

Forensische (F)ACT: een onderzoek naar indicatiestelling, risicotaxatie en recidive

I. KUSTERS, J.E. VAN HORN, T.E.A. CNOSSEN

- ACHTERGROND** Door de afbouw van klinische bedden in de reguliere en forensische ggz wordt steeds vaker een beroep gedaan op de ambulante forensische ggz.
- DOEL** Sinds 2007 bestaan in Nederland teams voor forensische (flexibele) assertive community treatment (For(F)ACT) die ambulante, intensieve zorg bieden aan forensische cliënten met complexe psychische problematiek. De toenemende vraag naar intensieve zorg pleit voor eenduidiger indicatiecriteria om zorg op maat aan de juiste doelgroep te leveren en daarmee recidiverisico's te verkleinen.
- METHODE** Wij onderzochten bij 76 cliënten van een For(F)ACT-team in welke mate de klinische indicatiecriteria samenhangen met risicofactoren voor delictgedrag en welke criteria voorspellend waren voor recidive.
- RESULTATEN** Er werd een zwakke samenhang gevonden tussen de indicatiecriteria en risicofactoren. Uit de receiver operating characteristic(ROC)-analyse bleek een combinatie van klinische indicatiecriteria de beste voorspeller voor recidive.
- CONCLUSIE** Bij cliënten van een For(F)ACT-team lijken andere risicofactoren samen te hangen met recidive dan bij andere delinquenten. Belangrijke factoren voor de behandeling zijn het doorbreken van patronen, vergroten van de veiligheid en bieden van sociale steun en hulp bij financiën. De klinische indicatiecriteria zouden niet vervangen moeten worden door de risicofactoren van de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START).

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)10, 672-681

TREFWOORDEN betrouwbaarheid, For(F)ACT, indicatiecriteria, predictieve validiteit, recidive



De toenemende kosten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) hebben geleid tot het afbouwen van klinische bedden en het intensiveren van ambulante behandelprogramma's. In Nederland leven naar schatting 280.000 mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) die langdurige ambulante, intensieve zorg nodig hebben (Delespaul e.a. 2013). Voor deze doelgroep werd in de Verenigde Staten *assertive community treatment* (ACT) ontwikkeld. Waar ACT in multidisciplinair teamverband proactieve, intensieve ambulante zorg biedt aan de cliënten met EPA, biedt de in Nederland ontwikkelde flexibele ACT-variant (FACT) vergelijkbare zorg aan mensen met minder ernstige psychische problemen (Place e.a. 2011). Sinds 2007 heeft Nederland ook forensische (F)ACT-teams (For(F)ACT-teams), gericht op cliënten met complexe psy-

chische problematiek bij wie tevens sprake is van risico op (terugval in) delictgedrag. Onderzoek laat zien dat cliënten van For(F)ACT-teams na een jaar psychisch en sociaal beter functioneren. Ze hadden minder politie- en justitiecontacten, werden minder vaak en korter gedetineerd en als minder delictgevaarlijk getaxeerd. Het aantal opnames in de (forensische) ggz en verslavingszorg bleef gelijk (Neijmeijer e.a. 2017). Momenteel zijn er in Nederland 20 For(F)ACT-teams operationeel, die de zorgvraag onvoldoende aankunnen.

Het primaire doel van elke forensische behandeling is het verminderen van het recidiverisico. Het *risk-need-responsivity*(RNR)-model (Andrews e.a. 1990) biedt hiertoe een aantal basisprincipes. Een van die principes is het *need*-principe, dat stelt dat elke forensische behandeling

gericht moet zijn op het beïnvloeden van de dynamische (veranderbare) risicofactoren die samenhangen met delictgedrag (criminogene risicofactoren). Uit diverse studies blijkt dat criminaliteit vooral gerelateerd is aan vier kernfactoren (de *Big Four*): antisociale cognities/attitude, antisociaal netwerk, een geschiedenis van antisociaal gedrag en trekken van een antisociale persoonlijkheidsstoornis (zie o.a. Serin e.a. 2013). Onderzoek van Bonta en Andrews (2007) toonde aan dat het behandelen van criminogene risicofactoren het recidiverisico met 19% verlaagt. Voor het monitoren van veranderingen in de risicofactoren en het recidiverisico gebruiken de For^(F)ACT-teams veelal de *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START; 't Lam e.a. 2009). De START is een gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument, bestaande uit 20 dynamische factoren, om het risico en de sterkte (bescherming) voor recidive op de korte termijn te beoordelen, variërend van enkele dagen tot enkele maanden. De predictieve validiteit van gestructureerde klinische inschattingen is beter dan van ongestructureerde methoden (Nicholls e.a. 2016); echter, het indicatiebesluit voor For^(F)ACT is gebaseerd op een ongestructureerd klinisch oordeel, waardoor de indicatiecriteria verschillend worden geïnterpreteerd (Cuddeback e.a. 2008; Place e.a. 2011). Zo wordt de term 'forensisch' in sommige teams enkel gebruikt voor cliënten met een justitiële titel, terwijl andere teams ook cliënten includeren bij wie sprake is van (een risico op) delictgedrag. Daarnaast wordt de term 'psychiatrisch' soms voorbehouden aan klinische stoornissen, maar wordt dit ook ruimer geïnterpreteerd. Een zorgvuldige indicatiestelling kan bijdragen aan het bereiken van de juiste For^(F)ACT-doelgroep en daarmee de druk op de beperkt beschikbare zorg verlichten.

In de huidige studie onderzochten wij de For^(F)ACT-indicatiecriteria en START-*risicofactoren* in relatie tot elkaar en als voorspellers voor recidive. Deze kennis is relevant omdat een sterke samenhang tussen de indicatiecriteria en de risicofactoren input kan leveren voor het formuleren van eenduidige criteria om tot een betrouwbaarder indicatiebesluit voor For^(F)ACT te komen. Daarnaast kan met het identificeren van de beste voorspellers voor recidive de behandeling effectiever worden ingericht. In **TABEL 1** staan de For^(F)ACT-indicatiecriteria vermeld zoals geformuleerd door Veldhuizen en Bähler (2008) en aangescherpt door Polhuis e.a. (2015). Daarnaast worden de START-*risicofactoren* vermeld die naar verwachting samenhangen met de For^(F)ACT-indicatiecriteria.

AUTEURS

INE KUSTERS, klinisch psycholoog, De Forensische Zorgspecialisten, de Waag, Utrecht.

JOAN VAN HORN, psycholoog en hoofd afd. Onderzoek, de Waag

TAMAR CNOSSEN, destijds: masterstudent Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht; thans: psycholoog i.o. tot GZ-psycholoog, GGZ InGeest.

CORRESPONDENTIEADRES

Ine Kusters, De Forensische Zorgspecialisten, De Waag, Postbus 1362, 3500 BJ Utrecht.

E-mail: ikusters@dewaagnederland.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-3-2018.

METHODE

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 76 cliënten (70 mannen, 6 vrouwen) die in de periode juni 2012-januari 2015 waren geïndiceerd voor For^(F)ACT op basis van de indicatiecriteria van Van Veldhuizen & Bähler (2008). De aangescherpte criteria van Polhuis e.a. (2015) waren nog niet beschikbaar. Bij aanmelding voor For^(F)ACT hadden alle cliënten onderdak. De gemiddelde leeftijd bij aanvang van de behandeling was 33,51 jaar (SD: 9,60; uitersten: 18-60). In **TABEL 2** staan aanvullende demografische kenmerken beschreven.

Instrumenten

De klinische For^(F)ACT-indicatiecriteria van Van Veldhuizen en Bähler (2008), zoals weergegeven in **TABEL 1**, werden door de regiebehandelaren van het For^(F)ACT-team na aanmelding dichotoom (nee/ja) gescoord op basis van dossierinformatie en het kennismakingsgesprek. De recentste DSM-IV-classificatie werd gebruikt om het criterium complexe problematiek te scoren.

De START ('t Lam e.a. 2009) werd gebruikt om risicofactoren te scoren op een 3-puntsschaal (0 = niet aanwezig, 1 = enige mate aanwezig, 2 = duidelijk aanwezig). De psychometrische kwaliteit van de START bij For^(F)ACT-clieñten is niet onderzocht, maar in internationale studies bij forensische klinische subgroepen bleek het een betrouwbaar en valide instrument (Braithwaite e.a. 2010; Desmarais e.a. 2012).

Recidive, opgevraagd uit het Herkenningsdienstsysteem (HKS) van de politie, werd gedefinieerd als elke nieuwe

TABEL 1 Klinische indicatiecriteria forensische (F)ACT (For(F)ACT)

Klinische indicatiecriteria Veldhuizen en Bähler (2008)		Polhuis e.a. (2015)	Benaming gebruikt in huidig artikel	START Risicofactor: verwachte samenhang
1	Aanwezigheid van ernstige, meervoudige, complexe en langdurige problematiek (psychiatrie, persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, zwakbegaafdheid, comorbiditeit, psychosociale problemen)	Aanwezigheid van meervoudige, complexe problemen op diverse levensgebieden met comorbide middelengebruik en/of lichte verstandelijke beperking	Complexe problematiek	Psychische stoornis; emotionele toestand; middelengebruik; impulscontrole; zelfinzicht; medicatietrouw; copingvaardigheden
2	Hoog risico op grensoverschrijdend gedrag zoals het plegen van delicten	Forensische titel of delictgedrag. Weinig zelfcontrole over delictgedrag	Risico	Attitude; gedrag; copingvaardigheden; impulscontrole; middelengebruik; materiële middelen
3	Ernstige functionele beperkingen op ten minste twee van de volgende terreinen: Dagelijks functioneren (zelfverzorging, hygiëne, voeding, voldoende slaap) Werk Dagactiviteit of huishouden Handhaven van de veiligheid Verkrijgen van inkomen en beheer van financiën Gebrek aan opbouwende sociale contacten		Zelfzorg Structuur Structuur Veiligheid Financiën Sociaal	Zelfverzorging; medicatietrouw; psychische stoornis Werk en opleiding; sociale vaardigheden; externe invloeden; impulscontrole Vrijtijdsbesteding Gedrag; impulscontrole; copingvaardigheden Werk en opleiding; materiële middelen; impulscontrole Sociale vaardigheden; relaties; middelengebruik; sociale steun
4	Cliënt kan niet profiteren van een regulier behandelaanbod	Slechte, matige of grillige samenwerking	Zorg	Psychische stoornis; medicatietrouw; overeenstemming over regels; behandelbaarheid; attitude
5	Cliënt kan de vicieuze cirkel niet doorbreken		Cirkel	Copingvaardigheden; psychische stoornis; sociale steun

aangifte vanaf de indicatiestelling. HKS is een landelijk dekkend systeem dat sinds 1996 door de politie wordt gebruikt om aangiften van misdrijven tegen geïdentificeerde verdachten van 12 jaar en ouder te registreren. De HKS-informatie werd verkregen op 1 oktober 2015 (peildatum).

Procedure

Na een intakegesprek, gericht op het in kaart brengen van onder meer de criminele, medische en psychiatrische voorgeschiedenis en het indexdelict, werd vastgesteld of cliënten voldeden aan de criteria van een stoornis volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

TABEL 2 Kenmerken van de groep cliënten van een forensisch (F)ACT-team (n = 76)

	For(F)ACT	
	n	%
<i>Behandelkader</i>		
Vrijwillig	35	46,1
Civielrechtelijk (Rechterlijke Machtiging)	14	18,4
Strafrechtelijk	27	35,5
<i>Opleidingsniveau¹</i>		
Basisonderwijs	18	23,7
Mavo, lbo, vmbo	44	57,9
Havo, vwo, mbo	12	15,8
Hbo, wo	2	2,6
<i>Afkomst²</i>		
Nederlands	42	55,3
Turks	3	3,9
Marokkaans	14	18,4
Surinaams	10	13,2
Antilliaans	1	1,3
Afrikaans	1	1,3
Overig, waaronder Australisch, Colombiaans, Kroatisch	5	6,6
<i>Relationele status</i>		
Alleenstaand	61	80,3
In relatie	11	14,4
Gescheiden	4	5,3
<i>Type indexdelict</i>		
Agressie algemeen	52	68,4
Huiselijk geweld	8	10,5
Vermogen (met of zonder geweld)	11	14,5
Zeden	1	1,3
Overig, geen huidige delicten, maar wel delictgedrag	4	5,3

¹Opleidingsniveau volgens indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

²Afkomst naar geboorteland van één of beide ouders. Wanneer beide ouders uit verschillende landen komen, werd geboorteland van moeder genomen.

(DSM-IV-TR, American Psychiatric Association 2000). In de forensische psychiatrie ligt de primaire diagnose volgens de inschatting van de behandelaar ten grondslag aan het delictgedrag. Daarnaast kunnen comorbide stoornissen worden vastgesteld.

Er werd retrospectief een risicotaxatie verricht met de START op basis van alle beschikbare dossierinformatie tot aan de indicatiestelling, waaronder de aanmeldingsgegevens, het intakeverslag, informatie uit eerdere behandelingen en

pro Justitia- en reclasseringsrapportages. Alle geïncludeerde cliënten gaven toestemming voor het gebruik van hun dossierinformatie. Voor het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werden de dossiers onafhankelijk gescoord door twee beoordelaarskoppels bestaande uit vier masterstudenten Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht. De studenten volgden vooraf een in-company-START-training. Na scoring van elk dossier werd een consensusbespreking gehouden. Het onderzoek viel niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) doordat het een retrospectief onderzoek betrof waarbij de cliënten niet belast werden.

Analyses

De mate van overeenstemming tussen beoordelaars op de START-scores werd berekend met *single measure*-intraklasse-correlatiecoëfficiënten (ICC) voor het *two-way random effect* model met een 'absolute overeenstemming' als criterium (Shrout & Fleiss 1979). De overeenstemming tussen beoordelaars was goed tot uitstekend voor 11 items ($0,61 < ICC < 0,78$). Op 8 items werd een matige overeenstemming bereikt ($0,48 < ICC < 0,59$) en voor het item sociale vaardigheden was de overeenstemming slecht ($ICC < 0,20$).

Missende waarden werden gevonden voor 13 START-items, variërend van 1,3-7,9% met een uitschieter naar 22,4% voor het item medicatietrouw. Dit item kon vaak niet worden gescoord omdat informatie ontbrak over de motivatie van cliënt voor medicatiegebruik (medicatietrouw, wel/niet volgens voorschrift). In navolging van Barzi en Woodward (2004) werd een multi-pele imputatie (MI)-procedure gebruikt (Van Buuren 2012) met vijf imputaties (Taylor 2011).

De correlatie tussen de klinische For(F)ACT-indicatiecriteria en de risicofactoren van de START werd berekend met Spearman's rho-rangcorrelatie. Deze werd als volgt geïnterpreteerd: $0 < r \leq 0,20$: nauwelijks verband; $0,21 \leq r \leq 0,40$: zwak verband; $0,41 \leq r \leq 0,60$: redelijk verband; $0,61 \leq r \leq 0,80$: sterk verband en $r \geq 0,81$: zeer sterk verband (Landis & Koch 1977).

De recidivesnelheid werd berekend met kaplan-meiersurvivalanalyse, een methode om voor een (sub)groep het recidivebeloop over een bepaalde periode in kaart te brengen. In deze berekening wordt gecorrigeerd voor individuele verschillen in de tijdsintervallen tussen de startdatum van de behandeling en de peildatum. Iedere eerste aangifte na de start van de behandeling impliceert een stijging van de recidivecurve (voor een uitgebreidere uitleg over survivalanalyse, zie Wartna e.a. 2011).

De predictieve validiteit werd berekend met *receiver operating characteristic* (ROC)-analyses. De ROC-analyse levert een waarde op waaraan de voorspellingskracht kan worden

TABEL 3 Verdeling van de klinische indicatiecriteria bij groep cliënten van forensisch (F)ACT-team (n = 76)

Indicatiecriteria	Voldoet aan criterium		Voldoet niet aan criterium	
	n	%	n	%
1 Complexe problematiek	75	98,7	1	1,3
2 Risico	47	61,8	29	38,2
3 Ernstige functionele beperking op minimaal 2 subcriteria	76	100,0	-	-
Zelfzorg	45	59,2	31	40,8
Structuur	75	98,7	1	1,3
Veiligheid	46	60,5	30	39,5
Financiën	65	85,5	11	14,5
Sociaal	41	53,9	35	46,1
4 Zorg	59	77,6	17	22,4
5 Cirkel	57	75,0	19	25,0

afgelezen, de AUC-waarde. Per indicatiecriterium, aantal ernstige beperkingen en START-risicofactor werd een ROC-analyse verricht. Vervolgens werd per instrument een somscore berekend van de meest voorspellende criteria/factoren en werd een nieuwe ROC-analyse gedaan. Als richtlijn voor het opnemen van de meest voorspellende criteria/factoren werd een (al dan niet significante) AUC-waarde aangehouden van $\geq 0,53$ omdat deze tegen de grenswaarde van een zwakke voorspeller aanzit. In eerder onderzoek bleek dat combinaties van factoren betere voorspellers zijn voor recidive dan individuele factoren (Van Horn e.a. 2016).

RESULTATEN

Klinische For(F)ACT-indicatiecriteria

Van de onderzoeksgroep voldeden 31 (40,8%) cliënten aan alle klinische indicatiecriteria en 45 (59%) voldeden aan enkele criteria. Gemiddeld hadden de cliënten op 3,58 subcriteria ernstige functionele beperkingen (SD: 0,99; uitersten: 2-5). In **TABEL 3** staat de verdeling weergegeven van cliënten die al dan niet aan de indicatiecriteria voldeden.

DSM-classificaties

Van de totale groep voldeden 15 (19,7%) cliënten primair aan de kenmerken van een as 1-stoornis, waarbij schizofrenie en andere psychotische stoornissen (7,9%) en een stemmingsstoornis (5,3%) de meest gestelde diagnoses waren. De overige 61 cliënten (80,3%) voldeden primair

aan de criteria van een as 2-stoornis, voornamelijk een antisociale persoonlijkheidsstoornis (44,7%) en een persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven (NAO 25%) met trekken van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (23,7%) en een antisociale persoonlijkheidsstoornis (21,1%) als meest voorkomende.

Bij 75 cliënten was sprake van comorbiditeit, van wie 81,6% voldeed aan de criteria van een aan middelen gebonden stoornis en 40,8% aan de criteria van een ontwikkelingsstoornis (ADHD). Zwakbegaafdheid werd vastgesteld bij 15,8%.

For(F)ACT-behandeling

Op de peildatum waren 25 cliënten (32,9%) nog in behandeling. Van 51 cliënten (67,1%) was de behandeling afgesloten, waarvan bij 28 cliënten de behandeling werd beëindigd terwijl zorg nog geïndiceerd was. Redenen voor voortijdige beëindiging waren overlijden (n = 2), verlengde detentie (n = 4), geen contact ondanks outreachende pogingen (n = 10), contra-indicatie (n = 8), geen verzekering (n = 1) of een verstoorde samenwerking door agressief gedrag (n = 3). Bij afsluiting wordt gekeken of doorverwijzing naar andere (forensische) zorg geïndiceerd is. De gemiddelde behandelduur was 15,12 maanden (SD: 11,42; uitersten: 0-47 maanden).

Criminele voorgeschiedenis en recidive tijdens en na behandeling

De gemiddelde follow-upperiode, berekend vanaf de start van de For(F)ACT-behandeling tot de eerste nieuwe aangifte of het einde van de follow-upperiode, was 20,17 maanden (SD: 11,55; uitersten: 0-40 maanden). De gemiddelde leeftijd bij eerste aangifte was 20 jaar (SD: 7,80; uitersten: 12-49 jaar). Er werd gemiddeld 14,68 keer (SD: 15,55; uitersten: 0-86) aangifte gedaan voordat de cliënten instroomden in de For(F)ACT-behandeling. Uit de survivalanalyses bleek dat gedurende de follow-upperiode 34,2% opnieuw in aanraking kwam met de politie. Van deze cliënten recidiveerden 18 (23,7%) tijdens de behandeling met gemiddeld 1,78 nieuwe aangiften (SD: 1,48; uitersten: 1-6). Het gemiddeld aantal recidivedelicten, gepleegd na de behandeling door de 51 cliënten was 3,27 (SD: 2,74; uitersten: 1-10 delicten).

Spearman's rho-correlatiecoëfficiënten

TABEL 4 geeft de correlatiecoëfficiënten weer tussen de For(F)ACT-indicatiecriteria en de START-risicofactoren.

Er werden 22 significante correlaties gevonden tussen de For(F)ACT-indicatiecriteria en START-risicofactoren (**TABEL 4**). Deze verbanden waren alle zwak ($r < 0,40$) en overwegend positief. De indicatiecriteria risico, zelfzorg, veiligheid, financiën, sociaal en zorg correleerden met 13 van de 20 risicofactoren. Twee verbanden waren negatief: een

TABEL 4 Spearman's rho-correlatiecoëfficiënten tussen de klinische indicatiecriteria forensische (F)ACT en START-risicofactoren

START-risicofactoren	Klinische indicatiecriteria For(F)ACT								
	Complexe problematiek	Risico	Zelfzorg	Structuur	Veiligheid	Financiën	Sociaal	Zorg	Cirkel
Sociale vaardigheden	0,22	-0,14	-0,09	0,01	-0,19	-0,04	0,30**	0,15	-0,07
Relaties	0,06	0,12	0,02	-0,14	-0,10	-0,01	0,24*	0,21	0,04
Werk en opleiding	0,02	0,22	-0,04	0,02	0,15	0,26*	0,20	0,29*	0,15
Vrijtijdsbesteding	0,03	0,25*	-0,05	0,18	0,14	0,15	0,10	0,15	0,10
Zelfverzorging	-0,04	0,06	0,26*	-0,04	-0,11	0,15	-0,04	0,25*	-0,06
Psychische stoornis	-0,03	0,04	0,02	-0,17	-0,07	-0,12	0,22	0,38***	-0,02
Emotionele toestand	-0,09	0,01	0,22	-0,09	-0,14	-0,10	0,03	0,03	0,11
Middelengebruik	0,05	0,05	0,02	0,18	0,15	0,17	0,02	0,05	0,12
Impulscontrole	0,22	0,03	0,00	-0,06	0,28*	0,23*	-0,31**	0,17	0,13
Externe invloeden	0,07	0,07	0,02	0,07	0,08	0,04	0,20	0,09	0,17
Sociale steun	0,09	0,09	0,01	-0,11	-0,08	0,24*	0,34**	0,27*	0,13
Materiële middelen	-0,11	0,10	-0,02	0,18	0,34**	0,21*	0,06	0,05	0,02
Attitudes	0,07	0,26*	-0,11	-0,14	0,20	0,13	-0,01	0,09	0,05
Medicatierouw	-0,14	0,11	0,03	-0,14	0,17	0,05	-0,17	0,09	0,09
Overeenstemming over regels	0,05	0,17	0,08	0,05	0,07	0,19	0,14	0,30*	0,02
Gedrag	0,03	0,13	-0,27*	0,03	0,23*	0,23*	-0,14	0,07	0,07
Zelfinzicht	0,10	-0,03	-0,06	-0,11	0,05	0,197	0,16	0,22	0,01
Plannen	0,00	0,19	0,01	0,00	0,05	0,18	0,10	0,18	-0,05
Copingvaardigheden	-0,02	0,12	-0,03	-0,02	0,25*	0,11	-0,05	-0,11	0,20
Behandelbaarheid	0,05	0,11	0,07	0,05	0,03	0,21	0,15	0,18	-0,07

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

gebrekkige impulscontrole (risicofactor) hing samen met een groter sociaal netwerk (indicatiecriterium) en risicovolgedrag (risicofactor) hingsamen met een beter dagelijks functioneren (indicatiecriterium). Opvallend is dat de indicatiecriteria complexe problematiek, structuur en cirkel met geen enkel START-item samenhangen.

Predictieve validiteit

In **TABEL 5** staan de AUC-waarden (predictieve validiteit) van de individuele indicatiecriteria en de START-risicofactoren weergegeven, alsmede van de totaalscores en combinaties van de sterkste voorspellers.

Uit **TABEL 5** blijkt dat, met uitzondering van het indicatiecriterium veiligheid, de afzonderlijke criteria niet voorspellend waren voor recidive. De combinatie van klinische indicatiecriteria leverde wel een significante voorspelling op, waarbij de combinatie risico, veiligheid, financiën en cirkel een sterke voorspeller bleek voor recidive (AUC: 0,73). De individuele risicofactoren van de START waren – op twee

items na (materiële middelen en emotionele toestand) – geen significante voorspellers voor recidive. Opvallend is dat de risicofactor emotionele toestand een significante voorspeller was voor de afwezigheid van recidive. De combinatie van de START-risicofactoren impulscontrole, materiële middelen, gedrag, attitudes, plannen en copingvaardigheden bleek recidive matig te voorspellen.

Aanvullende ROC-analyses met onderscheid naar cliënten die aan alle indicatiecriteria voldeden (groep A, $n = 31$) en cliënten die niet aan alle criteria voldeden (groep B, $n = 45$), wezen uit dat in groep A het accent van voorspellers verschoof naar een sterk significante voorspellende combinatie van de indicatiecriteria veiligheid, financiën en sociaal (AUC: 0,72). Er werden geen veranderingen in voorspellers gevonden in groep B.

In groep A werden de START-risicofactoren vrijetijdsbesteding en zelfverzorging aan de eerder gevonden combinatie toegevoegd, wat resulteerde in een AUC-waarde van 0,68. In groep B bleef de voorspellende waarde matig (AUC: 0,70).

DISCUSSIE

In deze studie bij 76 cliënten van een For_(F)ACT-team onderzochten wij in hoeverre de For_(F)ACT-indicatiecriteria samenhangen met de START-risicofactoren en welke (combinaties van) indicatiecriteria en risicofactoren voorspellend zijn voor recidive. De verwachte samenhang tussen de indicatiecriteria en de START-risicofactoren bleef over het algemeen uit. Daar waar het verband significant was, kon dit als zwak worden beschouwd.

Voor een aantal indicatiecriteria vonden we logische verbanden, zoals de samenhang tussen het indicatiecriterium zelfzorg en de START-risicofactor zelfverzorging of tussen het criterium financiën en START-risicofactoren werk en opleiding. Dat 'emotionele toestand' een significante voorspeller bleek voor de afwezigheid van recidive kan betekenen dat het in een labiele of prikkelbare emotionele toestand verkeren de kans op recidive verlaagt, maar ook dat er wellicht minder snel aangifte wordt gedaan bij personen in deze toestand.

Er waren ook indicatiecriteria die met geen enkele START-risicofactor samenhangen, namelijk complexe problematiek, structuur en cirkel. Deze indicatiecriteria raken de kern van de doelgroep, namelijk mensen met ernstige, terugkerende (psychische) problemen die mede door gebrekkige in- en externe structuur moeite hebben zich op een veilige, sociaal geaccepteerde manier te handhaven. Gezien de inhoudelijke overlap tussen de indicatiecriteria en de START-risicofactoren (waaronder psychische stoornis, middelengebruik, vrijetijdsbesteding en copingvaardigheden), lijkt de oorzaak voor het gebrek aan samenhang tussen deze kernset van klinische criteria en START-risicofactoren te moeten worden gezocht in de scoringsrichtlijnen, de beschikbare informatie en/of de beoordelaar.

De indicatiecriteria worden dichotoom (afwezig versus aanwezig) gescoord. Het criterium complexe problematiek vereist een inschatting op een groot aantal potentiële psychische problemen, waarbij alle cliënten in het huidige onderzoek minstens één probleem hadden. Bij de START-risicofactoren daarentegen worden inhoudelijk minder verschillende concepten samengevoegd in een enkele score, wat de betrouwbaarheid van deze scores ten goede komt.

Dat blijkt ook uit de overwegend matig tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheidscoëfficiënten (ICC's) van de START-risicofactoren in het huidige onderzoek. Vergelijkbare ICC's werden gevonden in Nederlands onderzoek naar de START (Troquete e.a. 2015), maar deze waren lager dan de internationale bevindingen (o.a. Desmarais e.a.2012). De onderzoeksopzet lijkt hiervoor geen afdoende verklaring omdat de procedure in de huidige studie op die in de internationale studies leek, waarin de START retrospectief

TABEL 5 Predictieve validiteit (AUC's) van (combinaties van) klinische indicatiecriteria en START-risicofactoren

Voorspellers	AUC	p	95%-BI
Klinische indicatiecriteria			
1. Complexiteit	0,48	0,78	0,34-0,62
2. Risico	0,59	0,22	0,45-0,72
3. Zelfzorg	0,49	0,87	0,35-0,63
4. Structuur	0,51	0,89	0,37-0,65
5. Veiligheid	0,68	0,01	0,56-0,81
6. Financiën	0,58	0,25	0,45-0,71
7. Sociaal	0,50	0,99	0,36-0,64
8. Zorg	0,47	0,62	0,33-0,60
9. Cirkel	0,57	0,30	0,44-0,71
Aantal ernstig functionele beperkingen	0,65	0,04	0,51-0,78
Somscore klinische indicatiecriteria	0,63	0,06	0,50-0,77
Somscore klinische indicatiecriteria 2, 5, 6 & 9	0,73	0,00	0,60-0,85
START-risicofactoren			
1. Sociale vaardigheden	0,40	0,15	0,27-0,53
2. Relaties	0,46	0,54	0,33-0,60
3. Werk en opleiding	0,42	0,60	0,33-0,59
4. Vrijetijdsbesteding	0,50	0,89	0,37-0,54
5. Zelfverzorging	0,45	0,49	0,31-0,59
6. Psychische stoornis	0,37	0,06	0,24-0,50
7. Emotionele toestand	0,33	0,02	0,20-0,47
8. Middelengebruik	0,50	0,90	0,37-0,63
9. Impulscontrole	0,58	0,24	0,45-0,71
10. Externe invloeden	0,51	0,88	0,37-0,65
11. Sociale steun	0,44	0,29	0,29-0,56
12. Materiële middelen	0,66	0,03	0,53-0,79
13. Attitudes	0,53	0,70	0,39-0,66
14. Medicatietrouw	0,48	0,65	0,33-0,60
15. Overeenstemming over regels	0,48	0,78	0,34-0,62
16. Gedrag	0,58	0,29	0,44-0,71
17. Zelfinzicht	0,46	0,56	0,32-0,59
18. Plannen	0,56	0,37	0,43-0,71
19. Copingvaardigheden	0,53	0,67	0,40-0,67
20. Behandelbaarheid	0,50	0,97	0,36-0,63
Somscore START totaal	0,47	0,69	0,34-0,61
Somscore START 9, 12, 16, 18 & 19	0,67	0,01	0,54-0,80

en door onderzoekstagiaires werd gescoord en minder op het Nederlandse onderzoek waarbij de START door casemanagers werd gescoord.

De onderzoekspopulatie lijkt een relevantere verklarende factor. De internationale studies werden uitgevoerd in een klinische populatie en het Nederlandse onderzoek in een ambulante populatie die min of meer vergelijkbaar is met de huidige onderzoeksgroep. Eerder onderzoek met andere risicotaxatie-instrumenten heeft aangetoond dat de overeenstemming tussen beoordelaars in klinische populaties doorgaans hoger ligt dan in ambulante populaties (Van Horn e.a. 2016). In het klinische zorgdomein is vaak meer dossierinformatie beschikbaar dan in het ambulante zorgdomein.

Een andere mogelijke oorzaak voor de zwakke of zelfs afwezige significante samenhang tussen de indicatiecriteria en de risicofactoren is het verschil in meetmoment en daardoor verschil in beschikbare informatie. De risicotaxatie was gebaseerd op beschikbare dossierinformatie tot en met de intake, terwijl de klinische indicatiecriteria gescoord werden bij aanmelding voor For^(F)ACT, wat soms op een later tijdstip in de behandeling viel waardoor er meer informatie beschikbaar was. Dit heeft echter niet geresulteerd in een betere voorspelling van de individuele indicatiecriteria voor recidive. De individuele indicatiecriteria en risicofactoren hadden onvoldoende voorspellingskracht ($AUC \leq 0,59$), terwijl de combinaties van factoren een significante voorspellers bleken voor recidive.

De krachtigste gecombineerde voorspeller voor recidive was de combinatie van de indicatiecriteria: hoog recidive-risico (risico), niet in staat zijn de veiligheid te handhaven (veiligheid), financiën niet op orde hebben (financiën) en de vicieuze cirkel niet kunnen doorbreken (cirkel). Deze factoren komen niet overeen met de Big Four criminogene risicofactoren die doorgaans als grootste voorspellers voor recidive worden beschouwd (Serin e.a. 2013). De Big Four werden deels wel gevonden in de matige voorspellende combinatie van de START-risicofactoren: impulscontrole, materiële middelen, gedrag, plannen en copingvaardigheden.

Wij concluderen dat, hoewel de START een gestructureerd instrument is met duidelijke scoringsinstructies, de voorspellingskracht voor recidive van de klinische indicatiecriteria beter is. Het indiceren van For^(F)ACT op basis van de klinische indicatiecriteria is niet optimaal, maar zou niet vervangen moeten worden door de START-risicofactoren. Bij forensische cliënten met EPA lijken andere factoren dan de Big Four criminogene factoren een centralere rol te spelen in terugval in delictgedrag.

Methodologische kanttekeningen

Het onderzoek kent een aantal beperkingen betreffende de onderzoeksopzet en onderzoeksgroep. Wat betreft de onderzoeksopzet: de START werd retrospectief gescoord en

de klinische indicatiecriteria prospectief, bij aanmelding voor For^(F)ACT. Het gevolg was dat er geen aanvullende informatieverzameling kon plaatsvinden tijdens het scoren van de START, wat heeft geleid tot het ontbreken van informatie over medicatietrouw bij 2,4% van de cliënten. Ofschoon de ontbrekende informatie bij de overige items beperkt bleef tot maximaal 5%, raden we aan om alle metingen in vervolgonderzoek prospectief uit te voeren. Om de transparantie en betrouwbaarheid van de scoring van de klinische indicatiecriteria te vergroten, is het belangrijk om de criteria enkelvoudig te formuleren en definities aan te scherpen. Geadviseerd wordt om het criterium complexe problematiek te scoren op afzonderlijke factoren, namelijk aanwezigheid van psychiatrische problematiek; persoonlijkheidsproblematiek, lichte verstandelijke beperking, middelenproblematiek en psychosociale problematiek.

Wat betreft de onderzoeksgroep: deze was relatief klein en afkomstig uit één For^(F)ACT-team, waardoor er voorzichtigheid geboden is bij het generaliseren van de conclusies. Eerder onderzoek (Cuddeback e.a. 2008; Place e.a. 2011) wees uit dat For^(F)ACT-teams – vanwege het ontbreken van eenduidige definities en criteria – mogelijk andere doelgroepen includeren. De huidige studie wijst uit dat ruim de helft van de cliënten van een For^(F)ACT-team voldeed aan de criteria van (trekken van) een antisociale persoonlijkheidsstoornis met een bijkomende aan middelen gebonden stoornis.

De aanwezigheid van middelenproblematiek wordt ook in andere studies gevonden, terwijl over de aanwezigheid van een antisociale persoonlijkheidsstoornis minder eenduidigheid bestaat (Cuddeback & Morrissey 2011; Place e.a. 2011). Uit de studie van Neijmeijer e.a. (2017) bleek dat vrijwel alle patiënten twee of meer stoornissen hadden (97%), waaronder aan middelen gebonden stoornissen (72%), persoonlijkheidsstoornissen (voornamelijk antisociale persoonlijkheidsstoornis en persoonlijkheidsstoornis NAO, 70%) en psychotische stoornissen (29%).

BESLUIT

Dit onderzoek draagt bij aan de nog beperkte kennis over For^(F)ACT-clieënten en laat zien dat bij forensische cliënten met EPA, naast de Big Four, andere risicofactoren van belang zijn, waarbij het vooral gaat om het bieden van externe ondersteuning en structuur, gericht op veiligheid, verandering, sociale steun en financiën, om recidiverisico's te beperken. Vervolgonderzoek dient zich te richten op de behandel-effectiviteit van eerder genoemde risicofactoren en dient na te gaan of met veranderingen in deze risicofactoren terugval in delictgedrag afneemt.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) – Text Revision. Washington: APA; 2000.
- Andrews DA, Zinger I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P, Cullen FT. Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology* 1990; 28: 369-404.
- Bonta J, Andrews DA. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation* 2007; 6: 1-22.
- Braithwaite E, Charette Y, Crocker AG, Reyes A. The predictive validity of clinical ratings of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *Int J Forensic Ment Health* 2010; 9: 271-81.
- Buuren S van. Flexible imputation of missing data. CRC press; 2012.
- Cuddeback GS, Morrissey JP. Program planning and staff competencies for forensic assertive community treatment: ACT-eligible versus FACT-eligible consumers. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2011; 17: 90-7.
- Cuddeback GS, Morrissey JP, Cusack KJ. How many forensic assertive community treatment teams do we need? *Psychiatr Serv* 2008; 59: 205-8.
- Desmarais SL, Nicholls TL, Wilson CM, Brink J. Using dynamic risk and protective factors to predict inpatient aggression: Reliability and validity of START assessments. *Psychol Assess* 2012; 24: 685-700.
- Delespaul PH. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Horn J van, Eisenberg M, Uzieblo K. Het belang van (onderzoek naar) risicotaxatie in de ambulante forensische sector. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 583-92.
- Lam K 't, Lancel M, Hildebrand M. 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; 2009.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.
- Neijmeijer L, Verwoerd J, Vugt M van, Place C, Kroon H. Forensische (flexibele) assertive community treatment ((F)ACT): cliëntkenmerken en behandelresultaten. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 212-20.
- Nicholls TL, Petersen KL, Pritchard MM. Comparing preferences for actuarial versus structured professional judgement violence risk assessment measures across 5 continents: to what extent is practice keeping pace with science. In: Singh JP, Bjørkly S, Fazel S, red. *International perspectives on violence risk assessment*. Oxford University Press; 2016. p. 127-50.
- Place C, Vugt M van, Kroon H, Neijmeijer L. Modelbeschrijving forensische (F)ACT: Richtlijnen voor de werkwijze en het zorgaanbod van forensische ACT- en FACT-teams. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- Polhuis D, Neijmeijer L, Klaver J. Forensische (flexibele) ACT. In: Veldhuizen JR van, Polhuis D, Bähler M, Mulder M, Kroon H, red. *Handboek (flexibele)ACT*. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 387-400.
- Serin RC, Lloyd CD, Helmus L, Derksen DM, Luong D. Does intra-individual change predict offender recidivism? Searching for the Holy Grail in assessing offender change. *Aggress Violent Behav* 2013; 18: 32-53.
- Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull* 1979; 86: 420.
- Taylor J. (March 17th, 2011). Retrieved from <http://jeremyjaytaylor.squarespace.com/missing-dataimputation-discuss/post/1436944>
- Troquete NAC, van den Brink RHS, Beintema H, Mulder T, van Os TWDP, Schoevers RA, e.a. Predictive validity of the short-term assessment of risk and treatability for violent behavior in outpatient forensic psychiatric patients. *Psychol Assess* 2015; 27: 377-91.
- Veldhuizen JR van, Bähler M. Het FACT-model. In: Veldhuizen JR van, Polhuis D, Bähler M, Mulder M, Kroon H, red. *Handboek (flexibele)ACT*. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 29-47.
- Wartna BSJ, Blom M, Tollenaar N. De WODC-Recidivemonitor, 4de herziene versie. Den Haag: WODC; Memorandum; 2011.

SUMMARY

Forensic (F)ACT: a study exploring indication, risk assessment and recidivism

I. KUSTERS, J.E. VAN HORN, T.E.A. CNOSSEN

- BACKGROUND** Cutbacks in clinical beds in regular and forensic psychiatry increase the burden on outpatient forensic care in The Netherlands.
- AIM** Since 2007, Dutch forensic (flexible) assertive community treatment (For(f)ACT) teams offer outpatient, intensive treatment to forensic clients with complex mental health issues. As the need for this form of intensive treatment increases, so does the need for unambiguous indication criteria to facilitate adequate care and accompanied reduction in criminal behavior.
- METHOD** The present study investigated the correlation between the clinical indication criteria and risk factors for criminal behavior in 76 For(f)ACT-clients, reviewing which criteria best predicted recidivism.
- RESULTS** A weak correlation was found between the indication criteria and risk factors. Further receiver operating characteristic (ROC) analysis showed that a combination of clinical indication criteria best predicted recidivism.
- CONCLUSION** The influential risk factors for For(f)ACT-clients are different compared to those for other groups of delinquents. Important treatment factors are breaking patterns, increasing safety and offering social and financial support. The clinical indication criteria should not be replaced by the START risk factors.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)9, 672-681

KEY WORDS For(f)ACT, indication criteria, reliability, predictive validity, recidivism.