

# De HKT-30 als instrument voor beslismomenten binnen een tbs-behandeling

K. DE VRIES, M. SPREEN

**ACHTERGROND** Tot op heden is er weinig onderzoek gedaan naar factoren die behandelaren gedurende een tbs-behandeling hanteren in hun beslissing om patiënten van een door- naar een uitstroomafdeling te laten gaan. Een te vroeg genomen besluit kan een problematische uitstroomfase tot gevolg hebben waardoor de behandelduur van de patiënt vertraging oploopt.

**DOEL** Nagaan of met de klinische items van het risicotaxatie-instrument HKT-30 de keuze om een patiënt naar de uitstroomfase te laten doorstromen kan worden onderbouwd.

**METHODE** Met logistische-regressie- en ROC-analyses werden de klinische items van de HKT-30 bij 94 patiënten uit 2003-2009, gemeten in de laatste fase van de doorstroom, gebruikt om het behandelverloop van de uitstroomfase te voorspellen.

**RESULTATEN** Een aantal klinische items van de HKT-30 bleek een voorspellende waarde te hebben voor het verloop van de klinische uitstroomfase. Impulsiviteit bleek een van de factoren die van invloed zijn op het resocialisatieproces.

**CONCLUSIE** Enkele K-items van de HKT-30 lijken geschikt om beslissingen over patiënten wat betreft het laten doorstromen naar een uitstroomafdeling in een intramurale forensische behandeling te ondersteunen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)5, 429-438]

**TREFWOORDEN** klinische factoren, risicotaxatie, voorspelling

De weg naar resocialisatie in een tbs-behandeling verloopt over het algemeen gefaseerd. In de behandeling van forensisch psychiatrisch centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag zijn globaal drie fasen te onderscheiden:

- de instroomfase, die gekenmerkt wordt door diagnostiek en stabilisatie;
- de doorstroomfase, waarbij het gaat om het verminderen van het intramurale recidivegevaar;
- de uitstroomfase, die op resocialisatie gericht is.

Het besluit om een patiënt naar een volgende fase in zijn behandeling te laten gaan, wordt genomen op basis van het klinische toestandsbeeld en de professionele inschatting van het behandelteam. De factoren waarop de behandelaren hun

besluit baseren, zijn tot op heden weinig onderzocht.

Met de toegenomen belangstelling voor routine outcome monitoring (ROM) in de (forensische) psychiatrie verschijnen de laatste jaren diverse artikelen hierover in de wetenschappelijke literatuur. Centraal in deze literatuur staat de verzameling van grootschalige databestanden in het kader van het routinematig vaststellen van de toestand van de cliënt met meetinstrumenten (Mulder e.a. 2010). Chambers e.a. (2009) en Yiend e.a. (2011) beargumenteren dat de keuze van de uitkomstmaat (waar wil de behandelaar verandering op zien?) cruciaal is voor het bepalen van het succes van een interventie. Nunes e.a. (2011) stellen dat de

eerste stap in het evalueren van behandelingen het meten van verandering op behandeldoelen is. Cohen & Eastman (2000) en Hart (2001) stellen dat naast de gebruikelijke focus op recidive als uitkomstmaat ook andere klinische en humanitaire behandeldoelen belangrijk zijn voor het evalueren van een behandeling.

Risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20 (Philipse e.a. 2000; Webster e.a. 1997) en de HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische psychiatrie 2002) zijn sinds mei 2004 verplicht in een tbs-behandeling. Deze instrumenten omvatten naast onveranderbare levensgeschiedenisvariabelen, ook items die door de behandeling veranderbaar zijn: dynamische klinische items en toekomstitems.

De laatste jaren is een aantal studies verschenen waarin de klinische indicatoren van deze risicotaxatie-instrumenten niet gebruikt werden voor het inschatten van recidiverisico, maar voor het meten van behandel-effecten (Belfrage & Douglas 2002; Brand & Nijman 2007; Nijman & Lamers 2009). In deze onderzoeken werd de sensitiviteit van het meten van gedragsverandering met de klinische indicatoren van de HKT-30 nagegaan aan de hand van minstens twee meetmomenten die los stonden van de behandelmomenten.

In dit artikel presenteren wij de resultaten van een retrospectief onderzoek naar de waarde van de K-indicatoren van de HKT-30 voor het beslismoment rondom de interne overplaatsing van de door- naar de uitstroom. Hoewel de HKT-30 primair bedoeld is als een risicotaxatie-instrument (Spreen e.a. 2009), zijn sommige klinische items wellicht ook bruikbaar als ondersteuning bij de beslissing over een overplaatsing van de doorstroom naar de uitstroom.

Het doel van onze exploratieve studie is te achterhalen of de keuze om een patiënt naar de uitstroomfase te laten gaan klinisch met de K-indicatoren van de HKT-30 kan worden onderbouwd.

## METHODE

### Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek richtte zich op tbs-patiënten van FPC Dr. S. van Mesdag die in de periode 1 januari 2003 tot 1 april 2009 vanuit een doorstroomafdeling naar een uitstroomafdeling werden geplaatst. De keuze voor deze tijdsperiode was voornamelijk vanuit praktisch oogpunt. Vanaf 1 januari 2003 werden in ons centrum de eerste HKT-30's op ad-hocbasis ingevuld; vanaf juni 2004 gebeurde dit jaarlijks voor alle patiënten. We gebruikten alleen HKT's die voldoende waren ingevuld (hooguit 2 ontbrekende waarden), die in consensus waren vastgesteld en geldig waren over het jaar voordat de patiënten naar een uitstroomafdeling werden geplaatst. Daarnaast werden de HKT-30's van patiënten met een zogenaamde longstay-indicatie die van een doorstroom- naar een uitstroomafdeling werden geplaatst in afwachting van een plaats in een longstayvoorziening buiten beschouwing gelaten vanwege de andere beslissingen tot doorplaatsing.

### Onderzoeksopzet

Wij verzamelden alle papieren HKT-30's uit de dossiers van de patiënten die voldeden aan de gestelde inclusiecriteria en zetten deze in een databestand. De huidige versie van de HKT-30 is ontwikkeld door de *Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie* (2003). Het instrument is opgebouwd uit drie tijdsdomeinen: H staat voor 11 Historische items, K voor 13 Klinische items en T voor 6 Toekomstgerichte items. In tabel 1 worden de indicatoren van de HKT-30 gepresenteerd. De H-items hebben betrekking op de forensisch psychiatrische levensgeschiedenis en de scores veranderen bij hoge uitzondering tijdens de behandeling. De K-items hebben betrekking op de dynamische aspecten in de behandeling 12 maanden vóór de risicotaxatie. Ten slotte hebben de T-items betrekking op toekomstige forensisch psychiatrische indicatoren na ontslag van de patiënt. Alle

H-, K-, en T-indicatoren zijn geselecteerd door een werkgroep bestaande uit deskundigen uit nagenoeg alle Nederlandse FPC's. Op basis van internationaal literatuuronderzoek, empirisch en klinisch onderzoek werden 30 indicatoren geformuleerd. In dit onderzoek gebruikten wij alleen de K-items omdat deze indicatoren het forensisch psychiatrisch toestandsbeeld van de laatste 12 maanden van de patiënt op de doorstroomafdeling in kaart brengt.

Jaarlijks wordt bij iedere patiënt een HKT-30 door twee onafhankelijke beoordelaars gescoord. Deze scoring vindt plaats door middel van een consensusgesprek tussen een behandelaar en een onderzoeker/diagnosticus. In het consensusgesprek vindt er een klinische discussie plaats. De onderzoeker scoort op basis van dossiergegevens en de behandelaar doet dat op basis van klinische ervaring en kennis van de individuele context.

Het verloop van de resocialisatie op de uitstroomafdeling werd onderzocht aan de hand van schending van behandelafspraken tijdens de uitstroomfase. Schending van behandelafspraken en de daaropvolgende sancties werd als volgt geoperationaliseerd: positieve urinecontrole op druggebruik, time-out op eigen kamer, opname in de separatiekamer, censuur, intrekken van verloven

en dwangmedicatie. Schendingen op een of meer behandelafspraken tijdens de uitstroomfase werden gecodeerd met een 1. De gegevens over schendingen van behandelvoorwaarden werden verkregen uit het dossier en uit het Monitor Informatiesysteem Terbeschikkingstelling (MITS). In het dossier van patiënten worden gegevens bijgehouden over de voortgang van de behandeling. Daarnaast zijn variabelen afkomstig uit het MITS, het elektronisch informatie- en registratiesysteem van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI).

De indicatoren voor de schending van behandelafspraken vormden gezamenlijk de afhankelijke variabele en lieten het verloop van de resocialisatie zien waarbij het functioneren van de patiënt (geoperationaliseerd in K-items van de HKT-30) 12 maanden vóór de uitstroom de onafhankelijke variabele was.

#### Statistische analyses

De statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 17. Uit de onderzoekspopulatie konden twee groepen geformeerd worden waardoor de patiëntengroep met minimaal één positieve score op een schendingindicator vergeleken kon worden met die van de patiënten zonder een

TABEL 1 Indicatoren van de HKT-30

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 12 <sup>e</sup> 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	

Bron: Hildebrand e.a. (2005).

positieve score op deze indicatoren. De onafhankelijke t-toets werd gebruikt om te analyseren of er verschillen waren op de 13 K-indicatoren tussen beide groepen. Met logistische regressies werd bepaald welke combinatie van K-indicatoren statistisch het meest discrimineerden tussen de patiëntengroep met minimaal één positieve score op een schendingindicator en degenen zonder positieve score op de schendingindicatoren.

Om de voorspellende waarde te bepalen van de K-items inzake schending van voorwaarden tijdens de resocialisatiefase, werden tevens *receiver operating characteristic* (ROC)-curves berekend. Met een ROC-analyse werden de correct voorspelde schendingen en de voorspelde schendingen die zich niet hadden voorgedaan (fout-positieve voorspellingen) tegen elkaar afgezet. Dit gaf inzicht in de verhouding correcte en fout-positieve voorspelling. De *area under the curve* (AUC)-waarde drukt deze verhouding uit. Een AUC-waarde van 0,5 is de kans gelijk aan het toeval. Als de AUC gelijk is aan 1,00, is er sprake van een perfecte voorspelling. Waarden van 0,65 tot 0,75 worden in de literatuur als matig gekarakteriseerd en hoger dan 0,75 als goed.

## RESULTATEN

### Patiëntenkenmerken

Uit de administratieve systemen van FPC Dr. S. van Mesdag bleek dat in totaal 159 patiënten in de onderzoeksperiode waren overgeplaatst van een doorstroom- naar een uitstroomafdeling. Na de controle op de gestelde inclusiecriteria bleven 104 patiënten over. Daarnaast bleek bij 10 patiënten dat de dossiers van dusdanige kwaliteit waren dat eventuele schendingen niet eenduidig achterhaald konden worden. Dit betrof voornamelijk de oudere dossiers. De gegevens van deze patiënten werden niet meegenomen in de uiteindelijke analyses. Uiteindelijk bestond de onderzoekspopulatie uit 94 mannelijke patiënten.

De gemiddelde leeftijd was op het moment van de start van de uitstroomfase 41 jaar. Bij 49%

van deze patiënten was sprake van een psychotische stoornis, bij 72% van een persoonlijkheidsstoornis. Bij 40% van de gehele onderzoekspopulatie was er comorbiditeit van psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV-TR-criteria. De psychotische stoornissen betroffen voornamelijk de diagnose schizofrenie en de persoonlijkheidsstoornissen betroffen het antisociale, narcistische en niet anderszins omschreven (NAO)-type. Van de onderzoekspopulatie was 70% ooit in de voorgeschiedenis middelenaafhankelijk. De DSM-IV-diagnoses waren reeds vastgesteld in pro Justitia-rapportages. In de kliniek wordt tijdens de instroomfase aanvullend psychologisch en psychiatrisch onderzoek gedaan.

De maatregel terbeschikkingstelling werd in de onderzoeksgroep opgelegd voor (poging tot) moord of doodslag (51%), verkrachting of aanranding (18%), mishandeling of geweldpleging (27%), een vermogensdelict (al dan niet met geweld; 16%) of brandstichting (23%). Het percentage patiënten met een Nederlandse nationaliteit bedroeg 64. Daarnaast had 37,5% van de patiënten een opname in een andere tbs-kliniek achter de rug vóór de opname in de huidige kliniek. Voor 62,5% van de patiënten was FPC Dr. S. van Mesdag de eerste opnamekliniek.

### Schendingen

Van de 94 patiënten schonden 47 patiënten een of meer behandelafspraken op de uitstroomafdeling. Er waren in totaal 73 schendingen waarvan 38% separaties betrof, 25% het intrekken van verloven, 22% drugsgebruik, 10% dwangmedicatie, 4% censuur en 1% time-out. Daar hetzelfde gedrag van een patiënt kan leiden tot verschillende typen maatregelen (zo kan drugsgebruik leiden tot separaties en intrekken van verlof), verdeelden wij de onderzoekspopulatie in de groep van 47 patiënten voor wie geen schendingen gerapporteerd waren en de groep patiënten met een of meer schendingen.

Met een onafhankelijke t-toets (tabel 2) werd per individu voor de K-indicator beoordeeld of er

K-Indicator	Groep	N	Gemiddelde score	Standaarddeviatie	p-waarde
K3. Middelengebruik	geen schending	47	0,74	1,24	0,01
	minstens 1 schending	47	1,40	1,50	
K4. Impulsiviteit	geen schending	47	1,94	0,97	0,001
	minstens 1 schending	47	2,51	0,75	
K5. Empathie	geen schending	47	2,23	0,70	0,009
	minstens 1 schending	47	2,60	0,74	
K6. Vijandigheid	geen schending	47	1,83	0,99	0,01
	minstens 1 schending	47	2,30	0,93	
K10. Attitude t.o.v behandeling	geen schending	47	1,53	1,00	0,007
	minstens 1 schending	47	2,02	0,87	
K13. Copingvaardigheden	geen schending	47	2,49	0,66	0,04
	minstens 1 schending	47	2,74	0,74	
K-som	geen schending	46	20,87	5,91	0,002
	minstens 1 schending	47	24,27	5,09	

verschillen waren tussen patiënten die geen schendingen hadden tijdens de uitstroom en degenen die minstens 1 schending hadden tijdens dit verblijf. Ook werd geanalyseerd of de somscore van alle items (K-som) significant verschilde tussen beide groepen. Een verschil tussen beide groepen zou impliceren dat het gedrag van patiënten die in de uitstroomfase behandelvoorwaarden schonden de laatste 12 maanden op de doorstroomafdeling een hoger risiconiveau had. In tabel 2 worden alleen de significante correlaties vermeld ( $p < 0,05$ ). Van de 13 K-indicatoren waren er 6 significant indien ze onafhankelijk van elkaar gemeten werden. Ook de somscore van alle 13 K-indicatoren was significant.

#### Voorspellende factoren

Met logistische-regressieanalyse (methode *backward stepwise: likelihood ratio*) waarin schending van behandelvoorwaarden de afhankelijke variabele was en de 13 K-indicatoren de onafhankelijke variabelen waren, werd bepaald welke combinatie

van K-indicatoren statistisch het best voorspelde. De indicatoren middelengebruik, impulsiviteit en gebrek aan empathie bleken statistisch voldoende bij te dragen aan de voorspelling of een patiënt in de uitstroomfase voorwaarden ging schenden ( $\chi^2 = 16,25$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,01$ ).

In 2009 vonden Spreen e.a. op basis van een factoranalyse met 800 ingevulde HKT-30's twee klinische factoren: behandelbaarheid (factor 1) en problematische levensstijl (factor 2). Patiënten die hoog scoren op de eerste factor, werken moeilijk mee met de behandeling (K10) en hebben weinig probleeminzicht (K1), empathie (K5) en verantwoordelijkheid voor hun delict (K11). De factor problematische levensstijl beschrijft patiënten die tekortkomingen hebben in sociale vaardigheden (K7), die een beperkte zelfredzaamheid (K8) en copingvaardigheden (K13) hebben, en onvoldoende controle hebben over hun impulsen (K4) zich uitend in vijandigheid (K6).

In tabel 3 wordt het resultaat gegeven van de t-toets. Op 0,025-significantieniveau (bonferroni-correctie) bleek factor 2 significant. Patiënten die

	Groep	N	Gemiddelde score	Standaarddeviatie	P-waarde
Factor 1. Behandelbaarheid	geen schending	47	8,32	2,51	0,04
	minstens 1 schending	47	9,20	2,21	
Factor 2. Problematische levensstijl	geen schending	47	10,23	2,74	0,009
	minstens 1 schending	47	11,52	2,50	

gedurende de uitstroomfase behandelvoorwaarden schonden, waren in hun laatste jaar op de doorstroom gemiddeld sociaal minder vaardig, minder zelfredzaam, vijandiger, impulsiever en hadden minder copingvaardigheden dan degenen die geen voorwaarden schonden. Het verschil was 1 punt op een schaal van 0-20.

Tot slot keken wij naar de predictieve validiteit van de combinatie middelengebruik, impulsiviteit en gebrek aan empathie en de twee factoren gevonden in het onderzoek van Spreen e.a. (2009), te weten: behandelbaarheid (factor 1) en problematische levensstijl (factor 2). Predictieve validiteit is de mate waarin het instrument aan zijn doel beantwoordt. In dit geval dus de mate waarin de instrumenten schendingen kunnen voorspellen. In tabel 4 wordt een overzicht van AUC-waarden van beide factoren getoond. Wat betreft de predictieve validiteit was alleen de factor problematische levensstijl een matige voorspeller voor schendingsindicatoren tijdens de uitstroomfase (AUC 0,65). De combinatie middelengebruik, impulsiviteit en gebrek aan empathie (K3, 4 en 5) bleek een redelijk voorspellende combinatie te zijn.

Rice en Harris (2005) beschreven hoe AUC-waarden zich verhouden ten opzichte van onder andere de meest gebruikte effectmaat, Cohens d. Cohen (1992) houdt aan: een d van 0,20-0,49 wijst op een klein effect, van 0,50-0,79 op een gemiddeld effect en > 0,80 wijst op een groot effect. Dit zou voor de gevonden AUC-waarden voor behandelbaarheid een klein effect betekenen, voor problematische levensstijl een gemiddeld effect en voor de combinatie middelengebruik, impulsiviteit en gebrek aan empathie een sterk effect.

## DISCUSSIE

### Eigen bevindingen

De HKT-30 wordt in de Nederlandse forensische settings gebruikt om een gestructureerde inschatting te maken van het recidivegevaar op lange termijn, waarmee de periode na het beëindigen van de tbs wordt bedoeld. Het is tot op heden onduidelijk of de klinische indicatoren van de HKT-30 geschikt zijn als ondersteuning bij besluiten gedurende een intramurale behandeling. Dit is belangrijk vanwege de toegenomen aandacht voor ROM-systemen.

In dit onderzoek bestudeerden wij of de klinische factoren van de HKT-30 bruikbaar zijn om het verloop van een resocialisatie te voorspellen. Dit bleek ten dele het geval: de K-indicatoren afzonderlijk voorspellen matig hoe de resocialisatie zal verlopen. De belangrijkste bevinding is wel dat impulsiviteit één van de risicofactoren is die invloed hebben op het resocialisatieproces. Patiënten met een hoge score op impulsiviteit schenden in de resocialisatiefase sneller voorwaarden en laten dus meer risicovol gedrag zien.

De combinatie middelengebruik, impulsiviteit en gebrek aan empathie, de 'gevarendriehoek', blijkt een redelijke voorspeller voor het resocialisatieproces te zijn. Op factorniveau blijkt de factor problematische levensstijl schendingen van afspraken tijdens de uitstroomfase (12 maanden later) enigszins te voorspellen. Behandelaars dienen dit mee te wegen bij de beslissing om een patiënt naar de uitstroom te laten gaan.

TABEL 4 Predictieve validiteit van de factoren

	AUC ROC	SE	95%-BI	P	Cohens d
Factor 1. Behandelbaarheid	0,60	0,06	0,48-0,71	0,11	0,37
Factor 2. Problematische levensstijl	0,65	0,06	0,54-0,76	0,01	0,55
K3,4 en 5	0,71	0,05	0,61-0,82	0,000	0,80

AUC ROC = area under receiver operating characteristics (ROC)-curve; SE = standard error; BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.

Deze onderzoeksresultaten zijn hoopvol omdat een aantal K-items geschikt is voor beslismomenten die betrekking hebben op de uitstroomfase. Op deze manier worden de besluitmomenten uniform en transparanter. De aanknopingspunten voor de behandeling worden op deze manier tijdens de doorstroomfase beter in beeld gebracht en geëvalueerd. Als een patiënt hoog scoort op impulsiviteit kunnen de behandeling en het risicomangement zich hierop richten om de kans op terugval tijdens de uitstroomfase te verkleinen. Op deze manier kunnen patiënten tijdens de doorstroomfase beter voorbereid worden op de uitstroomfase, wanneer zij meer zelfstandigheid en vrijheden krijgen.

#### *Vergelijking met andere bevindingen*

In dit onderzoek is voor het eerst gekeken of de K-indicatoren ook bruikbaar zijn voor ondersteuning bij het beslismoment om een patiënt naar de resocialisatiefase over te laten gaan. Een vergelijking met andere studies laat zien dat de HKT-30 meerdere toepassingsgebieden heeft en bijdraagt aan meerdere beslissingsmomenten: op de lange termijn bij risicotaxatie na ontslag en op de middellange termijn bij behandel-evaluatie. De centrale vraag van het onderzoek is of de klinische items ook bijdragen aan beslissingsondersteunende processen op de korte termijn.

Canton (2004) en Canton e.a. (2004) onderzochten met een voorversie van de HKT-30 ernstige strafrechtelijke recidive bij 123 geweldsdelinquenten. Naast een voldoende predictieve validiteit vonden zij dat 7 van de 13 K-items significant correleerden met recidive. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) deed in 2005 een retrospectief multi-centeronderzoek onder 156 mannelijke geweldsdelinquenten naar de predictieve validiteit van de HCR-20, de PCL-R en de HKT-30 (Hildebrand e.a. 2005). De psychometrische kwaliteiten van de HKT-30 in dit EFP-onderzoek waren overwegend goed (Blok e.a. 2010). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HKT-30 was zeer goed voor de totaalscore en de sub-

schaal Historische items. Van de K- en T-subschalen was de betrouwbaarheid matig tot goed.

In een recent gepubliceerd overzichtartikel over de psychometrische kwaliteiten van risicotaxatie-instrumenten wordt geconcludeerd dat interbeoordelaarsbetrouwbaarheid varieert van goed tot zeer goed en de interne consistentie voor de subschalen van onvoldoende tot goed (Blok e.a. 2010). De predictieve validiteit van de somscore van de HKT-30 was voldoende. Lammers (2007) stelt dat de HKT-30 geschikt is voor de Nederlandse situatie vanwege de consistente hogere AUC-waarden van de totaalscore, de subschaalscores en het klinisch eindoordeel. Zij wees ook op het feit dat in dit onderzoek 8 van de 13 klinische items significant correleerden met gewelddadige recidive.

Recent (Sprenen e.a. 2009) werd opnieuw gekeken naar de predictieve validiteit van de HKT-30. Aan de hand van 800 dossiers die afkomstig waren van vijf forensisch psychiatrische centra werden met een factoranalyse 4 factoren voor de HKT-30 gevonden. De predictieve validiteit van deze 4 factoren werd uitgerekend voor de dataset van het EFP-onderzoek uit 2005. In deze studie werden goede predictieve waarden aangetroffen met AUC's van 0,76 en 0,76 voor respectievelijk HKT-30-totaalscore en -risico-inschatting.

Behalve voor deze langetermijndoelen, zoals predictie van recidive, is aangetoond dat de HKT-30 ook bruikbaar is voor behandel-evaluatie (Brand & Nijman 2007). De reden is dat de HKT-30 een uitgebreid palet aan klinische items bevat die het mogelijk maken een goede inschatting te maken van veranderingen tijdens de behandeling, wat theoretisch ook implicaties heeft voor mogelijk toekomstig recidiverisico.

De klinische items zijn dynamische items en bijgevolg door behandeling beïnvloedbaar. Recent onderzoek van De Jonge e.a. (2009) toont aan dat een groot deel van de scores op de klinische factoren statistisch significant afnam; de absolute scoreverschillen waren echter klein. Dit onderzoek betrof mannelijke patiënten die tussen medio 2003 en november 2006 verbleven in de FPC's de

Oostvaarderskliniek, de Kijvelanden en Oldenkotte.

In de praktijk worden de klinische items gebruikt als factoren waar de behandeling zich op dient te richten. Als iemand met schizofrenie op het moment van het delict al enige tijd geen anti-psychoptica gebruikte en door de behandeling binnen de kliniek weer enige maanden medicatietrouw is, dan is het belangrijk om ook na ontslag te blijven werken aan therapietrouw. Werken aan probleembesef, dat bijvoorbeeld blijkt uit medicatietrouw, kan dan opgenomen zijn in het behandelplan en kan jaarlijks met de HKT-30 geëvalueerd worden. Kortom, bij herhaalde meting heeft de HKT-30 een predictieve waarde en is het instrument geschikt voor evaluatie van de behandeling.

### Beperkingen

Een beperking van het onderzoek is dat de populatie van één forensisch psychiatrische instelling is. Iedere forensische instelling heeft zijn eigen besluitprocessen waardoor de gevonden resultaten niet direct generaliseerbaar zijn naar andere forensische instellingen. Daarnaast is de visie op behandelen en interne overplaatsingen tussen 2003 en 2009 veranderd. De behandelduur is in de onderzoeksperiode langer geworden en het aantal mensen dat met verlof gaat is sterk afgenomen. De conclusies moeten dan ook met enige voorzichtigheid worden beoordeeld.

Verder zijn de K-items uit de HKT-30 oorspronkelijk niet bedoeld voor het ondersteunen van beslisprocessen tijdens de behandeling. Daarom verdient het aanbeveling dat de HKT-30 verder ontwikkeld wordt als evaluatie-instrument voor de behandeling waardoor dit soort risicotaxatie-instrumenten ook hanteerbaar zijn in ROM-systemen. De HKT-30 kan dan nog beter ingezet worden om beslissingen rond interne overplaatsingen te ondersteunen. Een aantal items dient opnieuw geoperationaliseerd te worden en geschikt gemaakt te worden voor taxaties voor de korte termijn. Ook zal men in toekomstig onderzoek beter moeten kijken naar risicoprofielen, dat

wil zeggen de aanwezigheid van een specifieke combinatie van risicofactoren die de kans op mislukte resocialisatiepogingen voorspellen. Met dergelijke profielen kunnen interne besluiten tijdens de behandeling van een patiënt beter ondersteund worden.



Commentaar op eerdere versies van het manuscript gaven dr. F. Jörg, onderzoeker GGZ Friesland, en prof. dr. S. Bogaerts, hoogleraar Forensische Psychologie en Victimologie, Tilburg University.

### LITERATUUR

- Belfrage H, Douglas KS. Treatment effects on forensic patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *Int J Forensic Ment Health* 2002; 1: 25-36.
- Blok GT, de Beurs E, de Ranitz AGS, Rinne T. Psychometrische stand van zaken van risicotaxatie-instrumenten voor volwassenen in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 331-341.
- Brand E, Nijman H. Risicotaxatie en behandel-evaluatie met twee forensische observatielijsten. *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 221-232.
- Canton WJ. Gerapporteerd ... en dan? Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidieven bij personen over wie pro justitia is gerapporteerd (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2004
- Canton WJ, van der Veer TS, van Panhuis PJA, Verheul R, van den Brink W. De voorspellende waarde van risicotaxatie bij de rapportage pro justitia. *Tijdschr Psychiatr* 2004; 46: 525-535.
- Chambers JC, Yiend J, Barrett 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; 19: 9-27.
- Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992; 112: 155-9.
- Cohen A, Eastman N. Needs assessment for mentally disordered offenders: Measurement of 'ability to benefit' and outcome. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 493-8.
- Hart SD. Complexity, uncertainty, and the reconceptualization of violence risk assessment. 2001. <http://www.sfu.ca/psychology/groups/faculty/hart>.
- Hildebrand M, Hesper BL, Spreen M, Nijman HLI. De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2005



- Jonge de E, Nijman H, Lammers S. Gedragsveranderingen tijdens tbs-behandeling: een multicenteronderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 205-15.
- Lammers SMM. Blijven stoute jongens stout? Taxatie van het recidiverisico in de TBS. *De Psycholoog* 2007; 4: 194-201.
- Mulder CL, van der Gaag M, Bruggeman R, e.a. Routine outcome monitoring voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; een consensusdocument. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 169-79.
- Nunes, KL, Babchishin, KM, Cortini F. Measurement treatment change in sex offenders. *Clinical and statistical significance. Crim Justice Behav* 2011; 38: 157-73.
- Philipse M, de Ruiter C, Hildebrand M, Bouwman Y. HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/van der Hoeven Stichting; 2000.
- Rice ME, Harris GT. Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC, Cohen's d and r. *Law Hum Behav* 2005; 29: 615-20.
- Spreeen M, Ter Horst PRM, Bogaerts S, Lammers SMM, Hochstenbach J, Soe-Agnie se, e.a. Risicotaxatie aan de hand van de HCR-20 en de HKT-30: een vergelijking tussen beide instrumenten. In: Oei TI, Groenhuijsen MS, red. *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden. Actualiteit, geschiedenis en toekomst. Alphen aan de Rijn: Kluwer; 2009.*
- Webster, CD, Douglas, KS, Eaves, D, e.a. HCR-20: Assessing risk for violence (version 2). Vancouver: Mental Health, Law, & Policy Institute. Simon Fraser University; 1997.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. Handleiding HKT-30, versie 2002. De Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI); 2003.
- Yiend, J, Chambers JC, Burns T, Doll H, Fazel S, Kaur A, e.a. Outcome measurement in forensic mental health research: an evaluation. *Psychology, Crime & Law* 2011; 17: 277-92.

## AUTEURS

KLAAS DE VRIES is klinisch psycholoog, FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen.

MARINUS SPREEN is hoofdonderzoeker, FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen.

Correspondentieadres: Klaas de Vries, FPC Dr. S. van Mesdag, Postbus 30.002, 9700 RC Groningen.

Email: k.de.vries@fpcvanmesdag.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-8-2011.

## SUMMARY

Can the clinical items of the risk assessment instrument HKT-30 predict to what extent forensic patients will break agreements during the resocialisation phase of treatment?

– K. de Vries, M. Spreen –

**BACKGROUND** Up till now, little research has been done into the factors that psychologists use during a patient's Involuntary Commitment process in order to decide whether the patient should be transferred from the transitional phase of treatment to the pre-release resocialisation phase. In forensic treatment a premature decision can result in a problematical resocialisation phase and prolong the period of treatment.

**AIM** To find out whether the K-items of the HKT-30, measured in the 12 months prior to the decision-making moment, can predict whether a patient, upon transfer to the resocialisation phase, will likely break agreements made in the transitional phase.

**METHOD** With logistic regression and ROC-analyses, the K-items of the HKT-30 for 94 patients, measured between 2003 and 2009, were used to predict the course and length of these patients' treatment in the resocialisation phase.

**RESULTS** Some clinical items of the HKT-30 appear to provide a predictive value for the course of the pre-release resocialisation phase. Impulsiveness is one of the risk factors affecting the resocialisation phase.

**CONCLUSION** Some K-items of the HKT-30 do appear to support the decisions to allow patients receiving forensic inpatient treatment to be transferred to the resocialisation phase.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)5, 429-438]

**KEY WORDS** clinical factors, risk assessment, prediction