



Universiteit Utrecht

de Waag

**De Verschillen in Risico- en Protectieve Factoren tussen
Poliklinische Cliënten en Forensic Flexible Assertive
Community Treatment Cliënten**

Masterthesis

Hannah Meander de Koning
h.m.dekoning@students.uu.nl
Studentnummer: 3827267

Instituten:

De Waag, Oudlaan 9, 3515 GA Utrecht, Nederland

Universiteit Utrecht, Domplein 29, 3512 JE Utrecht, Nederland

Begeleider Universiteit Utrecht:

Dr. Ing. G.J. Prosman

Begeleiders De Waag, Utrecht:

Drs. I. Kusters

Dr. J.E. van Horn

Aantal woorden: 4973

September 2015

Summary

Forensic Flexible Assertive Community Treatment (ForFACT) is an ambulant and intensive treatment for offenders with severe psychiatric problems, who are not able to benefit from standard forensic psychiatric care. For the indication of ForFACT, a consideration is made through clinical judgement, on the basis of admission criteria. Since there is a gap in research on specific risk and protective factors concerning the client population of ForFACT, it is necessary to investigate these factors in order to standardize the indication of ForFACT.

The aim of this research is to gain more insight in the specific risk factors of the client population of ForFACT, in comparison with the regular outpatient population. Both risk and protective factors are examined using the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START); a risk assessment instrument. This questionnaire is completed for 152 clients of De Waag, a centre for forensic ambulant treatment. 76 ForFACT clients were matched with 76 outpatients. This matching process took place on the basis of gender, age, type of offense, primary diagnosis and marital status.

After comparison of the two groups, it appeared that ForFACT clients have an increased risk in the following areas: - psychiatric disorder, - self-care, - work and education, - substance use, - external influences, - material resources, - agreement about rules, - planning and - coping abilities. Outpatients appeared to have more protective characteristics regarding - social skills, - work and education and - self-care. These factors should play a central role in the indication of ForFACT. The START has the ability to distinguish for most of the indication criteria. Further research is needed to determine whether the START can be used in practice in order to standardize the indication of ForFACT.

Samenvatting

Forensic Flexible Assertive Community Treatment (ForFACT) is ambulante en intensieve behandeling voor daders met ernstige psychische problemen, die niet in staat zijn om te profiteren van de reguliere forensische psychiatrische zorg. Ter indicatie van ForFACT vindt er een afweging plaats op basis van klinisch oordeel, aan de hand van toelatingscriteria. Onderzoek naar specifieke risicofactoren binnen de ForFACT cliëntpopulatie is gering en onderzoek naar de protectieve factoren is nog niet eerder uitgevoerd. Het is dan ook noodzakelijk om deze factoren verder te onderzoeken om ForFACT op een gestandaardiseerde manier te kunnen indiceren.

Huidig onderzoek streeft er naar om meer inzicht te krijgen in de specifieke risicofactoren die aanwezig zijn bij de ForFACT cliëntpopulatie, in vergelijking met een reguliere poliklinische cliëntpopulatie. Zowel de risico-, als de protectieve factoren zijn onderzocht met behulp van de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START); een risicotaxatie-instrument. Deze is afgenomen bij 152 cliënten van De Waag, centrum voor forensische ambulante behandeling. 76 ForFACT cliënten zijn gekoppeld aan 76 poliklinische cliënten. Deze koppeling vond plaats op basis van geslacht, leeftijd, type delict, primaire diagnose en burgerlijke staat.

Na vergelijking van de groepen blijkt dat ForFACT cliënten een verhoogd risico hebben op de volgende gebieden: - psychische stoornis, - zelfverzorging, - werk en opleiding, - middelengebruik, - externe invloeden, - materiële middelen, - overeenstemming over regels, - plannen en - copingvaardigheden. Poliklinische cliënten beschikken over meer protectieve eigenschappen op het gebied van - sociale vaardigheden, - werk en opleiding en - zelfverzorging. Deze factoren dienen centraal te staan bij de indicatiestelling voor ForFACT. De START heeft een onderscheidend vermogen voor de meeste toelatingscriteria. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of de START in de toekomst in de praktijk gebruikt kan worden om de indicatiestelling van ForFACT te standaardiseren.

Voorwoord

Voor u ligt het artikel dat verslag doet van mijn afstudeeronderzoek. Van november 2014 tot september 2015 heb ik aan deze scriptie gewerkt. Het ging met vallen en opstaan, maar ik kan terugkijken op een bijzonder jaar, waarin ik heel veel heb geleerd. Ik ben dan ook trots op het leerproces waar ik doorheen ben gegaan. De stage bij De Waag was de eerste keer dat ik in aanraking kwam met de praktijk van de psychologische hulpverlening. De forensische psychologie was in eerste instantie niet een richting waarvan ik heb overwogen om in te gaan werken, maar na de eerste drie weken was ik al aan het googlen naar een mogelijke forensische Masteropleiding. Met hetzelfde enthousiasme stortte ik me op de 76 dossiers die door mij gescoord moesten worden. Helaas werd ik in één van de eerste weken op persoonlijk gebied al behoorlijk teruggeworpen, omdat mijn moeder in het ziekenhuis terecht kwam. Het was een zware en emotionele tijd, maar ik heb er hard voor gewerkt om mijn achterstand in het doen van dit onderzoek zo veel mogelijk te beperken. Daarbij heb ik een hoop te danken aan mijn scriptiegenootjes; Tamar, Nerissa en Natasja, die mij op de juiste momenten een hart onder de riem staken en me de ruimte gaven die nodig had. Uiteindelijk heb ik het voor elkaar gekregen om het onderzoek naar mijn tevredenheid af te ronden.

Ik wil graag alle mensen uit mijn persoonlijke omgeving bedanken die mij het afgelopen jaar hebben ondersteund met hun luisterend oor, pep-talks en humor op momenten dat ik de scriptieomstandigheden even niet meer zag zitten. Speciale dank aan Lieke, die het geduld had al mijn stukken keer op keer door te lezen en van feedback te voorzien. Judieke, die mij altijd goed verzorgde in huis met lieve verrassingen, gezonde gerechtjes en er altijd was om mijn hersenspinsels aan te horen. Natasja, waar ik me met haar nuchterheid en vechtersmentaliteit aan op kon trekken. Jelmer, mijn lieve vriend die altijd rust in mijn chaos creëert. Ileen, mijn rots in de branding voor goede raad en advies over alles waar ik me mee bezig hield. En tot slot mijn ouders en broertje voor alle steun en liefde die ik me maar wensen kon.

Joan, Gert-Jan en Ine wil ik bedanken voor alle professionele begeleiding die ik heb gekregen. Jullie academische visie, inspiratie en support heeft me geholpen bij het schrijven van deze scriptie. Ik hoop dat ik een bijdrage aan het onderzoek binnen De Waag heb kunnen leveren. Jullie zijn voor mij in elk geval een voorbeeld geweest, waardoor ik ben gegroeid in mijn academische vaardigheden. Nogmaals mijn dank daarvoor.

Hannah de Koning

Utrecht, 13 september 2015

Inhoudsopgave

Summary	2
Samenvatting	3
Voorwoord	4
Inhoudsopgave.....	5
Inleiding	6
Methoden.....	10
Onderzoeksgroep.....	10
Meetinstrumenten	11
Procedure.....	11
Analyses	12
Resultaten	14
Steekproefkarakteristieken	14
Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	15
Short-Term Assessment of Risk and Treatability	16
Discussie.....	19
Sterkten en beperkingen	20
Implementatie en conclusie	21
Literatuur.....	23
Bijlage: START Scoreformulier.....	26

Inleiding

De prevalentie van psychopathologie ligt bij gedetineerden vele malen hoger dan bij de rest van de bevolking (Bonta, Hanson & Law, 1998, Bulten & Nijman, 2009; Bulten, van Tilburg & van Limbeek, 1999; Ferguson, Ogloff & Thomson, 2009). Zo blijkt uit onderzoek van Bulten en Nijman (2009) dat 81,7% van de gedetineerden in Nederland ooit een psychische stoornis heeft gehad, waaronder ADHD, angststoornissen, depressies en persoonlijkheidsstoornissen. Wanneer er een psychische stoornis ten grondslag ligt aan het gepleegde delict, komen mensen in Nederland in aanmerking voor een ambulante of klinische forensisch psychiatrische behandeling. Het uiteindelijke doel van deze behandeling is het verminderen van het recidiverisico ('t Lam, Lancel & Hildebrand, 2009). Uit cijfers van De Waag (een ambulante forensische zorginstelling) blijkt dat binnen twee jaar na behandeling 19,3% van alle ex-cliënten recidiveert (Eisenberg & van Horn, 2015). Dit percentage ligt veel lager dan dat van de ex-gedetineerden zonder behandeling, waar er bij 48% sprake is van recidiveren (Eisenberg & van Horn, 2015; Wartna et al., 2012).

Daderbehandelingen waarbij aan de principes van het *Risk-Need-Responsivity* (RNR) model wordt voldaan, zijn geassocieerd met een significante afname van de kans op recidive (Andrews & Bonta, 2010). Het RNR-model is wijdverspreid een veelgebruikt model voor daderbeoordeling en -behandeling (Andrews, Bonta & Wormith, 2011). Andrews, Bonta en Hoge zijn de grondleggers van dit model, dat drie principes omvat die belangrijk zijn voor effectieve daderrehabilitatie. Allereerst stelt het model dat de behandeling moet aansluiten op het recidiverisico (*risico*) van het individu, wat inhoudt dat mensen met een hoog risico op grensoverschrijdend gedrag intensievere behandeling dienen te krijgen dan wanneer dit risico laag is. Ten tweede moet de behandeling gericht zijn op factoren waarvan binnen onderzoek een samenhang met recidive is aangetoond (*behoeften*). Ten derde moet de stijl en de inhoud van de behandeling aansluiten bij de mogelijkheden en leerstijlen van het individu (*responsiviteit*) (Andrews et al., 2011; Bosma, Kunst, Dirkzwager & Nieuwbeerta, 2014; Smid, 2014).

Daders met ernstige psychische problemen zijn vaak niet in staat om te profiteren van de reguliere forensisch psychiatrische zorg. Vanwege zorgmijdend gedrag in combinatie met problemen op andere terreinen, zoals bijvoorbeeld psychotische aandoeningen, verslaving, dakloosheid, werkloosheid en schulden, wordt een poliklinische behandeling bemoeilijkt. Volgens het RNR-model zijn de behoeften hoog en de responsiviteit laag. Vanwege het hoge risico op grensoverschrijdend/delinquent gedrag is een werkzame behandeling van zeer groot belang. Zonder passende interventie ontstaat er een vicieuze cirkel, waarin de problematiek toeneemt en daarmee ook de kans op recidive (Place, C., Vugt, M., Kroon, H. & Neijmeijer, L., 2011). Forensic Flexible Assertive Community Treatment (ForFACT) is voor deze cliëntpopulatie effectief gebleken

(Cuddeback, Morrissey, Cusack, Piper & Meyer, 2009; Cuddeback, Wright & Bisig, 2013; Place et al., 2011; Van Veldhuizen & Bähler, 2008).

ForFACT is een ambulante interventie voor cliënten die veel problematiek op meerdere levensgebieden hebben in combinatie met grensoverschrijdend gedrag (Cuddeback, Morrissey & Cusack, 2008). De zorg heeft een 'outreaching' karakter; dat wil zeggen dat hulpverleners naar de cliënt toe gaan en zorg leveren op de plek waar die cliënt zich op dat moment bevindt. Dit kan bijvoorbeeld thuis zijn, in een klinische opname of op straat (Place et al., 2011). Omdat de problematiek zich op allerlei levensgebieden uit, zoals op het gebied van huisvesting, verslaving, opleiding, financiën, dagbesteding en werk, biedt ForFACT ambulante en intensieve zorg aan deze doelgroep, waarbij op meerdere gebieden geïntervenieerd wordt. Er wordt bijvoorbeeld geholpen met het regelen van praktische zaken, zoals het vinden van huisvesting of werk, of met lichamelijke gezondheid, zoals begeleiding bieden bij het bezoeken van een huisarts. Daarnaast vindt er psychologische behandeling plaats waaronder Cognitieve Gedragstherapie en medicamenteuze behandelingen (Van Veldhuizen, Bähler, Polhuis & van Os, 2008). Door te interveniëren op meerdere levensgebieden wordt getracht de kans te vergroten om de leefwijze van de cliënt te verbeteren. Een multidisciplinair team van hulpverleners werkt samen (psychiaters, verpleegkundigen, verslavingsdeskundigen, arbeidsdeskundigen, psychologen etc.) om dit te bewerkstelligen. Indien nodig kan de zorg worden opgeschaald. Cliënten worden ondersteund om weer te participeren binnen de maatschappij op een manier die zij als prettig en veilig ervaren (Place et al., 2011, Van Veldhuizen et al., 2008). Al enige jaren wordt ForFACT in de Verenigde Staten toegepast binnen de forensische psychiatrie. Sinds 2007 zijn er ook in Nederland ForFACT teams opgericht (Place et al., 2011).

Binnen ForFACT is er niet alleen oog voor de zorgbehoeften van cliënten, maar ook de veiligheidsbehoeften van de samenleving staan centraal binnen de behandeling. Het gaat om een combinatie van zowel behandeling en begeleiding, als om toezicht en controle. Hierbij behoren het taxeren van risico's en het daarop interveniëren om delinquent gedrag te voorkomen (risicomanagement), tot de kernactiviteiten van de forensische psychiatrie en daarmee ook van ForFACT teams (Place et al., 2011). Uit onderzoek blijkt dat ForFACT cliënten na behandeling minder vaak gearresteerd worden, minder vaak worden opgenomen in een ziekenhuis of psychiatrische instelling en minder gevangenisstraffen krijgen (Cuddeback et al., 2009).

Risicotaxatie vormt een belangrijk onderdeel van de klinische en ambulante forensisch psychiatrische zorg; voornamelijk op basis hiervan dienen indicaties voor behandeling gesteld te worden. Bij risicotaxatie wordt getracht de kans in te schatten dat een cliënt in de toekomst opnieuw delictgedrag zal vertonen ('t Lam et al., 2009). Eerder werd de kans op recidive in forensisch-psychiatrische instellingen ingeschat door middel van een ongestructureerd klinisch oordeel op basis van kennis en ervaring van clinici. Uit onderzoek blijkt echter dat de betrouwbaarheid en validiteit hiervan laag zijn, onder andere door de grote kans op cognitieve bias (Van de Berg, 2006; De Vogel,

de Ruiter & Bouman, 2007). Er zijn daarom gestructureerde risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld die wel een goede betrouwbaarheid en validiteit kennen ('t Lam et al., 2009; De Vogel et al., 2007). Hierbij worden er specifieke risicofactoren beoordeeld waarvan onderzoek uitwijst dat het belangrijke voorspellers zijn van recidive. Er zijn verschillende gestructureerde risicotaxatie-instrumenten beschikbaar binnen de forensische psychiatrie (De Vogel & de Ruiter, 2006).

De afgelopen twintig jaar is er veel onderzoek gedaan naar specifieke risicofactoren voor delinquent gedrag bij poliklinische cliënten. Onderzoek naar deze risicofactoren bij ForFACT cliënten is echter gering. Ter indicatie van ForFACT vindt er dan ook een afweging plaats op basis van klinisch oordeel aan de hand van toelatingscriteria. De toelatingscriteria zijn als volgt. Allereerst moet er sprake zijn van ernstige functionele beperkingen op tenminste twee van de volgende terreinen: dagelijks functioneren (zelfverzorging, hygiëne, voeding, voldoende slaap), werk/dagactiviteit/huishouden, handhaven van de veiligheid, verkrijgen van inkomen en beheer van financiën en/of een gebrek aan opbouwende sociale contacten (Place et al., 2011). Daarbij moet er ernstige, meervoudige, complexe en langdurig problematiek (bijvoorbeeld verslaving, zwakbegaafdheid of psychosociale problemen) aanwezig zijn. Tot slot moet de cliënt niet in staat zijn te profiteren van reguliere psychiatrische zorg, achttien jaar of ouder zijn en een hoog risico hebben op grensoverschrijdend gedrag (Cuddeback et al., 2009; Place et al., 2011; Van Veldhuizen et al., 2008). In termen van het RNR-model is er weinig bekend over de *behoeften* van de ForFACT cliënt. Verder onderzoek naar de specifieke risicofactoren bij deze groep is dan ook noodzakelijk om ForFACT op een meer gestandaardiseerde manier te kunnen indiceren en de behandeling beter te kunnen laten aansluiten op het *risico* van de cliënten.

De kennis over risicotaxatie-instrumenten is de laatste jaren sterk toegenomen, maar er is tot op heden nauwelijks aandacht geweest voor protectieve factoren die kunnen compenseren voor de risicofactoren, zoals bijvoorbeeld beschermende sociale contacten of geschikte dagbesteding (De Vogel et al., 2007). Wanneer protectieve factoren niet mee worden gewogen in de risicotaxatie, kan dit leiden tot inaccurate inschattingen van het recidiverisico (Rogers, 2000), stigmatisering van cliënten, pessimisme bij hulpverleners en onterechte vrijheidsbeneming (De Vogel et al., 2007). Er is vanuit klinici dan ook een grote behoefte naar onderbouwde kennis hierover (De Vogel et al., 2007) en onderzoek blijkt wenselijk. De protectieve factoren bij ForFACT cliënten zijn tot op heden nog niet onderzocht.

Het huidige onderzoek streeft ernaar om inzicht te krijgen in zowel de risicofactoren als de protectieve factoren bij ForFACT cliënten, door deze te vergelijken met reguliere forensisch poliklinische cliënten (poli-clieënten) op basis van een aantal specifieke risico- en protectieve factoren. Verwacht wordt dat ForFACT cliënten meer risicofactoren en minder protectieve factoren hebben dan poli-clieënten. Specifiek wordt aan de hand van de bestaande toelatingscriteria verwacht dat de risicofactoren bij ForFACT cliënten liggen op het gebied van vrijetijdsbesteding, zelfverzorging,

H.M. de Koning, 2015

psychische stoornis, middelengebruik, sociale steun, materiële middelen, behandelbaarheid, werk en opleiding.

Methoden

Huidig onderzoek maakte deel uit van een grotere studie naar de indicatiecriteria van ForFACT bij De Waag Utrecht, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten (DFZ). Het betrof een retrospectief onderzoek op basis van dossiers van cliënten die bij De Waag in behandeling waren in de periode van oktober 2012 tot oktober 2014. De behandelingen op de polikliniek hebben overwegend een cognitief-gedragstherapeutisch karakter en worden zowel in een verplicht kader als zonder justitieel kader aangeboden (Van Horn, Eisenberg, van Kuik & van Kinderen, 2012). Vanuit het idee dat een groep forensisch psychiatrische cliënten onvoldoende zorg kreeg, is in oktober 2012 bij De Waag een ForFACT team gestart. De indicatiecriteria die bij De Waag gehanteerd worden, komen overeen met de eerder genoemde ForFACT toelatingscriteria. Daarbij moet cliënt verblijven/woonachtig zijn in Utrecht.

Onderzoeksgroep

Om te bepalen hoeveel cliënten er nodig waren in de ForFACT groep en de poliklinische groep, is er een powerberekening uitgevoerd met G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). Er bleken in beide groepen 64 cliënten nodig om de hypothesen te kunnen toetsen. Het onderscheidend vermogen (power) van verdelingsvrije toetsen, waarvan gebruik is gemaakt binnen huidig onderzoek, is minder dan bij parametrische toetsen. Er zijn daarom tien extra cliënten (15%) per groep toegevoegd (Lehmann, 1998). Het benodigde aantal cliënten komt daarmee op 74 per groep, wat betekent dat de power minimaal .78 is (bij $n = 60$ in beide groepen).

De onderzoeksgroep bestond uit 152 cliënten, van wie er 76 geïndiceerd waren voor ForFACT en 76 voor een poliklinische behandeling. De leeftijd van de totale onderzoeksgroep varieerde van 18 tot en met 58 jaar ($M = 32,36$, $SD = 9.009$) en bestond uit 138 mannen en 14 vrouwen. Alle cliënten die voor ForFACT geïndiceerd waren, werden geïnccludeerd binnen huidig onderzoek. Van de 76 ForFACT cliënten waren er acht afkomstig uit de Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB) van DFZ en zaten zeven cliënten in detentie op het moment van de intake. Al deze cliënten zijn vergeleken met en gekoppeld aan 76 poli-clieënten van De Waag. Van de poli-clieënten waren er geen cliënten afkomstig uit de KIB en zaten twee cliënten in detentie op het moment van de intake.

Matching. De afdeling ICT van De Waag leverde een bestand met de demografische gegevens van alle ForFACT cliënten. Aan de hand van deze informatie is er door De Waag een passende match gezocht met een poli-clieënt op basis van geslacht, leeftijd, type delict, primaire diagnose en burgerlijke staat. Wanneer er geen match gevonden werd, werd allereerst de overeenkomst in burgerlijke staat losgelaten. In de gevallen waar dit geen match opleverde, werd er vervolgens met 1 of 2 jaar afgeweken van de leeftijd. Leidde dit niet tot een passende match, dan werd er afgeweken van de primaire diagnose. Er is daarbij gezocht naar een cliënt met de meest overeenkomende diagnose

(bijvoorbeeld beide een persoonlijkheidsstoornis uit hetzelfde cluster volgens de DSM-IV). Bij 34 cliënten lukte het niet direct om een passende match te vinden. Bij vier cliënten is er afgeweken van de burgerlijke staat, bij zeventien cliënten is er afgeweken van de leeftijd, bij drie cliënten is er afgeweken van het type delict, bij negen cliënten is er een koppeling gemaakt met een cliënt met een andere primaire diagnose en bij twee cliënten is er afgeweken van geslacht.

Meetinstrumenten

In het onderzoek is gebruik gemaakt van de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Deze vragenlijst is ontwikkeld om de korte termijn risico's te kunnen voorspellen, variërend van een paar dagen tot enkele maanden. In de START worden 20 risicofactoren gescoord, te weten; sociale vaardigheden, relaties, werk en opleiding, vrijetijdsbesteding, zelfverzorging, psychische stoornis, emotionele toestand, middelengebruik, impulscontrole, externe invloeden (negatieve situationele en omgevingsinvloeden, bijvoorbeeld toegang tot wapens), sociale steun, materiële middelen (bijvoorbeeld financiële (on)afhankelijkheid en woonomstandigheden), attitudes (crimineel georiënteerde waarden, overtuigingen en rationalisaties), medicatietrouw, overeenstemming over regels, gedrag, zelfinzicht, plannen (korte of lange termijn doelen), copingvaardigheden (de manier waarop er wordt omgegaan met stresserende factoren) en behandelbaarheid. Alle risicofactoren worden als risico en als sterkte (protectieve factor) op twee driepuntsschalen (0 = niet aanwezig, 1 = in enige mate aanwezig, 2 = duidelijk aanwezig) gescoord (zie de Bijlage voor het scoreformulier).

In de handleiding van de START staat een uitgebreide omschrijving van de 20 risicofactoren. Daarnaast worden de sterkten en risico's in steekwoorden omschreven, bijvoorbeeld: ‘*Sociale vaardigheden*. Sterke punten: aangenaam, beleefd, doet mee aan groepsactiviteiten, begint gesprekken, goede communicatieve vaardigheden, sociaal aangepast gedrag, haalt voldoening uit sociale interactie. Risico's: vermijdt sociale activiteiten, geïsoleerd/teruggetrokken/verlegen, eenling, moeilijk ergens bij te betrekken, gebrek aan goede manieren, gebrekkige communicatieve vaardigheden, onvolwassen, opdringerig’’ (’t Lam et al., 2009, p. 21). De sterkten en risico's worden als onafhankelijk van elkaar beschouwd, een cliënt kan bijvoorbeeld op ‘sociale vaardigheden’ een risico score 2 krijgen als hij geïsoleerd leeft en tegelijkertijd een sterkte score van 1 of zelfs 2 als zijn communicatieve vaardigheden goed zijn. 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).

Procedure

Alle cliënten van De Waag werd bij aanvang van de behandeling gevraagd een toestemmingsformulier te ondertekenen voor gebruik van hun gegevens voor onderzoeksdoeleinden. Hiervan werd een kopie aangeboden. Na het volgen van een training over risicotaxatie-instrumenten, hebben vier

psychologiestudenten van de Universiteit Utrecht voor alle 152 cliënten de START gescoord, op basis van de cliëntdossiers. Deze dossiers bevatten allerlei informatie over het verleden van de cliënt bekend bij De Waag tot aan de intake bij De Waag, zoals brieven van de huisarts, verslagen van eerdere behandelingen en reclasseringsrapporten. Voor alle dossiers is door twee studenten, onafhankelijk van elkaar, de START ingevuld. Hierbij was onbekend in welke behandelgroep de cliënten zich bevonden. Na de scoring vond een consensusbespreking plaats en werd de START nog een derde keer ingevuld. Er is drie keer gewisseld van duo wat zorgde voor een vergroting van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Wanneer er te weinig informatie bekend was om een item in te vullen, werd er geen score toegekend. In het geval van het item 'medicatierouw' werd er geen score toegekend wanneer cliënt geen gebruik maakte van medicatie.

Analyses

Ter voorbereiding op de hoofdanalyses is een aantal analyses uitgevoerd ter controle van de data. Ten eerste werd tien procent van de data gecontroleerd op invoeringsfouten. De foutmarge bleek onder de 0,001% en verdere controle is om die reden niet uitgevoerd. De analyses zijn uitgevoerd met IBM SPSS Statistics 22 for Windows (IBM, 2012). Een serie van vier Mann-Whitney toetsen is uitgevoerd om de matching te toetsen, met als onafhankelijke variabele de behandelgroepen (ForFACT of poliklinische behandeling) en als afhankelijke variabelen geslacht, type delict, primaire diagnose en burgerlijke staat. Vervolgens is middels één One-Way ANOVA getoetst of de groepen van elkaar verschilden op leeftijd, met als onafhankelijke variabele de behandeling (ForFACT of poliklinische behandeling) en als afhankelijke variabele leeftijd. Daarna is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend om na te gaan of deze binnen huidig onderzoek voor de START voldoende was, waarbij gebruik is gemaakt van Cohen's Kappa. Het was van belang om deze waarden te berekenen, omdat uitgesloten moest worden dat persoonlijke kenmerken van de beoordelaars invloed hebben gehad op het gebruik van het instrument. Dit had de uitkomsten van het onderzoek kunnen beïnvloeden.

Om te onderzoeken of de poli-clieñten en de ForFACT cliëñten van elkaar verschilden op de sterkten en de risico's van de START, is de Mann-Whitney test gebruikt, met als onafhankelijke variabele de behandeling (ForFACT of poliklinische behandeling) en als afhankelijke variabelen de scores op de sterkte- en risico-items. De Mann-Whitney betreft een toets voor non-parametrische variabelen. Deze toets werd gebruikt, omdat de items van de START een ordinaal meetniveau hadden. Hiermee werden de assumpties voor een onafhankelijke t-toets geschonden en paste de Mann-Whitney toets dan ook het beste bij deze data (Field, 2009). Omdat de verwachtingen in een bepaalde richting lagen (ForFACT hoger op risico en lager op sterkte dan poliklinische behandeling) is er eenzijdig getoetst. De Mann-Whitney toetsen zijn nog tweemaal uitgevoerd, zonder de cliëñten in detentie (en de gekoppelde cliëñten) en zonder de KIB-clieñten (en de gekoppelde cliëñten). Dit is gedaan om de

invloed van deze cliënten op de resultaten te onderzoeken. Resultaten met een p -waarde kleiner dan 0.05 werden geïnterpreteerd als statistisch significant.

Resultaten

Steekproefkarakteristieken

De Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) is gescoord voor 152 cliënten van De Waag. 76 ForFACT cliënten zijn gekoppeld aan 76 poli-clieënten op basis van geslacht, leeftijd, type delict, primaire diagnose en burgerlijke staat. Tabel 1 geeft de steekproefkarakteristieken weer. Er waren geen significante verschillen tussen beide groepen op deze kenmerken.

Tabel 1. Karakteristieken van de ForFACT en de poli-clieënten

<i>Matchingsvariabele</i>	<i>ForFACT</i> (n =76)	<i>Poli</i> (n = 76)	<i>p</i>
Geslacht			.576
Man	68 (89.5%)	70 (92.1%)	
Vrouw	8 (10.5%)	6 (7.9%)	
Leeftijd			.965
18-25	22 (28.9%)	22 (28.9%)	
26-35	26 (34.2%)	27 (35.5%)	
36-45	24 (31.5%)	20 (26.3%)	
46-55	3 (3.9%)	6 (7.9%)	
>55	1 (1.3%)	1 (1.3%)	
Type delict			.907
Agressie algemeen	50 (65.8%)	52 (68.4%)	
Huislijk geweld	13 (17.1%)	8 (10.5%)	
Vermogen	8 (10.5%)	11 (14.5%)	
Zeden	3 (3.9%)	1 (1.3%)	
Overig	2 (2.6%)	4 (5.3%)	
Primaire diagnose			.381
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	34 (44.7%)	32 (42.1%)	
Borderline persoonlijkheidsstoornis	8 (10.5%)	5 (6.6%)	
Persoonlijkheidsstoornis n.a.o.	14 (18.4%)	14 (18.4%)	
Overige persoonlijkheidsstoornissen	4 (5.3%)	4 (5.3%)	
Stoornissen in de kindertijd	7 (9.2%)	4 (5.3%)	
Schizofrenie en andere 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%)	
Stoornissen in de impulsbeheersing	0 (0.0%)	1 (1.3%)	
Overig	2 (2.6%)	3 (3.9%)	
Burgerlijke staat			.663
Gehuwd	9 (11.8%)	17 (22.4%)	
Gescheiden	5 (6.6%)	9 (11.8%)	
Ongehuwd	54 (71.0%)	61 (80.2%)	
Ongehuwd samenwonend	8 (10.5%)	11 (14.5%)	

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Om na te gaan of binnen huidig onderzoek de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende was, is de Cohen's Kappa berekend voor alle items van de START. De Cohen's Kappa van de sterkte-items varieerde van $k = .301$, $p < .000$ (matig) voor het item impulscontrole tot $k = .612$, $p < .000$ voor het item overeenstemming over regels (voldoende tot goed). De Cohen's Kappa van de risico-items varieerde van $k = .244$, $p = .003$ (matig) voor het item copingvaardigheden tot $k = .634$, $p < .000$ (voldoende tot goed) voor het item materiële middelen (Sim & Wright, 2005). Tabel 2 geeft een overzicht van de Cohen's Kappa voor de sterkte- en risico-items.

Tabel 2. Cohen's Kappa per item van de risico- en sterkte-items van de START

<i>Item</i>	<i>Sterkte-items</i>		<i>Risico-items</i>	
	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>k</i>	<i>p</i>
Sociale vaardigheden	.415	<.001	.554	<.001
Relaties	.332	<.001	.485	<.001
Werk en opleiding	.538	<.001	.586	<.001
Vrijtijdsbesteding	.517	<.001	.586	<.001
Zelfverzorging	.339	<.001	.600	<.001
Psychische stoornis	.452	<.001	.615*	<.001
Emotionele toestand	.547	<.001	.502	<.001
Middelengebruik	.608*	<.001	.616*	<.001
Impulscontrole	.301	<.001	.572	<.001
Externe invloeden	.416	<.001	.452	<.001
Sociale steun	.307	<.001	.501	<.001
Materiële middelen	.536	<.001	.634*	<.001
Attitudes	.404	<.001	.536	<.001
Medicatiertrouw	.505	<.001	.629*	<.001
Overeenstemming over regels	.612*	<.001	.622*	<.001
Gedrag	.507	<.001	.441	<.001
Zelfinzicht	.369	<.001	.482	<.001
Plannen	.381	<.001	.496	<.001
Copingvaardigheden	.456	<.001	.244	.003
Behandelbaarheid	.514	<.001	.625*	<.001

* = $k = .61 - .80$ (voldoende tot goed); ** = $k = .81 - 1.00$ (bijna perfect)

Short-Term Assessment of Risk and Treatability

De Mann-Whitney toetsen zijn uitgevoerd om groepsverschillen tussen ForFACT cliënten en de poli-clieënten op de sterkte- en risico-items te onderzoeken. Cliënten zonder score (bijvoorbeeld vanwege het ontbreken van informatie) zijn niet meegenomen in de analyses. In tabel 3 en 4 is per groep terug te vinden hoeveel cliënten er zijn meegenomen bij ieder item. Daarnaast is ook per groep de Mean Rank (MR) voor ieder item weergegeven. De Mann-Whitney toets maakt per groep een rangorde van de laagste tot de hoogste score. De groep met de laagste MR is dus de groep met de grootste hoeveelheid aan lage scores (Field, 2009).

Sterkte-items. Poli-clieënten scoorden significant hoger op sociale vaardigheden ($U = 2477.00$, $z = -2.08$, $p = .038/2 = .019$, $r = -.17$), werk en opleiding ($U = 2197.00$, $z = -2.00$, $p = .046/2 = .023$, $r = -.17$) en zelfverzorging ($U = 2225,50$, $z = -1.91$, $p = .058/2 = .029$, $r = -.16$) in vergelijking met ForFACT cliënten. Tabel 3 geeft een overzicht van de verschillen in scores op de sterkte-items van de START tussen ForFACT en poli-clieënten.

Tabel 3. Verschillen tussen ForFACT cliënten en poli-clieënten in scores op de sterkte-items

	<i>ForFACT</i>		<i>Poli</i>		<i>p</i> (one-tailed)
	<i>n</i>	MR	<i>n</i>	MR	
Sociale vaardigheden	76 (100.0%)	71.09	76 (100.0%)	81.91	.019*
Relaties	75 (98.7%)	73.50	76 (100.0%)	78.47	.200
Werk en opleiding	72 (94.7%)	67.01	74 (97.4%)	79.81	.023*
Vrijtijdsbesteding	70 (92.1%)	69.03	71 (93.4%)	72.94	.268
Zelfverzorging	74 (97.4%)	67.57	72 (94.7%)	79.59	.029*
Psychische stoornis	76 (100.0%)	72.82	76 (100.0%)	80.18	.079
Emotionele toestand	75 (98.7%)	75.84	76 (100.0%)	76.16	.478
Middelengebruik	72 (94.7%)	71.28	75 (98.7%)	76.61	.207
Impulscontrole	76 (100.0%)	73.33	76 (100.0%)	79.67	.119
Externe invloeden	75 (98.7%)	75.71	76 (100.0%)	76.29	.462
Sociale steun	75 (98.7%)	71.77	74 (97.4%)	78.27	.142
Materiële middelen	74 (97.4%)	69.46	74 (97.4%)	79.54	.053
Attitudes	75 (98.7%)	75.69	76 (100.0%)	76.31	.459
Medicatierouw	59 (73.7%)	49.86	47 (61.8%)	58.06	.073
Overeenstemming over regels	69 (90.8%)	65.84	68 (89.5%)	72.21	.148
Gedrag	76 (100.0%)	76.66	76 (100.0%)	76.34	.478
Zelfinzicht	76 (100.0%)	76.28	76 (100.0%)	76.72	.470
Plannen	76 (100.0%)	73.66	73 (96.1%)	76.40	.317
Copingvaardigheden	76 (100.0%)	73.50	76 (100.0%)	79.50	.106
Behandelbaarheid	76 (100.0%)	78.84	76 (100.0%)	74.16	.211

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

Risico-items. ForFACT cliënten scoorden significant hoger op werk en opleiding ($U = 2254.50$, $z = -1.75$, $p = .081/2 = .041$, $r = -.14$), zelfverzorging ($U = 2101.50$, $z = -2.64$, $p = .008/2 = .004$, $r = -.22$), psychische stoornis ($U = 2186.00$, $z = -2.84$, $p = .005/2 = .003$, $r = -.23$), middelengebruik ($U = 2112.00$, $z = -2.44$, $p = .015/2 = .008$, $r = -.20$), externe invloeden ($U = 2346.00$, $z = -2.18$, $p = .029/2 = .015$, $r = -.18$), materiële middelen ($U = 2240.00$, $z = -2.06$, $p = .040/2 = .020$, $r = -.17$), overeenstemming over regels ($U = 1931.50$, $z = -2.00$, $p = .045/2 = .023$, $r = -.17$), plannen ($U = 2161.00$, $z = -2.42$, $p = .015/008$, $r = -.20$) en copingvaardigheden ($U = 2660.00$, $z = -1.80$, $p = .072/2 = .036$, $r = -.15$). Tabel 4 geeft een overzicht van de verschillen in scores op de risico-items van de START tussen ForFACT en poli-cliënten.

Tabel 4. Verschillen tussen ForFACT cliënten en poli-cliënten in scores op de risico-items

<i>Item</i>	<i>ForFACT</i>		<i>Poli</i>		<i>p</i> (one-tailed)
	<i>n</i>	MR	<i>n</i>	MR	
Sociale vaardigheden	76 (100.0%)	80.76	76 (100.0%)	72.24	.067
Relaties	75 (98.7%)	77.19	76 (100.0%)	74.83	.354
Werk en opleiding	72 (94.7%)	79.19	74 (97.4%)	67.97	.041*
Vrijtijdsbesteding	70 (92.1%)	74.38	71 (93.4%)	67.67	.145
Zelfverzorging	74 (97.4%)	82.10	73 (96.1%)	65.79	.004**
Psychische stoornis	76 (100.0%)	85.74	76 (100.0%)	67.26	.003**
Emotionele toestand	75 (98.7%)	80.25	76 (100.0%)	71.80	.084
Middelengebruik	72 (94.7%)	82.17	75 (98.7%)	66.16	.008**
Impulscontrole	76 (100.0%)	76.22	76 (100.0%)	76.78	.457
Externe invloeden	75 (98.7%)	82.72	76 (100.0%)	69.37	.015*
Sociale steun	75 (98.7%)	79.91	74 (97.4%)	70.02	.062
Materiële middelen	74 (97.4%)	81.23	74 (97.4%)	67.77	.020*
Attitudes	75 (98.7%)	76.31	76 (100.0%)	75.70	.462
Medicatierouw	59 (73.7%)	56.02	47 (61.8%)	50.34	.155
Overeenstemming over regels	68 (89.5%)	75.10	69 (90.8%)	62.99	.023*
Gedrag	76 (100.0%)	77.49	76 (100.0%)	75.51	.360
Zelfinzicht	76 (100.0%)	80.61	76 (100.0%)	72.39	.098
Plannen	74 (97.4%)	81.30	73 (96.1%)	66.60	.008**
Copingvaardigheden	76 (100.0%)	79.50	76 (100.0%)	73.50	.036*
Behandelbaarheid	76 (100.0%)	79.70	76 (100.0%)	73.30	.152

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

Invloed van KIB en detentie. Van de ForFACT cliënten waren er op het moment van intake acht opgenomen in de KIB en zaten er zeven in detentie. Van de poli-clieënten zaten er twee in detentie. Om te onderzoeken of dit van invloed was op de resultaten zijn de analyses nog een keer uitgevoerd, zonder deze cliënten en de hieraan gekoppelde cliënten. Van de sterkte-items bleken sociale vaardigheden ($U = 1604.00$, $z = -1.45$, $p = .146/2 = 0.73$, $r = -.13$) en werk en opleiding ($U = 1554.00$, $z = -1.42$, $p = .156/2 = .078$, $r = -.13$) niet langer significant. Van de risico-items bleken werk en opleiding ($U = 1579.00$, $z = -1.26$, $p = .209/2 = .105$, $r = -.11$), middelengebruik ($U = 1557.50$, $z = -1.38$, $p = .169/2 = .085$, $r = -.13$), overeenstemming over regels ($U = 1210.00$, $z = -1.40$, $p = .162/2 = .081$, $r = -.14$), plannen ($U = 1449.50$, $z = -1.48$, $p = .140/2 = .070$, $r = -.14$) en copingvaardigheden ($U = 1650.00$, $z = -1.58$, $p = .115/2 = .058$, $r = -.14$) niet langer significant. Op de andere items waren er geen veranderingen ten opzichte van de analyses met de gehele dataset.

Discussie

Er zijn geen verschillen gevonden tussen beide groepen op de matchingsvariabelen; de ForFACT cliënten en de poli-clieënten zijn dus op de juiste manier aan elkaar gekoppeld. De verwachting dat de ForFACT cliënten meer risicofactoren hebben dan poli-clieënten is in huidig onderzoek ondersteund. Uit de resultaten met de gehele onderzoeksgroep blijkt dat ForFACT cliënten een verhoogd risico hebben op de volgende gebieden: - psychische stoornis, - zelfverzorging, - werk en opleiding, - middelengebruik, - externe invloeden, - materiële middelen, - overeenstemming over regels, - plannen en - copingvaardigheden. Poli-clieënten beschikken over meer protectieve eigenschappen op het gebied van: - sociale vaardigheden, - werk en opleiding en - zelfverzorging.

Van de gevonden risicogebieden waarop ForFACT cliënten significant hoger scoren is er een aantal al belangrijk gebleken binnen eerder onderzoek en derhalve opgenomen in de toelatingscriteria. Zo is het in overeenkomst met de verwachtingen dat ForFACT cliënten significant hoger scoren op de volgende risicogebieden: - zelfverzorging, - werk en opleiding, - middelengebruik, - psychische stoornis en - materiële middelen. Eerdere studies wijzen uit dat verslaving, dakloosheid, werkloosheid en psychische problemen bij een groot deel van de ForFACT cliëntpopulatie voorkomt (Place et al., 2011; Van Veldhuizen et al., 2008). Een kwart van de ForFACT cliënten in Nederland is dakloos geweest in het afgelopen jaar (Place et al., 2009). Daarbij blijkt dat 65% van de ForFACT cliënten werkloos is of een gebrek aan dagbesteding heeft. Slechts 51% heeft een opleiding gevolgd na het lager onderwijs. Daarnaast heeft eerder onderzoek uitgewezen dat er bij 94% van de ForFACT cliënten sprake is van comorbiditeit en 70% kampt met verslavingsproblematiek (Place et al., 2009).

Er zijn ook risicogebieden waarop ForFACT cliënten significant hoger scoren, die binnen eerder onderzoek niet naar voren zijn gekomen en dus niet zijn opgenomen in de toelatingscriteria. Dit betreft de volgende risicogebieden: - externe invloeden, - overeenstemming over regels, - plannen en - copingvaardigheden. Een verklaring voor het ontbreken van deze gebieden binnen de toelatingscriteria is dus het gebrek aan onderzoek. Wat betreft het item ‘copingvaardigheden’ kan het zorgmijdende gedrag van ForFACT cliënten van invloed zijn geweest. Binnen dit item wordt er ook meegenomen of cliënt op zoek gaat naar hulp (’t Lam et al., 2009), waar geen sprake van is bij zorgmijdend gedrag (Place et al., 2011; Van Veldhuizen et al., 2008). Het item ‘overeenstemming over regels’ meet de waarschijnlijkheid dat de cliënt de afgesproken regels, voorwaarden en voorschriften zal naleven (bijvoorbeeld van een terugvalpreventie plan) (’t Lam et al., 2009). Moeite hebben met het handhaven van de veiligheid is al wel een onderdeel van de toelatingscriteria en zou dus van invloed kunnen zijn geweest op het item ‘overeenstemming over regels’.

Sommige risicogebieden waar binnen huidig onderzoek geen groepsverschillen gevonden zijn, zijn wel opgenomen in de toelatingscriteria. Zo is er geen verschil tussen de groepen op de risicogebieden: - vrijetijdsbesteding, - sociale steun en - behandelbaarheid. Een mogelijke verklaring hiervoor zou te vinden kunnen zijn in de subjectiviteit van de klinische inschatting van de

toelatingscriteria bij de indicatiestelling van ForFACT. Dit zou geleid kunnen hebben tot misindicaties, waardoor er geen verschillen gevonden zijn tussen de groepen. Daarbij kenden sommige items een minder goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Zo hadden de items ‘sociale steun’ en ‘vrijtijdsbesteding’ een ‘redelijke’ interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Een hogere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zou hebben kunnen leiden tot resultaten in lijn met de verwachtingen, doordat een vergroting van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zorgt voor meer consistente en betrouwbare metingen (Neuman, 2012). Voor het item ‘behandelbaarheid’ zou een verklaring kunnen liggen bij het feit dat er veel cliënten zijn binnen beide groepen die verplicht worden om een behandeling te volgen op basis van een justitiële maatregel. Dit heeft een negatieve invloed op motivatie in de start van de behandeling (Van Binsbergen, 2003).

Poli-clieënten beschikken over meer protectieve factoren op het gebied van - sociale vaardigheden, - werk en opleiding en - zelfverzorging dan ForFACT cliënten. Dit ligt in lijn met de verwachting dat poli-clieënten meer protectieve eigenschappen hebben, vanwege de complexere problematiek bij ForFACT (Cuddeback et al., 2009; Place et al., 2011; Van Veldhuizen et al., 2008). Op de andere gebieden bleken er geen significante verschillen. Onderzoek naar protectieve factoren binnen volwassen cliëntpopulaties is niet eerder uitgevoerd (De Vogel et al., 2007) en identificatie van de protectieve factoren binnen de ForFACT was dan ook verkennend.

Na verwijdering van de KIB-clieënten, de cliënten die in detentie zaten en de hieraan gekoppelde cliënten bleek er geen significant verschil meer tussen de groepen op de volgende items: - werk en opleiding, - middelengebruik, - overeenstemming over regels, - plannen en - copingvaardigheden. Ook bleken de groepen niet langer van elkaar te verschillen op de protectieve factoren: - sociale vaardigheden en - werk en opleiding. Aangezien de problematiek van de KIB-clieënten ernstiger is dan van andere cliënten binnen de onderzoeksgroep, lijkt het een logisch gevolg dat verwijdering van deze cliënten leidt tot minder significante verschillen. KIB-clieënten hebben ernstige acute problemen, ze vormen een gevaar voor zichzelf of voor anderen (Van der Hoeven Kliniek KIB, jaartal onbekend). Uit onderzoek blijkt dat een historie van arrestaties voor gewelddadige misdrijven, de uitzetting uit residentiële zorg en de aanwezigheid van antisociale persoonlijkheidstrekken belangrijke voorspellers zijn voor detentie tijdens de ForFACT behandeling (Erickson et al., 2009). Dit doet vermoeden dat er ook bij ForFACT cliënten in detentie sprake is van ernstigere problematiek. Verder onderzoek zou hier uitsluitsel over kunnen geven.

Sterkten en beperkingen

Huidig onderzoek is een grote bijdrage aan het onderzoek naar ForFACT en aan het standaardiseren van de indicatiestelling. Er is voor het eerst een gestandaardiseerd instrument gebruikt om poli-clieënten en ForFACT cliënten met elkaar te vergelijken. Hierbij zijn er nieuwe risicogebieden belangrijk gebleken. Deze inzichten dragen bij aan de kennis over de *behoeften* van de cliënt

(Andrews et al., 2011; Bosma et al., 2014). Een belangrijke sterkte van huidig onderzoek is dan ook dat het RNR-model voor de ForFACT cliënten verder gespecificeerd is. Daarbij is er voor het eerst gekeken naar de protectieve factoren binnen de ForFACT cliëntpopulatie. Oog hebben voor de protectieve factoren heeft een positieve invloed op de behandeling (Seligman, 2000). Zo kan het effectief zijn in de verbetering van psychologisch welzijn en depressieve symptomen doen afnemen (Bolier et al., 2013).

Een eerste beperking van huidig onderzoek is dat de dossiers informatie omvatten tot en met de intake. Doordat het intakegesprek vaak probleemgericht is (Richmond, Smock Jordan & Bischof, 2014) worden de protectieve factoren mogelijk later in de behandeling pas inzichtelijk gemaakt. Dit kan een vertekening hebben opgeleverd bij het scoren van de protectieve factoren, wat echter wel voor beide groepen geldt. Vervolgonderzoek zou de protectieve items van de START later in de behandeling nogmaals kunnen scoren.

Een tweede beperking is dat de risicotaxaties zijn uitgevoerd door vier psychologiestudenten zonder ervaring binnen de forensische psychiatrie. Uit eerder onderzoek blijkt dat psychologen die geschoold zijn in de forensische psychiatrie betere daderprofielen op kunnen stellen dan psychologen die niet specifiek forensisch geschoold zijn (De Ruiter, 2000). Mogelijk geldt dit ook voor het doen van risicotaxaties. Er is weliswaar een uitgebreide training gevolgd in het gebruik van risicotaxatie-instrumenten, maar er kan sprake zijn geweest van een negativiteitseffect vanwege een gebrek aan ervaring in het forensische veld in combinatie met de forse problematiek van de cliënten. Vervolgonderzoek zou gebruik kunnen maken van forensisch geschoolde psychologen in samenwerking met studenten.

Een derde beperking is dat de groepen niet zijn gematcht op opleidingsniveau, vanwege het ontbreken van deze gegevens. Het opleidingsniveau van de cliënten zou echter van invloed kunnen zijn geweest op de resultaten. Zo is opleidingsniveau onder andere een voorspeller voor gezondheid, inkomen en levensstijl (Bijwaard, van Kippersluis & Veenman, 2013). Vervolgonderzoek zou kunnen controleren voor groepsverschillen op basis van opleidingsniveau.

Tot slot werd de interpretatie van het item ‘medicatierouw’ bemoeilijkt omdat enkel 45 poli-clieënten en 59 ForFACT cliënten medicatie gebruikten. Er was op dit item dan ook een gebrek aan statistisch power (Neuman, 2012). Meer medicatiegebruik kan wijzen op complexere problematiek (Van Praag, 2000). Vervolgonderzoek kan dit item onderzoeken met een grotere studiepopulatie.

Implementatie en conclusie

In het huidige onderzoek zijn de *behoefte* van de ForFACT cliënten inzichtelijk gemaakt. Binnen de behandeling moet de focus dan ook op deze factoren worden gelegd. Hiermee kan volgens het RNR-model de kans worden vergroot dat de behandeling werkt en daarmee het recidiverisico afneemt. Daarnaast is dit onderzoek een eerste stap in het aanscherpen van de toelatingscriteria. In de toekomst

is het van belang om bij de indicatie van ForFACT ook oog te hebben voor de risicogebieden: - externe invloeden, - overeenstemming over regels, - plannen en - copingvaardigheden. Deze zijn belangrijk gebleken, maar nog niet opgenomen in de toelatingscriteria.

Er is gebleken dat de START een onderscheidend vermogen heeft voor de meeste toelatingscriteria. Hiermee kan worden gesteld dat de START in de toekomst mogelijk in de praktijk gebruikt kan worden om de indicatiestelling van ForFACT te standaardiseren. Meer onderzoek naar deze mogelijkheid is echter wenselijk. De werkzaamheid van de behandeling bij huidige groepen zal eerst onderzocht moeten worden door te kijken naar de recidivecijfers en veranderingen in de risico- en protectieve factoren verder in de behandeling.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, United States of America: American Psychiatric Press.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010). Rehabilitating Criminal Justice Policy and Practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39-55.
- 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 behaviour*, 38(7), 735-755.
- Berg, A. van de (2006). Risico's van risicotaxatie: de risico's van risicotaxatie-instrumenten in de forensische behandelpraktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32(1), 172-177.
- Bijwaard, G., Kippersluis, H. van & Veenman, J. (2013). De invloed van opleiding en intelligentie op gezondheid. *Onderwijs & Wetenschap*, 98 (4659), 280-283.
- Binsbergen, M. van (2003). *Motivatie voor behandeling: ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële inrichting*, Apeldoorn, Nederland: Garant.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(119), 1-20.
- Bonta, J., Hanson, K. & Law, M. (1998). The Prediction of Criminal and Violent Recidivism Among Mentally Disordered Offenders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123-142.
- Bosma, A., Kunst, M., Dirkzwager, A. & Nieuwbeerta, P. (2014). Determinanten van deelname aan een resocialisatieprogramma in Nederlandse penitentiaire inrichtingen. *Tijdschrift voor criminologie*, 56(3), 47-67.
- 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.
- Bulten, B.H., Tilburg, W. van, Limbeek, J van (1999). Psychopathologie bij gedetineerden. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 41(10), 575-585.
- Chu, C., Thomas, S., Ogloff, J. & Daffern, M. (2011). The Predictive Validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a Secure Forensic Hospital: Risk Factors and Strengths. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 337-345.
- 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.
- Eisenberg, M.J. & Horn, J.E. van (2015). Recidive in de ambulante forensische ggz. *Onderzoeksbulletin De Forensische Zorgspecialisten*.
- Erickson, S.K., Lamberti, J.S., Weisman, R., Crilly, J., Nihalani, N., Stefanovics, E. & Desai, R. (2009). Predictors of Arrest During Forensic Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*, 60(6), 834-837.
- 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.
- Ferguson, M., Ogloff, J. & Thomson, L. (2009). Predicting Recidivism by Mentally Disordered Offenders Using the LSI-R:SV. *Criminal Justice and Behaviour*, 36(1), 5-20.
- Field., A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*, London, England: Sage.
- Horn, J.E. van, Eisenberg, M.J., Kuik, S. van & Kinderen, G.M. van (2012). Psychiatrische stoornissen en recidive bij geweldplegers met dubbele diagnose; vergelijking met andere subgroepen geweldplegers. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(6), 497-507.
- IBM Corp. Uitgebracht in 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Van der Hoeven Kliniek KIB. *Kliniek voor Intensieve Behandeling Informatie voor Verwijzers* [Brochure]. Verkregen via:
<http://www.hoevenkliniek.nl/docs/brochures/algemene-folder`kib.pdf?sfvrsn=4>
- 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.
- Lehmann, E.L., D'Abrera, H.J. (1998). *Nonparametrics: Statistical Methods Based on Ranks*, Oxford, England: Holden-Day.
- Neuman, W.L. (2012). *Understanding research*, Boston, United States of America: Pearson.
- Nonstad, K., Nettet, M., Kroppan, E., Pedersen, T., Nottestad, J. & Almvik, R. (2010). Predictive Validity and Other Psychometric Properties of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a Norwegian High Secure Hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 294-299.

- 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.
- Praag, H.M. van (2000). *Psychofarmaca*, Assen, Nederland: van Gorcum & Comp.
- 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), 33-57.
- Rogers, R. (2000). The Uncritical Acceptance of Risk Assessment in Forensic Practice. *Law and Human Behavior*, 24(5), 595-605.
- Ruiter, C. de (2000). *Voor verbetering vatbaar* [inaugurele rede]. Verkregen via: <http://hdl.handle.net/11245/1.424884>
- Seligman, M.E.P. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Sim, J. & Wright C. (2005). The Kappa Statistic in Reliability Studies: Use, Interpretation, and Sample Size Requirements. *Physical Therapy: Journal of the American Physical Therapy Association*, 85, 257-268.
- Smid, W.J. (2014). *Sex offender risk assessment in the Netherlands: Towards a risk need responsivity oriented approach*. Nederland, Amsterdam: Dutch University Press.
- 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.
- Vogel, V. de & Ruiter, C. de (2006). Structured professional judgement of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12(3), 321-336.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de & Bouman, Y. (2007). Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 65-75.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Verweij, S., Alberda, D.L. & Essers, A.A.M. (2012). Recidivebericht 2012, *WODC*.

Bijlage: 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: _____ Gevangenis Taxatieperiode: _____ dagen/weken/maanden

S item	Sterkten 2 1 0			Start items	Risico's 0 1 2			K item	SPECIFIEKE RISICOBEOORDELINGEN				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hx		L	M	H
<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				
<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