van zorgzwaarte? Bestaan er verschillen in de mate van zelfredzaamheid? Welk van de onderzochte domeinen is meer onderscheidend? Op grond van de literatuur wordt verwacht dat ForFACT-cliënten op alle gebieden slechter zullen scoren dan de cliënten uit de poliklinische kliniek. Dit betekent dat ForFACT-cliënten in vergelijking met poliklinische cliënten meer risicofactoren en een hogere zorgzwaarte hebben en minder protectieve factoren en minder zelfredzaamheid zijn.

Methode

Het betrof een retrospectief gematcht case-control dossieronderzoek bij de informatie van cliënten die in de periode van oktober 2012 tot januari 2015 werden geïndiceerd. ForFACT behandeling werd vergeleken met de informatie van cliënten die van juli 2005 tot januari 2015 werden geïndiceerd voor ambulante poliklinische behandeling. Dossierinformatie bestond uit alle beschikbare voorgaande informatie (bv. reclasseringsverslagen, politierapporten en/of eerdere intakeverslagen) tot en met het intakeverslag voor de huidige behandeling. De cliënten in dit onderzoek waren vrijwillig in behandeling of hadden een juridische maatregel opgelegd gekregen.

Onderzoeksgroep

Voor de bepaling hoeveel cliënten er nodig zijn in de ForFACT-groep (experimenteel) en poliklinische groep (vergelijking) is een powerberekening uitgevoerd met G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). Er blijkt dat in beide groepen 64 cliënten nodig zijn om hypothesen te kunnen toetsen. In deze studie is gebruik gemaakt van verdelingsvrije toetsten, het onderscheidend vermogen (power) bij deze toetsten is minder dan bij parametrische toetsen. Het is aangeraden om daarom 15% toe te voegen aan de onderzoeksgroepen (Lehmann, 1998). Het benodigde aantal cliënten per groep komt daarmee op 74, dit betekent dat de power minimaal .78 is bij $n=60$ in beide groepen.

De onderzoeksgroep bestond in totaal uit 152 cliënten waarvan 76 geïndiceerd voor ForFACT en 76 geïndiceerd voor ambulante forensische behandeling. Er werden 32 (21%) cliënten uitgesloten van het onderzoek waarvan acht cliënten verbleven in de Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB) en negen cliënten in detentie. Door deze cliënten kunnen de scores op de verschillende meetinstrumenten de data beïnvloeden. Van deze uitgesloten cliënten kwamen er 15 uit de ForFACT-groep en twee uit de poliklinische groep. Om gelijke groepen te behouden werden de gematchte cliënten eveneens uit het onderzoek gehaald. Eén gematcht paar bestond uit één ForFACT-cliënt in de KIB aan één poliklinische cliënt uit detentie. De totale onderzoeksgroep komt daarmee op 120 (79%) cliënten, waarvan 113 mannen en 7 vrouwen waarvan de leeftijd varieerde van 18 jaar tot en met 58 jaar ($M = 31.66$, $SD = 8.81$). En waarvan 60 cliënten geïndiceerd waren voor de ForFACT groep en de andere 60 cliënten waren geïndiceerd voor de forensische polikliniek.

Matching

De afdeling ICT van de Waag leverde een bestand met daarin de demografische gegevens van zijn cliënten uit zowel de ForFACT-groep als de poliklinische groep. Op basis van deze informatie is door Drs. I. Kusters, klinisch psycholoog in opleiding, matching verricht. Matching vond plaats op basis van geslacht, leeftijd, type delict, primaire diagnose en relationele status. Bij 28 cliënten werden matchingsproblemen geconstateerd. Om toch tot een geschikte match te komen werd de volgende matchingsprocedure toegepast: als eerste werd er afgeweken in de overeenkomst in relationele status, vervolgens werd afgeweken van het leeftijdscriterium met maximaal twee jaar, daarna werd

afgeweken van het type delict, en als laatste werd de primaire diagnose losgelaten. Bij drie cliënten werd afgeweken van de relationele status, bij zestien cliënten werd er van de leeftijd afgeweken, bij één cliënt werd afgeweken van het type delict en bij zeven cliënten werd afgeweken van de primaire diagnose.

Meetinstrumenten

De Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Nederlandse vertaling: 't Lam, Lancel, & Hildebrand, 2009). De START (zie Bijlage I) is een risicotaxatie instrument waarin dezelfde factor zowel risico verhogende (risico items) als ook een beschermende (sterkte items) werking kan hebben. De START bestaat uit 20 dynamische items waarvan de beoordelaar dient aan te geven of en in hoeverre deze factor bij betrokkene leidt tot een kwetsbaarheid (risicofactor) of een sterkpunt (beschermende factor). Zie de master thesis van de Koning (2015) waarin wordt ingaan op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de verschillen in groepen op deze 20 items.

Verder biedt de START de mogelijkheid om de meest prominente kwetsbaarheden (K-items) en de meest prominente sterktes (S-items) aan te duiden. In tegenstelling tot andere risicotaxatie-instrumenten is de beoordeling niet beperkt tot het inschatten van de kans op gewelddadig gedrag gericht tegen anderen maar richt zich ook op de beoordeling van risicogebieden voor de betreffende cliënt zelf die relevant zijn in de dagelijkse (forensisch) psychiatrische praktijk. Deze zeven risicogebieden worden zowel in het verleden (Hx-items) als in het heden (H-items) aangegeven. Deze factoren zijn: risico van gewelddadig gedrag naar anderen, zelfbeschadiging, zelfdoding, ongeoorloofde afwezigheid, middelenmisbruik, zelfverwaarlozing en victimisatie.

De START kent een goede predictieve validiteit (Chi Meng Chu, Thomas, Ogloff & Daffern, 2011; Nonstad et al., 2010) en een goede betrouwbaarheid van de risico-items en de sterkte-items ($\alpha = .85$) (Nonstad et al., 2010; Sim & Wright, 2005).

Zorgzwaarte bepaling Forensische psychiatrie (ZZB; Blok, de Waag Zeeland) is een lijst bestaande uit zeven items die door behandelaars wordt gescoord om de zorgzwaarte van cliënten in de forensische zorg te bepalen (zie Bijlage II). Deze lijst is niet gevalideerd. Van de zeven items is uit de literatuur en andere psychologische meetinstrumenten bekend dat het de zorgzwaarte van de cliënten verhoogt (Blok, 2011). Zie de master thesis van Nieuwenhuis (2015) waarin wordt ingaan op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de verschillen in groepen op zeven items.

Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM; Lauriks, et al., 2012) is een beoordelingslijst ingevuld door behandelaars om de mate van zelfredzaamheid van cliënten op 11 leefgebieden van de zorg in kaart te kunnen brengen. Per gebied wordt aangegeven welke feitelijke omstandigheden bij welk niveau van zelfredzaamheid horen (zie Bijlage III) De ZRM ondersteunt hulpverleners bij het bepalen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorg- en begeleidingsaanbod. Met de ZRM kan de status van doelgroepen en het effect van het zorgaanbod worden geëvalueerd. Zie voor een volledige

beschrijving van de ZRM de master thesis van Cnossen (2015). De validiteit van de vragenlijst varieert van matig tot goed.

Procedure

Aan alle cliënten van De Waag is bij aanvang van de behandeling gevraagd een toestemmingsformulier te ondertekenen voor het gebruik van hun gegevens voor onderzoeksdoeleinden. Vier masterstudenten psychologie werden getraind in het scoren van de START, ZZB en ZRM. Aan de hand van cliëntendossiers hebben deze studenten de drie meetinstrumenten gescoord voor alle 152 cliënten. De studenten waren niet op de hoogte welke behandelgroep de cliënten zich bevonden. De cliëntendossiers werden onafhankelijk gescoord door twee studenten waarna een consensusbespreking plaats vond. In dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de consensusscores. Wanneer er niet genoeg informatie beschikbaar was om een item in te vullen, werd er geen score toegekend. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te waarborgen heeft er driemaal een verandering in duo's plaats gevonden, alle beoordelaren hebben dus met elkaar samengewerkt.

Analyses

Nadat de data gecompleteerd waren, is tien procent gecontroleerd op invoeringsfouten. Er werd vast gesteld dat de foutmarge onder .001% lag, verdere controle op fouten is gestaakt om deze reden. De analyses zijn uitgevoerd met IBM SPSS Statistics 22 for Windows (IBM, 2012). Om de matching te controleren is er gebruik gemaakt van de Pearson Chi-kwadraat toets voor categorische variabelen en de t-toets voor de variabelen leeftijd en geslacht.

Vervolgens werd voor de specifieke (historische) risico items van de START de Cohen's Kappa berekend om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te toetsen. Dit om te kijken of de mate van risico door de verschillende beoordelaars op dezelfde wijze werden geïnterpreteerd. Wanneer dit goed is kan er van worden uitgegaan dat de mate van risico niet afhangt van de beoordelaar. De volgende richtlijnen zijn voor Cohen's Kappa voorgesteld: 'slecht' ($k < 0$); 'gering' (0-0,20); 'matig' (0,21-0,40); 'redelijk' (0,41-0,60); 'voldoende tot goed' (0,61-0,80) en 'bijna perfect' (0,81-1,00) (Landis & Koch, 1977).

Bij het genereren van de totaalscores werden relatief veel missende waarden geconstateerd. Om deze reden werd een Missende Data analyse uitgevoerd. De items waarbij de meeste missende waarden voorkwamen waren: Medicatietrouw (30.0%), Overeenstemming over regels (11.7%) en Vrijtijdsbesteding (3.3%). Om de missende waarden in te vullen werd de Multiple Imputatie (MI) (Rubin, 1996; Van Buuren, 2012) procedure toegepast met behulp van vijf imputaties, wat voldoende is om bias te elimineren (Taylor, 2011). Het is aanbevolen om MI gebruiken wanneer het percentage ontbrekende waarde de 10 procent overschrijdt (Barzi & Woodward, 2004). De MI-werkwijze geeft een gepoolde (samengevoegd) resultaat van statistieken met inachtneming van de variantie van de

ontbrekende waarden. Deze gepoolde waarden genereren meer nauwkeurige schattingen dan andere imputatiemethoden zoals Expectation Maximization (EM) of mean substitutie. Het gemiddelde over resultaten werd berekend (zoals voorgesteld door Taylor, 2011) als gepoolde statistieken niet werden verstrekt door SPSS.

Om te onderzoeken op welke variabele de ForFACT- en de poliklinische cliënten (onafhankelijke variabele) van elkaar verschilden op totaalscores (afhankelijke variabele) werd er gebruik gemaakt van verschillende Mann-Whitney toetsen. Voor deze test werd gekozen omdat de data van meerdere totaalscores niet normaal verdeeld waren. Voor de mogelijke verschillen in specifieke risicofactoren (afhankelijke variabele) tussen ForFACT- en poliklinische cliënten (onafhankelijke variabele) te onderzoeken werd er gebruik gemaakt van de Mann-Whitney non-parametrische toets. Van deze toets werd gebruik gemaakt omdat deze items van ordinaal meetniveau zijn en de data niet normaal verdeeld bleken te zijn. Er werd eenzijdig getest omdat de verwachting is dat ForFACT-clieënten op alle gebieden slechter zullen scoren dan cliënten in poliklinische behandeling. De p -waardes werden om deze reden gedeeld door twee. Resultaten met een p -waarde kleiner dan .05 werden geïnterpreteerd als statistisch significant.

Om te onderzoeken welk van de domeinen het belangrijkste effect heeft is er gebruik gemaakt van de Pearson's correlatie coëfficiënt (r). De richtlijnen voor de effect size r zijn als volgt voorgesteld: klein = .10; medium = .30; groot = .50 (Field, 2009). Tot slot is er om te corrigeren voor kanskapitalisatie de Holm-Bonferroni Sequentie formule gebruikt om een type één fout te voorkomen (Gaetano, 2013). Van deze test is gebruik gemaakt omdat deze test liberaler is als de Bonferroni correctie.

Resultaten*Steekproefkarakteristieken*

Er zijn geen significante verschillen gevonden op de matchingsvariabelen: geslacht, leeftijd, type delict, primaire diagnose en relationele status tussen de ForFACT- en de poliklinische-groep (Tabel 1).

Tabel 1. Karakteristieken van de onderzoeksgroep van de ForFACT- en poliklinische cliënten.

Variabelen	ForFACT-groep (n = 60)		Poliklinische groep (n = 60)		p
	n	(%)	n	(%)	
Geslacht					.698
Man	57	(95.0)	56	(93.3)	
Vrouw	3	(5.0)	4	(6.7)	
Gemiddelde leeftijd (SD)	31.60	(8.75)	31.72	(8.75)	
Leeftijdscategorieën					.943
18-25	18	(30.0)	19	(31.7)	
26-35	23	(38.3)	20	(33.3)	
36-45	15	(25.0)	18	(30.0)	
46-55	3	(5.0)	2	(3.3)	
>55	1	(1.7)	1	(1.7)	
Type delict					.894
Agressie algemeen	41	(68.3)	40	(66.7)	
Huiselijk geweld	8	(13.3)	10	(16.7)	
Vermogen	9	(15.0)	7	(11.7)	
Zeden	1	(1.7)	2	(3.3)	
Overig	1	(1.7)	1	(1.7)	
Primaire diagnose					.505
Persoonlijkheidsstoornis					
Antisociaal	26	(43.3)	27	(45.0)	
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	(10.0)	
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 genderidentiteitsstoornissen	1	(1.7)	0	(.0)	
Andere aandoeningen en problemen die voor zorg kunnen zijn	3	(5.0)	2	(3.3)	
Relationele status					.273
Alleenstaand	47	(78.3)	43	(71.7)	
Relatie	10	(16.6)	13	(21.7)	
Gescheiden	3	(5.0)	4	(6.7)	

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Cohen's Kappa) in Tabel 2 van de specifieke (historische) risico items van de START van de H-items varieerde van .47 (redelijk) tot .76 (substantieel). Van Hx-items varieerde van .80 (substantieel) tot .92 (bijna perfect).

Tabel 2. Cohen's Kappa per item van de H- en Hx-items van de START

	H-item			Hx-item		
	k	p	Classificatie	k	p	Classificatie
Risico voor anderen	.76	.000**	substantieel	.80	.000**	substantieel
Zelfbeschadigend gedrag	.70	.000**	substantieel	.92	.000**	(bijna) perfect
Suicide	.69	.000**	substantieel	.92	.000**	(bijna) perfect
Ongeoorloofde afwezigheid	.63	.000**	substantieel	.91	.000**	(bijna) perfect
Middelenmisbruik	.73	.000**	substantieel	.91	.000**	(bijna) perfect
Zelfverwaarlozing	.49	.000**	redelijk	.81	.000**	(bijna) perfect
Victimisatie	.47	.000**	redelijk	.86	.000**	(bijna) perfect

Classificatie van Cohen's Kappa volgens Landis en Koch (1977): 'slecht' (<.00), 'zwak' (.00-.20), 'matig' (.21-.40), 'redelijk' (.41-.60), 'substantieel' (.61-.80) en '(bijna) perfect' (.81-1) (Landis & Koch, 1977).

** = $p < .01$

Verschillen tussen ForFACT-en poliklinische cliënten

In Tabel 3 zijn de verschillen voor de totaalscores weergegeven, in tabel 4 voor de verschillen van de Hx-items en in tabel 5 voor de H-items. Voor iedere variabele is de Mean Rank (MR) weergegeven, de Mann-Whitney toets maakt per groep een rangorde van de laagste tot de hoogste score. De groep met de hoogste MR is dan ook de groep met de grootste hoeveelheid aan hoge scores (Field, 2009). Tot slot is er gecorrigeerd voor kanskapitalisatie.

Short-Term Assessment of Risk and Treatability.

De ForFACT-groep verschilt significant van de poliklinische groep met hogere totaal scores op risico (U = 1318.70, z = -2.53, p = .012/2 = .006, r = .23), Hx-items (U = 1345.10, z = -2.44 p = .015/2 = .007, r = .22), H-items (U = 1395.60, z = -2.15, p = .032/2 = .063, r = .20). Door de poliklinische cliënten werd een significant hogere totaal score gescoord op de S-items (U = 1441.80, z = -2.00, p = .052/2 = .026, r = .18).

Zorgzwaarte bepaling.

Er werd door de ForFACT-clieënten een significant hogere totaalscore gescoord voor de zorgzwaarte (U = 1154.50, z = -3.42, p = .001/2 = .000, r = .31).

Zelfredzaamheid Matrix.

Er werd door de poliklinische cliënten op de totaalscore van zelfredzaamheid een significant hogere score gevonden ($U = 1175.40$, $z = -3.28$, $p = .001/2 = .001$, $r = .30$).

Na correctie voor kanskapitalisatie bleven de totaalscores voor 'risico', 'Hx', 'zorgzwaarte' en 'zelfredzaamheid' significant

Tabel 3. Verschillen tussen ForFACT-clieënten en poliklinische cliënten in totaalscores op de START, ZRM en ZZB

Totaal score	ForFACT	Poliklinisch	r	p one-tailed	p'
	(n=60)	(n = 60)			
	MR	MR			
START-Sterkte	56.66	64.34	-.11	.115	.229
START-Risico	68.52	52.48	-.23	.006**	.035*
START-S-item	54.53	66.47	-.18	.026*	.077
START-K-item	61.99	59.01	-.04	.316	.316
START-Hx	68.08	52.92	-.22	.007**	.036*
START-H	67.24	53.76	-.20	.016*	.063
ZRM	50.09	70.91	-.30	.001**	.004**
ZZB	71.26	49.74	-.31	.000**	.002**

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

H-variabelen. ForFACT-clieënten scoorden significant hoger op zelfbeschadigend gedrag ($U = 1605.00$, $z = -1.65$, $p = .099/2 = .049$, $r = .15$), middelenmisbruik ($U = 1503.50$, $z = -1.66$, $p = .098/2 = .049$, $r = .15$) en zelfverwaarlozing ($U = 1507.50$, $z = -1.86$, $p = .063/2 = .032$, $r = .17$). Na correctie voor kanskapitalisatie werd er geen significante verschillen meer waargenomen.

Tabel 4. Verschillen tussen ForFACT-clieënten en poliklinische-clieënten in scores op de H-items

Variabele	ForFACT	Poliklinisch	p (one-tailed)
	(n = 60)	(n = 60)	
	MR	MR	
Risico voor anderen	59,63	61,37	.380
Zelfbeschadigend gedrag	63,75	57,25	.049*
Suicide	63,77	56,29	.059
Ongeoorloofde afwezigheid	63,05	57,00	.154
Middelenmisbruik	65,44	55,56	.049*
Zelfverwaarlozing	65,38	55,63	.032*
Victimisatie	62,73	58,28	.148

* = $p < .05$

Hx-variabelen. ForFACT-cliënten scoorden alleen significant hoger op zelfverwaarlozing ($U = 1440.00$, $z = -2.38$, $p = .017/2 = .009$, $r = .22$). Na correctie voor kanskapitalisatie was het item ‘zelfverwaarlozing’ niet meer significant.

Tabel 5. Verschillen tussen ForFACT-cliënten en poliklinische-cliënten in scores op de Hx-items

Variabele	ForFACT	Poliklinisch	<i>p</i> (one-tailed)
	(<i>n</i> = 60)	(<i>n</i> = 60)	
	MR	MR	
Risico voor anderen	61.03	59.97	.369
Zelfbeschadigend gedrag	63.50	57.50	.064
Suicide	62.66	57.38	.141
Ongeoorloofde afwezigheid	62.74	57.31	.159
Middelenmisbruik	61.00	60.00	.420
Zelfverwaarlozing	66.50	54.50	.009**
Victimisatie	64.00	57.00	.096

** = $p < .01$

Geslacht

Als laatste is de invloed van geslacht onderzocht door de zeven vrouwen en de daaraan gematchte man te excluderen van de analyses ($n = 112$). Er werden er geen veranderingen gevonden in de significante verschillen.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om mogelijke verschillen tussen ForFACT- en poliklinische cliënten in kaart te brengen om zo tot een meer evidenced- based indicatie proces te komen.

De verwachting was dat de ForFACT-clieënten op alle onderzochte gebieden slechter zouden presteren dan de poliklinische cliënten.

Hoofdbevindingen

De belangrijkste bevindingen in dit onderzoek zijn, zoals verwacht, dat ForFACT-clieënten voorafgaand aan de behandeling gemiddeld een hogere totale zorgzwaarte, meer risicofactoren en vaker specifieke risico in het verleden voorkomen dan bij poliklinische cliënten. Tevens wordt gevonden dat ForFACT-clieënten significant minder zelfredzaam zijn dan poliklinische cliënten. Waarbij de grootse effectgrootte voor zorgzwaarte en zelfredzaamheid werd gevonden en daarna voor de risicofactoren.

Interpretatie

Als eerste werden verschillen gevonden in de totaal uitkomsten van risico-, historische risico- en protectieve factoren. ForFACT-clieënten blijken, zoals verwacht, gemiddeld meer risicofactoren en vaker specifieke risico's in het verleden (srfV) te hebben dan poliklinische cliënten. Na correctie voor kanskapitalisatie werden geen significante verschillen meer waargenomen voor de protectieve- en specifieke risicofactoren in het heden (srfH). Een mogelijke verklaring voor de protectieve factoren kan zijn dat in dit onderzoek gebruik is gemaakt van informatie tot aan de intake, welke over het algemeen probleemgericht is (Richmond, Smock Jordan & Bischof, 2014). Mogelijk worden deze pas later in de behandeling inzichtelijk gemaakt, waardoor mogelijk de informatie voor deze studie niet toereikend was om tot een duidelijk verschil te leiden. Doordat protectieve factoren veelbelovend lijken in differentiatie tussen de groepen wordt er vervolg onderzoek aangeraden.

Er wordt wel een verschil gevonden op algemene risicofactoren maar niet voor srfH. Een verklaring kan hiervoor zijn dat de score algemene risicofactoren niet samenhangt met specifieke risicofactoren. Een hoge score op algemene risico's betekent niet noodzakelijkerwijs ook een hoge score op specifieke risico's en visa versa ('t Lam et al., 2009). Geconcludeerd kan worden dat de geschiedenis belangrijk is voor de indicatie van ForFACT. Deze bevinding ondersteunt het criterium 'het gaat om mensen die vaak al een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben'.

Vervolgens zijn de individuele items van de specifieke risicofactoren in zowel het heden als verleden onderzocht. Na correctie voor kanskapitalisatie werden geen significante verschillen meer gevonden. Dit is in tegenstelling met onderzoek van Webster et al. (2009). In de handleiding van de START wordt aangegeven dat beoordelaars alert moeten zijn op opmerkingen van hun cliënten die verwijzen naar een specifiek voornemen tot agressief gedrag ('t Lam et al, 2009). Het is mogelijk dat deze informatie niet in de onderzochte dossiers zijn opgenomen, waardoor er geen juiste score kon worden toegekend aan deze items.

Ten tweede is onderzocht of er verschillen in de totaaluitkomst van zorgzwaarte bestaan. ForFACT-cliënten blijken, zoals verwacht, gemiddeld een hogere zorgzwaarte te hebben dan poliklinische cliënten. Deze bevinding is conform eerdere studies waaruit blijkt dat (For)FACT-cliënten zwaardere en ernstigere problemen ervaren dan cliënten uit ambulante poliklinische behandelingen (Cuddeback, 2009; Place, et al., 2011; Veldhuizen & Bähler, 2008).

Ten derde werden verschillen gezocht in de totaaluitkomst van zelfredzaamheid van cliënten. ForFACT-cliënten blijken, zoals verwacht, gemiddeld over een lagere zelfredzaamheid te beschikken dan poliklinische cliënten. Deze bevinding wordt ondersteund door eerder onderzoek waarin naar voren komt dat ForFACT-cliënten op meerdere levensgebieden problemen ondervinden. Zo zijn financiën en (stabiele) huisvesting stressfactoren (Neijmeijer et al, 2012). Uit eerder onderzoek kwam al naar voren dat een verminderde zelfredzaamheid kenmerkend is voor ForFACT-cliënten (Neijmeijer et al., 2012; Place et al., 2011), in deze studie blijkt zelfredzaamheid zelfs onderscheidend.

Tot slot is gekeken welke van deze totale uitkomsten het meest onderscheidend is voor ForFACT-cliënten. Uit de resultaten komt naar voren dat de grootse effectgrootte voor zorgzwaarte en zelfredzaamheid wordt gevonden, vervolgens voor de risicofactoren. Het is een opvallende bevinding dat zorgzwaarte het grootste effect heeft op de ForFACT-cliënten. Deze bevinding moet met zorgvuldigheid worden geïnterpreteerd, dit omdat deze vragenlijst niet is gevalideerd. Meer onderzoek naar de zorgzwaarte van ForFACT-cliënten is dan ook gewenst voordat deze kan worden gebruikt als indicatiecriterium. De reden dat zorgzwaarte en zelfredzaamheid meer onderscheidend zijn dan risicofactoren zou mogelijk kunnen worden verklaard doordat ForFACT-cliënten zwaardere en ernstigere (psychiatrische) problemen ervaren dan cliënten uit ambulante poliklinische behandelingen. Daarnaast is het dat in beide groepen delict gevaarlijk gedrag een rol heeft gespeeld bij het in zorg komen in de forensische zorg. Dit kan verklaren waarom in huidig onderzoek er in de risicotaxatie minder grote verschillen worden gevonden dan voor de zorgzwaarte en zelfredzaamheid.

Sterkte en beperkingen

Huidig onderzoek levert een grote bijdrage aan het onderzoek naar ForFACT en aan het standaardiseren van een evidenced-based indicatiestelling. Voor het eerst is er gebruik gemaakt van gestandaardiseerde instrumenten om ForFACT-cliënten met poliklinische cliënten te vergelijken. Er zijn hierbij belangrijke verschillen in zorgzwaarte, zelfredzaamheid en risicofactoren gebleken. Deze inzichten dragen bij aan de kennis en een nadere uiteenzetting van het RNR-model over de behoeften van de ForFACT-cliënt.

Er zijn verschillende beperkingen in dit onderzoek. Ten eerste is het verzamelen van gegevens op cliëntniveau vaak problematisch, vooral in retrospectieve studies, als gevolg van ontbrekende gegevens (Burton, Billingham, Bryan, 2007). Huidig onderzoek betrof relatief (> 10%) veel missende waardes (Barzi & Woodward, 2004), die werden ondervangen door het gebruik van MI. In verschillende onderzoeken (Horton & Lipsitz, 2001; Lee & Carlin, 2010) wordt aangegeven dat MI

een geschiktere omgangsmethode is voor missende data dan complete case analyses. Voordeel van deze methode is de flexibiliteit in de afzonderlijke behandeling van de incomplete data en inhoudelijke analyses. Met voorzichtigheid dienen de uitkomsten te worden geïnterpreteerd (Barnard & Meng, 1999) en dient rekening gehouden te worden dat een vertekening kan optreden als gevolg van verschillen tussen de waargenomen- en niet-waargenomen data (Horton & Lipsitz, 2001). Het is dan ook van belang dat in vervolgonderzoek alle vragen worden ingevuld en dat er vooraf een duidelijk beleid met betrekking tot missende waardes wordt gedefinieerd.

Huidig onderzoek werd verricht door klinische psychologie studenten zonder praktische ervaring. Uit onderzoek is gebleken dat professionele forensische psychologen beter zijn in het maken van een profielschets bij delinquenten dan niet forensische opgeleide psychologen (de Ruiters, 2000; Monahan et al., 2000). Hoewel de studenten voorafgaande het onderzoek een uitgebreide training hebben gehad in het scoren van de risico-instrumenten, is het mogelijk dat door het gebrek aan ervaring in het forensische veld van de studenten, gespecialiseerde forensische psychologen beter onderscheidende gebieden identificeren. Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen is er om deze reden gebruik gemaakt van consensusbesprekingen tussen de studenten. Aangeraden wordt om vervolgonderzoek te laten verrichten door goed getrainde en ervaren beoordelaars met behulp van betrouwbare en valide checklists die gescoord kunnen worden aan de hand van correcte en volledige informatie van het individu.

Cliënten waren niet gematcht op opleidingsniveau doordat deze gegevens voor het merendeel van de cliënten ontbraken. Opleidingsniveau kan effect hebben op de resultaten doordat dit directe invloed heeft op het inkomen en het inkomen heeft invloed op de zelfredzaamheid en de *sociaal economische status (SES)*. Een lage SES hangt samen met de gezondheid, zorgzwaarte en zelfredzaamheid (Markenbach, 1991; Bossuyt & van Oyen, 2000). Vervolgonderzoek zal daarom moeten controleren voor opleidingsniveau om groepsverschillen te achterhalen.

Tot slot, mannen vertegenwoordigen de meerderheid in deze studie en dit is passend bij de onderzoekspopulatie (Vogel, Stam, Bouman, Horst & Lancel, 2008). Desalniettemin stijgt het aantal vrouwelijke daders in de forensische praktijk (Heilbrun et al., 2008). Vrouwen hebben andere zorgbehoeftes, risico's en responsiviteit op en daarom wordt aangeraden meer onderzoek te verrichten.

Conclusie

Huidig onderzoek heeft bijgedragen aan het in kaart brengen van de verschillen tussen ForFACT- en poliklinische cliënten. Daarmee is een eerste stap gezet naar een empirische onderbouwing en specificatie van deze doelgroep voor het op dit moment gebruikte klinische oordeel. Er kan worden geconcludeerd dat er op basis van het klinisch oordeel duidelijke verschillen bestaan tussen ForFACT- en poliklinische cliënten van de Waag Utrecht op de gebieden zorgzwaarte, zelfredzaamheid, risico en specifieke risico's in het verleden. De behandeling dient dan ook te worden gericht op deze factoren. Volgens het RNR-model neemt daarmee het slagingspercentage van de

behandeling toe en neemt het recidiverisico af. Aangeraden wordt om na de indicatiestelling de mate van zelfredzaamheid op alle levensgebieden te monitoren, zodat de zorgzwaarte kan worden bepaald en meervoudige problematiek inzichtelijk blijft.

De vragenlijsten START, ZZB en ZRM blijken een onderscheidend vermogen hebben ten opzichte van cliënten in de ForFACT en poliklinische zorg. Aan de hand van dit onderzoek kan met voorzichtigheid worden gesteld dat deze vragenlijsten kunnen worden geutiliseerd bij een gestandaardiseerde indicatie voor ForFACT. Omdat dit een eerste stap is naar de onderbouwing van indicatie is meer onderzoek aangeraden.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4de, herziende versie). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct* (2nd edition). Cincinnati: Anderson.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Newark, NJ: LexisNexis
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Wormith, J.S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal justice and behavior*, 38(7), 735-755.
- Blaauw, E., Roozen, H. (2012) Handboek forensische verslavingszorg. Bohn Stafleu van Loghum.
- Barnard, J., & Meng, X. L. (1999). Applications of Multiple Imputation in Medical Studies: From AIDS to NHANES. *Statistical Methods in Medical Research*, 8, 17–36.
- Barzi, F., & Woodward, M. (2004). Imputations of Missing Values in Practice: Results from Imputations of Serum Cholesterol in 28 Cohort Studies. *American Journal of Epidemiology*, 160 (1), 34-45. DOI: 10.1093/aje/kwh175.
- Blok, G.(2011). *De Zorgzwaartebepaling Forensische Psychiatrie (versie 1.2)*. Zeeland: de Waag
- Bossuyt, N., & Van Oyen, H. (2000). Health expectancy by socio-economic gradient in Belgium. (pp.1-96). Brussel: Scientific Institute of Public Health.
- 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.
- Burton, A., Billingham, L.J., Bryan, S. (2007). Cost-effectiveness in clinical trials: using multiple imputation to deal with incomplete cost data. *Clinical Trials*, 4, 154-61.
- Buuren, S. van (2012). Multiële Imputatie in Vogelvlucht. *Stator*. 13, 10-15.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). Gedetineerden; geslacht, leeftijd en herkomstgroepering. CBS, Den Haag.
- Cnossen, T.E.A. (2015). *De mate van zelfredzaamheid van cliënten geïndiceerd voor forensisch flexibel/functional assertive community treatment: een vergelijkingsstudie met reguliere poliklinische cliënten* (Master's thesis, Universiteit Utrecht, Nederland).
- Cuddeback, G.S., & Morrissey, J.P. (2011). Program Planning and Staff Competencies for Forensic Assertive Community Treatment: ACT-Eligible Versus FACT-Eligible Consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17, 90-97

- 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., Morrissey, J.P., Cusack, K.J. (2008). How Many Forensic Assertive Community Treatment Teams Do We Need? *Psychiatric Services, 59*, 205-208.
- Desmarais, S.L., Nicholls, T.L., Wilson, C.M., & Brink, J. (2012). Using dynamic risk and protective factors to predict inpatient aggression: Reliability and validity of START assessments. *Psychological Assessment, 24*, 3, 685-700.
- Douglas, K.S., Cox, D.N., & Webster, C.D. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology, 4*, 149-184.
- Duckworth, A.L., Steen, T.A., & Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 629-651.
- 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. (2009). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. Fourth Edition. Sage: London.
- Gaetano, J. (2013). Holm-Bonferroni sequential correction: An EXCEL calculator (1.2) [Microsoft Excel workbook]. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/242331583_Holm_Bonferroni_Sequential_Correction_An_EXCEL_Calculator_-_Ver._1.2. Doi: 10.13140/RG.2.1.3920.0481
- Gruijter, Marissing & Nederland (2010) participatiebevordering in de WMO. Participeren in drie leefdomeinen. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 1154-1163.
- Heilbrun, K., De Matteo, 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.
- Horton, N.J., & Lipsitz, S.R. (2001). Multiple imputation in practice. *The American Statistician, 55*, 3, 244-254. DOI: 10.1198/000313001317098266
- Hurk, A.A. van den, & Nelissen, P.P. (2004). "What works?": een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties, 5*, 280-297.
- IBM Corp. Uitgebracht in 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Koning, H.M de. (2015). *De verschillen in risico- en protectieve factoren tussen poliklinische cliënten en forensisch flexibele assertieve community treatment cliënten* (Master's thesis, Universiteit Utrecht, Nederland).

- Lam, K. 't, Lancel, M., & Hildebrand, M. (2009). *Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Richtlijnen bij het beoordelen van korte termijn risico's en behandel mogelijkheden*. Assen: GGZ Drenthe.
- 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.
- Lee, K.J., & Carlin, J.B. (2010). Multiple imputation for missing data: fully conditional specification versus multivariate normal imputation. *American Journal of Epidemiology*, 171, 5, 624-632.
- Lehman, E.L. (1998). *Nonparametric: Statistical Methods Based on Ranks, Revised*, ISBN=978-0139977350, 76-81.
- Mackenbach, J.P. (1991). *Socio-economic health differences; proceedings of a symposium held on February 1st, 1991 in Rotterdam, The Netherlands*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk.
- Marle, J. van, Arends, M., Klaver, J., et al. (2009). ACT voor forensische patiënten. In: Mulder & Kroon (Red.): *Assertive Community Treatment: Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen* (pp. 411-424). Amsterdam: Boom
- 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.
- Nagtegaal, M.H., Schönberger, H.J.M. (2013). *Memorandum: Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Neijmeijer, L., Place, C., Rijkaart, A.M., & Kroon, H. (2012). *Behandelgeschiedenis en justitieverleden 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.
- Nieuwenhuis, N. (2015). *Een onderzoek naar de verschillen in zorgzwaarte tussen poliklinische cliënten en forensische flexibele assertive community treatment cliënten* (Master's thesis, Universiteit Utrecht, Nederland).
- 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*. Nederland, Utrecht: Trimbos-instituut.
- Richmond, C.J., Smock Jordan, S. & Bischof, G.H. (2014). Effects of solution-focused versus problem-focused intake questions on pre-treatment change. *Journal of Systemic Therapies*, 33(1), 357.

- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior, 24*, 595-605.
- Rubin, D. B. (1996). Multiple imputation after 18+ years. *Journal of the American Statistical Association, 91* (434), 473-489.
- Ruiter, C. de (1999). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 9-16). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ruiter, C., de, (2000). *Voor verbetering vatbaar*. Inaugurele rede, Amsterdam: Vossiuspers AUP. Verkregen van: UvA-DARE, the institutional repository of the University of Amsterdam (UvA) <http://hdl.handle.net/11245/2.27255>
- Ryba, N.L. (2008). The other side of the equation: Considering risk state and protective factors in violence risk assessment. *Journal of Forensic Psychology Practice, 8*, 413-423.
- Saleebey, D. (1996). *The strengths perspective in social work practice*. 2nd ed.. New York: Addison-Wesley.
- Taylor, J. (march 17th, 2011). Information retrieved from: <http://jeremyjaytaylor.squarespace.com/missing-dataimputation-discuss/post/1436944>
- Veldhuizen, J. R. van. (2007). FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal, 43*, 421-433.
- Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., (2013). *Manual Flexible Assertive Community Treatment: Vision, model, practice and organization*. Nederland, Groningen.
- Veldhuizen, J. R. van, Bähler, M., Polhuis, D., & van Os, J. (2008). *Handboek FACT. De Tijdstroom Utrecht*.
- Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., & Teer, T. (2006). FACT: de Functie act. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 61*, 525 - 534.
- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Amsterdam: Dutch University Press.
- Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (2005). The HCR-20 in personality disordered female offenders: A comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*, 226-240.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y. (2007). Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 33*, 102-119.
- Vogel, V. de, Stam, J., Bouman, Y.H.A., Ter Horst, P., & Lancel, M. (2015). Violent women: a multicentre study into gender differences in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 27* (2), 145-168
- Vugt, M.D. van, 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.

- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S.M., Bergman, I.M. & Essers, A.A.M. (2011). *Factsheet 2011-5: Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van Nederlandse justitiabelen*. Den Haag: Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Essers, A.A.M (2005). *Door na de gevangenis; een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive onder ex-gedetineerden*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Desmarais, S.L. (2009). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START), Version 1.1*. Hamilton, Canada / Port Coquitlam, Canada: St. Joseph's Healthcare / Forensic Psychiatric Services Commission.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Middleton, C. (2004). *Short-term assessment of risk and treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery*. Ontario: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Webster, C.D., Müller-Isberner, R., & Fransson, G. (2002). Violence risk assessment: Using structured clinical guidelines professionally. *International Journal of Forensic Mental Health, 1*, 185-193.
- Webster, C.D., Nicholls, T.L., Martin, M.L., Desmarais, S.L., Brink, J.(2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): The case for a new violence risk structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences and the Law, 24*, 747–766.

Bijlage I: START ScoreformulierNaam: _____ Man Vrouw

Geboortedatum: _____ d/m/j

Diagnose DSM IV ICD-10

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

STATUS: Ambulant DOEL: Beoordeling Beoogde context: _____ Kliniek, Unit:..... Behandeling Juridische titel: _____ Gevangelis Taxatieperiode: _____ dagen/weken/maanden

S item	Sterkten 2 1 0			Start items	Risiko's 0 1 2			K item	SPECIFIEKE RISICOBEOORDELINGEN				
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Sociale vaardigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Hx		L	M	H
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Relaties (TW*: Ja/Nee)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Risico voor anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Werk en opleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zelfbeschadigend gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Vrijtijdsbesteding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Zelfverzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ongeoorloofde afwezigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Psychische stoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Middelenmisbruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Emotionele toestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zelfverwaarlozing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Victimisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Impulscontrole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Casus specifieke risico's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Externe invloeden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	RISICOMANAGEMENT				
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Sociale steun (POC**):Ja/Nee)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Materiële middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Attitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Medicatietrouw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Overeenstemming over regels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	RISICOSIGNALLEN				
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Zelfinzicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Plannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Copingvaardigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Huidig behandelplan				
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Behandelbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Casus specifiek item	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Casus specifiek item	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>					

Medische aandachtspunten/tests _____

Risicobeschrijving welke factoren/voorspellen-verklaren/welke persoon/zal uitvoeren/welke daad/op welk moment?

Ingevuld door: _____ Datum: _____ *TW = Therapeutische

Werkrelatie; **POC = Positief Ondersteunende Contacten, S item = Sleutel item, K item = Kritiek item, L = laag, M = matig, H = hoog.

GGZ-Drenthe, FPK Versie 1.2 februari 2009

Bijlage II: ZZB Score formulier**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

Bijlage III: ZRM Scoreformulier

ZRM 2013 Standaard score formulier

Cliënt informatie

Achternaam:	Voornaam:	Voorletters:

BSN: <small>(9-cijfer)</small>	Geslacht: <small>(omcirkel)</small>	Geboortedatum: <small>(dd/mm/jjjj)</small>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>

Screening informatie

Datum screening: <small>(dd/mm/jjjj)</small>	Kenmerk screener: <small>(naam)</small>

Achtergrond informatie

Zorgverzekering aanwezig?	Ja	Nee	In aanvraag	<small>(omcirkel)</small>
Cognitief vermogen	Belemmering	Nader te onderzoeken	Geen belemmering	<small>(omcirkel)</small>
Taal belemmering?	Ja	namelijk in: <input type="checkbox"/> Spreken <input type="checkbox"/> Lezen <input type="checkbox"/> Schrijven <input type="checkbox"/> Verstaan <small>(omcirkel)</small>	Nee	<small>(omcirkel)</small>

Verantwoordelijkheid voor kinderen?	Ja	namelijk voor: <input type="checkbox"/> Jonge kinderen (0-12 jr.) <input type="checkbox"/> Oudere kinderen (13-18 jr.) <small>(omcirkel)</small>	Nee	<small>(omcirkel)</small>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Het ZRM-supplement: Ouderschap is van toepassing! </div>				

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	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee
Dagbesteding	1	2	3	4	5	Ja	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee
Huisvesting	1	2	3	4	5	Ja	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee
Huiselijke relaties	1	2	3	4	5	Ja	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee
Geestelijke gezondheid	1	2	3	4	5	Ja	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee
Lichamelijke gezondheid	1	2	3	4	5	Ja	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee
Verslaving	1	2	3	4	5	Ja	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee
Activiteiten Dagelijks Leven	1	2	3	4	5	Ja	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee
Sociaal netwerk	1	2	3	4	5	Ja	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee
Maatschappelijke participatie	1	2	3	4	5	Ja	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee
Justitie	1	2	3	4	5	Ja	<input type="checkbox"/> formeel <input type="checkbox"/> informeel	Nee

© GGD Amsterdam, 2012.