

Forensische (flexibele) assertive community treatment ((F)ACT): cliëntkenmerken en behandelresultaten

L. NEIJMEIJER, J. VERWOERD, M. VAN VUGT, C. PLACE, H. KROON

ACHTERGROND Steeds vaker wordt (flexibele) assertive community treatment ((F)ACT) ingezet bij forensisch psychiatrische cliënten. Over de effectiviteit van forensische (F)ACT is echter nog weinig bekend.

DOEL Nagaan in hoeverre (subgroepen van) cliënten die in behandeling zijn bij een forensisch (F)ACT-team na een jaar veranderingen laten zien in sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren en op justitiële uitkomstmaten.

METHODE Acht forensische (F)ACT-teams leverden tussen 2009 en 2011 op twee meetmomenten (met een tussenpoos van gemiddeld een jaar) gegevens aan over kenmerken van cliënten en uitkomsten van zorg. Er werden 202 cliënten in het onderzoek betrokken.

RESULTATEN Cliënten bleken na een jaar significant beter psychisch en sociaal te functioneren, hadden minder politie- en justitiecontacten, werden minder vaak en korter gedetineerd en werden als minder delictgevaarlijk getaxeerd. Het aantal opnames in de ggz, verslavingszorg en forensische zorg bleef gelijk.

CONCLUSIE Cliënten met een psychiatrische aandoening en delictgevaarlijk gedrag laten verbetering zien tijdens de behandeling door forensische (F)ACT-teams. Nader onderzoek moet uitwijzen of forensische (F)ACT ook op langere termijn de gewenste effecten sorteert en de status verdient van evidence based practice.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)4, 212-220

TREFWOORDEN behandelresultaten, cliëntkenmerken, forensisch, (flexibele) (F)ACT, ROM



Forensische (flexibele) *assertive community treatment* ((F)ACT) is een verbijzondering van het reguliere (F)ACT-model dat ontwikkeld is voor mensen met ernstige psychiatrische - en in de praktijk veelal psychotische - aandoeningen in combinatie met forse problematiek op verschillende levensgebieden (Veldhuizen e.a. 2015). (F)ACT-teams bieden hun assertieve, intensieve en langdurende begeleiding en behandeling aan huis vanuit een multidisciplinair kader. Kenmerkend voor *forensische* (F)ACT is dat deze zich expliciet richt op een forensische doelgroep: cliënten die niet alleen een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) hebben, maar ook een risico vormen voor de veiligheid van de samenleving en langdurende behandeling, begeleiding en toezicht nodig hebben om dat risico te reduceren. Zowel

het begrip 'EPA' als 'forensisch' wordt hierbij nadrukkelijk breed gedefinieerd. 'EPA' verwijst niet alleen naar ernstige psychotische stoornissen, maar ook naar ernstige en persisterende persoonlijkheids- en verslavingsstoornissen (Delespaul 2013). En 'forensisch' heeft niet enkel betrekking op cliënten met een actuele strafrechtelijke titel, maar betreft ook cliënten die in het verleden met politie of justitie te maken hebben gehad en/of een aanzienlijk risico lopen om met politie en justitie in contact te komen (Place e.a. 2011b; Neijmeijer e.a. 2012).

Op basis van internationaal onderzoek naar (forensische) ACT bij forensische cliënten is het erg moeilijk om eenduidige uitspraken te doen over de effectiviteit ervan. Dat heeft vooral te maken met de grote verschillen in onder-

zoekopzet, definitie van de onderzochte interventie (forensische dan wel reguliere ACT), de gehanteerde uitkomstmaten (forensische of 'reguliere ggz'-uitkomstmaten) en de omschrijving van de onderzoekspopulatie (Place e.a. 2011b; Neijmeijer e.a. 2012). Zo laten de meeste onderzoeken naar de *reguliere* ACT-aanpak bij forensische cliënten positieve resultaten zien op forensische uitkomstmaten (in termen van recidivevermindering), maar ontstaat er een wisselend beeld als we ons concentreren op de 'reguliere ggz'-uitkomstmaten zoals psychisch functioneren en aantal opnames in de ggz. Voor onderzoek naar de effectiviteit van *forensische* ACT bij forensische cliënten geldt dat de meeste studies positieve resultaten laten zien op zowel forensische als reguliere ggz-uitkomstmaten. Wanneer we ons echter beperken tot de twee uitgevoerde RCT's, dan laat de studie van Cusack e.a. (2010) een significante verbetering zien op justitiële uitkomstmaten en aantal opnamedagen, terwijl Solomon en Draine (1995) geen verschillen konden aantonen. Om de vergelijkbaarheid van onderzoeksresultaten te vergroten pleiten verschillende onderzoekers voor het ontwikkelen van een model of een standaard voor forensische ACT (o.a. Morrissey e.a. 2007; Cuddeback e.a. 2009). Een dergelijk model dient bovendien de praktijk, door richtlijnen te verschaffen met betrekking tot de teamsamenstelling en de invulling van de behandeling van en begeleiding aan deze specifieke cliëntengroep.

Landelijk project

In Nederland is tussen 2009 en 2011 het landelijk project Forensische (F)ACT uitgevoerd, waaraan acht forensische (F)ACT-teams hebben meegewerkt. Het project heeft geresulteerd in een modelbeschrijving (Place e.a. 2011b) en in modelgetrouwheidsschalen: een aanpassing van de oorspronkelijke *Dartmouth Assertive Community Treatment Scale* (DACTS; Van Dijk e.a. 2004) en van de FACT-schaal (Van Vugt e.a. 2011b). Forensische (F)ACT-teams onderscheiden zich op de volgende punten van reguliere (F)ACT-teams (Place e.a. 2011b):

- Het doel en de doelgroep: forensische (F)ACT-teams richten zich op cliënten die op basis van een ernstige psychiatrische stoornis een (delict)gevaar vormen voor hun omgeving. Het doel van forensische (F)ACT is niet alleen het verbeteren van het welzijn en het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de cliënt, maar ook het voorkomen van recidive en het bevorderen van de veiligheid in de samenleving.
- Het forensisch zorgaanbod: forensische (F)ACT-teams spitsen hun diagnostiek en behandeling toe op forensische cliënten. Voorbeelden zijn delictanalyse, risicotaxatie, terugvalpreventie, daderbehandeling, gedrags therapie en traumabehandeling.

AUTEURS

Laura Neijmeijer, sociaal wetenschapper; voorheen: wetenschappelijk medewerker/projectleider Trimbos-instituut; thans: promovenda Radboud Universiteit Nijmegen en programmaleider (F)ACT Trajectum.

Jeroen Verwoerd, criminoloog, destijds Trimbos-instituut; thans financieel analist, Politie Den Haag.

Maike van Vugt, sociaal wetenschapper, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

Caroline Place, criminoloog, destijds wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, thans: onderzoeker/beleidsadviseur, gemeente Breda.

Hans Kroon, psycholoog, hoofd programma Re-integratie, Trimbos-instituut, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Laura Neijmeijer, Trajectum, Postbus 40012, 8004 DA Zwolle.

E-mail: lneijmeijer@trajectum.info

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-11-2016.

- De intensieve samenwerking met justitiële instanties en organisaties, zoals de reclassering, penitentiaire inrichtingen, politie, het Openbaar Ministerie, het veiligheids-huis en forensisch psychiatrische instellingen.
- De samenstelling van het team: forensische (F)ACT-teams hebben een relatief hoge formatie aan (gz-)psychologen en bestaan uit teamleden met ervaring en expertise op het gebied van de forensische zorg.

Om zicht te krijgen op de kenmerken van de doelgroep en de resultaten van de zorg is in het kader van het landelijke project een *routine outcome monitoring* (ROM) opgezet en zijn op twee meetmomenten data verzameld over de kenmerken van de cliënten en de uitkomsten van de zorg. In dit artikel doen we verslag van de resultaten van dit onderzoek. De centrale onderzoeksvraag luidt: wat zijn de behandelresultaten bij cliënten die een jaar in behandeling zijn geweest van forensische (F)ACT-teams? Hierbij richten we ons zowel op het sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren van cliënten als op justitiële uitkomstmaten.

METHODE

In samenwerking met de acht deelnemende forensische (F)ACT-teams werd een structuur voor ROM ontwikkeld. De bestaansduur van de teams varieerde van enkele maanden tot enkele jaren; de teams verkeerden dus in een verschillende stadium van ontwikkeling. De ROM werd op twee momenten afgenomen. De eerste meting (T1) vond plaats

in de periode van januari tot september 2010 en had betrekking op alle cliënten die in die periode reeds in zorg waren dan wel nieuw in zorg kwamen. In de periode van januari tot juli 2011 vond de vervolgmeting (T2) plaats. Deze tweede meting vond gemiddeld 12 maanden (SD 2; 8-17) na de eerste meting plaats. De gegevens werden aangeleverd door getrainde behandelaars en casemanagers.

De inhoud van de ROM

De ROM bestond uit een vragenlijst met de volgende onderdelen: sociaal-demografische gegevens; verwijzingsgegevens; diagnostiek; maatschappelijke participatie; middelengebruik; zorggebruik en behandeling; criminaliteit- en slachtoffergegevens; sociaal en psychisch functioneren; zorgbehoeften; risicotaxatie. Er werd gebruikgemaakt van gestructureerde en gevalideerde meetinstrumenten, namelijk bij het onderdeel diagnostiek de DSM-IV en de GAF (APA 1994), bij het onderdeel sociaal en psychisch functioneren de *Health of the Nation Outcome Scales* (HONOS; Wing e.a. 1998) en als aanvulling de *HONOS secure* (Dickens e.a. 2007), bij het onderdeel zorgbehoeften de *Camberwell Assessment of Needs, forensische versie* (CAN-FOR; Thomas e.a. 2008) en bij het onderdeel risicotaxatie de *Historisch Klinisch Toekomst-30* (HKT-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002).

De HONOS (Wing e.a. 1998) is een internationaal veelgebruikt instrument om het sociaal en psychisch functioneren van cliënten te meten. De HONOS heeft redelijke psychometrische eigenschappen, een korte afnameduur, is niet afhankelijk van het ziektebeeld en taalvaardigheden van de cliënt en wordt door hulpverleners en cliënten als bruikbaar ervaren (Mulder e.a. 2004). De HONOS bestaat uit 12 items die worden gescoord op een vijfpuntsschaal van 0 (geen problemen) tot 4 (ernstige problemen). Hoe hoger de totaalscore, hoe slechter een cliënt functioneert op psychisch en sociaal gebied.

In de ROM werd naast de HONOS tevens de *HONOS secure* gebruikt. De *HONOS secure* bestaat uit 7 items die meten in hoeverre bij cliënten veiligheidsmaatregelen nodig zijn. De validiteit en betrouwbaarheid wordt - in de klinische setting - acceptabel geacht (Dickens e.a. 2007). Waar de HONOS betrekking heeft op de toestand van de cliënt in de afgelopen twee weken, wordt bij *HONOS secure* de gehele voorgeschiedenis van de cliënt meegenomen om een inschatting te maken van het huidige risico.

De CAN-FOR is een instrument om de onvervulde zorgbehoeften van forensische cliënten te meten. Het instrument bevat 28 items die worden gescoord op een driepuntsschaal (0-2). '0' geeft aan dat er in de afgelopen maand geen zorgbehoefte aanwezig was bij de cliënt op een bepaald item (bijv. huisvesting, gezondheid). '1' geeft aan dat er een zorgbehoefte aanwezig is, maar dat er op dit

moment een acceptabele oplossing voor bestaat, en '2' geeft een onvervulde zorgbehoefte aan (de cliënt of omgeving ervaart een dringend probleem). Dit instrument heeft een korte afnameduur, is laagdrempelig in gebruik en toepasbaar op een brede cliëntengroep in verschillende settings. De CAN-FOR heeft een goede validiteit en betrouwbaarheid (Thomas e.a. 2008).

De HKT-30 is een risicotaxatie-instrument om het toekomstig gevaar op gewelddadig gedrag in te schatten. Het instrument bestaat uit 11 historische (statische) items, 13 klinische (dynamische) items en 6 toekomstitems. In dit artikel focussen we met name op de klinische factoren (K), omdat deze beïnvloedbaar worden geacht door een interventie. De meting geschiedt op een vijfpuntsschaal van 0 (geen risico) tot 4 (zeer hoog risico op betreffende item). Voor de HKT-30 werd een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gevonden (De Vogel 2005). De predictieve validiteit van alleen de klinische factoren (K) is overwegend matig tot goed (De Vries & Spreen 2012). De HKT-30 is eind 2013 vervangen door de HKT-R (Spreen e.a. 2013).

Statistische analyse

De analyses werden uitgevoerd met SPSS 21 voor Windows. De beschrijvende kenmerken van de cliëntenpopulatie werden gebaseerd op de gegevens van de eerste meting. Verschillen in kenmerken tussen de uitgevallen cliënten en cliënten die participeerden in beide ROM-metingen werden bepaald met de χ^2 -toets bij nominale variabelen, de t-toets bij normaal verdeelde variabelen en de non-parametrische mann-whitney-U-test bij een scheve verdeling.

Om de veranderingen na een jaar zorggebruik te onderzoeken werd gebruikgemaakt van gepaarde toetsen: de toets van McNemar voor dichotome afhankelijke variabelen en de gepaarde t-test voor continue data. Waar nodig werd non-parametrisch getoetst met de rangtekentoeets van Wilcoxon. Zowel voor de HONOS, CAN-FOR als de HKT-30 werden uitsluitend cliënten geïncludeerd bij wie de items voor minimaal 80% waren ingevuld. Bij de CAN-FOR werd het aantal onvervulde zorgbehoeftes berekend.

RESULTATEN

Respons en uitval

Begin 2010 hadden de 8 deelnemende teams in totaal 321 cliënten in hun caseload (zie **TABEL 1**). De respons op de eerste meting (T1) bedroeg 79% (n = 253). Van deze 253 cliënten participeerden 202 cliënten (80%) in de vervolgmeting. Gedurende het onderzoeksjaar vielen 51 cliënten (20%) uit; de reden was in de meeste gevallen onbekend. De uitval bleek selectief op geboorteland: bij cliënten die buiten Nederland geboren waren, ontbrak vaker een vervolgmeting dan bij cliënten die in Nederland geboren

TABEL 1 Participerende forensische (F)ACT-teams en respons op de eerste en tweede ROM-meting

| Instelling | Aantal cliënten in 2010 | Respons T1 | Respons T2 |
|-----------------|-------------------------|------------|------------|
| GGZ Drenthe | 75 | 70 | 61 |
| Altrecht | 50 | 48 | 39 |
| Bouman GGZ | 50 | 39 | 18 |
| GGZ Eindhoven | 70 | 42 | 39 |
| Kijvelanden/DOK | 19 | 19 | 18 |
| Lentis | 19 | 19 | 18 |
| GGZ NHN | 20 | 15 | 9 |
| GGZ Breburg | 18 | 1 | - |
| Totaal | 321 | 253 | 202 |

waren (28% versus 15%; $\chi^2(1) = 6,454$; $p < 0,05$). Ook bleken de groepen te verschillen in diagnose: cliënten met (onder andere) een persoonlijkheidsstoornis hadden vaker een vervolgmeting gekregen dan cliënten zonder een persoonlijkheidsstoornis (84% versus 72%; $\chi^2(1) = 6,256$; $p < 0,05$). Op de overige kenmerken waren geen significante verschillen tussen degenen met en zonder vervolgmeting. De resultaten die we in dit artikel beschrijven, hadden betrekking op de 202 cliënten over wie op beide meetmomenten data waren aangeleverd.

Cliëntkenmerken (T1)

De cliënten van de forensische (F)ACT-teams waren overwegend mannen (90%). De gemiddelde leeftijd was 37 jaar (SD 9,7). Ruim 60% was van Nederlandse afkomst (d.w.z. dat zowel de cliënt zelf als zijn ouders in Nederland waren geboren), de overige cliënten waren o.a. afkomstig uit Marokko (11%), de Nederlandse Antillen (5%), Suriname (4%) en Turkije (3%). De restgroep (16%) was elders geboren of had een onbekende afkomst. Het merendeel (64%) was ongehuwd en alleenstaand. Driekwart (76%) had ten hoogste het basisonderwijs afgerond.

Iets minder dan de helft (47%) van de cliënten woonde zelfstandig, 20% woonde in een beschermende woonvorm, 15% verbleef op het moment van afname van de ROM in de ggz, de verslavingszorg of in detentie en de rest verbleef elders. Een derde (35%) nam deel aan enige vorm van dagbesteding, veelal onbetaald werk of deelname aan een dagbestedingsprogramma. Voor ruim 90% was een uitkering de belangrijkste inkomstenbron.

De cliënten waren ten tijde van de eerste meting gemiddeld 15 maanden in behandeling (SD 15; 0-80) bij het team. De meeste cliënten waren verwezen via de reclassering (30%)

of de reguliere ggz (30%). Een kwart (26%) was afkomstig van een forensisch psychiatrische kliniek of een penitentiaire inrichting. Bijna de helft van de cliëntenpopulatie had bij inschrijving een actuele strafrechtelijke titel (49%). De meest voorkomende strafrechtelijke titel betrof een voorwaardelijke veroordeling (53%) en in 19% was er een tbs-maatregel opgelegd.

Vrijwel alle cliënten (97%) hadden twee of meer psychiatrische stoornissen. De meestgestelde diagnoses waren aan middelen gerelateerde stoornissen (voornamelijk alcohol, cannabis en cocaïne; 72%), gevolgd door persoonlijkheidsstoornissen (voornamelijk antisociale persoonlijkheidsstoornis en persoonlijkheidsstoornis NAO; 70%). Een psychotische stoornis werd gediagnosticeerd bij 29% van de cliënten. Angststoornissen, stemmingsstoornissen en impulscontrolestoornissen kwamen voor bij resp. 12%, 8% en 7% van de cliënten.

De gemiddelde GAF-score was 42,8 (SD 12,1). De gemiddelde somscores op de HONOS₁₂, de HONOS secure en de CAN-FOR bedroegen resp. 15,9 (SD 4,0; 1-35), 5,5 (SD 4,0; 0-20) en 6,1 (SD 4,2; 0-17).

Van alle cliënten was 57% in het jaar voorafgaande aan de eerste meting in aanraking gekomen met politie of justitie. Een derde (34%) was één of meerdere keren gedetineerd geweest en 18% verbleef een periode in een forensische instelling (FPC, FPA, FPK). Volgens het proces-verbaal waren zij voornamelijk verdacht van en/of bestraft voor geweldsmisdrijven (26%), zoals bedreiging en mishandeling. Ook vermogensdelicten en delicten tegen de openbare orde werden veel genoemd (resp. 14 en 20%).

Op de historische items van de HKT-30 werd gemiddeld 2,2 (SD 0,6; 0,5-3,7) gescoord en op de klinische items 1,8 (SD 0,71; 0,23-3,46). Vooral de items 'copingvaardigheden' (gem. 2,6), 'sociale en relationele vaardigheden' (gem. 2,6), 'probleeminzicht' (gem. 2,4), en 'middelengebruik' (gem. 2,4) werden hoog gescoord - en daarmee door hulpverleners als risicovol aangemerkt.

Behandelresultaten (T2 ten opzichte van T1)

TABEL 2 toont de resultaten op de sociaal-maatschappelijke uitkomstmaten na gemiddeld 12 maanden behandeling. Er was een significante daling in het percentage daklozen ($p < 0,01$), evenals in het gemiddelde aantal nachten dat zij op straat hadden doorgebracht ($p < 0,01$). Ook de afhankelijkheid van uitkeringen als belangrijkste inkomstenbron nam significant af ($p < 0,05$).

Het aantal opnames in ggz- en verslavingsinstellingen bleef gelijk. Het gemiddeld aantal opnamedagen in een ggz-setting nam toe van 5 naar 12, dit was echter niet significant ($p = 0,06$). Het aantal cliënten met problematisch drugsgebruik nam significant af ($p < 0,05$), vooral cannabis- en alcoholgebruik namen af. Problematiek met stimu-

TABEL 2 Functioneren van cliënten tijdens de eerste en tweede meting

| | n | T ₁ | T ₂ | Toets | Effectsize |
|---|-----|-------------------------|---------------------|---|-----------------------------------|
| Sociaal-maatschappelijk functioneren | | | | | |
| Aantal (tijdelijk) dakloze cliënten (%) ^a | 196 | 22,4 | 13,8 | $\chi^2(1) = 7,225$; $p < 0,01^*$ | Cramers V = 0,19 |
| Gem. duur dakloosheid, in d (SD)/mediaan (Q1-Q3) ^c | 182 | 25,4 (73,5)/o (o-o) | 18,8 (67,3)/o (o-o) | $z = -2,722$; $p < 0,01^*$ | Wilcoxons ES = 0,14 |
| Uitkering als inkomsten (%) ^d | 193 | 91,7 | 86,1 | Fisher exact $p < 0,05^*$ | Oddsratio: 3,5 |
| Psychisch functioneren | | | | | |
| Aantal cliënten opgenomen in ggz (%) ^a | 191 | 13,9 | 15,8 | $\chi^2(1) = 0,346$; $p = 0,556$ | - |
| Gem. duur ggz-opname, in d (SD)/Mdn (Q1-Q3) ^c | 201 | 5,3 (27,5)/o (o-o) | 12,1 (48,6)/o (o-o) | $z = -1,861$; $p = 0,063$ | - |
| Aantal cliënten opgenomen in verslavingszorg (%) ^a | 195 | 13,8 | 13,8 | Fisher exact $p = 0,910$ | - |
| Gem. duur opname in verslavingszorg, in d (SD)/Mdn (Q1-Q3) ^c | 195 | 15,3 (57,6)/o (o-o) | 17,6 (61,3)/o (o-o) | $z = -0,753$; $p = 0,452$ | - |
| Drugsproblematiek (%) ^a | 202 | 67,3 | 59,9 | $\chi^2(1) = 4,558$; $p < 0,05^*$ | Cramers V = 0,15 |
| Gem. GAF-score (SD) ^b | 156 | 42,8 (11,8) | 45,9 (13,9) | $t(155) = -3,177$; $p < 0,005^*$ | Cohens d = 0,25 |
| Gem. score HoNoS12 (SD) ^b | 163 | 15,9 (6,1) | 13,6 (7,2) | $t(162) = 5,031$; $p < 0,001^*$ | Cohens d = 0,29 |
| Gem. score HoNOS secure (SD)/Mdn (Q1-Q3) ^c | 194 | 5,5 (4,0)/5 (3-7) | 4,8 (4,0)/4 (2-7) | $z = -2,598$; $p < 0,01^*$ | Wilcoxons ES = 0,13 |
| Gem. score CAN28 (SD)/Mdn (Q1-Q3) ^c | 194 | 6,1 (4,2)/5 (3-9) | 4,4 (3,8)/4 (1-7) | $z = -5,273$; $p < 0,001^*$ | Wilcoxons ES = 0,26 |
| Criminaliteit | | | | | |
| Aantal cliënten met politie/justitiecontacten (%) ^a | 182 | 57,1 | 41,2 | $\chi^2(1) = 12,062$; $p < 0,001^*$ | Cramers V = 0,26 |
| Aantal cliënten in (tijdelijke) detentie (%) ^a | 176 | 34,1 | 22,7 | $\chi^2(1) = 8,595$; $p < 0,005^*$ | Cramers V=0,22 |
| Gem. duur detentie, in d (SD)/Mdn (Q1-Q3) ^c | 175 | 27,8 (65,6)/o (0-15,75) | 18,2 (51,8)/o (o-o) | $z = -2,519$; $p < 0,05^*$ | Wilcoxons ES = 0,13 |
| Aantal cliënten (tijdelijk) in forensische instellingen (%) ^a | 194 | 18,0 | 14,9 | $\chi^2(1) = 0,694$; $p = 0,405$ | - |
| Gem. duur opname forensische instelling, in d (SD)/Mdn (Q1-Q3) ^c | 187 | 27,1 (79,1)/o (o-o) | 20,2 (73,9)/o (o-o) | $z = -1,492$; $p = 0,136$ | - |
| Gem. totaalscore Klinische risicofactoren (HKT-30) (SD) ^b | 185 | 1,8 (0,71) | 1,6 (0,76) | $t(184) = 4,610$; $p = 0,001^*$ | Cohens d: 0,34 (gepaarde t-toets) |

* = Significant

a McNemars χ^2 -toets.

b Gepaarde t-toets.

c Wilcoxons rangtekentoets.

d Binominale distributie (Fishers exacte toets).

e forensische instelling: TBS, FPA, FPC of FPK.

TABEL 3 Gemiddelde scores op de Klinische Risicofactoren (HKT-30) op de eerste en tweede meting

| Klinische items | N | T _{1M} (SD) | T _{2M} (SD) | toets ^a | Cohens d |
|-------------------------------------|-----|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------|
| Ko1: Probleeminzicht | 185 | 2,4 (1,0) | 2,1 (1,1) | T(184) = 3,839; p < 0,0001* | 0,28 |
| Ko2: Psychotische symptomen | 185 | 0,6 (1,1) | 0,6 (1,1) | T(184) = -0,587; p = 0,558 | -0,04 |
| Ko3: Middelengebruik | 180 | 2,4 (1,6) | 2,1 (1,7) | T(179) = 3,417; p < 0,001* | 0,25 |
| Ko4: Impulsiviteit | 185 | 2,1 (1,3) | 1,9 (1,3) | T(184) = 2,811; p < 0,005* | 0,21 |
| Ko5: Empathie | 185 | 1,9 (1,1) | 1,8 (1,2) | T(184) = 2,079; p < 0,05* | 0,15 |
| Ko6: Vijandigheid | 185 | 1,7 (1,3) | 1,5 (1,3) | T(184) = 1,462; p = 0,145 | 0,11 |
| Ko7: Sociale/relatieve vaardigheden | 185 | 2,6 (1,1) | 2,3 (1,1) | T(184) = 4,617; p < 0,0001* | 0,34 |
| Ko8: Zelfredzaamheid | 185 | 2,3 (1,2) | 2,1 (1,2) | T(184) = 2,867; p < 0,005* | 0,21 |
| Ko9: Acculturatieproblematiek | 183 | 0,8 (1,1) | 0,7 (1,1) | T(182) = 2,868; p < 0,005* | 0,21 |
| K10: Attitude t.o.v. behandeling | 185 | 1,7 (1,2) | 1,6 (1,3) | T(184) = 1,653; p = 0,100 | 0,12 |
| K11: Delictverantwoordelijkheid | 183 | 2,1 (1,1) | 1,9 (1,1) | T(182) = 4,445; p < 0,0001* | 0,33 |
| K12: Seksuele preoccupatie | 176 | 0,2 (0,7) | 0,2 (0,7) | T(175) = 0,179; p = 0,858 | 0,01 |
| K13: Copingvaardigheden | 183 | 2,5 (0,9) | 2,3 (1,1) | T(182) = 3,852; p < 0,0001* | 0,29 |
| Totaal klinische items | 185 | 1,8 (0,7) | 1,6 (0,8) | T(184) = 4,610; p < 0,0001* | 0,34 |

a Gepaarde t-toets

*Significant

lerende drugs (o.a. cocaïne) bleef nagenoeg stabiel. Zowel de (totaal)scores op de GAF, de HONOS₁₂, de HONOS *secure* als de CAN-FOR verbeterden significant (resp. p < 0,005; p < 0,001; p < 0,05; p < 0,001). Op de CAN-FOR lieten de cliënten significante verbeteringen zien op onder meer de items 'zingeving en herstel', 'betaald werk', 'voeding', 'psychisch (on)welbevinden' en 'huisvesting'.

Justitiële uitkomstmaten verbeterden significant op het gebied van het aantal politie-/justitiecontacten (p < 0,001), het aantal cliënten dat gedetineerd werd (p < 0,005) en de totale detentieduur (p < 0,05). Wat betreft de aard van de delinquentie nam alleen het aantal cliënten dat zich schuldig maakte aan geweldsdelicten af (p < 0,05). Ook werden minder cliënten zelf slachtoffer van geweldsdelicten (p < 0,05).

Wat betreft risicotaxatie schatten hulpverleners het risico op geweldpleging significant lager in (klinisch eendoeldeel HKT-30; p = 0,001), hetgeen vooral op het conto kon worden geschreven van een verbetering van sociale en relationele vaardigheden en het nemen van verantwoordelijkheid voor het delict (zie **TABEL 3**). Het aantal cliënten dat werd opgenomen in een forensische zorginstelling veranderde niet significant, evenmin als de opnameduur.

DISCUSSIE

In dit artikel presenteren we de resultaten van een longitudinaal onderzoek onder 202 cliënten die tussen 2009 en 2011 in zorg waren van acht forensische (F)ACT-teams. De

cliënten van deze teams waren overwegend uit laagopgeleide, alleenstaande mannen tussen de 30 en 40 jaar oud. Zij zijn via de reclassering, de reguliere ggz of via een justitiële voorziening aangemeld, zijn al dan niet in bezit van een juridische titel en hebben zonder uitzondering complexe psychiatrische problematiek, waarbij persoonlijkheidsstoornissen en verslaving de boventoon voeren.

De gemiddelde GAF-score is 42,8 en geeft (volgens de criteria van de DSM-IV) aan dat er ernstige beperkingen zijn in het algemene functioneren. Een gemiddelde HONOS₁₂-somscore van 15,9 wijst in dezelfde richting en geeft aan dat de cliëntengroep te maken heeft met ernstige gedragsmatige, psychische, cognitieve en sociale problematiek, vergelijkbaar met cliënten die opgenomen zijn in een kliniek (Mulder e.a. 2004). Een gemiddelde score van 2,2 op de historische items van de HKT-30 geeft een aanzienlijk 'belast' verleden van de cliënten aan, vergelijkbaar met bijvoorbeeld zedendelinquenten met een tbs-maatregel (Schönberger e.a. 2008). In combinatie met bepaalde dynamische risicofactoren, zoals een gebrekkig probleeminzicht, beperkte copingvaardigheden, impulsiviteit, middelengebruik en beperkte empathische vermogens, leidt dat tot een aanzienlijk risico op (delict)gevaarlijk gedrag.

Ons onderzoek laat zien dat cliënten van forensische (F)ACT-teams in een jaar tijd beter gaan functioneren. De dakloosheid en de afhankelijkheid van uitkeringen nemen af en het psychisch functioneren verbetert. Alcohol- en

cannabisproblematiek nemen af en ook is er een afname van het aantal detenties, de detentieduur, het aantal politie- en justitiecontacten en het aantal geweldsdelicten. Deze resultaten sluiten aan bij die van Cuddeback e.a. (2009) en Cusack e.a. (2010). Het aantal opnames in ggz- en verslavingszorginstellingen blijft daarentegen gelijk, terwijl er een stijgende tendens is in de duur van de opnames. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat cliënten dankzij de assertieve, outreachende aanpak van forensische (F)ACT-teams, beter in beeld zijn bij hulpverleners en opnames doelgericht worden ingezet om terugval in psychiatrische problematiek en delictgevaar te voorkomen.

Methodologische kanttekeningen

Bij dit onderzoek moeten we enkele methodologische kanttekeningen plaatsen.

Ten eerste ontbreekt, zoals bij de meeste onderzoeken naar forensische ACT-interventies (Jennings 2009; Place e.a. 2011a), ook in ons onderzoek een controlegroep. Hierdoor kunnen de resultaten niet zonder meer aan forensische (F)ACT worden toegeschreven. Verbeteringen op met name justitiële uitkomstmaten zouden bij cliënten met een strafrechtelijke titel wellicht (mede) kunnen worden toegeschreven aan de pressie die uitgaat van een dergelijke maatregel. Of cliënten met een juridische titel evenzeer gebaat zouden zijn bij alternatieve interventies, zoals alleen reclasseringstoezicht of behandeling vanuit een forensische polikliniek, is niet onderzocht. Om deze vraag te beantwoorden is een andere onderzoeksopzet nodig die binnen dit implementatietraject niet haalbaar was.

Ten tweede is de vraag, in het verlengde van de voorgaande vraag, welke ingrediënten van het forensisch (F)ACT-model hebben bijgedragen aan de verbeteringen. Deze vraag is vooralsnog niet te beantwoorden. Zo is niet onderzocht welke specifieke interventies zijn toegepast door de verschillende teams, en of deze van invloed waren op de gevonden resultaten. Ook is er geen relatie gelegd tussen de werkwijze van en de expertise in het team en de gevonden resultaten. Hetzelfde geldt voor de eventuele relatie tussen de mate van modelgetrouwheid en de gevonden resultaten. Onderzoek van Van Vugt e.a. (2011a) laat zien dat de mate van modelgetrouwheid van reguliere ACT-teams gecorreleerd is aan positieve uitkomstmaten en het is zeer aannemelijk dat deze bevinding ook geldt voor forensische (F)ACT-teams. Over het geheel genomen kunnen we wel zeggen dat, hoewel er verschillen waren in ontwikkelingsfase en getrouwheid aan het forensisch (F)ACT-model, 91% van de cliënten die in ons onderzoek zijn meegenomen in zorg was van teams die in 2011 minimaal 'voldoende' scoorden op de modelgetrouwheidsschalen voor forensische ACT- en FACT-teams.

Een derde kanttekening is dat cliënten al gemiddeld 15 maanden in zorg waren op het moment dat de eerste ROM-meting plaatsvond. Mogelijk functioneerden zij op dat moment al stabiel en beter dan op het moment van aanmelding. Het is mogelijk dat de grootste verbeteringen zich al in de periode daarvoor hebben voorgedaan; de resultaten voor dakloosheid (24% bij aanmelding ten opzichte van 5% ten tijde van de eerste meting) bevestigen dit vermoeden. Op basis van dit onderzoek kunnen we ook niets zeggen over de resultaten op langere termijn, omdat het aantal meetmomenten binnen dit implementatietraject beperkt was tot twee.

Een vierde kanttekening betreft het feit dat we beschikten over een rijk databestand met veel cliënten en veel (uitkomst)variabelen. Dit is zowel een sterkte als een beperking van ons onderzoek: hoe meer respondenten en hoe meer uitkomstmaten, hoe groter de kans op significante resultaten. Daar komt nog bij dat alle onderzoeksdata aangeleverd zijn door hulpverleners, die de effectgrootte mogelijk overschatten.

Alle uitkomsten overziende, kunnen we constateren dat 12 van de 18 uitgevoerde toetsen (in **TABEL 2**) significant zijn op het 0,05-niveau en dat het patroon in de significanties consistent is: we vinden veranderingen op alle maten behoudens de opnamecijfers. Dit maakt een type 1-fout (het vinden van een verschil dat er in feite niet is) onwaarschijnlijk. Tegelijkertijd constateren we dat de gevonden effectgroottes op de uitkomstvariabelen klein zijn.

Onze laatste kanttekening betreft de non-respons en de uitval van cliënten gedurende de looptijd van het project. Ondanks de hoge respons (79%) valt een selectiebias niet uit te sluiten; mogelijk bevonden zich onder de non-responsgroep meer cliënten die minder goed zouden hebben gereageerd op de behandeling door de forensisch (F)ACT-teams. Een non-responsanalyse hebben we echter niet verricht omdat gegevens over deze groep ontbraken.

Een bescheiden analyse kon wel worden uitgevoerd onder cliënten die gedurende de looptijd van het ROM-project uitvielen. De uitval bleek selectief op onder andere geboorteland: bij cliënten die buiten Nederland geboren waren, ontbrak vaker een vervolgmeting. Omdat we niet weten of de afsluiting succesvol was of niet kunnen we hieraan geen conclusies verbinden.

De teams gaven zelf aan dat zij doorgaans minder goed in staat zijn om cliënten van allochtone afkomst in zorg te houden, en dat dezen eerder geneigd zijn tot 'afhaken', zeker wanneer een forensisch kader niet (langer) aanwezig is. Nader onderzoek naar uitval uit (forensische) (F)ACT-teams is daarom gewenst. Naast etniciteit is daarin ook aandacht voor andere factoren, zoals diagnose, van belang.

BESLUIT

Ondanks de kanttekeningen die we bij dit onderzoek moeten plaatsen, zijn de resultaten ervan bemoedigend. Forensische (F)ACT-teams bereiken bij hun cliënten goede kortetermijnresultaten op psychisch en sociaal-maatschappelijk functioneren en lijken het justitiesysteem te ontlasten. Hieruit maken we op dat forensische (F)ACT-teams, in tegenstelling tot hetgeen Solomon e.a. (1994) concludeerden, een goede balans lijken te kunnen vinden tussen recidivevermindering en aandacht voor persoonlijk en maatschappelijk herstel.

Aangemoedigd door hun ervaringen met forensische (F)ACT in de praktijk participeert een tiental forensische (F)ACT-teams inmiddels opnieuw in een collectieve ROM,

waarin data worden verzameld over delictgevaar, psychisch functioneren, zorggebruik en detenties. Met deze ROM-doorstart hopen wij een belangrijke vraag te kunnen beantwoorden, namelijk of forensische (F)ACT ook op langere termijn de gewenste effecten sorteert. Om de status te verdienen van *evidence based practice* zal naast ROM-onderzoek ook krachtiger effectonderzoek nodig zijn

👉 De (voormalige) forensische (F)ACT-teams van Altrecht, GGZ Drenthe, GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Breburg/VOF Dubbele Diagnose, Lentis, Bouman, De Kijvelanden (het Dok) en GGZ Eindhoven (Woenselse Poort) maakten met hun deelname dit onderzoek mede mogelijk.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-IV). Washington: APA; 1994.
- Cuddeback GS, Morrissey JP, Cusack KJ, Meyer PS. Challenges to developing forensic assertive community treatment. *Am J Psychiatr Rehabil* 2009; 12: 225-46.
- Cusack KJ, Morrissey JP, Cuddeback GS, Prins A, Williams DM. Criminal justice involvement, behavioral health service use, and costs of forensic assertive community treatment: a randomized trial. *Community Ment Health J* 2010; 46: 356-63.
- 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.
- Dickens G, Sugarman P, Walker L. HoNOS-secure: A reliable outcome measure for users of secure and forensic mental health services. *J Forens Psychiatry Psychol* 2007; 18: 507-14.
- Dijk BP van, Mulder CL, Roosenschoon BJ. Nederlandse handleiding voor de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS). Rotterdam: Bavo RNO Groep/GGZ Europort; 2004.
- Jennings JL. Does assertive community treatment work with forensic populations? Review and recommendations. *Open Psychiatr J* 2009; 3: 13-9.
- Morrissey JP, Meyer PS, Cuddeback GS. Extending assertive community treatment to criminal justice settings: origin, current evidence, and future directions. *Community Ment Health J* 2007; 43: 527-44.
- Mulder C, Staring A, Loos J, Buwalda V, Kuijpers D, Sytema S, e.a. De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschr Psychiatr* 2004; 46: 273-84.
- Neijmeijer L, Rijkaart AM, Kroon H. In profiel: De doelgroepen van GGZ en Justitie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Place C, Vugt M van, Neijmeijer L. Literatuurstudie naar de effectiviteit van forensische (F)ACT. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011a.
- Place C, Vugt M van, Kroon H, Neijmeijer L. Modelbeschrijving forensische (F)ACT. Richtlijnen voor de werkwijze en zorgaanbod van forensische ACT- en FACT-teams. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011b.
- Schönberger HJM, Hildebrand M, Spreen M, Bloem O. De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie bij seksuele delinquenten. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de SVR-20, STATIC-99, HKT-30 en PCL-R. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2008.
- Solomon P, Draine J, Meyerson A. Jail recidivism and receipt of community mental health services. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:793-7.
- Solomon P, Draine J. One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. *Evaluation Review* 1995; 19: 256-73.
- Spreen M, Brand, E, Horst, P ter, Willemsen, M en Bogaerts, S. Handleiding HKT-R. Groningen; 2013.
- Thomas SDM, Slade M, McCrone P, Harty M-A, Parrott J, Thornicroft G, e.a. The reliability and validity of the forensic Canberwell Assessment of Need (CanFor): A needs assessment for forensic mental health service users. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008; 17: 111-20.
- Veldhuizen R van, Polhuis D, Bähler M, Mulder M, Kroon M, red. Handboek (flexible) ACT. Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. (2de herz. ed.). Utrecht: De Tijdstroom; 2015.
- Vogel V de. Structures risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. Amsterdam: Dutch University Press; 2005.
- Vries K de, Spreen M. De HKT-30 als instrument voor beslismomenten binnen een tbs-behandeling. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 429-38.

- Vugt MD van, Kroon H, Delespaul PAEG, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, e.a. Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Can J Psychiatry* 2011a; 56: 154-60.
- Vugt MD van, Veldhuizen JR van, Bähler M, Delespaul PH, Huffels N, Mulder CL, e.a. Ontwikkeling van een modelgetrouwheidsschaal voor functie-assertive community treatment (FACT). *Tijdschr Psychiatr* 2011b; 53: 119-24.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. Handleiding HKT-30. Versie 2002.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11-8.

SUMMARY

Forensic (flexible) assertive community treatment: client characteristics and treatment outcomes

L. NEIJMEIJER, J. VERWOERD, M. VAN VUGT, C. PLACE, H. KROON

BACKGROUND (Flexible) Assertive community treatment ((F)ACT) is applied increasingly to forensic psychiatric clients. However, evidence about the effectiveness of forensic (F)ACT is scanty.

AIM To investigate to what extent (subgroups of) clients receiving care from forensic (F)ACT teams show, after a year, changes in their social and psychological functioning and are subjected to fewer justicial outcome measures.

METHOD Between 2009 and 2011, eight forensic (F)ACT teams collected, at two measurement moments separated by an average of 12 months, data relating to client characteristics and outcomes of care. The study involved 202 clients.

RESULTS After a year clients showed significant improvements in psychological and social functioning, and had fewer confrontations with the police and the law. They were detained less often and for shorter periods and were considered to be less likely to reoffend. The number of admissions to mental health care and to addiction and forensic care remained constant.

CONCLUSION Clients with a psychiatric disorder and likely to display criminal behaviour showed improvement while being treated by forensic (F)ACT teams. Further research is needed to prove whether forensic (F)ACT treatment will have the desired effects in the longer term and will enjoy the status of being regarded as evidence based practice.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)4, 212-220

KEY WORDS client characteristics, forensic (flexible) ACT, ROM, treatment results