

**Handleiding
en Methodologische Verantwoording**

HKT-R

Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie

Marinus Spreen | Eddy Brand | Paul Ter Horst | Stefan Bogaerts

Handleiding en Methodologische Verantwoording

HKT-R

Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie

Marinus Spreen – Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag, Groningen

Eddy Brand – Dienst Justitiële Instellingen (DJI), Den Haag

Paul Ter Horst – Forensisch Psychiatrische Kliniek De Woenselse Poort, Eindhoven

Stefan Bogaerts – Universiteit Tilburg Forensisch Psychiatrisch Centrum De Kijvelanden, Rotterdam

Met medewerking van:

Sylvia Lammers – FPC Oldenkotte, Rekken

Bernadette Lutjenhuis – FPK de Beuken – Trajectum, Boschoord

Farid Chakhssi – FPC De Rooyse Wissel, Venray

Hanneke Schönberger – EFP, Utrecht

Erwin Schuringa – FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen

Michelle Willems – Universiteit Tilburg

INHOUD

- 5** Voorwoord
- 7** De HKT-R
 - 1 Meetpretentie
 - 2 Het instrument
 - 3 Meetniveau indicatoren
 - 4 Geïndividualiseerd gewogen gestructureerd klinisch eindoordeel
 - 5 Houdbaarheid van het geïndividualiseerde gewogen gestructureerde klinische eindoordeel
 - 6 Voor welke doelgroep?
 - 7 Randvoorwaarden voor de afname
 - 8 Afname HKT-R in vijf stappen
 - 9 Het actuariële risico van cohort 2004 – 2008 op basis van de totaalscore (Tabel)
- 15** Historisch Domein
- 33** Klinisch Domein
- 51** Toekomstig Domein
- 61** Scoreformulieren HKT-R
 - Personalia patiënt
 - Historisch domein
 - Klinisch domein
 - Toekomstig domein
 - Eindscore overzicht en Klinische inschatting
- 82** Afkortingen
- 83** HKT-literatuur
- 85** Contactpersonen trainingen

Bijlage: Van HKT-30 naar HKT-R — Methodologische Verantwoording

Voorwoord

De HKT-Revisie (HKT-R) is de opvolger van de HKT-30 (2002). Vanaf 2005 heeft de werkgroep HKT-R in verschillende samenstellingen gewerkt aan de herziening van de HKT-30. Een belangrijke drijfveer om de HKT-30 te reviseren was: de lijst voor meerdere doeleinden toepasbaar maken. Dit risicotaxatie-instrument ondersteunt het gestructureerd beargumenteren van het risico op gewelddadige recidive bij verlofaanvragen en Ter Beschikking Stelling (TBS-)adviezen. Daarnaast kunnen de Klinische indicatoren van de HKT-R toegepast worden voor Routine Outcome Monitoring (ROM-)metingen, zodat forensische behandelingen geëvalueerd kunnen worden.

Vanaf 2005 hebben meerdere personen bijgedragen aan de totstandkoming van de HKT-R. De leden van de oorspronkelijke werkgroep HKT-Revisie waren: Marinus Spreen (FPC Dr. S. van Mesdag, projectleider), Paul Ter Horst (FPK De Woenselse Poort), Bernadette Lutjenhuis (FPK de Beuken – Trajectum), Farid Chakhssi (FPC De Rooyse Wissel), Sylvia Lammers (FPC Oldenkotte), Hanneke Schönberger (EFP) en Eddy Brand (DJI). Verschillende leesversies zijn door vele professionals uit het forensische veld van commentaar voorzien.

Met financiële ondersteuning uit het innovatiefonds van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en van de Universiteit van Tilburg werd het mogelijk om in twee jaar een grootschalig retrospectief validatieonderzoek te doen onder het landelijk cohort van tbs-patiënten die in de periode 2004 – 2008 onvoorwaardelijk ontslagen werden uit de TBS. De recidivegegevens van dit landelijke cohort zijn verkregen uit de recidivemonitor van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

Het onderzochte landelijke cohort bestond uit N= 347 ex-tbs-patiënten (M/V). Bij deze patiënten werd de tbs-maatregel in de periode 2004 – 2008 opgeheven. Deze patiënten verbleven sinds 2008 in de maatschappij zonder forensisch kader. De dossiers van deze patiënten werden gescoord door studenten psychologie van verschillende universiteiten. Ze werden daarvoor twee weken intensief getraind. Het onderzoek werd op twee locaties verricht. Het eerste jaar bij DJI en het tweede jaar in FPC Dr. S. van Mesdag. Dr. Bouke Wartna van het WODC leverde de werkgroep de recidivecijfers van het onderzochte cohort. Na analyses en samenspraak met diverse behandelaren uit de instellingen stelde een werkgroep de HKT-R vast. De werkgroep bestond uit: projectleider Marinus Spreen, Erwin Schuringa (FPC Dr. S. van Mesdag), Paul Ter Horst (FPK De Woenselse Poort), Stefan Bogaerts (FPC De Kijvelanden/ Universiteit van Tilburg), Michelle Willems (Universiteit van Tilburg) en Eddy Brand (DJI). Evenals bij de HKT-30 (2002) zal de HKT-R zich blijven ontwikkelen: wetenschappelijke kennis neemt toe waardoor inzichten veranderen en aanpassingen noodzakelijk blijken.

Marinus Spreen,
Projectleider Werkgroep HKT-Revisie

Groningen, november 2013

De HKT-R

De HKT-R is de gereviseerde opvolger van de HKT-30. De psychometrische kenmerken van de HKT-R zijn onderzocht en gevalideerd op 347 ex-terbeschikkinggestelden (zowel mannen als vrouwen) waarvan de TBS met dwangverpleging door de rechter onvoorwaardelijk opgeheven werd in de periode 2004 – 2008. Deze groep komt uit het 'landelijk uitstroomcohort ex-terbeschikkinggestelden' 2004 – 2008 van de recidivemonitor van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)¹. Een samenvatting van de onderzoeksresultaten vindt u in de bijlage 'Van HKT-30 naar HKT-R'.

1 Meetpretentie

De HKT-R is een gestructureerd professioneel risicotaxatie-instrument ter ondersteuning van het klinisch gewogen eindoordeel over het risico op geweldadige recidive van forensisch psychiatrische patiënten.

Tot geweldadige recidive behoren alle delicten waarbij geweld of dreiging met geweld tegenover andere personen is gebruikt. Voorbeelden van geweldadige delicten zijn vermogensdelicten met geweld, zware mishandeling, zedendelicten, (poging tot) doodslag, brandstichting met gevaar voor personen en moord. Een gedetailleerd overzicht van de delicten vindt u in de tabel van indicator 'H01 Justitiële Voorgeschiedenis' op pag. 17; geweldadige delicten zijn categorie 5 of hoger.)

¹ Het cohort 2004 – 2008 van de recidivemonitor van het WODC bestaat uit 411 ex-terbeschikkinggestelden. Dit komt omdat het alle beëindigingen van een tbs-maatregel betreft, dus ook wanneer het gaat om TBS met voorwaarden en gemaximeerde TBS.

2 Het instrument

De HKT-R bevat 33 indicatoren: 12 Historische (H), 14 Klinische (K) en 7 Toekomstige (T) indicatoren.

- De H-indicatoren hebben betrekking op de levensgeschiedenis van de patiënt tot aan de arrestatie voor het huidige tbs-indexdelict (het delict waarvoor TBS is opgelegd).
- De K-indicatoren hebben betrekking op het gedrag van de patiënt in de twaalf maanden voorafgaand aan de datum waarop de taxatie verricht wordt.
- De T-indicatoren hebben betrekking op de inschatting van de risico's die zich voor kunnen doen wanneer wordt overgegaan tot verlof, uitbreiding van verlof, doorstromen naar een vervolginstelling en/of wanneer een patiënt per direct zonder toezicht in de maatschappij gaat functioneren.

3 Meetniveau indicatoren

Alle indicatoren worden beoordeeld op een 5-puntsschaal, oplopend van 0 tot 4, waarbij 0 aangeeft dat de indicator voor de patiënt, gegeven de omstandigheden, geen of een zeer laag risico is; score 4 betekent dat er een hoog risico is. De indicatoren en scores worden toegelicht door middel van ankerpunten. Deze zijn een richtinggevende referentie voor het bepalen van de score van een indicator.

Opgemerkt dient te worden dat de ankerpunten niet alle specifieke situaties kunnen beschrijven. Als de situatie die u moet beoordelen afwijkt van de anker tekst, dient u in de geest van de indicatoromschrijving te scoren: 0 = geen risico, 2 = een matig risico en 4 = een hoog risico.

4 Geïndividualiseerd gewogen gestructureerd klinisch eindoordeel

De HKT-R is bedoeld ter ondersteuning van het geïndividualiseerde gewogen gestructureerde klinische eindoordeel over het risico op gewelddadige recidive voor de (vervolg)situatie met of zonder professioneel toezicht van een individuele patiënt. Het eindoordeel is:

- geïndividualiseerd, omdat de specifieke individuele en contextuele omstandigheden van de patiënt meegenomen dienen te worden in het eindoordeel;
- gestructureerd, omdat standaard alle 33 indicatoren dienen te worden ingevuld;
- gewogen, omdat:
 - alle 33 indicatoren individueel, of in combinatie met elkaar, een relatie kunnen hebben met het delictrisico van de patiënt;
 - de specifieke individuele en contextuele omstandigheden van de patiënt meegewogen worden in relatie tot het delictrisico;
 - het actuariële delictrisico op basis van de totaalscore (zie Tabel 1, pag. 11) wordt meegewogen;
- klinisch omdat het gaat om veranderingen in gedrag die gerelateerd worden aan toe- of afname van risicovol gedrag.

(Vervolg) situaties met professioneel toezicht zijn ondermeer Regionale Instellingen voor Begeleid Wonen (RIBW), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en haar instellingen, instellingen voor verstandelijk beperkten, et cetera. Met een situatie zonder professioneel toezicht wordt zelfstandig functioneren in de maatschappij bedoeld.

Een geïndividualiseerd gewogen gestructureerd klinisch eindoordeel wordt nooit alleen bepaald door de risico-indicatoren van de HKT-R. Ook mogelijke beschermende factoren, individuele en contextuele omstandigheden, het

actuariële risico en de taxatiesituatie vormen een onderdeel van het totaal. Alle onderdelen worden meegewogen bij het bepalen van het eindoordeel, waarbij de uitkomst beargumenteed weergegeven dient te worden in één van de vijf onderstaande categorieën:

1. Laag
2. Laag tot matig
3. Matig
4. Matig tot hoog
5. Hoog

5 Houdbaarheid van het geïndividualiseerde gewogen gestructureerde klinische eindoordeel

Het geïndividualiseerde gewogen gestructureerde klinische eindoordeel met betrekking tot het risico op gewelddadige recidive op basis van de HKT-R heeft een maximale geldigheidsduur van twaalf maanden. Na twaalf maanden dienen de Klinische en Toekomstige indicatoren opnieuw getaxeerd te worden. Indien er voor het verstrijken van deze tijdstermijn sprake geweest is van een gewelddadig incident moet opnieuw getaxeerd worden.

6 Voor welke doelgroep?

De HKT-R is geschikt voor gebruik bij mannelijke plegers van geweldsdelicten en bij mannelijke patiënten met psychotische kwetsbaarheid, persoonlijkheidsstoornissen en/of patiënten met beide diagnoses.

De HKT-R is niet geschikt voor vrouwelijke en mannelijke zedendelinquenten met minderjarige slachtoffers. De groepaders uit het cohort 2004 – 2008 met deze delictachtergrond recidiveerden niet gewelddadig na een gemiddelde 'time at risk' van vijf jaar. Validatie van de HKT-R op deze doelgroep

was hierdoor niet mogelijk. De psychometrische kenmerken van de HKT-R zijn onderzocht voor het 'landelijk uitstroomcohort ex-terbeschikkinggestelden' 2004 – 2008.

7 Randvoorwaarden voor de afname

1. Voor het invullen van de HKT-R wordt gebruik gemaakt van verschillende onafhankelijke informatiebronnen zoals justitiële en klinische dossiers, behandelrapportages, gesprekken met de patiënt, gesprekken met (vorige) behandelaars, het sociale netwerk en dergelijke.
2. Aanbevolen wordt om de indicatoren van de HKT-R minimaal met twee taxateurs van verschillende disciplines in te vullen. De eerste is de professional (de hoofdbehandelaar van de patiënt) die de afgelopen twaalf maanden een behandelrelatie met de patiënt heeft gehad en de tweede professional (diagnosticus, onderzoeker of behandelaar van een andere afdeling) die geen directe behandelrelatie met de patiënt heeft. De taxateurs vullen de HKT-R onafhankelijk van elkaar in en komen op basis van een consensusbespreking tot de uiteindelijke vaststelling van de scores op de HKT-R en het geïndividualiseerde gewogen gestructureerde klinische eindoordeel.
3. Iedere taxateur heeft kennis van de base-rate (prevalentie) van gewelddadige en niet-gewelddadige recidive na beëindiging van de tbs-maatregel (zie de bijlage 'Van HKT-30 naar HKT-R').

8 Afname HKT-R in vijf stappen

De beoordeling van het recidiverisico aan de hand van de HKT-R bestaat uit vijf stappen.

STAP 1 BEOORDELEN VAN DE HISTORISCHE INDICATOREN

De Historische indicatoren hebben betrekking op de levensgeschiedenis van de patiënt tot aan de arrestatie voor het huidige tbs-indexdelict (het delict op grond waarvan de huidige TBS is opgelegd). Bruikbare informatiebronnen voor dit domein zijn het Uittreksel Justitiële Documentatie, pro-justitia-rapportages, reclasseringsrapporten, diagnostische rapporten van eerdere hulpverleningsinstellingen, et cetera. Omdat de Historische indicatoren veelal vastgesteld worden gedurende de instroomfase in de forensische instellingen, is ook diagnostische informatie uit de eigen instelling waardevol.

In de regel zijn de scores op de Historische indicatoren onveranderbaar, nadat deze voor de eerste keer zijn vastgesteld. Incidenteel komt het voor dat er gedurende de behandeling nieuwe informatie over het verleden van de patiënt, voorafgaand aan het tbs-indexdelict, beschikbaar komt. Indien deze informatie van invloed is op de score van de H-indicatoren, dienen deze in consensus – met terugwerkende kracht (ook in de databases) – aangepast te worden.

STAP 2 BEOORDELEN VAN DE KLINISCHE INDICATOREN

De Klinische indicatoren worden beoordeeld op basis van het gedrag van de patiënt over de twaalf maanden voorafgaand aan de taxatie. Bij de beoordeling (het scoren) van de indicatoren dient u uit te gaan van het gemiddelde gedrag van de patiënt gedurende de gehele periode. Indien er sprake geweest is van een gewelddadig incident dient u te scoren over de periode vanaf de voorgaande taxatie. Voorbeeld: Indien een patiënt in het begin van de periode zeer impulsief gedrag

vertoonde, maar de laatste drie maanden niet meer, dient u bij de beoordeling van de indicator rekening te houden met de gehele periode. Bruikbare informatiebronnen voor het beoordelen van de Klinische indicatoren zijn onder andere dagrapportages, maandelijkse (wettelijke) aantekeningen, multidisciplinaire rapportages, verlofaanvragen en verlengingsadviezen, gesprekken met de patiënt, gesprekken met zijn behandelaars, netwerkleden, en dergelijke.

STAP 3 BEOORDELEN VAN DE TOEKOMSTIGE INDICATOREN

De Toekomstige indicatoren hebben betrekking op de inschatting van de risico's die zich voor zouden kunnen doen wanneer wordt overgegaan tot A) verlof, uitbreiding van verlof, doorstroom naar een vervolginstelling en/of B) een situatie waarin de patiënt per direct op zichzelf aangewezen in de maatschappij zou moeten functioneren. Voor beide situaties dient de beoordelaar zich af te vragen of er voldoende geregeld is met betrekking tot allerlei relevante praktische zaken (zoals verblijf, financiën en dagbesteding) en in hoeverre de patiënt beschikt over voldoende vaardigheden om dit zelf te regelen en risicovolle situaties adequaat te hanteren.

De inschatting van het risico kan beoordeeld worden aan de hand van twee situaties:

- A. Met professioneel toezicht.
- B. Zonder professioneel toezicht.

Informatiebronnen die voor de beoordeling van de Toekomstige indicatoren gebruikt kunnen worden zijn: afspraken over de verdere behandeling met vervolgfdelingen of instellingen en informatie over de mate waarin de patiënt bereid is deze na te leven. Ook informatie over de wijze waarop de patiënt omgaat met zijn financiën, dagbesteding, netwerkcontacten, huisvesting en dergelijke kan informatief zijn.

STAP 4 CONSENSUSBESPREKING

Tijdens de consensusbespreking worden de factoren die een rol speelden tijdens het delict vastgesteld. Daarna worden de klinisch dynamische indicatoren die in relatie staan tot delictgedrag – zo mogelijk in hiërarchie (score 1, 2 enzovoort) – naar ernst, onderscheiden (zie daartoe Positie in Risico Management (PRM-)velden in de scoresheets). Hierna wordt de definitieve score per indicator vastgesteld. Gedragsvoorbeelden worden op het scoreformulier beschreven ter onderbouwing van de score. Deze onderbouwing kan later nog van pas komen bij de evaluatie van de behandeling, het aanvragen van verlof of het uitbrengen van een tbs-advies.

STAP 5 VASTSTELLEN VAN HET GEÏNDIVIDUALISEERDE GEWOGEN GESTRUCTUREERDE KLINISCHE EINDOORDEEL MET BETREKKING TOT HET RECIDIVERISICO

Nadat de consensuscores voor de individuele indicatoren vastgesteld zijn, wordt het geïndividualiseerde gewogen gestructureerde klinische eindoordeel met betrekking tot het risico op gewelddadige recidive vastgesteld. Het geïndividualiseerde gewogen gestructureerde klinische eindoordeel wordt gebaseerd op:

- scores op de indicatoren van de HKT-R en de onderbouwing daarvan;
- informatie over specifieke individuele en contextuele omstandigheden van de patiënt;
- de tabel met het actuariële risico op basis van de totaalscore (Tabel 1, pag. 11).

Voor het bepalen en verantwoorden van het risiconiveau wordt per taxatiesituatie beargumenteerd welke indicatoren of combinaties van indicatoren van de HKT-R risicovol geacht worden voor de patiënt. Een eindoordeel wordt nooit alleen

bepaald door de risico-indicatoren van de HKT-R. Ook mogelijke beschermende factoren, individuele en contextuele omstandigheden, het actuariële risico en de taxatiesituatie vormen een onderdeel van het totaal. Alle onderdelen worden meegewogen bij het bepalen van het eindoordeel, waarbij de uitkomst één van de vijf volgende risiconiveaus is:

1. Laag
2. Laag tot matig
3. Matig
4. Matig tot hoog
5. Hoog

9 Het actuariële risico van cohort 2004 – 2008 op basis van de totaalscore (Tabel)

Ter ondersteuning van het eindoordeel kan Tabel 1 gebruikt worden.

In Tabel 1 zijn de HKT-R totaalscores van N= 242 mannelijke geweldsdelinquenten (inclusief zedendelicten met volwassenen) van het cohort 2004 – 2008 onderverdeeld in drie risicocategorieën: laag, matig en hoog. Deze indeling is gebaseerd op de gemiddelde prevalentie van ernstige recidive na een 'time at risk' van vijf jaar van cohort 2004 – 2008, volgens de recidivemonitor van het WODC². De gemiddelde prevalentie van ernstige recidive na vijf jaar bij dit cohort was ongeveer 30%. Dit prevalentiecijfer wordt ook teruggevonden in het WODC-cohort 1999 – 2003.

Op basis van dit gegeven is de top 15% hoogste scores van de HKT-R totaalscores gelabeld als HOOG, de volgende 15% hoogste scores als MATIG en de overige 70% van de scores als LAAG³. Vervolgens is gekeken naar het percentage gewelddadige recidivisten in deze drie categorieën. In onderstaande tabel staat, per risicocategorie, het percentage gewelddadige recidivisten van het onderzochte cohort ex-tbs-patiënten, die op 11 juli 2011 gemiddeld 5,2 jaar zonder TBS gefunctioneerd hebben.

Categorie	HKT-R totaalscore	Percentage recidivisten (N)	Aantal patiënten
Laag	0 – 42	16 (N= 26)	162
Matig	43 – 54	26 (N= 10)	38
Hoog	55 of hoger	52 (N= 22)	42
Totaal		24 (N= 58)	242

Tabel 1. Het actuariële risico van cohort 2004 – 2008 op basis van HKT-R totaalscore

Tabel 1 wordt als volgt gelezen. Indien de totaalscore lager is dan 43, dan blijkt dat van de N= 162 mannelijke geweldsdelinquenten (inclusief zedendelicten met volwassenen) van cohort 2004 – 2008 16% (N= 26) gerecidiveerd is door een gewelddadig delict te plegen. In de categorie Matig recidiveerde 26% (N= 10) van de N= 38 mannelijke geweldsdelinquenten en in categorie Hoog recidiveerde 52% (N= 22) van de 42 mannelijke geweldsdelinquenten.

² Bregman, I.M. & Wartna, B. (2011) *Recidive TBS 1974 – 2008. Ontwikkeling in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: WODC. Fact sheet 2011-6

³ De categoriegrenzen zijn vastgesteld aan de hand van een bias-corrected-and-accelerated-bootstrap steekproef van N= 1000. Hiervoor werd de laagste waarde van het 99% betrouwbaarheidsinterval van het 85e en 70e percentiel (top 15% hoogste en 30% hoogste scores) genomen. Dit houdt in dat de ware categoriegrenzen voor 99% kans in dit interval liggen. Zie: Good, P. I. (2006). *Resampling Methods. A Practical Guide to data Analysis*. Birkhäuser Boston, 3rd edition.

VOORBEELD

Stel dat u een patiënt getaxeerd hebt en dat de HKT-R totaalscore 60 is geworden. Volgens de tabel behoort deze patiënt tot de risicogroep HOOG. Echter, de tabelgegevens zijn berekend op basis van groepsgegevens. Voor het individualiseren van het recidiverisico dient u de individuele context van de patiënt in ogenschouw te nemen. Heeft de patiënt bijvoorbeeld specifieke factoren die het recidiverisico doen afnemen, zoals een adequaat risicomanagement, een prosociaal netwerk of een vast inkomen. Ook andere factoren zoals medicatiegebruik, fysieke gesteldheid, leeftijd en dergelijke dient u mee te nemen in uw eindoordeel. U kunt nu gestructureerd beargumenteren waarom uw patiënt op basis van uw weging van de individuele en contextspecifieke kenmerken mogelijk in een andere categorie valt. Vervolgens kunt u uw gestructureerde gewogen klinische eindoordeel bij- of vaststellen.

N.B. Patiënten met een hoog risico volgens de tabel kunnen een laag risico op gewelddadige recidive krijgen en patiënten met een laag risico kunnen een hoog risico op gewelddadige recidive krijgen door uw klinische eindoordeel. De tabel biedt nooit een absoluut oordeel. Het is de verantwoordelijkheid van de beoordelaar om – op basis van klinische weging van individuele en contextspecifieke factoren, die het risico op gewelddadige recidive doen toe- of afnemen – de situatie van zijn patiënt juist te beoordelen en daarmee recht te doen aan de patiënt.

Tijdsdomein H

het Historische Domein

Alle indicatoren van dit tijdsdomein (H01 tot en met H12) hebben betrekking op de levensperiode van de patiënt tot aan de arrestatie voor het huidige tbs-indexdelict (het delict op grond waarvan de TBS is opgelegd).

H01 JUSTITIËLE VOORGESCHIEDENIS

Voor het bepalen van de ernst van de justitiële voor- geschiedenis wordt gekeken naar het aantal verschillende typen delicten waarvoor de patiënt in zijn levensgeschiedenis is veroordeeld. Voor het bepalen van het aantal verschillende typen delicten (inclusief tbs-indexdelict) worden alle veroordelingen en septs voortkomend uit formele justitiële contacten meegerekend. Gebruik hiertoe indien beschikbaar het Uittreksel Justitiële Documentatie (UJD). Er worden in totaal twaalf categorieën delicten onderscheiden⁴.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Tel het aantal verschillende categorieën (zie pag. 17) waarbinnen de patiënt één of meerdere delicten heeft gepleegd.
- Het indexdelict wordt hierbij meegerekend.
- Boetes, schadevergoedingen of drugsbezit worden alleen meegerekend indien deze zijn vastgelegd in een formele veroordeling.
- In één veroordeling kunnen verschillende typen delicten voorkomen (bijvoorbeeld verkrachting, diefstal en mishandeling). Elk van deze delicten dient apart te worden meegerekend.
- Een sepot wegens gebrek aan bewijs wordt niet meegerekend.

Vul op het scoreformulier 'Indicator H01' in aan de hand van de volgende indeling:

- 0** – De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 1 categorie.
- 1** – De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 2 verschillende categorieën.
- 2** – De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 3 verschillende categorieën.
- 3** – De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 4 verschillende categorieën.
- 4** – De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 5 of meer verschillende categorieën.

⁴ Deze indeling is gebaseerd op Brand, E.F.J.M. (2005). *Onderzoeksrapport PIJ-Dossiers 2003C*. Den Haag, DJI.

Categorie 1: Overtreding verkeer en ordeverstoring

Tot deze categorie behoren alle veroordelingen en sepots naar aanleiding van overtredingen uit het Wetboek van Strafrecht en de Wegenverkeerswet (Wvw), zoals zonder kaartje rijden (Wvw 70 lid 1), rijden zonder rijbewijs (Wvw 107 lid 1), rijden zonder verzekering (Wvw 30, lid 1). Ordeverstoringen (tussen haakjes artikelen van Wetboek van Strafrecht) zijn o.a. opruiing (131), opzettelijk beledigen vanwege ras, geaardheid, etc. (137c), huisvredebreuk (138), lokaalvredebreuk (139), opzettelijke verstoring openbare orde (142), weerspannigheid zonder letsel (180), belemmeren rechtsgang (184), schennis van de eerbaarheid (239), afbeelding of voorwerp tonen aanstotelijk voor de eerbaarheid (240), smaad (261), belediging van een ambtenaar (266), baldadigheid op openbare weg (424), in dronkenschap orde verstoren (426), overtreding richting openbaar gezag (447), dronkenschap op de openbare weg (461) en het afsteken van vuurwerk buiten de toegestane tijden (2.3.6 Vuurwerkbesluit).

Categorie 2: Druggerelateerde delicten

Tot deze categorie behoren alle veroordelingen en sepots voor overtredingen en misdrijven uit de Opiumwet (Opw), zoals het telen van cannabis zonder toestemming (Opw art.10), drugsbezit (Opw 11), handel in drugs (Opw 11a).

Categorie 3: Vernieling van goederen

Tot deze categorie behoren alle veroordelingen en sepots betreffende vernieling van goederen (sr 350).

Categorie 4: Vermogen en profijt

Tot deze categorie behoren alle veroordelingen en sepots betreffende vermogensdelicten, zoals valse aangifte (188), meeneed (207), munten of biljetten vervalsen (208, 209), valsheid in geschrifte (225), vervalsing van reisdocumenten (231), diefstal/inbraak (310, 311), verduistering (321,322), bedrog (326), opzetheling (416,417), drukken van vals bewijs (420), etc.

Categorie 5: Middelzwaar geweld en wapenbezit

Binnen deze categorie vallen veroordelingen voor middelzwaar geweld, zoals lid zijn van een criminele organisatie (140), openlijk in vereniging plegen van geweld tegen personen of goederen (141), brandstichting met gevaar voor goederen (157 lid 1), weerspannigheid tegen gezag met letsel tot gevolg (181 lid1, 182 lid 1, 182 lid 2), hulp bij ontsnapping (191), bedreiging (284), bedreiging met

geweld, of aanranding, of mishandeling (285), eenvoudige mishandeling (300 lid 1), gebouw of vaartuig vernielen (352). Tot deze categorie behoren tevens alle veroordelingen voor misdrijven uit de Wet Wapens en Munitie (WWM), zoals verboden wapenbezit en wapenhandel.

Categorie 6: Vermogen met geweld

Tot deze categorie behoren vermogensdelicten waarbij geweld is gebruikt, zoals diefstal met geweld of bedreiging (312) en afpersing met geweld of bedreiging (317).

Categorie 7: Zwaar geweld

Tot deze categorie behoren zware geweldsdelicten, zoals weerspannigheid tegen gezag met zwaar letsel tot gevolg (181 lid 2 en 3), vrijheidsberoving (282), mishandeling met zwaar lichamelijk letsel als gevolg (300 lid 2 en 3), opzettelijk zwaar lichamelijk letsel toebrengen (302), zware mishandeling met voorbedachten rade (303).

Categorie 8: Zeden

Tot deze categorie behoren zedendelicten met volwassen slachtoffers, zoals verkrachting (242), gemeenschap met bewusteloze of geestelijke gestoorde (243), aanranding onder bedreiging of geweld (246), onmachtige verleiden tot plegen of dulden van ontucht (247), seksueel delict plus lichamelijk letsel (248).

Categorie 9: Zeden (minderjarig slachtoffer)

Tot deze categorie behoren zedendelicten met minderjarige slachtoffers, zoals gemeenschap met persoon beneden de 12 jaar (244), gemeenschap met persoon tussen 12 en 16 jaar, ontucht met minderjarige (249) en het dwingen van een minderjarige tot seksuele handelingen met een derde (250).

Categorie 10: Doodslag

Tot deze categorie behoren veroordelingen voor doodslag (het opzettelijk een ander van het leven beroven) (287).

Categorie 11: Brand

Tot deze categorie behoren veroordelingen voor brandstichting met gevaar voor personen (157 lid 2), eventueel leidend tot de dood van het slachtoffer (157 lid 3).

Categorie 12: Leven extra (moord met voorbedachte rade)

Tot deze categorie behoren veroordelingen voor doodslag begeleid door een strafbaar feit: voorbereid of vlucht (288) en moord met voorbedachten rade (289).

H02 SCHENDING VAN VOORWAARDEN BETREFFENDE BEHANDELING EN TOEZICHT

Bij deze indicator wordt bekeken in hoeverre de patiënt gedurende de voorgeschiedenis voorwaarden binnen een juridisch kader heeft geschonden. Hierbij gaat het zowel om het schenden van voorwaarden bij een voorwaardelijk vonnis in het verleden, als om het schenden van verplichtende afspraken met de patiënt betreffende de uitvoering van gedwongen behandeling in een ambulante of klinisch (forensisch) psychiatrische instelling of jeugdinstelling. Ook het niet nakomen van afspraken met de reclassering wordt hier meegenomen. Schendingen van voorwaarden kunnen voorkomen bij een Schorsing preventieve hechtenis (Art. 80), IBS, ISD, RM, OTS, PIJ of TBS met voorwaarden. Ook schendingen gedurende de proeftijd na een veroordeling worden meegerekend.

Bij deze indicator dient te worden bepaald hoeveel verschillende typen schendingen voorkomen in de levensgeschiedenis van de patiënt.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Tel het aantal verschillende typen (zie pag. 19) schendingen die de patiënt in de voorgeschiedenis heeft gepleegd.
- Indien een patiënt in zijn voorgeschiedenis geen maatregel binnen een gedwongen/juridisch kader gehad heeft, dan wordt een 0 gescoord.

Vul op het scoreformulier 'Indicator H02' in volgens de volgende indeling:

- 0 – Wel een maatregel binnen een gedwongen/juridisch kader, maar geen schending in voorgeschiedenis of er is in de voorgeschiedenis nooit sprake geweest van een maatregel binnen een gedwongen/juridisch kader.
- 1 – In de voorgeschiedenis komt 1 type schendingen voor.
- 2 – In de voorgeschiedenis komen 2 typen schendingen voor.
- 3 – In de voorgeschiedenis komen 3 typen schendingen voor.
- 4 – In de voorgeschiedenis komen 4 of meer typen schendingen voor.

Type 1: Weglopen

Hier gaat het om schendingen, zoals onttrekking aan het toezicht tijdens een verlof, te laat of niet terugkomen van een verlof, wegllopen van een open instellingsterrein of een ontvluchting uit een instelling.

Type 2: Weigeren

Hier gaat het om schendingen als het weigeren van behandelactiviteiten die tot de voorwaarden behoren en het weigeren van of stoppen met (verplichte) medicatie, zoals antipsychotica of libidoremmende medicatie.

Type 3: Middelen

Hier gaat het om aan middelen gerelateerde schendingen, zoals het verboden gebruik van drugs en/of alcohol en smokkel en/of handel in drugs en/of alcohol binnen een instelling.

Type 4: Afspraken

Hier gaat het om schendingen, zoals het niet komen opdagen bij afspraken en/of het niet nakomen van afspraken met de reclassering of ambulante instelling.

Type 5: Ordeverstoring

Hier gaat het om ernstige ordeverstoringen binnen een instelling, zoals fysieke agressie tegen medewerkers of medepatiënten, ernstige verbale agressie en fysieke agressie tegen objecten. Ook (criminele) activiteiten binnen een instelling, zoals het in bezit hebben of smokkelen van wapens, kinderporno en gsm's behoren tot dit type.

N.B. Smokkel en handel in drugs en/of alcohol horen bij type 3.

Type 6: Proeftijd

Hier gaat het om schendingen van voorwaarden in de proeftijd na een veroordeling.

Type 7: Andere schendingen

Hier gaat het om alle andere schendingen van voorwaarden die niet behoren tot de andere typen.

H03 LEEFTIJD EERSTE VEROORDELING

Uit onderzoek blijkt dat er een verband bestaat tussen de leeftijd van de eerste veroordeling en gewelddadige recidive na een behandeling. Hoe jonger de patiënt was ten tijde van de eerste veroordeling, hoe hoger het risico op recidive na een behandeling. Andersom geldt ook: hoe ouder de patiënt ten tijde van de eerste veroordeling, hoe lager het risico op recidive na een behandeling.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Bij deze indicator gaat het om de eerste veroordeling in de levensgeschiedenis van de patiënt waarvan melding is gemaakt in rapportages of interviews.
- Bepaal de leeftijd van de patiënt bij de eerste veroordeling. Dit hoeft niet per se een gewelddadig delict te zijn.

Vul op het scoreformulier 'Indicator H03' in volgens de volgende indeling:

- 0** – Patiënt was 31 jaar of ouder.
- 1** – Patiënt was 19 of ouder, maar jonger dan 31.
- 2** – Patiënt was 16 of ouder, maar jonger dan 19 jaar.
- 3** – Patiënt was 13 of ouder, maar jonger dan 16 jaar.
- 4** – Patiënt was jonger dan 13 jaar.

NB. Indien er in de levensgeschiedenis van de patiënt wel politie-contacten zijn geweest vóór de eerste veroordeling, dan kunt u deze informatie meewegen in uw klinisch eindoordeel indien relevant.

H04 TYPE SLACHTOFFER

Met indicator H01 Justitiële voorgeschiedenis wordt de variëteit van de soorten gepleegde delicten van de patiënt in kaart gebracht. Bij veroordelingen voor gewelds- en zedendelicten is er sprake van slachtoffers; soms zijn dit alleen bekenden van patiënt, soms alleen onbekenden en soms zowel bekenden als onbekenden. Het aantal bekende en/of onbekende slachtoffers van geweldsdelicten in de voorgeschiedenis kan worden opgevat als een indicatie van de mate van onbeheersbaar gewelddadig gedrag van een patiënt.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Bij deze indicator gaat het om fysiek (seksueel) gewelddadig gedrag in de levensgeschiedenis van de patiënt tegen personen waarvoor patiënt veroordeeld is, zoals moord, doodslag, mishandeling, verkrachting, overval met geweld, inbraak met geweld en seksuele handelingen met (eigen) kinderen.
- Bekende slachtoffers zijn personen van wie de patiënt weet wie het zijn, zoals partners, familie, buren, collega's, buurtgenoten en therapeuten.
- Onbekende slachtoffers zijn slachtoffers van wie de patiënt niet weet wie het zijn.
- Bepaal per veroordeling het type en aantal slachtoffers.

Vul op het scoreformulier 'Indicator H04' in volgens de volgende indeling:

- 0 – In de veroordelingen van de voorgeschiedenis heeft geen fysiek of seksueel geweld tegen personen plaatsgevonden.
- 1 – In de veroordelingen van de voorgeschiedenis heeft de patiënt fysiek of seksueel geweld tegen één persoon gebruikt. Dit kan ofwel een bekende ofwel een onbekende van hem zijn.
- 2 – In de veroordelingen van de voorgeschiedenis heeft de patiënt fysiek of seksueel geweld tegen twee of meer personen gebruikt. Alle slachtoffers waren bekenden van de patiënt.
- 3 – In de veroordelingen van de voorgeschiedenis heeft de patiënt fysiek of seksueel geweld tegen twee of meer personen gebruikt. Alle slachtoffers waren onbekenden van de patiënt.
- 4 – In de veroordelingen van de voorgeschiedenis heeft fysiek of seksueel geweld tegen zowel bekenden als onbekenden plaatsgevonden.

H05 NETWERKINVLOEDEN

Met behulp van deze indicator wordt geïnventariseerd in hoeverre de patiënt zich gedurende zijn levensloop (tot aan het plegen van het indexdelict) liet beïnvloeden door netwerkleden uit het criminele milieu en/of personen of organisaties die geweld goedkeuren of vergoelijken. Het aangaan en onderhouden van relaties met personen met een criminele en/of antisociale levenswijze wordt als risicovol gezien. Ook het hebben van ouders die criminele gedragingen vergoelijken of aanmoedigen kan als risicovol gezien worden. Soms behoren netwerkleden tot subculturen die meer dan gemiddeld bekend staan om hun negatieve invloed, voorbeelden zijn: Hell's Angels, radicale milieuactivisten, sekteleden, skinheads, hooligans, jeugdbendes en kinderporno netwerken.

Vul op het scoreformulier 'Indicator H05' in volgens de volgende indeling:

- 0** – Patiënt had een prosociale oriëntatie en/of een prosociaal netwerk.
- 1** – Tussen 0 en 2.
- 2** – Patiënt liet zich deels negatief beïnvloeden door criminele of antisociale netwerkleden, patiënt liet zich ook deels positief beïnvloeden door prosociale netwerkleden.
- 3** – Tussen 2 en 4.
- 4** – Patiënt richtte zich voornamelijk op criminele of antisociale netwerkleden die zijn crimineel gedrag negatief beïnvloedden.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Bepaal welke personen in de levensgeschiedenis belangrijk voor patiënt waren.
- Bepaal welke personen een prosociale of antisociale invloed op de patiënt hadden.
- Bepaal in hoeverre patiënt zich liet beïnvloeden en door wie.
- Voor patiënten die wel prosociale steun ontvingen (bijvoorbeeld familie wilde helpen) maar hier niets mee deden, scoort u minstens een 3.
- Voor patiënten die zich helemaal niet lieten beïnvloeden door hun omgeving, de zogenoemde 'einzegängers', scoort u minstens een 3.

H06 GEDRAGSPROBLEMEN VOOR HET TWAALFDE LEVENJAAR

Bij deze indicator gaat het specifiek om de vraag of patiënt vóór zijn twaalfde levensjaar externaliserende gedragsproblemen heeft vertoond, zoals blijkt uit diverse situaties. Het gaat hierbij om concreet gedrag, zoals schoolabsentie, schorsingen, doublures, gewelddadig impulsief gedrag, diefstal, onbeheersbaarheid, ADHD-problematiek, pestgedrag en seksueel georiënteerd (deviant) gedrag.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Beoordeel of er in de eerste twaalf levensjaren van patiënt externaliserend probleemgedrag voorkwam en wat de gevolgen hiervan waren.
- Niet beoordeeld wordt internaliserende, neurotische problematiek, zoals verlegenheid, sociale angst en lage zelfwaardering.

Vul op het scoreformulier 'Indicator H06' in volgens de volgende indeling:

- 0 – Tijdens de eerste twaalf levensjaren was er geen sprake van gedragsproblemen.
- 1 – Gedragsproblematiek wordt wel genoemd, maar dit wordt verder niet toegelicht of beschreven.
- 2 – Gedragsproblemen, geen gewelddadig gedrag, wel verbaal oppositioneel gedrag.
- 3 – Gedragsproblemen (met of zonder geweldpleging) die geleid hebben tot ernstige problemen in de omgang met anderen, bijvoorbeeld op school of binnen het gezin.
- 4 – Zodanig ernstige gedragsproblemen (met of zonder geweldpleging) dat deze aanleiding vormden tot ondertoezichtstelling en/of uithuisplaatsing.

H07 SLACHTOFFER VAN GEWELD IN JEUGD (TOT 18^e JAAR)

Naast het feit dat er sprake kan zijn van specifieke gedragsproblemen in de jeugd (zie H06) is het van belang om eventueel slachtofferschap van vormen van mishandeling en verwaarlozing, inclusief het getuige zijn van mishandeling, gedurende de eerste achttien levensjaren te achterhalen. Naast het feit dat deze kennis van belang is om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van het interpersoonlijk contact van de patiënt in het heden, is deze informatie ook relevant voor de voorspelling van toekomstig antisociaal en/of gewelddadig gedrag.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Mishandeling wordt gedefinieerd als emotioneel, fysiek of seksueel grensoverschrijdend gedrag tegen patiënt.
- Verwaarlozing wordt gedefinieerd als fysieke, emotionele of pedagogische verwaarlozing door de opvoeders. Hiervan is sprake indien niet tegemoet werd gekomen aan belangrijke basisbehoeften van de patiënt. Voorbeelden hiervan zijn dat patiënt al op jonge leeftijd alleen thuis werd gelaten, structureel te weinig, slechte of onregelmatig voeding kreeg, rondliep in kapotte of te kleine kleding, onvoldoende medische zorg kreeg of systematisch geen aandacht of genegenheid kreeg. Ook het extreem verwennen van de patiënt door de opvoeder(s) of het niet stellen van grenzen door de opvoeder(s) wordt gezien als verwaarlozing.
- Indien patiënt langdurig en/of veelvuldig gepest werd en hier zichtbaar onder heeft geleden, kan dit opgevat worden als een vorm van mishandeling.
- Indien patiënt meerdere malen getuige is geweest van (seksueel) geweld, kan dit gezien worden als chronische mishandeling.
- Beoordeel of patiënt in zijn jeugd (tot aan het achttiende levensjaar) slachtoffer is geweest van mishandeling en/of verwaarlozing.

Vul op het scoreformulier 'Indicator H07' in volgens de volgende indeling:

- 0** – Patiënt is tot zijn 18e nooit slachtoffer of getuige geweest van geweld.
- 1** – Er is sprake geweest van incidentele verwaarlozing en/of incidentele mishandeling.
- 2** – Er is sprake geweest van chronische verwaarlozing (met eventueel incidentele mishandeling).
- 3** – Er is sprake geweest van chronische mishandeling (met eventueel incidentele verwaarlozing).
- 4** – Er is sprake geweest van chronische verwaarlozing en chronische mishandeling.

H08 HULPVERLENINGSGESCHIEDENIS

De hulpverleningsgeschiedenis wordt opgevat als een functie van de ernst en chroniciteit van de maatschappelijke en psychiatrische problematiek van de patiënt. De ernst wordt mede bepaald door de aard (ambulant/klinisch) en/of het aantal opnames in psychiatrische instellingen, jeugdinstituten en/of verslavingsinstituten. Contacten met hulpverlenende instanties in verband met gedrags- of aanpassingsproblemen (ADHD, impulsiviteit, concentratiestoornissen, en dergelijke) hebben eveneens bijzondere aandacht. De Reclassering en het Consultatiebureau Alcohol en Drugs (CAD) worden meegerekend indien er sprake is van behandelactiviteiten. Ook eventuele behandelingen in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) worden onder deze indicator gescoord. Contacten en opname voor somatische aandoeningen worden niet gescoord.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Inventariseer in de levensgeschiedenis van de patiënt zowel de ambulante als intramurale contacten met hulpverleningsinstellingen. Met een ambulant contact wordt bedoeld dat de patiënt thuis verblijft en geregeld de instelling bezoekt waar hij behandeld wordt. Met intramurale hulpverlening wordt bedoeld dat de patiënt is opgenomen in de instelling waar hij behandeld wordt (klinische opname).
- Maak onderscheid tussen vrijwillige en gedwongen hulpverleningscontacten.
Bij een vrijwillig hulpverleningscontact zoekt de patiënt uit zichzelf hulp bij een instelling.
Bij een gedwongen hulpverleningscontact dient de patiënt in het kader van een juridische maatregel een behandeling te ondergaan.

Of de patiënt een vrijwillig of gedwongen hulpverleningscontact heeft afgemaakt doet bij deze indicator niet ter zake.

Vul op het scoreformulier indicator H08 in volgens de volgende indeling:

- 0** – In het verleden is er geen sprake geweest van contact met een hulpverlenende instantie.
- 1** – In het verleden is er alleen sprake geweest van vrijwillige (ambulante en/of intramurale) hulpverleningscontacten.
- 2** – In het verleden is er sprake geweest van ofwel gedwongen ambulante ofwel intramurale hulpverleningscontacten (maar niet beide). Daarnaast is er sprake geweest van vrijwillige hulpverleningscontacten.
- 3** – In het verleden is er sprake geweest van zowel gedwongen ambulante als intramurale hulpverleningscontacten. Daarnaast is er sprake geweest van vrijwillige hulpverleningscontacten.
- 4** – In het verleden is er alleen sprake geweest van gedwongen (ambulante en/of intramurale) hulpverleningscontacten.

H09 ARBEIDSVERLEDEN

Het arbeidsverleden geeft een indicatie van de mate waarin het leven van de patiënt op sociaal en maatschappelijk vlak (dis)functioneel was. Het arbeidsverleden wordt van belang geacht, omdat het verwijst naar het al dan niet kunnen aangaan van een langer durend dienstverband en het in staat zijn om zelfstandig een bestaan op te bouwen en te voorzien in het eigen levensonderhoud. Problemen op dit gebied zijn een sterke voorspeller van recidive na ontslag.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Beoordeel in de levensgeschiedenis het werkverleden van patiënt tot aan het plegen van het indexdelict.
- Onder werk wordt verstaan: een betaalde baan, werk als zelfstandige of vrijwilligerswerk met vaste tijden of taken. Voor jeugdige daders kan de score bepaald worden door het schoolverleden; eventueel telt men problemen op het werk hierbij op.
- Arbeidsproblematiek wordt gedefinieerd als problemen op het werk en/of problemen op school (indien patiënt erg jong is) door toedoen van eigen (probleem)gedrag.
- De ernst van de arbeidsproblematiek kan beoordeeld worden aan de hand van de volgende vragen:
 - Functioneerde patiënt naar tevredenheid bij zijn werkgevers?
 - Had patiënt problemen bij (verschillende) werknemers, bijvoorbeeld vaak te laat komen, (fysieke) conflicten met bazen en/of collega's en/of klanten?
 - Wisselde patiënt vaak van werk, omdat hij het werk saai en eentonig vond?
 - Is patiënt vaak ontslagen door zijn probleemgedrag?
 - Startte patiënt zelf veel bedrijven en ging hij vervolgens failliet?

- Indien de patiënt nooit gewerkt heeft, scoort u een 4, tenzij iemand nog op school zit.
- Indien iemand niet in staat is tot arbeid vanwege een lichamelijke of verstandelijke handicap scoort u een 0.

Vul op het scoreformulier 'Indicator H09' in volgens de volgende indeling:

- 0** – Patiënt had geen problemen in arbeidsverleden (schoolverleden).
- 1** – Gedurende een bepaalde periode was er sprake van arbeidsproblematiek (problemen op werk of problemen op school), echter niet leidend tot verandering van werk(gever)/(school).
- 2** – Incidenteel was er sprake van arbeidsproblematiek, soms leidend tot ontslag en/of een periode van werkloosheid (niet toe te schrijven aan de arbeidsmarkt) of problemen op school leidend tot een verwijdering en/of een lange periode van absentie.
- 3** – Er was sprake van frequente arbeidsproblematiek, leidend tot wisselingen van dienstbetrekkingen en/of meerdere perioden van werkloosheid (veelvuldige wisselingen van school door eigen schuld, meermaals absentie).
- 4** – Zeer problematisch en discontinu arbeidsverleden (zeer problematische en onderbroken schoolcarrière).

H10 VERSLAVINGSVERLEDEN

Het verslavingsverleden van de patiënt wordt in kaart gebracht aan de hand van vier subindicatoren, namelijk alcohol (H10A), softdrugs (H10B), harddrugs (H10C) en overige verslavingen (H10D), zoals gokken, seksverslaving, internetverslaving en medicijnverslaving.

Per afzonderlijke indicator gaat het om de frequentie van het gebruik en de negatieve gevolgen die het gebruik had. Het gaat om een 'lifetime' diagnose, dat wil zeggen vanaf het eerste gebruik van patiënt tot en met het moment van het plegen van het indexdelict. Verder is het van belang om de gevolgen van het middelengebruik op het sociaal maatschappelijk functioneren mee te nemen.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Er zijn drie typen middelen: alcohol (H10A), softdrugs (H10B) en harddrugs (H10C). Medicijnen kunnen wel verslavend zijn, maar behoren tot de indicator overige verslavingen (H10D).
- De enige softdrug is cannabis. Andere namen voor cannabis zijn weed, wiet, hasj en marihuana. Het gebruiken van cannabis noemt men blowen.
- Onder harddrugs wordt verstaan:
 - opioïden, zoals heroïne, morfine, methadon en overige opiaten;
 - stimulantia, zoals cocaïne, amfetamine, speed en overige opwekkende middelen;
 - hallucinogenen, zoals XTC, LSD, PCP, paddo's, GHB en overige hallucinogenen;
 - overige middelen.

- Onder overige verslavingen dienen te worden meegerekend de verslavingen die gediagnosticeerd zijn of in het behandelplanplan van de patiënt zijn opgenomen. Dit zijn verslavingen als:
 - medicijnverslaving (benzodiazepinen, slaapmiddelen, antipsychotica en overige medicijnen);
 - gokverslaving;
 - seksverslaving;
 - internetverslaving;
 - overig.

Tel de scores van de subindicatoren H10A, B, C, en D (zie pag. 28) bij elkaar op en vul op het scoreformulier 'Indicator H10' in volgens de volgende indeling:

- 0** – De som van de vier verslavingsindicatoren is 0.
- 1** – De som van de vier verslavingsindicatoren is 1, 2 of 3.
- 2** – De som van de vier verslavingsindicatoren is 4, 5 of 6.
- 3** – De som van de vier verslavingsindicatoren is 7, 8, 9, 10 of 11.
- 4** – De som van de vier verslavingsindicatoren is groter dan of gelijk aan 12.

H10A ALCOHOL

- 0 – Patiënt gebruikte geen alcohol.
- 1 – Patiënt gebruikte alcohol zonder dat dit tot problemen leidde.
- 2 – Patiënt kwam incidenteel in de problemen bij/door het gebruik van alcohol.
- 3 – Het gebruik van alcohol door patiënt heeft meerdere malen geleid tot maatschappelijk probleemgedrag (zoals financiële wanorde, verbaal geweld en ordeverstoring) maar NIET tot fysieke agressie naar mensen toe.
- 4 – Het gebruik van alcohol door patiënt had een duidelijke relatie met fysiek agressief gedrag.

H10B SOFTDRUGS

- 0 – Patiënt gebruikte geen softdrugs.
- 1 – Patiënt gebruikte softdrugs zonder dat dit tot problemen leidde.
- 2 – Patiënt kwam incidenteel in de problemen bij/door het gebruik van softdrugs.
- 3 – Het gebruik van softdrugs door patiënt heeft meerdere malen geleid tot maatschappelijk probleemgedrag (zoals financiële wanorde, verbaal geweld en ordeverstoring) maar NIET tot fysieke agressie naar mensen toe.
- 4 – Het gebruik van softdrugs door patiënt had een duidelijke relatie met fysiek agressief gedrag.

H10C HARDDRUGS

- 0 – Patiënt gebruikte geen harddrugs.
- 1 – Patiënt gebruikte harddrugs zonder dat dit tot problemen leidde.
- 2 – Patiënt kwam incidenteel in de problemen bij/door het gebruik van harddrugs.
- 3 – Het gebruik van harddrugs door patiënt heeft meerdere malen geleid tot maatschappelijk probleemgedrag (zoals financiële wanorde, verbaal geweld en ordeverstoring) maar NIET tot fysieke agressie naar mensen toe.
- 4 – Het gebruik van harddrugs door patiënt had een duidelijke relatie met fysiek agressief gedrag.

H10D OVERIGE VERSLAVING

- 0 – Patiënt heeft geen overige verslaving gehad.
- 1 – De overige verslaving van patiënt veroorzaakte weinig problemen.
- 2 – De overige verslaving van patiënt heeft meerdere malen geleid tot maatschappelijk probleemgedrag (zoals financiële wanorde, verbaal geweld en ordeverstoring) maar NIET tot fysieke agressie naar mensen toe.
- 3 – De overige verslaving van patiënt heeft een indirecte relatie met fysiek agressief gedrag.
- 4 – De overige verslaving van patiënt heeft een duidelijke relatie met fysiek agressief gedrag.

H11 INSTABILITEIT M.B.T. WONEN

De instabiliteit van het woonverleden dient opgevat te worden als een indicator voor de ernst en chroniciteit van de maatschappelijke en psychiatrische problematiek van de patiënt. Met instabiliteit wordt bedoeld dat de patiënt door zijn eigen gedrag dakloos was.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Het woonverleden wordt in principe geëvalueerd vanaf het achttiende levensjaar van patiënt. Indien de patiënt al op jongere leeftijd (begeleid) zelfstandig is gaan wonen, wordt de woongeschiedenis vanaf die leeftijd geëvalueerd.
- Instabiliteit met betrekking tot het woonverleden uit zich door perioden van dakloosheid en/of (veelvuldig) verhuizen vanwege probleemgedrag.
- De ernst van de woonproblematiek kan beoordeeld worden aan de hand van de volgende vragen:
 - Heeft patiënt vanaf zijn achttiende zonder problemen zelfstandig gewoond?
 - Had de patiënt problemen op verschillende adressen, zoals het huis uitgezet worden, burenruzie, buurtoverlast, huurachterstand en onhygiënische woonomstandigheden?
 - Wisselde patiënt vaak van woning door toedoen van het eigen gedrag van de patiënt, zoals in een opwelling verhuizen en vluchten voor de buurt?
 - Heeft patiënt perioden van dakloosheid meegemaakt?
 - Overnachtte patiënt in opvangcentra?
 - Sliep patiënt vaak bij kennissen?

- Voor het bepalen van de ernst van de woonproblematiek wordt geen rekening gehouden met de gestelde psychiatrische diagnose. Instabiliteit in het woonverleden wordt ook gescoord als deze voortkomt uit een stoornis, bijvoorbeeld bij psychotisch kwetsbare patiënten of patiënten met borderline problematiek.

Vul op het scoreformulier 'Indicator H11' in volgens de volgende indeling:

- 0** – Patiënt had geen problemen op het gebied van wonen.
- 1** – Gedurende een bepaalde periode was er sprake van woonproblematiek, maar dit leidde niet tot dakloosheid of verhuizing.
- 2** – Incidenteel was er sprake van woonproblematiek. Dit leidde soms tot een periode van dakloosheid en/of een verhuizing.
- 3** – De patiënt maakte meerdere perioden van dakloosheid en/of verhuizingen mee, veroorzaakt door zijn probleemgedrag.
- 4** – De patiënt had een zeer problematisch en discontinu woonverleden; patiënt was niet in staat zelfstandig te wonen.

H12 INSTABILITEIT M.B.T. FINANCIËN

De instabiliteit van het financiële verleden dient opgevat te worden als een indicator voor de ernst en chroniciteit van de maatschappelijke en psychiatrische problematiek van de patiënt. Met instabiliteit wordt bedoeld dat de patiënt door zijn eigen gebrek aan financiële vaardigheden in stresserende omstandigheden terecht kwam.

SCORINGSINSTRUCTIE

- Het financiële verleden wordt geëvalueerd vanaf het achttiende levensjaar van patiënt.
- Met instabiliteit op het gebied van financiën wordt bedoeld dat patiënt schulden heeft opgebouwd door zijn eigen onverantwoordelijke gedrag.
- De ernst van de financiële problematiek kan beoordeeld worden aan de hand van de volgende vragen:
 - Heeft patiënt vanaf zijn achttiende levensjaar schulden opgebouwd?
 - Leende patiënt veel zonder terug te betalen?
 - Deed patiënt veel impulsaankopen?
 - Deed patiënt onverantwoorde investeringen?
 - Maakte patiënt schulden vanwege een verslaving?
 - Betaalde patiënt vaste lasten, zoals huur en verzekeringen?
- Voor het bepalen van de ernst van de financiële problematiek wordt geen rekening gehouden met de gestelde psychiatrische diagnose. Instabiliteit met betrekking tot financiën wordt ook gescoord als deze voortkomt uit een stoornis, bijvoorbeeld bij psychotisch kwetsbare patiënten of patiënten met borderline problematiek.

Vul op het scoreformulier 'Indicator H12' in volgens de volgende indeling:

- 0** – Patiënt had geen problemen op het gebied van financiën.
- 1** – Patiënt had geringe tekortkomingen op het gebied van financiële vaardigheden.
- 2** – Patiënt had incidentele tekortkomingen op het gebied van financiële vaardigheden.
- 3** – Patiënt had tekortkomingen op het gebied van financiële vaardigheden.
- 4** – Patiënt had zeer ernstige tekortkomingen op het gebied van financiële vaardigheden.

Tijdsdomein K het Klinische Domein

Alle indicatoren van dit tijdsdomein (K01 tot en met K14)
hebben betrekking op het gedrag van de patiënt tijdens de afgelopen twaalf maanden.

K01 PROBLEEMINZICHT

De indicator probleeminzicht gaat over de mate waarin de patiënt de afgelopen twaalf maanden besef had van zijn specifieke risicofactoren en signalen van risicovol gedrag in risicovolle situaties (= probleembesef). Daarnaast is de mate waarin de patiënt zich naar dit besef en deze kennis gedraagt (= probleeminzicht) ook belangrijk voor het vaststellen van deze indicator. Individuele risicofactoren worden beschreven in ondermeer het delictscenario, het behandel-, terugvalpreventie-, risicomangement- en/of signaleringsplan en in verlofaanvragen.

Een patiënt met een adequaat probleembesef weet wat zijn gedrag stuurt, wat zijn individuele valkuilen zijn en wat risicovolle situaties voor hem zijn die kunnen leiden tot terugval. Er is sprake van probleeminzicht als de patiënt zijn handelen adequaat aanpast op basis van dit besef.

Een patiënt met een matig probleeminzicht heeft wel kennis van zijn specifieke risicofactoren en voor hem risicovolle situaties (probleembesef), maar handelt hier niet adequaat naar.

Een patiënt met een afwezig probleembesef weet niet wat zijn individuele valkuilen zijn en weet daarom ook niet hoe hij zijn gedrag moet sturen om uit de problemen te blijven. Om niet in de problemen te komen, is hij afhankelijk van externe controle en sturing.

Vragen ter ondersteuning voor het bepalen van de mate van probleembesef en -inzicht zijn onder andere:

- Wat zegt de patiënt over zijn reden tot opname?
- Kan de patiënt al zijn risicofactoren benoemen?
- Erkent de patiënt al zijn risicofactoren als probleemgebieden?

- In hoeverre is de patiënt in staat om tijdig om hulp te vragen als zich een probleem op het gebied van zijn risicofactoren voordoet?
- Werkt de patiënt mee aan het opstellen van het signaleringsplan?
- Als er sprake is van problemen op het gebied van middelengebruik: Kan de patiënt benoemen welke invloed het middelengebruik heeft op zijn denken en doen?
- Kan de patiënt benoemen welke factoren voor hem risico verhogend of verlagend zijn?
- Wat doet de patiënt als hij voorziet dat hij in risicovolle situaties terechtkomt? (Bijvoorbeeld in gesprek gaan of medicatie vragen.)

Afgelopen twaalf maanden heeft patiënt:

- 0** – Voldoende besef en inzicht in de factoren die zijn risicogedrag bepalen en hij gedraagt zich hiernaar.
- 1** – Tussen 0 en 2.
- 2** – Wel probleembesef, maar hij gedraagt zich hier niet naar; geen probleeminzicht.
- 3** – Tussen 2 en 4.
- 4** – Geen probleembesef en geen probleeminzicht.

K02 PSYCHOTISCHE SYMPTOMEN

De indicator Psychotische symptomen gaat over de mate waarin de patiënt in de afgelopen twaalf maanden actieve psychotische symptomen heeft laten zien. Daarnaast zijn de ernst en de invloed van deze symptomen op eventueel agressief gedrag van belang. Uit onderzoek komt herhaaldelijk een verband naar voren tussen psychotische symptomen en gewelddadig gedrag, in het specifiek voor TCO-symptomen. Dit zijn specifieke psychotische symptomen die op patiënt dreigend overkomen (Threat) en angst veroorzaken en waarbij gedachten opkomen – intrusies – die de zelfcontrole (Control) van patiënt overheersen (Override).

Voorbeelden van actieve psychotische symptomen zijn wanen (denkbeelden die niet overeenkomen met de werkelijkheid) en hallucinaties (zintuiglijke belevingen die niet overeenkomen met de werkelijkheid, bijvoorbeeld het horen van stemmen). Specifieke aandacht dient uit te gaan naar psychotische symptomen of wanen met gewelddadige, paranoiale inhoud en/of met aspecten van uitoefenen van controle over angst (TCO). Voorbeelden van negatieve psychotische symptomen zijn onder andere dat de patiënt zich niet goed kan concentreren, weinig energie heeft, weinig initiatief toont, sociale contacten uit de weg gaat of vervlakking van zijn gevoelens ervaart.

Vragen ter ondersteuning voor het bepalen van de ernst van de symptomen en de invloed op eventueel agressief gedrag zijn onder andere:

- Deed patiënt het afgelopen jaar psychotisch gekleurde uitspraken, zonder dat er sprake was van een relatie met eventueel agressief gedrag?
 - Gaf de patiënt in het afgelopen jaar zelf aan dat hij stemmen hoorde, zonder hier last van te hebben?
 - Heeft patiënt het afgelopen jaar ongericht grensoverschrijdend gedrag (ongericht schreeuwen, schelden, met spullen gooien) vanuit zijn psychotische beleving laten zien?
 - Heeft patiënt het afgelopen jaar gericht verbaal dreigend en/of minder ernstig fysiek agressief gedrag (bijvoorbeeld iemand duwen of vastpakken) laten zien?
 - Heeft patiënt het afgelopen jaar TCO-symptomen (bijvoorbeeld opdrachten krijgen vanuit de televisie om iemand aan te vallen) laten zien, die in relatie staan met eventueel gewelddadig gedrag?
 - Is patiënt in het afgelopen jaar als oninvoelbaar beschouwd wat betreft agressief gedrag?
 - Heeft patiënt het afgelopen jaar ernstig fysiek agressief gedrag laten zien vanuit zijn psychotische beleving?
- De afgelopen twaalf maanden vertoonde patiënt:
- 0 – Geen psychotische symptomen of alleen negatieve symptomen.
 - 1 – Eén of meer psychotische episoden of aanhoudend psychotische symptomen zonder een relatie te hebben met geweld.
 - 2 – Eén of meer psychotische episoden of aanhoudend psychotische symptomen leidend tot ongericht grensoverschrijdend gedrag.
 - 3 – Eén of meer psychotische episoden of aanhoudend psychotische symptomen leidend tot gericht minder ernstig agressief gedrag.
 - 4 – Eén of meer psychotische episoden of aanhoudend psychotische symptomen leidend tot ernstig fysiek agressief gedrag en/of er was sprake van zodanig oninvoelbaar gedrag waarbij er aanwijzingen zijn dat het risico op agressief gedrag aanwezig is.

K03 VERSLAVING

De indicator Verslaving bestaat uit vier subindicatoren: alcohol (K03A), softdrugs (K03B), harddrugs (K03C) en overige verslaving (K03D). De enige softdrug is cannabis. Andere namen voor cannabis zijn weed, wiet, hasj en marihuana ('blowen'). Overige middelen worden gescoord onder harddrugs. Voorbeelden hiervan zijn opioïden als heroïne, morfine, methadon en overige opiaten; stimulantia als cocaïne, amfetamine, speed en overige opwekkende middelen; hallucinogenen als XTC, LSD, PCP, paddo's, GHB en overige hallucinogenen; en overige middelen. Indien een andere verslaving, zoals een verslaving aan medicijnen, gokken, seks of internet onderdeel is van het behandelplan, dan wordt deze gescoord bij de indicator 'Overige verslaving' (K03D).

Bij de drie subindicatoren alcohol, softdrugs en harddrugs gaat het om de frequentie van het regelovertreedende gebruik van alcohol, softdrugs en/of harddrugs door patiënt tijdens de afgelopen twaalf maanden. Onder regelovertrekend gebruik van middelen wordt verstaan het gebruik dat niet in overeenstemming is met de afspraken in de behandeling. Indien het beperkte gebruik van middelen in overeenstemming is met de afspraken die gemaakt zijn met de kliniek (bijvoorbeeld ten tijde van een verlof), dan is er geen sprake van regelovertrekend gebruik.

Het weigeren van adem- of urinecontroles of het inleveren van waterige urinecontroles (UC's) wordt alleen meegewogen in de score indien er een vermoeden is dat dit in relatie staat tot het maskeren van daadwerkelijk gebruik. Gebruik van middelen door patiënten, die aangeven dat ze gebruikt hebben zonder 'betrap't te zijn, wordt opgevat als positief bevonden op controle.

LET OP: Als eindscore vult u de hoogste score van de vier subindicatoren (zie pag. 37) in.

K03A ALCOHOL

De afgelopen twaalf maanden:

- 0** – Was er geen sprake van regelovertredend alcoholgebruik.
- 1** – Is de patiënt niet positief bevonden op controles, maar heeft hij wel controles geweigerd.
- 2** – Is de patiënt 1 keer positief bevonden op controles en heeft hij eventueel controles geweigerd.
- 3** – Is de patiënt minstens 2 keer positief bevonden op controles en heeft hij geen controles geweigerd.
- 4** – Is de patiënt minstens 2 keer positief bevonden op controles en heeft hij ook controles geweigerd.

K03B SOFTDRUGS

De afgelopen twaalf maanden:

- 0** – Was er geen sprake van regelovertredend softdruggebruik.
- 1** – Is de patiënt niet positief bevonden op controles, maar heeft hij wel controles geweigerd.
- 2** – Is de patiënt 1 keer positief bevonden op controles en heeft hij eventueel controles geweigerd.
- 3** – Is de patiënt minstens 2 keer positief bevonden op controles en heeft hij geen controles geweigerd.
- 4** – Is de patiënt minstens 2 keer positief bevonden op controles en heeft hij ook controles geweigerd.

K03C HARDDRUGS

De afgelopen twaalf maanden:

- 0** – Was er geen sprake van harddrugsgebruik.
- 1** – Is de patiënt niet positief bevonden op controles, maar heeft hij wel controles geweigerd.
- 2** – Is de patiënt 1 keer positief bevonden op controles en heeft hij eventueel controles geweigerd.
- 3** – Is de patiënt minstens 2 keer positief bevonden op controles en heeft hij geen controles geweigerd.
- 4** – Is de patiënt minstens 2 keer positief bevonden op controles en heeft hij ook controles geweigerd.

K03D OVERIGE VERSLAVING

De afgelopen twaalf maanden:

- 0** – Was er geen sprake van een overige verslaving.
- 1** – Veroorzaakte de verslaving weinig problemen.
- 2** – Heeft de overige verslaving (meerdere malen) geleid tot probleemgedrag (zoals financiële wanorde en verbaal oppositioneel gedrag), maar niet tot fysieke agressie naar mensen toe.
- 3** – Had de overige verslaving een indirecte relatie met fysiek agressief gedrag.
- 4** – Had de overige verslaving een directe relatie met fysiek agressief gedrag.

K04 IMPULSIVITEIT

De indicator Impulsiviteit gaat over de mate waarin de patiënt de afgelopen twaalf maanden onvoorspelbaar en/of ondoordacht gedrag heeft laten zien en daarmee zichzelf of anderen tot last was. Onder impulsiviteit wordt gedragsmatige instabiliteit verstaan. Het gaat hier om gedrag dat zich laat omschrijven als 'eerst doen en dan pas denken'. Impulsief gedrag van een patiënt kan zich bijvoorbeeld uiten in opvliegenderheid (een kort lontje hebben), ongecontroleerde onmiddellijke behoeftebevrediging (impulsaankopen, impulsief stoppen met therapie of werk, et cetera) of in een chaotische manier van leven (er ontstaan problemen met anderen door een gebrek aan planning). Impulsief gedrag kan zich – afhankelijk van de individuele context – op verschillende gebieden uiten, zoals financieel wanbeheer, omgaan met relaties, plannen van verloven en deelname therapieën.

De afgelopen twaalf maanden vertoonde de patiënt:

- 0** – Geen impulsief gedrag.
- 1** – Ernst tussen 0 en 2.
- 2** – Enige impulsiviteit in gedrag, hij was echter wel in staat om met ondersteuning het handelen te controleren.
- 3** – Ernst tussen 2 en 4.
- 4** – Frequent en/of ernstig impulsief gedrag.

VRAGEN TER ONDERSTEUNING VOOR HET BEPALEN VAN DE MATE VAN IMPULSIVITEIT ZIJN ONDER ANDERE:

- Waren er in de afgelopen periode sterke wisselingen in het gedrag van de patiënt? Zo ja, hoe vaak kwamen deze wisselingen voor (dagelijks, wekelijks, maandelijks)?
- Hadden deze gedragingen een negatieve invloed op de behandeling?
- Welke aspecten van het gedrag waren negatief?
- In welk soort situaties moest het personeel ingrijpen om een ernstig probleem of incident te voorkomen?

K05 ANTISOCIAAL GEDRAG

Deze indicator gaat over de mate waarin de patiënt de afgelopen twaalf maanden zijn eigen belang nastreefde zonder daarbij rekening te houden met de gevoelens of belangen van de ander of de omstandigheden. Hierdoor is de patiënt eerder en/of vaker in conflictsituaties, eventueel leidend tot geweld, terechtgekomen.

Voorbeelden van antisociaal gedrag zijn: anderen nooit helpen, nooit interesse tonen in de ander, nooit iets voor een ander doen zonder iets terug te verwachten, uitsluitend zorgen dat men zelf krijgt wat men wil, andere personen voor dingen laten opdraaien (zoals corvee en dergelijke).

Naast de mate waarin de patiënt antisociaal gedrag heeft vertoond, dient men bij het beoordelen van deze indicator ook mee te wegen in hoeverre dit heeft geleid tot grensoverschrijdend gedrag naar andere personen.

LET OP: Bij deze indicator dient het feitelijke gedrag van de patiënt te worden beoordeeld, zonder rekening te houden met de eventuele pathologie (autisme, verstandelijke beperking, antisociale stoornis) van waaruit het gedrag te verklaren kan zijn.

Vragen ter ondersteuning voor het bepalen van de mate van antisociaal gedrag zijn onder andere:

- Gaat de patiënt voorbij aan ziekte of verlies van medepatiënten, omdat andere zaken volgens de patiënt op dat moment belangrijker zijn?
 - In hoeverre is de patiënt in staat om op aanwijzingen van het team het antisociale en/of egoïstische gedrag aan te passen?
 - In hoeverre heeft het antisociale gedrag van de patiënt geleid tot problematische situaties, zoals conflicten of fysieke agressie naar anderen toe?
- De afgelopen twaalf maanden:
- 0 – Is antisociaal gedrag niet aan de orde geweest.
 - 1 – Is de patiënt soms (ten minste 1 keer per maand) antisociaal en de ander tot last zonder daarbij verbaal/fysiek grensoverschrijdend te zijn.
 - 2 – Is de patiënt soms (ten minste 1 keer per maand) antisociaal en de ander tot last, waarbij hij verbaal of fysiek grensoverschrijdend gedrag laat zien en/of conflicten veroorzaakt.
 - 3 – Is de patiënt regelmatig (ten minste 1 keer per week) antisociaal en de ander tot last, waarbij hij verbaal of fysiek grensoverschrijdend gedrag laat zien en/of conflicten veroorzaakt.
 - 4 – Laat de patiënt voortdurend (ten minste dagelijks) een patroon zien van antisociaal gedrag, waarbij hij tevens verbaal of fysiek grensoverschrijdend gedrag laat zien en conflicten veroorzaakt.
- Op welke gebieden stelt de patiënt zich antisociaal en/of egoïstisch op? Voorbeelden zijn: eten van anderen opeten, inbreken in een gesprek dat de ander heeft om snel 'zelf iets te regelen' en hulpverleners belemmeren in het uitvoeren van hun zorg voor medepatiënten, omdat deze op dat moment niet 'aan de beurt' zijn.

K06 VIJANDIGHEID

Met behulp van deze indicator wordt de mate van vijandigheid die de patiënt de afgelopen twaalf maanden heeft laten zien geëvalueerd. Vijandige patiënten schrijven veelvuldig vijandige motieven toe aan anderen, systemen of instanties. Daardoor hebben ze snel de neiging om boos of geïrriteerd te reageren. Ze menen dat de ander of het systeem het op hen gemunt heeft. Vijandigheid kan zich uiten in de vorm van gewelddadige opvattingen, passieve agressie, cynisme en geïrriteerdheid en soms ook in ernstige vormen van verbale of fysieke agressie. Kenmerkende uitspraken van vijandige personen zijn onder andere: 'behandelaren zijn kwakzalvers', 'iedereen bedriegt en gebruikt iedereen', 'ze moeten mij allemaal hebben', 'als ze aan mij zitten, dan zullen ze het ook weten' en 'jullie zijn erop uit om mij kapot te maken'.

Een eenmalige heftige, agressieve actie of uitspraak hoeft geen uiting te zijn van vijandigheid. Wanneer er echter sprake is van een voortdurende geneigdheid om neutrale zaken of sociale situaties geïrriteerd, negatief en wantrouwend te interpreteren, wordt gesproken over vijandigheid.

LET OP: Bij deze indicator dient het feitelijke gedrag van de patiënt te worden beoordeeld, zonder rekening te houden met de eventuele pathologie (autisme, verstandelijke beperking, antisociale stoornis) van waaruit het gedrag te verklaren kan zijn.

VRAGEN TER ONDERSTEUNING VOOR HET BEPALEN VAN DE MATE VAN VIJANDIGHEID ZIJN ONDER ANDERE:

- Hoe vaak is de patiënt buitensporig ontstemd, geïrriteerd of boos (dagelijks, wekelijks, maandelijks)?
- Is de patiënt steeds over dezelfde zaken ontstemd of kan dit over meerdere zaken (c.q. alles) zijn?

- Hoe uit de patiënt zijn onvrede, boosheid of irritatie? In uitspraken, brieven, agressief gedrag?
- Welke impact heeft het gedrag van de patiënt op zijn omgeving? Wordt de patiënt gemeden door medepatiënten?

De afgelopen twaalf maanden was er bij de patiënt:

- 0 – Geen sprake van vijandige opmerkingen en/of een vijandige houding.
- 1 – Sprake van lichte vijandigheid. Dit uitte zich af en toe in irritatie, schelden, boosheid en het doen van negatieve uitspraken.
- 2 – Sprake van matige vijandigheid. Dit uitte zich regelmatig in irritatie, schelden, boosheid en het doen van negatieve uitspraken.
- 3 – Sprake van sterke vijandigheid. Dit uitte zich in verbale agressie naar personen, zodat mensen zich bedreigd voelen en/of fysiek agressief gedrag naar objecten toe (met spullen gooien, met deuren smijten, et cetera).
- 4 – Sprake van sterke vijandigheid. Dit uitte zich in fysieke agressie naar andere personen.

K07 SOCIALE VAARDIGHEDEN

Door middel van deze indicator wordt de mate geëvalueerd waarin de patiënt de laatste twaalf maanden in staat was om op een aanvaardbare en bevredigende wijze contacten te onderhouden met zijn eigen leef- en werkomgeving. Adequate sociale vaardigheden stellen de patiënt in staat om in allerlei sociale situaties op een aanvaardbare en bevredigende wijze contact te onderhouden met andere personen of instanties. Het gaat dan onder andere over communicatieve vaardigheden, het correct hanteren van omgangsvormen en machtsverhoudingen, weten welke omgang kwetsend of prikkelend is voor de ander, gepaste assertiviteit in de contacten en in gesprek een gepaste fysieke afstand tot de ander bewaren.

LET OP: Bij deze indicator dient de getoonde sociale vaardigheid van de patiënt te worden beoordeeld, zonder rekening te houden met de eventuele pathologie (autisme, verstandelijke beperking, antisociale stoornis, psychotische kwetsbaarheid, et cetera.) van waaruit het gedrag te verklaren kan zijn. Het gaat om de getoonde sociale vaardigheid van de patiënt.

De afgelopen twaalf maanden:

- 0 – Beschikte de patiënt over goede sociale vaardigheden in verschillende situaties.
- 1 – Was de patiënt in staat om op een aanvaardbare wijze contacten te onderhouden met zijn omgeving.
- 2 – Raakte de patiënt een enkele keer in de problemen met zijn omgeving vanwege een gebrek aan sociale vaardigheden.
- 3 – Raakte de patiënt regelmatig in de problemen met zijn omgeving vanwege een gebrek aan sociale vaardigheden.
- 4 – Raakte de patiënt voortdurend in de problemen met zijn omgeving vanwege gebrek aan sociale vaardigheden.

Vragen ter ondersteuning voor het bepalen van de mate van sociale vaardigheden zijn onder andere:

- Kan de patiënt goed met medepatiënten en personeel overweg of maakt hij onderscheid in zijn bejegening?
- Kan de patiënt zijn stemvolume en intonatie aanpassen aan de situatie?
- Kan de patiënt gepaste afstand bewaren tot zijn gesprekspartner?
- Weet de patiënt hoe hij op een gepaste manier een gesprek kan beginnen en kan afsluiten?
- Onderbreekt de patiënt anderen vaak?

K08 ZELFREDZAAMHEID

Zelfredzaamheid betreft de mate waarin de patiënt in staat is om de essentiële dagelijkse taken te vervullen. Het betreft hier algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL-vaardigheden), zoals persoonlijke hygiëne, omgaan met geld, eetgewoonten, slaapgewoonten, zelfpresentatie, zorg voor de omgeving en het inroepen van medische hulp.

Zelfredzaamheid dient gescoord te worden op basis van alle in de huidige situatie voorkomende zelfredzaamheidsvaardigheden.

LET OP: Het feitelijke gedrag van de patiënt wordt beoordeeld. Houdt hier geen rekening met eventuele pathologie (autisme, verstandelijke beperking, antisociale stoornis, psychotische kwetsbaarheid, et cetera) van waaruit de mate van zelfredzaamheid te verklaren kan zijn. Het gaat om de getoonde zelfredzaamheid van de patiënt.

De afgelopen twaalf maanden had de patiënt:

- 0 – Geen tekortkomingen op het gebied van zelfredzaamheid.
- 1 – Geringe tekortkomingen op het gebied van zelfredzaamheid.
- 2 – Tekortkomingen op het gebied van zelfredzaamheid, niet leidend tot problemen met de omgeving.
- 3 – Tekortkomingen op het gebied van zelfredzaamheid, leidend tot problemen met de omgeving.
- 4 – Tekortkomingen op het gebied van zelfredzaamheid, leidend tot ernstige problemen voor de gezondheid of de veiligheid van de patiënt zelf en/of de omgeving.

VRAGEN TER ONDERSTEUNING VOOR HET BEPALEN VAN DE MATE VAN ZELFREDZAAMHEID ZIJN ONDER ANDERE:

- Heeft de patiënt overgewicht? Houdt hij rekening met een dieet?
- Blijven medepatiënten of familieleden weg, omdat de patiënt zich niet goed wast (ruikt), vaak zijn kleding niet wast of omdat zijn kamer rommelig of vies gevonden wordt?
- Weigert de patiënt medicatie of een medische ingreep voor een somatische aandoening?
- Heeft de patiënt een zakgeldregeling, bewindvoerder, schuldsaneringstraject?
- Heeft de patiënt een adequaat slaappatroon?

K09 MEEWERKEN AAN DE BEHANDELING

Deze indicator heeft betrekking op de mate van inspanning van de patiënt om vooruitgang in de behandeling te boeken. De inspanning van de patiënt om vooruitgang in zijn behandeling te boeken kan variëren over tijd. Die inspanning blijkt onder andere uit de mate van medewerking, het meedoen tijdens behandelonderdelen, het aanvaarden van regelgeving (structuur), het openstaan voor andere inzichten en omgangsstrategieën en het innemen van voorgeschreven medicatie. Bij een vermoeden van schijnaanpassing (het niet oprecht volgen van de behandeling) wordt een 3 gescoord.

Sommige patiënten hebben een negatieve instelling ten aanzien van de behandeling. Dit uit zich onder andere in het zich verzetten tegen of niet komen opdagen bij behandelonderdelen, het niet tekenen van een behandelplan, het voeren van oppositie, veel beklag aantekenen en het overtreden van regels leidend tot separaties en/of het inperken van vrijheden.

LET OP: Het feitelijke gedrag van de patiënt wordt beoordeeld. Houdt hier geen rekening met eventuele pathologie (autisme, verstandelijke beperking, antisociale stoornis, psychotische kwetsbaarheid, et cetera). Het gaat om de getoonde concrete medewerking van de patiënt.

- Is de patiënt gemotiveerd voor medicatie? Hoe wordt deze ingenomen of toegediend (onder toezicht, depot of eigen beheer)?
- Erkent de patiënt de noodzaak van de opgelegde behandeling of is hij van mening dat de TBS 'nu wel lang genoeg heeft geduurd'?

De afgelopen twaalf maanden:

- 0 – Werkte de patiënt actief aan de behandeling mee.
- 1 – Werkte de patiënt over het algemeen actief aan de behandeling mee, maar was hij soms eigenzinnig of onverschillig.
- 2 – Was de patiënt wisselend in zijn inzet of volgde hij passief de geboden structuur.
- 3 – Toonde de patiënt geen intrinsieke behandelmotivatie, werkte hij nauwelijks mee aan de behandeling of deed niet meer dan strikt noodzakelijk (eventueel schijnaanpassing).
- 4 – Weigerde de patiënt alle behandeling of liet hij hier actief verzet tegen zien.

Vragen ter ondersteuning voor het bepalen van de mate van meewerken zijn onder andere:

- Is de patiënt het eens met alle behandeldoelen, afspraken en regels?
- In hoeverre houdt de patiënt zich hieraan (bijvoorbeeld de mate van openheid, naar therapie/dagbesteding gaan, initiatief tonen en sturing/tips van personeel opvolgen)?

K10 VERANTWOORDELIJKHEID VOOR HET DELICT

Deze indicator heeft betrekking op de mate waarin de patiënt de door hem gepleegde delicten aanvaardt en hier verantwoordelijkheid voor erkent. Het ontkennen van verantwoordelijkheid kan onderdeel zijn van een meer algemeen ontkennende en bagatelliserende attitude, maar kan ook alleen betrekking hebben op de door hem gepleegde delicten. Omstandigheden die de patiënt kan aanvoeren om geen verantwoordelijkheid te nemen, zijn bijvoorbeeld drugs- of alcoholgebruik ('Ik had zoveel gedronken dat ik niet meer wist wat ik deed'), het feit dat het delict eventueel met meerdere mensen werd gepleegd of het benadrukken van het aandeel van het slachtoffer in de totstandkoming van het delict. Ook het bagatelliseren van de ernst van het delict en de gevolgen hiervan voor de slachtoffers of nabestaanden dient meegenomen te worden bij het beoordelen van deze indicator.

Het nemen van verantwoordelijkheid voor het delict is meestal onderdeel van de delictscenarioprocedures die aan het begin van de behandeling centraal staan. In latere fases van de behandeling is de verantwoordelijkheid voor het delict vaak geen centraal onderwerp van gesprek meer. In dat geval dient u de laatst gerapporteerde informatie te beoordelen.

N.B.: In tbs-verlofaanvragen wordt expliciet gevraagd naar informatie met betrekking tot deze indicator.

Vragen ter ondersteuning voor het bepalen van de mate van genomen verantwoordelijkheid voor het delict zijn onder andere:

- Wat zegt de patiënt over het door hem gepleegde delict (dit is erg/niet erg/nooit gebeurd)?
- Wat gebeurde er volgens de patiënt zelf en in hoeverre correspondeert de door de patiënt beschreven gang van zaken met de beschrijving in de gerechtelijke stukken uit het dossier?
- Wat zegt de patiënt over de ernst en de gevolgen voor de slachtoffers of nabestaanden?
- Schreef de patiënt een brief of probeerde hij op een andere wijze persoonlijk contact te zoeken met de slachtoffers of nabestaanden?
- Heeft de patiënt spijt betuigd van de door hem gepleegde delicten?

De afgelopen twaalf maanden:

- 0 – Erkende de patiënt het door hem gepleegde delict en nam hij verantwoordelijkheid hiervoor.
- 1 – Erkende de patiënt het door hem gepleegde delict en nam hij grotendeels verantwoordelijkheid hiervoor.
- 2 – Nam de patiënt ten dele verantwoordelijkheid voor het door hem gepleegde delict; hij verschool zich echter gedeeltelijk achter mededaders of omstandigheden.
- 3 – Toonde de patiënt zich oppervlakkig of afstandelijk ten opzichte van het door hem gepleegde delict, bagatelliseerde hij de gevolgen hiervan of had hij een ontkennende houding.
- 4 – Ontkende de patiënt het delict of zijn aandeel hierin volledig.

K11 COPINGVAARDIGHEDEN

Deze indicator betreft de mate waarin de patiënt de laatste twaalf maanden de juiste vaardigheden heeft getoond om bij confrontatie met gebeurtenissen die aanpassing vereisen, de situatie bevredigend op te lossen. Een patiënt met inadequate copingvaardigheden kan problemen niet zelfstandig op een adequate manier oplossen. Voorbeelden van adequate copingvaardigheden zijn, afhankelijk van de specifieke situatie, rustig met iemand in gesprek gaan, afstand nemen van de situatie, hulp inroepen of afleiding zoeken. Voorbeelden van inadequate copingvaardigheden zijn conflicten fysiek willen oplossen, vluchten in middelengebruik of conflicten heel erg vermijden.

De omgeving kan een belangrijke rol spelen als een patiënt een tekort aan copingvaardigheden heeft. Hierbij kan gedacht worden aan de inrichting van de omgeving, een aangepaste unit/afdeling, strenge regels, meer controles, meer personeel, rusttijden en bloktijden. De copingvaardigheden zijn dan enkel voldoende in de huidige omstandigheden en omgeving. Zonder deze randvoorwaarden zouden de copingvaardigheden echter te kort schieten.

Vragen ter ondersteuning voor het bepalen van de mate van copingvaardigheden zijn onder andere:

- Hoe vaak en onder welke omstandigheden is er sprake van stress of oplopende emoties?
- Hoe gaat de patiënt om met kleine en grote problemen? Hoe gaat hij bijvoorbeeld om met conflicten of tegenslagen (zich terugtrekken, drugs gebruiken, muziek luisteren, somatische klachten aangeven, automutilatie, fysieke agressie, hulp van de sociotherapie inroepen, et cetera)?
- Hoe gepast en hoe effectief zijn deze strategieën?
- Hoeveel ondersteuning heeft de patiënt nodig (bijvoorbeeld van het personeel, medicatie of structuur)?

De afgelopen twaalf maanden:

- 0 – Beschikte de patiënt over adequate copingvaardigheden, waarmee hij in staat was problemen op een bevredigende wijze op te lossen.
- 1 – Waren de copingvaardigheden van de patiënt voldoende. Problemen werden doorgaans op bevredigende wijze opgelost.
- 2 – Waren de copingvaardigheden van patiënt gering, maar accepteerde hij wel ondersteuning
- 3 – Waren de copingvaardigheden van patiënt onvoldoende, ondanks ondersteuning. Dit leidde zo nu en dan tot problemen.
- 4 – Schoten de copingvaardigheden van de patiënt duidelijk tekort. Dit leidde regelmatig tot problemen.

K12 SCHENDING VAN VOORWAARDEN EN AFSPRAKEN

In de behandeling worden afspraken gemaakt en voorwaarden gesteld omtrent de behandeling en verloven. Daarnaast gelden er voor patiënten die nog in een intramurale of ambulante fase van hun behandeling zitten allerlei afdelingsregels, zoals op tijd opstaan, corvee doen, koken en naar de arbeid gaan. Bij deze indicator dient u te beoordelen in hoeverre de patiënt gedurende de afgelopen twaalf maanden van de behandeling voorwaarden en afspraken heeft geschonden. Hierbij gaat het zowel om de ernst als de frequentie van eventuele schendingen van behandelafspraken, de regels van de instelling of voorwaarden bij verlof.

Schending van voorwaarden worden onderverdeeld in minder ernstig en ernstige schendingen.

ONDER MINDER ERNSTIGE SCHENDINGEN VAN VOORWAARDEN WORDT VERSTAAN:

- Het niet uitvoeren van (minder belangrijke) behandelafspraken.
- Zich niet aan een normaal dag- en nachtritme houden volgens de afdelingsregels.
- Niet naar het werk willen gaan.
- Zich niet houden aan afdelingsregels voor kleding/eten.
- Het weigeren van essentiële medicatie (antipsychotica, libidoremmers en medicatie voor verslaving).
- Lichte vormen van ordeverstoring.
- Te laat terugkeren van verlof zonder duidelijke redenen (Ongeoorloofde Afwezigheid).
- Verboden (maar niet gevaarlijke) voorwerpen in het bezit hebben (mobiele telefoon met internetoptie, PC-onderdelen, seksuele attributen, porno).

ONDER ERNSTIGE SCHENDINGEN VAN VOORWAARDEN VALLEN:

- Onttrekking aan het toezicht.
- Extreme onhandelbaarheid.
- Ernstige verbale agressie.
- Ernstige fysieke agressie.
- Verboden gevaarlijke voorwerpen in bezit hebben (bijvoorbeeld wapens).
- Drugshandel of andere illegale handel.
- Het (voorbereiden van) ontvluchting of gijzeling.
- Het voorbereiden of plegen van delicten.

LET OP: Het gebruik van middelen wordt gescoord onder indicator K03.

De laatste twaalf maanden pleegde de patiënt:

- 0 – Geen schendingen van voorwaarden of afspraken.
- 1 – 1 **minder ernstige** schending.
- 2 – Meerdere **minder ernstige** schendingen.
- 3 – 1 **ernstige** schending en daarnaast eventueel **minder ernstige** schendingen.
- 4 – Meerdere **ernstige** schendingen en daarnaast eventueel **minder ernstige** schendingen.

K13 ARBEIDSVAARDIGHEDEN

Door middel van deze indicator wordt nagegaan in welke mate de patiënt de afgelopen twaalf maanden in staat was om op een adequate manier arbeid te verrichten. Onder arbeid wordt verstaan: werk binnen de kliniek, een betaalde baan of vrijwilligerswerk met vaste taken en tijden. Voor bepaalde patiënten (bijvoorbeeld patiënten met een verstandelijke beperking of ernstige fysieke klachten) is het niet haalbaar om betaalde arbeid of vrijwilligerswerk te doen. Bij deze patiënten dient te worden gekeken of ze tot een zinvolle dagbesteding zijn gekomen.

Bij patiënten die geen baan hebben, waarbij de schuld buiten hen zelf ligt, scoort u een 0 (mits ze tot een zinvolle dagbesteding zijn gekomen).

Vragen ter ondersteuning voor het bepalen van de mate van arbeidsvaardigheden zijn onder andere:

- Functioneert de patiënt naar tevredenheid van de werkgever?
- Komt hij op tijd op zijn werk en gaat hij niet te vroeg weg?
- Meldt hij zich op een juiste wijze af?
- Begrijpt hij de aanwijzingen die hij krijgt en volgt hij deze ook op?
- Kan hij, indien nodig, samenwerken met collega's?
- Is zijn uiterlijk voorkomen passend voor de werksituatie?

De afgelopen twaalf maanden had de patiënt:

- 0 – Geen problemen ten aanzien van arbeidsvaardigheden/ dagbesteding. De vaardigheden van patiënt zijn adequaat.
- 1 – Enkele problemen ten aanzien van arbeidsvaardigheden/ dagbesteding. De vaardigheden van patiënt zijn voldoende.
- 2 – Soms problemen ten aanzien van arbeidsvaardigheden/ dagbesteding. Patiënt hield zich soms niet aan de werktijden of liep de kantjes ervanaf. Af en toe waren er conflicten met collega's of de leidinggevende.
- 3 – Vaak problemen ten aanzien van arbeidsvaardigheden/ dagbesteding. De vaardigheden van patiënt zijn gering.
- 4 – Niet de mogelijkheid om een baan/dagbesteding vast te kunnen houden. De reden hiervoor is het gedrag of de draagkracht van patiënt.

K14 BEÏNVLOEDING DOOR BESCHERMENDE EN/OF RISICOVOLLE NETWERKLEDEN

Met behulp van deze indicator wordt geëvalueerd of en door welke personen (of subculturen) de patiënt zich de afgelopen twaalf maanden liet beïnvloeden. Het gaat hier niet om professionele hulpverleners maar om medepatiënten, familie, vrienden, et cetera. Personen (of subculturen) waar een patiënt zich op richt kunnen een beschermende en/of een risicovolle invloed hebben op het gedrag van de patiënt. Beschermende netwerkleden (of subculturen) hebben de potentie en wil om de patiënt te ondersteunen bij het naleven en uitvoeren van de overeengekomen behandelafspraken en leefregels. Risicovolle netwerkleden (of subculturen) kunnen er juist toe bijdragen dat de patiënt in risicovolle situaties terecht komt of vervalt in risicovol gedrag daar dit aansluit bij de antisociale of criminele opvattingen van zijn netwerkleden. Beschermende en risicovolle netwerkleden kunnen zowel personen in de instelling als buiten de instelling zijn. In een intramurale setting dient men rekening te houden met de mate waarin de patiënt zich positief of negatief laat beïnvloeden door anderen in relatie tot zijn behandelvooruitgang.

Voorbeelden van beschermende subculturen zijn: lotgenotengroepen, maatjesprojecten en religieuze instellingen.

Voorbeelden van subculturen die vaker dan gebruikelijk in verband met geweld worden gebracht zijn: Hells Angels, radicale milieuactivisten, sekteleiden, skinheads, hooligans, jeugdbendes, drugsgebruikers en pedoseksuele netwerken.

Bij patiënten die zich in de afgelopen twaalf maanden niet hebben laten beïnvloeden door hun eigen netwerk wordt de hoogte van de score bepaald door in te schatten in hoeverre de patiënt problemen ondervindt op dit gebied.

Vragen ter ondersteuning voor het bepalen van de mate van beïnvloeding door sociale en antisociale netwerkleden zijn onder andere:

- Ging de patiënt om met personen die hem in de problemen kunnen brengen?
- Liet de patiënt zich positief beïnvloeden door netwerkleden die achter het beleid van de kliniek staan (bijvoorbeeld met betrekking tot de inname van medicatie of het bewaken van de verloopvoorwaarden)?
- Liet de patiënt zich negatief beïnvloeden door netwerkleden die de voortgang van de behandeling in gevaar brengen (bijvoorbeeld drugs gebruiken of zeggen dat patiënt geen medicatie nodig heeft)?

Gedurende de afgelopen twaalf maanden:

- 0 – Richtte de patiënt zich op beschermende netwerkleden die een goede invloed op de behandeling hadden.
- 1 – Tussen 0 en 2.
- 2 – Richtte patiënt zich deels op personen in zijn directe omgeving en/of op subculturen die geweld en/of een criminele levenswijze goedkeuren of vergoelijken; de behandeling stagneerde hier echter niet door.
- 3 – Tussen 2 en 4.
- 4 – Richtte de patiënt zich voornamelijk op personen in zijn directe omgeving en/of op subculturen die geweld en/of een criminele levenswijze goedkeuren of vergoelijken, waardoor de behandeling stagneerde.

Tijdsdomein T

het Toekomstige Domein

Alle indicatoren van dit tijdsdomein (T01 tot en met T07) hebben betrekking op de vraag of er voldoende geregeld is ten aanzien van praktische zaken rondom de vervolgsituatie van de patiënt en/of de patiënt voldoende vaardigheden in huis heeft om in de gespecificeerde vervolgsituatie risicovolle situaties te voorkomen.

De indicatoren dienen standaard te worden beoordeeld aan de hand van twee vervolgsituaties:
(Indien gewenst kan er ook een inschatting gedaan worden over de verlofsituatie).

- A. Met professioneel toezicht en/of begeleiding.
- B. Zonder professioneel toezicht, vrij in de maatschappij.

T01 OVEREENSTEMMING OVER AFSPRAKEN BETREFFENDE DELICTPREVENTIE

Deze indicator gaat over de mate waarin er formele afspraken zijn gemaakt/voorwaarden zijn opgesteld tussen de patiënt en zijn behandelaars betreffende delictpreventie en de mate waarin de patiënt in staat geacht wordt zich aan deze afspraken te houden. De partijen die formele afspraken maken, kunnen – afhankelijk van de context en de fase van behandeling – verschillen. Het kan gaan om afspraken met een vervolginstelling zoals een FPA of de reclassering, maar ook om delictpreventieve afspraken met de patiënt zelf. Bijvoorbeeld over de periode na onvoorwaardelijk ontslag.

DE MATE VAN OVEREENSTEMMING OVER AFSPRAKEN EN VERTROUWEN IN DE NALEVING HIERVAN KAN BEORDEELD WORDEN AAN DE HAND VAN DE VOLGENDE VRAGEN:

- Zijn er afspraken met de patiënt gemaakt over het (vrijwillig) meewerken aan en toepassen van risico-reducerende handelingen, zoals medicatietrouw, het adequaat hanteren van middelengebruik, het toepassen van geleerde terugvalpreventie-strategieën, hulp zoeken bij problemen en eventuele (vrijwillige) heropname/ behandeling?
 - Is er vertrouwen dat de patiënt deze afspraken zal naleven?
 - Heeft de patiënt voldoende **motivatie** voor het naleven van de afspraken?
 - Beschikt de patiënt over adequate **vaardigheden** voor het naleven van de afspraken?
 - In hoeverre is de toekomstige **context** van invloed op de motivatie en vaardigheden van de patiënt?
 - Hoe ziet het beoogde uitstroomtraject eruit?
 - Zijn er afspraken over verblijf, begeleiding, medicatie, controles, vervolgsetting en begeleiding?
- Is de patiënt het eens met die plannen en is hij gemotiveerd zich hieraan te houden?
 - Vindt de patiënt de (tbs)-maatregel in een beoogde vervolgsetting nog noodzakelijk en in hoeverre is dit in overeenstemming met het oordeel van het team?
- LET OP:** Beoordeel deze indicator afhankelijk van de taxatiecontext.
- Naar verwachting:
- 0 – Zijn er voldoende en duidelijke afspraken over delictpreventie gemaakt en er wordt verwacht dat de patiënt deze zal naleven.
 - 1 – Zijn er wel voldoende en duidelijke afspraken gemaakt, maar er is enige twijfel of patiënt deze kan en/of zal naleven.
 - 2 – Zijn er (nog) geen of onvoldoende afspraken gemaakt, maar de verwachting is dat patiënt zich wel aan toekomstige afspraken kan en/of zal houden.
 - 3 – Zijn er geen of onvoldoende afspraken gemaakt en er bestaat twijfel of patiënt deze kan en/of zal naleven.
 - 4 – Zijn er (op basis van ervaring) geen afspraken te maken waaraan de patiënt zich kan en/of zal houden.

T02 WONEN

Deze indicator heeft betrekking op de mate waarin de toekomstige woonsituatie geregeld is en adequaat wordt geacht voor de patiënt. Daarnaast wordt ook de mate waarin de patiënt de vaardigheden heeft om op een aanvaardbare manier te wonen meegewogen. De toekomstige woonsituatie van de patiënt kan zowel een begeleide als een zelfstandige woonvorm zijn.

Een adequate woonsituatie is een woonsituatie waarin patiënt op een maatschappelijk aanvaardbare manier begeleid of onbegeleid kan wonen. Soms kan het wonen in een probleemwijk of het gaan wonen in de nabijheid van mededaders of (relaties van) slachtoffers als risicoverhogend gelden. Dit dient meegewogen te worden bij de adequaatheid van de toekomstige woonsituatie.

Deze indicator gaat niet alleen over de soort huisvesting maar ook over de vaardigheden die de patiënt heeft om op een maatschappelijk aanvaardbare manier te wonen. Zo dient onder andere rekening gehouden te worden met de vaardigheden van de patiënt om zonder conflicten met (eventuele) medebewoners, buurtbewoners, et cetera om te gaan en met zijn vaardigheden om een huishouden te kunnen runnen. In het geval van begeleid wonen of wonen onder toezicht dient men in te schatten in hoeverre de patiënt over de vaardigheden beschikt om probleemloos te functioneren binnen deze structuur. Dus als de woonsituatie van patiënt adequaat is, hij intensief begeleid wordt en hij de vaardigheid heeft om binnen deze structuur en zonder problemen met zijn omgeving zijn woonsituatie vast te houden, dan scoort u een 0. Bij twijfel over zijn vaardigheden scoort u een 1.

DE MATE VAN ADEQUAATHEID VAN DE TOEKOMSTIGE WOONSITUATIE EN DE DAARBIJ GEVRAAGDE VAARDIGHEDEN VAN PATIËNT KUNNEN BEOORDEELD WORDEN AAN DE HAND VAN DE VOLGENDE VRAGEN:

- Is de toekomstige woonsituatie van de patiënt geregeld?
- Is de toekomstige woonsituatie adequaat met het oog op de specifieke problematiek van de patiënt?
- Beschikt de patiënt over voldoende vaardigheden om een adequate woonsituatie op te bouwen en deze ook vast te houden? Bij wie (waar) kan de patiënt direct langdurig terecht in het geval er zich een probleem voordoet en hij niet opgenomen is.
- Is de patiënt in staat om zijn woonruimte in goede staat te houden?

LET OP: Beoordeel deze indicator afhankelijk van de taxatiecontext.

De toekomstige woonsituatie van patiënt is:

- 0** – Geregeld en adequaat en patiënt beschikt over voldoende vaardigheden en motivatie om een aanvaardbare woonsituatie op te kunnen bouwen.
- 1** – Geregeld en adequaat; er is echter twijfel over de vaardigheden en/of motivatie van patiënt om een aanvaardbare woonsituatie op te kunnen bouwen.
- 2** – Nog niet geregeld; patiënt beschikt echter wel over voldoende vaardigheden en motivatie om een aanvaardbare woonsituatie op te kunnen bouwen.
- 3** – Nog niet geregeld en er is ook twijfel over de vaardigheden en/of motivatie van patiënt om een aanvaardbare woonsituatie op te kunnen bouwen.
- 4** – Nog niet geregeld en het ontbreekt patiënt volledig aan vaardigheden en/of motivatie om een aanvaardbare woonsituatie op te kunnen bouwen.

T03 FINANCIËN

Deze indicator heeft betrekking op de mate waarin de toekomstige financiële situatie adequaat is voor de patiënt. Daarnaast wordt ook de mate waarin de patiënt de vaardigheden heeft om op een verantwoorde manier met zijn financiën om te gaan meegewogen.

De toekomstige financiële situatie is adequaat indien er duidelijkheid bestaat over de verwachte inkomstenbronnen en deze bronnen voldoende passend zijn voor de te verwachten levensstijl van patiënt. In het geval van intensieve begeleiding op het gebied van financiën wordt ingeschat in hoeverre patiënt de vaardigheid heeft zich aan de afspraken te houden. Als de financiële situatie van patiënt helder is, hij intensief begeleid wordt en hij de vaardigheid heeft om met deze hulp op een verantwoorde manier met zijn financiën om te gaan, dan scoort u een 0. Bij twijfel over zijn vaardigheden scoort u een 1.

Indien u verwacht dat patiënt door zijn toekomstige leefstijl naast vaste legale inkomsten ook inkomsten uit niet-legale bronnen of voornamelijk inkomsten uit criminele activiteiten zal hebben, scoort u een 4.

DE MATE VAN ADEQUAATHEID VAN DE TOEKOMSTIGE FINANCIËLE SITUATIE EN DE DAARBIJ BENODIGDE VAARDIGHEDEN VAN PATIËNT KUNNEN BEOORDEELD WORDEN AAN DE HAND VAN DE VOLGENDE VRAGEN:

- Wat zijn de verwachte inkomstenbronnen (bijvoorbeeld inkomsten uit werk, een uitkering of criminele activiteiten) van patiënt?
 - Zijn deze verwachte inkomstenbronnen legaal, stabiel en goed geregeld?
 - Zal patiënt, op basis van zijn verwachte levensstijl, van de inkomsten kunnen rondkomen?
 - Heeft de patiënt voldoende vaardigheden om op een verantwoorde manier met zijn financiën om te gaan? Heeft de patiënt (nog) schulden? Wie heeft die in beheer?
 - Wat kan en wil de patiënt zelf beheren?
 - Zal de patiënt ook in de toekomst toezicht of ondersteuning door een familielid of bewindvoerder aanvaarden?
- LET OP:** Beoordeel deze indicator afhankelijk van de taxatiecontext.
- De toekomstige financiële situatie van patiënt is:
- 0 – Adequaat en patiënt beschikt over voldoende vaardigheden en motivatie om op een verantwoorde manier met zijn financiën om te kunnen gaan.
 - 1 – Adequaat; er is echter twijfel over de vaardigheden en/of motivatie van patiënt om op een verantwoorde manier met zijn financiën om te kunnen gaan.
 - 2 – Niet adequaat of nog onzeker; patiënt heeft echter wel voldoende vaardigheden en motivatie om op een verantwoorde manier met zijn financiën om te kunnen gaan.
 - 3 – Niet adequaat of nog onzeker; er bestaat ook ernstige twijfel over de vaardigheden en/of motivatie van patiënt om op een verantwoorde manier met zijn financiën om te kunnen gaan.
 - 4 – Zeer inadequaat of nog onzeker; het ontbreekt patiënt volledig aan vaardigheden en/of motivatie om op een verantwoorde manier met zijn financiën om te kunnen gaan.

T04 WERK

Deze indicator heeft betrekking op de mate waarin de toekomstige werksituatie adequaat is voor de patiënt. Daarnaast wordt ook de mate waarin de patiënt de vaardigheden heeft om op een aanvaardbare manier te functioneren op zijn werk meegewogen.

Onder werk wordt verstaan: (on)betaald werk, vrijwilligerswerk, een opleiding, huishoudelijk werk of de verzorging van gezinsleden.

Een (toekomstige) werksituatie is adequaat indien deze passend is voor de patiënt en indien patiënt de vaardigheden heeft om in deze werksituatie goed te functioneren. In het geval van intensieve begeleiding op het gebied van werk dient u in te schatten in hoeverre de patiënt binnen deze context over de vaardigheden beschikt om probleemloos zijn werk te vervullen en vast te houden. Dus als de (toekomstige) werksituatie van patiënt duidelijk is, er (intensieve) begeleiding is en hij de vaardigheden heeft om met behulp van deze begeleiding dit werk zonder problemen vast te houden, dan scoort u een 0. Bij twijfel over zijn vaardigheden scoort u een 1.

DE MATE VAN ADEQUAATHEID VAN DE TOEKOMSTIGE WERKSITUATIE EN DE DAARBIJ BENODIGDE VAARDIGHEDEN VAN PATIËNT KUNNEN BEOORDEELD WORDEN AAN DE HAND VAN DE VOLGENDE VRAGEN:

- Heeft de patiënt (on)betaald werk (vrijwilligerswerk, een opleiding, huishoudelijk werk, de verzorging van gezinsleden)?
- Is de verwachte werksituatie stabiel en goed geregeld?
- Is de verwachte werksituatie passend bij de draagkracht van patiënt?
- Beschikt de patiënt over voldoende vaardigheden om op een verantwoorde manier met zijn werk om te gaan?

- Zijn er al afspraken gemaakt met betrekking tot arbeid of vrijwilligerswerk in een eventuele vervolgssetting?
- In hoeverre is de patiënt in staat en/of gemotiveerd om zelf een passende dagbesteding te regelen, mocht dit in een vervolgssetting niet door professionals ondersteund kunnen worden?

N.B. Activiteiten als vissen, knutselen, wandelen, schilderen, fietsen, muziek luisteren of maken etc. kunnen – indien geïndiceerd (patiënt is bijvoorbeeld pensioengerechtigd) – , ook opgevat worden als passend werk.

LET OP: Beoordeel deze indicator afhankelijk van de taxatiecontext.

De toekomstige werksituatie van patiënt is:

- 0 – Adequaot en patiënt beschikt over voldoende vaardigheden en motivatie om deze werksituatie op aanvaardbare manier vast te kunnen houden.
- 1 – Adequaot; er is echter twijfel over de vaardigheden en/of motivatie van patiënt om op een aanvaardbare manier zijn werk vast te kunnen houden.
- 2 – Inadequaot of nog onzeker/onbekend/nog niet geregeld; patiënt beschikt echter wel over voldoende vaardigheden en motivatie om op een aanvaardbare manier met werk om te kunnen gaan.
- 3 – Inadequaot of nog onzeker/onbekend/nog niet geregeld; er is ook twijfel over de mate waarin de patiënt over de vaardigheden en/of motivatie beschikt om op een aanvaardbare manier met werk om te kunnen gaan.
- 4 – Inadequaot of nog onzeker/onbekend/nog niet geregeld; het ontbreekt patiënt volledig aan vaardigheden en/of motivatie om op een aanvaardbare manier met zijn werk om te kunnen gaan.

T05 VRIJE TIJD

Deze indicator heeft betrekking op de mate waarin de toekomstige vrije tijdsbesteding adequaat is voor de patiënt. Daarnaast wordt ook de mate waarin de patiënt de vaardigheden heeft om op een positieve manier zijn vrije tijd in te vullen, meegewogen.

Het hebben van een bevredigende vrije tijdsbesteding kan een beschermende invloed hebben op het opnieuw plegen van een delict. Ook het ingebed zijn in een vereniging kan beschermend werken. Een toekomstige vrije tijdssituatie is adequaat indien deze bijdraagt aan het welbevinden van de patiënt en de patiënt hier structuur aan kan ontleen. Behalve de tijdsbesteding op zich, wordt ook de mogelijkheid die de activiteiten bieden tot het aangaan en onderhouden van prosociale contacten meegewogen. Bij het beoordelen van deze indicator wordt tevens meegewogen in hoeverre de patiënt over vaardigheden beschikt om zijn vrije tijdsbesteding op een aanvaardbare manier vast te houden.

DE MATE VAN ADEQUAATHEID VAN DE TOEKOMSTIGE VRIJE TIJDSBESTEDING EN DE DAARBIJ BENODIGDE VAARDIGHEDEN VAN DE PATIËNT KUNNEN BEOORDEELD WORDEN AAN DE HAND VAN DE VOLGENDE VRAGEN:

- Heeft de patiënt zicht op een prosociale vrijetijdsbesteding?
- Is de verwachte vrijetijdsbesteding stabiel en is deze bevredigend voor de patiënt?
- Is de verwachte vrijetijdsbesteding voldoende voor de patiënt om in prosociaal evenwicht te blijven?
- Heeft de patiënt voldoende vaardigheden om op een verantwoorde manier met zijn vrije tijd om te blijven gaan?

LET OP: Beoordeel deze indicator afhankelijk van de taxatiecontext.

De toekomstige vrijetijdsbesteding van patiënt is:

- 0 – Adequaats en patiënt beschikt over voldoende vaardigheden en motivatie om zijn vrije tijd op een positieve manier te kunnen invullen.
- 1 – Adequaats; er is echter twijfel over de vaardigheden en/of motivatie van patiënt om zijn vrije tijd op een positieve manier te kunnen invullen.
- 2 – Inadequaats of nog onzeker/onbekend/nog niet geregeld; patiënt beschikt echter wel over voldoende vaardigheden en motivatie om op een positieve manier met zijn vrije tijd om te kunnen gaan.
- 3 – Inadequaats of nog onzeker/onbekend/nog niet geregeld; er is ook twijfel over de mate waarin patiënt vaardigheden en/of motivatie heeft om op een positieve manier met zijn vrije tijd om te kunnen gaan.
- 4 – Inadequaats of nog onzeker/onbekend/nog niet geregeld; het ontbreekt patiënt volledig aan vaardigheden en/of motivatie om op een positieve manier met zijn vrije tijd om te gaan.

T06 SOCIAAL NETWERK

Deze indicator heeft betrekking op de mate waarin de toekomstige netwerkleden van de patiënt hem in voor hem risicovolle situaties kunnen brengen of hem hier tegen kunnen beschermen. Daarnaast wordt ook de mate waarin de patiënt zich laat beïnvloeden door zijn netwerkleden meegewogen.

De samenstelling van het sociale netwerk en de mate van sociale steun die netwerkleden de patiënt kunnen en willen geven zijn van groot belang voor de mogelijkheden van de patiënt om een sociaal aanvaardbaar bestaan op te bouwen. Het (toekomstige) netwerk van een patiënt kan bestaan uit zowel beschermende als risicovolle netwerkleden. Beschermende netwerkleden zijn netwerkleden die de patiënt kunnen en willen ondersteunen bij het naleven en uitvoeren van de overeengekomen behandelafspraken en leefregels en die de patiënt na ontslag blijven steunen in het voorkomen van delictgerelateerde gedragingen. Risicovolle netwerkleden daarentegen, zijn netwerkleden van wie verwacht wordt dat zij de patiënt in risicovolle situaties kunnen brengen.

Onder het (toekomstige) netwerk van de patiënt na ontslag worden alle personen verstaan met wie de patiënt een meer dan oppervlakkige relatie heeft, zoals familie, collega's en burens. Indien de patiënt uitstroomt naar een situatie met professioneel toezicht, dan behoren de professionele hulpverleners, zoals de reclassering of FPA, ook tot het netwerk.

Een patiënt zonder netwerkleden (slechts een paar oppervlakkige contacten) van wie verwacht wordt dat dit een risico vormt, wordt beoordeeld met een score 3. Een patiënt met een beschermend netwerk, waardoor hij zich niet laat beïnvloeden, wordt beoordeeld met een 4 (indien dit als risicovol geacht wordt). Indien dit niet als risicovol ingeschat wordt, dient er een score 0 toegekend te worden.

DE MATE WAARIN DE SAMENSTELLING VAN HET NETWERK VAN DE PATIËNT RISICOVOL IS EN DE MATE WAARIN DE PATIËNT ZICH DOOR DIT NETWERK LAAT BEÏNVOEDEN KAN BEOORDEELD WORDEN AAN DE HAND VAN DE VOLGENDE VRAGEN:

- Uit welke personen bestaat het netwerk van de patiënt?
- Welke van deze netwerkleden zijn beschermend en welke zijn risicoverhogend?
- Door welke netwerkleden laat patiënt zich beïnvloeden? Hebben deze een beschermende of risicoverhogende invloed op patiënt?
- Bezit de patiënt voldoende vaardigheden om zich niet te laten beïnvloeden door eventuele risicoverhogende netwerkleden?

LET OP: Beoordeel deze indicator afhankelijk van de taxatiecontext.

Het toekomstige netwerk van de patiënt:

- 0 – Bestaat grotendeels of geheel uit beschermende netwerkleden, door wie de patiënt zich positief laat beïnvloeden.
- 1 – Bestaat uit zowel beschermende als risicoverhogende netwerkleden, waarbij patiënt voldoende vaardigheden bezit om zich niet negatief te laten beïnvloeden.
- 2 – Bestaat uit zowel beschermende als risicoverhogende netwerkleden, waarbij twijfel bestaat of patiënt voldoende vaardigheden bezit om zich niet negatief te laten beïnvloeden.
- 3 – Bestaat uit zowel beschermende als risicovolle netwerkleden, waarbij patiënt onvoldoende vaardigheden bezit om zich niet negatief te laten beïnvloeden.
- 4 – Bestaat voornamelijk uit risicovolle netwerkleden, waarbij patiënt onvoldoende vaardigheden bezit om zich niet negatief te laten beïnvloeden.

T07 STRESSERENDE OMSTANDIGHEDEN

Deze indicator heeft betrekking op de manier waarop de patiënt om zal gaan met toekomstige stresserende omstandigheden, indien deze zich voordoen, en de kans dat hij als reactie daarop destabiliseert (uit balans raakt, in de problemen komt).

Belangrijk is dat het bij deze indicator gaat om de door de patiënt zelf ervaren stress. Deze hoeft niet noodzakelijk gelijk te zijn aan de 'objectieve' stress. Ex-patiënten kunnen met (objectief gezien) stresserende omstandigheden in aanraking komen, zoals afgewezen worden op basis van het verleden of het ondervinden van problemen met het krijgen van werk, een partner of huisvesting. Ook de overgang van de kliniek naar de maatschappij kan stresserend zijn voor patiënt. Bij deze indicator ligt de nadruk dan ook op het inschatten van de te verwachten ervaren stress en de reactie van de patiënt hierop bij terugkeer in de maatschappij.

HET RISICO OP DESTABILISATIE BIJ EVENTUELE TOEKOMSTIGE STRESSERENDE OMSTANDIGHEDEN KAN BEOORDEELD WORDEN AAN DE HAND VAN DE VOLGENDE VRAGEN:

- Welke specifieke delictgerelateerde of stresserende toekomstige situaties zou de patiënt tegen kunnen komen? Hoe groot is de kans dat deze zich voordoen en op welke termijn?
- Indien de patiënt in de toekomst geconfronteerd wordt met delictgerelateerde en/of stresserende situaties, is hij dan in staat deze goed te hanteren of raakt hij uit balans, destabiliseert of decompenseert hij?
- Van welke gebeurtenissen of invloeden zal de patiënt spanningen kunnen ervaren (bijvoorbeeld zich niet gehoord voelen, wisselingen in dagritme of personeel, middelengebruik, staken van medicatie, relatieproblemen of bezorgdheid om een familielid)?

- Is er voldoende ondersteuning (bijvoorbeeld vanuit het eigen netwerk, door professionals en/of met medicatie) of is de patiënt in staat deze zelf tijdig in te schakelen om stress te reduceren?

LET OP: Beoordeel deze indicator afhankelijk van de taxatiecontext.

In het geval van toekomstige stresserende omstandigheden:

- 0 – Wordt geen destabilisatie verwacht.
- 1 – Is er een kleine kans op destabilisatie.
- 2 – Is risico op destabilisatie aanwezig.
- 3 – Is er een grote kans op destabilisatie.
- 4 – Zal destabilisatie bijna zeker optreden.

Scoreformulieren HKT-R

Personalia Patiënt
Historisch Domein
Klinisch Domein
Toekomstig Domein
Eindscore overzicht en Klinische inschatting

PERSONALIA PATIËNT

Score door:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Functie:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Scoredatum:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Huidige behandelfase patiënt:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Huidige verlofmodaliteit patiënt:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Naam patiënt:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Geboortedatum:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Geslacht:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
MITS nr:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
VIP nr:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
BSN:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Geboorteland:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nationaliteit:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Indexdelict:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Maatregel:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Datum delict:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	lft. 1e politie contact:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		lft. 1e verordeeling:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Datum aanvang maatregel:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Datum opname huidige kliniek:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Hoofddiagnose:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
DSM AS I diagnose:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
DSM AS II diagnose:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
T IQ	<input style="width: 100%;" type="text"/>	VIQ	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		PIQ	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		Lijst	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		Datum:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Eindoordeel:	A met zorg:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	B zonder zorg:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
---------------------	--------------------	---	-----------------------	---

HISTORISCH DOMEIN**H01 Justitiële voorgeschiedenis**Score:

Turfvak

Categorie 1: Overtreding verkeer en ordeverstoring

Categorie 2: Drugsgerelateerde delicten

Categorie 3: Vernieling van goederen

Categorie 4: Vermogen en profijt

Categorie 5: Middelzwaar geweld en wapenbezit

Categorie 6: Vermogen met geweld

Categorie 7: Zwaar geweld

Categorie 8: Zeden

Categorie 9: Zeden (minderjarig slachtoffer)

Categorie 10: Doodslag

Categorie 11: Brand

Categorie 12: Leven extra (moord met voorbedachten rade)

H01 Argumenten

HISTORISCH DOMEIN

H02 Schending van voorwaarden betreffende behandeling en toezicht	Score: <input type="text"/>
Type 1: Weglopen	<i>Turfvak</i> <input type="text"/>
Type 2: Weigeren	<input type="text"/>
Type 3: Middelen	<input type="text"/>
Type 4: Afspraken	<input type="text"/>
Type 5: Ordeverstoring	<input type="text"/>
Type 6: Proeftijd	<input type="text"/>
Type 7: Andere schendingen	<input type="text"/>

H02 Argumenten

H03 Leeftijd eerste veroordeling

Score:

H03 Argumenten

HISTORISCH DOMEIN

H04 Type slachtoffer

Score:

Aantal bekende slachtoffers:

Turfvak

Aantal onbekende slachtoffers:

H04 Argumenten

H05 Netwerkinvloeden

Score:

Aantal prosociale contacten:

Turfvak

Aantal criminele / antisociale contacten:

H05 Argumenten

HISTORISCH DOMEIN**H06 Gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar**Score: *H06 Argumenten***H07 Slachtoffer van geweld in jeugd (tot 18 jaar)**Score: *H07 Argumenten*

HISTORISCH DOMEIN**H08 Hulpverleningsgeschiedenis**Score:

Ambulant

Klinisch

Gedwongen

*Turfvak****H08 Argumenten*****H09 Arbeidsverleden**Score: ***H09 Argumenten***

HISTORISCH DOMEIN

H10 Verslavingsverleden	Score: <input type="text"/>
H10A Alcohol	<input type="text"/>
	+
H10B Softdrugs	<input type="text"/>
	+
H10C Harddrugs	<input type="text"/>
	+
H10D Overige verslaving	<input type="text"/>

H10 Argumenten

H11 Instabiliteit m.b.t. wonen	Score: <input type="text"/>
---------------------------------------	-----------------------------

H11 Argumenten

HISTORISCH DOMEIN

H12 Instabiliteit m.b.t. financiën

Score:

H12 Argumenten

KLINISCH DOMEIN

K01 Probleeminzicht

PRM

K01 Score

--	--

K02 Psychotische symptomen

PRM

K02 Score

--	--

K03 Verslaving

PRM

K03 Score

Alcohol	A []
Softdrugs	S []
Harddrugs	H []
Overige verslaving	O []

KLINISCH DOMEIN**K04 Impulsiviteit**PRM K04 Score

--

K05 Antisociaal gedragPRM K05 Score

--

K06 VijandigheidPRM K06 Score

--

K07 Sociale vaardighedenPRM K07 Score

--

KLINISCH DOMEIN**K08 Zelfredzaamheid**PRM K08 Score **K09 Meewerken aan de behandeling**PRM K09 Score **K10 Verantwoordelijkheid voor het delict**PRM K10 Score **K11 Copingvaardigheden**PRM K11 Score

KLINISCH DOMEIN

K12 Schending van voorwaarden en afspraken PRM K12 Score

K13 Arbeidsvaardigheden PRM K13 Score

K14 Beïnvloeding door beschermende en/of risicovolle netwerkleden PRM K14 Score

TOEKOMSTIG DOMEIN**T01 Overeenstemming over afspraken
betreffende delictpreventie**

PRM A	PRM B	T01 Score A	T01 Score B
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T02 Wonen

PRM A	PRM B	T02 Score A	T02 Score B
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T03 Financiën

PRM A	PRM B	T03 Score A	T03 Score B
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T04 Werk

PRM A	PRM B	T04 Score A	T04 Score B
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOEKOMSTIG DOMEIN**T05 Vrije tijd**

PRM A	PRM B	T05 Score A	T05 Score B
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T06 Sociaal netwerk

PRM A	PRM B	T06 Score A	T06 Score B
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T07 Stresserende omstandigheden

PRM A	PRM B	T07 Score A	T07 Score B
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EINDSCORE OVERZICHT EN KLINISCHE INSCHATTING

Historische Indicatoren			Score
H01	Justitiële voorgeschiedenis	H01	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H02	Schending van voorwaarden omtrent behandeling en toezicht	H02	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H03	Leeftijd eerste veroordeling	H03	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H04	Type slachtoffer	H04	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H05	Netwerk invloeden	H05	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H06	Gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar	H06	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H07	Slachtoffer van geweld in jeugd (tot 18 jaar)	H07	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H08	Hulpverleningsgeschiedenis	H08	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H09	Arbeidsverleden	H09	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H10	Verslavingsverleden	H10	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H11	Instabiliteit m.b.t. wonen	H11	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H12	Instabiliteit m.b.t. financiën	H12	<input style="width: 90%;" type="text"/>
H Totaal			<input style="width: 90%;" type="text"/>

Klinische Indicatoren			Score
K01	PRM*	Probleeminzicht	K01 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K02	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Psychotische symptomen	K02 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K03	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Verslaving	K03 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K04	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Impulsiviteit	K04 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K05	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Antisociaal gedrag	K05 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K06	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Vijandigheid	K06 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K07	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Sociale vaardigheden	K07 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K08	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Zelfredzaamheid	K08 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K09	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Meewerken aan de behandeling	K09 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K10	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Verantwoordelijkheid voor het delict	K10 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K11	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Copingvaardigheden	K11 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K12	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Schending voorwaarden en afspraken	K12 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K13	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Arbeidsvaardigheden	K13 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K14	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Beïnvloeding pro / anti sociale netwerk	K14 <input style="width: 90%;" type="text"/>
K Totaal			<input style="width: 90%;" type="text"/>

EINDSCORE OVERZICHT EN KLINISCHE INSCHATTING

Toekomstige Indicatoren			A in zorg	B uit zorg
PRM*A/B				
T01	<input type="checkbox"/>	Overeenstemming over afspraken betr.delictpreventie	T01 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T02	<input type="checkbox"/>	Wonen	T02 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T03	<input type="checkbox"/>	Financiën	T03 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T04	<input type="checkbox"/>	Werk	T04 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T05	<input type="checkbox"/>	Vrije tijd	T05 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T06	<input type="checkbox"/>	Sociaal netwerk	T06 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T07	<input type="checkbox"/>	Stresserende omstandigheden	T07 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T Totaal			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A in zorg	B uit zorg
Totaalscore (H + K + T in situatie A en in situatie B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisch gewogen eindoordeel (Laag, Laag/Matig, Matig, Matig/Hoog, Hoog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Positie in Risico Management (Te behandelen / managen delictfactoren, zo mogelijk naar hiërarchie in ernst in relatie tot delictgedrag).

Indien aanwezig worden beschermende factoren hier onderscheiden van de risicofactoren met de notatie B.

Interpretatie van de totaalscore	
<i>Afgewogen tegen het klinisch eindoordeel</i>	
HKT-R totaalscore	Categorie
0 - 42	Laag
43 - 54	Matig
55 of hoger	Hoog

AFKORTINGEN

HKT-LITERATUUR

CONTACTPERSONEN TRAININGEN

AFKORTINGEN

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling (van een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis) (APZ)
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
GHB	Gamma-HydroxyBoterzuur
HKT-30	Historisch Klinisch Toekomst-30
IBS	In Bewaring Stelling
ISD	Inrichting Stelselmatige Daders
LSD	LysergeenzuurDiethylamide
OTS	Onder Toezicht Stelling
PCP	PhenylCyclohexylPiperidine
PIJ	Plaatsing In Jeugdinstelling
RM	Rechterlijke Machtiging
ROM	Routine Outcome Monitoring
TBS	Ter Beschikking Stelling
TCO	Threat Control-Override
UC	Urine Controle
UJD	Uittreksel Justitiële Documentatie
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
XTC	EcTtaCy

HKT-LITERATUUR OVER RISICOTAXATIE, VALIDATIE, KLINISCHE BESLUITVORMING EN BEHANDELEVALUATIE

Bogaerts, S., Willems, M., Spreen, M., Schuringa, E. & Ter Horst, P. (2013). **Van HKT-30 naar HKT-R**. Tilburg: Tilburg University Press.

Brand, E.F.J.M., Horst, P.R.M. ter, Lammers, S.S.M. & Spreen, M. (2010). **Handleiding HKT-EX. Historische Klinische en Toekomst items voor Diagnostiek, Risicotaxatie en Behandelevaaluatie, experimentele versie**. Den Haag: Dienst Justitiële inrichtingen.

Brand, E., Ter Horst, P. & Spreen, M. **Risicotaxatie van de toekomst. Verbinden in de keten. Forensisch psychiatrisch toezicht bekeken**. Amsterdam: SWP; 2012. p 85 – 96.

Brand, E., Ter Horst, P. & Spreen, M. **Behandelevaaluatie met behulp van klinische risicotaxatie. Leefklimaat in de klinische forensische zorg**. Amsterdam: SWP; 2013. p. 328 – 340.

Brink, R. van de, **Routine Violence Risk Assessment in Community Forensic Mental Healthcare**. Behavioral Sciences and the Law; 2010. 28, 396–410.

Canton, W.J. **Gerapporteerd... en dan? Academisch proefschrift Universiteit Amsterdam**. Breda: Twintype; 2004.

Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M. & Nijman, H.L.I. **De waarde van gestructureerde risicotaxatie van de diagnose psychopathie**. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2005.

Hildebrand, M., Spreen, M., Schonberger, H.J.M., Augustines, F. & Hesper, B.L. **Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de TBS-behandeling in de jaren 2000 - 2005**. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2006.

Hummelen, K., Zuidan, Y. van, Ter Horst, P. & Noorthoorn, E. **Teambrede risico-gerelateerde behandelevaaluatie: van bespreking naar discussie**. In: Oei K. De forensische psychiatrie geanalyseerd. Apeldoorn: Maklu; 2011. p. 89 – 93.

Jonge, E. de, Nijman, H.L.I. & Lammers, S.M.M. **Gedragsveranderingen tijdens TBS behandeling: een multicenteronderzoek**. Tijdschrift voor psychiatrie; 2009.51. 4, p. 205 – 215.

Singh, J. P., Serper, M., Reinharth, J. & Fazel, S. (2011). **Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Item Content of 10 Available Instruments.** Schizophrenia Bulletin, 37(5), 899–912.

Spreen, M., Horst, P.R.M. ter, Bogaerts, S., Lammers, S.M.M., Hochstenbach, J., Soe-Agnie, e.a. **Risicotaxatie aan de hand van de HCR-20 en de HKT-30: een vergelijking tussen beide instrumenten.** In: Oei T. Forensische psychiatrie en haar grensgebieden. Alphen aan de Rijn: Kluwer; 2009. p. 459 – 476.

Ter Horst, P., Ham, M. van, Spreen, M. & Bogaerts, S. **Behandelevaluatie en klinische besluitvorming met behulp van HKT-30 ROM.** Tijdschrift voor Psychiatrie 2014; 56: 228 – 236.

Ter Horst, P. & Zuidam, Y. van, **Begrippenkader-eenduidig referentiekader en consensusscore.** In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. red. Van weten naar meten: ROM in de GGZ. Amersfoort: GGZ Nederland; 2011.

Ter Horst, P. **Risicotaxatie in Excel: helder gemakkelijk en snel.** Psychopraxis 2006b; 2: 84 – 87.

Vries, K. de & Spreen, M. **De HKT-30 als instrument voor beslismomenten binnen een TBS-behandeling.** Tijdschrift voor Psychiatrie 2012; 54: 429 – 436.

Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. **Handleiding HKT-30: risicotaxatie in de forensische psychiatrie.** Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen; 2002.

MEER INFORMATIE

Nadere informatie over de HKT-R-trainingen kunt u verkrijgen via de volgende FPK en FPC's:

- Eindhoven Paul Ter Horst: prm.ter.horst@dewoenselsepoort.nl
- Groningen Marinus Spreen; M.Spreen@fpcvanmesdag.nl
- Rotterdam Stefan Bogaerts; Stefan.Bogaerts@kijvelanden.nl of s.bogaerts@uvt.nl

Bijlage

**Van HKT-30 naar HKT-R
Methodologische Verantwoording**

INHOUD

- 5** 1. Inleiding
- 6** 2. Werkwijze
- 8** 3. Landelijk validatieonderzoek HKT-R
 - 3.1. Onderzoeksopzet
 - 3.2. Beschrijving onderzoekspopulatie
 - 3.3. Prevalentie van gewelddadige recidive
- 12** 4. De HKT-R
 - 4.1. Veranderingen ten opzichte van HKT-30
 - 4.2. Psychometrische kenmerken van HKT-R
 - 4.2.1. Interne consistentie
 - 4.2.2. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid
 - 4.2.3. Predictieve validiteit
 - 4.3. Survivalanalyse
- 24** 5. Behandelevaaluatie met de HKT-R
 - 5.1. Verandering tijdens verloftraject
 - 5.2. Geïndividualiseerd gestructureerd team-behandelevaluatieinstrument (ROM)
 - 5.3. Evaluatie van het HKT-R onderzoek
 - 5.4. Wat is er nieuw aan de HKT-R?
- 33** 6. Referenties

1 INLEIDING

Op initiatief van onderzoekers uit verschillende Forensisch Psychiatrische Centra¹, is vanaf september 2006 in opdracht van en met ondersteuning van de Dienst Justitiële Instellingen (DJI) en het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)² gewerkt aan de revisie van het gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument de Historisch Klinisch Toekomst (HKT)-30³. De revisie had twee doelen. Het eerste doel betrof het verwerken van nieuwe (inter)nationale wetenschappelijke inzichten uit recidiveonderzoek in de HKT. Hierbij rekening houdend met de specifieke Nederlandse forensisch psychiatrische context die na de invoering van de verplichte risicotaxatie in 2004 veranderde. Speciale aandacht in het revisieproces was er voor de praktische inzichten van behandelaars waardoor het nieuwe instrument beter aan zou kunnen sluiten op de praktijk. Het tweede doel betrof het zodanig (her)formuleren van de Klinische indicatoren dat deze ook gebruikt kunnen worden voor behandel-evaluatie- en Routine Outcome Monitoring (ROM-)doeleinden.

In deze bijlage wordt methodologische verantwoording afgelegd over het risicotaxatie-instrument HKT-R(evisie). Eerst wordt het ontwikkelingsproces van 'HKT-30 tot de HKT-R' kort beschreven. Daarna worden de opzet en de resultaten van het landelijke retrospectieve dossieronderzoek met de HKT-R toegelicht aan de hand van de volgende psychometrische kenmerken: interne consistentie, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en predictieve validiteit. Vervolgens wordt beschreven of de K-indicatoren van de HKT-R geschikt zijn voor behandel-evaluatie (ROM-)doeleinden. Hiertoe worden zowel retrospectieve als prospectieve data geanalyseerd. Tot besluit wordt een korte evaluatie van het onderzoek beschreven.

¹ De werkgroep HKT-Revisie bestond oorspronkelijk uit onderzoekers van FPC Dr. S. van Mesdag. (projectleider), FPK De Woenselse Poort, FPC Hoeve Boschoord, FPC Oldenkotte, FPC De Rooyse Wissel, DJI en het EFP. Gedurende het revisieproject sloten ook FPC De Kijvelanden en de Universiteit Tilburg (Forensische Psychologie) zich aan.

² Zie Nieuwsbrief EFP, mei 2007.

³ Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30: risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.

2 WERKWIJZE

De werkwijze van de werkgroep HKT-Revisie was als volgt.

- In de periode september 2006 - mei 2008 inventariseerde de werkgroep HKT-Revisie eerst de wetenschappelijke literatuur en de onvolkomenheden van de HKT-30. Op verzoek werden praktische onduidelijkheden bij het gebruik van het instrument vanuit het forensische veld aan de werkgroep gemeld. Tevens werd gevraagd welke indicatoren ontbraken volgens de behandelaars. Na deze praktijkinventarisatie is de werkgroep aan de slag gegaan met het inhoudelijk bespreken van alle 30 indicatoren. Hierbij zijn inhoudelijke, theoretische, statistische en praktische argumenten tegen elkaar afgewogen. Het resultaat van deze besprekingen was de HKT-leesversie 2008. Deze werd landelijk per mail in het Forensische veld verspreid (zie Figuur 1 voor begeleidend schrijven mail).
- In de periode juni 2008-september 2009 heeft de werkgroep de op- en aanmerkingen beschouwd en gewogen. Relevante reacties op de leesversie werden verwerkt in de onderzoeksversie van de HKT-leesversie 2008. In deze versie werden sommige indicatoren op basis van de commentaren en wetenschappelijke literatuur aangepast en voor onderzoeksdoeleinden geschikt gemaakt. Aanvullend werd nog een aantal experimentele indicatoren toegevoegd. Deze aanpassingen leidden tot de onderzoeks- versie: de HKT-EX. Vervolgens is er bij het Innovatiefonds van DJI een subsidieaanvraag ingediend gericht op landelijk, retrospectief, cohortonderzoek. Er werd voor gekozen, het landelijk cohort van ex-terbeschikkinggestelden, uitgestroomd in de periode 2004 – 2008, als onderzoekspopulatie in de aanvraag op te nemen, omdat dit het meest actuele cohort was. De aanvraag werd op 15 september 2009 door DJI gehonoreerd. Eind 2009 werden FPC De Kijvelanden en Tilburg University betrokken bij het onderzoek.
- In de periode 2010 – 2012 vond het validatieonderzoek plaats. De HKT-EX werd retrospectief gescoord aan de hand van informatie uit de dossiers van de ex-terbeschikkinggestelden met een dwangmaatregel uit het WODC uitstroomcohort 2004 – 2008.
- Na het voltooien van de dataverzameling eind 2012 en de analyse van de data werd in 2013 de nieuwe HKT, de HKT-R vastgesteld.

Figuur 1. Mail met het verzoek om op- en aanmerkingen op Leesversie HKT 2008

Van: Spreen, Marinus — Verzonden: woensdag 7 mei 2008 17:14 — Onderwerp: HKT leesversie 2008

Geachte (risico taxatie) collega,

Ongeveer 5 jaar geleden werd de HKT-30 versie 2002 geïntroduceerd ter verbetering van de risicotaxatie bij patiënten in forensisch psychiatrische settings. In de Nederlandse literatuur is er sindsdien een aantal studies met de HKT-30 verschenen. Canton (2004) bestudeerde 755 Pro Justitia- rapporten afkomstig uit de arrondissementen Den Bosch, Arnhem en Zutphen uit de jaren 1993,1994 en 1995. Van uiteindelijk 123 rapporten relateerde Canton een voorversie van de HKT-30 versie 2002 aan o.a. ernstig strafrechtelijke recidive (gewelddelict m.u.v. eenvoudige mishandeling en vernieling, zedendelict m.u.v. schennis of een levensdelict). Voor ernstige recidive vond hij een AUC-waarde van de totaal score van 0.72. Opvallend was dat van de 12 Klinische items er 7 een significante AUC-waarde hadden en dat alle 6 Toekomst items een significante AUC-waarde hadden. In een retrospectieve studie van het EFP (Hildebrand en anderen, 2005) werden 152 dossiers gescoord met de HKT-30 versie 2002 uit de landelijke populatie van tbs-gestelden die in de periode 1992-2001 ontslagen waren uit 8 forensisch psychiatrische instellingen. De AUC-waarde van de totale score voor gewelddadige recidive was 0.72 en ook in dit onderzoek waren 8 van de 13 Klinische items significant en 5 van de 6 Toekomst items. In het onttrekkingsonderzoek van het EFP (Hildebrand e.a. 2006, 2007) in het kader van de commissie Visser is ook een aantal Klinische items van de HKT-30 versie 2002 gebruikt. Ook in dit onderzoek bleek dat een aantal K-items bevredigend correleerde met zowel het risico op onttrekking als op risico op gewelddadige recidive na een onttrekking. Tevens hebben een drietal klinieken (Oostvaarderkliniek, De Kijvelanden en Oldenkotte) hun scores bij elkaar gelegd van herhaalde metingen met de HKT-30, (De Jonge, Nijman & Lammers, in druk). Zij vonden een daling van de ernst naarmate de duur van het verblijf in een Tbs-kliniek.

De HKT-30 is een instrument in ontwikkeling. Daar er reeds 5 jaar door verschillende klinieken met de HKT-30 versie 2002 wordt gewerkt, leek het een aantal onderzoekers, nl. Farid Chakhssi (De Rooyse Wissel), Paul Ter Horst (GGzE), Hanneke Schonberger (EFP), Bernadette Lutjenhuis (Hoeve Boschoord), Eddy Brand (DJI), Sylvia Lammers (Oldenkotte) en Marinus Spreen (Mesdag/EFP) een goed moment om de HKT-30 versie 2002 te reviseren en verder door te ontwikkelen. Hiervoor hebben zij eerst bij behandelaren geïnventariseerd welke praktische problemen en inconsistenties zij bij het invullen van de HKT-30 versie 2002 tegenkwamen. Ook werd er gevraagd naar eventueel ontbrekende items. Na deze inventarisatie heeft de revisiegroep elk item gereviseerd alsmede enkele nieuwe items overwogen en toegevoegd. Dit proces heeft voorlopig geresulteerd in de leesversie van de HKT-versie 2008.

Voor u ligt nu de HKT-leesversie 2008. U dient deze versie niet te beschouwen als een complete versie met handleiding en al. In deze versie gaat het voornamelijk over de herdefiniëring van ankerpunten alsmede de introductie van enkele nieuwe items. De begeleidende teksten en referenties komen in de eindversie. Wat wij op dit moment van u willen vragen is:

1. of u zeer kritisch naar deze vernieuwde versie van de HKT-30 wilt kijken
2. of de ankerpunten duidelijk en consistent zijn
3. of u belangrijke items mist die u wel vaak overweegt in uw risicotaxatie

Deze leesversie wordt zo breed mogelijk verspreid (onderzoekers, behandelaars en beleidsmakers) zodat het uiteindelijke instrument zo goed mogelijk aansluit bij de huidige praktijk van de klinieken en bij de laatste stand van zaken in het wetenschappelijke onderzoek. Na het verwerken van de landelijke kritieken en opmerkingen is het onze bedoeling om de versie 2008 te toetsen op de integrale landelijk uitstroom (zowel Onvoorwaardelijk Ontslag als uitstroom naar vervolgssettings) van de periode 2002 -2007. Hiervoor zal een projectvoorstel bij DJI worden ingediend. Pas na de resultaten van dit validatie onderzoek kan besloten worden of de herziene versie een verbetering is. Uw opmerkingen en aanvullingen kunt u naar M.Spreen@fpcvanmesdag.nl voor 31 mei 2008 sturen.

PS ZOU U DEZE LEESVERSIE WILLEN VERSPREIDEN ONDER UW COLLEGA'S DIE RISICOTAXATIES DOEN?

Met collegiale groet en alvast dank voor uw medewerking,

Eddy Brand (DJI) — Farid Chakhssi (FPC De Rooyse Wissel) — Paul Ter Horst (GGzEindhoven) — Bernadette Lutjenhuis (Hoeve Boschoord) —
Sylvia Lammers (FPC Oldenkotte) — Hanneke Schonberger (EFP) — Marinus Spreen (voorzitter) (FPC Dr. S. van Mesdag/EFP)

3 LANDELIJK VALIDATIEONDERZOEK HKT-R

3.1 Onderzoeksopzet

De onderzoekspopulatie bestond uit alle N= 347 terbeschikkinggestelden met een dwangmaatregel die tussen 2004 en 2008 onvoorwaardelijk ontslagen werden uit de twaalf Nederlandse Forensisch Psychiatrische Centra (tbs-klinieken). Strafrechtelijke recidive in dit cohort in de periode na 2008 werd geregistreerd middels de landelijke recidivemonitor van het WODC⁴. Het volledige uitstroomcohort 2004 - 2008 bestaat uit N= 411 ex-tbs-gestelden. Patiënten met een TBS met voorwaarden of met een gemaximeerde TBS zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

De dossiers van alle N= 347 ex-tbs-gestelden met een dwangmaatregel werden gescoord door twintig masterstudenten Klinische en Forensische Psychologie. Omdat het uitstroomcohort 2004 – 2008 het meest recente was, bevatten de dossiers over het algemeen gedetailleerde informatie over de achtergrond en criminele voorgeschiedenis van de patiënt, pro justitia-rapportages, behandelplannen, verlofaanvragen en verlengingsadviezen. De studenten kregen vooraf een intensieve geprotocolleerde training van twee weken. In deze training werd uitleg gegeven over de verschillende factoren van de HKT-EX en oefenden de studenten het scoren aan de hand van twee werkelijke casussen. Na het onafhankelijk individueel scoren, werden de scores van alle studenten onderling vergeleken en werd de onderliggende argumentatie besproken, zodat er consensus bereikt kon worden over de score.

Voor het scoren van de Klinische indicatoren werd ieder dossier opgedeeld in vijf tijdsfasen: alle informatie over de twaalf maanden vóór het tbs-delict (pro justitia-periode), de eerste twaalf maanden na instroom, de twaalf maanden vóór aanvraag van het eerste ongebeide verlof, de twaalf maanden vóór aanvraag proefverlof en de twaalf maanden vóór het Onvoorwaardelijk Ontslag (O.O.). De studenten beoordeelden de perioden zonder te beschikken over eerder of later geschreven stukken (voorkennis of kennis achteraf, die het oordeel zou kunnen beïnvloeden). De Historische indicatoren werden gescoord uit het gedeelte van het strafdossier dat ging over de periode tot aan de pro justitia-periode. De Toekomstige indicatoren werden enkel gescoord voor de O.O.-situatie. Voor het bepalen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werden willekeurig de dossiers van N= 60 patiënten (N= 12 uit elk van de vijf ontslagjaren 2004 - 2008) dubbel gescoord door twee onafhankelijke beoordelaars.

Nadat de dossiers van alle N= 347 patiënten waren gescoord, werden de recidivegegevens opgevraagd bij het WODC van het ministerie van Veiligheid en Justitie⁵. De database van het WODC bevatte gegevens over alle patiënten die opnieuw een delict pleegden na ontslag uit de TBS tot en met 11 juli 2011. In het kader van het onderzoek ging de belangstelling uit naar aan geweld gerelateerde recidive. Gewelddadige recidive werd geoperationaliseerd als 'een veroordeling voor een nieuw delict waarbij geweld tegenover andere personen werd gebruikt of wanneer hiermee bedreigd werd'. Hiervoor werd de BOOG-systematiek⁶ (zie Figuur 2) gebruikt. Gewelddadige recidive is een delict van categorie 5 of hoger.

⁴ Bregman, I. M. & Wartna, B. S. J. (2011). *Recidive TBS 1974 – 2008. Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: WODC. Factsheet 2011-6.

⁵ De auteurs bedanken dr. B. Wartna van het WODC voor zijn medewerking.

⁶ Deze indeling is gebaseerd op Brand, E.F.J.M. (2005). *Onderzoeksrapport PIJ-Dossiers 2003C*. Den Haag, DJI.

Figuur 2. De categorieën van gewelddadige recidive in de BOOG-systematiek

Categorie 5: Middelzwaar geweld en wapenbezit

Binnen deze categorie vallen veroordelingen voor middelzwaar geweld, zoals lid zijn van een criminele organisatie (140), openlijk in vereniging plegen van geweld tegen personen of goederen (141), brandstichting met gevaar voor goederen (157 lid 1), weerspanning tegen gezag met letsel tot gevolg (181 lid 1, 182 lid 1, 182 lid 2), hulp bij ontsnapping (191), bedreiging (284), bedreiging met geweld, of aanranding, of mishandeling (285), eenvoudige mishandeling (300 lid 1), gebouw of vaartuig vernielen (352). Tot deze categorie behoren tevens alle veroordelingen voor misdrijven uit de Wet Wapens en Munitie (WWM), zoals verboden wapenbezit en wapenhandel.

Categorie 6: Vermogen met geweld

Tot deze categorie behoren vermogensdelicten waarbij geweld is gebruikt, zoals diefstal met geweld of bedreiging (312) en afpersing met geweld of bedreiging (317).

Categorie 7: Zwaar geweld

Tot deze categorie behoren zware geweldsdelicten, zoals weerspanning tegen gezag met zwaar letsel tot gevolg (181 lid 2 en 3), vrijheidsberoving (282), mishandeling met zwaar lichamelijk letsel als gevolg (300 lid 2 en 3), opzettelijk zwaar lichamelijk letsel toebrengen (302), zware mishandeling met voorbedachten rade (303).

Categorie 8: Zeden

Tot deze categorie behoren zedendelicten met volwassen slachtoffers, zoals verkrachting (242), gemeenschap met bewusteloze of geestelijke gestoorde (243), aanranding onder bedreiging of geweld (246), onmachtige verleiden tot plegen of dulden van ontucht (247), seksueel delict plus lichamelijk letsel (248).

Categorie 9: Zeden (minderjarig slachtoffer)

Tot deze categorie behoren zedendelicten met minderjarige slachtoffers, zoals gemeenschap met persoon beneden de 12 jaar (244), gemeenschap met persoon tussen 12 en 16 jaar, ontucht met minderjarige (249) en het dwingen van een minderjarige tot seksuele handelingen met een derde (250).

Categorie 10: Doodslag

Tot deze categorie behoren veroordelingen voor doodslag (het opzettelijk een ander van het leven beroven) (287).

Categorie 11: Brand

Tot deze categorie behoren veroordelingen voor brandstichting met gevaar voor personen (157 lid 2), eventueel leidend tot de dood van het slachtoffer (157 lid 3).

Categorie 12: Leven extra (moord met voorbedachten rade)

Tot deze categorie behoren veroordelingen voor doodslag begeleid door een strafbaar feit: voorbereid of vlucht (288) en moord met voorbedachten rade (289).

3.2 Beschrijving onderzoekspopulatie

De meerderheid van de patiënten in het cohort 2004 – 2008 was mannelijk (N= 317, 91.4%); een minderheid was vrouwelijk (N= 30, 8.6%). De meeste patiënten waren geboren in Nederland (N= 265, 76.4%); de overige patiënten waren geboren in Suriname (N= 31, 8.9%), de Nederlandse Antillen (N= 19, 5.5%) of elders (N= 32, 9.2%).

De gemiddelde leeftijd waarop het eerste delict gepleegd werd was 21.02 jaar (SD 8.38, bereik 5.10 - 59.06) en de gemiddelde leeftijd waarop het indexdelict (het delict op grond waarvan de TBS met dwangverpleging werd opgelegd) gepleegd werd was 29.03 jaar (SD 8.82, bereik 16.32 - 64.81). De indexdelicten waren (in afnemende frequentie) doodslag (N= 109, 31.4%), moord (N= 60, 17.3%), zedendelicten (N= 51, 14.7%), brandstichting met gevaar voor leven (N= 41, 11.8%), diefstal met geweld (N= 41, 11.8%), zwaar geweld (N= 26, 7.5%) en overige gewelddadige delicten (= 19, 5.5%). Een overgrote meerderheid van de patiënten (N= 289, 83.3%) was eerder veroordeeld, terwijl een kleine minderheid (N= 58, 16.7%) niet eerder veroordeeld was.

De gemiddelde leeftijd waarop TBS met dwangverpleging werd opgelegd bedroeg 30.31 jaar (SD 8.85, bereik 16.85 - 65.38). Bij de meerderheid van de patiënten (N= 277, 79.8%) werd een combinatievonnis opgelegd, terwijl een vijfde van de patiënten (N= 70, 20.2%) enkel veroordeeld werd tot TBS met dwangverpleging. De gemiddelde leeftijd bij aanvang van de tbs- behandeling bedroeg 32.12 jaar (SD 8.84, bereik 17.39 - 65.95).

De meest voorkomende DSM-IV diagnoses⁷ bij aanvang van de tbs-behandeling waren persoonlijkheidsstoornis

Niet Anderszins Omschreven (N= 178, 51.3%), aan middelen gebonden stoornissen (N= 119, 34.3%), cluster B persoonlijkheidsstoornissen (N= 96, 27.7%) en schizofrenie en andere psychotische stoornissen (N= 75, 21.6%).

Bij de meeste patiënten was sprake van co-morbiditeit. Het gemiddelde totale IQ van de onderzoeksgroep bedroeg 98.20 (SD 15.62, bereik 52 - 139).

De eerste succesvolle aanvraag tot onbegeleid verlov werd gemiddeld na 2.92 jaar (SD 2.13, bereik 0.16 - 23.61) behandeling gedaan en de eerste succesvolle aanvraag tot proefverlov werd gemiddeld 5.92 jaar (SD 2.79, bereik 0.80 - 24.39) na aanvang van de behandeling gedaan. Na een gemiddelde totale behandelduur van 8.22 jaar (SD 3.25, bereik 2.63 - 27.68) bedroeg de gemiddelde leeftijd bij beëindiging van de TBS met dwangverpleging 40.33 jaar (SD 9.18, bereik 24.76 - 70.95). Na O.O. keerde de meerderheid van de patiënten (N= 245, 70.6%) terug naar een zelfstandig leven in de maatschappij, terwijl de overige patiënten terecht kwamen in een vervolgsituatie met toezicht, waaronder begeleid wonen (N= 75, 21.6%), klinische opname in de algemene psychiatrie (N= 16, 4.6%), instellingen voor verstandelijk beperkten (N= 8, 2.3%) en verpleegthuizen (N= 3, 0.9%).

3.3 Prevalentie van gewelddadige recidive

Van N= 5 patiënten konden geen recidivegegevens worden getraceerd en N= 10 patiënten overleden binnen de twee jaar na beëindiging van de TBS. Er werd besloten deze N= 15 patiënten niet mee te nemen in de analyses. De analyses zijn uitgevoerd op de resterende groep van N= 332 patiënten.

⁷ American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Pearson Assessment and Information B.V., Amsterdam.

De prevalentie van geweldadige recidive werd berekend voor de 'time at risk'-periode binnen twee jaar na ontslag en na vijf jaar of langer. Dit werd gedaan, omdat de gehele onderzoekspopulatie minstens twee jaar onvoorwaardelijk ontslagen was van de tbs-maatregel en een deel van de populatie al vijf jaar of langer onvoorwaardelijk met ontslag was. In Tabel 1 staan de prevalenties van verschillende doelgroepen en psychiatrische stoornissen. Uit deze tabel blijkt dat er geen geweldadige recidives hebben plaatsvonden bij vrouwen en bij pedoseksuele zedendelinquenten.

Tabel 1.
Prevalenties van geweldadige recidive na ontslag van de tbs-maatregel op basis van de WODC tbs-uitstroomgegevens cohort 2004 – 2008

	Gewelddadige recidive twee jaar na ontslag		Gewelddadige recidive vijf jaar na ontslag	
	Percentage	N	Percentage	N
Geslacht				
vrouw	0,0	27	0,0	13
man	13,4	305	21,0	174
Indexdelicten (exclusief vrouwen)				
zedes volwassenen	9,3	54	21,2*	33
zedes kinderen	0,0	22	0,0	12
gewelddelicten (exclusief zeden)	15,3	236	21,8	133
DSM-IV (exclusief vrouwen)				
Diagnose As I	15,6	192	19,6	107
middelenafhankelijkheid	21,7	106	27,3	55
psychotische stoornissen	9,4	64	15,8	38
overig As I	13,2	76	15,0	40
middelenafhankelijkheid en psychotische stoornissen	16,7	18	22,2	9
Diagnose As II	15,0	253	23,0	142
cluster B	16,9	83	27,5	51
Niet Anders Omschreven	13,2	159	21,6	88
overig As II	14,7	34	18,8	16
Diagnoses As I en As II	18,2	148	22,5	80
middelenafhankelijkheid en cluster B	23,7	38	31,6	19
middelenafhankelijkheid en NAO	22,0	50	25,0	24
psychotische stoornissen en cluster B	15,4	13	14,3	7
psychotische stoornissen en NAO	16,7	18	25,0	12

* Een ex-tbs-patiënt recidiveerde door een seksueel delict te plegen.

4 DE HKT-R

In navolgende Tabellen 2 tot en met 5 wordt de univariate samenhang van de 33 indicatoren in relatie tot gewelddadige recidive gemeten met de likelihood chi-square test. Deze keuze is gemaakt vanwege het grof ordinale meetniveau van de indicatoren (vijf klassen). Een gestructureerde klinische risicotaxatie voor een patiënt toont enige gelijkens met de variabelenselectie voor multivariate regressie. Bij gestructureerde klinische risicotaxatie worden alle indicatoren ingevuld waarna er gewogen wordt welke (combinatie van) indicatoren voor deze patiënt risicovol of beschermend zijn. Bij modelselectie in multivariate regressie worden eerst alle variabelen univariaat getoetst op hun associatie met de afhankelijke variabele. Het significantieniveau voor toetsing van deze univariate variabelen wordt dan minder streng gedefinieerd, omdat univariaat zwak geassocieerde variabelen in combinatie met andere variabelen wel significant kunnen zijn⁸. Daarom kunnen risicoindicatoren die op groepsniveau zwak geassocieerd zijn met gewelddadige recidive wel belangrijk zijn op individueel niveau. In dit onderzoek is het significantieniveau op $p < .10$ gezet. Voor de Klinische indicatoren is ook gekeken naar de univariate samenhang met gewelddadige recidive op de instroom. Een Klinische indicator die niet discrimineert tussen 'recidivisten' en 'niet-recidivisten' tijdens O.O., maar wel bij de instroom, impliceert dat het een belangrijke indicator is voor behandelingsevaluatie en het afgeven van een behandel- en/of verloopprognose.

In deze analyses is geen onderscheid gemaakt tussen tweejarige en vijfjarige 'time at risk'; alle ex-tbs-gestelden zijn meegenomen. Na een gemiddelde 'time at risk' van 5.21 jaar (SD 1.41, bereik 2.12 - 7.51) werden N= 69 patiënten (20.8%) opnieuw veroordeeld wegens het plegen van een gewelddadig delict.

⁸ Hosmer en Lemeshow bevelen voor logistische regressie als screeningsniveau $p < .25$ aan. Vanwege het individuele karakter van risicotaxatie nemen wij een strenger niveau. Zie hoofdstuk 4 in Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. John Wiley and Sons, INC, New York, second edition.

Tabel 2. Gemiddelde scores en samenhang individuele indicatoren met gewelddadige recidive

Historische indicatoren	Geen recidive	Recidive	Likelihood ratio chi-kwadraat;df
H01 Justitiële voorgeschiedenis (N= 332)	2.11(1.45)	3.17(1.14)	33.93**** ; df= 4
H02 Schendingen van voorwaarden omtrent behandeling en toezicht (N= 332)	0.80(1.10)	1.55(1.44)	20.00**** ; df= 4
H03 Leeftijd eerste veroordeling (N= 327)	1.64(1.15)	2.25(1.12)	20.62**** ; df= 4
H04 Type slachtoffer (N= 331)	2.44(1.33)	3.19(0.99)	23.41**** ; df= 4
H05 Netwerk invloeden (N= 323)	1.32(1.57)	2.22(1.57)	18.38**** ; df= 4
H06 Gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar (N= 319)	1.46(1.40)	1.88(1.51)	8.25** ; df= 4
H07 Slachtoffer van geweld in jeugd (tot 18 jaar) (N= 327)	1.92(1.17)	2.19(1.24)	3.95 ; df= 4
H08 Hulpverleningsgeschiedenis (N= 332)	1.99(1.39)	2.41(1.35)	11.96*** ; df= 4
H09 Arbeidsverleden (N= 327)	2.54(1.21)	3.01(1.22)	14.49**** ; df= 4
H10 Verslavingsverleden (N= 309)	1.76(1.12)	2.49(0.99)	22.41**** ; df= 4
H11 Instabiliteit m.b.t. wonen (N= 327)	1.43(1.37)	2.16(1.42)	14.78**** ; df= 4
H12 Instabiliteit m.b.t. financiën (N= 282)	1.65(1.49)	1.98(1.57)	7.00* ; df= 4

****p < .001, p < .01***, p < .05**, p < .10*

Tabel 3. Gemiddelde scores en samenhang individuele indicatoren met gewelddadige recidive van de K-indicatoren gedurende het eerste jaar van een tbs-behandeling

Klinische indicatoren	Geen recidive	Recidive	Likelihood ratio chi-kwadraat;df
K01 Probleeminzicht (N= 263)	2.48(1.02)	2.54(0.99)	1.52 ; df= 4
K02 Psychotische symptomen (N= 293)	0.34(0.70)	0.26(0.65)	2.39 ; df= 3
K03 Verslaving (N= 290)	0.32(0.82)	1.28(1.8)	39.46**** ; df= 4
K04 Impulsiviteit (N= 262)	1.96(1.29)	2.46(1.37)	11.16*** ; df= 4
K05 Antisociaal gedrag (N= 263)	1.25(1.37)	1.75(1.54)	8.57** ; df= 4
K06 Vijandigheid (N= 255)	1.28(1.08)	1.75(1.07)	9.15** ; df= 4
K07 Sociale vaardigheden (N= 275)	1.97(0.97)	2.25(0.90)	4.33 ; df= 4
K08 Zelfverzorging (N= 265)	0.51(0.91)	0.32(0.75)	4.71 ; df=4
K09 Meewerken behandeling (N= 291)	1.38(1.23)	1.72(1.12)	9.22** ; df= 4
K10 Verantwoordelijkheid delict (N= 194)	2.16(1.13)	2.46(0.95)	4.61 ; df= 4
K11 Copingvaardigheden (N= 264)	2.66(0.90)	2.88(0.92)	3.88 ; df= 4
K12 Schenden van voorwaarden (N= 293)	0.91(1.25)	1.57(1.60)	21.65**** ; df= 4
K13 Arbeidsvaardigheden (N= 230)	1.07(1.29)	1.20(1.17)	7.01* ; df= 4
K14 Beïnvloeding door sociale en/of antisociale netwerkleden (N= 268)	0.09(0.40)	0.43(1.00)	12.30*** ; df= 4

****p < .001, p < .01***, p < .05**, p < .10*

Tabel 4. Gemiddelde scores en samenhang individuele indicatoren met gewelddadige recidive van de K-indicatoren gedurende het laatste jaar van een tbs-behandeling

Klinische indicatoren	Geen recidive	Recidive	Likelihood ratio chi-kwadraat;df
K01 Probleeminzicht (N= 285)	1.10(0.95)	1.28(1.21)	6.66* ; df = 4
K02 Psychotische symptomen (N= 323)	0.14(0.40)	0.09(0.34)	1.33 ; df = 2
K03 Verslaving (N= 329)	0.33(0.85)	0.71(1.24)	13.65**** ; df = 4
K04 Impulsiviteit (N= 289)	0.86(1.02)	1.33(1.19)	9.20** ; df = 4
K05 Antisociaal gedrag (N= 292)	0.43(0.84)	0.78(1.23)	8.03** ; df = 4
K06 Vijandigheid (N= 276)	0.37(0.72)	0.86(0.99)	18.33**** ; df = 4
K07 Sociale vaardigheden (N= 296)	0.86(0.94)	1.02(1.04)	4.98 ; df = 4
K08 Zelfverzorging (N= 305)	0.30(0.67)	0.23(0.69)	5.24* ; df = 3
K09 Meewerken behandeling (N= 323)	0.53(0.89)	1.00(1.16)	13.34**** ; df = 4
K10 Verantwoordelijkheid delict (N= 189)	1.26(1.31)	1.65(1.30)	3.81 ; df = 4
K11 Copingvaardigheden (N= 299)	1.27(1.02)	1.37(1.07)	3.14 ; df = 4
K12 Schenden van voorwaarden (N= 329)	0.31(0.86)	0.74(1.24)	13.69**** ; df = 4
K13 Arbeidsvaardigheden (N= 304)	0.46(0.84)	0.92(1.17)	11.81*** ; df = 4
K14 Beïnvloeding door sociale en/of antisociale netwerkleden (N= 315)	0.06(0.28)	0.09(0.45)	5.12* ; df = 3

****p < .001, p < .01***, p < .05**, p < .10*

Tabel 5. Gemiddelde scores en samenhang individuele indicatoren met gewelddadige recidive van de T- indicatoren

Toekomstige indicatoren	Geen recidive	Recidive	Likelihood ratio chi-kwadraat;df
T01 Overeenstemming over afspraken betreffende delictpreventie (N= 314)	0.70(0.99)	0.90(0.99)	12.05*** ; df = 4
T02 Wonen (N= 326)	0.36(0.71)	0.64(0.92)	6.27* ; df = 4
T03 Financiën (N= 282)	0.52(0.83)	1.00(1.27)	10.80** ; df = 4
T04 Werk (N= 316)	0.89(1.29)	1.50(1.27)	13.60**** ; df = 4
T05 Vrije tijd (N= 285)	0.96(1.23)	1.71(1.38)	6.93* ; df = 4
T06 Sociaal netwerk (N= 322)	1.76(0.99)	1.91(0.70)	0.83 ; df = 4
T07 Risico op destabilisatie (N= 326)	1.55(0.99)	2.00(0.78)	9.28** ; df = 4

****p < .001, p < .01***, p < .05**, p < .10*

Uit Tabel 2 tot en met 5 blijkt dat het merendeel van de indicatoren geassocieerd is met een verhoogd risico op gewelddadige recidive. Voor de H-schaal geldt dat 12 van de 13 indicatoren voldoende univariaat associëren met gewelddadige recidive. Voor de K-schalen, gemeten een jaar na aanvang van de tbs-behandeling en een jaar voor O.O., bleken respectievelijk 8 en 10 van de 14 indicatoren univariaat samen te hangen met gewelddadige recidive. Tenslotte zijn 6 van de 7 T-indicatoren geassocieerd met gewelddadige recidive. De indicatoren die niet univariaat samenhangen met gewelddadige recidive zijn behouden als indicator in de HKT-R, omdat de behandelaars in het forensische veld aangeven deze relevant te vinden.

4.1 Veranderingen ten opzichte van HKT-30

Uit Tabel 2 is af te lezen dat er vijf nieuwe H-indicatoren in de HKT-R zijn opgenomen, namelijk H03 Leeftijd eerste veroordeling, H04 Type slachtoffer, H05 Netwerk invloeden, H11 Instabiliteit met betrekking tot wonen en H12 Instabiliteit met betrekking tot financiën.

Op inhoudelijke en klinische gronden is ervoor gekozen om de historisch psychiatrisch diagnostische indicatoren van de HKT-30, i.e. H8 Psychotische stoornissen, H9 Persoonlijkheidsstoornissen, H10 Psychopathie en H11 Seksuele deviantie, niet in de nieuwe HKT-R op te nemen. Daar de HKT-R een geïndividualiseerd risicotaxatie-instrument is, zijn deze psychiatrische labels te grof (bijvoorbeeld: een persoon recidiveert, omdat hij impulsief reageert op bepaalde prikkels in bepaalde omstandigheden en niet omdat hij een persoonlijkheidsstoornis heeft) voor individuele risicotaxatiedoeleinden. Diagnostische labels worden nu vastgelegd op het scoreformulier 'Personalia patiënt'.

Ondanks dat de N= 37 ex-tbs-gestelden met alleen een As I-stoornis, op het oog minder recidiveren (11%) dan de twee andere groepen patiënten, blijkt uit een chi-kwadraatanalyse dat zij statistisch niet voldoende afwijken van de recidives van de N= 148 ex-tbs-gestelden met alleen een As II-stoornis (25%) en de N= 105 ex-tbs-gestelden met zowel een As I- als een As II-stoornis(26%) (zie Tabel 6).

Tabel 6. Associatie tussen diagnose en gewelddadige recidive na een tbs-behandeling

	Geen recidive	Recidive	Totaal
Alleen gediagnosticeerd met As I-stoornis	89% (N=33)	11% (N=4)	N= 37
Alleen gediagnosticeerd met As II-stoornis	75% (N=111)	25% (N=37)	N= 148
Gediagnosticeerd met As I- én As II-stoornis	74% (N=78)	26% (N=27)	N= 105

$$\chi^2 = 3,79; df = 2; p = 0.15$$

Ook meer specifiekere analyses van de odds ratio's⁹ van verschillende diagnostische beelden, laten zien dat een psychiatrische diagnose een zwakke historische voorspeller is voor gewelddadige recidive in het cohort 2004 – 2008 (zie Tabel 7).

Tabel 7. Odds ratio's met betrekking tot gewelddadige recidive voor veel voorkomende DSM-IV diagnoses in het cohort

	Odds ratio	95% BI	sig
Middelen gerelateerde stoornissen (N= 305)	1.75	1.00 – 3.00	.05
Psychotische stoornissen (N= 305)	0.66	0.32 – 1.34	.25
Overige As I-stoornissen (N= 305)	0.76	0.38 – 1.51	.45
Cluster B persoonlijkheidsstoornis (N= 305)	1.34	0.75 – 2.41	.32
Persoonlijkheidsstoornis NAO (N= 305)	1.36	0.79 – 2.33	.27

Uit Tabel 7 is af te lezen dat alleen de diagnose Middelen gerelateerde stoornissen een verhoogd risico heeft op gewelddadige recidive na een tbs-behandeling. Deze diagnose is dan ook verwerkt in H10 Verslavingsverleden. Uit Tabel 6 en 7 blijkt dat het weglaten van psychiatrische diagnoses als Historische indicator statistisch ondersteund wordt. Ook in een eerder landelijk risicotaxatie-onderzoek met de HKT-30, waren deze indicatoren niet geassocieerd met gewelddadige recidive¹⁰.

⁹ De odds ratio's drukken in dit geval de verhouding uit tussen het aantal recidivisten met een bepaalde diagnose en het aantal recidivisten met andere diagnoses.

¹⁰ Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie van de diagnose psychopathie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

De uitzondering was de psychopathiescore; het concept psychopathie (met name de factor Antisociale Levensstijl) is in de HKT-R inhoudelijk verwerkt in de H-indicatoren H01, H02, H03, H09, H10, H11 en H12. Weglaten van psychiatrische diagnoses als risico-indicator doet geen afbreuk aan de voorspellende waarde van het Historische domein van de HKT-R.

Aan de Klinische schaal zijn drie indicatoren toegevoegd, namelijk K12 Schenden van voorwaarden, K13 Arbeidsvaardigheden en K14 Beïnvloeding door sociale en/of antisociale netwerkleden. Deze drie indicatoren zijn toegevoegd, omdat het belangrijke behandel- en resocialisatie-indicatoren zijn. De HKT-30 indicatoren K9 Acculturatie problematiek en K12 Seksuele preoccupatie komen niet meer terug in de HKT-R. Ook in het eerdere landelijke HKT-30 onderzoek¹¹ discrimineerden deze indicatoren niet. Inhoudelijk zijn deze indicatoren nu ondergebracht in respectievelijk K12 Schenden van voorwaarden en K14 Beïnvloeding door sociale en/of antisociale netwerkleden.

De indicatoren van de Toekomstige schaal in de HKT-R zijn inhoudelijk aangepast aan de Nederlandse resocialisatie en risicomangement mogelijkheden. De T-schaal kan gezien worden als een checklist voor resocialisatie mogelijkheden. Is er iets geregeld op het gebied van Wonen (T02), Financiën (T03), Werk (T04), Vrije tijd (T05) en Sociaal Netwerk (T06) en heeft de patiënt toereikende vaardigheden om (met of) zonder zorg een maatschappelijk bestaan op te bouwen (T07)?

¹¹ Zie noot 10.

4.2 Psychometrische kenmerken van HKT-R¹²

4.2.1 Interne consistentie

De interne consistentie geeft aan in hoeverre de indicatoren van de HKT-R samenhangen en een gemeenschappelijk psychologisch proces of gedragsprincipe vormen. De interne consistentie wordt doorgaans vastgesteld met Cronbach's alfa (α). Richtlijnen voor het interpreteren van de hoogte van α zijn: $<.50$ = onacceptabel, $50 - 59$ = slecht, $60 - 69$ = twijfelachtig, $70 - 79$ = acceptabel, $80 - 89$ = goed en ≥ 90 = uitstekend¹³. De resultaten wezen uit dat de interne consistentie van zowel het Historische ($\alpha = .80$), Klinische ($\alpha = .86$) als Toekomstige domein ($\alpha = .81$) goed was.

4.2.2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Zoals eerder vermeld zijn $N = 60$ willekeurige dossiers ($N = 12$ random uit elk van de vijf ontslagjaren 2004 – 2008) dubbel gescoord door twee onafhankelijke beoordelaars. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid geeft een indicatie van de mate waarin twee taxateurs bij het beoordelen van dezelfde patiënt dezelfde scores toekennen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de verschillende onderdelen van de HKT-R werd beoordeeld aan de hand van de 'one-way random, single measures intraclass correlation coefficient (ICC)'. ICC-waarden van $<.40$ worden doorgaans beschouwd als laag, ICC-waarden van $.40$ tot $.74$ als redelijk tot goed en waarden van $\geq .75$ als zeer goed¹⁴.

Omdat de ICC negatief beïnvloed kan worden door een gebrek aan spreiding in de data (restriction of range), werden voor de individuele HKT-R-indicatoren tevens de proportie absolute overeenstemming en de proportie naastliggende overeenstemming berekend. De proportie absolute overeenstemming geeft weer in hoeveel procent van de gevallen twee beoordelaars aan dezelfde patiënt precies dezelfde score op een bepaalde indicator toekennen. De proportie naastliggende overeenstemming geeft weer in hoeveel procent van de gevallen de score van twee beoordelaars maximaal één punt van elkaar verschilt (bijvoorbeeld beoordelaar 1 geeft een score 3 en beoordelaar 2 een score 4). Voor het interpreteren van de proporties absolute en naastliggende overeenstemming werden de volgende richtlijnen gehanteerd: $<.70$ = slecht, $.70 - .79$ = redelijk, $.80 - .89$ = goed en $\geq .90$ = uitstekend¹⁵ (Stemler, 2004). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de verschillende onderdelen van de HKT-R wordt weergegeven in Tabel 8 (pag. 18).

¹² Vanwege missing data verschilt de N bij de diverse analyses.

¹³ George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.

¹⁴ Fleiss, J.L. (1986). *The Design and Analysis of Clinical Experiments*. New York: Wiley.

¹⁵ Stemler, S.E. (2004). *A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. Practical Assessment, Research & Evaluation, 9(4)*.

	One-way random, single measures ICC* (95% BI)	Proportie absolute overeenstemming (95% BI*)	Proportie absolute en naastliggende overeenstemming (95% BI)
H01 Justitiële voorgeschiedenis	.90 (.84, .94)	.76 (.64, .85)	.97 (.89, .99)
H02 Schending van voorwaarden betreffende behandeling en toezicht	.77 (.64, .85)	.71 (.58, .81)	.90 (.80, .95)
H03 Leeftijd eerste veroordeling	.69 (.53, .80)	.69 (.56, .79)	.93 (.84, .97)
H04 Type slachtoffer	.77 (.64, .85)	.69 (.56, .79)	.83 (.71, .90)
H05 Netwerk invloeden	.58 (.38, .73)	.54 (.41, .66)	.77 (.65, .86)
H06 Gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar	.70 (.54, .81)	.48 (.36, .61)	.84 (.73, .91)
H07 Slachtoffer van geweld in jeugd (tot 18 jaar)	.66 (.49, .78)	.55 (.42, .67)	.84 (.73, .91)
H08 Hulpverleningsgeschiedenis	.41 (.17, .60)	.51 (.39, .63)	.73 (.61, .83)
H09 Arbeidsverleden	.53 (.32, .70)	.37 (.26, .50)	.79 (.67, .88)
H10 Verslavingsverleden	.83 (.73, .90)	.61 (.48, .73)	1.00 (.94, 1.0)
H11 Instabiliteit met betrekking tot wonen	.51 (.29, .68)	.40 (.28, .53)	.69 (.56, .80)
H12 Instabiliteit met betrekking tot financiën	.46 (.20, .66)	.33 (.21, .47)	.67 (.53, .79)
Historisch domein	.80 (.66, .89)	---	---
K01 Probleeminzicht	.62 (.41, .77)	.56 (.42, .69)	.98 (.89, 1.0)
K02 Psychotische symptomen	-.01 (-.26, .25)	.97 (.89, .99)	1.00 (.94, 1.0)
K03 Verslaving	.80 (.68, .88)	.93 (.83, .97)	.97 (.89, .99)
K04 Impulsiviteit	.51 (.27, .69)	.55 (.42, .68)	.92 (.81, .97)
K05 Antisociaal gedrag	.35 (.09, .56)	.58 (.45, .70)	.87 (.75, .94)
K06 Vijandigheid	.41 (.16, .61)	.62 (.48, .74)	.96 (.87, .99)
K07 Sociale vaardigheden	.45 (.21, .64)	.37 (.25, .51)	.96 (.87, .99)
K08 Zelfredzaamheid	.43 (.19, .62)	.80 (.68, .88)	.96 (.87, .99)
K09 Meewerken aan de behandeling	.51 (.30, .68)	.59 (.46, .71)	.88 (.77, .94)
K10 Verantwoordelijkheid voor het delict	.83 (.69, .92)	.65 (.47, .79)	.90 (.75, .96)
K11 Copingvaardigheden	.58 (.37, .73)	.46 (.33, .59)	.96 (.87, .99)
K12 Schending van voorwaarden en afspraken	.40 (.17, .60)	.80 (.68, .88)	.93 (.84, .97)
K13 Arbeidsvaardigheden	.74 (.60, .84)	.71 (.58, .81)	.98 (.90, 1.0)
K14 Beïnvloeding door sociale en/of antisociale netwerkleden	.36 (.11, .56)	.91 (.81, .96)	.98 (.90, 1.0)
Klinisch domein	.85 (.67, .94)	---	---
T01 Overeenstemming over afspraken betreffende delictpreventie	.31 (.05, .53)	.61 (.48, .73)	.82 (.70, .90)
T02 Wonen	.54 (.33, .70)	.73 (.61, .83)	.95 (.86, .98)
T03 Financiën	.39 (.11, .61)	.53 (.39, .67)	.84 (.71, .92)
T04 Werk	.47 (.23, .66)	.62 (.48, .74)	.85 (.73, .92)
T05 Vrije tijd	.49 (.23, .68)	.57 (.43, .71)	.82 (.68, .91)
T06 Sociaal netwerk	.37 (.13, .58)	.46 (.34, .59)	.84 (.72, .91)
T07 Risico op destabilisatie	.35 (.10, .55)	.33 (.22, .46)	.84 (.72, .91)
Toekomstig domein	.42 (.09, .67)	---	---
HKT-R-totaalscore	.62 (.41, .77)	---	---

Tabel 8. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HKT-R

* ICC = intraclass correlation coefficient. BI = betrouwbaarheidsinterval

Zoals te zien in Tabel 8 varieerde de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de individuele indicatoren van de HKT-R sterk; de score blijkt afhankelijk van de gebruikte maat. Wanneer gekeken werd naar de proporties absolute en naastliggende overeenstemming, bleek de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van bijna alle individuele Historische, Klinische en Toekomstige indicatoren goed tot uitstekend te zijn.

Op domeinniveau werd voor zowel het Historische (ICC = .80) als het Klinische domein (ICC = .85) een uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vastgesteld. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het Toekomstige domein (ICC = .42) was redelijk. Dit kwam voornamelijk door een gebrek aan spreiding in de individuele T-indicatoren (restriccion of range). Veruit de meerderheid van de scores per T-indicator zat in de range 0-2 (T01 96%; T02 97%; T03 92%; T04 94%; T05 90%; T06 88% en T07 94%). Het gemiddelde verschil tussen de twee onafhankelijke beoordelaars voor de T-totaal score was 0.96 (gepaarde t-toets: $t=-1.2$; $df=31$; $p=0.24$) op een schaal van 0 tot 28. Mogelijk zie we hier de invloed van de diverse maatregelen van het ministerie op het uitstroomcohort 2004 – 2008. Vermoedelijk kregen ze pas ontslag als de Toekomstige indicatoren goed geregeld waren. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HKT-R-totaalscore was goed.

4.2.3 Predictieve validiteit

Predictieve validiteit (hoe accuraat classificeert een instrument recidivisten?) in risicotaxatie-onderzoek kan op verschillende manieren bekeken worden¹⁶.

In Tabel 9 staan de gemiddelde verschillen op de drie subschaaltotaal en de HKT-R-totaalscore, tussen gewelddadige recidivisten en niet-recidivisten.

Uit Tabel 9 blijkt dat gewelddadige recidivisten voor de drie subschalen en de totaalscore significant hoger scores dan de niet-recidivisten.

¹⁶ Singh, J.P., Desmarais, S.L. & Dorn, R.A. van (2013). *Measurement of Predictive Validity in Violence Risk Assessment Studies: A Second-Order Systematic Review*. Behavioral Sciences and the Law, 31, 55-73.

Tabel 9. T-toetsen van groepsgemiddelden tussen gewelddadige recidivisten en niet-recidivisten

Schaal	Geen recidive	Recidive	Gemiddeld verschil	T-waarde; df
H-schaal (N= 305)	21.69(8.45)	28.56(8.40)	-6.87***	$T=-5.95$; $df= 303$
K-schaal eerste jaar tbs-behandeling (N= 237)	18.47(8.21)	22.42(10.04)	-3.95**	$T=-2.96$; $df= 235$
K-schaal laatste jaar tbs-behandeling (N= 304)	7.97(6.96)	11.63(9.64)	-3.67**	$T=-2.94$; $df= 89.73$
T-schaal (N= 292)	5.79(4.69)	8.26(6.08)	-2.46**	$T=-3.02$; $df= 86.93$
HKT-R-totaalscore (N= 262)	34.39(14.99)	48.98(18.87)	-14.59***	$T=-5.42$; $df= 78, 58$

$p < .001^{***}$, $p < .01^{**}$, $p < .05^*$

Een andere manier om de predictieve validiteit te onderzoeken is het in de analyses verwerken van voorkennis over de base rate van gewelddadige recidive. De gemiddelde prevalentie van ernstige recidive na een 'time at risk' van vijf jaar of langer na ontslag van de tbs-maatregel van het cohort 2004 – 2008, is volgens de recidivemonitor van het WODC¹⁷ ongeveer 30%. Dit prevalentiecijfer wordt ook teruggevonden in het WODC-cohort 1999 – 2003 (ex-tbs-patiënten met O.O.). Bij een theoretisch perfect voorspellend risicotaxatie-instrument is de verwachting dan dat de 30% hoogste scores allen tot de recidivisten toebehoren. In werkelijkheid zal dit niet zo zijn. Het percentage recidivisten onder de 30% hoogste scores kan echter geïnterpreteerd worden als jkpunt voor een indicatie van de sterkte van de predictieve validiteit van de HKT-R-totaalscore. Op basis van deze redenering zijn de top 15% hoogste scores van de HKT-R-totaalscores gelabeld als HOOG, de volgende 15% hoogste scores als MATIG en de overige 70% van de scores als LAAG.

¹⁷ Bregman, I.M. & Wartna, B. (2011). *Recidive TBS 1974 – 2008. Ontwikkeling in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: WODC. Fact sheet 2011-6.

De categoriegrenzen zijn vastgesteld aan de hand van een bias-corrected-and-accelerated-bootstrap steekproef van N= 1000. De gevonden categoriegrens is de laagste waarde van het 99% betrouwbaarheidsinterval van het 85e en 70e percentiel (top 15% hoogste en 30% hoogste scores) genomen. Dit houdt in dat de kans 99% is dat de ware categoriegrenzen in dit interval liggen¹⁸.

Vervolgens is gekeken naar het percentage gewelddadige recidivisten in deze drie categorieën. In Tabel 10 staat, per risicocategorie, het percentage gewelddadige recidivisten van het onderzochte uitstroomcohort dat op 11 juli 2011 gemiddeld 5,2 jaar zonder tbs-maatregel in de maatschappij functioneerde.

Tabel 10 heeft in de HKT-R-ricotaxatie een ondersteunende en sturende functie voor de individuele beoordelaar om te komen tot een geïndividualiseerd gestructureerd gewogen eindoordeel.

¹⁸ Zie: Good, P.I. (2006). *Resampling Methods. A Practical Guide to data Analysis*. Birkhäuser Boston, 3rd edition.

Tabel 10. Het actuariële risico van cohort 2004 – 2008 op basis van de HKT-R-totaalscore

Categorie	HKT-R-totaalscore	Percentage recidivisten (n)	Aantal patiënten
Laag	0 – 42	16 (N= 26)	162
Matig	43 – 54	26 (N= 10)	38
Hoog	55 of hoger	52 (N= 22)	42
Totaal		24 (N= 58)	242

Tabel 10 wordt als volgt gelezen. Indien de totaalscore lager is dan 43, dan blijkt dat van de N= 162 mannelijke geweldsdelinquenten (inclusief zedendelicten met volwassenen) van cohort 2004 – 2008 16% (N= 26) gerecidiveerd is door een gewelddadig delict te plegen. In de categorie Matig recidiveerde 26% (N= 10) van de 38 mannelijke geweldsdelinquenten en in categorie Hoog recidiveerde 52% (N= 22) van de 42 mannelijke geweldsdelinquenten.

Dit impliceert dat indien een patiënt getaxeerd is met een HKT-R-totaalscore van 40 op de instroom, hij een laag risico heeft op basis van het uitstroomprofiel van cohort 2004 – 2008. Het is aan de taxateur om in het eindoordeel te beargumenteren waarom de patiënt vanwege specifieke individuele en contextuele omstandigheden eventueel een hoger risico heeft.

In Tabel 11 staan de Area Under Curve (AUC)-waarden van de HKT-R-totaalscore voor gewelddadige recidives na twee jaar 'time at risk' en na minstens vijf jaar 'time at risk'. Een AUC-waarde van .50 betekent dat de voorspellende waarde gelijk is aan toeval, terwijl een AUC-waarde van 1.0 een perfecte voorspelling weergeeft.

Tabel 11. AUC-waarden van HKT-R-totaalscore uitgesplitst naar diverse doelgroepen

	Gewelddadige recidive twee jaar na ontslag		Gewelddadige recidive vijf jaar na ontslag	
	N	AUC-waarde HKT-R-totaalscore	N	AUC-waarde HKT-R- totaalscore
totale populatie man	305	0.71 (0.62 - 0.81)	174	0.77 (0.67 - 0.86)
Indexdelicten (exclusief vrouwen):				
zeden volwassenen	54	0.69 (0.40 – 0.97)	33	0.75 (0.46 – 1.00)
gewelddelicten exclusief zeden	236	0.71 (0.61 – 0.81)	133	0.76 (0.66 – 0.87)
gewelddelicten inclusief zeden volwassenen, exclusief zeden kinderen	290	0.71 (0.61 – 0.80)	130	0.76 (0.66 – 0.86)
DSM-IV (exclusief vrouwen)				
Diagnose As I	192	0.72 (0.61 - 0.83)	107	0.82 (0.71 – 0.93)
middelenafhankelijkheid	106	0.71 (0.58 - 0.84)	55	0.74 (0.56 - 0.91)
psychotische stoornissen	64	0.73 (0.55 - 0.91)	38	0.78 (0.60 - 0.97)
overig As I	76	0.73 (0.55 - 0.92)	40	0.89 (0.78 - 1.00)
Diagnose As II	253	0.73 (0.64 – 0.82)	142	0.76 (0.65 - 0.87)
cluster B	83	0.81 (0.68 – 0.94)	51	0.67 (0.50 – 0.87)
Niet Anders Omschreven	159	0.70 (0.58 - 0.83)	88	0.80 (0.66 - 0.93)
overig As II	34	0.48 (0.19 - 0.78)	16	-----
Diagnose As I en As II	148	0.75 (0.65 – 0.86)	80	0.82 (0.70 – 0.94)
middelenafhankelijkheid en cluster B	38	0.72 (0.50 - 0.94)	19	-----
middelenafhankelijkheid en NAO	50	0.72 (0.53 - 0.91)	24	-----

Tussenliggende AUC-waarden kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: .51 - .60 laag; .60 - .70 matig; .70 - .80 redelijk; .80 - .90 goed; >.90 hoog¹⁹.

Omdat zowel vrouwen als pedoseksuele zedendelinquenten niet gewelddadig recidiveerden, zijn deze twee groepen niet in de analyses meegenomen. Voor subpopulaties kleiner dan 30 werd de AUC-waarde niet berekend.

Uit Tabel 11 blijkt dat de HKT-R-totaalscore voor alle groepen behalve voor 'zeden volwassenen' en 'overig As I' redelijk tot uitstekend waren. Om een indruk te krijgen van hoe deze AUC-waarden zich verhouden tot internationaal gerapporteerde waarden met andere risicotaxatie-instrumenten werd een exploratieve vergelijking gedaan. Indien we de AUC-waarden van Tabel 11 vergelijken met de mediane AUC-waarden gevonden in een internationale systematische review van tien gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten, dan blijkt dat de hoogte van de gevonden AUC-waarden over het algemeen hoger zijn dan de internationaal gerapporteerde mediane waarden²⁰. Een vergelijking met andere instrumenten in andere internationale contexten en iets andere populaties is echter complex en dient men met voorzichtigheid te doen.

¹⁹ Sjöstedt, G. & Grann, M. (2002). *Risk assessment: What is being predicted by actuarial prediction instruments?* International Journal of Forensic Mental Health, 1, 179-184.

²⁰ Zie Tabel 5 in: Singh, J.P., Serper, M., Reinharth, J. & Fazel, S. (2011). *Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability and Item Content of 10 Available Instruments*. Schizophrenia Bulletin, 37, 5, 899 – 912.

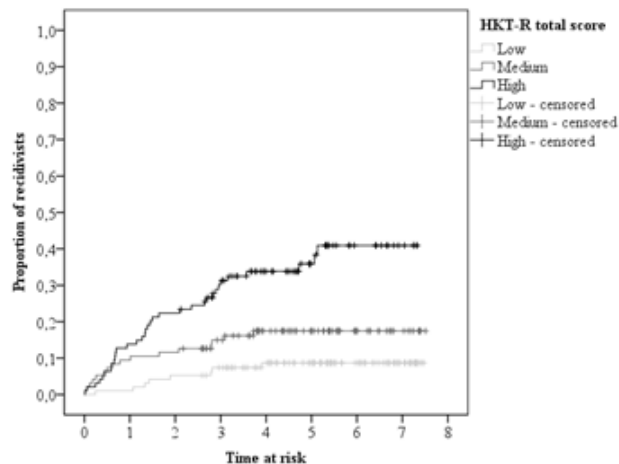
4.3 Survivalanalyse

Met behulp van de Kaplan-Meier survivalanalyse kan worden bekeken of groepen van elkaar verschillen wat betreft de termijn en frequentie waarmee een uitkomstmaat (in dit geval: recidive) optreedt. Daarbij wordt rekening gehouden met verschillen in follow-up duur (patiënten die in 2008 onvoorwaardelijk uit de TBS zijn ontslagen hebben bijvoorbeeld korter 'de tijd gehad' om te recidiveren dan patiënten die in 2004 met onvoorwaardelijk ontslag uit de TBS zijn gegaan). Groepen patiënten werden vergeleken op basis van de hoogte van hun HKT-R-totaalscore.

HKT-R-totaalscore

Allereerst werden de patiënten op basis van hun HKT-R-totaalscore verdeeld over drie groepen van gelijke omvang: 'laag', 'gemiddeld' en 'hoog'. Met betrekking tot gewelddadige recidive werd gevonden dat patiënten met een hoge HKT-R-totaalscore significant eerder en vaker recidiveerden dan patiënten met een lage ($\chi^2 = 23.62$, $p = <.001$) of gemiddelde ($\chi^2 = 9.52$, $p = .004$) HKT-R-totaalscore. Patiënten met een gemiddelde HKT-R-totaalscore recidiveerden eerder en vaker dan patiënten met een lage totaalscore ($\chi^2 = 3.24$, $p = .07$); dit verschil bleek slechts marginaal significant. Figuur 3 visualiseert de proportie recidivisten over verloop van tijd binnen de drie groepen op basis van de HKT-R-totaalscore.

Figuur 3. Tijd in jaren tot het eerste nieuwe gewelddadige delict op basis van de HKT-R-totaalscore



5. BEHANDELEVALUATIE MET DE HKT-R

Zoals eerder vermeld was een van de doelen van de revisie van de HKT-30 dat de K-indicatoren ook voor behandel-evaluatie (ROM-)doeleinden gebruikt konden worden. Dit impliceert dat de K-indicatoren van de HKT-R voldoende sensitief moeten zijn voor het meten van verandering gedurende de gehele behandeling (van instroom naar uitstroom). Echter het alleen volgen van veranderingen op groepsniveau middels de K-indicatoren op basis van vaste meet- of verloftoetsingsmomenten is onvoldoende richtinggevend voor de behandelpraktijk.

Gedurende een tbs-behandeling willen behandelteams weten of hun patiënt (positief) veranderd is ten opzichte van zichzelf vergeleken met een voorgaande periode. De behandelpraktijk heeft behoefte aan een geïndividualiseerd gestructureerd team-behandel-evaluatie-instrument, waarmee per behandel-evaluatiemoment klinische besluiten voor individuele casussen ondersteund kunnen worden. Dit vraagt om een formele beslissingsmethode. In deze paragraaf wordt eerst geanalyseerd in hoeverre de K-indicatoren van de HKT-R sensitief zijn voor het meten van gedragsverandering

tijdens het verloftraject van tbs-patiënten²¹. Hiervoor wordt het retrospectief gescoorde uitstroomcohort 2004 – 2008 gebruikt. De vijf meetmomenten van het verloftraject in dit cohort zijn de pro-justitia periode, eerste jaar tbs-behandeling, het jaar vóór aanvraag onbegeleid verlof, het jaar vóór aanvraag proefverlof en het jaar vóór ontslag²². Daarna worden de resultaten besproken van een prospectief onderzoek naar het gebruik van K-indicatoren van de HKT-R voor team-behandel-evaluatiedoel-einden.

5.1 Verandering tijdens verloftraject

In het uitstroomcohort 2004 – 2008 hebben niet alle ex-terbeschikkinggestelden alle verlofstappen doorlopen. In Tabel 12 staat de verdeling voor de verschillende verloftrajecten uitgesplitst naar recidivisten en niet-recidivisten.

- ²¹ Hoewel de pro-justitia periode formeel niet tot het verloftraject behoort, scharen we deze periode voor de leesbaarheid onder het begrip verloftraject.
- ²² NB. De periode van ‘aanvraag Begeleid Verlof’ is niet meegenomen in dit onderzoek.

Tabel 12. Verloftrajecten cohort 2004 – 2008 uitgesplitst naar recidive

Verloftraject	% Geen recidive (N)	% Recidivisten (N)	Aantal patiënten
Alle verlofstappen doorlopen	81% (N= 130)	19% (N= 31)	161
Geen Onbegeleid Verlof	78% (N= 7)	22% (N= 2)	9
Geen Proefverlof	69% (N= 71)	31% (N= 32)	103
Geen Onbegeleid en Proefverlof	60% (N= 6)	40% (N= 4)	10
Totaal N	214	69	283

Uit Tabel 12 blijkt dat van de N= 283 ex-terbeschikking-gestelden, N= 122 (43%) geen volledig verloftraject heeft doorlopen. Opvallend is dat de prevalentie van gewelddadige recidive onder de groep ex-terbeschikkinggestelden met een onvolledig verloftraject hoger is, dan onder de groep die wel alle verlofstappen heeft doorlopen (31% versus 19%).

In hoeverre de behandelduur verschilde tussen ex-tbs-gestelden met en zonder volledig doorlopen verloftraject en tussen recidivisten en niet-recidivisten, is getoetst met een multiple regressie²³. Hiervoor werd een dichotome variabele aangemaakt waarin een onderscheid werd gemaakt tussen ex-terbeschikkinggestelden die alle gemeten verlofstappen doorliepen en ex-terbeschikkinggestelden die een incompleet verloftraject hadden doorlopen. De gemiddelde behandelduur (de tijd tussen opname en ontslag in jaren) was voor de gehele mannelijk populatie, exclusief zeden met kinderen, 8.2 jaar (SD 3.00).

Tabel 13. Multiple regressie van verloftraject en recidive op behandelduur

Regressiemodellen	Beta	T	sig
Verloftraject	-.17	-2.91	.004
Verloftraject	-.14	-2.38	.02
Recidive	-.02	-.25	.80
Verloftraject	-.18	-2.61	.009
Recidive	-.22	-1.18	.24
Verloftraject* Recidive	.23	1.16	.25

Afhankelijke variabele: Behandelduur; N= 293.

Uit de multiple regressie-analyse (method Enter) bleek dat de behandelduur van ex-terbeschikkinggestelden met een volledig verloftraject ongeveer een jaar langer duurde dan de behandelduur van ex-terbeschikkinggestelden met een onvolledig verloftraject (7.6 jaar voor een onvolledig verloftraject versus 8.6 jaar voor een volledig verloftraject). Voor beide verloftrajecten (volledig of onvolledig) onderscheiden recidivisten zich echter niet van niet-recidivisten wat betreft behandelduur (zie Tabel 13).

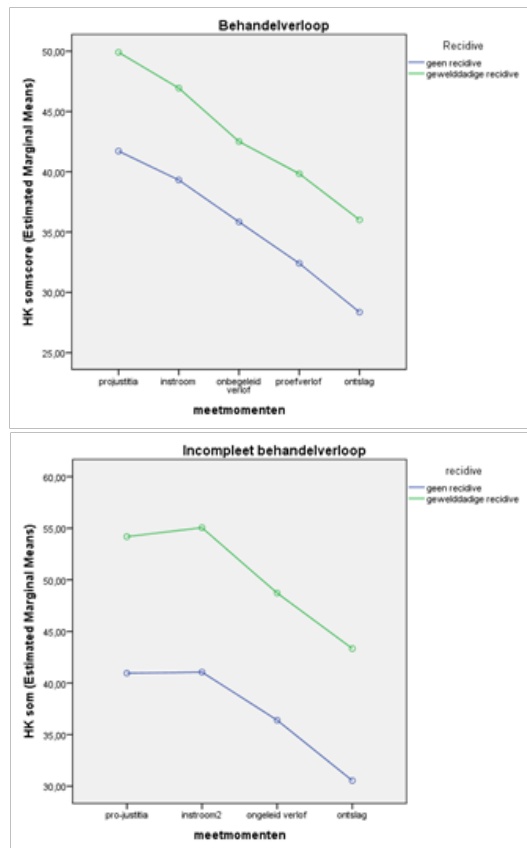
In hoeverre de K-indicatoren van de HKT-R sensitief zijn voor het meten van verandering tijdens het verloftraject van tbs-patiënten, wordt geanalyseerd met behulp van de som van de Historische indicatoren en de Klinische indicatoren (HK-som). Dit is gedaan omdat eventuele verandering op de Klinische indicatoren binnen één patiënt niet los gezien kan worden van zijn levensgeschiedenis (H-somscore). De HK-som wordt geanalyseerd met een two-way repeated measures ANOVA waarin de verlofmomenten de tijdsfactor is (within-subject variabelen) en de groep 'recidivist' of 'niet-recidivist' is (between-subject variabele). De two-way repeated measures ANOVA wordt gedaan voor de populatie ex-terbeschikkinggestelden die alle vijf verlofmomenten heeft doorlopen en de populatie ex-terbeschikkinggestelden van wie de maatregel beëindigd is zonder het volledig verloftraject te hebben doorlopen.

²³ Zie hoofdstuk 14 van Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L., Muller, K.E. & Nizam, A. (1998). *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*. Duxbury Press, Pacific Grove, 3rd edition.

In Figuur 4a en b staan de grafische weergaves van het verloftraject van de groep ex-terbeschikkinggestelden (N= 99) die alle verlostappen heeft doorlopen en van de groep ex-terbeschikkinggestelden (N= 75) die een incompleet verloftraject (in dit geval geen proefverlof) heeft doorlopen. Binnen beide groepen zijn de 'recidivisten' en 'niet-recidivisten' onderscheiden op de HK-somscores.

In de Figuren 4a en b onderscheiden 'recidivisten' zich van 'niet-recidivisten' op alle meetmomenten op de HK-somscores. De scores van de recidivisten dalen statistisch even snel als die van de niet-recidivisten. Echter het verschil in hoogte van de HK-totaalscores tussen beide groepen blijft bestaan vanaf de pro-justitia fase tot en met ontslag. Uit beide two-way repeated measures ANOVA's (Tabel 14 a en b) blijkt dat de HK-som significant daalt gedurende het verloftraject (en daarmee het risiconiveau), maar dat op elk meetmoment (verlofmodaliteit) de HK-som van de 'recidivisten' significant hoger is dan die van de 'niet-recidivisten'.

Figuur 4a en b. Grafische weergave van doorlopen behandeltrajecten



Tabel 14a. Anova tabel herhaalde meting van groep compleet doorlopen behandeltraject

Bron	D.f.	Mean Square	F
Between subjects recidive	1	4828,17	8,89 (p=.00)
Within subjects			
verloftraject	4	2013,77	102,93(p=.00)
verloftraject* recidive	4	5,20	266 (p=.90)

Tabel 14a. Anova tabel herhaalde meting van groep incompleet doorlopen behandeltraject

Bron	D.f.	Mean Square	F
Between subjects recidive	1	10650,50	19,74 (p=.00)
Within subjects			
verloftraject	3	1676,71	63,7(p=.00)
verlofttraject* recidive	3	7,87	0,30 (p=.83)

Concluderend blijkt uit Tabel 14a en b dat de HK-som gedurende een tbs-behandeling van gemiddeld acht jaar voldoende sensitief is voor het meten van gedragsverandering. Daarnaast is het mogelijk op basis van de HK-som 'recidivisten' en 'niet-recidivisten' op verschillende forensische beslismomenten statistisch van elkaar te onderscheiden. Dit impliceert dat de HKT-R in principe ook gebruikt kan worden voor pro-justitia doeleinden en aanvragen ongebeleid en proefverlof. Het heeft echter de voorkeur om te kiezen voor een behandel-evaluatie-instrument dat gevoeliger is voor verandering. In de Figuren 4a en b is te zien dat de afname van de HK-somscores binnen de vijf fasen klein zijn, wat betekent dat dit onvoldoende handvatten biedt voor de individuele beoordelaar. Daarom wordt in het hierna volgende ingegaan op het Instrument voor Forensische Behandel-evaluatie (IFBE).

5.2 Geïndividualiseerd gestructureerd team-behandel-evaluatie-instrument (ROM)

De K-indicatoren kunnen ook gebruikt worden voor behandel-evaluatiedoeleinden²⁴. De 14 K-indicatoren van de HKT-R worden vanaf 2010 gebruikt als behandel-evaluatie-instrument in de ROM-systemen van FPC Dr. S. van Mesdag, FPC de Kijvelanden, FPC 2Landen en FPA Zuidlaren (sinds juni 2012). De 14 K-indicatoren vormen onderdeel van het Instrument voor Forensische Behandel-evaluatie (IFBE)²⁵ (zie Figuur 5). Dit is een gestructureerd (team)observatie-instrument dat, onafhankelijk van elkaar, elk half jaar door alle leden van het multidisciplinaire team wordt ingevuld en als input dient voor de behandelbesprekingen.

Door de klinische indicatoren van de HKT-R halfjaarlijks te scoren, kan het verloop van de behandeling in termen van forensische risico-indicatoren gevolgd worden. In een individueel georiënteerd patiëntvolgsysteem dient een ROM-instrument echter niet alleen gebruikt te worden voor

²⁴ Vries, K. de & Spreen, M. (2012). *De HKT-30 als instrument voor beslismomenten binnen een TBS-behandeling*. Tijdschrift Psychiatrie, 54: 429 – 436.

²⁵ 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(2), 127-144.

het reactief volgen van een patiënt, maar ook om prospectief klinische beslissingen op te baseren. Ter ondersteuning van klinische besluiten voor behandelteams wordt het niveau van functioneren, de mate van overeenstemming tussen de verschillende behandelaars en klinische en statistische verandering in kaart gebracht door middel van N= 1-statistiek²⁶. In FPK De Woenselse Poort is een speciale interventiemethode ontwikkeld om de K-indicatoren en veranderingen op deze indicatoren met patiënten te bespreken²⁷.

De antwoordschaal van de K-indicatoren van de IFBE is een 17-puntsschaal in plaats van een 5-puntsschaal. Dit is gedaan om sensitievere gedragsveranderingen te kunnen meten in een tijdsperiode van gemiddeld zes maanden (de tijd tussen twee behandelbesprekingen).

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de K-indicatoren in de IFBE zijn getoetst op 177 paren van observatoren uit het patiëntvolgsysteem van FPC Dr. S. van Mesdag, die voor N= 232 patiënten de IFBE invulden. De paren bestaan uit sociotherapeuten van hetzelfde behandelteam, omdat zij de patiënt in dezelfde omstandigheden ongeveer evenveel kunnen observeren. In Tabel 15 staan de interbeoordelaarsbetrouwbaarheden van de K-indicatoren uit de IFBE gescoord met prospectieve data. De gemiddelde opnameduur van de gescoorde populatie was 35.69 maanden (SD 38.61; bereik 3 - 303).

²⁶ Spreen, M., Timmerman, M. E., Horst, P. ter & Schuringa, E. (2010). *Formalizing Clinical Decisions in Individual Treatments: Some First Steps*. Journal of forensic psychology practice, 10(4), 285-299.

²⁷ Ter Horst, P., Ham, M. van, Spreen, M. & Bogaerts, S. *Behandelevaluatie en klinische besluitvorming met behulp van HKT-30 ROM*. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2014; 56: 228 – 236.

Figuur 5. Instrument voor Forensische Behandelevaluatie

HKT-R Klinisch	Toegevoegd
K01 Probleeminzicht	K15 Manipulatief gedrag
K02 Psychotische symptomen	K16 Evenwichtige dagbesteding
K03 Verslaving	K17 Financiële vaardigheden
K04 Impulsiviteit	K18 Seksueel deviant gedrag
K05 Antisociaal gedrag	K19 Medicatiegebruik
K06 Vijandigheid	K20 Vaardigheden voor preventie drugs en alcohol
K07 Sociale vaardigheden	K21 Vaardigheden voor preventie agressief gedrag
K08 Zelfredzaamheid	K22 Vaardigheden voor preventie seksueel grensoverschrijdend gedrag
K09 Meewerken behandeling	
K10 Verantwoordelijkheid delict	
K11 Copingvaardigheden	
K12 Schending van voorwaarden	
K13 Arbeidsvaardigheden	
K14 Beïnvloeding netwerkleden	

Van deze populatie had 47% de diagnose schizofrenie of psychotische stoornis, 13% een stemmings- of angststoornis en 26% een ontwikkelingsstoornis. Bij N= 167 (72%) patiënten werd de diagnose middelenmisbruik vastgesteld. Van de onderzoekspopulatie had 16% een diagnose pedofilie of parafilie en 10% een andere diagnose op As I. Op As II had 2% een cluster A persoonlijkheidsstoornis, 35% een cluster B persoonlijkheidsstoornis en 1% een cluster C persoonlijkheidsstoornis; 33% had een persoonlijkheidsstoornis NAO en bij 10% was de diagnose op As II uitgesteld. De diagnose zwakzinnigheid kwam bij 2% van de patiënten voor terwijl 13% een andere diagnose op As II had. De patiënten waren verdeeld over alle behandelingsfasen: 31% zat op de instroom, 57% op de doorstroom en 12% op de uitstroom.

Tabel 15. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid K-items IFBE en Test-Hertestbetrouwbaarheid

	N (paren observatoren)	Two-way random, average measures ICC (95% BI)	N (patiënten)	Cronbach's alpha (95% BI)	Range van verandering op 17-puntsschaal
K01 Probleeminzicht	165	.83 (.77-.88)	232	.85 (.81-.87)	-11.00-8.17
K02 Psychotische symptomen	110	.89 (.84-.93)	175	.82 (.75-.87)	-10.00-10.83
K03 Verslaving	115	.92 (.88-.94)	195	.83 (.78-.87)	-12.67-10.33
K04 Impulsiviteit	168	.69 (.58-.77)	232	.80 (.74-.85)	-8.25-9.17
K05 Antisociaal gedrag	172	.69 (.59-.77)	232	.76 (.69-.81)	-8.00-10.00
K06 Vijandigheid	172	.76 (.68-.83)	232	.78 (.71-.83)	-8.67-7.67
K07 Sociale vaardigheden	176	.70 (.59-.77)	232	.81 (.75-.85)	-8.08-7.33
K08 Zelfredzaamheid	176	.80 (.74-.85)	232	.91 (.88-.93)	-6.33-5.33
K09 Meewerken aan de behandeling	175	.80 (.73-.85)	232	.82 (.77-.86)	-10.67-8.33
K10 Verantwoordelijkheid voor het delict	143	.78 (.70-.85)	228	.87 (.83-.90)	-10.00-10.00
K11 Copingvaardigheden	170	.71 (.61-.79)	232	.80 (.74-.85)	7.17-7.25
K12 Schending van voorwaarden en afspraken	172	.78 (.70-.83)	232	.72 (.64-.79)	-8.00-12.00
K13 Arbeidsvaardigheden	140	.82 (.75-.87)	224	.84 (.79-.87)	-11.00-13.00
K14 Beïnvloeding door sociale en/of antisociale netwerkleden	152	.68 (.56-.77)	229	.71 (.63-.78)	-15.50-9.33
K-Som ¹	177	.75 (.67-.82)	232	.87 (.83-.90)	-5.63-5.69
K-Som ²	45	.78 (.61-.88)	146	.88 (.84-.92)	-5.63-4.07

¹ Imputatie van missing values.² Weglaten van missing values.

De groottes van de prospectief gescoorde ICC's in Tabel 15 zijn over het algemeen beter dan de retrospectief gescoorde ICC's in Tabel 8. De ICC voor de K-som van 0.75 is uitstekend. De K-indicatoren kunnen dus betrouwbaar gescoord worden door de leden van het behandelteam die de patiënt in dezelfde omstandigheden observeren. Ook met een 17-puntsschaal. Dit betekent echter niet dat een lage overeenstemming tussen beoordelaars op een K-indicator een aanwijzing is voor

onbetrouwbaarheid. Een lage overeenstemming kan juist een indicatie zijn dat een patiënt zich op verschillende locaties anders gedraagt. Dit kan waardevolle input zijn voor een behandelbespreking.

De K-indicatoren worden gemiddeld halfjaarlijks gescoord. In de praktijk zal binnen zes maanden op groepsniveau weinig verandering op de K-indicatoren geobserveerd

worden. Op basis van deze aanname kan de test-hertestbetrouwbaarheid berekend worden door de Cronbach's alpha uit te rekenen voor de K-indicatoren en de K-som tussen beide meetmomenten. Test-hertestbetrouwbaarheid is gemeten over de populatie patiënten die twee metingen hadden (N= 232²⁸). De gemiddelde duur tussen de twee metingen was 7.91 maanden (SD 3.66; bereik 3 - 24). Uit tabel 15 is af te lezen dat de test-hertest betrouwbaarheid van de K-indicatoren zeer goed is. Wanneer specifieker wordt gekeken naar de range van veranderingen binnen de K-indicatoren, dan blijkt dat er grote verschillen zijn in een halfjaar. Dit toont aan dat de items zeer dynamisch zijn.

Voor het ROM-systeem is een statistische toets ontwikkeld om op basis van de teamobservaties per K-indicator aan te kunnen geven of er statistisch voldoende verandering is geweest ten opzichte van de vorige periode²⁹. Deze test is gebaseerd op de Mann-Whitney toets en AUC-waarden³⁰ en heeft een met een simulatiestudie ondersteunde cutt-of score³¹.

Deze cutt-of score wordt in de behandelbespreking als beslisgrens gebruikt om een verandering op een indicator te classificeren als betekenisvol. In Tabel 16 staan per indicator de proporties betekenisvolle veranderingen tussen twee meetmomenten. Uit Tabel 16 komt het beeld naar voren dat de statistische toets voldoende verandering detecteert na een gemiddelde behandelperiode van ongeveer acht maanden. Vanwege de korte tijdsperiode is deze verandering zo goed als random (ongeveer evenveel patiënten veranderen volgens het team negatief, niet of positief). Bij langere meetperioden is de verwachting dat de meerderheid van de patiënten positief verandert, zoals bleek uit de analyse van het retrospectieve onderzoek (Tabel 4a en b).

²⁸ Het aantal paren observatoren (N=177) verschilt van het aantal patiënten (N= 232), omdat paren sociotherapeuten bij de Multidisciplinaire Besprekingen van meerdere patiënten van hun afdeling, participeren.

²⁹ Spreen, M., Timmerman, M. E., Horst, P. ter & Schuringa, E. (2010). *Formalizing Clinical Decisions in Individual Treatments: Some First Steps*. Journal of forensic psychology practice, 10(4), 285-299.

³⁰ Parker, R.I. & Vannest, K. (2009). *An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs*. Behavior Therapy, 40, 357-367.

³¹ Spreen, M. & Bogaerts, S. (2012). *GeRommel in de marge?* In: Mesdag Wetenschappelijk. Tien jaar wetenschappelijk onderzoek in FPC Dr. S. van Mesdag onder redactie van Swanny Kremer en Petra de Maar. Interne uitgave FPC Dr. S. van Mesdag.

Tabel 16. Proporties veranderingen per K-item van de IFBE

	N	Proportie achteruitgang	Proportie gelijk	Proportie voortuitgang
K01 Probleeminzicht	232	28%	35%	37%
K02 Psychotische symptomen	175	18%	61%	21%
K03 Verslaving	195	17%	67%	15%
K04 Impulsiviteit	232	32%	29%	39%
K05 Antisociaal gedrag	232	28%	35%	37%
K06 Vijandigheid	232	31%	37%	32%
K07 Sociale vaardigheden	232	30%	32%	38%
K08 Zelfredzaamheid	232	27%	44%	29%
K09 Meewerken aan de behandeling	232	38%	25%	37%
K10 Verantwoordelijkheid voor het delict	228	34%	33%	34%
K11 Copingvaardigheden	232	36%	30%	34%
K12 Schending van voorwaarden en afspraken	232	32%	33%	35%
K13 Arbeidsvaardigheden	224	32%	39%	29%
K14 Beïnvloeding door sociale en/of antisociale netwerkleden	229	31%	45%	25%

5.3 Evaluatie van het HKT-R onderzoek

Net als de HKT-30 is de HKT-R gevalideerd in een multicenter landelijk onderzoek. In het HKT-30³² -onderzoek betrof het echter een steekproef van N= 156 mannelijke ex-terbeschikkinggestelden uit acht forensische klinieken. In het HKT-R-onderzoek werd het volledige cohort van N= 347 mannelijke en vrouwelijke ex-terbeschikkinggestelden uit alle forensische instellingen gescoord. Het unieke aan dit onderzoek was dat niet alleen gescoord werd voor de ontslagsituatie, maar ook (retrospectief) voor de pro-justitia fase en de standaard verlofmomenten binnen het Nederlandse tbs-systeem. Op deze manier kon geanalyseerd worden of de HKT-R bruikbaar is voor pro-justitia doeleinden, onbegeleide en proefverlofaanvragen. Daarnaast werd in beeld gebracht of de K-indicatoren gedragsverandering meten gedurende een tbs-behandeling. Door de K-indicatoren op te nemen in de ROM van FPC Dr. S. van Mesdag, FPC de Kijvelanden en FPA Zuidlaren werd het mogelijk om de belangrijkste psychometrische kenmerken van de K-indicatoren prospectief te analyseren.

Belangrijkste psychometrische conclusies:

- De interbeoordeelbetrouwbaarheid van de HKT-R-indicatoren is goed. De interne consistentie van zowel het Historische, Klinische als het Toekomstige domein is goed.
- De predictieve validiteit van de HKT-R-totaalscore, uitgedrukt in AUC-waarden, is goed voor de meeste doelgroepen. Vergeleken met het niveau van gerapporteerde AUC-waarden in internationaal onderzoek doen de HKT-R-AUC-waarden het bovengemiddeld goed.

- Er is aangetoond dat de K-indicatoren sensitief zijn voor het meten van gedragsverandering gedurende een tbs-behandeling.
- Er is aangetoond dat de K-indicatoren prospectief betrouwbaar ingevuld worden.

5.4 Wat is nieuw aan de HKT-R?

- De psychiatrische diagnoses zijn uit het H-domein gehaald. Uit analyses bleek dat de verdeling van psychiatrische beelden bij instroom niet veranderd was bij recidivisten na ontslag. Ook in het eerder landelijke HKT-30 validatieonderzoek bleken de psychiatrische diagnoses niet predictief voor recidive. De diagnose is nu opgenomen als variabele op het scoreblad behorend bij de HKT-R.
- De tabel met een indeling van laag-matig-hoog werd mogelijk omdat het gehele cohort 2004 – 2008 gescoord kon worden. Deze tabel is bedoeld als richtpunt voor het gestructureerd beargumenteren van het recidiverisico.
- De K-indicatoren kunnen gebruikt worden in een forensisch ROM-systeem.
- In de handleiding staan per indicator voorbeelden van vragen die in de praktijk in overweging genomen kunnen worden ter onderbouwing van een score. Deze vragen zijn aangeleverd door tal van behandelaars uit diverse klinieken.

³² Hildebrand M., Hesper B.L., Spreen M. & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie van de diagnose psychopathie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

6 REFERENTIES

American Psychiatric Association (2001). **Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR**. Pearson Assessment and Information B.V., Amsterdam.

Brand, E.F.J.M. (2005). **Onderzoeksrapport PIJ-Dossiers 2003C**. Den Haag, DJI.

Bregman, I.M. & Wartna, B. (2011) **Recidive TBS 1974 – 2008. Ontwikkeling in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden**. Den Haag: WODC. Fact sheet 2011-6.

Fleiss, J.L. (1986). **The Design and Analysis of Clinical Experiments**. New York: Wiley.

George, D. & Mallery, P. (2003). **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th 6. d.)**. Boston: Allyn & Bacon.

Good, P. I. (2006). **Resampling Methods. A Practical Guide to data Analysis**. Birkhäuser Boston, 3rd edition.

Hildebrand M., Hesper, B.L., Spreen, M. & Nijman, H.L.I. (2005). **De waarde van gestructureerde risicotaxatie van de diagnose psychopathie**. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). **Applied Logistic Regression**. John Wiley and Sons, INC, New York, second edition.

Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L., Muller, K.E. & Nizam, A. (1998). **Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods**. Duxbury Press, Pacific Grove, 3rd edition.

Parker, R.I. & Vannest, K. (2009). **An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs**. Behavior Therapy,40, 357-367.

Pomp, L., Spreen, M., Bogaerts, S., & Volker, B. (in press). **The personal social networks of personality disordered forensic psychiatric patients**. Journal of Social Work. DOI: 10.1177/1468017314537425

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(2), 127-144. DOI: 10.1080/15228932.2014.897536

Singh, J.P., Desmarais, S.L. & Dorn, R.A. van (2013). **Measurement of Predictive Validity in Violence Risk Assessment Studies: A Second-Order Systematic Review.** Behavioral Sciences and the Law, 31, 55-73.

Singh, J.P., Serper, M., Reinharth, J. & Fazel, S. (2011). **Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Item Content of 10 Available Instruments.** Schizophrenia Bulletin, 37,5, 899 – 912.

Sjöstedt, G. & Grann, M. (2002). **Risk assessment: What is being predicted by actuarial prediction instruments?** International Journal of Forensic Mental Health, 1, 179-184.

Spreeen, M. & Bogaerts, S. (2012). **GeRommel in de marge?** In: Mesdag Wetenschappelijk. Tien jaar wetenschappelijk onderzoek in FPC Dr. S. van Mesdag onder redactie van Swanny Kremer en Petra de Maar. Interne uitgave FPC Dr. S. van Mesdag.

Spreeen, M., Timmerman, M.E., Ter Horst, P. & Schuringa, E. (2010). **Formalizing Clinical Decisions in Individual Treatments: Some First Steps.** Journal of forensic psychology practice, 10(4), 285-299.

Stemler, S.E. (2004). **A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability.** Practical Assessment, Research & Evaluation, 9(4).

Ter Horst, P., Ham, M. van, Spreeen, M. & Bogaerts, S. (2014) **Behandelevaluatie en klinische besluitvorming met behulp van HKT-30 ROM.** Tijdschrift voor Psychiatrie, 56: 228 – 236.

Vries, K. de, Spreeen, M. (2012). **De HKT-30 als instrument voor beslismomenten binnen een TBS-behandeling.** Tijdschrift Psychiatrie, 54: 429 – 436.

COLOFON

Tekst

Marinus Spreen – Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag, Groningen

Eddy Brand – Dienst Justitiële Instellingen (DJI), Den Haag

Paul Ter Horst – Forensisch Psychiatrische Kliniek De Woenselse Poort, Eindhoven

Stefan Bogaerts – Universiteit Tilburg Forensisch Psychiatrisch Centrum De Kijvelanden, Rotterdam

Met medewerking van:

Sylvia Lammers – FPC Oldenkotte, Rekken

Bernadette Lutjenhuis – FPK de Beuken – Trajectum, Boschoord

Farid Chakhssi – FPC De Rooyse Wissel, Venray

Hanneke Schönberger – EFP, Utrecht

Erwin Schuringa – FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen

Michelle Willems – Universiteit Tilburg

Redactie & vormgeving

Petra de Maar, FPC Dr. S. van Mesdag

Print

Repro FPC Dr. S. van Mesdag

ISBN 978-90-822531-1-5

© juli 2014 Stichting FPC Dr. S. van Mesdag

Helperlinie 2

9722 AZ Groningen

Postbus 30.002

9700 RC Groningen

T 050 52 21 221

E info@fpcvanmesdag.nl

Niets uit deze uitgave mag worden vereenvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotografie, microfilm, internet of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



DE WOENSELSE
POORT

÷ behandelen in veiligheid



de Kijvelanden
forensisch psychiatrisch centrum



