

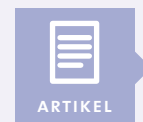
Voorspellen van intramuraal geweld op korte termijn met het Instrument voor Forensische Behandelevaluatie (IFBE), ROM-instrument in de tbs voor verschillende doelgroepen

E. SCHURINGA, M. SPREEN, S. BOGAERTS

- ACHTERGROND** Uit onderzoek is gebleken dat het Instrument voor Forensische Behandelevaluatie (IFBE) bruikbaar is voor een heterogene groep tbs-patiënten als behandelevaluatie- en risicomanagementinstrument. Het is echter niet duidelijk of dit ROM-instrument voor verschillende doelgroepen binnen de tbs intramuraal geweld op de korte termijn kan voorspellen.
- DOEL** Onderzoeken in hoeverre de factor probleemgedrag van het IFBE bruikbaar is voor het voorspellen van intramuraal geweld, rekening houdend met verschillende doelgroepen in de tbs. Beschrijven wat de praktische waarde van deze IFBE-factor is voor risicomanagement.
- METHODE** Via logistische-regressieanalyse bepaalden wij de voorspellende waarde van de factor probleemgedrag voor intramuraal geweld op korte termijn (4 tot 8 maanden), waarbij we rekening hielden met verschillende doelgroepen. Met een ROC-analyse werd bepaald of deze factor van praktische waarde kan zijn voor risicomanagement.
- RESULTATEN** De factor probleemgedrag voorspelde intramuraal geweld op korte termijn met een oddsratio van 1,68, waarbij we geen significante verschillen tussen de doelgroepen vonden. Met een afkappunt van 7 op de factor probleemgedrag (uitersten: 1-17) zou 82% van de patiënten correct ingedeeld worden in een hoog- of laagrisicogroep voor intramuraal geweld.
- CONCLUSIE** De factor probleemgedrag van het IFBE is geschikt ter ondersteuning van het voorspellen van intramuraal geweld op korte termijn voor verschillende doelgroepen binnen de tbs.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)10, 662-671

TREFWOORDEN IFBE, risicomanagement, ROM, tbs, voorspellende waarde



ARTIKEL



Het doel van een tbs-behandeling is het minimaliseren van het risico op recidive en een gefaseerde terugkeer in de samenleving (www.dji.nl). Net als in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt behandelvoortgang in de tbs gemeenten. Bij forensische *routine outcome monitoring* (forROM) moet, behalve met de reguliere ggz-indicatoren zoals psy-

chiatrische stoornis en kwaliteit van leven, ook rekening gehouden worden met recidivegerelateerde domeinen zoals probleemgedrag, beschermend gedrag en maatschappelijke vaardigheden (Goethals & van Marle 2012). Om verandering van de problematiek te meten bij intramurale forensische (tbs-)patiënten heeft de directie

Forensische Zorg (DForZo; 2017) beslist dat gekozen moet worden uit de *Health of the Nation Outcome Scales* (HONOS, in Nederlandse bewerking; Mulder e.a. 2004), de *Meting van Addictie voor Triage en Evaluatie* (MATE: instrument voor verslavingszorg; Schippers e.a. 2011) of de *Dynamic Risk Outcome Scale* (DROS; Drieschner & Hesper 2008).

Hoewel deze drie instrumenten geschikt zijn bevonden voor de reguliere ggz, zijn ze minder geschikt voor forensisch psychiatrische toepassingen: de HONOS is ongeschikt vanwege het ontbreken van dynamische risico- en beschermende recidive-indicatoren (Shinkfield & Ogloff 2015, 2016). De MATE is ongeschikt omdat dit instrument vrijwel alleen verslavingsgedrag meet en bovendien een te lange afnameduur heeft. De DROS is minder geschikt omdat deze tot nu toe alleen is gevalideerd bij patiënten met een lichte verstandelijke beperking (LVB).

Tot op heden is er ook geen FORFROM-instrument aangewezen voor de groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en/of een seksuele stoornis, terwijl de eerste groep ongeveer 70% van de tbs-populatie behelst (van Nieuwenhuizen e.a. 2011).

Voor intramurale forensische patiënten en de overige forensische zorg is dus nog geen generiek FORFROM-instrument beschikbaar dat geschikt is voor meerdere doelgroepen. Een generiek FORFROM-instrument heeft als praktisch voordeel dat het toegepast kan worden bij meerdere doelgroepen, zodat behandelaars of instellingen die diverse doelgroepen behandelen niet per groep verschillende instrumenten dienen in te vullen. Vanuit deze gedachte is het *Instrument voor Forensische Behandeling Evaluatie* (IFBE; Schuringa e.a. 2014) ontwikkeld en in 2010 bij alle doelgroepen in het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag (hierna: van Mesdag) geïmplementeerd.

Het IFBE is een FORFROM-instrument dat (tot nu toe) alleen voor behandel-evaluatie bij tbs-patiënten gebruikt wordt. Echter, Schuringa e.a. (2018) wijzen erop dat risicomangement ook een belangrijke functie van een FORFROM-instrument hoort te zijn. Behandel-evaluatiebesprekingen dienen niet alleen te bestaan uit het evalueren van de behandel-doelen van de afgelopen periode, maar kunnen ook gebruikt worden voor het inschatten van het risico op intramuraal geweld in de volgende periode, zodat er eventueel risicomangementmaatregelen genomen kunnen worden. Intramuraal geweld is van invloed op de voortgang van de behandeling en de veiligheid van patiënten en personeel, maar ook een sterke voorspeller voor toekomstig geweld in de maatschappij is (French & Gendreau 2006; Daffern e.a. 2007; Mooney & Daffern 2013). Het is dus van groot belang vast te stellen welke patiënten tot een hoog-risicogroep horen voor toekomstig intramuraal geweld. Onderzoek bij 277 mannelijke tbs-patiënten heeft aangetoond dat de psychometrische kwaliteiten van het IFBE voor

AUTEURS

ERWIN SCHURINGA, onderzoeker, FPC Dr. S. van Mesdag/Forint, Groningen.

MARINUS SPREEN, hoofd afd. Onderzoek, FPC Dr. S. van Mesdag/Forint, Groningen.

STEFAN BOGAERTS, hoogleraar Forensische psychologie, Faculteit TSB, departement Ontwikkelingspsychologie, Tilburg University, en Fivoor Wetenschap en Behandel-innovatie.

CORRESPONDENTIEADRES

Erwin Schuringa, FPC Dr. S. van Mesdag, Postbus 30.002, 9700 RC Groningen.

E-mail: E.Schuringa@fpcvanmesdag.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

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

behandel-evaluatiedoelinden acceptabel tot zeer goed zijn (Schuringa e.a. 2014; 2018). Het IFBE heeft 22 indicatoren verdeeld over drie factoren: beschermende factoren, probleemgedrag en resocialisatievaardigheden. Op indicator-niveau waren interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid (intra-classcorrelaties van 0,65-0,92) en test-hertestbetrouwbaarheid (Cronbachs alfa van 0,62-0,91) goed tot zeer goed. De interne consistentie van de drie factoren was ook goed (Cronbachs α van 0,86-0,90). Intramurale geweldplegers scoren gemiddeld hoger op de factor probleemgedrag dan niet-geweldplegers op korte termijn. (4-8 maanden; Cohens $d = -1,07$).

Doel van dit onderzoek

In dit artikel staan twee vragen centraal:

1. Kan de factor probleemgedrag van het IFBE ingezet worden bij verschillende patiëntengroepen in de tbs voor risicomangement?
2. Hoe kan de factor probleemgedrag klinisch toegepast worden als hulpmiddel bij risicomangement wat betreft intramuraal geweld?

METHODE

Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek gebruikten wij dezelfde dataset als Schuringa e.a. (2018) waarbij alle IFBE-afnames bij patiënten binnen de Van Mesdag van april 2010 tot en met oktober 2014 verzameld werden. In totaal had er bij 305 patiënten minimaal één IFBE-meting plaatsgevonden. Als inclusiecriteria stelden wij dat er ten minste twee IFBE-metingen

beschikbaar moesten zijn en dat de tijd tussen de beide IFBE-metingen 4 tot 8 maanden moest zijn. Uiteindelijk werden er 277 patiënten geïncludeerd. Per patiënt werd aselect één meetmoment geselecteerd, zodat we een representatief beeld van de verschillende behandelfases verkregen.

In de Van Mesdag wordt gewerkt met vier zorgprogramma's: het zorgprogramma Psychotische kwetsbaarheid, Persoonlijkheidsstoornissen, Autismspectrumsstoornissen (Ass) en Seksueel grensoverschrijdend gedrag. Patiënten worden op basis van hun primaire stoornis of een zedenindexdelict toegewezen aan een van de vier zorgprogramma's. Omdat er (nog) geen zorgprogramma voor de populatie met een lichte verstandelijke beperking (LVB) is en dit wel een belangrijke doelgroep is, gebeurde de indeling van deze patiënten door een orthopedagoog aan de hand van dossieronderzoek en scores op intelligentietesten (voornamelijk WAIS-IV-NL; Wechsler 2012).

Instrument

Het IFBE bestaat uit de 14 klinische indicatoren van het risicotaxatie-instrument de *Historische, Klinische en Toekomstige - Revisie*; HKT-R (Spreen e.a. 2014), aangevuld met acht indicatoren die in samenspraak met behandelaars relevant geacht werden bij een behandeling in een forensische setting (zie **TABEL 1**).

Het IFBE is een gedragsobservatie-instrument dat twee weken voor iedere zesmaandelijks multidisciplinaire behandelbeoordelingsbespreking door ieder lid van het behandelteam onafhankelijk van elkaar ingevuld dient te worden. In de Van Mesdag bestaat een behandelteam uit onder anderen sociotherapeuten, psychiaters, psycholo-

gen, werkbegeleiders, maatschappelijke werkers en creatief therapeuten. De IFBE-indicatoren worden gescoord op een 17-puntsschaal met vijf ankerpunten (Gunderman & Chan 2013). De gemiddelde teamscore wordt berekend, alsmede de mate van onderlinge overeenstemming en de mate van verandering. De mate van overeenstemming laat zien of het gedrag van de patiënt gegeneraliseerd is naar verschillende situaties en/of probleemgedrag zich eventueel in specifieke situaties voordoet. Door het vaststellen van de mate van verandering kunnen behandeldoelen SMART (specifiek, meetbaar, actueel, resultaatgericht en tijdgebonden) geformuleerd worden. Daarnaast worden gedragsveranderingen en doelen met de patiënt besproken, wat de behandelmotivatie en therapietrouw kan verhogen.

Uitkomstmaat

De uitkomstmaat was intramuraal geweld gedurende de periode tussen twee IFBE-metingen. Geweld werd daarbij gedefinieerd als opzettelijk gedrag dat een persoon of dier mogelijk fysiek zou kunnen schaden of schaadt en/of (verbale) agressie die extreem intimiderend of bedreigend is (Kunst e.a. 2009; Troquete e.a. 2013). Geweld werd door de eerste auteur dichotoom gescoord (aan- of afwezig) op basis van de rapportages van de vervolgmeting. Dit gebeurde vanwege het ontbreken binnen de Van Mesdag van standaard agressieschalen zoals de *Overt Aggression Scale* (OAS; Yudofsky e.a. 1986). Geweldincidenten zijn ingrijpende gebeurtenissen en worden vrijwel altijd en goed beschreven in een volgende behandelbeoordelingsbespreking. Bij twijfel werd geen geweld gescoord.

TABEL 1 Overzicht factoren en indicatoren van het Instrument voor Forensische Behandelbeoordeling (IFBE)

Beschermende factoren	Probleemgedrag	Resocialisatievaardigheden
Probleeminzicht*	Impulsief gedrag*	Evenwichtige dagindeling
Meewerken aan de behandeling*	Antisociaal gedrag*	Arbeidsvaardigheden*
Erkennen van het delict*	Vijandigheid*	Sociale vaardigheden*
Copingvaardigheden*	Seksueel grensoverschrijdend gedrag	Zelfverzorgingsvaardigheden*
Medicatiegebruik*	Manipulerend gedrag	Financiële vaardigheden
Vaardigheden ter vermindering van middelengebruik	Overtreden van regels en voorwaarden*	
Vaardigheden ter vermindering van fysiek agressief gedrag	Oriëntatie op antisociale personen*	
Vaardigheden ter vermindering van seksueel grensoverschrijdend gedrag	Psychotische symptomen*	
	Middelengebruik*	

*Indicatoren uit de HKT-R

Statistische methoden

Voor het beantwoorden van vraag 1 werden logistische regressieanalyses verricht waarin geweld (wel/niet) de afhankelijke variabele was.

- Eerst bepaalden we wat de ongecorrigeerde oddsratio was van de factor probleemgedrag (model 1).
- Vervolgens werd de variabele zorgprogramma bestaande uit 3 dummy-variabelen en de interactie tussen probleemgedrag en zorgprogramma toegevoegd om te bepalen of het effect van de factor probleemgedrag op het optreden van geweld verschilde per zorgprogramma (model 2).
- Ten slotte voegden we mogelijke confounders toe aan probleemgedrag en zorgprogramma (model 3).

Mogelijke confounders waren: de IFBE-factoren beschermende factoren en resocialisatievaardigheden, leeftijd in jaren en behandelduur in maanden op het moment van meting, het aantal DSM-IV-diagnoses, het type delict, het hebben van een diagnose aan middelen gebonden stoornis, herselectant of niet (was de Van Mesdag de eerste tbs-instelling voor de patiënt?) en de somscore op de historische items van de HKT-30 (H-Som; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002). De H-som geeft een indicatie van het uitgangsrisoniveau van een patiënt gebaseerd op zijn voorgeschiedenis. Alleen die variabelen werden toegevoegd waarbij een significant verschil ($p < 0,05$) tussen geweldplegers en niet-geweldplegers geconstateerd werd. Hiervoor werd voor de continue variabelen de t-toets voor onafhankelijke steekproeven en voor de dichotome en categorische variabelen de χ^2 -toets van Pearson toegepast. Om te toetsen in hoeverre de voorspelling van geweld door de IFBE-factor probleemgedrag beïnvloed wordt door de LVB-variabele werden de analyses herhaald waarbij de zorgprogrammavariabele vervangen werd door de LVB-variabele. Voor het vergelijken van de verschillende modellen werd de likelihoodtoets toegepast.

Voor het beantwoorden van vraag 2 werd de *area-under-the-curve* (AUC) van de factor probleemgedrag berekend via de *receiver operating characteristic* (ROC)-analyse. De AUC-waarde geeft de kans aan dat een willekeurig gekozen geweldpleger een hogere score heeft dan een willekeurig gekozen niet-geweldpleger. Een waarde van 0,50 is gelijk aan toeval en 1,00 is een perfecte voorspelling. Een AUC-waarde van 0,60-0,70 is bescheiden, van 0,71-0,80 acceptabel, van 0,81-0,90 is excellent en $> 0,90$ is uitstekend (Hosmer & Lemeshow 2000). Het resultaat kan grafisch worden weergegeven, waarbij de verhouding 'correct positieven' (sensitiviteit) en 'correct negatieven' (specificiteit) afgezet wordt ten opzichte van de uitkomstvariabele.

Hiermee kunnen verschillende afkappunten gekozen worden om patiënten bij een hoog- of laagrisicogroep in te delen. Het 'juiste' afkappunt hangt af van de context en

prioriteit van behandelaars. Wat is 'erger': een potentiële geweldpleger missen of onterecht patiënten aan beperkende maatregelen onderwerpen? Twee bekende manieren om een afkappunt te berekenen zijn: het punt waarop zowel sensitiviteit en specificiteit het hoogst is (Hosmer & Lemeshow 2000) en de youden-index (Youden 1950), waarbij de som van sensitiviteit en specificiteit het hoogste is. Wij berekenden beide. Daarnaast werd per afkappunt het '*number needed to detain*' (NND; Fleming 1997) berekend. De NND geeft het aantal patiënten aan dat onderworpen moet worden aan maatregelen om één geweldincident te voorkomen.

RESULTATEN

In **TABEL 2** staan sociodemografische gegevens, type diagnoses en indexdelicten van de patiënten per zorgprogramma. Alle patiënten waren mannen, de gemiddelde leeftijd voor de hele groep was bij instroom 36,7 jaar (SD: 9,6; uitersten: 20-68) en de gemiddelde behandelduur tot het eerste meetmoment was 43,6 maanden (SD: 36,4; 2-203). De LVB-groep bestond uit 65 patiënten en was als volgt verdeeld over de zorgprogramma's: 28 (43%) in Psychotische kwetsbaarheid, 22 (34%) in Persoonlijkheidsstoornissen, 13 (20%) in Seksueel grensoverschrijdend gedrag en 2 (3%) in ASS. De gemiddelde leeftijd voor de LVB-groep was 35,2 jaar (SD: 9,2; 21-57) en de gemiddelde behandelduur tot het meetmoment was 25,7 maanden (SD: 26,7; 2-158). Comorbiditeit kwam voor in alle groepen. Gemiddeld hadden de patiënten 3,6 diagnoses (SD: 1,3; 1-6).

Tussen de patiënten in de vier zorgprogramma's bestond een significant verschil in leeftijd ($F(3,273) = 8,24$; $p < 0,05$): patiënten in het zorgprogramma Seksueel grensoverschrijdend gedrag waren ouder dan de patiënten in de overige zorgprogramma's. Patiënten in de zorgprogramma's Psychotische kwetsbaarheid en ASS waren significant langer in behandeling dan patiënten in het zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen ($F(3,273) = 5,94$; $p < 0,05$). Bij de H-som ($F(3,273) = 3,31$; $p < 0,05$) was er alleen een significant hogere score voor het zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen ten opzichte van het zorgprogramma ASS.

Van de 277 patiënten hadden er binnen de observatieperiode 53 (19%) intramuraal geweld gepleegd. Geweldplegers verschilden niet van niet-geweldplegers op soort indexdelict, aantal diagnoses, aanwezigheid van een stoornis in het gebruik van middelen, H-som en op de vraag of dit de eerste instelling was. Geweldplegers scoorden 1,55 punt lager dan niet-geweldplegers ($t(275) = 3,841$; $p = 0,00$; $d = 0,58$) op de IFBE-factor beschermende factoren en 1,14 punt lager ($t(275) = 2,651$; $p = 0,01$; $d = 0,40$) op de IFBE-factor resocialisatievaardigheden. Geweldplegers waren gemiddeld 3,3 jaar jonger ($t(275) = 2,291$; $p = 0,02$) dan niet-geweldplegers

TABEL 2 Sociodemografische gegevens, diagnoses, en indexdelict per zorgprogramma: Psychotische kwetsbaarheid (PsyKw), Persoonlijkheidsstoornissen (PersSt), Autismespectrumstoornissen (ASS) en Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG)

Steekproef	PsyKw	PersSt	ASS	SGG
Aantal patiënten	115 (42%)	79 (29%)	30 (11%)	53 (19%)
Leeftijd op moment van instroom (jaren) (SD; uitersten)	35,2 (8,4; 20-59)	35,8 (9,4; 20-57)	34,8 (10,6; 21-68)	42,0 (10,0; 24-67)
Behandelduur tot meetmoment (maanden) (SD; uitersten)	51,0 (38,5; 2-203)	31,5 (26,9; 3-98)	54,0 (46,3; 3-169)	39,1 (32,7; 3-154)
H-Som (score) (SD; uitersten)	26,07 (6,39; 5-37)	26,47 (6,76; 3-37)	22,57 (8,05; 4-39)	24,28 (6,54; 7-36)
Diagnose¹				
As 1				
Schizofrenie/psychotische stoornis	114 (99%)	8 (10%)	3 (10%)	3 (6%)
Stemmingsstoornis	7 (6%)	11 (14%)	7 (23%)	8 (15%)
ADHD	5 (4%)	15 (19%)	2 (7%)	0
Autismespectrumstoornis	6 (5%)	5 (6%)	29 (97%)	7 (13%)
Seksuele stoornis	3 (3%)	3 (4%)	5 (17%)	56 (105%)
Overig	7 (6%)	4 (5%)	1 (3%)	8 (15%)
Patiënten met minimaal één middelendiagnose	96 (83%)	71 (90%)	16 (53%)	35 (66%)
As 2				
Cluster A-persoonlijkheidsstoornis	1 (1%)	6 (8%)	0	0
Cluster B-persoonlijkheidsstoornis	29 (25%)	56 (71%)	13 (43%)	33 (62%)
Cluster C-persoonlijkheidsstoornis	12 (10%)	2 (3%)	1 (3%)	2 (4%)
Persoonlijkheidsstoornis NAO	38 (33%)	28 (35%)	0	20 (37%)
Uitgesteld	1 (1%)	0	0	0
Zwakbegaafd	6 (5%)	8 (10%)	1 (3%)	3 (6%)
Overig	18 (16%)	13 (16%)	2 (7%)	11 (21%)
Gem. aantal diagnoses (SD; uitersten)	3,5 (1,2; 1-6)	3,8 (1,4; 1-5)	2,9 (1,3; 1-5)	3,8 (1,2; 1-6)
Indexdelict				
Moord/doodslag	54 (47%)	38 (48%)	12 (40%)	1 (2%)
Ontucht < 16 jaar	3 (3%)	0	3 (10%)	35 (66%)
Ontucht > 16 jaar	3 (3%)	6 (8%)	4 (13%)	16 (30%)
Bedreiging/afpersing	13 (11%)	12 (15%)	3 (10%)	1 (2%)
Ernstig geweld	24 (21%)	9 (11%)	4 (13%)	0
Brandstichting	12 (10%)	4 (5%)	3 (10%)	0
Diefstal met en zonder geweld	6 (5%)	10 (13%)	1 (3%)	0

¹DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000); ² Indeling volgens Van Nieuwenhuizen e.a. 2011 op basis van zwaarste delict in de veroordeling.

en waren 11,9 maanden korter in behandeling ($t(275) = 2,16; p = 0,03$). Ook verschilde het percentage geweldplegers ($\chi^2(3) = 13,14; p < 0,05$) per zorgprogramma: Persoonlijkheidsstoornissen: 32%; Psychotische kwetsbaarheid: 12%; ASS: 23%; Seksueel grensoverschrijdend gedrag: 13%.

De confoundervariabelen die - op basis van hun relatie met de uitkomstvariabele - werden meegenomen in de logistische regressieanalyse - met geweld als afhankelijke en de factor probleemgedrag als onafhankelijke variabele - waren: zorgprogramma, leeftijd bij instroom, behandel-

TABEL 3 Logistische regressieanalyse met probleemgedrag als continue voorspeller, zorgprogramma als confoundervariabelen en geweld als dichotome uitkomstmaat

Model 1	B(SE)	Sig	Exp(B)	95%-BI
Probleemgedrag	0,517 (0,084)	0,000	1,677	1,422-1,976
Constant	-4,288 (0,530)	0,000	0,014	
R ² = 0,246 (Nagelkerke); $\chi^2(1) = 46,065$; p < 0,00; % correct = 82,3%; HL-test: $\chi^2(8) = 3,708$; p = 0,88; -2LL = 224,372				
Model 2	B(SE)	Sig	Exp(B)	95%-BI
Probleemgedrag	0,480 (0,143)	0,001	1,616	1,22-2,140
ZP		0,590		
ZP1 (PersSt)	-0,179 (1,411)	0,899	0,836	0,053-13,281
ZP2 (SGG)	1,307 (1,558)	0,402	3,693	0,174-78,346
ZP3 (ASS)	1,561 (1,495)	0,296	4,765	0,254-89,257
Probleemgedrag*ZP			0,537	
Probleemgedrag*ZP (PersSt)	0,178 (0,216)	0,408	1,195	0,783-1,823
Probleemgedrag*ZP (SGG)	-0,197 (0,270)	0,465	0,821	0,483-1,394
Probleemgedrag*ZP (ASS)	-0,099 (0,257)	0,702	0,906	0,547-1,500
Constant	-4,685 (0,604)	0,000	0,009	
R ² = 0,291 (Nagelkerke); $\chi^2(7) = 55,425$; p < 0,00; % correct = 83,4%; HL-test: $\chi^2(8) = 6,214$; p = 0,62; -2LL = 215,013				
Model 3	B(SE)	Sig	Exp(B)	95%-BI
Probleemgedrag	0,520 (0,128)	0,000	1,682	1,309-2,162
ZP		0,178		
ZP1 (PersSt)	0,833 (0,464)	0,073	2,299	0,926-5,712
ZP2 (SGG)	0,295 (0,567)	0,603	1,343	0,442-4,078
ZP3 (ASS)	1,022 (0,582)	0,079	2,778	0,887-8,695
Leeftijd bij meting	-0,024 (0,021)	0,250	0,976	0,937-1,1017
Behandelduur	0,000 (0,006)	0,932	1,000	0,988-1,011
Beschermende factoren	0,012 (0,115)	0,919	1,012	0,808-1,267
Resocialisatievaardigheden	0,043 (0,043)	0,647	1,044	0,869-1,253
Constant	-4,419 (1,935)	0,022	0,012	
R ² = 0,289 (Nagelkerke); $\chi^2(8) = 55,067$; p < 0,00; % correct = 83,0%; HL-test: $\chi^2(8) = 9,947$; p = 0,27; -2LL = 215,377				

ZP: zorgprogramma; PsyKw: Psychotische kwetsbaarheid; PersSt: Persoonlijkheidsstoornissen; ASS: Autismespectrumstoornissen; SGG: Seksueel grensoverschrijdend gedrag

duur op moment van metingen en de twee andere IFBE-factoren beschermende factoren en resocialisatievaardigheden. **TABEL 3** laat de resultaten zien van verschillende regressie-analyses.

Model 2 en 3 verschilden niet significant in verklaarde variantie van geweld van model 1 ($\chi^2(6) = 9,359$; p = 0,154 en $\chi^2(8) = 8,995$; p = 0,34). Model 2 liet zien dat zorgprogramma geen effect had op de voorspelling van intramuraal geweld op korte termijn middels de IFBE-factor probleemgedrag. Ook overige vertekenende variabelen hadden geen effect op de voorspelling van geweld door de factor probleemgedrag (model 3).

In **TABEL 4** is te zien dat een LVBI-indicatie geen significante bijdrage leverde aan het voorspellen van intramuraal geweld en ook geen invloed had op de voorspellende waarde van de factor probleemgedrag.

Voor de beantwoording van vraag 2 werden de sensitiviteit en de specificiteit van de scores op de factor probleemgedrag van de gehele groep uitgezet voor intramuraal geweld op korte termijn als uitkomstmaat (**FIGUUR 1**). De AUC-waarde was 0,77 (p < 0,00; 95%-BI: 0,70-0,85).

De kruising van beide lijnen gaf het afkappunt waarbij zowel sensitiviteit als specificiteit maximaal was, in dit geval waren beide 70%. De waarde van probleemgedrag

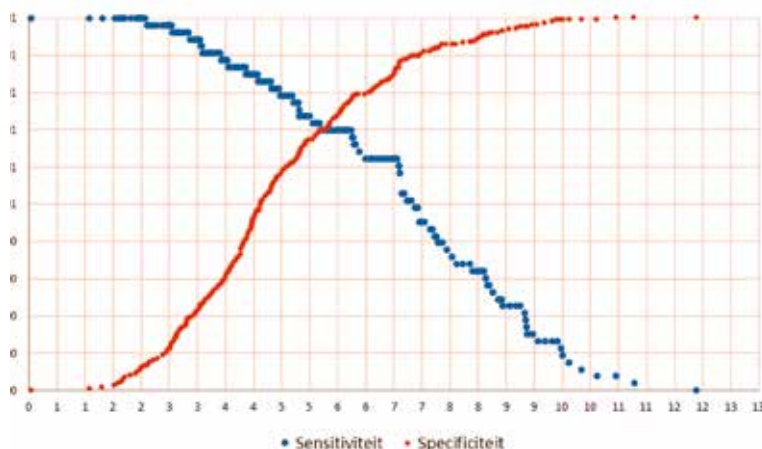
TABEL 4 Logistische-regressieanalyse met probleemgedrag als continue voorspeller, lichte verstandelijke beperking (LVB) als covariaat en geweld als dichotome uitkomstmaat

Model 1	B(SE)	Sig	Exp(B)	95%-BI
Probleemgedrag	0,465 (0,095)	0,000	1,593	1,323-1,917
LVB	-3,203 (1,858)	0,085	0,041	0,001-1,551
LVB*Probleemgedrag	0,390 (0,255)	0,127	1,477	0,896-2,346
Constant	-3,867 (0,567)	0,000	0,021	
R ² = 0,268 (Nagelkerke), $\chi^2(3)=50,676$, $p < 0,00$; %correct = 82,3%; HL-test: $\chi^2(8) = 5,896$, $p = 0,66$. -2LL=219,761				
Model 2	B(SE)	Sig	Exp(B)	95%-BI
Probleemgedrag	0,577 (0,124)	0,000	1,781	1,397-2,270
LVB	-0,643 (0,440)	0,145	0,526	0,222-1,247
Leeftijd bij meting	-0,030 (0,021)	0,148	0,971	0,933-1,011
Behandelduur	-0,003 (0,006)	0,579	0,997	0,985-1,008
Beschermende factoren	0,026 (0,114)	0,818	1,027	0,821-1,285
Resocialisatievaardigheden	0,077 (0,089)	0,390	1,080	0,907-1,285
Constant	-4,333 (1,899)	0,023	0,013	
R ² = 0,276 (Nagelkerke), $\chi^2(6) = 52,379$; $p < 0,00$; %correct = 81,6%; HL-test: $\chi^2(8) = 9,705$; $p = 0,29$. -2LL = 218,058				

was dan 5,19. In de praktijk werd echter de waarde van de factor afgerond op hele getallen op een 17-puntsschaal, dus werd als afkappunt 5,00 gebruikt (sensitiviteit: 74%; specificiteit: 67%). Het afkappunt volgens de youden-index was 6,56, afgerond 7,00. Sensitiviteit werd dan 45% en specificiteit 91%. In **TABEL 5** geven we aan wat deze twee afkappunten in de praktijk betekenden.

Indien een behandelaar alleen rekening zou houden met de *base-rate* van intramuraal geweld van 19%, dan zou het aantal patiënten dat aan maatregelen onderworpen moet

worden om één geweldincident te voorkomen (NND) 5,25 bedragen (1/0,19). De waarschijnlijkheid dat een patiënt met het afkappunt 5,00 op probleemgedrag accuraat zou worden ingedeeld in hoog- of laagrisicogroep, was 69% (190/277). Van deze hoogrisicogroep had 35% (39/112) intramuraal geweld gepleegd en dan was het NND 3,80. Bij een afkappunt van 7,00 zou 82% (228/277) van de patiënten accuraat ingedeeld worden en van de hoogrisicogroep had uiteindelijk 55% (24/44) intramuraal geweld gepleegd en was het NND 2,38.

FIGUUR 1 Sensitiviteit en specificiteit uitgezet voor de factor probleemgedrag voor de gehele groep met intramuraal geweld 4 tot 8 maanden na de eerste meting als uitkomstmaat

TABEL 5 Kruistabel aantal patiënten per categorie voor probleemgedrag

		Geweld			Totaal	Correct ingedeeld	NND
		Ja	Nee				
Probleemgedrag 5,00	Hoog	39	73	112	69%	3,80	
	Laag	14	151	165			
	Totaal	53	224	277			
		Ja	Nee	Totaal	Correct ingedeeld	NND	
Probleemgedrag 7,00	Hoog	24	20	44	82%	2,38	
	Laag	29	204	233			
	Totaal	53	224	277			

NND = number needed to detain

DISCUSSIE

In dit artikel hebben wij gekeken in hoeverre de IFBE-factor probleemgedrag ondersteunend kan zijn bij het nemen van risicomanagementmaatregelen om intramuraal geweld op korte termijn te voorkomen. Het bleek dat de factor probleemgedrag een voorspeller is voor geweld, die bij alle onderzochte patiëntengroepen van toepassing is. Deze factor kan ondersteunend zijn bij het risicomanagement door het indiceren van patiënten met hoog risico. Vervolgens kan men dan maatregelen nemen om dit risico beheersbaar te maken. Hierbij valt te denken aan een rustigere afdeling of meer begeleiding. Daarnaast zou men behandelinterventies aan moeten bieden met als doel het veranderen van gedrag, waardoor de score op de factor probleemgedrag lager wordt en daarmee het risico op geweld.

Of een verandering in de score op probleemgedrag ook daadwerkelijk samengaat met een verandering in het risico op geweld zal nog wel onderzocht moeten worden. Eerder toonden Schuringa e.a. (2018) bij dezelfde populatie aan dat het IFBE als instrument voor behandel-evaluatie gebruikt kan worden voor de meest voorkomende doelgroepen. Voor instellingen met verschillende doelgroepen betekent dit dat er geen aparte FOROM-instrumenten per doelgroep noodzakelijk zijn. In behandel-evaluatiebesprekingen kan nu naast de evaluatie van de behandelvoortgang ook een inschatting door het team van de kans op toekomstig intramuraal geweld gebaseerd op de factor probleemgedrag worden gedaan. Dit is volgens ons een essentieel onderdeel van een goede forensische behandel-evaluatiebespreking.

Deze studie laat vervolgens ook zien hoe men scores op de factor probleemgedrag kan gebruiken ter ondersteuning van het risicomanagement. De base-rate van geweld in de onderzoekspopulatie is 19%, dit betekent dat ongeveer 1

op de 5 patiënten in de komende periode geweld pleegt. Als deze populatie ingedeeld wordt op basis van de factor probleemgedrag, dan pleegt 1 op de 3 patiënten met een score hoger dan 5 geweld en maar 1 op de 13 van de patiënten met een lagere score. Bij een afkappunt van 7 op de factor probleemgedrag is dit respectievelijk 1 op de 2 en 1 op de 8. Met gebruik van de score op de IFBE-factor probleemgedrag daalt het aantal patiënten dat onderworpen moet worden aan maatregelen om een geweldincident te voorkomen van 5,3 naar 3,8 of van 5,3 naar 2,4, afhankelijk van het gekozen afkappunt.

Met het verhogen van de grens neemt echter ook het aantal patiënten met laagrisico-indicaties die wel geweld plegen toe. Uiteindelijk zal nog steeds de behandelaar de beslissing over risicomanagementmaatregelen moeten nemen, maar met de score op de factor probleemgedrag wordt deze beslissing wel preciezer. Dit is prettig voor de groep patiënten met een lage score, omdat zij dan waarschijnlijk niet onnodig aan maatregelen onderworpen worden. En voor een organisatie is dit prettig omdat het afkappunt kan helpen de schaarse middelen efficiënter in te zetten.

Beperkingen

Een beperking van dit onderzoek is dat het één instelling betreft, waardoor generalisatie naar andere instellingen met enige voorzichtigheid moet gebeuren, alhoewel de gebruikte populatie redelijk divers is qua diagnoses en delicten, maar bijvoorbeeld niet qua geslacht. Het IFBE is ook al ingevoerd in FPC de Kijvelanden, waar het voorspellend vermogen van het IFBE voor verloftoekenningen, drugsgebruik en intramuraal geweld vergelijkbare resultaten heeft laten zien (van der Veeke e.a. 2016). Ook wordt het IFBE gebruikt in psychiatrisch centrum Sint-Jan-Baptist te Zelzate, België en in de Forensisch Psychiatrische Afdeling Zuidlaren. In Zuidlaren lopen op dit moment validi-

teitsonderzoeken, waarbij ook vrouwen betrokken worden.

De voorspellende waarde van probleemgedrag voor toekomstig geweld zou ook verklaard kunnen worden doordat de factor zelf eerder geweld meet. Echter, als we ervan uitgaan dat een afkappunt van 7 een gemiddelde van de indicatoren is, dan is er in de beschrijvingen van de indicatoren rond die score nog geen daadwerkelijk geweld vermeld, wat een aanwijzing zou kunnen zijn dat ook niet-gewelddadig probleemgedrag voorspellend is voor geweld. Echter, één hoge score op één indicator waarbij geweld wel een rol speelt, kan de factor ook verhogen.

Een andere beperking is dat het begrip geweld zoals gebruikt in dit onderzoek breed gedefinieerd is en vervolgens gedichotomiseerd. We hebben niet gekeken hoe vaak

een patiënt geweld heeft gepleegd, wat voor soort geweld en welke maatregelen al genomen zijn. De grootte van de huidige onderzoekspopulatie en de base-rate van geweld maakten deze analyses nog niet mogelijk.

CONCLUSIE

Het IFBE lijkt in alle bestudeerde doelgroepen en zorgprogramma's binnen de Van Mesdag zowel geschikt voor behandel-evaluatiedoeleinden (Schuringa e.a. 2014; 2018), als voor het voorspellen van intramuraal geweld op korte termijn. Het IFBE heeft daarmee de potentie om als generiek Nederlands forROM-instrument gebruikt te worden in de heterogene mannelijke tbs-populatie en kan dus ondersteunend zijn voor zowel behandel-evaluatie- als risicomangementdoeleinden.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e ed., text rev.). Washington: APA; 2000.
- Daffern M, Jones L, Howells K, Shine J, Mikton C, Tunbridge V. Refining the definition of offence paralleling behaviour. *Crim Behav Ment Health* 2007; 17: 265-73.
- Directie Forensische Zorg. Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie Verslagjaar 2017. Forensische geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie; 2017.
- Drieschner K, Hesper B. Dynamic Risk Outcome Scales (DROS). Zwolle: Stichting Trajectum/De Borg; 2008.
- Fleminger S. Number needed to detain. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 287.
- French SA, Gendreau P. Reducing prison misconducts. What works! *Crim Justice Behav* 2006; 33: 185-218.
- Goethals KR, van Marle HJC. Routine outcome monitoring in de forensische psychiatrie: een lang verhaal kort. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 179-83.
- Gunderman RB, Chan S. The 13-point Likert scale: a breakthrough in educational assessment. *Acad Radiol* 2013; 20: 1466-7.
- Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression (2de ed.). New York: Wiley; 2000.
- Kunst MJ, Bogaerts S, Winkel FW. Peer and inmate aggression, type D-personality and post-traumatic stress among Dutch prison workers. *Stress & Health* 2009; 25: 387-95.
- Mulder CL, Staring ABP, Loos J, Buwalda VJA, Kuijpers D, Sytma S, Wierdsma AI. De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschr Psychiatr* 2004; 46: 273-84.
- Mooney JL, Daffern M. The offence analogue and offence reduction behaviour rating guide as a supplement to violence risk assessment in incarcerated offenders. *Int J Forensic Ment Health* 2013; 12: 255-64.
- Nieuwenhuizen van Ch, Bogaerts S, de Ruijter EAW, Bongers IL, Coppens M, Meijers RAAC. Tbs-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse. Eindhoven: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Veiligheid en Justitie; 2011.
- Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A. MATE 2.1. Handleiding en protocol. Nederlandse bewerking: Schippers GM, Broekman TG. Nijmegen: Bèta Boeken; 2011.
- Schuringa E, Spreen M, Bogaerts S. Inter-rater and test-retest reliability, internal consistency and factorial structure of the Dutch Instrument for Forensic Treatment Evaluation. *J Forensic Psychol Pract* 2014; 14: 127-44.
- Schuringa E, Heininga VE, Spreen M, Bogaerts S. Concurrent and predictive validity of the Instrument for Forensic Treatment Evaluation: From risk assessment to routine, multidisciplinary treatment evaluation. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2018; 62: 1281-99.
- Shinkfield G, Ogloff J. Use and interpretation of routine outcome measures in forensic mental health. *Int J Ment Health Nurs* 2015; 24: 11-8.
- Shinkfield G, Ogloff J. Comparison of HoNOS and HoNOS-Secure in a forensic mental health hospital. *J Forens Psychiatry Psychol* 2016; 27: 867-85.
- Spreen M, Brand E, ter Horst P, Bogaerts S. Handleiding HKT-R. Groningen: Stichting FPC Dr. S. van Mesdag; 2014.
- Troquete NAC, van den Brink RHS, Beintema H, Mulder T, van Os TWDP, Schoevers RA, e.a. Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: cluster randomised controlled trial. *B J Psych* 2013; 202: 365-71.

- Van der Veeken FCA, Lucieer J, Bogaerts S. Routine outcome monitoring and clinical decision-making in forensic psychiatry based on the Instrument for Forensic Treatment Evaluation. PLoS One 2016; 11: e0160787.
- Wechsler D. WAIS-IV-NL. Wechsler Adult Intelligence Scale. (4de ed.). Nederlandstalige bewerking. Afname-en scoringshandleiding. Amsterdam: Pearson; 2012.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. Handleiding HKT-30 versie 2002. Den Haag: ministerie van Justitie; 2002.
- Youden WJ. Index for rating diagnostic tests. Cancer 1950; 3: 32-5.
- Yudofsky SC, Silver, JM, Jackson W, Endicott J, Willimas, D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry 1986; 143: 35-9.

SUMMARY

Predicting short term intramural violence with the Instrument for Forensic Treatment Evaluation (IBFE), ROM-instrument in tbs for different target groups

E. SCHURINGA, M. SPREEN, S. BOGAERTS

- BACKGROUND** The Instrument for Forensic Treatment Evaluation (IFTE) has proven to be useful as an instrument for treatment evaluation and risk management in a heterogeneous group of tbs-patients (tbs = court ordered psychiatric treatment for offenders with a mental disorder). However, it is not known whether this ROM-instrument is a predictor of short term inpatient violence in different tbs-groups.
- AIM** To investigate the extent to which the factor Problematic behavior of the IBFE is useful for predicting intramural violence, taking the different target groups in tbs into account. To demonstrate the practical value of the ifte factor Problematic behavior for inpatient violence risk management.
- METHOD** Using logistic regression, the predictive validity of the ifte-factor Problematic behavior for inpatient violence was established in a 4 to 8-month follow-up, taking the different target groups into account. Cut-off points based on roc analysis determined whether this factor could be of practical value for risk management.
- RESULTS** The factor Problematic behavior predicted inpatient violence, irrespective of the target group, with an odds ratio of 1.68. A cut-off score of 7, on a scale of 1 to 17, correctly assessed 82% of the patients as a high or low risk for inpatient violent behavior.
- CONCLUSION** The factor Problematic behavior of the IBFE can contribute to the prediction of short term inpatient violence for different tbs patient groups.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)9, 662-671

KEY WORDS IFTE, predictive validity, risk managementROM, tbs