

Routine outcome monitoring in de forensische psychiatrie: een lang verhaal in het kort

K.R. GOETHALS, H.J.C. VAN MARLE

ACHTERGROND Systematisch onderzoek bij forensisch psychiatrische patiënten is moeilijk omdat er een aantal methodologische problemen inherent is aan systematische metingen binnen de forensische psychiatrie.

DOEL De lezer krijgt een overzicht van de stand van zaken op het gebied van de forensisch psychiatrische ROM, alsook van enkele gewenste ontwikkelingen.

METHODE De (internationale) literatuur werd bestudeerd. Ook werden ontwikkelingen in het forensische veld van nabij bekeken.

RESULTATEN Het opzetten van gerandomiseerde gecontroleerde trials is binnen de forensische psychiatrie nauwelijks mogelijk. De voornaamste problemen zijn: de selectiecriteria voor een forensisch psychiatrische behandeling zijn niet psychiatrisch of gedragskundig; het ontbreken van een gestandaardiseerde forensisch psychiatrische behandeling voor patiënten met een verschillende problematiek; en het ontbreken van een theorie over het verband tussen stoornis en delict. Daarom kan ROM bijdragen tot het meten van de klinische effectiviteit van de onderzochte behandelingen. Aanwijzingen in de forensisch psychiatrische literatuur om geschikte meetinstrumenten te kiezen, zijn schaars. In ieder geval dienen deze instrumenten drie domeinen te omvatten: psychiatrische stoornissen, kwaliteit van leven en risico op delictherhaling.

CONCLUSIE Het verdient hoe dan ook aanbeveling dat alle forensisch psychiatrische instellingen gezamenlijk trachten een ROM te ontwikkelen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 179-183]

TREFWOORDEN forensische psychiatrische behandeling, rapportage, ROM

Als geen andere subdiscipline in de psychiatrie wordt de forensische psychiatrie vanaf haar eerste bestaan afgerekend op resultaten. Immers, de kernactiviteiten van de forensische psychiatrie, adviseren binnen een juridisch kader aan de rechtbank en het behandelen van delinquenten met een psychische stoornis, zijn beide goed zichtbaar vanwege de verplichte rapportage en de onmiskenbare effecten van een herhalingsdelict op de samenleving. Daarom dient naast de bekende domeinen van psychiatrische stoornis en kwaliteit van leven, een cruciale maat te wor-

den toegevoegd aan de routine outcome monitoring (ROM), namelijk het risico op delictherhaling. De entree van de ROM moet hier dan ook verwelkomd worden, maar wat weten we van het gebruik ervan in de forensische psychiatrie? Enkele forensisch psychiatrische centra zijn bezig ROM te ontwikkelen (hierbij zijn beide auteurs betrokken, KRG in Antwerpen en HJCvM in Rotterdam), maar de uitvoering en resultaten zijn nog niet operationeel.

Effectiviteitsonderzoek bij forensisch psychiatrische patiënten is in principe moeizaam, omdat

er een aantal methodologische problemen inherent is aan systematische metingen binnen de forensische psychiatrie.

De selectiecriteria voor een (verplichte) forensisch psychiatrische behandeling – intramuraal of ambuland – zijn niet psychiatrisch of gedragskundig. Iemand die voor een bepaalde behandeling wordt geselecteerd, is in feite geïndiceerd door een niet-medische instantie, namelijk de rechtbank of de reclasering, en binnen juridische randvoorwaarden. Vaak ligt er wel een advies van de penitentiaire psychiater van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) aan ten grondslag. Ook hangt het van de grootte van de (voorwaardelijke) strafmaat af of en in hoeveel tijd een bepaalde behandeling valt te realiseren. Kortom, er bestaat een ernstige selectiebias.

Voor het overige bestaan er ook geen gestandaardiseerde forensisch psychiatrische behandelingen voor patiënten met een verschillende problematiek, aangezien de aard en de ernst van de delicten niet één op één samenhangen met de aard van de psychische aandoening. Evenzeer geldt dit voor de motivatie tot behandeling en de intrinsieke behandelbaarheid van deze patiënten. Op dit moment bestaat er binnen de forensische psychiatrie nationaal en internationaal nog geen theorie over het verband tussen psychische stoornis en daarmee samenhangend delict (Swanson 2006).

METEN IS WETEN

Volgens De Beurs en Barendregt (2008) zouden idealiter gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's), *single case design* en ROM gecombineerd moeten worden om behandelprocessen in de tbs te onderzoeken. Of een behandeling klinisch effectief is, kan volgens De Beurs en Zitman (2007) niet vastgesteld worden met RCT's omdat het om langetermijneffecten gaat. ROM verschaft volgens hen meer precieze gegevens over de klinische effectiviteit van behandelingen, waar behandelers en patiënten ook tijdens een behandeling hun voordeel mee kunnen doen. Volgens De Beurs en Zitman (2007) ervoeren patiënten ROM als posi-

tief omdat er zorgvuldig naar hun klachten en symptomen werd gekeken.

Aangezien bijna twee derde van patiënten in de forensische psychiatrie ook een verslavingsziekte heeft, kan de conclusie van het volgende onderzoek uit de verslavingszorg ook van toepassing worden geacht op de forensische psychiatrie. Oudejans e.a. (2009) onderzochten welke factoren implementatie van ROM bevorderen en welke deze belemmeren. Als bevorderende factor vonden zij de steunende houding van de instelling voor invoeren van ROM. Kritiek van deze auteurs was het achterwege blijven van verbeteracties die resulteerden in waargenomen verbetering van de zorg – immers het doel van ROM (Ganju 2006).

INSTRUMENTEN

Over recent onderzoek naar ROM in de forensische psychiatrie zijn twee Engelse overzichtsstudies bekend. Chambers e.a. (2009) voerden een gestructureerde review uit van trials en interventiestudies gepubliceerd tussen 1990 en 2006. In die studies werden meer dan 500 verschillende instrumenten gebruikt om de behandelresultaten te evalueren, met in totaal meer dan 1000 onderscheiden variabelen. Er was veel overlap met betrekking tot de gebruikte variabelen bij de verschillende instrumenten. Opvallend was het gebrek aan consensus over een gestandaardiseerd instrument om het gevaar van recidive te meten. Er was een instrument voor recidivisme: de 'Self-Reported Delinquency Scale' (SRDS; Elliott & Ageton 1980) en een voor middelenmisbruik: de 'Addiction Severity Index' (ASI; McLellan 1992). Slechts drie instrumenten (ASI; SCL-90-R, 'Symptom Checklist -90-Revised'; Derogatis 1977; SRDS) werden gebruikt in ten minste tien van alle beoordeelde studies. Voor de meeste instrumenten bestond slechts weinig evidence voor de meeteigenschappen die hun gebruik in forensisch psychiatrisch onderzoek zouden kunnen ondersteunen.

Recentelijk publiceerden Yiend e.a. (2011) ook een evaluatie over ROM binnen de forensische psychiatrie. Slechts drie instrumenten werden door

een panel als voldoende bruikbaar, relevant en psychometrisch beoordeeld: de 'Beck Depression Inventory' (BDI; Beck e.a. 1961), de 'Brief Psychiatric Rating Scale' (BPRS; Overall & Gorham 1962) en de SCL-90 (Arrindell & Ettema 2003; Hafkenscheid 1993; Hafkenscheid e.a. 2007). Ook over de Nederlandse vertalingen en hun psychometrische eigenschappen van deze laatste drie instrumenten is gepubliceerd (Bouman e.a. 1985; Hafkenscheid 1991; 1993; Kloens 2005). Domeinen zoals sociaal en emotioneel functioneren kwamen er in de beoordeelde studies bekaaid af. Specifieke forensisch psychiatrische maten werden niet genoemd.

Chambers e.a. (2009) vonden – gegeven de evidence van validiteit en groeiend bewustzijn van taxatie-instrumenten zoals de HCR-20 (Webster e.a. 1997) – slechts één voorbeeld (Belfrage & Douglas 2002) van het gebruik van de HCR-20 als ROM-instrument in trials.

In het Nederlandse zorgprogramma 'Langdurige forensisch psychiatrische zorg Versie 1' (EFP 2009) worden vier risicotaxatie-instrumenten als standaard aanbevolen: de 'Historical Clinical Risk - 20' (HCR-20), de 'Sexual Violence Risk - 20' (SVR-20), de 'Psychopathy Checklist-Revised' (PCL-R) en de 'Historisch Klinisch Toekomst - 30' (HKT-30). Het is discutabel of deze veelgebruikte instrumenten voor ROM-doeleinden geschikt zijn, omdat ze gevalideerd zijn voor de predictie van recidiverisico op de lange termijn en omdat er ook niet-veranderbare risicofactoren in zitten (Douglas e.a. 2009). Dit geldt vooral voor de PCL-R: deze is primair een diagnostisch instrument en is niet bedoeld om therapeutische verandering te meten. De gemeten risicofactoren zijn moeilijk op korte termijn te veranderen. De totaalscore van al deze risicotaxatie-instrumenten is dus te grof en te weinig dynamisch voor een herhaalde meting, bijvoorbeeld elk half jaar. Wel kunnen veranderbare risicofactoren uit deze checklists worden gehaald en apart worden gemeten als behandelingsvoortgang. Hun sensitiviteit voor het meten van therapeutische verandering is echter niet bekend.

Ook moeten wij opmerken dat de SVR-20 en de HKT-30 bewerkingen zijn van de HCR-20, zodat

gezamenlijke toepassing niet voor de hand ligt. De predictieve validiteit van deze instrumenten (gemeten als de *area under the curve*) laat verder te wensen over (Harte & Breukink 2010). De behandelingsgerichte factoren die de behandelaars het meest gebruiken, zijn op hun beurt weinig voorspellend voor een nieuw delict (Philipse 2005). De dynamische risicofactoren en de klinische veranderingen bij de behandeling worden nog eens sterk beïnvloed door de forensisch psychiatrische risicocontroles en behandeldruk, waardoor het moeilijk is herhaalde behandelingseffecten te meten.

CONCLUSIE

Uit dit alles moge blijken dat er in Nederland, België en internationaal weinig ervaring is met de ROM in de forensische psychiatrie, zodat de introductie pionierswerk is. Adviezen voor specifieke instrumenten zijn moeilijk te geven. Het verdient in elk geval aanbeveling om voor de meting van de specifieke disfuncties (zoals cognitieve-perceptieve stoornissen, affectieve disregulatie, motorische ontremming en algemeen functioneren) een aantal reeds bestaande vragenlijsten te gebruiken. Voor de forensische psychiatrie achten wij het noodzakelijk dat verschillende forensische instituten de handen ineenslaan voor de ontwikkeling van de ROM.

LITERATUUR

- Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1983.
- Arrindell WA, Ettema JHM. SCL-90. Symptom Checklist. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets Test Publishers; 2003.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
- Belfrage H, Douglas KS. Treatment effects on forensic psychiatric patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *Int J For Ment Health* 2002; 1: 25-36.

- Beurs E de, Barendregt M. Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de TBS-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's. Utrecht: NIFP; 2008.
- Beurs E de, Zitman FG. Routine Outcome Monitoring. Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met webbased software. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2007; 62: 13-28.
- Boer DP, Hart SJ, Kropp PR, Webster CD. *Manual for the Sexual Violence Risk – 20: Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence*. Vancouver: The Institute Against Family Violence; 1997.
- Bouman TK, Luteyn F, Albersnagel FA, Ploeg FAE van der. Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory (BDI). *Gedrag* 1985; 13: 13-24.
- 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 Beh Ment Health* 2009; 19: 9-27.
- Clark LA. *Manual for the Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 1993.
- Derogatis LR. *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures*. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1977.
- Doncker D de, Koeck S, Huys W, Winter J. *Systeem voor de Classificatie van Extrafamiliale Pedoseksuelen, versie één (SCEP-1)*. Edegem: UZA; 2005.
- Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a Risk Factor for Violence to Others: A Meta-Analysis. *Psychol Bulletin* 2009; 135: 679-706.
- Elliott DS, Ageton S. Reconciling race and class differences in self-reported and official estimates of delinquency. *Am Sociol Rev* 1980; 45: 95-110.
- Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 844-54.
- Ganju V. Mental health quality and accountability: The role of evidence-based practices and performance measurement. *Adm Policy Ment Health* 2006; 33: 659-65.
- Hafkenscheid A. Psychometric evaluation of a standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 294-300.
- Hafkenscheid A. Reliability of a standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale; a replication study. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 305-10.
- Hafkenscheid A. Psychometric evaluation of the Symptom Checklist (SCL-90) in psychiatric inpatients. *Pers Individ Dif* 1993; 14: 751-6.
- Hafkenscheid AJ, Maassen GH, Veeninga AT. The dimensions of the Dutch SCL-90: more than one, but how many? *Neth J Psychol* 2007; 63: 29-35.
- Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. Toronto, ON: Multi-Health Systems; 1991.
- Harte JM, Breukink MD. Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschr Criminol* 2010; 52: 52-72.
- Hartgers C. De Nederlandse vertaling van de handleiding voor training en afname van europaSI vraaggesprekken (3de druk). Amsterdam: AIAR; 1996.
- Kloens GJ. *Diagnostiek met vragenlijsten in de eerstelijns*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2005.
- Livesley WJ, Jacksons DN, Schroeder ML. Dimensions of personality pathology. *Can J Psychiatry* 1991; 36: 557-62.
- McLellan AT. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *JSAT* 1992; 9: 199-213.
- Olsen DH, Sprenkle DH, Russell CRS. Circumplex model of marital and familial systems I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Fam Process* 1979; 18: 3-28.
- Oudejans S, Nabitz U, Schippers G. Routine Outcome Monitoring in de verslavingszorg. Bevorderende en belemmerende factoren. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2009; 64: 774-84.
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962; 10: 799-812.
- Paris J. Neurobiological dimensional models of personality: A review of the models of Cloninger, Depue, and Siever. *J Pers Disord* 2005; 19: 156-70.
- Philipse M. Predicting criminal recidivism. Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry. Enschede: Febodruk; 2005.
- Quay HC. Measuring dimensions of deviant behaviour: the Behavior Problem Checklist. *J Abnorm Child Psych* 1977; 5: 277-87.
- Schabracq MJ, Red. *Langdurige forensisch psychiatrische zorg*. Landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie (versie 1). Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2009.
- Strauss MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics Scales. *J Marriage Fam* 1979; 41: 75-88.
- Swanson JW, Swartz MS, Dorn RA van, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, e.a. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 490-9.

Verheul R, Andrea H, Berghout CC, Dolan C, Busschbach JJV, van der Kroft PJA, e.a. Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): development, factor structure, reliability, and validity. *Psychol Assessment* 2008; 20: 23-34.

Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20: Assessing Risk for Violence (Version 2). Vancouver: Simon Fraser University; 1997.

Yiend J, Chambers JC, Burns T, Doll H, Fazel S, Kaur A, e.a. Outcome measurement in forensic mental health research: an evaluation. *Psychol Crime Law* 2011; 17: 277-92.

AUTEURS

KRIS GOETHALS is A-opleider psychiatrie en forensisch psychiater, GGZ Westelijk Noord-Brabant, wetenschappelijk consultant en adjunct-directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, lid van de vakgroep Col-

laborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen en lid van de werkgroep ROM van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

HJALMAR VAN MARLE is hoogleraar Forensische Psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum en faculteit Rechtsgeleerdheid, Erasmus Universiteit en forensisch psychiater bij het Dok, Rotterdam.

Correspondentieadres: dr. Kris Goethals, GGZ WNB, Afdeling Forensische Psychiatrie, Pleinstede, 4de verdieping, Peter Vineloolaan 20, 4611 AN Bergen op Zoom.

E-mail: kris.goethals@ggzwnb.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-10-2011.

SUMMARY

Routine outcome monitoring in forensic psychiatry: a long story cut short – K.R. Goethals, H.J.C. van Marle –

BACKGROUND It is difficult to do research relating to forensic psychiatric patients because there are a number of methodological problems inherent in systematic measurements in forensic psychiatry.

AIM To give readers an overview of the ROM literature and some information about worthwhile developments in the field.

METHOD We studied the Dutch and international literature and took a closer look at some recent developments.

RESULTS For several reasons it is almost impossible to set up randomised controlled trials in forensic psychiatry. The main problems are as follows: the selection criteria for forensic psychiatric treatment are not psychiatric or they lack a behavioural focus, there is no standardised forensic psychiatric treatment for patients with a variety of psychiatric disorders and no theory concerning the relationship between disorder and offence. ROM, therefore, may help to measure the clinical effectiveness of the treatments investigated. The forensic psychiatric literature gives very little advice on the choice of appropriate instruments. Clearly, however, the instruments have to embrace three distinct domains: psychopathology, the quality of life and the risk of recidivism.

CONCLUSION At least, however, we can recommend that all forensic psychiatric institutions should work together to develop a ROM system.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 179-183]

KEY WORDS expert report, forensic psychiatric treatment, ROM