

Behandelevaluatie en klinische besluitvorming met HKT-30-ROM

P. TER HORST, M. VAN HAM, M. SPREEN, S. BOGAERTS

ACHTERGROND Met herhaalde, onderbouwde, metingen op klinisch dynamische indicatoren uit de Historische, Klinische en Toekomst-30 (HKT-30) is het mogelijk om gedragsveranderingen op risks en needs te monitoren. Door scoreparameters toe te voegen worden cliëntspecifieke risks en needs onderscheiden die van belang zijn bij klinische besluitvorming rond verdere behandeling of resocialisatie. Visualisatie heeft hierbij meerwaarde voor behandelevaluatie.

DOEL Onderzoeken of klinische HKT-30-indicatoren geschikt zijn om gedragsverandering vast te stellen, te visualiseren en te gebruiken voor behandelevaluatie.

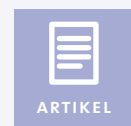
METHODE Aan de hand van een casusvoorbeeld beschrijven wij hoe clinici binnen Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) De Woenselse Poort risks, needs en veranderingen daarin, vaststellen en zichtbaar maken ten behoeve van behandelevaluatie en klinische besluitvorming.

RESULTATEN Routinematige behandelevaluatie met gevisualiseerde klinische HKT-30-indicatoren gaf het behandelteam en de cliënt zicht op gedragsveranderingen waarvoor de forensische behandeling geïndiceerd was. Deze evaluatie bood handvatten voor klinische besluitvorming.

CONCLUSIE De beschreven routinematige behandelevaluatie met de aangepaste HKT-30 maakt gedragsveranderingen zichtbaar, klinische besluitvorming transparant en biedt handvatten om met de cliënt in gesprek te gaan over zijn behandeling.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)4, 228-236

TREFWOORDEN behandelevaluatie, HKT-30, klinische besluitvorming, risicotaxatie, ROM



ARTIKEL



Bij de behandeling van forensische cliënten gaat de aandacht vooral uit naar het reduceren van risicovol gedrag zodat resocialisatie mogelijk wordt. Behandelaren maken daarbij vaak gebruik van het *risks-needs-responsivity*(RNR)-model dat Andrews e.a. (1990) beschreven.

Risks-needs-responsivitymodel

Dit model beschrijft dat risico op gewelddadig gedrag (*risk*) goed te analyseren en te voorspellen is, dat cliënten met een hoog risico op recidive het meeste baat hebben bij een intensieve behandeling. Cliënten met een laag risico op recidive zouden al baat hebben bij een minimale, meer routinematige, behandeling. In beide situaties dient de focus van de behandeling uit te gaan naar verandering op risicofactoren (*needs*) die in causaal verband staan met het

risico op recidive. Het responsiviteitsprincipe (*responsivity*) beschrijft dat interventies, en de intensiteit daarvan, afgestemd dienen te worden op zaken zoals de motivatie, persoonlijke mogelijkheden, beperkingen en omstandigheden van de cliënt.

Een nadeel van de focus op het behandelen van risks en needs is dat het behandelteam weinig ruimte tot flexibiliteit krijgt om via andere, niet direct causaal aan recidive gerelateerde doelen, tot verandering te komen. De stimulans tot innovatie, waardoor cliënten mogelijk maximaal kunnen profiteren van de behandeling, wordt hierdoor geremd.

Ward e.a. (2007) geven aan dat de RNR-principes een goede, maar onvolledige basis vormen voor succesvolle behandeling. Zij missen algemene doelen, zoals de ervaring opdoen

een betekenisvolle bijdrage te leveren aan de maatschappij, als indirecte, niet causaal aan het delict gerelateerde voorwaarde voor succesvolle terugkeer in de maatschappij. Het is wenselijk om het einddoel, resocialisatie, van een weg te voorzien die de cliënt herkent en motiveert. Ze pleiten ervoor om per interventie expliciet aan te geven waarom deze het beste aansluit op de wensen en mogelijkheden van de cliënt en het meest geschikt is om (in)direct het geformuleerde tussen- en of einddoel, recidivervrije resocialisatie, te realiseren.

Responsiviteit

Theorieontwikkeling en empirische toetsing wat betreft responsiviteit bevinden zich in de beginfase (Lucker e.a. 2010). Het is nog niet inzichtelijk 'wat werkt' (Gendreau e.a. 1996; Rovers 2007; wodc 2002). Het doel van behandeling is positieve verandering van risks en needs. Dit gebeurt onder andere door therapeutische en medicamenteuze behandeling van de stoornis. Andrews en Page (2005) zien dit als een forensisch tussendoel. Aangenomen dat er een positief verband is tussen de behandeling van de stoornis en verandering op risks en needs blijft onduidelijk waarom 'het werkt'. Op dit gebied zijn nog weinig gerandomiseerde gecontroleerde trials verricht (De Beurs & Barendregt 2008). Een forensische theorie moet beschrijven welke relaties er zijn tussen interventies op risks en needs en verandering hierin (Harte & Breukink 2010). Voordat we de relatie tussen interventie en verandering kunnen leggen, dienen we causale delictgerelateerde risks en needs te onderscheiden en moeten we 'verandering' operationaliseren.

Opzet artikel

Dit vormt de kern van dit artikel, waarin wij beschrijven hoe we in FPK De Woenselse Poort met aanvullende parameters op de klinische indicatoren uit het risicotaxatie-instrument HKT-30 komen tot, het onderscheiden van, delictgerelateerde risks en needs en hoe we routinematig verandering hierin meten. Aan de hand van een casusvoorbeeld zullen we risks en needs bepalen en gedrag vertalen naar een ernstscore.

Metten van gedragsverandering

In de reguliere psychiatrie worden er zelfrapportagelijsten gebruikt om veranderingen in klachten te monitoren. In de forensische psychiatrie is er vaak geen hulpvraag of klacht vanuit de cliënt, waardoor zelfrapportage geen objectieve graadmeter kan zijn voor deze doelgroep (Nijman 2005). Bovendien komt het regelmatig voor dat cliënten niet willen meewerken aan zelfrapportage of lijsten sociaal wenselijk invullen. Dientengevolge is verandering van klachten met deze lijsten niet of moeilijk te meten (Andrews & Page 2005).

AUTEURS

PAUL TER HORST, senior wetenschappelijk onderzoeker bij FPK De Woenselse Poort, Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen.

MARCEL VAN HAM, stafmedewerker Kwaliteit & Informatievoorziening bij Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen.

MARINUS SPREEN, lector Social Work & Arts Therapies Stenden Hogeschool Leeuwarden en hoofd afd. Onderzoek FPC Mesdag, Groningen.

STEFAN BOGAERTS, hoogleraar Forensische psychologie en victimologie, Universiteit Tilburg en verbonden aan FPC de Kijvelanden/DOK Rotterdam en FPC Mesdag Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Paul Ter Horst, De Woenselse Poort, Postbus 909, 5600 AX, Eindhoven.
E-mail: prm.ter.horst@dewoenselsepoort.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-9-2013

Forensische (risicotaxatie)lijsten, zoals de *Historische, Klinische en Toekomst-30* (HKT-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002), *Historical, Clinical, Risk Management-20* (HCR-20; Webster e.a. 1997) of de *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START; Webster e.a. 2004) bieden hier een alternatief (Brand & Nijman 2007; Lammers e.a. 2010; Ter Horst 2006a, b). Met name de klinisch dynamische indicatoren uit deze lijsten zijn bruikbaar om gedragsveranderingen op risks en needs te observeren, te registreren en te monitoren (Jonge e.a. 2009).

Risks en needs bepalen en gedrag vertalen naar een ernstscore

Binnen De Woenselse Poort worden risk en needs bepaald met 30 HKT-risico-indicatoren (zie **TABEL 1**).

Het scoren van historische indicatoren gebeurt op basis van toetsing van informatie uit het (straf)dossier, aangevuld met heteroanamnestische informatie en verifieerbare informatie die de cliënt zelf verstrekt, aan de hand van een puntenschaal van nul tot vier. Nul houdt in het probleemgedrag is afwezig, vier houdt in het gedrag is in ernstige mate aanwezig. Hoge scores op historische indicatoren duiden mogelijk op persoonlijke of contextuele risicofactoren die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van het delict (Canton 2004; Harte & Breukink 2010). De historische informatie is uitgangspunt voor de delictanalyse. Bij een delictanalyse stelt de behandelaar vast

welke risico-indicatoren er van invloed waren ten tijde van het delict. Vanuit historische en klinische indicatoren worden handvatten voor de behandeling geboden. Historische indicatoren kunnen niet positief veranderen onder invloed van behandeling. De overige klinische indicatoren en toekomstindicatoren, die volgens hetzelfde principe gescoord worden, kunnen wél veranderen.

De Nederlandse HKT-30 heeft 13 veranderbare klinische indicatoren (AUC 0,69), te scoren op een 5-puntenschaal. De HKT-30 onderscheidde zich, in het enige Nederlandse multicenteronderzoek (Hildebrand e.a. 2005) gericht op het voorspellen van gewelddadige recidive, positief van de internationaal vaker gebruikte Canadese HCR-20. Deze heeft 5 veranderbare klinische indicatoren te scoren op een 3-puntenschaal en een AUC van 0,62 (Hildebrand e.a. 2005). Met de HKT-30 kan er sensitiever gescoord worden. Ook kleine veranderingen kunnen relevant zijn om met de cliënt te bespreken. Daarbij heeft de HKT-30 acht extra indicatoren (middelengebruik, empathie, vijandigheid, sociale en relationele vaardigheden, zelfredzaamheid, acculturatieproblematiek, seksuele preoccupatie en copingvaardigheden) die extra informatie voor behandel-evaluatie en risicotaxatie bieden.

De klinische indicatoren en scores hebben betrekking op

gedragsobservaties in de voorafgaande behandelperiode waarbij een periode van een jaar als maximum geldt. Met de toekomstindicatoren kijken we vooruit naar een situatie waarin de cliënt zonder toezicht in de maatschappij is. Voor risicotaxatiedoeleinden wegen klinici de actuele aanwezigheid van risks en needs om daarna een klinisch oordeel over de kans op recidive te bepalen in de categorieën laag, laag-matig, matig, matig-hoog of hoog. De evaluatie van de behandeling zoals we die in dit artikel beschrijven, is gericht op het objectiveren van veranderingen op de risks en needs waar klinici zich in de behandelpraktijk met name op focussen alvorens zij klinische besluiten over (de noodzaak tot) verdere (forensische) behandeling nemen.

DOEL

Relevantie en kwaliteit van de HKT-30-K-indicatoren bij het meten van behandelvoortgang

Om verandering gedurende de behandeling te kunnen meten is het noodzakelijk om uit te gaan van een objectief referentiekader. De keuze van De Woenselse Poort voor de klinische HKT-30-K-indicatoren als ‘monitor’ voor het meten van veranderingen op risks en needs is afgeleid van

TABEL 1 Indicatoren van de HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002)

Historische en statische factoren		Klinische en dynamische indicatoren		Toekomstige situatieve factoren	
H1	Justitiële voorgeschiedenis	K1	Probleeminzicht	T1	Overeenstemming over voorwaarden
H2	Schending voorwaarden omtrent behandeling en toezicht	K2	Psychotische symptomen	T2	Materiële indicatoren
H3	Gedragsproblemen voor 12de jaar	K3	Middelengebruik	T3	Dagbesteding
H4	Slachtoffer van geweld in jeugd (tot 18 jaar)	K4	Impulsiviteit	T4	Vaardigheden
H5	Hulpverleningsgeschiedenis	K5	Empathie	T5	Sociale steun en netwerk
H6	Arbeidsverleden	K6	Vijandigheid	T6	Stresserende omstandigheden
H7	Middelengebruik	K7	Sociale en relationele vaardigheden		
H8	Psychotische stoornissen	K8	Zelfredzaamheid		
H9	Persoonlijkheidsstoornissen	K9	Acculturatieproblematiek		
H10	Psychopathie	K10	Attitude ten opzichte van behandeling		
H11	Seksuele deviantie	K11	Verantwoordelijkheid voor het delict		
		K12	Seksuele preoccupatie		
		K13	Copingvaardigheden		

de aanbevelingen uit het adviesdocument van de expertgroep Routine Outcome Monitoring (ROM) forensische psychiatrie (2011). De expertgroep onderzocht de psychometrische kenmerken en de monitoreigenschappen van de klinische HKT-30-items voor ROM.

Met ROM-metingen stelt het behandelteam routinematig de toestand van de cliënt vast (De Beurs e.a. 2010; Mulder e.a. 2010). Binnen de kliniek gebeurde dit al voor terbeschikkingstelling(tbs)-advies en verloven. De doelstellingen van ROM zijn behandelen en begeleiden, leren, verantwoord en onderzoeken (Stuurgroep ROM GGZ 2009). Het fundament onder ROM, behandelen, begeleiden en leren, wordt gelegd door de klinische praktijk.

De expertgroep beschouwde meerdere risicotaxatie-instrumenten op ROM-kwaliteiten. Ze concludeerde dat de HKT-30 met 13 klinische indicatoren de voorkeur had voor ROM-doeleinden (GGZ Nederland 2011). Als argumentatie haalde de expertgroep aan.

- De *interbeoordelaarsbetrouwbaarheid* (intraklassecorrelatiecoëfficiënt) van de voor behandel-evaluatie en ROM relevante klinische subschaal was voldoende, met 0,68 (Hildebrand e.a. 2005).
- De indicatoren *meten wat er gemeten moet worden* (validiteit); ze dienen iets te zeggen over de kans op recidive. Forensische behandeling is gericht op resocialisatie naar de maatschappij. Het praktiseren van verlot, zonder te recidiveren, is hierbij een belangrijke praktijktest. Daarom werd er gekeken naar de studie van Hildebrand e.a. (2006). Hierin werd bij 328 cliënten onderzocht wie zich had onttrokken aan toezicht tijdens verlot en welke klinische indicatoren bijdroegen aan het voorspellen van onttrekking. In totaal 22 cliënten recidiveerden tijdens of na onttrekking. De somscore van 9 klinische indicatoren bleek met AUC 0,82 bij te dragen aan het voorspellen van onttrekking tijdens verlot. Deze 9 indicatoren bleken ook positief significant samen te hangen met de kans op gewelddadige recidive na onttrekking.
- In de multicenterstudie van Hildebrand e.a. (2005) werd op schaalniveau een *voldoende predictieve validiteit* (AUC 0,69) voor de klinische indicatoren gevonden. Als uitkomstmaat gold gewelddadige recidive na ontslag. Ook latere studies tonen aan dat de HKT-30 een voldoende goede predictieve validiteit heeft voor gewelddadige recidive (Brand & Nijman 2007; Spreen e.a. 2009; Van de Brink 2010).
- De *indicatoren dienen ongevoelig te zijn voor toevalsinvloeden*. Met de klinische indicatoren wordt aan de hand van vaste ankerpunten tot maximaal 1 jaar teruggekeken. Zo voorkomt men dat gedrag dat incidenteel voorkomt de score onevenredig zou beïnvloeden.

- De *indicatoren dienen gevoelig te zijn voor verandering*. Naar het meten van veranderingen op klinische indicatoren is weinig Nederlands onderzoek gedaan. De Jonge e.a. (2009) vonden bij 513 mannelijke patiënten van de FPC's Oostvaarders, De Kijvelanden en Oldenkotte (alle drie behandelklinieken) significante verbetering op 8 van de 13 indicatoren uit de klinische schaal. Na drie metingen in drie jaar bleek er een positieve verandering van twee punten op de somscore op te treden.
- *Meetuitkomsten moeten aansluiten op forensische prestatie-indicatoren* die betrekking hebben op verandering in ernst van problematiek, afname delict-risico en recidive tijdens strafrechtelijke titel (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007).

Genoemde studies van Hildebrand e.a. (2006) en De Jonge e.a. (2009) laten zien dat deze aansluiting mogelijk is. De Vries en Spreen (2012) vonden recent nog dat veranderde scores op de klinische indicatoren impulsiviteit en empathie, in combinatie met middelengebruik redelijke voorspellers zijn voor klinische besluitvorming rond het aanvragen van verlot.

In de praktijk vinden clinici meten pas zinvol als zij de meetuitkomsten herkennen als bruikbaar voor behandeling en begeleiding binnen de behandel(evaluatie)cyclus (Van Ham & Reitsma 2011). De ernst van de risks en needs meten voor behandel-evaluatie en klinische besluitvorming ligt voor de hand. Als de relatie meten en behandel-evaluatie helder is, zal de motivatie om te meten toenemen (de Jong 2012; Nagtegaal 2010).

In het navolgende deel lichten wij de toegevoegde parameters toe. Aan de hand van een casus tonen we aan dat het met ROM, op basis van de klinische HKT-30-indicatoren, mogelijk is om risks en needs vast te stellen en veranderingen te monitoren. Dit legt de basis onder forensische behandel-evaluatie en klinische besluitvorming.

METHODE

Bij forensische behandel-evaluatie wil zowel de cliënt als het behandelteam weten of de cliënt vorderingen heeft gemaakt ten opzichte van zichzelf op de risks en needs die na delictanalyse door de behandelaar aangemerkt zijn als causale delictgerelateerde risico-indicatoren (Chambers e.a. 2009). Om individuspecifieke delictgerelateerde risico-indicatoren te onderscheiden, scoren behandelaren binnen De Woenselse Poort een zogenaamde 'Positie in Risicomanagement' (PRM; Ter Horst & van Zuidam 2011). Oplopende PRM-scores geven aan in welke volgorde delictgerelateerde indicatoren elkaar negatief triggeren. Als niet duidelijk is hoe indicatoren zich tot elkaar verhouden, wordt aan alle delictgerelateerde risico-indicatoren een score 1 toegekend. Ongeacht de hoogte van de score wor-

den de onder PRM aangemerkte risico-indicatoren zichtbaar als rode vlaggetjes in de terugkoppeling (FIGUUR 1). De centrale thema's voor evaluatie en behandeling zijn zo direct herkenbaar. Als een indicator beschermend is en bijdraagt aan een de mogelijkheid om succesvol te resocialiseren, dient deze bij PRM een groene B (beschermend) score te krijgen (zie FIGUUR 1).

Als aanvulling geeft de behandelaar een risicomanagementscore (Ter Horst & van Zuidam 2011). Met deze score wordt aangegeven 'Who works' om het huidige functioneringsniveau vast te kunnen houden. Goethals en Van Marle (2012) constateren dat het meten van risicomanagement van groot belang is om in een later stadium responsiviteit te kunnen gaan meten.

De risicomanagementscore in FIGUUR 1 geeft weer of de ernstscore tot stand komt door zelfstandig (groene bolletjes), gedeeld (oranje bolletjes) of door het team overgenomen (rode bolletjes) risicomanagement. Ter illustratie: geen psychotische symptomen (ernstscore 0) omdat het team 3-wekelijks dwangmedicatie verstrekt, is een voorbeeld van overgenomen risicomanagement. Een ernstscore 0 bij een cliënt die zijn antipsychosemedicatie in eigen beheer heeft, zegt iets over zelfmanagement.

RESULTATEN

Samengestelde casus

Patiënt A, een 32-jarige man, werd na onderzoek pro Justitia en advies voor tbs-behandeling met dwangverpleging volledig ontoerekeningsvatbaar verklaard wegens doodslag daar hij ten tijde van het delict handelde vanuit een paranoïde psychose. Eerdere gedwongen behandelingen mislukten wegens medicatieontrouw. De rechter bekrachtigde het pro Justitia advies voor tbs-behandeling met dwangverpleging.

Patiënt werd ter behandeling opgenomen binnen het FRK. Na dossierstudie en delictanalyse stelde de behandelaar vast dat het een man betrof met een paranoïde psychose. Ten tijde van het delict ervoer hij zijn omgeving als vijandig. Hij pleegde het delict in opdracht van stemmen. In deze casus werd risk historisch vooral bepaald door de psychotische stoornis (H 8 TABEL 1).

Bij opname in de kliniek werd er een patiënt gezien met een floride psychotische stoornis, die problematiek ontkende, medicatie weigerde, verbaal agressief naar personeel reageerde en hun verweet tegen hem samen te spannen. Dit gedrag liet zich vertalen naar risks, needs en ernst op de klinische indicatoren. Alle klinische en aanvullende indicatoren werden bij het begin van de opname in consensus tussen de behandelaar en persoonlijk begeleider gescoord (zie FIGUUR 1).

EERSTE CASUSSCORE

Na delictanalyse zag de behandelaar een duidelijke opbouw tot het delict en merkte de volgende klinische HKT-30-indicatoren aan als causaal gerelateerd aan gewelddadige recidive:

- K2. 'Psychotische symptomen', PRM 1. De ernstscore was 3 (psychose met aspecten van uitoefenen van controle over angst (*threat-control-override*).
- K6. 'Vijandigheid', PRM 2, ernstscore 3 (verbale agressie en/of heftige oppositionaliteit).
- K1. 'Probleeminzicht', de cliënt was, (mogelijk vanuit zijn paranoïde psychose), niet in staat tot probleeminzicht. De ernstscore was 4 (afwezigheid van probleeminzicht en geen besef van eigen stoornis); PRM was 3.
- K13. 'Copingvaardigheden', PRM was 4. Deze schoten ernstig tekort. De ernstscore was 4 (onvoldoende of inadequate copingvaardigheden met daarbij een aanzienlijke kans op destabilisatie en ontstaan van chronisch gevoel van boosheid).
- K10. 'Attitude ten opzichte van de behandeling'. PRM was 5. De ernstscore was 4 (verzet zich actief tegen behandeling en is niet in staat om de structuur en aanwijzingen van de behandeling te aanvaarden).

De overige K-items werden ook gescoord, al hadden ze niet een directe relatie met delictgedrag in deze casus.

Tot slot werden de indicatoren, scores en de mate van risicomanagement gewogen en kwam het team tot een klinisch eindoordeel voor risicotaxatie; zij schatten het gevaar op gewelddadige recidive in als hoog. Deze eerste meting was het referentiekader voor vervolgmetingen. Omdat er nog verdere diagnostiek plaats moest vinden, werden er nog geen therapieën opgestart. De Jonge e.a. (2009) vonden geringe verandering na 3 jaarlijkse metingen. Om veranderingen op individueel niveau snel te signaleren kozen wij bij De Woenselse Poort ervoor om steeds de periode voor de halfjaarlijkse behandel-evaluatie te scoren. Na precies een halfjaar werd er opnieuw gescoord.

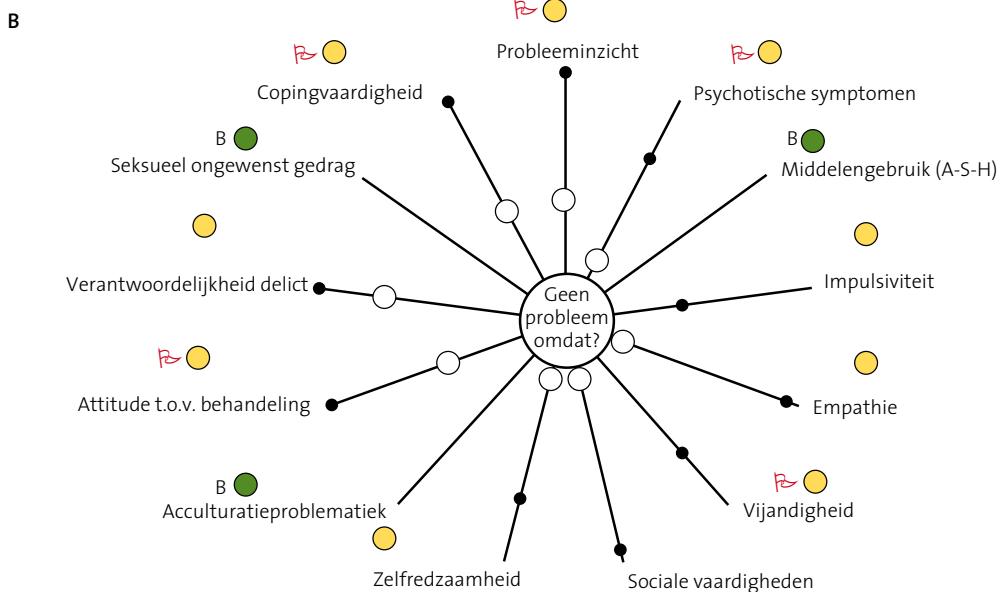
TWEEDE CASUSSCORE (NA EEN HALFJAAR)

Na de eerste casusscore veranderde er een aantal zaken. Ongeveer na een maand was de cliënt dermate dreigend dat het behandelteam een dwangprocedure opstartte en de cliënt antipsychotische medicatie toediende. Naar verwachting zou de medicatie een positieve invloed hebben op de indicatoren psychotische symptomen en vijandigheid. Daarnaast hoopte men op positieve bijeffecten op andere delictgerelateerde risico-indicatoren.

In FIGUUR 1 wordt de eerste meting (voordat er sprake was van medicatiegebruik) en die van een halfjaar later (na instelling op antipsychotische dwangmedicatie) weergegeven. Het team kon aan de hand van figuur 1 veranderingen laten zien aan de cliënt. Met de onderbouwing op de

FIGUUR 1 a. Vergelijking eerste en tweede meting in tabelvorm; b 'spingrafiek' van verandering in HKT klinische indicatoren bij patiënt A gedurende een periode van een half jaar. Bij psychotische symptomen, een te behandelen risico-indicator herkenbaar aan een rood vlaggetje, is te zien dat de score van de eerste meting (open cirkels) dichterbij 'geen probleem omdat' verschoven is ten opzichte van de tweede meting (een halfjaar later; zwarte punten) vastgesteld werd. Verder valt op dat het team later meer met de cliënt in dialoog kan over behandeling van zijn psychotische symptomen aangezien er sprake is van toegenomen probleeminzicht; BHP = behandelperiode; A-S-H = alcohol, soft- en harddrugs

PRM	Item	Nu	t.o.v. vorig BHP	Management nu	Wie deed dat hiervoor
R	Probleeminzicht		Groei	●	●
R	Psychotische symptomen		Groei	●	●
B	Middelengebruik (A-S-H)	●	Onveranderd	●	●
	Impulsiviteit	●	Groei	●	●
	Empathie		Groei	●	●
R	Vijandigheid	●	Groei	●	●
	Sociale vaardigheden		Groei	●	●
	Zelfredzaamheid		Groei	●	●
B	Acculturatieproblematiek	●	Onveranderd	●	●
	Attitude t.o.v. behandeling		Groei	●	●
	Verantwoordelijkheid delict		Groei	●	●
B	Seksueel ongewenst gedrag	●	Onveranderd	●	●
R	Copingvaardigheid		Groei	●	●



B = Beschermend

R = Risicofactor waarvoor behandeling geïndiceerd is.

● Dit doe je zelfstandig ● Hier helpt het team nu ● Dit regelt het team nu - Geen uitspraak

scores kon het team concrete voorbeelden van gedrag in psychose en gedragsverandering na het toedienen van medicatie geven. Naast een positieve verandering van psychoticiteit en vijandigheid werd benoemd dat het gebruik van medicatie mogelijk ook had bijgedragen aan een positieve verandering op een aantal andere, delictge-relateerde risico-indicatoren.

Deze 'spin' liet duidelijk verandering zien. De 'open bolle-tjes' verschoven ten opzichte van de vorige meting (zwarte punten) de goede kant, 'geen probleem omdat', op.

DISCUSSIE

rom-feedback wordt door cliënten als positief ervaren (De Beurs & Zitman 2007). Om betrokkenheid bij de behande-

ling te vergroten is het van belang om de feedback aan te bieden in meerdere vormen die de cliënt aanspreken (zie ook **FIGUUR 1**).

Routinematige behandel-evaluatie met de klinische HKT-30-indicatoren maakt het mogelijk om Risks en Needs te bepalen en gedragsveranderingen inzichtelijk te maken. Door de beschreven behandel-evaluatiemethode te gebruiken wordt inzichtelijk wat er veranderde. Een klinisch besluit over verdere behandeling of verlot is hiermee beter te onderbouwen.

Bij voldoende verandering op de risico-indicatoren die met PRM zijn aangemerkt, kan het behandelteam bijvoorbeeld besluiten een aanvraag voor, evaluatie of uitbreiding van verlot of voorstel tot beëindiging van de maatregel in te dienen. Sinds 2004 zijn klinieken verplicht om, voorafgaand aan (be)veilig(d)e terugkeer in de maatschappij, door middel van risicotaxatie te onderbouwen waarom verlot verantwoord geacht wordt (Adviescollege Verlot-toetsing tbs 2011; Ministerie van Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen 2007). Die risicotaxatie is met de HKT-30-behandel-evaluatie al verricht (Brand e.a. 2009). Als justitie de verlotaanvraag positief honoreert, wordt er ook een belangrijke forensische prestatie-indicator bereikt.

Door gebruik te maken van ROM zien we sneller wat er niet of niet goed loopt (Stinckens e.a. 2012; Yiend e.a. 2011). Met de getoonde visuele terugkoppelingen is het mogelijk om dit aan de cliënt te laten zien. De ROM-uitkomsten kunnen ook helpen bij het vaststellen van de grenzen in de behandeling. Bij onvoldoende verandering kan er bijvoorbeeld besloten worden een andere behandeling in te zetten. Meerdere perioden van geen of negatieve verandering op delictgerelateerde risico-indicatoren kunnen een indicatie zijn voor het bereiken van het behandelplafond. De kliniek dient dan te overwegen of een tweede behandel-poging in een andere kliniek geïndiceerd is.

Spin-off van de beschreven wijze van behandel-evaluatie is dat de ROM-doelstellingen behandelen, begeleiden en leren invulling krijgen. De beschreven werkwijze draagt bij aan professionalisering van het veld en betrokkenheid van cliënten op de behandel-evaluatie. Disciplines kunnen van elkaar leren en de behandeling en begeleiding meer toespitsen op de te veranderen risico-indicatoren. Behandel-evaluatie met behulp van HKT-30 zorgt voor een kwaliteitsimpuls (Hummelen e.a. 2011; Ter Horst & van Zuidam 2011).

Verschillen forensische en reguliere ROM

Forensische behandel-evaluatie en forensische ROM, zoals wij in het voorgaande beschreven, wijken in een aantal opzichten af van behandel-evaluatie en ROM in de reguliere psychiatrie waar voortgang bijvoorbeeld gemeten wordt met de *Outcome Questionnaire 45* (OQ), die lichamelijke


klachten en algemeen functioneren meet of de *Manchester verkorte Kwaliteit van Leven* (Nieuwenhuizen 2000). Vanuit de beveiligingsopdracht van justitie ligt de behandel-focus in de forensische psychiatrie vooral op het positief veranderen van delictgerelateerde Risks en Needs die met de PRM's in de HKT-30 onderscheiden kunnen worden. Het belangrijkste behandel-doel is voorkomen van recidive. Naast de HKT-30 kunnen de uitkomsten van de OQ of MANSa relevant zijn. Deze lijsten geven informatie over het bereiken van meer algemene (tussen) doelen die indirect bij kunnen dragen aan het voorkomen van recidive en succesvolle resocialisatie, het tweede belangrijke forensische behandel-doel (Ward e.a. 2007). Positieve verandering op delictgerelateerde risk en needs zonder recidive is een voorwaarde om klinisch te besluiten de verantwoordelijkheid voor het managen van delictgerelateerde risks en needs met de cliënt te delen of over te dragen aan de cliënt. Deze zet daarmee verdere stappen in zijn resocialisatietraject.

In de reguliere psychiatrie is er incidenteel aandacht voor risicotaxatie. In de forensische psychiatrie is dit een must voor tbs-adviezen en verlotaanvragen. Indien de HKT-30 gebruikt wordt voor behandel-evaluatiedoeleinden is de informatie voor adviezen en verloten direct voor handen. Risicotaxatie, ter verantwoording tegenover justitie, wordt van doel tot middel dat routinematig zicht geeft op veranderingen. Hiermee kan beter richting gegeven worden aan verdere behandeling gericht op recidivevrije resocialisatie en beëindiging van de maatregel. Dit is ook het doel achter de nieuwe HKT-R (Spreen e.a. 2013).

CONCLUSIE

Als het instrument, de meetuitkomsten en het moment van meten aansluiten op de behoefte van de praktijk heeft ROM de grootste kans van slagen (Stinckens e.a. 2012).

De beschreven methode verschaft transparantie op het moment dat de praktijk behoefte heeft aan informatie. Zicht op verandering of staticiteit op delictgerelateerde risks en needs geven aanleiding tot (her)overwegen van klinische beslissingen rond verdere behandeling (De Beurs & Zitman 2007; Lammers e.a. 2010). In die overweging dient ook standaard meegenomen te worden of verandering implicaties moet hebben voor verlot of het aanhouden van de maatregel. Een plaatje zegt meer dan duizend woorden. Het is een goed middel om met de cliënt terug te blikken en vooral vooruit te kijken naar nieuwe mogelijkheden tot positieve verandering.

 Commentaar op eerdere versies van het manuscript gaven E.F.J.M. Brand (DJI), T. Lucker (Oostvaarders kliniek) en J. Buisman (NIPP).

LITERATUUR

- Andrews DA, Bonta J, Hoge RD. Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology. *Crim Just and Behav* 1990; 17: 19-52.
- Andrews DA, Page AC. Outcome measurements, outcome management and monitoring. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 649-51.
- Beurs E de, Barendregt M. Mogelijkheden voor therapie-effectenonderzoek in de TBS-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's. Utrecht: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie; 2008.
- Beurs E de, Hollander-Gijsman ME den, Rood YR van, Wee NJA van der, Giltay EJ, Noorden MS van, e.a. Routine outcome monitoring in the Netherlands. *Clin Psychol Psychother* 2010; 18: 1-12.
- Beurs E de, Zitman FG. Routine Outcome Monitoring het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met webbased software. *Maandbl geest gez* 2007; 62: 13-28.
- Brand EFJM, Nijman HLI. Risicotaxatie en behandelvaluatie met twee forensische observatielijsten. *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 221-32.
- Brand EFJM, Emmerik JL van, Raes BCM. TBS: van de nood een deugd maken. *Sancities* 2009; 1: 38-47.
- Brink R van de. Routine violence risk assessment in community forensic mental healthcare. *Behav Sci Law* 2010; 28: 396-410.
- Canton WJ. Gerapporteerd... en dan? Proefschrift Universiteit Amsterdam. Breda: Twintype; 2004.
- Chambers JC, Yiend J, Barret B, Burns T, Doll H, Fazel S, e.a. Outcome measures used in forensic mental health research: a structured review. *Crim Behav Ment Health* 2009; 9-27.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. Circulaire Toetsingskader verloter ter beschikking gestelden. Den Haag: Ministerie van Justitie; 2007. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/circulaires/2007/03/06/circulaire-toetsingskader-verloter-ter-beschikking-gestelden.html>
- Expertgroep ROM Forensische Psychiatrie. ROM GGZ Forensische Psychiatrie. GGZ Nederland; 2011.
- Gendreau P, Goggin C, Littke T. Predicting adult offender recidivism: what works. Public works and government services Canada / Solicitor General Canada; 1996.
- Goethals KR, Marle HJC van. Routine outcome monitoring in de forensische psychiatrie: een lang verhaal in het kort. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 129-34.
- Ham M van, Reitsma E. Van weten naar meten: ROM in de GGZ. Amsterdam: Boom; 2011. p. 27-33.
- Harte J, Breukink M. Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschr Criminol* 2010; 53: 52-72.
- Hildebrand M, Hesper BL, Spreen M, Nijman HLI. De waarde van gestructureerde risicotaxatie van de diagnose psychopathie. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2005.
- Hildebrand M, Spreen M, Schonberger HJM, Augustines F, Hesper BL. Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2006.
- Horst ter P. Meerwaarde van gedragsobservaties met de Best-Index. *Psychopr* 2006a; 1: 32-7.
- Horst ter P. Risicotaxatie in Excel: helder gemakkelijk en snel. *Psychopr* 2006b; 2: 84-7.
- Horst ter P, Zuidam Y van. Begrippenkader-eenduidig referentiekader en consensusscore. In: Hees S van, Vlist P van der, Mulder N, red. Van weten naar meten: ROM in de GGZ. Amersfoort: GGZNederland; 2009.
- Hummelen K, Zuidam Y van, Ter Horst P, Noorthoorn E. Teambrede risico-gerelateerde behandelvaluatie: van bespreking naar discussie. In: Oei K. De forensische psychiatrie geanalyseerd. Apeldoorn: Maklu; 2011. p. 89-93.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (basisset 2007-2008). Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2007.
- Jong K de. De rol van behandelaar: de 'vergeten' factor in ROM. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 197-201.
- Jong de K, Nugter, MA, Lambert, MJ, Burlingame. Handleiding voor afname en scoring van de Outcome Questionnaire 45. Salt Lake City: OQ Measures LLC; 2009.
- Jonge E, Nijman HLI, Lammers SMM. Gedragsverandering tijdens tbs-behandeling: een multicenteronderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 205-15.
- Lammers SMM, Nijman HLI, Bulten BH, Philipse MWG. Wetenschappelijk onderzoek in de forensische psychiatrie: over realistische en onrealistische verwachtingen. *Sancities* 2010; 3: 139-51.
- Lucker T, Bruggeman, FMJ, Kristensen P, Hochstenbach J. Tbs-behandeling: niet langer dan nodig, niet korter dan noodzakelijk. *GZ-psychol* 2010; 6: 26-35.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie. Jaarverslag 2011. Utrecht: Adviescollege Verloftoetsing TBS; 2011. <http://www.adviescollegeverloftoetsingtbs.nl/actueel/archief2010/jaarverslag-adviescollege-verloftoetsing-tbs-2011.aspx?cp=34&cs=578>
- Mulder CL, Gaag M van der, Bruggeman R, Cahn W, Delespaul PA, Dries P, e.a. Routine outcome monitoring voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen: een consensusdocument. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 169-79.
- Nagtegaal MH. Risicotaxatie- en risicomangementmethoden. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; 2010.
- Nieuwenhuizen van C, Schene. AH, Koeter, MWJ. Manchester verkorte Kwaliteit van Leven meting. Eindhoven; 2000.
- Nijman HLI. Kunnen we delinquenten niet beter behandelen? Nijmegen: Radboud Universiteit; 2005.
- Rovers B. What works: kanttekeningen bij een populair programma. *Tijdschr Veilig* 2007; 6: 7-22.

- Spreen M, Brand EFJM, Ter Horst P, Willems M, Bogaerts S. Handleiding Historische, Klinische en Toekomst – Revisie 2013. HKT-R (beschikbaar via auteurs HKT-R).
- Spreen M, Ter Horst PRM, Bogaerts S, Lammers SMM, Hochstenbach J, Soe-Agnie, e.a. In: Oei T. Forensische psychiatrie en haar grensgebieden. Alphen aan den Rijn: Kluwer; 2009. p. 459-76.
- Stinckens N, Smits D, Claes L, Soenen S. Zinvol 'rommen': zoeken naar een evenwicht tussen gebruiksvriendelijkheid en klinische relevantie. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 161-5.
- Stuurgroep ROM GGZ. Visiedocument ROM GGZ. Amersfoort: GGZ Nederland; 2010. <http://www.ggznederland.nl/kwaliteit-van-zorg/rom/20100329-visiedocument-rom-ggz-v-30-def.pdf>
- Vries K de, Spreen M. De HKT-30 als instrument voor beslismomenten binnen een tbs-behandeling. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 429-36.
- Ward T, Melsner J, Yates PM. Reconstructing the Risk Need Responsivity Model: a theoretical elaboration and evaluation. Aggress Violent Behav 2007; 12: 208-28.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart S. HCR-20: assessing risk for violence, version 2. Vancouver: Simon Fraser University; 1997.
- Webster CD, Martin M, Brink J, Nicholls T, Middleton C. The short term assessment of risk and treatability. British Columbia: Forensic Psychiatric Services Commission; 2004.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. Handleiding HKT-30: risicotaxatie in de forensische psychiatrie. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen; 2002.
- Yiend J, Chambers JC, Burns T, Doll H, Fazal S, Kaur A e.a. Outcome measurement in forensic mental health research: an evaluation. Psychol Crime Law 2011; 17: 277-92.

SUMMARY

Treatment evaluation and clinical decision making using HKT-30-ROM

P. TER HORST, M. VAN HAM, M. SPREEN, S. BOGAERTS

BACKGROUND By means of repeated, well-supported measurements of clinical dynamic indicators from the Historical, Clinical and Future – 30 (HKT-30) it is possible to monitor behavioural changes on the basis of risks and needs. The addition of extra score parameters allows us to distinguish client-specific risks and needs. In treatment evaluation it is important to visualise changes in these indicators of treatment evaluation because they are the key to the clinical decision-making process that determines further treatment and rehabilitation.

AIM To investigate whether HKT-30 indicators can be used to measure and visualise behavioral changes for the purpose of treatment evaluation.

METHOD A case study is used to illustrate how clinicians at the Forensic Psychiatric Clinic (FPC), De Woenselse Poort, ascertain risks, needs and changes and clarify these factors for the purpose of treatment evaluation and clinical decision-making.

RESULTS Routine treatment evaluation aided by visualised clinical HKT-30 indicators give the treatment team and the client a clearer picture of the behavioral changes for which the forensic treatment was prescribed. This evaluation provides significant starting-points for clinical decision making.

CONCLUSION Routine treatment evaluation along with a suitably adjusted HKT-30 make behavioural changes visible, render clinical decisions more transparent and provide valuable starting-points for a dialogue with the client about his treatment.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)4, 228-236

KEY WORDS clinical decision making, HKT-30, risk assessment, ROM, treatment evaluation