

Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie

Besluitvorming omtrent de voortgang van de behandeling gebeurt bij een forensisch psychiatrische patiënt doorgaans op basis van geschreven bijdrages van diverse disciplines. Ter ondersteuning van besluitvorming omtrent vrijhedenbeleid (verlofaanvragen en verlengingsadviezen) is het gebruik van risicotaxatie-instrumenten verplicht.

Het doel van een behandel-evaluatie is wezenlijk anders dan dat van een risicotaxatie. In het eerste geval wil het behandelteam weten hoe ver een patiënt in zijn behandeling staat: heeft de huidige behandeling effect, heeft hij nog behandelmodules nodig, hoe heeft hij zich ontwikkeld tot nu toe, et cetera.

Bij een risicotaxatie gaat het om de vraag in hoeverre de patiënt op het taxatiemoment nog delictgevaarlijk wordt geacht in de (nabije) toekomst.

Toch is er ook een verband, omdat het doel van iedere forensisch psychiatrische behandeling het reduceren van delictgevaar behelst. Het gebruik van de klinische schalen van risicotaxatie-instrumenten voor het evalueren van de behandeling, ligt dan ook voor de hand. Ook omdat in (inter)nationaal onderzoek is vastgesteld dat deze klinische indicatoren geassocieerd zijn met recidiverend delictgedrag.

FPC Dr. S. van Mesdag heeft daarom het Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie (IFBE) ontwikkeld. Het IFBE is een gedragsobservatie-instrument, dat gebaseerd is op de 14 klinische indicatoren van het risicotaxatie-instrument 'HKT-R'. Het IFBE is geschikt voor het evalueren en opnieuw vaststellen van een forensisch psychiatrische behandeling door een multidisciplinair team.

Inleiding

Een behandeling in een forensisch psychiatrisch centrum wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team. Dit betekent dat verschillende disciplines in verschillende contexten de patiënt observeren. De informatie vanuit deze verschillende contexten is belangrijk, omdat een patiënt op verschillende plekken verschillend gedrag kan laten zien.

Verschillen of overeenkomsten in gedrag in verschillende contexten zijn in een behandel-evaluatiebespreking (BEB) essentieel, omdat dit iets zegt over in hoeverre een patiënt het (dis)functioneel gedrag generaliseert naar verschillende situaties. Daarnaast zegt het iets over kenmerken van situaties die bij hem specifiek gedrag uitlokken.

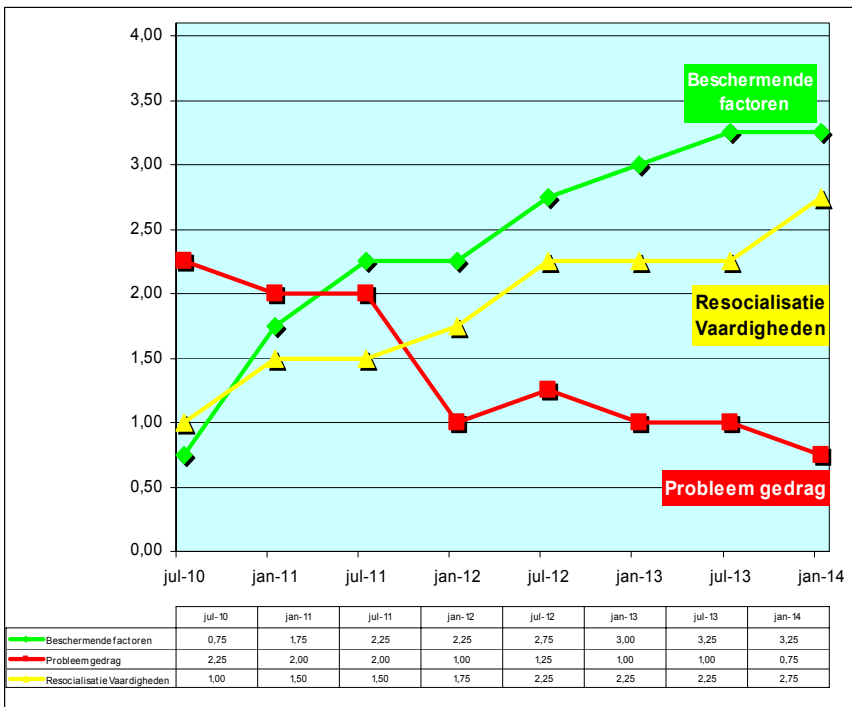
Een voorbeeld is een patiënt die op de arbeid/dagbesteding geen impulsief gedrag laat zien, maar op de woonafdeling juist wel. Door toepassing van het IFBE wordt duidelijk dat dit verschil bestaat, waardoor er tijdens de BEB over gesproken kan worden. Wat maakt dat de patiënt op de arbeid ander gedrag laat zien dan op de woonafdeling? Is er minder druk, zijn de taken helderder, hoe gaan de werkbegeleiders met hem om en kunnen de woonbegeleiders deze werkwijze ook gebruiken? Dit draagt bij aan de professionalisering van het multidisciplinaire team en verhoogt de kwaliteit van de evaluatie en de behandeling.

Het gebruik van dezelfde gestandaardiseerde lijst door alle leden van een multidisciplinair team – met een duidelijke uitleg per gedragsindicator – is efficiënt, omdat elk teamlid weet welk gedrag geobserveerd dient te worden. De patiënt wordt in de verschillende contexten op dezelfde wijze beoordeeld. Een ander voordeel van een gestandaardiseerde lijst is dat er geen indicatoren vergeten worden.

Doordat er altijd van dezelfde lijst gebruik gemaakt wordt kan er ook na een bepaalde periode een vergelijking gemaakt worden. Gedragsverandering kan een langzaam proces zijn. De antwoordschaal van het IFBE is echter zo ontworpen dat deze ook gevoelig is voor kleine veranderingen in relatief korte tijd. Deze veranderingen kunnen met behulp van een statistische $N=1$ -methode formeel vastgesteld worden ter ondersteuning van de discussies in de multidisciplinaire behandelbesprekingen. De patiënt wordt met behulp van deze methode in plaats van met een normgroep, vergeleken met zichzelf op een eerder moment. Dit moment kan de vorige bespreking zijn, maar bijvoorbeeld ook de gedragsmeting tijdens de opnamefase.

De invultijd van een lijst door een lid van het multidisciplinaire team bedraagt gemiddeld 10 minuten en kan worden beschouwd als een acceptabele tijdsinvestering die gemakkelijk in te passen is. Speciale software voor het invullen en verwerken van de IFBE's is op korte termijn beschikbaar. Daarnaast is voor het invullen van het IFBE weinig training vereist. Voor het lezen en interpreteren van het rapport wordt de professional wel geadviseerd de handleiding goed te lezen.

Voorbeeld van de grafische terugkoppeling van gedragsverandering



Het Instrument voor Forensische Behandel Evaluatie (IFBE)

Het IFBE is de behandel-evaluatie-versie van het risicotaxatie-instrument 'HKT-R'. De kern van het IFBE bestaat uit de 14 klinische indicatoren van de HKT-R, die in het kader van de prestatie-indicatoren van de Directie Forensische Zorg vanaf 2015 verplicht zijn gesteld voor de klinische voorzieningen. Daarnaast heeft het IFBE acht extra indicatoren. Dit zijn indicatoren die behandelaars relevant vinden voor het evalueren van een behandeling in een forensisch psychiatrische setting.

Iedere indicator heeft, net als bij de HKT-R, vijf ankerpunten. De indicatoren worden toegelicht door middel van een algemene beschrijving en door beschrijvingen van de ankerpunten. De indicatoren zijn zo ontworpen dat een hoge score betekent dat er veel van het beschreven gedrag wordt waargenomen.

Ankerpunten zijn globale omschrijvingen en kunnen nooit alle specifieke situaties uit de dagelijkse praktijk beschrijven. Daarom is het in het IFBE mogelijk om ook gedrag dat tussen de ankerpunten in valt, te scoren. Tussen de ankerpunten zijn drie opties gegeven: vlak boven en vlak onder het ankerpunt en tussen de twee ankerpunten in. Zo is een 17-puntsschaal ontstaan (zie Figuur 1). Een voordeel van deze 17-puntsschaal is dat deze gevoelig is voor kleinere gedragsveranderingen.

Figuur 1

1 Toont de patiënt probleeminzicht of probleembesef?																		
<p>Een patiënt met een adequaat probleeminzicht weet wat zijn gedrag stuurt, wat zijn individuele valkuilen zijn en wat risicovolle situaties voor hem zijn die kunnen leiden tot terugval. De patiënt past zijn handelen adequaat aan op basis van dit inzicht.</p> <p>Bij probleembesef heeft de patiënt last van de problemen die zijn gedrag oproept (hij beseft dat hij een probleem heeft), maar hij heeft geen inzicht in wat zijn gedrag stuurt of hoe hij invloed op zijn gedrag kan uitoefenen.</p>																		
N.G.I.		0	.	.	.	1	.	.	.	2	.	.	.	3	.	.	.	4
Geen		Weinig				Probleembesef				Enig				Voldoende				
<p>0 Geen probleeminzicht en geen probleembesef, accepteert geen externe controle.</p> <p>1 Geen probleeminzicht en weinig probleembesef.</p> <p>2 Geen probleeminzicht, wel probleembesef maar gedraagt zich niet hiernaar.</p> <p>3 Enig probleeminzicht. Hij handelt er niet altijd naar.</p> <p>4 Voldoende inzicht in de factoren die zijn risicogedrag bepalen en gedraagt zich hiernaar.</p>																		

Op basis van wetenschappelijk onderzoek en vanwege praktische doeleinden zijn de 22 indicatoren van het IFBE ingedeeld in 3 categorieën: Beschermende factoren, Probleemgedrag en Resocialisatievaardigheden. Deze indeling vereenvoudigt de behandelbespreking in het multidisciplinaire overleg.

Beschermende factoren	Probleemgedrag	Resocialisatievaardigheden
Probleeminzicht	Impulsief gedrag	Evenwichtige dagindeling
Meewerken aan de behandeling	Antisociaal gedrag	Arbeidsvaardigheden
Erkennen delict	Vijandigheid	Sociale vaardigheden
Copingvaardigheden	Seksueel grensoverschrijdend gedrag	Zelfredzaamheid
Medicatiegebruik	Manipulatief gedrag	Financiële vaardigheden
Vaardigheden tvv* middelengebruik	Oriëntatie op antisociaal netwerk	
Vaardigheden tvv fysiek agressief gedrag	Schenden van regels en voorwaarden	
Vaardigheden tvv seksueel grensoverschrijdend gedrag	Psychotische symptomen	
	Daadwerkelijk middelengebruik	

* tvv = ter voorkoming van

Betrouwbaarheid

Een aantal psychometrische kwaliteiten van het IFBE is onderzocht en gevalideerd op 232 mannelijke terbeschikkinggestelden met dwangverpleging, die in de periode april 2010 tot en met december 2012 in FPC Dr. S. van Mesdag verbleven. Hieruit kwam onder andere een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, test-hertestbetrouwbaarheid en een goede korte termijn (6 maanden) predictieve validiteit¹.

1 Schuringa, E., Spreen, M., & Bogaerts, S. (2014). Inter-rater and test-retest reliability, internal consistency and factorial structure of the Dutch Instrument for Forensic Treatment Evaluation. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 14, 127-144. doi: 10.1080/15228932.2014.897536

Voordelen van het IFBE

Het IFBE heeft de volgende voordelen:

- Het is een gedragsobservatie-instrument voor alle behandeldisciplines, waardoor een patiënt in diverse contexten op dezelfde gedragskenmerken beoordeeld wordt.
- De kern van het IFBE is gebaseerd op de 14 verplichte K-indicatoren van de HKT-R, zodat de behandeling geëvalueerd wordt in termen van dynamische risicofactoren.
- Door de uitgebreide antwoordschaal, het toepassen van een formele statistische toets en regelmatige afnamen kunnen veranderingen in gedrag beter beargumenteerd worden en wordt het gehele behandelverloop in kaart gebracht.
- Het IFBE draagt bij aan de professionalisering van het multidisciplinaire team.
- Het IFBE vraagt een minimale tijdsinvestering: gemiddeld 10 minuten per lid van het multidisciplinaire team.
- Er is weinig training nodig voor forensische professionals.
- Het IFBE is SMART: Zorgdoelen kunnen SMART geformuleerd worden, want zijn meetbaar en specifiek te maken.
- De verzamelde gegevens kunnen gebruikt worden voor Routine Outcome Monitoring (ROM) doeleinden. Het IFBE is opgenomen in de SBG Minimale Dataset voor forensische psychiatrie.
- Software voor de verwerking van de gegevens is op korte termijn beschikbaar.

