



Kernset K-factoren voor het ambulante forensische veld

EEN MULTI-METHOD ONDERZOEK NAAR RISICO- EN BESCHERMENDE FACTOREN IN RELATIE TOT ALGEMENE RECIDIVE, GEWELDSRECIDIVE EN SEKSUELE RECIDIVE

Dr. J.E. van Horn, Prof. dr. S. Bogaerts, M.J. Eisenberg MSc, dr. C.E. van der Put, J.M. Dekker MSc, F.J.A.C. van den Hanenberg MSc en dr. Y.H.A. Bouman

Jaar van publicatie: 2016



Colofon

Opdrachtgever

Programma Kwaliteit Forensische Zorg

Financiering

Programma Kwaliteit Forensische Zorg

Projectuitvoering

Dr. J.E. van Horn, senior onderzoeker de Waag, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten met portefeuille ambulante forensische populatie.

Prof. dr. S. Bogaerts, hoogleraar forensische psychologie, departement ontwikkelingspsychologie, Universiteit van Tilburg; Hoofd onderzoek en behandelinnovatie Kijvelanden (KARID)/Fivoor.

M.J. Eisenberg, MSc, onderzoeker de Waag, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten en promovenda Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen.

Dr. C.E. van der Put, universitair docent aan de Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen Programmagroep: Forensische Orthopedagogiek FORTHO.

J.M. Dekker, MSc, onderzoeksassistent de Waag, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten.

F.J.A.C. van den Hanenberg, MSc, psycholoog en onderzoeksassistent Kijvelanden Academy for Research and Innovation Development (KARID) bij FPC de Kijvelanden.

Dr. Y.H.A. Bouman, senior onderzoeker Pompestichting, en senior onderzoeker Transfore.



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM



Deze publicatie is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorg gedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voortgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

©KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.

Inhoudsopgave

1	Management samenvatting	4
	Samenvatting Hoofdstuk 3 Meta-analyse	4
	Samenvatting Hoofdstuk 4 Data-analyse (RISc, RAF, LSI-r, SAPROF en LQoLP)	5
	Samenvatting Hoofdstuk 5 Data-analyse (IFpBE)	5
	Samenvatting Hoofdstuk 6 Veldonderzoek	6
	Samenvatting Hoofdstuk 7 Responsiviteit: een beknopte beschouwing	6
	Beantwoording onderzoeksvragen	6
	Kernset K-factoren	6
2	Inleiding	8
2.1	KFZ-calls	8
2.2	Theoretisch kader en plan van aanpak	9
2.2.1	Theoretisch kader	9
2.2.2	Plan van Aanpak KFZ-call 2014-38	9
2.2.3	Plan van Aanpak KFZ-call 2015-39(2)	10
2.2.4	Uitgangspunten	10
2.2.5	Overzicht data, analyses, effect sizes en interpretatie richtlijnen	11
2.2.6	Out of scope	13
3	Meta-analyse	14
3.1	Inleiding	14
3.2	Methode	14
3.2.1	Databronnen en zoektermen	14
3.2.2	Selectiecriteria	15
3.2.3	Coderen van studies	15
3.2.4	Statistische analyses	17
3.2.5	Ontbrekende informatie in studies	17
3.3	Resultaten	18
3.3.1	Meta-analyse Generieke groep	18
3.3.2	Meta-analyse Ambulante groep	22
3.3.3	Risicotaxatie-instrumenten gebruikt in de meta-analyse Ambulante groep	28
3.3.4	In Nederland gebruikte risicotaxatie instrumenten	28
3.4	Conclusie	28
4	Data-analyse (RISc, RAF, LSI-r, SAPROF en LQoLP)	30
4.1	Inleiding	30
4.2	Methode	30
4.2.1	Onderzoeksgroepen	30
4.2.2	Instrumenten	30
4.2.3	Analyses	32
4.3	Resultaten	32
4.3.1	Samenhang risicofactoren met algemene recidive	32
4.3.2	Samenhang beschermende factoren met algemene recidive	36
4.3.3	Verschillen in risicofactoren voor algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive	37
4.3.4	Risico-indeling op basis van CHAID-analyse op de RISc en de RAF dataset	40
4.4	Conclusie	46

5	Data-analyse (IFpBE)	47
5.1	Inleiding	47
5.2	Methode	47
5.2.1	Onderzoeksgroep	47
5.3	Resultaten	48
5.3.1	Samenhang risico- en beschermende factoren met algemene recidive en geweldsrecidive	48
5.4	Conclusie	48
6	Veldonderzoek	50
6.1	Inleiding	50
6.2	Interviews stakeholders	50
6.2.1	Resultaten interviews	50
6.3	Expertmeeting	53
6.3.1	De experts	53
6.3.2	Resultaten van de expertmeeting	54
6.4	Eerder onderzoek naar effect aanbevelingen	55
7	Responsiviteit: een beknopte beschouwing	56
8	Kernset K-factoren	58
8.1	Procesbeschrijving ontwikkeling kernset	58
8.2	Samenvatting uitkomsten deelstudies	58
8.3	Kernset afgezet tegen huidige instrumenten	62
9	Beantwoording onderzoeksvragen	64
10	Aanbevelingen	67
	Referentielijst	70
	Bijlage 1. Flowdiagram van de selectie van studies voor de meta-analyse	77
	Bijlage 2. Beschrijving domeinen meta-analyse Generieke groep	78
	Bijlage 3. Beschrijving domeinen meta-analyse Ambulante groep	79
	Bijlage 4. Beschrijving studies meta-analyse Generieke groep	81
	Bijlage 5. Beschrijving studies meta-analyse Ambulante groep	82

1 Management samenvatting

In opdracht van KFZ werd onderzoek gedaan naar de statische en dynamische risico- en beschermende factoren die het sterkst met recidive samenhangen. Het uitgangspunt was om, vertrekkend vanuit het RNR-model, een kernset van factoren te identificeren die voor het grootste deel van de ambulante forensische populatie zou gelden. De projectgroep heeft gekozen voor een multi-method design (meta-analyses, secundaire data-analyse op prospectieve data, veldonderzoek) waarbij de focus lag op de empirische onderbouwing van de kernset. In dit hoofdstuk worden kort de bevindingen weergegeven van de deelstudies die ten behoeve van de opdracht werden uitgevoerd.

Samenvatting Hoofdstuk 3 Meta-analyse

Inleiding. Het doel van deze deelstudie was om aan de hand van een multilevel meta-analyse de sterkste statische en dynamische risicofactoren te identificeren die met algemene en geweldsrecidive samenhangen.

Methode. Via de digitale bibliotheek van de Universiteit van Amsterdam zijn met een 25-tal zoekopdrachten studies gezocht die dynamische risicofactoren voor de voorspelling van recidive bij een volwassen ambulante forensische populatie beschreven. Na selectie op relevantie en kwaliteit bleven vier meta-analytische studies en 30 studies over. De vier meta-studies leverden naast dynamische ook statische voorspellers voor recidive en beschreven een bredere forensische populatie, waaronder ook jeugd en klinische populaties. Daarom werd ervoor gekozen om twee aparte meta-analyses uit te voeren. De eerste meta-analyse beschrijft de resultaten over de vier meta-studies (meta-analyse Generieke groep. N=212.697) en de tweede meta-analyse beschrijft de dynamische voorspellers van recidive bij alleen ambulante behandelde en/of begeleide delinquenten¹ (meta-analyse Ambulante groep. N=131.000). Het coderen van de studies resulteerde in 18 domeinen met dynamische risicofactoren en vier domeinen met statische factoren.

Resultaten. Uit de meta-analyse van de generieke groep bleken de volgende risicodomeinen significant zwak tot matig samen te hangen met algemene recidive: Criminele voorgeschiedenis, Antisociale houding, Middelen misbruik, Opleiding/werk en Familie/partner. In de meta-analyse over ambulante studies werden dezelfde significante risicodomeinen gevonden voor algemene en geweldsrecidive (Criminele vrienden, Antisociale houding, Alcohol/drugsproblemen, Opleiding/Werk) en aanvullend de domeinen: Vrijtijdsbesteding, en Psychische problemen. Algemene recidive correleerde zwak tot matig ook samen met de domeinen: Familie/partner, Wonen en Financieel beheer. In de ambulante groep met cliënten die seksuele delicten hadden gepleegd, correleerde slechts het domein Antisociale houding met algemene recidive. Geen van de dynamische risicodomeinen hing significant samen met seksuele recidive.

Conclusie. Uit de meta-analyses wordt duidelijk dat bij cliënten behandeld in forensische poliklinieken meer dynamische risicofactoren naar voren komen als zwak tot matig samenhangend met recidive dan bij patiënten in klinische zorg. Deze ambulante voorspellers betreffen de *Big Four* en de *Moderate four* criminogene factoren. Van de Moderate four werden twee in de klinische populatie teruggevonden.

¹ De term 'delinquenten' heeft formeel betrekking op personen die delicten hebben gepleegd en in een verplicht kader worden behandeld of onder begeleiding staan van de reclassering. Cliënten die vrijwillig in behandeling zijn hoeven niet altijd een delict te hebben gepleegd. Bij deze cliënten kan het gaan om dreigend delictgedrag.

Samenvatting Hoofdstuk 4 Data-analyse (RISc, RAF, LSI-r, SAPROF en LQoLP)

Inleiding. Het doel van deze deelstudie was om kennis te verkrijgen over de sterkte van samenhang van de risico- en beschermende factoren met algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive bij cliënten in ambulante zorg en/of onder toezicht stonden van de reclassering. Daarnaast werd onderzocht of er een subset van risicofactoren kon worden onderscheiden om cliënten actuarieel in te delen in groepen met verschillende recidiverisico's.

Methode. Analyses werden uitgevoerd op bestaande datasets van de Waag, de Reclassering en de Pompestichting. De datasets bevatten de risicotaxatie scores van de RISc (N=8.665) de RAF GGZ (N=5.145), de SAPROF (N=5.145), de LSI-r (N=135) en LQoLP (N=135).

Resultaten. De risicofactoren die het sterkst met algemene recidive en geweldsrecidive samenhangen kwamen voor in de domeinen: Crimineel verleden, Relaties met criminele vrienden, Antisociale houding en Antisociale denkpatronen/gedrag. Daarnaast bleken de domeinen Opleiding en werk, Alcohol/drugsgebruik en Financieel beheer van belang. Minder belangrijk waren de domeinen Relaties met partner/gezin/familie en Emotioneel welzijn. De samenhang tussen de verschillende items en seksuele recidive bleek laag te zijn in vrijwel alle domeinen. Verder bleken de beschermende factoren aanzienlijk minder sterk samen te hangen met algemene recidive dan risicofactoren. Bij de meeste beschermende factoren was er sprake van een correlatie lager dan de ondergrens van een zwak verband. Uit de CHAID analyses kwam naar voren een somscore van statische items uit het domein Criminele voorgeschiedenis en een somscore van statische of dynamische items uit verschillende domeinen de sterkste samenhang hadden met recidive.

Conclusie. De resultaten van de analyses komen grotendeels overeen met resultaten uit eerder internationaal onderzoek (zie ook resultaten meta-analyse). De volgende met algemene recidive samenhangende statische of dynamische risicofactoren zijn van belang bij cliënten in ambulante forensische zorg of onder reclasseringstoezicht: Aantal eerder gepleegde delicten, Leeftijd eerste delict/eerste uiting antisociaal gedrag, Schending voorwaarden, Diversiteit van gepleegde delicten, Criminele vrienden, Procriminele houding, Alcohol/Drugsmisbruik, Schulden, Impulsiviteit, Spijbelen en/of schorsingen, Werkloosheid, Geen afgeronde opleiding voortgezet onderwijs en Ontbreken van toekomstperspectief. In het onderzoek werd aangetoond dat de recidivevoorspelling gebaseerd op actuariële inschattingen veel beter was ($AUC \geq .71$) dan op basis van het klinisch oordeel ($AUC \leq .60$).

Samenvatting Hoofdstuk 5 Data-analyse (IFpBE)

Inleiding. Deze deelstudie richtte zich op het identificeren van statische en dynamische risicofactoren die samenhangen met algemene recidive en geweldsrecidive recidive na poliklinische behandeling.

Methode. Correlaties werden berekend op de scores van het IFpBE uit de poliklinische centra van het DOK (N=115).

Resultaten. De dynamische factoren van het IFpBE die het sterkst samenhangen met algemene en/of geweldsrecidive waren: verslaving, impulsiviteit, antisociaal gedrag, afwezigheid van psychotische symptomen en schending van voorwaarden.

Conclusie. Net als uit de resultaten van hoofdstuk 4 bleek, hangen de statische factoren het sterkst samen te hangen met algemene recidive en geweldsrecidive. Verder sluiten de resultaten in dit hoofdstuk goed aan bij de resultaten van de meta-analyse zoals beschreven in Hoofdstuk 3.

Samenvatting Hoofdstuk 6 Veldonderzoek

Inleiding. Een belangrijk onderdeel van het project was om van het veld te horen hoe zij risicotaxatie in de dagelijkse praktijk ervaren en wat zij daarbij belangrijk vinden. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de wijze waarop dat is gebeurd en de resultaten.

Methode. Er werden telefonische interviews gehouden met 11 professionals uit vier instellingen. Negen professionals (uit deels andere instellingen) namen deel aan de expertmeeting waarin de onderzoeksresultaten werden besproken en werd ingegaan op de vorm, inhoud en procedure van de kernset.

Resultaten. De belangrijkste eisen die de professionals stellen aan de kernset is dat het een meerwaarde moet hebben voor de behandeling. De afnameduur is daar eerder ondergeschikt aan. Wat betreft de meetfrequentie werd aangegeven dat een ROM-cyclus van vier maanden een goede basis biedt om het behandelverloop te kunnen monitoren. De meest aangewezen inhoudelijk deskundige om de kernset te scoren, is de behandelaar. Toegevoegd werd dat men de risicotaxatieprocedure bij voorkeur samen met de cliënt doorloopt.

Conclusie. Het veldonderzoek heeft ondersteunende informatie opgeleverd voor de vorm en inhoud van de kernset. Ook over de procedurele aspecten is relevante informatie naar boven gekomen.

Samenvatting Hoofdstuk 7 Responsiviteit: een beknopte beschouwing

Volgens het RNR model is het behandelen van criminogene behoeften nodig om het risico op delicttherhaling terug te dringen. Voor risicotaxatie is het inventariseren van en rekening houden met aspecten van responsiviteit met gevolg niet nodig. Het effect van behandeling, en de efficiëntie er van, worden wel beïnvloed door het al dan niet incorporeren van deze aspecten in het plannen en vormgeven van behandeling. Gedurende de intake is het derhalve wel nodig deze aspecten te inventariseren, en zoals aangegeven, is het monitoren van bepaalde kenmerken zinvol voor het verloop van een behandeling.


Beantwoording onderzoeksvragen

De focus van de onderzoeksvragen zoals geformuleerd in de KFZ-calls ligt op subgroepen van ambulante behandelde delinquenten waarbij een uitvoerige risicotaxatie is geïndiceerd, ofwel waarbij een globale taxatie zou kunnen volstaan. Tevens worden in de vragen de klinische sector, reguliere ggz en reclassering als vergelijkingssectoren voor het ambulante veld aangehaald, waarbij de nadruk ligt op het betrouwbaar kunnen verrichten van risicotaxaties.

Kort samengevat werd op basis van de deelstudies en het veldonderzoek een kernset van statische en dynamische risicofactoren samengesteld die voor het grootste deel van de ambulante populatie geschikt is voor risicotaxatie en ROM. De protectieve factoren bleken onvoldoende samen te hangen met recidive in de ambulante forensische populatie en behoren daarom niet als individuele items tot de kernset. De sterkst met algemene recidive samenhangende risicofactoren sluiten aan bij de *Central Eight* die internationaal veel empirische ondersteuning geniet. Met de kernset kan een eerste screening worden gedaan om tot een, bij voorkeur actuariële, recidiverisico classificatie te komen. Daarnaast kan met de, op wetenschappelijk onderbouwde, dynamische risicofactoren de behandelvoortgang worden gemonitord.

Kernset K-factoren

De deelstudies leverden een set van zes statische en elf dynamische risicofactoren op die significant samenhangen met algemene recidive en geweldsrecidive. De kernset wordt met deze risicofactoren geschikt geacht voor afname bij het grootste gedeelte van de cliënten in ambulante forensische zorg. Er



werd geen empirische ondersteuning gevonden voor het apart invoegen van de protectieve factoren in de kernset.

De kernset is in de huidige risicotaxatie-instrumenten (bijvoorbeeld HKT-30/HKT-R, RAF GGZ en LSI-r) terug te vinden. Deze instrumenten bevatten evenwel meer items die empirisch onvoldoende relevant zijn gebleken. Indien de kernset wordt ingevoerd als landelijk instrument voor risicotaxatie en het monitoren van de behandelvoortgang wordt een geleidelijke en doordachte implementatie aanbevolen. Hierbij dient aangetekend te worden dat in voorkomende gevallen doelgroep specifieke verdiepingsdiagnostiek en specifieke risicotaxatie mogelijk gewenst en nodig is.

2 Inleiding

2.1 KFZ-calls

Het Ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J) uitte de wens om, vergelijkbaar met de 14 K-items in het klinische forensische veld (TBS, OFZ-K en PPC), een kernset van klinische risicofactoren uit te rollen in de forensische poliklinieken waarmee veranderingen in het recidiverisico en de behandelvoortgang routinematig kan worden gemeten (ROM). Naar aanleiding hiervan publiceerde KFZ een drietal calls met een oproep om onder andere aan de hand van literatuur- en empirisch onderzoek de klinische risicofactoren te identificeren die bij cliënten in ambulante forensische zorg een significante relatie hebben met delictgedrag en waarmee de behandelvoortgang kan worden gemonitord.

De eerste call was de KFZ call 2014-39 'Vooronderzoek Kernset risicofactoren ambulante behandelde delinquenten' dat in 2015 werd afgerond. Het betrof een empirische studie waarin de belangrijkste recidive voorspellende statische en dynamische risicofactoren werden onderzocht bij delinquenten in ambulante forensische zorg (Eisenberg, Van Horn, Van der Put, Hendriks, & Stams, 2015).

In maart 2015 verscheen de tweede KFZ call 2014-38 'Risicotaxatie in de ambulante forensische zorg'. Deze call was in eerste aanleg uitgezet bij twee afzonderlijke partijen, te weten: 1) Het DOK / AFPN Groningen / VNN poli + reclassering / poli's GGZ Eindhoven-Woenselse Poort en 2) De Waag + Kairos. Na overleg tussen J.E. van Horn en S. Bogaerts werd door beide partijen besloten om er een gezamenlijk project van te maken om vier redenen:

1. De insteek is een inhoudelijke en beide partijen streven naar hetzelfde, namelijk de best mogelijke zorg te bieden aan ambulante behandelde cliënten op basis van een betrouwbaar en valide instrumentarium;
2. Het doel van de call (literatuurstudie + expertinterviews) zal ongeveer hetzelfde eindproduct opleveren;
3. De inhoud voorrang te geven op eventueel eigenbelang en daarmee het draagvlak voor de uitkomsten te vergroten;
4. Samenwerking biedt beide partijen ook de mogelijkheid om zowel theoretisch als klinisch-empirisch onderzoek te doen.

De derde KFZ-call, 2015-39(2) 'Ontwikkeling kernset K-factoren', verscheen in februari 2016 en werd toegekend aan dezelfde projectgroep die reeds bezig was met de uitvoering van de call 2014-38.

Van de calls 2014-38 en 2015-39(2), die in de periode oktober 2015 tot en met juni 2016 werden uitgevoerd, wordt in de voorliggende eindrapportage verslag gedaan.

Onderzoeksvragen uit de call 2014-38 'Risicotaxatie in de ambulante forensische zorg'

1. Op basis waarvan kan een onderscheid worden gemaakt in de ambulante patiëntenpopulatie tussen patiënten die uitvoerige versus globalere risicotaxatie behoeven?
2. Middels welk bestaand instrumentarium/ quick scan kan een onderscheid worden gemaakt tussen patiënten die uitvoerige versus globalere risicotaxatie behoeven?
3. Wat is (zowel procedureel als inhoudelijk) van belang voor de uitvoering van een zorgvuldige risicotaxatie bij patiënten in het ambulante forensische veld o.a. rekening houdend met de diversiteit van de patiëntenpopulatie?
4. In hoeverre is er sprake van verschillende behoeften ten aanzien van zorgvuldige risicotaxatie in het ambulante forensische veld ten opzichte van risicotaxatie in het klinische forensische veld, reguliere GGZ veld of risicotaxaties zoals uitgevoerd door de reclassering?
5. In hoeverre is het op basis van de bevindingen uit het onderzoek wenselijk/ mogelijk om risicotaxatie-instrumentarium voor het klinische forensische veld, reguliere GGZ veld of instrumentarium gebruikt door de reclassering in te zetten in het ambulante forensische veld?

Onderzoeksvraag uit de call 2015-39(2) 'Ontwikkelen kernset K-factoren':

Het ontwikkelen van een instrument/set items voor het meten van (veranderingen in) het recidiverisico van ambulante forensische psychiatrische patiënten (vergelijkbaar met de doelstelling van het meten van de K-factoren zoals gebruikt in TBS, OFZ-K en PPC).

2.2 Theoretisch kader en plan van aanpak

In deze paragraaf wordt kort het theoretisch model toegelicht als basis voor de calls 2014-38 en 2015-39(2) en wordt het plan van aanpak beschreven.

2.2.1 Theoretisch kader

Het Risico-Behoefte-Responsiviteit (RNR) model van Andrews en Bonta (2010), een rehabilitatie model met richtlijnen voor een effectieve forensische behandeling, werd gebruikt als basis bij de uitvoering van beide KFZ-calls. Het RNR-model wordt steeds belangrijker in forensische behandelingen. Het model hanteert drie basisprincipes: het Risico-principe, het Behoefte-principe en het Responsiviteits-principe. Het Risico-principe geeft aan dat het beveiligingsniveau, de intensiteit en duur van de behandeling moet aansluiten op het recidiverisico. Hoe hoger het recidiverisico, des te intensiever de behandeling moet zijn. Het Behoefte-principe beschrijft dat de behandelinhoud gericht moet zijn op de veranderbare, ofwel dynamische risicofactoren die met delictgedrag samenhangen, ook wel de dynamische criminogene risicofactoren genoemd. Verbetering in de dynamische risicofactoren resulteert in verlaging van het recidiverisico. Het Responsiviteits-principe gaat over het aansluiten van de behandeling op cliënt specifieke kenmerken zoals geslacht, intelligentie, motivatie en leerstijl, zodanig dat er een optimale behandelrelatie ontstaat en de cliënt openstaat voor gedragsverandering.

Het RNR-model is gebaseerd op de *General Personality and Cognitive Social Learning* (GPCSL) theorie over het ontstaan van crimineel gedrag (Andrews & Bonta, 1995; Andrews & Bonta, 2010). GPCSL gaat er van uit dat de oorzaken voor delictgedrag bepaald worden door individuele factoren en de sociale leeromgeving van de persoon. De belangrijkste vier voorspellers (*Big Four*) voor terugval in delictgedrag (recidive) zijn: 1) Geschiedenis van antisociaal gedrag, 2) Antisociale persoonlijkheid(strekken), 3) Antisociale cognities (o.a. rationaliseren van delicten en negatieve houding t.o.v. justitie), 4) Antisociale vrienden. Aanvullende risicofactoren, ook wel de *Moderate Four* genoemd, zijn: 5) Familie/relatie, 6) School/werk, 7) Vrijtijdsbesteding en 8) Middelenmisbruik. Bij elkaar worden deze risicofactoren de *Central Eight* genoemd (Andrews & Bonta, 2010).


In een aantal meta-analyses onder klinische en ook ambulante populaties werd empirische evidentie gevonden voor de predictieve validiteit van deze *Central Eight* risicofactoren voor algemene recidive en voor de sterkere samenhang met recidive van de *Big Four* boven de *Moderate Four* in een groep van delinquenten met een generalistisch delictpatroon (Andrews & Bonta, 2010; Andrews, Bonta, & Wormith, 2006).

2.2.2 Plan van Aanpak KFZ-call 2014-38

Om de vijf onderzoeksvragen van de call 2014-38 te kunnen beantwoorden, werden de volgende drie onderdelen uitgevoerd: meta-analyses, empirische data-analyses op prospectieve gegevens en een veldonderzoek. Een uitgebreidere beschrijving van deze onderdelen volgen in hoofdstuk 3 'Meta-analyses, hoofdstukken 4 en 5 'Data-analyses', hoofdstuk 6 'Veldonderzoek' en hoofdstuk 7 'Responsiviteit'. De diverse deelstudies zijn uitgevoerd door één of meerdere projectleden die als zodanig staan vermeld bij de hoofdstukken. De gehele projectgroep onderschrijft de bevindingen en draagt verantwoordelijkheid voor het gehele rapport.

1. Meta-analyse

In het projectplan stond in eerste instantie vermeld dat er een systematische literatuurstudie zou worden uitgevoerd. Om robuustere uitspraken te kunnen doen, werd reeds tijdens de eerste bijeenkomst van de



projectgroep in oktober 2015 besloten om een meta-analyse te doen. De projectgroep vond het verrichten van een meta-analyse een waardevolle aanvulling op de bestaande kennis in het forensische veld omdat er tot op heden geen meta-analyse is uitgevoerd bij studies met enkel ambulante forensische onderzoeksgroepen.

2. *Data -analyse*

Aanvullend op de meta-analyse werd besloten om op bestaande prospectieve risicotaxatie-datasets van diverse forensische zorginstellingen en de reclassering, secundaire analyses te doen naar de samenhang tussen statische, dynamische risicofactoren en protectieve factoren en algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive. Het belang van de secundaire analyses is na te gaan of er verschillen zijn tussen de Nederlandse ambulante populatie en bijvoorbeeld Amerikaanse en Canadese ambulante populaties in de samenhang tussen risicofactoren en recidive.

3. *Veldonderzoek*

In het verleden hebben diverse werkgroepen zich gebogen over de vraag met welk instrument het ambulante forensische veld het beste kan ROMmen. Genoemd kan worden de Aanbevelingen ROM Forensische Psychiatrie (2011) van de expertgroep FP geïnitieerd door GGZ Nederland. De aanbevelingen van deze werkgroep hebben niet geleid tot een acceptatie door het veld van één enkel instrument. De huidige projectgroep vond het daarom belangrijk om naast een wetenschappelijke insteek, ook het veld te betrekken bij de uitvoering van de calls. Dat gebeurde op twee manieren: het afnemen van telefonische interviews en het organiseren van een expertmeeting. Het centrale doel was om aan sleutelfiguren (variërend van behandelaar, manager en hoofden behandelszaken) input te vragen over hun procedurele en inhoudelijke wensen ten aanzien van risicotaxatie en ROM.

2.2.3 Plan van Aanpak KFZ-call 2015-39(2)

In het plan van aanpak 2015-39(2) wordt voortgebouwd op de resultaten van de KFZ-studies 2014-39 (reeds uitgevoerd) en 2014-38 (onderdeel van huidige opdracht). De uitkomsten van alle aan elkaar gerelateerde KFZ-studies worden gebruikt om input te leveren voor een kernset van statische en dynamische risicofactoren om het risico op toekomstige recidive in te schatten en om veranderingen in de dynamische risicofactoren en het recidiverisico te monitoren.

Onderdelen van het plan van aanpak:

- Vaststellen van items uit de meta-analyse en de data-analyses die het sterkst significant samenhangen met recidive (in dit rapport beschreven)

Onderdelen nog uit te voeren naar aanleiding van de bevindingen


- Ontwikkelen van een kernset van risicofactoren
- Theoretisch onderbouwen van de items
- Uitwerken van een scoringsinstructie

De laatste drie onderdelen zullen worden uitgevoerd na akkoord van de opdrachtgever op het huidige rapport.

2.2.4 Uitgangspunten

De volgende praktische uitgangspunten golden als kader voor de uitvoering van het onderzoek:

- De KFZ-calls (2014-39, 2014-38) dienen te resulteren in een kernset van K-factoren voor het meten van (veranderingen in) het recidiverisico van ambulante forensische delinquenten. KFZ maakt hierbij de vergelijking met de K-factoren zoals gebruikt in TBS, OFZ-K en PPC. De projectgroep heeft er voor gekozen om de selectie van de kernset niet te baseren op het bestuderen van de K-items die in de huidige risicotaxatie-instrumenten in Nederland worden ingezet, hetzij in het klinische zorgdomein, hetzij in het ambulante zorgdomein. De focus lag daarentegen op een integrale wetenschappelijke benadering met een multi-method design als basis voor de uiteindelijke selectie



van relevante statistische en dynamische risicofactoren voor recidive bij ambulante forensische delinquenten.

- Het ambulante forensische veld heeft te maken met cliënten die in een vrijwillig kader (geregistreerd als DBC) of in een strafrechtelijk kader (geregistreerd als DBBC) worden behandeld. Het vrijwillige kader kan gedurende de behandeling omgezet worden naar een strafrechtelijk kader en andersom. Onafhankelijk van de behandelkaders speelt het delictgedrag (of delictdreiging) een centrale rol in de behandeling. In de meta-analyse en data-analyse is daarom geen onderscheid gemaakt in cliënten die in een vrijwillig kader worden behandeld of in een strafrechtelijk kader.
- Het merendeel van de cliënten in ambulante forensische behandeling is generalist (dat wil zeggen heeft meerdere typen delicten gepleegd). Het KFZ vooronderzoek van Eisenberg e.a. (2015) ondersteunt deze aanname: 62% van de cliënten bleek een criminele voorgeschiedenis te hebben bestaande uit verschillende typen delicten. Bovendien betrof het recidivedelict vaker een ander delict (algemene recidive 18.6%) dan het indexdelict (specifieke recidive 10.2%). Daarom wordt in de meta-analyse en de data-analyse vooral de nadruk gelegd op het identificeren van de belangrijkste statische en dynamische risicofactoren voor algemene recidive.
- De *Central Eight* richten zich enkel op de risicofactoren die het sterkst met recidive samenhangen. In het klinische zorgdomein is in diverse studies de toegevoegde waarde aangetoond van de beschermende factoren in het risicotaxatieproces, vooral in gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten (De Vries Robbé, De Vogel, & De Spa, 2011), maar werd niet gevonden in de Nederlandse ambulante forensische setting (Troquete e.a. 2015). Op item niveau is deze meerwaarde minder eenduidig, hoewel een enkele beschermende factor leidde tot betere voorspellingen (Bouman, 2016; Coid, Kallis, Doyle, Shaw, & Ullrich, 2015).
- Responsiviteit wordt belicht vanuit beknopte beschouwing van de literatuur omdat het geen onderdeel uit maakt van het inschatten van het recidiverisico en het meten van de behandelvoortgang. De projectgroep vindt het daarentegen wel belangrijk om hier aandacht aan te besteden.

2.2.5 Overzicht data, analyses, effect sizes en interpretatie richtlijnen

De deelstudies die in dit rapport worden gepresenteerd zijn gebaseerd op bestaande prospectieve datasets. Dat betekent dat er verschillen bestaan in onder andere uitkomstmaat, follow-up periode, afnamemoment gedurende de behandeling en dataverzamelingsperiode. De keuze voor het includeren van datasets wat betreft uitkomstmaat is uitdrukkelijk gelegd op objectieve criteria, te weten officiële recidivegegevens. Data met andere uitkomstmaten, zoals zelf-gerapporteerde recidive zijn dan ook niet meegenomen in de deelstudies. In tabel 1 staan de kenmerken weergegeven van de datasets.

Definitie uitkomstmaten

In het onderzoek werden zoals eerder vermeld, meerdere uitkomstmaten gebruikt: algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive.

Onder algemene recidive wordt verstaan: alle delicten waarvoor iemand is veroordeeld (bijv. diefstal, inbreuken op de verkeerswet, geweld, openlijke geweldpleging, bezit/handel wapens en drugshandel).

Onder geweldsrecidive wordt verstaan: alle delicten met een geweldscomponent ten aanzien van andere personen waarvoor iemand opnieuw is veroordeeld (bijv. huiselijk geweld en diefstal met geweld en mishandeling).

Onder seksuele recidive wordt verstaan: alle delicten met een seksueel component (waaronder aanranding, verkrachting, downloaden kinderpornografisch materiaal en exhibitionisme waarvoor iemand opnieuw is veroordeeld).

Tabel 1. Kenmerken van de datasets

HFDST	Instelling	dataverzameling	Instrument	Meetmoment	N	Uitkomstmaat	Follow-up
4	Reclassering	Jan 2009 – dec 2010	RISc	Basisdiagnostiek	8.665	Nieuwe veroordeling	3-5 jaar
	De Waag	juni 2008 – dec 2012	RAF GGZ / SAPROF	Start behandeling	5.145	Nieuwe veroordeling tijdens en na behandeling	2 jaar
	Pompestichting	okt 2003 – mei 2005	LSI-r / LQoLP	Gedurende de behandeling	135	Recidive tijdens en na behandeling	3 jaar
5	Het DOK	mei 2012 –dec 2013	IFpBE	intake	115	Nieuwe veroordelingen	2-4 jaar

Analyses

Punt-biseriële correlaties werden berekend om de samenhang tussen de risico- en beschermende factoren en de uitkomstmaten (algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive) te berekenen.

Chi Square Automatic Interaction Detection (CHAID)-analyses werden verricht om te onderzoeken met welke (combinaties van) factoren de groep delinquenten het beste in betekenisvolle recidivegroepen kunnen worden geclassificeerd. De CHAID-methode bepaalt op basis van de grootste chikwadraat-waarde welke variabele het meest bepalend is voor het onderscheid en welke variabelen daarna volgen. Het resultaat van de analyse is (onder meer) een boomdiagram.

De *Receiver Operating Characteristics (ROC)* methode werd gebruikt om de voorspellende waarde (predictieve validiteit) te berekenen van de CHAID-resultaten voor algemene recidive. De ROC-analyse levert een *Area under the Curve*-waarde op tussen de 0 en 1, waarbij een AUC-waarde van 0 een perfecte negatieve voorspelling betekent en de AUC-waarde 1 een perfecte positieve voorspelling. Een AUC van 0,5 houdt in dat de voorspelling niet groter is dan het kansniveau.

Effect sizes en interpretatie richtlijnen


In het rapport worden verschillende parameters gerapporteerd, zoals punt-biseriële correlatiecoëfficiënten en AUC-waarden. Voor deze parameters is in Tabel 2 een overzicht opgenomen van de interpretatie richtlijnen in termen van een zwak, matig of sterk verband van de risicofactoren en beschermende factoren (gemeten op ordinaal of interval niveau) met recidive (dichotome variabele) als uitkomstmaat. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op de formules zoals geformuleerd in het artikel van Rice en Harris (2005) voor het interpreteren van de correlaties bij een base rate van 25% en 50%. Voor de AUC-waarden zijn geen aangepaste richtlijnen opgenomen omdat deze minder gevoelig zijn voor het percentage recidivisten in de onderzoeksgroep (Babchishin & Helmus, 2015).

Prentky, Lee, Knight en Circe (1997) definiëren base rate als de prevalentie van een bepaald type (delict) gedrag binnen een gegeven populatie (bijvoorbeeld geweldplegers) over een specifieke follow-up periode. De base rate is afhankelijk van een aantal factoren zoals de lengte van de follow-up periode, de definitie van recidive (bijvoorbeeld nieuwe arrestatie, veroordeling of detentie) en de aard van het recidivedelict (of er sprake is van fysiek geweld of verbaal geweld). Als de base rate voor het plegen van een bepaald type delict laag is, zal de voorspelling dat een delinquent niet recidiveert met dat type delict nauwkeuriger zijn dan de voorspelling dat deze delinquent wel recidiveert met dat type delict.

Tabel 2. Effect sizes en interpretatierichtlijnen

	Punt-biseriële $r(r_{pb})$		AUC
	25% base rate	50% base rate	50% base rate
Zwak	.086	.100	.556
Matig	.212	.243	.639
Sterk	.327	.371	.714

r_{pb} is een Pearsons product-moment correlatie coëfficiënt voor variabelen waarbij een van de variabelen een dichotome variabele is.



Afhankelijk van de recidivepercentages gerapporteerd in de diverse deelstudies worden de correlaties afgezet tegen de 25% base rate interpretatie richtlijnen of de 50% base rate richtlijnen. Welke richtlijnen worden toegepast, wordt in de deelstudies aangegeven.

2.2.6 Out of scope

De periode waarbinnen beide calls dienden te worden gerealiseerd (okt 2015 – juni 2016) voorzag niet in de ruimte om de kernset empirisch-klinisch te toetsen in de praktijk op praktische bruikbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Deze praktijktoets acht de projectgroep van groot belang voor de meerwaarde van de kernset. De KFZ-adviescommissie heeft toegezegd om de maanden augustus en september 2016 te gebruiken voor het uitvoeren van een dergelijke praktijktoets. De invulling van de praktijk-toets zal beperkt blijven tot het beoordelen van de praktische bruikbaarheid en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Vanwege de functie van de kernset als ROM-instrument zouden de dynamische risicofactoren in de kernset eigenlijk ook getoetst moeten worden op de mate waarin ze in staat zijn om veranderingen te meten (sensitiviteit).

Voorgesteld wordt door de projectgroep om in vier – nader te bepalen - ambulante forensische zorginstellingen (bij voorkeur andere dan de centra waaraan leden van de project verbonden zijn), de kernset te scoren bij vijf cliënten uit elke instelling. Om in ieder geval de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vast te kunnen stellen worden door twee behandelaars onafhankelijk van elkaar vijf cliënten beoordeeld.

Daarnaast vullen de behandelaars een evaluatie-instrument in met daarin aandacht voor:

- Afnameduur
- Onduidelijke formuleringen in de richtlijnen en antwoordcategorieën
- Geraadpleegde informatiebronnen
- Meetmomenten
- Klinische waarde
- Praktische bruikbaarheid

3 Meta-analyse

M.J. Eisenberg & J.M. Dekker

3.1 Inleiding

In deze deelstudie worden twee meta-analyses beschreven van gepubliceerde (inter)nationale literatuur over risicofactoren als voorspellers voor recidive. De volgende onderzoeksvragen werden beantwoord:

- Welke statische en dynamische risicofactoren hangen het sterkst samen met recidive bij de algemene forensische populatie (meta-analyse Generieke groep)?
- Welke dynamische risicofactoren hangen het sterkst samen met recidive bij de ambulante behandelde/begeleide forensische populatie (meta-analyse Ambulante groep)?
- Welke risicotaxatie-instrumenten die in Nederland worden gebruikt, worden teruggevonden in de meta-analyse van de ambulante studies?

3.2 Methode

3.2.1 Databronnen en zoektermen

Gebruik werd gemaakt van alle elektronische databases die opgenomen zijn in de zoekmachine van de digitale bibliotheek van de Universiteit van Amsterdam. De belangrijkste relevante databases waren: Pubmed, Medline, Cochrane library, Psyc Info, PiCarta, JSTOR, Hein Online, BJU Tijdschriften. De complete lijst met databases is op te vragen bij de eerste auteur van deze deelstudie. Naast de elektronische bronnen werd handmatig gezocht naar relevante studies in de referentielijsten van de geselecteerde studies. Vanwege de beperkte tijd waarin de meta-analyses uitgevoerd moesten worden, is niet gezocht naar artikelen via Google (Scholar) (grijze literatuur), noch zijn auteurs benaderd voor niet gepubliceerde werken.

In 25 verschillende zoekopdrachten werd de term “meta-analysis” gecombineerd met een zoekterm over de populatie (maximaal 3 zoektermen tegelijk): ‘forensic outpatient’ OF ‘forensic community based’ OF ‘probation’ OF ‘parole’ OF ‘post release’ EN ‘adult’ OF ‘adult offender’ OF ‘adult delinquent’ en een zoekterm over de uitkomstmaat: risk factor’ OF ‘predict*’ OF ‘criminogenic need’ OF ‘recidivis*’ OF ‘re-offen*’ OF ‘reoffen*’ OF ‘repetition’ OF ‘recurrence’. Er was geen restrictie op publicatiejaar. De zoekopdrachten werden uitgevoerd van één tot en met 20 december 2015. Dit leverde 15.482 hits op met zeer uiteenlopende onderwerpen en onderzoeksgroepen.

Bij eerste inspectie op basis van titels bleken de zoektermen niet de gewenste selectie op te leveren. De term ‘meta-analysis’ bijvoorbeeld leverde grotendeels treffers op van studies die geen meta-analyse waren en de term ‘adult’ leverde ook studies op die enkel jeugdpopulaties beschreven. Daarom werd de steekproefselectie in drie stappen door de auteurs uitgevoerd (zie Bijlage 1 voor het aantal geïnccludeerde artikelen per stap en de exclusieredenen). Deze stappen bestonden uit het beoordelen van de titels (stap 1), de samenvattingen (stap 2) en gehele artikelen (stap 3) op relevantie (ja/nee). In stap 4 werd de inhoudelijke informatie beoordeeld die werd verzameld voor de meta-analyse. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) tussen twee beoordelaars (de auteurs van deze deelstudie) op basis van Cohen’s Kappa was $\kappa = .30$ voor stap 2, $\kappa = .79$ voor stap 3 en $\kappa = .80-1.00$ voor stap 4. Op basis van de richtlijnen van Landis en Koch (1977) kan worden gesteld dat de IBB toenam van slecht naar goed tot zeer goed. Richtlijnen: $\kappa \leq .20$ = slecht, $.21 \leq \kappa \leq .40$ = redelijk, $.41 \leq \kappa \leq .60$ = matig, $.61 \leq \kappa \leq .80$ = goed, $\kappa > .80$ = zeer goed.

3.2.2 Selectiecriteria

Studies werden in de selectie opgenomen als deze dynamische voorspellers voor recidive bij een ambulante forensische populatie beschreven. Recidive werd gedefinieerd als nieuwe arrestatie of nieuwe veroordeling voor een delict, met uitzondering van verkeersovertredingen (algemene recidive) en terugkeer in detentie of schending van voorwaarden. De ambulante forensische populatie werd gedefinieerd als volwassen mannelijke of vrouwelijke cliënten die poliklinisch behandeld werden of begeleid werden door de reclassering. In alle gevallen verbleven de cliënten thuis.

Alle vormen van kwantitatieve studies zijn geïnccludeerd, met uitzondering van studies met enkel survivalanalyses en studies die enkel responsiviteit als voorspeller voor recidive beschreven. Studies gericht op de validatie van risicotaxatie-instrumenten werden meegenomen in de meta-analyse, mits zij de relatie onderzochten van individuele voorspellers (risicofactoren) met recidive. Studies waarin enkel de totaalscores in relatie tot recidive werden beschreven, zijn niet in de meta-analyse meegenomen. Studies die alleen een populatie jonger dan 18 jaar beschreven of in een andere taal dan Engels, Nederlands of Duits waren geschreven, werden geëxcludeerd.

3.2.3 Coderen van studies

De selectie leverde 30 studies en vier meta-studies op. De 30 studies beschreven een ambulante populatie en de vier meta-studies beschreven een bredere forensische populatie bestaande uit jeugd en ambulante en klinische populaties. Daarom werd besloten om twee aparte meta-analyses uit te voeren: de eerste met een focus op de samenhang van de statische en dynamische risicofactoren met algemene en geweldsrecidive in de algemene forensische populatie (meta-analyse Generieke groep) en de tweede meta-analyse gericht op de samenhang van de dynamische risicofactoren met algemene recidive en geweldsrecidive in de ambulante forensische populatie (meta-analyse Ambulante groep).

Meta-analyse Ambulante groep

De studies in de meta-analyse Ambulante groep werden gecodeerd op de aanwezige dynamische voorspellers voor recidive. De focus in deze meta-analyse lag op de dynamische risicofactoren omdat de opdracht van KFZ voor gericht is op het samenstellen van een ROM-instrument. De classificatie van domeinen werd gebaseerd op een combinatie van de *Central Eight* (Andrews & Bonta, 2010) en de domeinen zoals opgenomen in de risicotaxatie-instrumenten. De volgende 18 domeinen werden onderscheiden: Criminele vrienden, Opleiding/werk, Financieel beheer, Vrijtijdsbesteding, Familie/huwelijk/gezin, Woonomgeving/-situatie, Alcohol-/drugsproblemen, Antisociale houding, Seksuele problematiek, Psychopathie, Ontkenning/leugens, Negatieve verwachting ten gevolge van gedrag, Impulsiviteit, Aggressie, Zelfvertrouwen, Copingvaardigheden, Persoonlijke/psychische problemen en Gezondheidsproblemen (zie Tabel 3 voor de beschrijving van de domeinen).

Daarnaast werden de variabelen leeftijd, intelligentie, het percentage mannen en geboorteland gecodeerd. Deze variabelen werden meegenomen als mogelijke moderatoren. Ten slotte werd voor beschrijvende doeleinden gecodeerd uit welk land de studies afkomstig zijn, het publicatiejaar en het type indexdelict.

Meta-analyse Generieke groep

Voor het coderen van de meta-studies werden dezelfde domeinen aangehouden als in de meta-analyse Ambulante groep, aangevuld met statische factoren (zie Tabel 3). De statische factoren die niet in één van de 18 domeinen konden worden ondergebracht, waren leeftijd (19), intelligentieniveau (20), criminele voorgeschiedenis (21) en lengte van de straf (22). Dezelfde moderatoren en beschrijvende variabelen als in de meta-analyse Ambulante groep werden ook voor de meta-analyse Generieke groep gecodeerd.

Tabel 3. Risicodomeinen beschreven in de ambulante studies (n=30) en meta-studies (n=4)

Risicodomein	Factoren opgenomen in risicodomein
(1) Criminele vrienden	Sociale invloeden, (algemene sociale) afwijzing/eenzaamheid, antisociaal gezelschap, criminele vrienden, mishandelende vrienden, vrienden
(2) Opleiding/werk	Functioneren gedurende een opleiding en/of werk
(3) Financieel beheer	Subjectief welbevinden met betrekking tot de financiën, financieel, financieel/werk, werk/financiële moeilijkheden, financiën, inkomen > \$10.000
(4) Vrijtijdsbesteding	Vrije tijd/recreatie, subjectief welbevinden met betrekking tot vrije tijd en sociale participatie, vrije tijd
(5) Familie/partner	Familie/huwelijk, familierelatie, huwelijkse status, geliefden, relatieproblemen, familiesteun, huwelijk/familierelatie, tevredenheid huwelijk, familie/huwelijksproblemen, relatiestabiliteit, niet-steunende partner, hulp/steun, sociale steun familie
(6) Woonomgeving/-situatie	Subjectief welbevinden met betrekking tot leefomstandigheden, accommodatie, verblijf, effecten van de buurt: achterstandsbuurt/immigratie/stabiliteit verblijf
(7) Alcohol-/drugsproblemen	Alcohol en/of drugsproblemen, middelenmisbruik, (ernstig) drugsgebruik
(8) Antisociale houding	Procriminele houding, subjectief welbevinden met betrekking tot regels en veiligheid, gebrek aan zorg voor anderen, medewerking met supervisie, antisociale houding, procriminele houding/oriëntatie, antisociaal patroon, mishandelende houding: neutralisatie/vijandige mannelijkheid, criminele houding, crimineel gedrag, antisociaal gedrag in de rechtszaal
(9) Seksuele problematiek	Seksuele deviantie, seksuele/sociale wenselijkheid (normale seksuele behoeften), seksuele obsessie, parafilie, seksuele disfunctie, seksuele kennis en overtuigingen, vijandigheid naar vrouwen, seksuele preoccupatie, seks als copingstrategie, identificatie met kinderen, deviante seksuele interesses, houding tegenover seksuele rechten, houding tegenover verkrachting, houding tegenover kinderverkrachter, toelaten van seksuele deviantie, seksueel gedrag, seksuele interesses, emotionele identificatie, seksuele preoccupatie/seksuele behoeften
(10) Psychopathie	Trekken van psychopathie, empathie
(11) Ontkenning/leugens	Ontkenning, leugenschaal (ontkenning, minimalisatie), cognitieve verstoringen/onvolwassenheid, verantwoordingen, absolute ontkenning, ontkenning van risico, verantwoordelijkheid delict
(12) Verwachting negatieve gevolgen van gedrag	Afschrikking: verwachting van negatieve sociale consequenties/officialle consequenties (wet/werk)
(13) Impulsiviteit	Impulsief gedrag
(14) Agressie	Negatieve emotionaliteit, geweld, agressiviteit, boosheid/vijandigheid, negatieve emotionaliteit/vijandigheid
(15) Zelfvertrouwen	Gevoel van eigenwaarde, zelfvertrouwen, self-efficacy, overtuiging in staat te zijn levensdoelen te bereiken
(16) Copingvaardigheden	Slecht probleemoplossend vermogen, ouderlijke stress, perspectief nemen, fantasie, persoonlijke stress, probleemoplossend vermogen
(17) Persoonlijke-/psychische problemen	Persoonlijke problemen, subjectief welbevinden met betrekking tot vervulling, stressrisico, angst-/depressiesymptomen, psychosesymptomen, sociale gezondheid/mentale gezondheid, depressie en angst, emotionele stabiliteit, emotieregulatie, mentale gezondheidsproblemen, stabiele mentale gezondheid, persoonlijkheidstype: agressief/afhankelijk/neurotisch
(18) Gezondheidsproblemen	Subjectief welbevinden met betrekking tot gezondheid, gezondheid
(19) Leeftijd	Leeftijd ten tijde van studie
(20) Intelligentieniveau	Verstandelijke beperking
(21) Criminele voorgeschiedenis	Criminaliteit in de volwassenheid, vroeg antisociaal gedrag, ontsnapping, tijd in detentie, geschiedenis van vermogensdelicten/zedendelicten/gewelddadig gedrag, eerdere schendingen van voorwaarden, aanpassingsproblemen in detentie/kliniek, eerdere veroordelingen/delicten
(22) Lengte van straf	Duur van gevangenisstraf of klinische opname

3.2.4 Statistische analyses

Ter voorbereiding op de hoofdanalyses voor beide meta-analyses werden eerst enkele basisbewerkingen uitgevoerd op de data. Om de effecten van de voorspellers voor recidive van de studies te kunnen vergelijken, is voor elke risicofactor de correlatie (r) berekend op basis van een van de volgende modules: de formule van Rosenthal (1994) werd gebruikt om Cohen's d om te zetten naar r , de formules van Borenstein, Hedges, Higgins en Rothstein (2009) voor het omzetten van Odds Ratio naar Cohen's d en de formule van Ruscio (2008) voor het omzetten van AUC naar r .

Risicofactoren werden niet meegenomen indien er: 1) onvoldoende informatie beschikbaar was voor het berekenen van een correlatie, 2) er werd gerapporteerd over een effectmaat die niet naar een correlatiemaat omgezet kon worden (Hazard ratio's). Er werden 16 studies buiten beschouwing gelaten omdat in deze studies enkel Hazard ratio's uit survival analyses werden gerapporteerd.

Extreem hoge of lage correlaties kunnen een buitenproportionele invloed hebben op resultaten van statistische analyses. Daarom werden de correlaties getransformeerd naar z -scores en gecontroleerd op outliers. Bij gestandaardiseerde scores van $z > 3.29$ of $z < -3.29$ is er sprake van een outlier (Tabachnik & Fidell, 2013). De correlaties van beide meta-analyses bleven binnen deze waarden.

In een aantal studies werden meerdere correlaties gerapporteerd binnen één domein (zie Bijlagen 2 en 3), waardoor een belangrijke voorwaarde voor het verrichten van een meta-analyse werd geschonden, namelijk dat alle gerapporteerde correlaties niet significant met elkaar samenhangen, dus onafhankelijk van elkaar zijn. De correlaties moeten namelijk de relatie weergeven tussen een risicofactor en recidive en niet tussen twee risicofactoren.

Een multilevel random effects model werd uitgevoerd voor de berekening van gecombineerde correlaties, zodat rekening kon worden gehouden met de afhankelijkheid van de resultaten in de oorspronkelijke studies (Wibbelink & Assink, 2015). In de twee meta-analyses werden drie niveaus gemodelleerd:

- Variantie van de geobserveerde correlaties rond de populatie-correlaties (niveau 1);
- Variantie in populatie-correlaties binnen studies (niveau 2);
- Variantie in populatie-correlaties tussen studies (niveau 3).

Voor de analyses werd gebruik gemaakt van de functie "rma.mv" van het metafor pakket (Viechtbauer, 2010) in het programma R studio (Versie 3.2.2.; R Foundation for Statistical Computing Platform, 2015). De dataset werd in SPSS versie 20 opgebouwd, waarin aan alle correlaties een uniek nummer werd toegekend. Voor elke correlatie werd de variantie berekend en werd in R een gemiddelde totale correlatie berekend per domein (niveau 1). Om te bepalen of er sprake was van een significante variantie tussen correlaties binnen studies (weergegeven in tabel kolom Niveau 2 var.) en tussen studies (weergegeven in tabel kolom Niveau 3 var.), werden twee éézijdige log-likelihood-ratio-toetsen uitgevoerd. Om te bepalen hoeveel variantie kan worden toegeschreven aan verschillen tussen en binnen studies, werden de formules van Cheung (2014) gebruikt. Indien er sprake is van een significante variantie tussen correlaties binnen studies of tussen studies kan een enkele studie met een grote onderzoeksgroep, meer invloed hebben op de resultaten dan andere studies met een kleinere onderzoeksgroep.

3.2.5 Ontbrekende informatie in studies

Om diverse redenen ontbrak in een aantal studies relevante informatie over:

- recidivepercentages (1 meta-studie, 1 ambulante studie),
- geslacht van de cliënten (7 ambulante studies),
- gemiddelde leeftijd (2 ambulante studies),
- afkomst (7 ambulante studies).

Deze informatie is –vanwege tijdsdruk- niet achterhaald bij de auteurs. Deze variabelen zijn niet meegenomen in de meta-analyses, maar werden enkel gebruikt om de onderzoeksgroepen te beschrijven.

3.3 Resultaten

De resultaten van de meta-analyses worden beschreven in twee delen. In het eerste deel wordt ingegaan op de statische en dynamische risicofactoren die samenhangen met algemene recidive in een forensische populatie bestaande uit jeugdige en volwassen cliënten uit een klinische en ambulante setting (meta-analyse Generieke groep). Het tweede deel betreft de uitkomsten van de meta-analyse over studies bestaande uit volwassen cliënten uit een ambulante forensische populatie (meta-analyse Ambulante groep). In Bijlage 4 (meta-analyse Generieke groep) en 5 (meta-analyse Ambulante groep) worden de kenmerken van alle studies gedetailleerd beschreven.

3.3.1 Meta-analyse Generieke groep

Algemene beschrijving

De eerste meta-analyse bevatte vier meta-studies die door Canadese auteurs zijn uitgevoerd en gepubliceerd in de periode 2010 (één studie) - 2014 (drie studies). De studies werden uitgevoerd in Amerika, Canada, Engeland, Australië, Singapore, Duitsland, Japan, Nieuw Zeeland en Pakistan. De vier meta-studies hadden een totale unieke populatie van 212.697 cliënten, bestaande uit mannen en vrouwen. De beschrijving van het geslacht van de onderzoekspopulaties was niet eenduidig, waardoor dit percentage niet precies kan worden gegeven. Ingeschat wordt dat een grote meerderheid (>75%) man was.

De gemiddelde leeftijd was 29,5 jaar (*SD* 2,52; range 26,7-32,7). Eén studie rapporteerde ook over jeugdige cliënten ($n=38.621$). Behandeling bestond in drie van de vier studies uit een klinische en/of ambulante behandeling, in de vierde studie werd deze informatie niet beschreven. Alle studies hadden betrekking op cliënten die een delict hadden gepleegd waarbij geen onderscheid werd gemaakt in type delict. Drie studies gebruikte algemene recidive (alle type delicten) als uitkomstmaat en drie studies geweldsrecidive. Eén studie rapporteerde enkel over niet-blanke cliënten (*Aboriginals*, $n=21.807$), in de andere drie studies was de populatie gemiddeld 60,3% blank (range 58,9%-63%).


In totaal werden 88 correlaties berekend. In de Tabellen 4 en 5 staat een overzicht van de gemiddelde correlaties van de statische en dynamische risicofactoren per domein (S&D) en opgesplitst in statische risicofactoren (S) en dynamische risicofactoren (D) als voorspellers voor algemene recidive en geweldsrecidive.

De statische en/of dynamische domeinen waarvan geen of slechts één correlatie kon worden berekend, zijn in verdere analyses buiten beschouwing gelaten. Bijvoorbeeld domein 8 Antisociale houding (zie Tabel 4) bestond uit vijf dynamische risicofactoren en één statische. Voor deze enkele statische risicofactor (S) in domein 8 kon geen gemiddelde correlatie worden berekend en komt daarom niet terug in de resultaten. Voor domein 8 staat de gemiddelde correlatie vermeld van alle dynamische factoren en de statische risicofactor tezamen, Antisociale houding (S&D), en de gemiddelde correlatie voor enkel de dynamische risicofactoren, Antisociale houding (D).

Van de onderzoekspopulaties ($N=212.697$) die in de meta-studies werden beschreven, recidiveerde gemiddeld 43,5% met een delict (algemene recidive) en 23% met een geweldsdelict (geweldsrecidive). Voor de interpretatie van de sterkte van de gevonden correlaties met algemene recidive werden de 50% base rate interpretatierichtlijnen aangehouden en voor de correlaties met geweldsrecidive de 25% base rate richtlijnen.

Samenhang risicofactoren met algemene recidive (50% base rate richtlijnen)

Tabel 4 geeft per domein een overzicht van de gemiddelde correlaties van de statische en dynamische risicofactoren tezamen (S&D, grijze arcering) met algemene recidive en apart voor de correlatie van de statische (S) en dynamische (D) risicofactoren met algemene recidive.



De correlaties van de statische en dynamische risicofactoren (S&D) die significant met algemene recidive samenhangen, waren zwak voor de domeinen Familie/partner ($r=.158$), Alcohol-/drugsproblemen ($r=.217$) en Antisociale houding ($r=.237$).

De correlaties van de dynamische risicofactoren (D) die significant samenhangen met algemene recidive bleken zwak voor de domeinen Opleiding/werk ($r=.224$) en Antisociale houding ($r=.242$).

Van de vier domeinen met enkel statische risicofactoren (S) was de correlatie tussen het domein Alcohol/drugs problemen en algemene recidive zwak ($r=.229$) en tussen Criminele voorgeschiedenis en algemene recidive matig ($r=.257$).

Het domein Persoonlijke/psychische problemen hing niet significant samen met algemene recidive. Dat gold voor zowel de combinatie van statische en dynamische risicofactoren (S&D), als de afzonderlijke type risicofactoren, statisch (S) of dynamisch (D).

Samenhang risicofactoren met geweldsrecidive (25% base rate richtlijnen)

Tabel 5 geeft per domein een overzicht van de gemiddelde correlaties van de statische en dynamische risicofactoren tezamen (S&D, grijze arcering) met algemene recidive en apart voor correlatie van de statische (S) en dynamische (D) risicofactoren met geweldsrecidive.

De domeinen die significant samenhangen met algemene recidive zijn over het algemeen ook significant gecorreleerd, zij het soms minder sterk, met geweldsrecidive. Significante correlaties van de statische en dynamische risicofactoren (S&D) met geweldsrecidive was zwak voor de domeinen Familie/partner ($r=.123$) en Alcohol-/drugsproblemen ($r=.134$).

Wat betreft de dynamische risicofactoren (D) werd een matige samenhang gevonden tussen het domein Antisociale houding en geweldsrecidive ($r=.229$).

Voor de statische risicofactoren werd een zwak significant verband met geweldsrecidive gevonden voor het domein Alcohol-/drugsproblemen ($r=.133$) en een matig verband voor Criminele voorgeschiedenis ($r=.233$).

Moderatoren

De vier meta-studies bevatten onvoldoende informatie om te analyseren of verschillen in intelligentieniveau samenhangen met recidive. In de laatste vier kolommen in de Tabellen 4 en 5 worden de varianties in correlaties beschreven binnen studies (niveau 2) en tussen studies (niveau 3). Er werden geen significante verschillen in variantie gevonden op beide niveaus. Dat betekent dat de gevonden verbanden met recidive worden verklaard door de risicofactoren en niet zozeer door kenmerken van de onderzoeksgroep, zoals afkomst en geslacht. Bijgevolg was er geen reden om een moderator-analyse uit te voeren met geslacht en afkomst als mogelijke moderatoren.



Tabel 4. Meta-analyse **Generieke groep**: gemiddelde correlatie van de domeinen voor **algemene recidive**

Domein	# studies	# EG	Gemiddelde r (SD)	95% BI	p	% var. Niveau 1	Niveau 2 var.	% var. Niveau 2	Niveau 3 var.	% var. Niveau 3
(1) Criminele vrienden (D)	2	2	.215 (.044)	-.343-.773	.128	4.6	.000	0.0	.000	0.0
(2) Opleiding/werk (D)	3	5	.224 (.042)	.107-.341	.006	5.0	.004	<0.1	.000	0.0
(3) Financieel beheer (D)	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(4) Vrijtijdsbesteding (D)	2	2	.164 (.044)	-.394-.721	.167	2.7	.000	0.0	.000	0.0
(5) Familie/partner (S&D)	3	5	.158 (.031)	.072-.245	.007	2.5	.000	0.0	.000	0.0
(5) Familie/partner (S)	1	2	.177 (.054)	-.514-.868	.190	3.1	.000	0.0	.000	0.0
(5) Familie/partner (D)	3	3	.149 (.038)	-.015-.313	.059	2.2	.000	0.0	.000	0.0
(6) Woonomgeving (D)	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(7) Alcohol-/drugsproblemen (S&D)	3	5	.217 (.031)	.130-.303	.002	4.7	.000	0.0	.000	0.0
(7) Alcohol-/drugsproblemen (S)	1	3	.229 (.046)	.030-.428	.039	5.2	.001	<0.1	.000	0.0
(7) Alcohol-/drugsproblemen (D)	2	2	.205 (.044)	-.353-.762	.135	4.2	.000	0.0	.000	0.0
(8) Antisociale houding (S&D)	3	6	.237 (.030)	.161-.313	<.001	5.6	.001	<0.1	.000	0.0
(8) Antisociale houding (D)	3	5	.242 (.034)	.149-.335	.002	5.9	.001	<0.1	.000	0.0
(17) Persoonlijke/psychische problemen (S&D)	2	10	.052 (.067)	-.100-.205	.459	2.7	.004	<0.1	.006	<0.1
(17) Persoonlijke/psychische problemen (S)	2	4	-.026 (.038)	-.148-.096	.546	0.1	.000	0.0	.000	0.0
(17) Persoonlijke/psychische problemen (D)	3	6	.050 (.050)	-.078-.178	.363	0.3	.008	<0.1	.001	<0.1
(21) Criminele voorgeschiedenis (S)	3	3	.257 (.038)	.093-.421	.021	6.6	.000	0.0	.000	0.0

Noot. # studies = aantal studies; # EG = aantal correlaties; Gemiddelde r = gemiddelde correlatie; SD = standaarddeviatie; BI = betrouwbaarheidsinterval;

p = significantie; % var. = percentage van verklaarde variantie; Niveau 2 var. = variantie tussen correlaties van dezelfde studie; Niveau 3 var. = variantie tussen studies.

(S&D)= gemiddelde correlatie van een domein met statische en dynamische risicofactoren, (S)= gemiddelde correlatie van de statische risicofactoren binnen een domein; (D)= gemiddelde correlatie van de dynamische risicofactoren binnen een domein.



Tabel 5. Meta-analyse **Generieke groep**: gemiddelde correlaties van de domeinen voor **geweldsrecidive**

Domein	# studies	# EG	Gemiddeld e r (SD)	95% BI	p	% var. Niveau 1	Niveau 2 var.	% var. Niveau 2	Niveau 3 var.	% var. Niveau 3
(2) Opleiding/werk (S&D)	3	7	.089 (.058)	-.053-.231	.176	0.8	.000	0.0	.008	<0.1
(2) Opleiding/werk (S)	1	2	.020 (.057)	-.699-.739	.783	< 0.1	.000	0.0	.000	0.0
(2) Opleiding/werk (D)	3	5	.088 (.065)	-.093-.269	.248	0.8	.000	0.0	.009	<0.1
(5) Familie/ partner (S&D)	3	5	.123 (.031)	.037-.209	.017	1.5	.000	0.0	.000	0.0
(5) Familie/ partner (S)	1	2	.122 (.054)	-.569-.813	.267	1.5	.000	0.0	.000	0.0
(5) Familie/ partner (D)	3	3	.123 (.038)	-.040-.286	.083	1.5	.000	0.0	.000	0.0
(7) Alcohol-/drugsproblemen (S&D)	3	7	.134 (.027)	.067-.200	.003	1.8	.000	0.0	.000	0.0
(7) Alcohol-/drugsproblemen (S)	1	5	.133 (.035)	.036-.230	.019	1.8	.000	0.0	.000	0.0
(7) Alcohol-/drugsproblemen (D)	2	2	.135 (.044)	-.418-.688	.199	1.8	.000	0.0	.000	0.0
(8) Antisociale houding (D)	3	5	.229 (.028)	.150-.308	.001	5.2	.000	0.0	.000	0.0
(17) Persoonlijke/psychische problemen (D)	3	10	.034 (.079)	-.146-.214	.680	0.1	.003	<0.1	.014	<0.1
(19) Leeftijd (S)	1	2	-.013 (.057)	-.732-.707	.862	< 0.1	.000	0.0	.000	0.0
(21) Criminele voorgeschiedenis (S)	3	5	.233 (.031)	.146-.321	.002	5.4	.000	0.0	.000	0.0
(22) Lengte straf (S)	1	2	.061 (.245)	-3.047-3.168	.846	0.4	.113	1.3	.000	0.0

Noot. # studies = aantal studies; # EG = aantal correlaties; Gemiddelde r = gemiddelde correlatie; SD = standaarddeviatie; BI = betrouwbaarheidsinterval;

p = significantie; % var. = percentage van verklaarde variantie; Niveau 2 var. = variantie tussen correlaties van dezelfde studie; Niveau 3 var. = variantie tussen studies.

(S&D)= gemiddelde correlatie van een domein met statische en dynamische risicofactoren, (S)= gemiddelde correlatie van de statische risicofactoren binnen een domein; (D)= gemiddelde correlatie van de dynamische risicofactoren binnen een domein.

3.3.2 Meta-analyse Ambulante groep

Algemene beschrijving

In de tweede meta-analyse werden 30 ambulante studies geïnccludeerd die in totaal 568 correlaties opleverden tussen dynamische risicofactoren met algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive, waarvan de laatste alleen voor de groep delinquenten die een seksueel delict had gepleegd. Het betrof een unieke populatie van in totaal 131.000 cliënten. Hiervan rapporteerden zeven studies enkel over de vrouwelijke populatie ($n=3.493$; 2.7%), 15 studies over de mannelijke populatie ($n=8.769$; 6.7%) en acht studies over mannen en vrouwen samen, waarvan 83.4% ($n=98.982$) mannen. De gemiddelde leeftijd van de cliënten was 34.2 jaar (SD 4.5; range 20.5–44.4).

Zestien studies werden uitgevoerd in de Verenigde Staten, acht in Canada, vier in West-Europese landen en twee in Australië. In 17 studies bestond de ambulante behandeling uit reclasseringstoezicht (al dan niet in combinatie met een interventie) en in de overige studies ($n=13$) werd ambulante forensische behandeling geboden.

Gemiddeld recidiveerde 30.4 % van de delinquenten met een willekeurig delict (algemene recidive), 14.3% met een geweldsdelict en 8.2% met een zedendelict. Voor de interpretatie van de sterkte van de gevonden correlaties met algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive werden de 25% base rate richtlijnen gebruikt.

De onderzoeksgroepen werden opgedeeld in subgroepen naar indexdelict, waarbij de groep met indexdelict algemeen uit delinquenten bestond die ofwel een niet gespecificeerd delict hadden gepleegd ofwel een samenstelling waren van (huiselijk) geweldplegers, vermogensdelinquenten en delinquenten die een druggerelateerd delict hadden gepleegd. Zeven studies beschreven enkel zedendelinquenten. Deze studies worden apart beschreven.

Samenhang risicofactoren met algemene recidive (25% base rate richtlijnen)

In Tabel 6 worden de correlaties gepresenteerd van de dynamische risicofactoren met algemene recidive. Uit de tabel kan worden opgemaakt dat in totaal 9 van de 13 dynamische domeinen significant met algemene recidive samenhangen waarbij een zwak verband werd gevonden voor de volgende zeven domeinen: Opleiding/werk ($r=.181$), Financieel beheer ($r=.130$), Vrijtijdsbesteding ($r=.174$), Familie/partner ($r=.101$), Alcohol/drugsproblemen ($r=.182$), Antisociale houding ($r=.178$) en Persoonlijke/psychische problemen ($r=.139$). Het domein Woonomgeving ($r=.080$) was eveneens significant gecorreleerd met algemene recidive, maar het verband lag onder de grens van een zwak verband. Het enige dynamische domein met een matig verband met algemene recidive was het domein Criminele vrienden ($r=.223$).


Samenhang risicofactoren met geweldsrecidive (25% base rate richtlijnen)

In Tabel 7 worden de correlaties gepresenteerd van de dynamische risicofactoren met geweldsrecidive. In overeenstemming met algemene recidive werden voor geweldsrecidive nagenoeg dezelfde significant met recidive samenhangende dynamische domeinen gevonden. Een zwak verband met geweldsrecidive werd gevonden voor de domeinen: Criminele vrienden ($r=.195$), Vrijtijdsbesteding ($r=.165$), Alcohol/drugsproblemen ($r=.155$), Antisociale houding ($r=.184$) en Persoonlijke/psychische problemen ($r=.147$). Een matig verband met geweldsrecidive werd gevonden voor het domein Opleiding/werk ($r=.218$).

In tegenstelling tot algemene recidive werd geen significante relatie gevonden met geweldsrecidive voor de domeinen Financieel beheer en Familie/partner.

Samenhang risicofactoren met algemene recidive en seksuele recidive in de zedengroep (25% base rate richtlijnen)

De zedendelinquenten nemen een aparte positie in als het gaat om risicotaxatie en recidive. Daarom werden ze in de meta-analyse afzonderlijk bekeken. In Tabel 8 staan de dynamische risicofactoren vermeld



in relatie tot algemene recidive. Hieruit blijkt dat enkel het domein Antisociale houding ($r=.271$) een matige samenhang had met algemene recidive.

In Tabel 9 staan de dynamische risicofactoren vermeld in relatie tot seksuele recidive. Geen enkel domein met dynamische risicofactoren hing significant samen met seksuele recidive.

Moderatoren

In de laatste vier kolommen in de Tabellen 6 en 7 worden de varianties in correlaties beschreven binnen studies (niveau 2) en tussen studies (niveau 3). Er werden geen significante verschillen in variantie gevonden op beide niveaus. Dat betekent dat de gevonden verbanden met recidive worden verklaard door de risicofactoren en niet zozeer door kenmerken van de onderzoeksgroep, zoals afkomst en geslacht. Daarom was er geen reden om een moderator-analyse uit te voeren met geslacht en afkomst als mogelijke moderatoren.



Tabel 6. Meta-analyse **Ambulante groep**: gemiddelde correlaties per dynamisch risicodomein voor de groep **Indexdelict algemeen** en **algemene recidive**

Domaine	# studies	# EG	Gemiddelde r (SD)	95% BI	p	% var. Niveau 1	Niveau 2 variantie	% var. Niveau 2	Niveau 3 variantie	% var. Niveau 3
(1) Criminele vrienden	9	20	.223 (.048)	.123-.322	<.001	4.9	.000	0	.006	0
(2) Opleiding/werk	12	23	.181 (.055)	.068-.295	.003	3.3	.000	0	.012	0
(3) Financieel beheer	8	15	.130 (.038)	.049-.210	.004	1.7	.000	0	.000	0
(4) Vrijtijdsbesteding	9	17	.174 (.042)	.084-.263	<.001	3.0	.000	0	.003	0
(5) Familie/partner	15	37	.101 (.027)	.047-.155	<.001	1.0	.000	0	.000	0
(6) Woonomgeving	7	15	.080 (.033)	.010-.151	.029	0.6	.000	0	.000	0
(7) Alcohol-/drugsproblemen	14	25	.182 (.030)	.120-.244	<.001	3.3	.000	0	.001	0
(8) Antisociale houding	11	29	.178 (.039)	.099.257	<.001	3.2	.000	0	.005	0
(9) Seksuele problematiek	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(10) Psychopathie	1	2	.225 (.186)	-2.140-2.591	.440	5.1	.000	0	.000	0
(11) Ontkenning/leugenachtigheid	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(12) Verwachting negatieve gevolgen	1	4	-.010 (.168)	-2.139-2.119	.962	0	.000	0	.000	0
(13) Impulsiviteit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(14) Agressie	2	2	-.043 (.118)	-.420-.334	.742	0.2	.000	0	.000	0
(15) Zelfvertrouwen	3	11	.101 (.086)	-.093-.296	.269	1.0	.000	0	.000	0
(16) Coping	1	3	.208 (.153)	-.449-.866	.306	4.3	.000	0	.000	0
(17) Persoonlijke/psychische problemen	13	23	.139 (.050)	.035-.0242	.011	1.9	.000	0	.011	0
(18) Gezondheidsproblemen	2	3	.137 (.172)	-.604-.878	.509	1.9	.000	0	.000	0

Noot. # studies = aantal studies; # EG = aantal correlaties; Gemiddelde r = gemiddelde correlatie; SD = standaarddeviatie; BI = betrouwbaarheidsinterval;

p = significantie; % var. = percentage van verklaarde variantie; Niveau 2 var. = variantie tussen correlaties van dezelfde studie; Niveau 3 var. = variantie tussen studies.



Tabel 7. Meta-analyse **Ambulante groep**: gemiddelde correlaties per dynamisch risicodomein voor de groep **Indexdelict algemeen** en **geweldsrecidive**

Domein	# studies	# EG	Gemiddelde r (SD)	95% BI	p	% var. Niveau 1	Niveau 2 variantie	% var. Niveau 2	Niveau 3 variantie	% var. Niveau 3
(1) Criminele vrienden	5	8	.195 (.048)	.083-.308	.005	3.8	.000	0	.000	0
(2) Opleiding/werk	5	6	.218 (.050)	.090-.346	.007	5.4	.000	0	.000	0
(3) Financieel beheer	3	3	.120 (.144)	-.501-.741	.493	1.4	.000	0	.000	0
(4) Vrijtijdsbesteding	6	7	.165 (.049)	.045-.285	.015	2.7	.000	0	.000	0
(5) Familie/Partner	7	10	.099 (.046)	-.006-.204	.062	1.0	.000	0	.000	0
(6) Woonomgeving	3	3	.228 (.144)	-.394-.849	.255	5.2	.000	0	.000	0
(7) Alcohol/Drugsproblemen	5	7	.155 (.049)	.036-.274	.019	2.4	.000	0	.000	0
(8) Antisociale houding	6	13	.184 (.035)	.108-.260	<.001	3.4	.000	0	.000	0
(9) Seksuele problematiek	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(10) Psychopathie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(11) Ontkenning/leugenachtigheid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(12) Verwachting negatieve gevolgen	1	2	-.075 (.168)	-2.205-2.054	.731	.6	.000	0	.000	0
(13) Impulsiviteit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(14) Agressie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(15) Zelfvertrouwen	1	2	.018 (.224)	-2.831-2.866	.950	0	.000	0	.000	0
(16) Coping	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(17) Persoonlijke/Psychische problemen	6	9	.147 (.040)	.054-.240	.007	2.2	.000	0	.000	0
(18) Gezondheidsproblemen	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-

Noot. # studies = aantal studies; # EG = aantal correlaties; Gemiddelde r = gemiddelde correlatie; SD = standaarddeviatie; BI = betrouwbaarheidsinterval; p = significantie; % var. = percentage van verklaarde variantie; Niveau 2 var. = variantie tussen correlaties van dezelfde studie; Niveau 3 var. = variantie tussen studies.



Tabel 8. Meta-analyse **Ambulante groep**: gemiddelde correlaties per dynamisch risicodomein voor de groep **Indexdelict zeden** en **algemene recidive**

Domein	# studies	# EG	Gemiddelde r (SD)	95% BI	p	% var. Niveau 1	Niveau 2 variantie	% var. Niveau 2	Niveau 3 variantie	% var. Niveau 3
(1) Criminele vrienden	2	5	.264 (.106)	-.030-.559	.068		.000	0	.004	0
(2) Opleiding/werk	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(3) Financieel beheer		-	-	-	-	-	-	-	-	-
(4) Vrijtijdsbesteding	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(5) Familie/Partner	2	3	.206 (.115)	-.289-.702	.215		.000	0	.000	0
(6) Woonomgeving		-	-	-	-	-	-	-	-	-
(7) Alcohol/Drugsproblemen	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(8) Antisociale houding	2	6	.271 (.081)	.061-.480	.021		.000	0	.000	0
(9) Seksuele problematiek	1	10	.070 (.079)	-.110-.249	.403		.000	0	.000	0
(10) Psychopathie		-	-	-	-	-	-	-	-	-
(11) Ontkenning/leugenachtigheid		-	-	-	-	-	-	-	-	-
(12) Verwachting negatieve gevolgen		-	-	-	-	-	-	-	-	-
(13) Impulsiviteit	1	2	.332 (.178)	-1.924-2.588	.312		.000	0	.000	0
(14) Agressie	1	2	.129 (.178)	-2.128-2.385	.601		.000	0	.000	0
(15) Zelfvertrouwen		-	-	-	-	-	-	-	-	-
(16) Coping	1	2	.293 (.178)	-1.963-2.550	.346		.000	0	.000	0
(17) Persoonlijke/Psychische problemen	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(18) Gezondheidsproblemen		-	-	-	-	-	-	-	-	-

Noot. # studies = aantal studies; # EG = aantal correlaties; Gemiddelde r = gemiddelde correlatie; SD = standaarddeviatie; BI = betrouwbaarheidsinterval; p = significantie; % var. = percentage van verklaarde variantie; Niveau 2 var. = variantie tussen correlaties van dezelfde studie; Niveau 3 var. = variantie tussen studies.



Tabel 9. Meta-analyse **Ambulante groep**: gemiddelde correlaties per dynamisch risicodomein voor de groep **Indexdelict zeden en seksuele recidive**

Domein	# studies	# EG	Gemiddelde r (SD)	95% BI	p	% var. Niveau 1	Niveau 2 variantie	% var. Niveau 2	Niveau 3 variantie	% var. Niveau 3
(1) Criminele vrienden	4	8	.124 (.085)	-.078-.326	.190	1.5	.000	0	.008	0
(2) Opleiding/werk	2	2	-.014 (.173)	-2.217- 2.189	.948	0	.016	0	.016	0
(3) Financieel beheer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(4) Vrijtijdsbesteding	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(5) Familie/Partner	3	5	.199 (.087)	-.044-.442	.085	4.0	.000	0	.000	0
(6) Woonomgeving	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(7) Alcohol/Drugsproblemen	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(8) Antisociale houding	4	10	.060 (.115)	-.200-.319	.616	0.4	.000	0	.037	0.1
(9) Seksuele problematiek	6	32	.033 (.115)	-.200-.267	.773	0.1	.000	0	.061	0.4
(10) Psychopathie	2	3	-.087 (.172)	-.826-.651	.662	0.8	.000	0	.000	0
(11) Ontkenning/leugenachtigheid	4	9	-.054 (.115)	-.318-.210	.649	0.3	.000	0	.019	0
(12) Verwachting negatieve gevolgen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(13) Impulsiviteit	3	4	-.094 (.178)	-.472-.661	.633	0.9	.000	0	.060	0.4
(14) Agressie	2	3	.141 (.130)	-.417-.700	.390	2.0	.000	0	.000	0
(15) Zelfvertrouwen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(16) Coping	4	7	.032 (.156)	-.349-.413	.844	0.1	.000	0	.063	0.4
(17) Persoonlijke/Psychische problemen	2	2	-.131 (.226)	-3.000-2.737	.665	1.7	.036	0.1	.036	0.1
(18) Gezondheidsproblemen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Noot. # studies = aantal studies; # EG = aantal correlaties; Gemiddelde r = gemiddelde correlatie; SD = standaarddeviatie; BI = betrouwbaarheidsinterval; p = significantie; % var. = percentage van verklaarde variantie; Niveau 2 var. = variantie tussen correlaties van dezelfde studie; Niveau 3 var. = variantie tussen studies.

3.3.3 Risicotaxatie-instrumenten gebruikt in de meta-analyse Ambulante groep

In de 30 ambulante studies werden de volgende risicotaxatie-instrumenten met dynamische voorspellers aangetroffen:

- Level of Service-Revised (LSI-r; Andrews & Bonta, 1995; 5 studies)
- Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI; Andrews, Bonta & Wormith, 2004; 4 studies)
- Level of Service/ Risk, Need, Responsivity (LS/RNR; Andrews, Bonta & Wormith, 2008; 1 studie)
- STABLE-2000 of 2007 (Hanson, Harris, Scott & Helmus, 2007; 2 studies)
- Multiphasic Sex Inventory (MSI; Nichols & Molinder, 1984; 2 studies)
- Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA; Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1994, 1995, 1998; 1 studie)
- Substance Abuse Questionnaire-Adult Probation III (SAQ; Behavior Data Systems, Ltd., 2012; 1 studie)
- Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale (SOTIPS; McGrath, Lasher & Cumming, 2011; 1 studie)
- Wisconsin Risk Need Assessment (Henderson, Daniel, Adams & Rembert, 2007; 1 studie).

De LSI-r en LS/CMI bevatten statische en dynamische risicofactoren om een inschatting te maken van recidive bij generalistische delinquenten. De domeinen in deze instrumenten zijn: Delictgeschiedenis, Werk, Alcohol/drugs, Attitude, Vrienden, Persoonlijkheid, Seksueel disfunctioneren, Psychische situatie en Problematiek in de jeugd. De psychometrische kwaliteiten van de LSI-r en LS/CMI zijn goed (Bonta & Andrews, 2007; Campbell, French, & Gendreau, 2007). De LS/RNR is afgeleid van de LS/CMI.

De STABLE-2000 en 2007, MSI en de SOTIPS gebruiken dynamische risicofactoren om een inschatting te maken van recidive bij zedendelinquenten. De risicofactoren in deze instrumenten zijn: Seksueel gedrag, Houding en interesses, Crimineel gedrag, Responsiviteit, Probleemoplossend vermogen, Copingvaardigheden, Impulsiviteit, Werk, Verblijf en Sociale invloeden.

De SARA includeert statische en één dynamische risicofactor (psychosociaal welbevinden) om een inschatting te maken van recidive met huiselijk geweld. De SAQ gebruikt statische en dynamisch risicofactoren, zoals Alcohol- en drugsgebruik, Agressiviteit, Geweld en Copingvaardigheden, om een inschatting te maken van recidive bij delinquenten ongeacht het indexdelict.


3.3.4 In Nederland gebruikte risicotaxatie instrumenten

In de meta-analyse werden niet alle studies opgenomen waarin onderzoek werd gedaan naar risicotaxatie-instrumenten die in Nederland veel worden gebruikt. Genoemd kunnen worden de RAF GGZ, HKT-30/HKT-R en de START. Deze instrumenten komen niet in de meta-analyse terug om twee redenen. Ten eerste, over de RAF GGZ en de HKT-30/HKT-R is nog niet gepubliceerd over de voorspellende waarde van de risicofactoren in deze instrumenten bij een ambulante forensische populatie. Ten tweede, in de studies werd geen melding gedaan van de univariate samenhang van de afzonderlijke risicofactoren met recidive. Dat gold in het bijzonder voor de publicaties over de START (Troquete e.a., 2015).

3.4 Conclusie

Vergeleken met de Generieke groep werden er in de Ambulante groep meer significante correlaties gevonden van de dynamische (D) risicofactoren met algemene recidive en geweldsrecidive. Zelfs als hierbij voor de Generieke groep de combinatie van statische en dynamische risicofactoren (S&D) werden meegenomen. In de Ambulante groep correleerden 9 dynamische risicofactoren significant samen met algemene recidive (tegenover 4 in de Generieke groep) en 7 met geweldsrecidive (tegenover 2 in de Generieke groep). Een vergelijking tussen het aantal statische risicofactoren in beide groepen kan niet worden gemaakt omdat de meta-analyse van de ambulante groep enkel dynamische risicofactoren bevatte.

Ofschoon de significante correlaties tussen de risicofactoren en recidive overwegend zwak waren, ondersteunen ze wel de bevindingen van Andrews en Bonta (2010) dat de dynamische *Central Eight* risicofactoren relevant zijn voor delinquenten in behandeling in forensische poliklinieken. De volgende



dynamische risicofactoren waren significant gerelateerd aan algemene recidive: Opleiding/werk, Financieel beheer, Criminele vrienden, Vrijtijdsbesteding, Familie/partner, Alcohol-/drugsproblemen, Antisociale houding en Psychische problemen.

Genoemde domeinen werden, op Antisociale houding na, niet teruggevonden in de groep zedendelinquenten in relatie tot algemene recidive. Het verband tussen het domein Antisociale houding en algemene recidive was matig. Opvallend was dat er geen significant dynamische risicofactoren in relatie tot seksuele recidive werden gevonden. Ook niet voor het domein Seksuele problematiek waarin seksuele deviantie en seksuele preoccupatie als dynamische risicofactoren zijn opgenomen. Dit resultaat spreekt de bevindingen van een eerder gepubliceerde meta-analyse door Hanson en Morton-Bourgon (2005) tegen. Zij vonden dat naast een antisociale oriëntatie, ook seksuele deviantie, seksuele attitudes en intimiteitstekort, sterke voorspellers waren voor seksuele recidive. Mogelijk dat de samenhang tussen dynamische risicofactoren zoals seksuele deviatie met seksuele recidive in deze meta-analyse niet kon worden aangetoond door het lage percentage (8%) officieel geregistreerde recidive bij deze specialistische zedendelinquenten.

Beperkingen van het onderzoek

De meta-analyses hebben relevante informatie opgeleverd over de sterkte van de samenhang van de statische en dynamische risicofactoren met algemene recidive en geweldsrecidive. Toch zijn er enkele beperkingen. Ten eerste, de meta-analyses bevatten enkel gepubliceerde studies, wat mogelijk publicatiebias in de hand heeft gewerkt. Met andere woorden, er kan een vertekening in de resultaten zijn ontstaan omdat bijvoorbeeld studies met een kleine onderzoeksgroep of studies zonder significant resultaten minder snel worden gepubliceerd (Rothstein, Sutton, & Borenstein, 2005).

In een meta-analyse over risicodomeinen bij een jeugdige forensische populatie werd een *'trim and fill'*-methode uitgevoerd als correctie op de eventuele publicatie bias (Assink, Van der Put, Hoeve, De Vries, Stams, & Oort, 2015). Dit leverde hogere gemiddelde effect sizes op, ofwel een hogere correlatie tussen risicodomeinen en delinquent gedrag van de domeinen die reeds significant correleerde met delinquent gedrag. Domeinen die in eerste instantie geen significant verband hielden met crimineel gedrag bleven ook na de *'trim and fill'* methode niet significant. Op basis van de relatief lage correlaties in de huidige meta-analyse en de resultaten uit de meta-analyse van Assink en collega's (2015), is de verwachting dat bij het includeren van hypothetisch niet-gepubliceerde studies vooral relatief hoge correlaties zullen worden toegevoegd. Hierdoor wordt waarschijnlijk de samenhang tussen de risicofactoren en recidive sterker.

Een tweede beperking, tot slot, is dat de studies in de meta-analyses onvoldoende informatie bevatten over de beschrijving van de onderzoeksgroepen naar leeftijd, intelligentie en psychopathologie. Er kunnen daarom geen uitspraken worden gedaan over relevante risicofactoren in subgroepen op basis van deze kenmerken.

4 Data-analyse (RISc, RAF, LSI-r, SAPROF en LQoLP)

C. E. van der Put

4.1 Inleiding

In deze deelstudie wordt verslag gedaan van de analyses die zijn uitgevoerd op prospectieve datasets met risicotaxatiescores van verschillende ambulante risicotaxatie-instrumenten. Het doel van de analyses is kennis te verkrijgen over de risico- en beschermende factoren die het sterkst samenhangen met en voorspellend zijn voor algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive. De volgende onderzoeksvragen stonden centraal:

- Welke risicofactoren en beschermende factoren hangen het sterkst samen met algemene en geweldsrecidive?
- Zijn er verschillen in de risicofactoren die samenhangen met algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive?
- Leveren de data een subset van risico en beschermende factoren op waarmee onderscheid kan worden gemaakt tussen cliënten met een laag, matig of hoog recidiverisico?

4.2 Methode

4.2.1 Onderzoeksgroepen

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van scores van de RAF-GGZ, SAPROF, LSI-r, RISc en LQoLP (zie instrumenten voor een beschrijving). De data werden aangeleverd door de Waag, de Reclassering en de Pompestichting. Hieronder volgt een beschrijving van de verschillende onderzoeksgroepen.


Onderzoeksgroep RISc. De onderzoeksgroep bestond uit 8.665 cliënten met een gemiddelde leeftijd van 33.9 jaar ($SD=11.93$; Range 18-86 jaar) die onder begeleiding waren bij de reclassering in de periode januari 2009 tot en met december 2010. De groep bestond voor 90.6% uit mannen ($n=7.834$) en voor 9.4% uit vrouwen ($n=816$). Van de totale groep was 72.5% in Nederland geboren.

Onderzoeksgroep RAF GGZ en SAPROF. De onderzoeksgroep bestond uit 5.145 cliënten met een gemiddelde leeftijd van 34.2 jaar ($SD 11.6$; Range 18 – 79 jaar) die in de periode juni 2008 tot en met december 2012 ambulant werden behandeld bij de Waag. Tien procent was vrouw ($n=528$) en 89.7% man ($n=4.617$). Driekwart van de cliënten was geboren in Nederland. Van de totale groep werd 53.3% behandeld in een verplicht kader en 46.7% was vrijwillig in behandeling.

Onderzoeksgroep LSI-r en LQoLP. De onderzoeksgroep bestond uit 135 cliënten in behandeling bij Kairos, de Waag, de Tender en het DOK in de periode oktober 2003 tot mei 2005. De gemiddelde leeftijd was 37.5 jaar. De groep bestond alleen uit mannen.

4.2.2 Instrumenten

RISc. De Recidive Inschattings Schalen (RISc) is in 2002-2003 ontwikkeld door Adviesbureau van Montfoort in opdracht van de drie reclasseringsorganisaties (2004). De RISc is opgebouwd uit drie niveaus: 1) basisdiagnostiek, 2) verdiepingsdiagnostiek en 3) indicatiestelling. Voor dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van gegevens verzameld ten behoeve van de basisdiagnostiek die voor alle delinquenten wordt gescoord. De basisdiagnostiek omvat een inventarisatie (op basis van schriftelijk materiaal en een gesprek met de delinquent) van problemen op 12 leefgebieden en een aanvullende schaal: 1. Delictgeschiedenis, 2. Huidig delict, 3. Huisvesting en wonen, 4. Opleiding werk en leren, 5. Inkomen en omgaan met geld, 6. Relaties met partner/gezin, 7. Relaties met vrienden, 8. Drugsgebruik, 9. Alcoholgebruik, 10. Emotioneel welzijn, 11. Denkpatronen, gedrag en vaardigheden, 12. Houding en 13. Aanvullende informatie. De betrouwbaarheid van de RISc blijkt goed en de predictieve validiteit blijkt acceptabel wat betreft de voorspelling van algemene recidive (Van der Knaap & Alberda, 2009).



RAF GGZ. Het Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ (RAF GGZ volwassenen) is een gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument waarmee op gestandaardiseerde wijze het recidiverisico wordt ingeschat bij volwassen delinquenten vanaf 18 jaar die zijn geïndiceerd voor ambulante forensische behandeling (Van Horn, Wilpert, Scholing, & Mulder, 2008). Het is een generiek instrument dat kan worden afgenomen ongeacht het type indexdelict. Het instrument bestaat uit 79 risicofactoren verdeeld over de volgende 12 domeinen: 1. Eerdere en huidige delicten, 2. Opleiding/werk, 3. Financiën, 4. Woonomgeving, 5. Gezin/partner, 6. Sociaal netwerk, 7. Vrije tijd, 8. Middelen, 9. Emotioneel/persoonlijk, 10. Houding, 11. Risicomanagement en 12. Seksuele problematiek. De risicofactoren worden dichotoom (ja/nee) gescoord of op een 3-puntsschaal (0=niet aanwezig, 1=enigszins aanwezig, 2= aanwezig). De psychometrische kwaliteiten van de jeugd versie van de RAF GGZ bleken goed in termen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC=.78) en predictieve validiteit (AUC=.77. Van Horn, Wilpert, Bos, Eisenberg, & Mulder, 2009). In dit onderzoek werden de risicotaxaties gebruikt die bij de start van de behandeling werden verricht.

SAPROF. De *Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk* (SAPROF) is een risicotaxatie-instrument ontwikkeld om beschermende factoren gestructureerd in kaart te brengen in aanvulling op de inschatting van risicofactoren met instrumenten zoals de HCR-20 (V³), HKT-30 (R), RAF GGZ of Static en Stable (De Vogel, De Ruiter, Bouman, & De Vries Robbé, 2007; 2e editie 2012). De checklist komt voort uit de behoefte van behandelaars aan meer aandacht voor de sterke kanten van de patiënt/cliënt en zijn of haar omgeving. De psychometrische kwaliteiten van de SAPROF zijn goed beoordeeld voor gebruik in de klinische setting, met een gemiddelde interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van ICC=.77 en predictieve validiteit van AUC= .80 (De Vries-Robbé, De Vogel, & De Spa, 2011).

LSI-r. De *Level of Service Inventory-Revised* (LSI-r, Andrews & Bonta, 1995) is een instrument voor het inventariseren van de risico en behoefte-factoren van het RNR model bij volwassen delinquenten. Het bestaat uit 54 items verdeeld over de volgende 10 domeinen: 1. Crimineel verleden, 2. Opleiding/Werk, 3. Financiën, 4. Gezin/Huwelijk, 5. Huisvesting, 6. Ontspanning/Vrije tijd, 7. Vrienden en Kennissen, 8. Alcohol-/drugsproblemen, 9. Emotioneel/persoonlijk, 10. Houding en oriëntatie. De items worden dichotoom (ja/nee) gescoord of op een 4-puntsschaal variërend van 0=zeer onbevredigend tot 3=zeer bevredigend. De items worden per domein opgeteld, waarbij een ja-score en een 0 of 1 score als 1 punt wordt geteld. Vervolgens worden alle scores opgeteld met een range van 0-54. De LSI-r wordt gescoord op basis van dossiers en een interview met de cliënt.

De psychometrische eigenschappen zijn voldoende tot goed De gemiddelde predictieve validiteit van de LSI-r is $r = .36$ voor algemene recidive ($k > 33$) en $r = .25$ voor gewelddadige recidive ($k > 16$; Andrews, Bonta, & Wormith, 2006). Campbell, French en Gendreau (2007) rapporteerden $Z = .28$ (CI = .25 - .31; $k = 19$) voor gewelddadige recidive. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, zoals gerapporteerd door de auteurs zelf (Adrews & Bonta, 1995), varieerde van .80 - .95. Ander onderzoek laat een lagere ICC zien (bijv. Rocque & Plummer-Beale, 2014; ICC -totaal score = .65).

LQoLP. De (uitgebreide) Nederlandstalige versie van de *Lancashire Quality of Life Profile* (LQoLP) meet objectieve en subjectieve indicatoren van kwaliteit van leven (Van Nieuwenhuizen, Schene, & Koeter, 1998). Met het gestructureerde interview worden zeven domeinen onderzocht: 1. Vrije tijd en sociale participatie, 2. Religie, 3. Financiën, 4. Leef/woon omstandigheden, 5. Juridische status en veiligheid, 6. Familie en relaties en 7. Gezondheid. Verder bevat de Nederlandse versie van de LQoLP een vragenlijst over tevredenheid (happiness), negatief affect, levensdoelen en levensvervulling (Life Regard Index), naast enkele algemene maten voor kwaliteit van leven.

De psychometrische eigenschappen van de LQoLP zijn voldoende tot goed: de betrouwbaarheid van de lijst gemeten met Cronbach's alpha varieerde van .62 (Domein Veiligheid) tot .93 (totale KvL score); de test-hertestbetrouwbaarheid (ICC) varieerde van .67 (Domein Familie) tot .92 (totale KvL-score; Van

Nieuwenhuizen, Schene, Koeter, & Huxley, 2001).

Recidive. Recidive werd gedefinieerd als een nieuwe veroordeling (gedichotomiseerde variabele met 1 = recidive en 0 = geen recidive). De follow-up periode voor de RISC was 3,5 jaar, voor de RAF GGZ en de SAPROF 2 jaar (recidive tijdens en na behandeling) en voor de LSI-r en LQoLP data 3 jaar (recidive tijdens en na behandeling). Bij de RISC data werd onderscheid gemaakt in algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive. Bij de andere datasets was dat niet mogelijk vanwege het beperkte aantal seksuele recidivisten.

4.2.3 Analyses

Ten behoeve van de beantwoording van de onderzoeksvragen 1 en 2 werden punt-biseriële correlaties berekend voor recidive (algemene recidive, geweldsrecidive en/of seksuele recidive). Ten behoeve van de beantwoording van de derde onderzoeksvraag werden *Chi Square Automatic Interaction Detection* (CHAID)-analyses uitgevoerd op de RISC en RAF GGZ datasets. Vervolgens werd met *Area Under the receiver operating Curve* (AUC)-analyses de predictieve validiteit berekend van de CHAID-indelingen op basis van de RISC en de RAF GGZ en van de klinische inschatting van het recidiverisico op basis van de RAF GGZ. Deze AUC-waarde werd berekend om een vergelijkingsbasis te hebben waartegen de AUC-waarde van de CHAID-indelingen kan worden afgezet.

4.3 Resultaten

4.3.1 Samenhang risicofactoren met algemene recidive

In Tabel 10 worden de correlaties weergegeven tussen de risicofactoren uit de instrumenten RISC, RAF-GGZ, en LSI-r en algemene recidive. Het algemene recidivepercentage was 56% voor de RISC (3,5 jaar follow-up), 19% voor de RAF-GGZ (2 jaar follow-up) en 29% voor de LSI-r (3 jaar follow-up).

Voor de interpretatie van de sterkte van de gevonden correlaties tussen de RISC en algemene recidive werden de 50% base rate richtlijnen gebruikt, en voor de interpretatie van de correlaties tussen de RAF GGZ en LSI-r met algemene recidive werden de 25% base rate richtlijnen gebruikt. Correlaties met eenzelfde coëfficiënt leveren in grote databestanden sneller een significante correlatie dan in kleine databestanden. Een correlatie van .07 bijvoorbeeld is bij de RISC en RAF GGZ wel significant gecorreleerd met algemene recidive, terwijl dat bij de LSI-r niet zo is.

Risc (50% base rate richtlijnen)

In totaal waren 13 RISC-items matig significant gerelateerd aan algemene recidive. Het betroffen 9 statische en vier dynamische risicofactoren. De meeste statische risicofactoren hadden te maken met de criminele voorgeschiedenis (7). De overige statische risicofactoren hebben betrekking op de domeinen Opleiding/werk (1) en Middelengebruik (1). Twee van de vier dynamische risicofactoren hebben betrekking op ernst en frequentie van het drugsgebruik, de andere twee gaan over omgang met delinquente vrienden en een afwijzende houding ten aanzien van de maatschappij.

Op vijf items na, die niet significant correleerden met recidive, had de rest van de items een zwak verband met recidive. De significante statische risicofactoren werden gevonden op de domeinen: Opleiding/werk (3), Familie/partner (2), Middelengebruik (1) en Psychische problematiek (2). De 38 dynamische items die zwak gecorreleerd waren aan recidive waren verdeeld over de domeinen Wonen (3), Opleiding/werk (4), Financieel beheer (4), Familie/gezin (1), Vrienden (3), Middelen (8), Emotioneel welzijn (3), Gedrag en Vaardigheden (8) en Houding (2).

RAF GGZ (25% base rate richtlijnen)

Vergeleken met de RISC-items, was de samenhang van de RAF GGZ-items met algemene recidive zwakker. In totaal waren 29 items zwak significant gecorreleerd aan algemene recidive. Van deze risicofactoren

waren 17 statische risicofactoren. De meeste van deze factoren vielen in het: Criminele voorgeschiedenis (9). De andere risicofactoren waren verdeeld over de domeinen: Opleiding/werk (4), Familie/partner (1), Middelennisbruik (2) en Psychische problemen (1).

De 19 dynamische risicofactoren met een zwak significante relatie met recidive vielen in de domeinen: Financieel beheer (2), Wonen (2), Delinquente vrienden (1), Middelengebruik (4), Emotioneel welzijn (1), Gedrag en vaardigheden (4) en Houding (4).

LSI-r (25% base rate richtlijnen)

Van de LSI-r items hadden 12 een matig significant verband met algemene recidive. Van deze items waren zes statisch, waarvan vier betrekking hebben op de het domein Criminele voorgeschiedenis, een Opleiding/werk en één Middelengebruik.

Van de acht dynamische risicofactoren met een matig tot sterk verband met recidive hadden vijf betrekking op de aanwezigheid van psychopathologie (overwegend trekken van een cluster B persoonlijkheidsstoornis, vooral het hebben van trekken van een antisociale persoonlijkheidsstoornis). De overige risicofactoren met een matig verband met algemene recidive kwamen voor in de domeinen: Vrienden (1), Middelengebruik (1) en Houding (1).

Van de vijf dynamische risicofactoren met een zwakke samenhang met recidive hadden drie betrekking op de aanwezigheid van psychopathologie (impulscontrole stoornis, trekken van narcistische persoonlijkheidsstoornis en cluster C). Opvallend is dat de aanwezigheid van trekken van een cluster C persoonlijkheidsstoornis (vooral trekken van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis) negatief gerelateerd was aan recidive. Overige dynamische risicofactoren met een zwakke samenhang met recidive hadden betrekking op de domeinen: Wonen (1) en Financiën (1). De enige statische risicofactor met een zwakke relatie met algemene recidive betrof een factor in het domein Middelengebruik.

Samengevat hebben alle domeinen die in Tabel 10 zijn opgenomen een of meerdere statische en/of dynamische risicofactoren die zwak of matig samenhangen met algemene recidive. De domeinen met, in één van de drie datasets, items die een sterke of matige samenhang met recidive hadden, zijn: Criminele voorgeschiedenis, Opleiding/werk, Criminele vrienden, Middelengebruik, Houding en Trekken van antisociale persoonlijkheidsstoornis. De domeinen waar de minste empirische evidentie voor werd gevonden waren: Vrijtijdsbesteding en Familie/partner.

Tabel 10. Samenhang risicofactoren RISc, RAF-GGZ, LSI-r met algemene recidive

	RISc (n=8.665)	RAF GGZ (n=5.145)	LSI-r (n=135)
Criminele voorgeschiedenis (statisch)			
Leeftijd eerste politiecontact (hoe jonger, hoe hoger kans op recidive)	.32	.15	-
Leeftijd eerste veroordeling (hoe jonger, hoe hoger kans op recidive)	.24	.15	-
Jonge leeftijd eerste uitgang antisociaal gedrag (hoe jonger, hoe hoger de kans op recidive)	-	.15	-
Aantal eerdere veroordelingen jeugdstrafrecht (RISc/RAF)/Arrestaties voor 16 jaar (LSI-r)	.27	.17	.24
Aantal eerdere veroordelingen vanaf 18 jaar	.29	.17	-
Officiële aangiften	-	.10	-
Niet officieel geregistreerde delicten	-	.09	-
Totaal aantal eerdere veroordelingen	-	-	.24
Twee of meer eerdere veroordelingen (ja/nee)	-	-	.31
Drie of meer eerdere veroordelingen (ja/nee)	-	-	.25
Niet nakomen voorwaarden	.27	.13	-
Veroordelingen inbraak (inclusief huidige veroordeling)	.26	-	-
Diverse delicten en/of zwaar delict in geschiedenis	.33	-	-
Ooit gevangen gezeten	-	.19	.04 ^{ns}
Ooit ontsnapt of proberen te ontsnappen uit een instelling	-	-	.20 ^{ns}
Aantal keer bestraft voor wangedrag in een instelling	-	-	.21 ^{ns}
Officiële aangifte(n) wegens (dreiging met) geweld	-	-	.12 ^{ns}

Tabel 10. Samenhang risicofactoren RISC, RAF-GGZ, LSI-r met algemene recidive (vervolg)

	RISC (n=8.665)	RAF GGZ (n=5.145)	LSI-r (n=135)
Huisvesting en wonen			
Statisch			
Drie of meer keer verhuisd in afgelopen jaar	-	-	.08 ^{ns}
Dynamisch			
Tijdelijke of geen vaste verblijfplaats	.16	.06	-
Geen vaste woning of ongeschikte woning (slooppand/kraakpand/overvol)/huidige woonsituatie onbevredigend	.15	-	.12
Ongunstige woonomgeving (criminele buurt/dichtbij evt. slachtoffers)	.15	.08	-
Opleiding, werk en leren			
Statisch			
Verstandelijke beperking (gediagnosticeerd of vermoedens)	.10	.04	-
Opleidingsniveau en behaalde diploma's (geen diploma, ongeschoold)	.14	.11	-
Schoolbezoek (spijbelgedrag/schorsingen)	.22	.16	.23
Nooit gewerkt/vaak werkloos	.25	.07	.07 ^{ns}
Nooit een vol jaar aan het werk geweest	-	-	.13
Dynamisch			
Belemmeringen scholing/werk (leerproblemen/beperkte mogelijkheden, ongemotiveerd)	.19	-	-
Huidige werksituatie (werkloos)	.21	-	.01 ^{ns}
Vaardigheden t.a.v. opleiding, werk en leren (geen beroepsvaardigheden/ leerproblemen)	.22	-	-
Houding t.o.v. opleiding, werk en leren (ziet opleiding en werk als zinloos)	.20	-	-
Vrijtijdsbesteding			
Dynamisch			
Individuele tijdsbesteding	-	.04	-
Contextuele vrijtijdsbesteding	-	.03	-
Inkomen en omgaan met geld			
Dynamisch			
Geen inkomen, schuldsanering, illegale activiteiten	.11	-	-
Geen stabiele bron van inkomsten/onvoldoende inkomsten voor uitgavenpatroon	.18	.07	-
Ernstige beperkingen in het budget (schulden)/financiële problemen	.14	.13	.18
Verslavingsgedrag waardoor onvoldoende geld beschikbaar (gokken, koopziekte, drugs)	.21	-	-
Relaties met partner, gezin en familie			
Statisch			
Ervaring met hechte (partner) relaties (destructieve relaties)	.08	-	-
Familie of gezinslid heeft een justitieel dossier	.15	.07	.07 ^{ns}
Dynamisch			
Huidige relaties (destructieve relaties of ongewenst geen relaties): RAF/LSI-r partner/ouders/familie	.06	.01/0.2/.01 ^{ns}	.06/.01/.03 ^{ns}
Huiselijk geweld	.01 ^{ns}	-	-
Relaties met vrienden en kennissen			
Vooraf verkeerde, criminele vrienden/ enige vrienden met crimineel verleden	.26	.19	.29
Laat zich negatief beïnvloeden door vrienden/kennissen	.23	-	-
Manipuleert en gebruikt vrienden/kennissen	.20	-	-
Zoekt sensatie, opwinding en houdt van risico's	.23	-	-
Sociaal geïsoleerd		.02 ^{ns}	.00 ^{ns}

Tabel 10. Samenhang risicofactoren RISC, RAF-GGZ, LSI-r met algemene recidive (vervolg)

	RISC (n=8.665)	RAF GGZ (n=5.145)	LSI-r (n=135)
Druggebruik			
Statisch			
Ooit drugs gebruikt(RISC)/drugsproblemen in het verleden (RAF/LSI)	.27	.17	.17
Dynamisch			
Soort drugs (zwaarte)	.27	-	-
Frequentie van gebruikt	.25	-	-
Drugs staan centraal in het leven (RISC) /momenteel drugsprobleem (RAF/LSI-r)	.21	.17	.09 ^{ns}
Delictgedrag is gerelateerd aan druggebruik	.18	.16	.05 ^{ns}
Er is een relatie tussen druggebruik en direct gevaar voor de cliënt zelf of anderen	.14	-	-
Motivatie om druggebruik aan te pakken	.19	-	-
Problemen op school/werk door drang/drugsgebruik	-	-	.26
Alcoholgebruik			
Statisch			
Overmatig alcoholgebruik in het verleden	.18	.12	.01 ^{ns}
Dynamisch			
Huidig gebruik is een probleem	.19	.12	.16 ^{ns}
Delictgedrag gerelateerd aan alcoholgebruik	.12	.16	-
Relatie tussen alcoholgebruik en gevaar voor cliënt zelf of anderen	.14	-	-
Motivatie om alcoholgebruik aan te pakken	.16	-	-
Emotioneel welzijn (dynamisch)			
Moeite zich staande te houden	.05	-	-
Psychische problemen (RISC)/indicaties uit psychologische diagnostiek (LSI-r)	.07	-	.10 ^{ns}
Zelfbeeld (zeer negatief zelfbeeld of zeer positief zelfbeeld)	.11	.06	-
Zelfdestructief gedrag	.00 ^{ns}	-	-
Denkpatronen, gedrag en vaardigheden (dynamisch)			
Sociale en interpersoonlijke vaardigheden	.15	-	-
Impulsiviteit	.22	.10	-
Dominant gedrag	.18	-	-
Zelfbeheersing	.19	.06	-
Probleembesef	.15	-	-
Probleem hantering	.20	.04	-
Doelgericht zijn, toekomst perspectief, ontbreken van realistische toekomstplannen (RAF)	.21	.08	-
Denktrant en leerbaarheid	.18	-	-
Houding (dynamisch)			
Pro-criminele houding (misdad loont, praat delict goed, goedkeuring van delicten in het algemeen)	.20	.08	-
Afwijzende houding t.o. de sanctie/niet meewerken (RISC/RAF) weinig begrip vonnis (LSI-r)	.17	.07	.08 ^{ns}
Afwijzende houding t.a.v. de samenleving (regels en wetten zijn onzin/extreme opvattingen)	.24	-	.21
Inzicht en houding tegenover zichzelf en delictgedrag (geen inzicht in eigen aandeel)	.12	.07	-
Veranderingsgezindheid (niet gemotiveerd tot verandering)	.16	.06	-

Tabel 10. Samenhang risicofactoren RISC, RAF-GGZ, LSI-r met algemene recidive (vervolg)

	RISC (n=8.665)	RAF GGZ (n=5.145)	LSI-r (n=135)
Achtergrondgegevens (Psychiatrische problematiek)			
Statisch			
Jeugdervaringen (moeilijk jeugd, verschillende verzorgers etc.)	.12	-	-
Bijzondere omstandigheden in het verleden (gedrags- of psychiatrische problemen)	.13	.09	-
Dynamisch			
As 1 agressie regulatie	-	-	.00 ^{ns}
As 1 Impuls controle	-	-	.18
As 1 middelen misbruik	-	-	.15 ^{ns}
As 1 Seksuele	-	-	-.21
As 1 anders	-	-	-.13 ^{ns}
As2 stoornis aanwezig	-	-	-.01 ^{ns}
As2 trek anti sociaal	-	-	.34
As2 trek borderline	-	-	.25
As2 trek narcistisch	-	-	.17
As2 trek afhankelijk	-	-	.03 ^{ns}
As2 trek vermijdend	-	-	-.27
As2 trek passief-agressief	-	-	.12 ^{ns}
As2 trek theatraal	-	-	-.14 ^{ns}
As2 trek schizoïde	-	-	.02 ^{ns}
As 2 trek paranoïde	-	-	-.06 ^{ns}
As 2 trek obsessief compulsief	-	-	-.10 ^{ns}
Totaal cluster B trekken	-	-	.32
Totaal cluster C trekken	-	-	-.17
Totaal cluster A trekken	-	-	-.04 ^{ns}

4.3.2 Samenhang beschermende factoren met algemene recidive

In Tabel 11 worden de correlaties weergegeven tussen de beschermende factoren uit de SAPROF en LQoLP en algemene recidive. Algemene recidive was 19% voor de SAPROF (2 jaar follow-up) en 29% voor de LQoLP (3 jaar follow-up). Voor de interpretatie van de sterkte van de gevonden correlaties van de SAPROF en LQoLP met algemene recidive werden de 25% base rate richtlijnen gebruikt.

SAPROF (25% base rate richtlijnen)

Van de 17 SAPROF-items hadden vier een zwak significant verband met algemene recidive: Intelligentie ($r=-.10$), Financiën ($r=-.12$), Houding tegenover autoriteit ($r=-.14$) en Empathisch vermogen ($r=-.11$).

LQoLP (25% base rate richtlijnen)

Van de 27 LQoLP-items was één item matig significant gecorreleerd met algemene recidive: Tevredenheid hoogte inkomen ($r=-.25$). Drie items hingen zwak significant samen met recidive: Tevredenheid dag invulling ($r=-.17$), Tevredenheid met hoeveelheid plezier van dingen buitenshuis doen ($r=-.19$) en Tevredenheid frequentie van bezoek dokter of andere hulpverlener ($r=-.18$).

Samengevat wijst Tabel 11 uit dat de meeste protectieve factoren beduidend zwakker samenhangen met algemene recidive dan de risicofactoren. Bij de meeste protectieve factoren is er sprake van een correlatie die lager ligt dan de ondergrens van een zwak verband ($r=.086$ bij een base rate van 25%). Het domein met significante correlaties van minimaal zwak niveau in beide datasets is het domein Opleiding/werk. De significante protectieve factoren lijken over het algemeen het tegenovergestelde van de risicofactoren, bijvoorbeeld Financieel beheer en Houding tegenover autoriteit.


Tabel 11. Samenhang beschermende factoren SAPROF, LQoLP en algemene recidive

Beschermende factoren	SAPROF (n=5.145)	LQoLP (n=135)
Werk/opleiding		
Intelligentie	-.10	-
Werk (SAPROF)/momenteel betaalde baan (LQoLP)	-.07	-.08 ^{ns}
Het hebben van dagelijks gestructureerde activiteiten	-	-.05 ^{ns}
Tevredenheid dag invulling	-	-.17
Tevredenheid hoogte inkomen	-	-.25
Vrije tijd		
Vrije tijd / het hebben	-.07	-
Tevredenheid met hoeveelheid plezier van dingen thuis doen	-	-.16 ^{ns}
Tevredenheid met hoeveelheid plezier van dingen buitenshuis doen	-	-.19
Financiën		
Financieel beheer	-.12	-
Tevredenheid met financiële situatie	-	-.12 ^{ns}
Tevredenheid met hoeveel geld kan worden uitgegeven aan vermaak	-	-.06 ^{ns}
Relaties		
Hechte band in kindertijd	-.04 ^{ns}	-
Netwerk	-.08	-
Intieme relatie (RAF)/ Momenteel vaste relatie (LQoLP)	-.05	-.03 ^{ns}
Tevredenheid familie in het algemeen	-	.09 ^{ns}
Tevredenheid met hoeveelheid contact met familie	-	-.02 ^{ns}
Tevredenheid manier van omgang met familie	-	-.04 ^{ns}
Tevredenheid met interesse van familie	-	.02 ^{ns}
Tevredenheid mate van acceptatie door familie	-	.01 ^{ns}
Tevredenheid steun of hulp van familie	-	.07 ^{ns}
Tevredenheid over hoe kunnen opschieten met andere mensen	-	-.10 ^{ns}
Tevredenheid met het aantal vrienden	-	-.02 ^{ns}
Tevredenheid met seksuele leven	-	-.05 ^{ns}
Woonsituatie		
Woonsituatie	-.02 ^{ns}	-
Tevreden met woonomstandigheden	-	-.11 ^{ns}
Tevreden met mate van zelfstandigheid	-	-.14 ^{ns}
Gezondheid		
Medicatie / Tevredenheid medicijngebruik (LQoLP)	-.04 ^{ns}	-.11 ^{ns}
Tevredenheid algehele gezondheidstoestand	-	-.13 ^{ns}
Tevredenheid frequentie van bezoek dokter of andere hulpverlener	-	-.18
Tevredenheid psychisch gezondheid	-	-.15 ^{ns}
Overig		
Motivatie voor behandeling	-.08	-
Houding tegenover autoriteit	-.14	-
Levensdoelen	-.07	-
Heeft een geloof	-	.07 ^{ns}
Empathisch vermogen	-.11	-
Coping	-.05	-
Zelfcontrole	-.08	-
Hulpverlening	-.03	-
Toezicht	-.05	-
Algemene tevredenheid leven in het geheel op dit moment (beginvraag / laatste vraag)	-	-.00 ^{ns} / -.09 ^{ns}
Gelukkig	-	-.1 ^{ns}

4.3.3 Verschillen in risicofactoren voor algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive

In deze paragraaf ligt de focus vooral op de verschillen in risicofactoren voor algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive.

Tabel 12 geeft voor de RISc-items de sterkte van de samenhang weer tussen de risicofactoren in de schalen en algemene recidive ($n_{\text{recidive}}=4.224$; 48.7%), geweldsrecidive ($n_{\text{recidive}}=1.655$; 19.1%) en seksuele recidive ($n_{\text{recidive}}=164$; 1.9%). Schaal 2 is buiten beschouwing gelaten omdat deze schaal geen risicofactoren bevat, maar een delictbespreking betreft.



Voor de interpretatie van de sterkte van de gevonden correlaties tussen de RISC en algemene recidive werden de 50% base rate richtlijnen gebruikt. Voor de interpretatie van de correlaties met geweldsrecidive werden de 25% base rate richtlijnen gebruikt. De base rate voor seksuele recidive ligt te laag om het te vertalen naar de sterkte van de samenhang met recidive.

In Tabel 10 werd reeds de correlatie tussen RISC-items en algemene recidive belicht. In onderstaande zal daarom de focus liggen op verschillen in de samenhang van de factoren met algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive.

Uit Tabel 12 blijkt dat de sterkte van de samenhang tussen de risicofactoren en recidive over het algemeen hoger is voor algemene recidive dan voor geweldsrecidive. Daar waar matig significante correlaties werden gevonden voor algemene recidive, waren deze voor geweldsrecidive zwak. Dat gold voor de items in het domein Criminele voorgeschiedenis en één of meerdere items in de domeinen Opleiding/werk, Relaties met vrienden, Drugsgebruik en Houding. Voor seksuele recidive geldt dat de meeste correlaties lager zijn dan de ondergrens voor een zwak verband.

Tabel 12. Samenhang risicofactoren RISC met algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive (n=8.665)

		Algemeen	Geweld	Zeden
Schaal 1. Criminele voorgeschiedenis				
1.3	Leeftijd eerste politiecontact (hoe jonger, hoe hoger kans op recidive)	.32	.18	.04
1.4	Leeftijd eerste veroordeling (hoe jonger, hoe hoger kans op recidive)	.24	.14	.03
1.5	Aantal eerdere veroordelingen jeugdstrafrecht	.27	.18	.07
1.6	Aantal eerdere veroordelingen vanaf 18 jaar	.29	.15	-.01 ^{ns}
1.7	Niet nakomen voorwaarden	.27	.16	.03
1.8	Veroordelingen inbraak (inclusief huidige veroordeling)	.26	.12	.00 ^{ns}
1.9	Diverse delicten en/of zwaar delict in geschiedenis	.33	.21	.04
Schaal 3. Huisvesting en wonen				
3.1	Huisvestingsgeschiedenis	.19	.10	-.00 ^{ns}
3.2	Huidige (verwachte/toekomstige) woonsituatie (tijdelijke/geen vaste verblijfplaats)	.16	.09	.00 ^{ns}
3.3	Geschiktheid en duurzaamheid van de woning (geen vaste/ongeschikte woning (slooppand/kraakpand/overvol))	.15	.09	.01 ^{ns}
3.4	Woonomgeving (criminele buurt/dichtbij evt. slachtoffers)	.15	.09	.03
Schaal 4. Opleiding, werk en leren				
4.1	Opleidingsniveau en behaalde diploma's (geen diploma, ongeschoold)	.14	.10	-.01 ^{ns}
4.2	Schoolbezoek (spijbelgedrag)	.22	.14	.02 ^{ns}
4.3	Belemmeringen scholing/werk (leerproblemen/beperkte mogelijkheden, ongemotiveerd)	.19	.15	.03
4.4	Werkervaring en werkverleden (vaak wisselen van baan/nooit gewerkt)	.25	.16	.03
4.5	Huidige werksituatie (werkloos)	.21	.14	.03
4.6	Vaardigheden t.a.v. opleiding, werk en leren (geen beroepsvaardigheden/leerproblemen)	.22	.15	.03
4.7	Houding t.o.v. opleiding, werk en leren (ziet opleiding en werk als zinloos)	.20	.14	.02 ^{ns}
Schaal 5. Inkomen en omgaan met geld				
5.1	Geen inkomen, schuldsanering, illegale activiteiten	.11	.05	.02 ^{ns}
5.2	Geen stabiele bron van inkomsten/onvoldoende inkomsten voor uitgavenpatroon	.18	.10	-.00 ^{ns}
5.3	Ernstige beperkingen in het budget (schulden)	.14	.08	-.02 ^{ns}
5.4	Verslavingsgedrag waardoor onvoldoende geld beschikbaar (gokken, koopziekte, drugs)	.21	.12	.00 ^{ns}
Schaal 6. Relaties met partner, gezin en familie				
6.1	Jeugdervaringen (moeilijk jeugd, verschillende verzorgers etc.)	.12	.10	.02 ^{ns}
6.2	Ervaring met hechte (partner) relaties (destructieve relaties)	.08	.08	-.01 ^{ns}
6.3	Huidige partner, familie en gezinsrelaties (destructieve relaties of ongewenst geen relaties)	.06	.10	-.01 ^{ns}
6.4	Familie of gezinslid heeft een justitieel dossier	.15	.10	.03
6.5	Huiselijk geweld	.01 ^{ns}	.08	-.03
Schaal 7. Relaties met vrienden en kennissen				
7.1	Vooraf verkeerde, criminele vrienden/ enige vrienden met crimineel verleden	.26	.14	.04
7.2	Laat zich negatief beïnvloeden door vrienden/kennissen	.23	.11	.04
7.3	Manipuleert en gebruikt vrienden/kennissen	.20	.12	.02 ^{ns}
7.4	Zoekt sensatie, opwinding en houdt van risico's	.23	.12	.04
Schaal 8. Druggebruik				
8.1a	Soort drugs (zwaarte)	.27	.16	.00 ^{ns}
8.1b	Frequentie van gebruik	.25	.15	.01 ^{ns}
8.2	Drugs staan centraal in het leven van de cliënt	.21	.13	-.00 ^{ns}
8.3	Delictgedrag is gerelateerd aan druggebruik	.18	.08	.01 ^{ns}
8.4	Er is een relatie tussen druggebruik en direct gevaar voor de cliënt zelf of anderen	.14	.10	-.00 ^{ns}
8.5	Motivatie om druggebruik aan te pakken	.19	.14	.00 ^{ns}

Tabel 12. Samenhang risicofactoren RISc met algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive (n=8.665) (vervolg)

		Algemeen	Geweld	Zeden
Schaal 9. Alcoholgebruik				
9.1	Overmatig alcoholgebruik in het verleden	.18	.13	-.00 ^{ns}
9.2	Huidig gebruik is een probleem	.19	.15	.01 ^{ns}
9.3	Delictgedrag gerelateerd aan alcoholgebruik	.12	.12	-.01 ^{ns}
9.4	Relatie tussen alcoholgebruik en gevaar voor jongere zelf of ander	.14	.13	-.01 ^{ns}
9.5	Motivatie om alcoholgebruik aan te pakken	.16	.13	.02 ^{ns}
Schaal 10. Emotioneel welzijn				
10.1	Moeite zich staande te houden	.05	.06	-.01 ^{ns}
10.2	Psychische problemen	.07	.08	.03
10.3	Zelfbeeld (zeer negatief zelfbeeld of zeer positief zelfbeeld)	.11	.10	.02
10.4	Zelfdestructief gedrag	.00 ^{ns}	.01 ^{ns}	-.02 ^{ns}
10.5	Bijzondere omstandigheden in het verleden (gedrags- of psychiatrische problemen)	.11	.11	.03
Schaal 11. Denkpatronen, gedrag en vaardigheden				
11.1	Sociale en interpersoonlijke vaardigheden	.15	.14	.03
11.2	Impulsiviteit	.22	.17	.05
11.3	Dominant gedrag	.18	.18	.02
11.4	Zelfbeheersing	.19	.22	.02
11.5	Probleembesef	.15	.12	.03
11.6	Probleem hantering	.20	.15	.05
11.7	Doelgericht zijn, toekomst perspectief	.21	.13	.04
11.8	Denktrant en leerbaarheid	.18	.14	.04
Schaal 12. Houding				
12.1	Pro-criminele houding (misdaad loont, praat delict goed)	.20	.15	.02
12.2	Afwijzende houding tegenover de sanctie (niet meewerken)	.17	.14	.02 ^{ns}
12.3	Afwijzende houding t.a.v. de samenleving (regels en wetten zijn onzin/extreme opvattingen)	.24	.16	.03
12.4	Inzicht en houding tegenover zichzelf en delictgedrag (geen inzicht in eigen aandeel)	.12	.11	.03
12.5	Veranderingsgezindheid (niet gemotiveerd tot verandering)	.16	.12	.03

4.3.4 Risico-indeling op basis van CHAID-analyse op de RISc en de RAF dataset

Het doel van deze paragraaf is om te onderzoeken of op basis van de RISc en de RAF GGZ data een subset van risico- en beschermende factoren te vinden is waarmee onderscheid kan worden gemaakt tussen cliënten met een laag, matig of hoog recidiverisico.

Op beide instrumenten werden twee analyses uitgevoerd: a) een CHAID-analyse op de (somscores van) items die het sterkst samenhangen met algemene recidive en b) een AUC-analyse met de uitkomsten van de CHAID-analyse als input. Eerst worden de resultaten beschreven voor de RISc, daarna voor de RAF GGZ. De correlaties in Tabel 10 werden gebruikt om een selectie te maken van de sterkst met algemene recidive samenhangende risicofactoren.

Risico-indeling op basis van CHAID-analyse op de RISc dataset

In Tabel 13 worden de individuele RISc items weergegeven die zijn meegenomen als input voor de CHAID-analyse. In de CHAID-analyse werden dus zowel individuele RISc-items meegenomen als een aantal op diverse manieren berekende somscores van deze items. Dit werd gedaan om toekomstige recidive zo goed mogelijk te voorspellen. In diverse eerdere studies is deze wijze van het opbouwen van een CHAID-analyse toegepast omdat dit leidt tot meer robuuste resultaten dan een CHAID-analyse op alleen individuele items (zie bijvoorbeeld Van der Put, Assink, & Stams, 2016; Van der Put, Hermanns, Van Rijn-van Gelderen, & Sondejker, 2016).

De somscores werden op de volgende manieren berekend:

- een totaalscore door de scores van alle items uit Tabel 13 bij elkaar op te tellen (elk item heeft een score 0, 1 of 2, waarbij 0 betekent dat de risicofactor niet aanwezig is, 1 betekent dat de risicofactor

enigszins aanwezig is en 2 betekent dat de risicofactoren aanwezig is). Deze score geeft het totaal aantal risicopunten weer (**Totaalscore**)

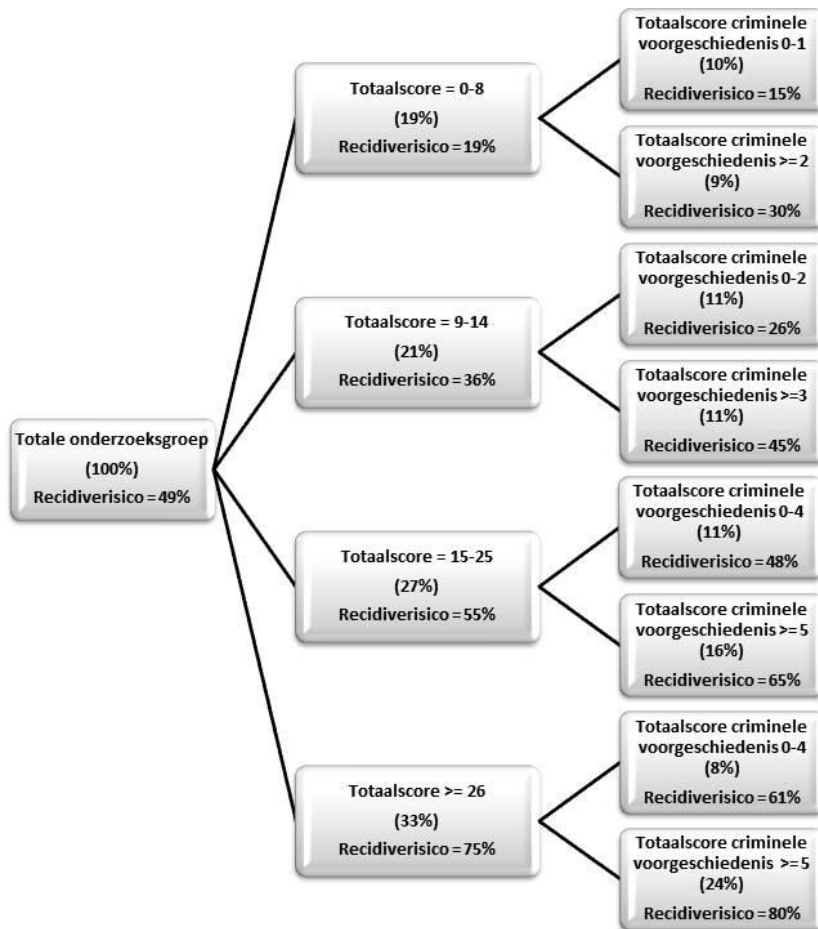
- totaalscore per domein, berekend door de scores van de items met de sterkste samenhang met recidive (zie Tabel 13) uit het betreffende domein bij elkaar op te tellen. Deze scores geven het totaal aantal risicopunten per domein weer (**Totaalscore per domein**).
- een score die aangeeft in hoeveel verschillende domeinen er problemen zijn. Deze score heeft de waarde 0 als er in geen van de domeinen problemen zijn, de waarde 1 als er in één domein problemen zijn, de waarde 2 als er in twee domeinen problemen zijn etc. (**Aantal probleemdomeneinen**)

In Tabel 13 worden de correlaties weergegeven van de individuele RISC items en de totaalscores met algemene recidive.

Tabel 13. RISC-items die zijn meegenomen als input voor de CHAID analyse

Item	
Criminele voorgeschiedenis	
r=.32	Leeftijd eerste politiecontact
r=.27	Aantal eerdere veroordelingen jeugdstrafrecht
r=.29	Aantal eerdere veroordelingen vanaf 18 jaar
r=.27	Niet nakomen voorwaarden
r=.33	Diverse delicten en/of zwaar delict in geschiedenis
r=.40	Totaal score domein Criminele voorgeschiedenis
Opleiding, werk en leren	
r=.22	Schoolbezoek (spijbelen en/of schorsingen)
r=.25	Nooit gewerkt / vaak wisselen van baan
r=.21	Huidige werksituatie (werkloos / werk op onregelmatige basis)
r=.22	Geen/bepaalde beroepsvaardigheden en/of geen/gedeeltelijk afgeronde opleiding
r=.28	Totaal score domein Opleiding, werk en leren
Inkomen en omgaan met geld	
r=.18	Geen stabiele bron van inkomsten/onvoldoende inkomsten voor uitgavenpatroon
r=.21	Verslavingsgedrag waardoor onvoldoende geld beschikbaar (gokken, koopziekte, drugs)
r=.24	Totaal score domein Inkomen en omgaan met geld
Relaties met vrienden en kennissen	
r=.26	Vooraf verkeerde, criminele vrienden/ enige vrienden met crimineel verleden
r=.23	Laat zich negatief beïnvloeden door vrienden/kennissen
r=.23	Zoekt sensatie, opwinding en houdt van risico's
r=.29	Totaal score domein Relaties met vrienden en kennissen
Druggebruik	
r=.21	Frequentie van gebruik
r=.21	Drugs staan centraal in het leven van de cliënt
r=.25	Totaal score domein Druggebruik
Alcoholgebruik	
r=.18	Overmatig alcoholgebruik in het verleden
r=.19	Huidig gebruik is een probleem
r=.20	Totaal score domein Alcoholgebruik
Denkpatronen, gedrag en vaardigheden	
r=.22	Impulsiviteit
r=.19	Zelfbeheersing, lage frustratietolerantie, beperkte mogelijkheden oplossen conflicten
r=.20	Probleemhantering, legt verantwoordelijkheid buiten zichzelf
r=.21	Doelgericht zijn, toekomst perspectief
r=.28	Totaal score domein Denkpatronen, gedrag en vaardigheden
Houding	
r=.20	Procriminele houding (misdad loont, praat delict goed)
r=.24	Afwijzende houding t.a.v. de samenleving (regels en wetten zijn onzin/extreme opvattingen)
r=.24	Totaal score domein Houding
Overall somscores	
r=.31	Aantal probleemdomeneinen
r=.41	Totaal score (totaal aantal risicopunten)

Figuur 1 geeft de CHAID resultaten weer op basis van de RISc dataset. In de Figuur staat weergegeven de verdeling in totaalscores met tussen haakjes het percentage cliënten.



Figuur 1. CHAID-output RISc-items

Een CHAID-analyse bestaat uit een aantal stappen waarbij de onderzoeksgroep steeds wordt opgedeeld in een aantal subgroepen op basis van de sterkste voorspellers voor recidive. In de CHAID-analyse op de RISc-data was de sterkste voorspeller voor recidive de totaalscore (het totaal aantal risicopunten).

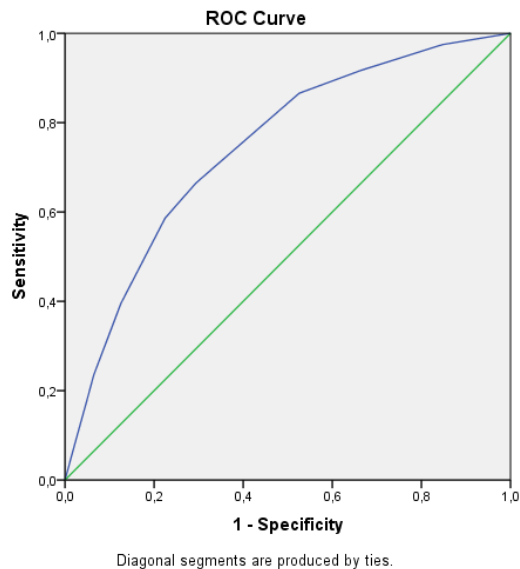
Op basis van deze totaalscore werden cliënten opgedeeld in vier subgroepen oplopend in recidiverisico. Hoe hoger de totaalscore, des te hoger het recidiverisico. In Figuur 1 is te zien dat de groep cliënten met een totaalscore tussen 0-8 een recidiverisico had van 19%. Dit recidiverisico loopt op tot 75% voor de groep met het hoogste aantal punten, namelijk 26 punten of meer.

In de tweede stap werden de vier subgroepen weer opgedeeld op basis van de dan sterkste voorspeller voor recidive, in dit geval de totaalscore op het domein Criminele voorgeschiedenis. Omdat het domein criminele voorgeschiedenis zo'n sterke voorspeller is voor recidive leidt de toevoeging van deze variabele tot een significante verbetering van de voorspelling. Het proces van opdelen in subgroepen op basis van individuele scores en somscores gaat door totdat er geen voorspellers meer zijn met een unieke en significante bijdrage aan de voorspelling. Er waren naast de twee genoemde somscore variabelen geen andere variabelen die een unieke bijdrage leverde aan de voorspelling voor recidive.

De CHAID-analyse resulteerde uiteindelijk in acht subgroepen die varieerden in recidiverisico van 15% tot 80%.

Predictieve validiteit risico-indeling RISc

Belangrijk was om te bepalen hoe hoog de predictieve validiteit was van de resultaten uit de CHAID-analyse. De ROC-curve staat weergegeven in Figuur 2 en de bijbehorende AUC-waarde is .75 (95% BI: .74 - .76). Deze AUC-waarde voldoet aan het criterium voor een sterke voorspelling voor algemene recidive.



Figuur 2. ROC Curve CHAID indeling RISc-items

Risico-indeling op basis van CHAID-analyse op de RAF GGZ dataset

In deze paragraaf worden de resultaten van de CHAID-analyse op RAF GGZ dataset beschreven. In Tabel 14 worden de RAF GGZ-items weergegeven die het sterkst samenhangen met algemene recidive. De correlaties in de RAF dataset waren lager dan in de RISc dataset en daarom zijn er minder individuele items meegenomen in de CHAID-analyse. Sommige domeinen bevatten slechts een of enkele risicofactoren en daarom zijn er geen totaalscores per domein berekend, met uitzondering van het domein Criminele voorgeschiedenis. Daarnaast is een totaalscore berekend door alle items uit Tabel 14 bij elkaar op te tellen.

Sterkste voorspellers voor recidive RAF GGZ data

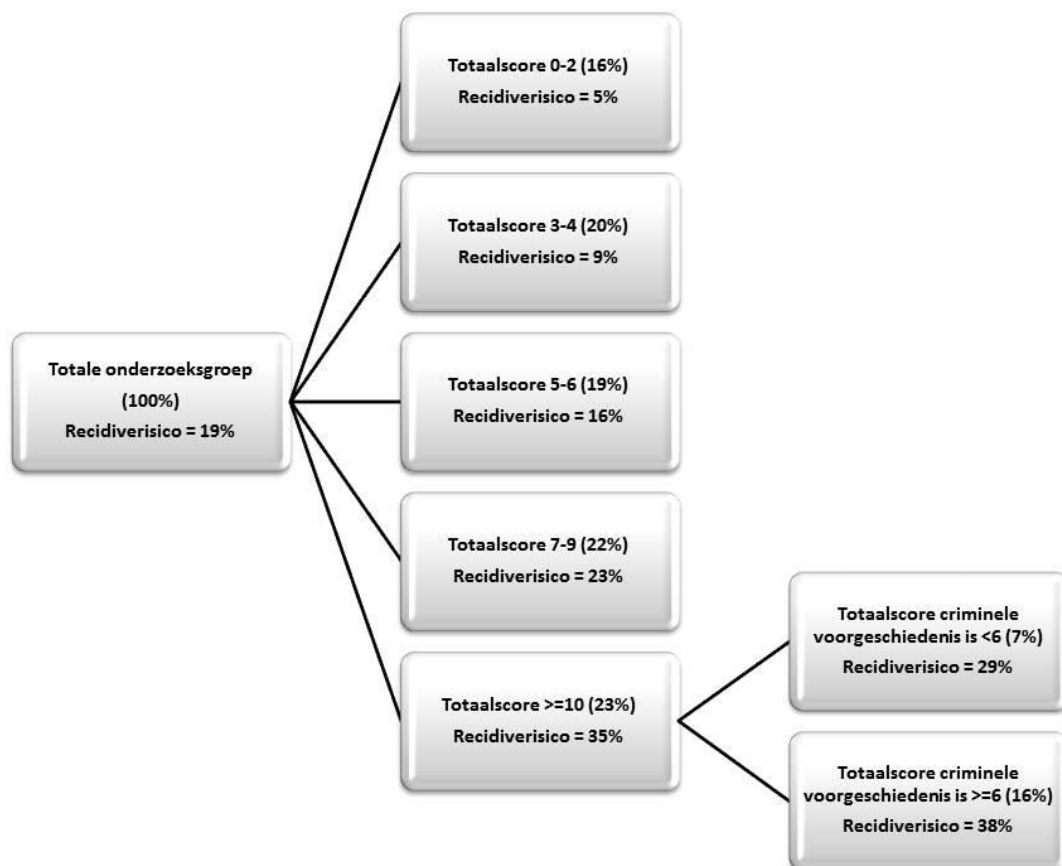
Tabel 14. RAF GGZ-items die zijn meegenomen als input voor de CHAID analyse

Item	
Criminele voorgeschiedenis	
r=.17	Veroordelingen
r=.10	Officiële aangiften
r=.09	Niet officieel geregistreerde delicten
r=.15	Jonge leeftijd eerste uiting antisociaal gedrag
r=.19	Ooit gevangen gezeten na veroordeling
r=.13	Schending van voorwaarden
r=.27	Totaal score domein Criminele voorgeschiedenis
Opleiding/werk	
r=.11	Opleiding voorgezet onderwijs niet afgerond
r=.16	Schoolbezoek (Ooit geschorst of van school gestuurd)
Financieel beheer	
r=.13	Schulden

Tabel 14. RAF GGZ-items die zijn meegenomen als input voor de CHAID analyse (vervolg)

Item	
Wonen	
r=.08	Criminaliteit woonomgeving
Sociaal netwerk	
r=.19	Criminele vrienden
Middelenproblematiek	
r=.12	Drankmisbruik/afhankelijkheid in het verleden
r=.17	Drugsmisbruik/afhankelijkheid in het verleden
r=.12	Drankmisbruik/afhankelijkheid afgelopen jaar
r=.17	Drugsmisbruik/afhankelijkheid afgelopen jaar
Persoonlijk/emotioneel functioneren	
r=.10	Impulsiviteit
Houding delictgedrag	
r=.08	Goedkeuring/vergoelijking van delicten in het algemeen
Hulpverlening	
r=.08	Ontbreken van realistische toekomstplannen
Overall somscores	
r=.29	Totaal score (Totaal aantal risicopunten)

Figuur 3 geeft de CHAID resultaten weer op basis van de RAF GGZ-dataset. De belangrijkste voorspellers zijn de totaalscore (het totaal aantal risicopunten) en de totaalscore op het domein Criminele voorgeschiedenis.



Figuur 3. CHAID-output RAF GGZ-items

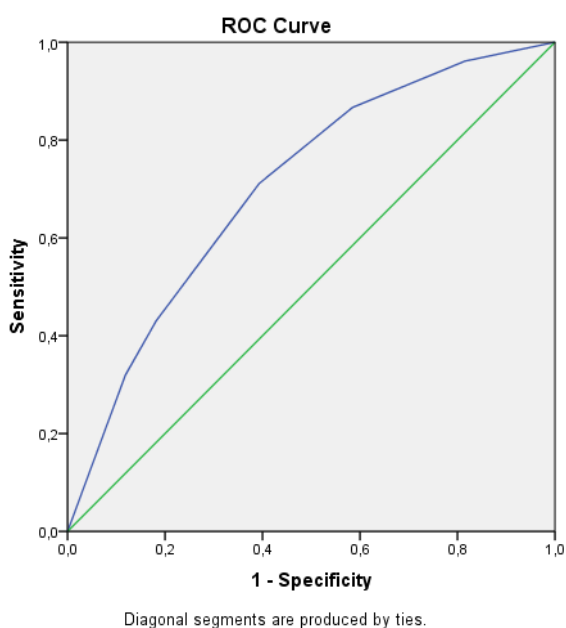
De figuur 3 laat zien dat, vergelijkbaar met de RISC, de totaalscore (het totaal aantal risicopunten) het sterkst samenhangt met algemene recidive. Op basis van de totaalscore werd de totale groep cliënten opgedeeld in vijf subgroepen. In de groep cliënten met een totaalscore van 0-2 is het recidiverisico 5%, terwijl in de groep cliënten met een totaalscore van 10 of meer het recidiverisico 35% is (het recidiverisico in de totale groep is 19%).

Als tweede stap werd alleen de groep met een totaalscore van 10 of meer verder opgedeeld op basis van de totaalscore op het domein Criminele voorgeschiedenis.

In totaal werden in de CHAID-analyse zes subgroepen onderscheiden die qua recidivepercentage varieerden van 5% tot 38%.

Predictieve validiteit risico-indeling CHAID RAF GGZ

Met een ROC-analyse werd de predictieve validiteit van de CHAID indeling op basis van de RAF GGZ-items onderzocht (zie Figuur 4)



Figuur 4. ROC Curve CHAID indeling RAF GGZ

De AUC waarde van de CHAID indeling is .71 (95% BI: .69 - .72) en daarmee voldoet de indeling aan het criterium voor een sterke voorspeller voor algemene recidive.

Predictieve validiteit inschatting van het recidiverisico op basis van het klinisch oordeel (RAF GGZ)

Onderzocht werd met een ROC-analyse hoe goed het ingeschatte recidiverisico door behandelaars feitelijke recidive voorspelt. In de RAF GGZ wordt gevraagd om voor elk type delict dat een cliënt heeft gepleegd in de voorgeschiedenis het recidiverisico in te schatten. Met andere woorden, als een cliënt in het verleden vermogensdelicten heeft gepleegd en geweldsdelicten wordt het recidiverisico ingeschat voor beide typen delicten. In de ROC-analyse werd het hoogste recidiverisico meegenomen als voorspeller voor algemene recidive.

Uit deze ROC-analyse bleek de AUC-waarde .54 (95% BI: .52-.56) en kan daarmee worden geïnterpreteerd als een zwakke voorspeller voor algemene recidive. Hetzelfde gold voor de inschatting van het recidiverisico met een specifiek delict (hetzelfde type delict als het indexdelict) waarbij een AUC-waarde werd gevonden van .60 (95% BI: .57 - .63)

4.4 Conclusie

Het doel van deze deelstudie was om inzicht te krijgen in de risicofactoren en beschermende factoren die het sterkst samenhangen met en het meest voorspellend zijn voor recidive in een ambulante forensische populatie.

Wat betreft de risicofactoren komen zes domeinen naar voren als zwak tot matig samenhangend met algemene recidive in minimaal twee van de drie geanalyseerde datasets (RISc, RAF GGZ, LSI-r): Criminele voorgeschiedenis, Opleiding en werk, Financieel beheer, Relaties met criminele vrienden, Alcohol/drugsgebruik en Antisociale houding. De sterkte van de samenhang tussen risicofactoren en recidive ligt doorgaans hoger voor algemene recidive dan voor geweldsrecidive. Daar waar matig significante correlaties werden gevonden voor algemene recidive, waren deze voor geweldsrecidive zwak. Dat gold voor de items in het domein Criminele voorgeschiedenis en één of meerdere items in de domeinen Opleiding/werk, Relaties met vrienden, Drugsgebruik en Houding. Voor seksuele recidive werden zeer lage correlaties gevonden met waarden die onder de grens liggen van een zwak verband.

Voor de protectieve factoren gold dat deze over het algemeen zwakker samenhangen met algemene recidive dan de risicofactoren. Bij de meeste protectieve factoren is er sprake van een correlatie die lager is dan de ondergrens van een zwak verband ($r = .086$ bij een base rate van 25%). Het enige domein met significante correlaties van minimaal zwak niveau is het domein Opleiding/werk.

Uit de CHAID analyses bleek dat recidive het beste wordt voorspeld door een somscore van items uit het domein Criminele voorgeschiedenis en een somscore van statische en dynamische items uit verschillende domeinen die de sterkste samenhang hebben met algemene recidive. Het gaat dus vooral om een cumulatie van de meest sterk met recidive samenhangende risicofactoren die het recidiverisico doet toenemen. Zowel op basis van de RAF GGZ-data als de RISc-data is een kernset van risicofactoren samen te stellen op basis waarvan een goede actuariële inschatting kan worden gemaakt van het recidiverisico. De CHAID analyses zijn uitgevoerd om te illustreren dat er met een subset van risicofactoren een goede inschatting kan worden gemaakt van het risico op recidive. Indien een dergelijke indeling daadwerkelijk in de praktijk wordt gebruikt, is het belangrijk om de selectie van de individuele items goed te verantwoorden. Hierbij zullen, naast de sterkte van de correlatie, ook inhoudelijke argumenten een rol kunnen spelen.

De resultaten van de analyses zijn grotendeels in overeenstemming met resultaten uit eerder internationaal onderzoek (zie ook Hoofdstuk 3 Meta-analyse) en geven zicht op de belangrijkste statische en dynamische risicofactoren voor de ambulante forensische populatie.

Een vergelijking van de AUC-waarden van de actuariële inschattingen op basis van de CHAID-analyses en de klinische inschattingen laat zien dat de AUC-waarden van de actuariële inschattingen een aanzienlijk betere voorspelling voor algemene recidive opleveren. Er is empirische evidentie binnen verschillende vakgebieden, zoals psychologie, orthopedagogiek en forensische psychiatrie, dat actuariële instrumenten beter presteren dan klinische instrumenten in het voorspellen van diverse uitkomsten (zie bijvoorbeeld Aegisdottir et al., 2006; Baird & Wagner, 2000; D'Andrade, Benton, & Austin, 2005; Dawes, Faust, & Meehl, 1989; Grove & Meehl, 1996; Grove, Zald, Lebow, Snitz, & Nelson, 2000; Hanson & Morton-Bourgon, 2009; Hilton, Harris, & Rice, 2006; Leschied, Chiodo, Whitehead, Hurley, & Marshall, 2003; Meehl, 1954, 1986).

5 Data-analyse (IFpBE)

S. Bogaerts & F.J.A.C. van den Hanenberg

5.1 Inleiding

In deze deelstudie wordt ingegaan op de relatie tussen risicofactoren en algemene recidive en geweldsrecidive na behandeling op basis van de IFpBE-dataset. Concreet werd onderzocht welke dynamische risicofactoren het sterkst samenhangen met algemene recidive en geweldsrecidive.

5.2 Methode

5.2.1 Onderzoeksgroep

In deze deelstudie werd gebruik gemaakt het IFpBE (zie instrumenten voor een beschrijving). Het IFpBE werd afgenomen bij de verschillende vestigingen van het DOK. De initiële onderzoeksgroep bestond uit 2.339 cliënten bij wie een IFpBE was afgenomen in verschillende locaties van het DOK (Tilburg, Breda, Rotterdam en Dordrecht). Om de samenhang te onderzoeken van de dynamische risico- en beschermende factoren met recidive werd een gestratificeerde steekproef (op time at risk en volledigheid van ingevulde IFpBE's) van 204 IFpBE's getrokken uit het totaal van 2.339 IFpBE's. Deze IFpBE's waren gescoord in de periode 29 mei 2012 tot en met 19 december 2013. Voor deze periode werd gekozen omdat de *time at risk* voldoende lang moet zijn om recidives te kunnen berekenen en te kunnen beschikken over strafrechtelijke uittreksels. De *time at risk* was tussen 2 jaar en 1 maand en 3 jaar en 7 maanden.

Daarnaast werden de IFpBE's niet meegenomen indien er meer dan drie items niet waren gescoord. Deze eis werd gesteld om de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten te waarborgen.

De onderzoeksgroep bestond uit 115 cliënten, waarvan 106 mannen en 9 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 35.3 jaar ($SD=11.73$, range =17-72). De meesten (95%) waren in Nederland geboren. Van 92 cliënten was het indexdelict bekend (geweld algemeen=25; huiselijk geweld=24; diefstal=15; verkeersovertredingen=15, inbreuken tegen de drugswet=7 en overige delicten=6).

Instrumenten

IFpBE. Het instrument voor Forensische poliklinische Behandel Evaluatie (IFpBE) is afgeleid van het IFBE. Dit instrument werd oorspronkelijk ontwikkeld voor klinische doeleinden en vervolgens vertaald naar een poliklinische setting (Schuringa, 2011; Schuringa, Spreen, & Bogaerts, 2014). Het IFpBE bestaat uit 22 items waarvan 14 items overeenkomen met de klinische items van de HKT-R. Deze 14 klinische items werden in deze deelstudie meegenomen.

Het IFpBE is nog niet psychometrisch onderzocht, maar uit studies naar de psychometrische eigenschappen van het IFBE blijkt een goede interne consistentie voor de drie factoren (probleemgedrag, $\alpha = .86$, beschermend gedrag, $\alpha = .90$ en resocialisatie vaardigheden, $\alpha = .88$). Test-hertest betrouwbaarheid van de drie factoren was erg goed (problematisch gedrag, $\alpha = .85$, beschermend gedrag, $\alpha = .87$ en resocialisatie vaardigheden, $\alpha = .89$). Tevens heeft het IFBE een goede predictieve validiteit van de drie IFBE factoren voor de voorspelling van algemeen geweld in de kliniek (beschermend gedrag, AUC = .68, probleemgedrag, AUC = .76 en resocialisatiegedrag, AUC = .75) en fysiek geweld (beschermend gedrag, AUC = .65, probleemgedrag, AUC = .80 en resocialisatiegedrag, AUC = .76) (Van der Veeken, Lucieer, & Bogaerts, in review). In een andere studie blijken twee van de drie factoren een goede voorspelling te hebben van druggebruik in de kliniek (beschermend gedrag, $d = .57$, $p < .05$; probleemgedrag, $d = 1.47$, $p < .001$). Psychometrische kwaliteiten van het IFpBE worden momenteel onderzocht.

Algemene recidive en geweldsrecidive

Van de 204 cliënten werden door het Justitieleel Documentatiesysteem (JDS) 115 strafdossiers beschikbaar gesteld. Van de overige 89 cliënten was onbekend of er sprake was van recidive. Algemene recidive werd gedefinieerd als elke nieuwe veroordeling voor gelijk welk delict en geweldsrecidive voor elke nieuwe veroordeling voor een gewelddadig delict (gedichotomiseerde variabele met 1 = recidive en 0 = geen recidive). De follow-up periode voor het IFpBE was 2-4 jaar.

Analyses

Er werden punt-biseriële correlaties berekend voor de IFpBE-factoren in relatie tot algemene recidive en geweldsrecidive.

5.3 Resultaten

5.3.1 Samenhang risico- en beschermende factoren met algemene recidive en geweldsrecidive

Algemene recidive was 32% en geweldsrecidive was 20% (2-4 jaar follow-up). Voor de interpretatie van de sterkte van de gevonden correlaties van het IFpBE met algemene recidive en geweldsrecidive werden de 25% base rate richtlijnen gebruikt. In tabel 16 worden correlatie coëfficiënten weergegeven van de 14 klinische items van het IFpBE met algemene en geweldsrecidive.

IFpBE (25% base rate richtlijnen)

Van de 14 IFpBE-items correleerden vijf matig tot sterk significant met algemene recidive: Psychotische symptomen ($r = -.34$), Verslaving ($r = .22$), Impulsiviteit ($r = .24$), Antisociaal gedrag ($r = .28$) en Meewerken aan behandeling ($r = .18$). Deze items hingen ook samen met geweldsrecidive, zij het overwegend zwakker met uitzondering van verslaving.


Opvallend is dat de afwezigheid van psychotische symptomen een beschermende factor is voor zowel algemene recidive als geweldsrecidive. Dit werd ook bij klinische groepen gevonden (Spren, Brand, Ter Horst, & Bogaerts, 2014).

Tabel 16. Samenhang risico- en beschermende factoren IFpBE en recidive (N=115)

	Algemene recidive	Geweldsrecidive
Probleeminzicht	.05 ^{ns}	.07 ^{ns}
Psychotische symptomen	-.34	-.27
Verslaving	.22	.34
Impulsiviteit	.24	.16
Antisociaal gedrag	.28	.18
Vijandigheid	-.09	-.05 ^{ns}
Sociale vaardigheden	.01 ^{ns}	-.02 ^{ns}
Zelfredzaamheid	-.04 ^{ns}	-.04 ^{ns}
Meewerken aan behandeling	.18	-.10
Verantwoordelijkheid nemen voor het delict	-.03 ^{ns}	-.05 ^{ns}
Copingvaardigheden	-.08 ^{ns}	-.10
Schending voorwaarden	.25	.12
Arbeidsvaardigheden	-.02 ^{ns}	-.01 ^{ns}
Beïnvloeding door sociaal netwerk	.05 ^{ns}	.07 ^{ns}

5.4 Conclusie

Het doel van deze deelstudie was om inzicht te krijgen in de risicofactoren en beschermende factoren die het sterkst samenhangen met en het meest voorspellend zijn voor algemene recidive en geweldsrecidive in een ambulante forensische populatie. De relevante factoren waren Verslaving, Impulsiviteit, Antisociaal



gedrag, Meewerken aan behandeling en Schending voorwaarden. Het IFpBE leverde als enige deelstudie een sterk verband op tussen Psychotische symptomen en algemene recidive. Andere factoren met een matige samenhang met recidive komen overeen met de bevindingen uit de vorige deelstudies: Verslaving, Impulsiviteit, Antisociaal gedrag, Schending van voorwaarden. Het niet meewerken aan de behandeling was zwak gecorreleerd met algemene recidive en geweldsrecidive.

6 Veldonderzoek

6.1 Inleiding

Naast de meta-analyse en data-analyse werden ook aan professionals gevraagd hoe zij risicotaxatie in hun instelling ervaren en wat zij verwachten van risicotaxatie en ROM. Er werden telefonische interviews gehouden en er werd een expertmeeting georganiseerd.

6.2 Interviews stakeholders

F.J.A.C. van den Hanenberg

Het doel van de telefonische interviews was om informatie te verzamelen over de praktische toepasbaarheid van de kernset als risico- en behandel-evaluatie instrument voor de ambulante forensische setting. De volgende vragen werden gesteld:

1. Wat voor (een) risico- en behandel-evaluatie- instrument(en) gebruikt de instelling waar u werkzaam bent? Wat vindt u daarvan?

Gezien uw caseload en andere dagelijkse werkzaamheden:

2. hoeveel items zou de kernset volgens u moeten hebben?
3. Uit hoeveel antwoordcategorieën zouden de items moeten bestaan om veranderingen te kunnen meten?
4. Wat is volgens u een realistische tijd om aan ROM te besteden?
5. Hoeveel meetmomenten zijn nodig om veranderingen in kaart te kunnen brengen? Wanneer en in welke fase van het behandeltraject zou het beste een meting plaats kunnen vinden?
6. Wie is volgens u inhoudelijk het meest deskundig om de kernset betrouwbaar te kunnen scoren?
7. In welke mate heeft u meer houvast aan een actuariel eindoordeel?
8. Vind u het wenselijk om een open ruimte te hebben waar u zelf iets bij kan schrijven (naast de items)?
9. Hoe zou voor u de ideale kernset eruit zien voor de ambulante setting?

Er werden 20 uitnodigingen verstuurd voor de telefonische afnames. Elf professionals waren in de gelegenheid om telefonisch de vragen te beantwoorden. Deze respondenten waren werkzaam bij de Waag, Transfore polikliniek De Tender, Het DOK of Reclassering Nederland.

6.2.1 Resultaten interviews

De resultaten van de telefonische interviews worden per cluster van vragen weergegeven. In Tabel 17 staan per instelling de gebruikte basis en aanvullende risicotaxatie-instrumenten weergegeven, alsmede de behandel-evaluatie-instrumenten. Daarnaast wordt in de tabel kort ingegaan op de ervaringen met deze instrumenten. Het betreffen de meningen van enkele professionals. De bevindingen dienen dan ook als indruk en weerspiegelen niet per definitie de mening van het veld.



Tabel 17. Type risicotaxatie-instrument en beoordeling

Instelling	Basis risicotaxatie-instrument	Beoordeling basis taxatie-instrument	Aanvullende risicotaxatie	ROM-instrument	Beoordeling ROM-instrument
De Waag	RAF-GGZ	De RAF GGZ (7 beoordelingen) De RAF GGZ wordt als goed beoordeeld. Het is een instrument die alle gebieden uitvraagt die voor de forensische ambulante doelgroep van belang is.	Static, Stable en Acute	HoNOS	De HoNOS (7 beoordelingen) De HoNOS wordt als niet goed ervaren. Het is een lijst wat niet op de forensische setting is gericht. Er zitten vragen in die niet aansluiten bij de doelgroep. Het instrument wordt als overbodig ervaren omdat het niets toevoegt.
Transfore polikliniek De Tender	LS/CMI	De LS/CMI (2 beoordelingen) wordt als goed beoordeeld. Het kost redelijk wat tijd om het in te vullen, maar het geeft een overzicht van de risicofactoren op de verschillende domeinen. Het is een algemeen risicotaxatie-instrument. Voor de cliënten met zedenproblematiek, huiselijk geweld en systeemproblematiek vindt men dat het instrument het recidiverisico niet goed meet.		HoNOS	
Het DOK	HKT-R	De HKT-R (1 beoordeling) wordt als matig beoordeeld. Het geeft volgens de professional een goede basis voor de behandeling. De HKT-R kijkt enkel op symptoomniveau, wat als nadeel wordt ervaren.	Static, Stable en Acute	HoNOS, IFpBE	Het IFpBE (1 beoordeling) Het IFpBE wordt als niet goed ervaren. Er zitten vragen in die niet van toepassing zijn op poliklinische cliënten. Iedereen krijgt vragen over zeden en agressie, wat niet van toepassing is op iedereen. De vragen worden als vrij oppervlakkig ervaren.
Reclassering Nederland	RISc	De RISc (1 beoordeling) De RISc wordt als niet goed beoordeeld. Het instrument is niet gebruiksvriendelijk, in die zin dat het zwaar is om te gebruiken. Enkele vragen zijn niet specifiek geformuleerd, waardoor de uitkomst niet volstaat voor wat er aan de hand is met de cliënt.	Static-99, B-Safer		

Vraag 2. hoeveel items zou de kernset volgens u moeten hebben?

De respondenten vonden dit een moeilijk vraag. Aangegeven werd dat zij de effectiviteit van het instrument belangrijker vinden dan het aantal items. Als de kernset meet wat het moet meten en het functie heeft voor de behandelinhoud, dan wordt het aantal items als onbelangrijk geacht.

Vraag 3. Uit hoeveel antwoordcategorieën zouden de items moeten bestaan om veranderingen te kunnen meten?

In totaal vinden drie professionals een 3-puntsschaal prettig. Zij beschouwen een 3-puntsschaal als voldoende inzichtelijk zonder teveel details. Acht professionals vinden een 5-puntsschaal prettig omdat daarmee het beste kan worden genuanceerd. Men vindt het belangrijk dat de antwoordcategorieën concreet worden beschreven en dat de antwoordcategorieën steeds dezelfde zijn (uniformiteit). De toelichting bij de items (welke informatie wordt bij welke antwoordcategorie gescoord) mag concreter.

Vraag 4. Wat is volgens u een realistische tijd om aan ROM te besteden?

Het afnemen van de huidige instrumenten duurt ongeveer een half uur tot een uur bij de beginmeting. Drie professionals vullen de instrumenten samen in met de cliënt. Het is afhankelijk van de draagkracht van de cliënt of de afname langer mag duren. De vervolgmetingen duren ongeveer een kwartier tot 20 minuten, mits men alle informatie inzichtelijk heeft en volledig op de hoogte is van de cliënt. De professionals hebben aangegeven ongeveer 15 tot 20 minuten te willen besteden aan het invullen van een ROM-instrument.

Vraag 5. Hoeveel meetmomenten zijn nodig om veranderingen in kaart te kunnen brengen? Wanneer en in welke fase van het behandeltraject zou het beste een meting plaats kunnen vinden?

De huidige cyclus (ROM afname om de vier maanden) wordt als goed ervaren. Vier maanden wordt als lang genoeg beschouwd om veranderingen in de behandeling te kunnen detecteren en vier maanden is ook voldoende om huidige klachten tijdig te zien. Men vindt het goed om met de cliënt periodiek stil te staan bij de behandeldoelen, maar het stelselmatig afnemen van bepaalde vragenlijsten voelt bezwaarlijk omdat het verplicht is gesteld door Justitie maar niet gebruikt wordt.

Wanneer en in welke fase van het behandeltraject?

In de beginfase van het behandeltraject, de tussenmetingen tijdens het behandeltraject om de vier maanden en een eindmeting.

Vraag 6. Wie is volgens u inhoudelijk het meest deskundig om de kernset betrouwbaar te kunnen scoren?

De 11 professionals vinden unaniem dat de uitvoerend behandelaar het meest deskundig is om de kernset betrouwbaar te kunnen scoren. Daarnaast wordt het belangrijk gevonden dat de uitvoerend behandelaar het multidisciplinair team op de hoogte stelt van de uitslagen van de instrumenten. Een consensusbespreking met personen die elk een andere verhouding hebben tot de cliënt is gewenst, maar door de drukte van de dagelijkse werkzaamheden is dit niet haalbaar.

Vraag 7. In welke mate heeft u meer houvast aan een actuarieel eendoordeel?

Tien professionals vinden de combinatie van een actuarieel met een klinisch gewogen eendoordeel gewenst. Het actuarieel eendoordeel beschouwt men als leidend, maar dit wil men altijd klinisch bijstellen indien dit nodig is. Een persoon wil dat het enkel gebaseerd is op het klinisch gewogen eendoordeel.

Vraag 8. Vind u het gewenst om een open ruimte te hebben waar u zelf iets bij kan schrijven (naast de items)?

De professionals vinden het wenselijk om een open ruimte te hebben bij elk item waar men zelf iets bij kan schrijven:

- Om aan te geven wat nog een aandachtspunt is in de behandeling
- Om aan te geven welke informatie gevonden is wat een bepaalde score rechtvaardigt

- Om inzichtelijk te maken waarom de cliënt is verbeterd of verslechterd op een item ten opzichte van de vorige afname. Het is wenselijk om dit uit te printen zodat het met de cliënt besproken kan worden.

Vraag 9. Hoe zou voor u de ideale kernset eruit zien voor de ambulante setting?

De ideale kernset bevat het volgende:

- Zo weinig mogelijk items, zo effectief mogelijk instrument
- Een instrument dat is toegespitst op de ambulante forensische zorg
- De uitkomst moet dienen als leidraad voor de behandeling. Hoe verhoudt de uitkomst zich tot de behandeldoelen?
- Een zo spaarzaam mogelijk vormgegeven instrument. Dit wil zeggen dat je vooral de relevante informatie kan verwerken voor de evaluatie van de behandeling.
- Dat je aan kunt geven in de kernset welke risicofactoren van belang zijn voor de cliënt.
- Een actuariële eindscore aangevuld met een beschrijving van de betekenis van de risicoclassificaties.
- Er is behoefte aan een meer gezamenlijk proces met de cliënt (shared-decision making). De vraagstellingen moeten daarom ook toegankelijk zijn voor de cliënten.
- Men zou het prettig vinden als de kernset gemakkelijk gegenereerd kan worden in de rapportages
- Men zou het prettig vinden als de risicofactoren en de doelen terug te zien zijn, vooral voor de cliënten die langer in behandeling zijn. Als suggestie werd aangedragen om de geschreven tekst bij een item terug te kunnen halen.
- De kernset moet meer toegespitst zijn op het klinisch deel (de dynamische factoren), omdat daar de behandeling op gebaseerd wordt.
- De kernset moet meer toegespitst zijn op de keuzevorming van de cliënt.

6.3 Expertmeeting

J. M. Dekker & F.J.A.C. van den Hanenberg

Op vrijdag 13 mei 2016 werd door de projectgroep een expertmeeting georganiseerd met als primaire doel het veld te laten meedenken over de eerste opzet van de kernset. Deze eerste opzet was tot stand gekomen op basis van de resultaten van de meta-analyses en de empirische data-analyse.

6.3.1 De experts

Voor de expertmeeting is een groep professionals uitgenodigd, die op verschillende niveaus betrokken zijn bij ROM in een van de forensische poliklinieken in Nederland. In totaal zijn er 25 uitnodigingen verstuurd naar professionals in het ambulante veld en werden reminders gestuurd indien niet gereageerd werd op de uitnodiging. Hiervan hebben negen professionals de expertmeeting bezocht. In Tabel 18 staat een overzicht van de instelling waar zij werkzaam zijn en in welke functie.

Tabel 18. Instelling en functie professional op expertmeeting

Instelling	Functie	Aantal
Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)	Forensisch GZ-psycholoog en senior onderzoeker	1
De Pompestichting (Poliklinieken Kairos)	Klinisch psycholoog en programmaleider	1
Polikliniek Het DOK	Psycholoog	1
	GZ-psychologen	2
Forensische polikliniek De Waag	Klinisch psycholoog/psychotherapeut	1
	GZ-psycholoog	1
Forensische polikliniek Palier	Psycholoog	2
	GZ-psycholoog	

6.3.2 Resultaten van de expertmeeting

Doel van de kernset

De experts ondersteunen de opbouw van de kernset bestaande uit statische en dynamische risicofactoren. Het RNR-principe volgend, worden beide type risicofactoren gebruikt om het recidiverisico in te schatten. Het dynamische deel sluit aan bij het Behoefte-principe en wordt gebruikt om de vorderingen in de behandeling te monitoren.

Doelgroep

De projectgroep formuleerde het uitgangspunt dat de kernset moet bestaan uit factoren die kunnen worden gescoord bij 80% van de ambulante forensische cliënten. Specifieke verdiepende diagnostiek vindt plaats binnen de zorglijnen / zorgprogramma's. Geopperd werd om de kernset in de toekomst door te ontwikkelen voor specifieke subpopulaties, zoals zwakbegaafden en de zedenpopulatie.

Items en antwoordcategorieën

De experts gaven aan de uitkomsten van de meta-analyse en data-analyse te volgen en geen meerwaarde te zien om vanuit de praktijk extra items te formuleren. De voorgestelde items werden besproken op inhoud en formulering.

De experts geven aan behoefte te hebben aan het scoren van de items op een 5-puntsschaal met concrete antwoordcategorieën om de betrouwbaarheid van de taxatie te maximaliseren.

Bepaling recidiverisico

Het streven van de projectgroep om het recidiverisico te baseren op een actuariële wijze werd ondersteund, mits deze is gebaseerd op Nederlandse ambulante forensische normgroepen. Er is voornamelijk geen behoefte aan een clinical override naast de actuariële inschatting, zoals thans bij de LS/CMI het geval is.

Vorm en praktische bruikbaarheid

De resultaten uit de telefonische interviews werden in de expertmeeting bevestigd. Het moet een kort en duidelijk instrument zijn, dat bij voorkeur is te scoren zonder training en uitgebreide handleiding. De kernset zou aan kracht winnen indien het wordt ingevuld door de behandelaar in samenspraak met de cliënt. Op deze manier wordt een alternatieve vorm van consensusbespreking ingevoerd, die beter past bij de ambulante setting dan de consensusbespreking die in de klinische setting wordt voorgestaan. Daarbij is het credo steeds meer 'praten met' in plaats van 'praten over' de cliënt.

Aangegeven wordt door de experts dat er onderliggend aan de kernset, richtlijnen moeten komen om behandelaars te ondersteunen in het maken van de vertaalslag naar de behandeling. Er wordt in het primaire proces nog steeds te veel vanuit stoornissen gedacht en behandeld en te weinig vanuit dynamische criminogene risicofactoren.

As I en As II stoornissen

Uit de data-analyse komt een aantal stoornissen (vooral antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornissen) naar voren die significant samenhangen met recidive. De meta-analyse kon geen informatie verschaffen over de rol van psychopathologie in het delictgedrag vanwege de beperkte (detail) informatie. In de expertgroep is besproken dat de primaire focus in de behandeling van stoornissen, die verondersteld worden ten grondslag te liggen aan het delictgedrag, ligt op het onder controle krijgen van de symptomen (denken en handelen) van de stoornissen. Bovendien kunnen bepaalde symptomen, bijvoorbeeld gebrekkig zelfinzicht, beperkte oplossingsvaardigheden en impulsiviteit onder diverse stoornissen geassocieerd worden.

Praktijktest

Zoals in de inleiding werd aangegeven, zal de kernset in een pilot worden onderzocht op praktische bruikbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in vier forensische poliklinieken. Deze praktijktest wordt in de maanden augustus en september 2016 uitgevoerd. Een oproep voor deze praktijktest werd door de experts goed ontvangen.

6.4 Eerder onderzoek naar effect aanbevelingen

Verschillende van bovenstaande aanbevelingen door stakeholders (in paragraaf 6.2) en experts (in paragraaf 6.3) zijn in de Nederlandse ambulante forensische setting onderzocht op hun effect op delictgedrag van cliënten. In een onderzoek van Troquete e.a. (2013) is taxatie van dynamische risico- en beschermden factoren op de START uitgevoerd door de behandelaar in samenspraak met de cliënt. Hiertoe werd een speciale Cliënt-versie van de START ontwikkeld (Van den Brink e.a. 2015) om de te scoren factoren toegankelijk te maken voor cliënten. De risicotaxaties door behandelaar en cliënt werden vervolgens door hen op een geprotocolleerde wijze besproken, met als inzet te komen tot het gezamenlijk formuleren van behandeldoelen. Deze procedure is bovendien onderzocht op zijn effect op het delictgedrag van cliënten, in een gerandomiseerde studie (RCT) in verschillende ambulante forensisch-psychiatrische instellingen in Nederland. Hierbij kon niet worden aangetoond dat periodieke risicotaxatie en behandelbeoordeling leidt tot vermindering van delictgedrag (Troquete e.a., 2013).

7 Responsiviteit: een beknopte beschouwing

Y.H.A.Bouman

De onderhavige beschouwing op het concept Responsiviteit is (grotendeels) gebaseerd op de Risico-Behoefte-Responsiviteit principes voor effectieve en efficiënte behandeling (Andrews & Bonta, 1998). Vanuit het oogpunt van risicotaxatie zijn de eerste twee principes de belangrijkste; vanuit het oogpunt van behandeling is het derde principe (ook) van belang. Volgens Bonta en Andrews (2007) is het principe van responsiviteit gericht op: “Maximize the offender’s ability to learn from a rehabilitative intervention by providing cognitive behavioural treatment and tailoring the intervention to the learning style, motivation, abilities and strengths of the offender.” (p.1). De uitwerking van de vraagstelling die aan dit hoofdstuk ten grondslag ligt, richt zich logischerwijs dan ook niet op de onderbouwing van voor de ambulante forensische ggz van belang zijnde responsiviteitsaspecten. Echter, om forensische behandeling zo succesvol mogelijk te willen laten zijn, is aandacht voor deze aspecten in het vormgeven en uitvoeren van behandeling wel nodig. Om deze reden zal hier kort worden stil gestaan bij de belangrijkste onderdelen van responsiviteit.

De definitie van responsiviteit, zoals Andrews en Bonta (2010) deze gebruiken in hun RNR model, volgt logisch uit de doelstelling van responsiviteit. Kortweg wordt onder responsiviteit verstaan: de mate waarin een cliënt feitelijk kan profiteren van bepaald behandel aanbod. En derhalve of een cliënt responsief of ontvankelijk is voor behandeling. Zij maken hierbinnen onderscheid tussen algemene en specifieke responsiviteit. Ogloff en Davis (2004) vullen dit verder aan door te spreken over *Responsivity impediments* en *Responsivity enhancements*, te vertalen als barrières en versterkingen. Deze koppelen zij aan fase van behandeling en aan fase van verandering volgens het model van Prochaska, DiClemente en Norcross (1992).

Algemene responsiviteit


Bij algemene responsiviteit gaat het er om dat de behandel methode die het beste past bij het probleem wordt toegepast. Het valt dan ook in belangrijke mate samen met het principe van *Evidence Based* behandelen en de zogenaamde *What Works* principes (McGuire, 1995). Een cliënt zal meer van een behandeling kunnen profiteren naarmate deze behandeling meer voldoet aan bewezen effectiviteitscriteria. In de behandeling van de dynamische criminogene factoren gaat het dan vooral om de toepassing van sociale leermodellen, cognitief-gedragstherapeutische interventies (Bonta & Andrews, 2007), en een goede bewaking van de integriteit van het therapieproces (zie o.a. EFP, 2014). Over het algemeen zal het vooral interventies betreffen waarvoor enige steun bestaat (*Best Evidence Based Practice*), die deskundigen als optimaal beoordelen (*Best Practice*) of die vaker worden toegepast (*State of the Art*).

Gezien het doel van deze beschouwing voert het te ver om hier gedetailleerd op in te gaan: voor meer informatie over de huidige stand van kennis over behandelmethoden wordt verwezen naar de zorgprogramma’s van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) en de richtlijnen van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, het Trimbos-instituut en de door het ministerie van Justitie en Veiligheid erkende gedragsinterventies en behandelprogramma’s.

Specifieke responsiviteit

Specifieke responsiviteit is er volgens Bonta en Andrews (2007) op gericht de behandeling te “fine-tunen” waarbij rekening gehouden wordt met kenmerken van de cliënt die de ontvankelijkheid en het succes van de behandeling kunnen beïnvloeden. Ogloff en Davis (2004) geven daarnaast aan dat er sprake kan zijn van barrières bij aanvang van een behandelproces en versterkingen die zorg kunnen dragen voor de transfer van het aangeleerde na (afronding van) de behandeling, en waar aandacht voor dient te zijn bij het vormgeven van behandelingen en in het behandelproces.

Belemmeringen voor het starten van een behandelings kunnen bijvoorbeeld gebrek aan motivatie, een acute psychose of extreme angstigheid zijn. In het algemeen kan men dit ook als behandelbereidheid (*treatment readiness*) bestempelen (Ward & Brown, 2004). Andere aspecten die gerelateerd zijn aan de



behandelbereidheid, zoals (delictgerelateerde) overtuigingen waaronder ontkenning, verwachtingen, houding, gevoelens, gedrag en doelen, verlangens en behoeften (zie bijv. Day et al., 2009), kunnen de responsiviteit van een cliënt (negatief) beïnvloeden. Alvorens behandeling gericht op het terugdringen van criminogene behoeften kan starten, zullen allereerst de barrières geslecht dienen te worden.

Gedurende de behandeling, en dus in het vaststellen en bijstellen van een behandelplan, zal met bepaalde persoonlijke kenmerken rekening gehouden moeten worden, zoals leerstijl, persoonlijkheid, bepaalde demografische kenmerken (bijvoorbeeld geslacht of etnische of culturele achtergrond), verbale vaardigheden of groepsgeschiktheid. Daarnaast is het zinvol elementen die behandelbereidheid beïnvloeden te blijven monitoren, zoals motivatie, om tijdig op wijzigingen hierin te kunnen anticiperen. Tot slot geven Ogloff en Davis (2004) aan dat er aandacht dient te zijn voor factoren die het algemeen welbevinden van cliënten positief kunnen beïnvloeden. Deze kunnen volgens hen bijdragen aan het in stand houden van verminderd recidivegevaar op de langere termijn. Parallel hieraan geven Ward en Brown (2004) aan dat alleen het vermijden van risico's onvoldoende is en dat het behandel-effect alleen geconsolideerd kan worden als de cliënt een bevredigend leven kan realiseren. Dit kan door aandacht te geven aan niet-criminogene doelen die, voor de cliënt, verband houden met persoonlijke levensdoelen en positieve zelfverwezenlijking.

Responsiviteit in risicotaxatie

Volgens het RNR model is het behandelen van criminogene behoeften nodig om het risico op delictherhaling terug te dringen. Voor risicotaxatie is het inventariseren van en rekening houden met aspecten van responsiviteit met gevolg niet nodig. Het effect van behandeling, en de efficiëntie er van, worden wel beïnvloed door het al dan niet incorporeren van deze aspecten in het plannen en vormgeven van behandeling. Gedurende de intake is het derhalve wel nodig deze aspecten te inventariseren, en zoals aangegeven, is het monitoren van bepaalde kenmerken zinvol voor het verloop van een behandeling.

8 Kernset K-factoren

8.1 Procesbeschrijving ontwikkeling kernset

In dit hoofdstuk wordt het proces beschreven waarin - in opdracht van KFZ - de kernset van de dynamische risicofactoren tot stand kwam in de periode van oktober 2015 tot en met juni 2016. Onderscheid wordt gemaakt in de procedure, vorm en inhoud.

Procedure

De kernset is het resultaat van een uitgebreid multi-method onderzoek bestaande uit het verrichten van meta-analyses, data-analyses, veldonderzoek en een literatuurbeschuwing. Dit is het eerste multi-method onderzoek naar de samenhang van risicofactoren met algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive bij delinquenten in ambulante forensische zorg of onder reclasseringstoezicht.

Elk deelonderzoek bestond uit meerdere invalshoeken. Zo werden er twee meta-analyses uitgevoerd: de eerste over vier meta-studies bestaande uit een bredere forensische populatie (inclusief jeugd en klinische populatie) en de tweede over 30 individuele studies met vooral ambulante onderzoeksgroepen. De data-analyses werden uitgevoerd op meerdere datasets afkomstig uit diverse subgroepen (forensische poliklinieken, reclassering) en uitkomstmaten (algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive). Ten slotte werd het veldonderzoek opgesplitst in telefonische interviews en een expertmeeting, beide met professionals werkzaam in het ambulante veld.

Vorm en toepassing

Wat betreft de vorm van de kernset werd voorafgaand aan het onderzoek een aantal uitgangspunten gehanteerd. Deze staan beschreven in Hoofdstuk 1. Samengevat betreffen de uitgangspunten dat de kernset gebruikt moet worden als generiek instrument dat toepasbaar is op 80% van de cliënten (vrijwillig en verplicht) in ambulante forensische zorg. Verder werd als uitgangspunt geformuleerd dat het een praktisch bruikbaar instrument moet zijn en dat het in staat moet zijn om veranderingen in de dynamische risicofactoren dient te meten. Informatie van professionals verkregen uit de interviews en de expertmeeting hebben aanbevelingen over de vorm en wijze van gebruik van de kernset nog verder aangescherpt.

Inhoud

Het Risico-Behoeft-Responsiviteit model van Andrews en Bonta (2010) is het uitgangsmodel geweest voor dit multi-method onderzoek. Naast de dynamische risicofactoren zijn daarom ook de statische risicofactoren meegenomen (de eerste R) en is beknopt ingegaan op het belang van responsiviteit in de risicotaxatie. Op basis van de literatuur over beschermende factoren die thans enkel ondersteuning vinden in het klinische zorgdomein, werden de protectieve factoren in de data-analyses betrokken. Vanwege de beperkte samenhang van de protectieve factoren met recidive zijn geen aparte items opgenomen over bescherming. Echter, klinisch gezien lijken protectieve factoren een meerwaarde te hebben in de behandeling.

8.2 Samenvatting uitkomsten deelstudies

In tabel 19 staan de resultaten uit de deelstudies samengevat weergegeven. In de tabel worden de domeinen/items vermeld die uit beide onderzoeksmethodieken (meta- en prospectieve data-analyses) naar voren zijn gekomen als significant zwak, matig of sterk samenhangend met algemene en/of geweldsrecidive. Samengevat komen uit de analyses 12 domeinen naar voren met één of meerdere statische en/of dynamische risicofactoren die samenhangen met algemene recidive en/of geweldsrecidive:

- 
1. *Criminele voorgeschiedenis*: dit domein bevat de statische risicofactoren die weerspiegelen op welke leeftijd een persoon met politie en justitie in aanraking is gekomen, het aantal gepleegde typen delicten onderscheiden naar zwaarte en diversiteit. Daarnaast is het schenden van voorwaarden van een opgelegde sanctie van belang. Hierbij gaat het om voorwaarden zoals het volgen van forensische behandeling. Op geen enkel ander domein waren de individuele risicofactoren zo sterk gecorreleerd met algemene recidive.
 2. *Opleiding/werk*: in dit domein is het zowel voor het verleden (statische risicofactoren) als voor het heden (dynamische risicofactoren) van belang om zicht te krijgen op de stabiliteit van het functioneren gedurende de opleiding of in het werk. De items in dit domein die significant samenhangen met recidive betreffen vooral de gedragsmatige aspecten zoals spijbelen, gemotiveerdheid, vaak werkloos zijn, een baan niet kunnen vasthouden en of deze gedragingen hebben geleid tot ontslag of schorsingen.
 3. *Financieel beheer*: belangrijke risicofactoren in dit domein waren vooral het voeren van een disfunctioneel financieel beleid (kosten overstijgen de inkomsten) en als gevolg daarvan in schulden verkeren.
 4. *Criminele vrienden*: Naast de domeinen Criminele voorgeschiedenis en Middelengebruik speelt het hebben van criminele vrienden een belangrijke rol in het terugvallen in delictgedrag. In het bijzonder gaat het in dit domein om de omgang met criminele vrienden, maar ook om de mate waarin een persoon door deze vrienden wordt beïnvloedt.
 5. *Vrijtijdsbesteding*: Voor het domein Vrijtijdsbesteding bestaat de minste empirische evidentie. Met betrekking tot de vrijtijdsbesteding is vooral het heden (dynamische risicofactor) van belang. Specifiek gaat het om de wijze waarop een persoon met zijn vrije tijd omgaat (antisociaal of sociaal).
 6. *Familie/partner*: het tweede domein waar geringe evidentie voor werd gevonden is het domein Familie/partner. Items in dit domein betreffen vooral risicofactoren die gerelateerd zijn aan huiselijk geweld en werden mogelijk om deze reden niet in alle deelstudies teruggevonden als significant samenhangend met algemene recidive.
 7. *Wonen*: wat betreft het domein wonen waren vooral de dynamische risicofactoren van belang. Genoemd kunnen worden: het ontbreken van een vaste verblijfplaats en het wonen in een achterstandsbuurt met veel criminaliteit.
 8. *Middelengebruik*: het domein Middelengebruik is zowel statisch als dynamisch relevant gebleken in de samenhang met recidive. Ofschoon het gebruik van drugs een sterkere relatie liet zien met algemene recidive dan alcohol is de ontwrichtende werking van beide typen middelen het meest relevant gebleken. Daarom zijn ze samen in één domein ondergebracht.
 9. *Gedrag en vaardigheden*: risicofactoren in dit domein die het sterkst samenhangen met algemene recidive zijn impulsiviteit en gebrekkige vaardigheden in het oplossen van (interpersoonlijke) problemen. In dit domein worden gedragingen beschreven die aan een van beide kern risicofactoren zijn gerelateerd, zoals zelfbeheersing en probleemhantering.
 10. *Antisociale houding*: het domein Antisociale houding omvat risicofactoren zoals procriminele attitude en het hebben van een afwijzende houding t.a.v. wetten en regelgeving.
 11. *Persoonlijke/psychische problemen*: in dit domein waren vooral de trekken van een antisociale persoonlijkheidsstoornis sterk gerelateerd aan algemene recidive. De gedragsmatige gevolgen van deze trekken komen terug in diverse andere domeinen, zoals Criminele voorgeschiedenis, Criminele vrienden en Gedrag en vaardigheden. De afwezigheid van psychotische symptomen waren sterk gecorreleerd met recidive. Cliënten bij wie sprake kan zijn van dergelijke symptomen zitten vaak in een intensief behandeltraject en volgen ambulante behandeling na afronding van hun tbs.
 12. *Niet nakomen van behandelafspraken*: Als tegenhanger van de statische risicofactor Schending voorwaarden kwam het niet nakomen van behandelafspraken als dynamische risicofactor naar voren als samenhangend met recidive. In de dynamische variant van deze factor gaat het om de motivatie en inzet tijdens de behandeling.



Tabel 19. Samenvatting samenhang risicofactoren en recidive deelstudies

	Meta-analyse Ambulante groep (alleen D)	Meta-analyse Generieke groep	Data- analyse RISc (H4)	Data- analyse RAF GGZ (H4)	Data- analyse LSI- r (H4)	Data-analyse IFpBE (H5) (alleen D)
Criminele voorgeschiedenis		AR-S**, GR-S**				
Leeftijd eerste politiecontact / veroordeling			AR-S**	AR-S*	AR-S**	
Aantal eerdere veroordelingen			AR-S**	AR-S*	AR-S**	
Schending afspraken/voorwaarden			AR-S**	AR-S*	AR-S**	AR-D**
Diverse delicten en/of zwaar delict in voorgeschiedenis			AR-S**	AR-S*	AR-S**	
Opleiding, werk en leren	AR-D*, GR-D**	AR-D*	AR-S**			
Schoolbezoek (spijbelen en/of schorsingen)			AR-D*	AR-S*	AR-S**	
Nooit gewerkt / vaak werkloos / wisselen van baan			AR-D**			
Werkloos / werk op onregelmatige basis			AR-D*			
Beperkte beroepsvaardigheden / leerproblemen						
Inkomen en omgaan met geld	AR-D*				AR-D*	
Geen stabiele bron van inkomsten/onvoldoende inkomsten voor uitgavenpatroon			AR-D*	AR-D*		
Verslavingsgedrag waardoor onvoldoende geld beschikbaar (gokken, koopziekte, drugs)			AR-D*			
Relaties met vrienden en kennissen	AR-D**, GR-D*					
Verkeerde, criminele vrienden/ enige vrienden met crimineel verleden			AR-D**	AR-D*	AR-D**	
Laat zich negatief beïnvloeden door vrienden/kennissen			AR-D*			
Zoekt sensatie, opwinding en houdt van risico's			AR-D*			
Vrijtijdsbesteding	AR-D*, GR-D*					
Familie/partner	AR-D*	AR-S&D*, GR-S&D*	AR-S*			
Wonen			AR-D*		AR-S*	
Druggebruik	AR-D*, GR-D*	AR-S&D*, AR-S*, GR-S&D*, GR-S*	AR-S**	AR-S*	AR-D**	AR-D**
Frequentie van gebruik			AR-D**			
Drugs staan centraal in het leven van de cliënt			AR-D*	AR-D*		
Alcoholgebruik	AR-D*, GR-D*	AR-S&D*, GR-S&D, GR-S*			AR-D**	AR-D**
Overmatig alcoholgebruik in het verleden		AR-S*	AR-S*	AR-S*		
Huidig gebruik is een probleem			AR-D*	AR-D*		

* zwak verband; ** matig verband; *** sterk verband; AR=Algemene Recidive; GR=Geweldsrecidive; S=Statische risicofactor; D=Dynamische risicofactor; S&D=combinatie statische en dynamische risicofactoren



Tabel 19. Samenvatting samenhang risicofactoren en recidive deelstudies (vervolg)

	Meta-analyse Ambulante groep (alleen D)	Meta-analyse Generieke groep	Data- analyse RISc (H4)	Data- analyse RAF GGZ (H4)	Data- analyse LSI- r (H4)	Data-analyse IFpBE (H5) (alleen D)
Denkpatronen, gedrag en vaardigheden						
Impulsiviteit			AR-D*	AR-D*		AR-D**
Beperkte mate van zelfbeheersing, lage frustratietolerantie			AR-D*			AR-D**
Beperkte vaardigheden om problemen op te lossen, legt verantwoordelijkheid buiten zichzelf / beperkt probleeminzicht			AR-D*			AR-D**
Antisociale houding						
	AR-D*, GR-D*	AR-S&D*, GR-D**				
Procriminele houding (misdaad loont, praat delict goed)		AR-D *	AR-D*		AR-D**	
Afwijzende houding t.a.v. (regels in) de samenleving / vijandigheid			AR-D**			
Persoonlijke/psychische problemen						
	AR-D*, GR-D*			AR-D*		
As II Antisociale pers. stoornis / trekken					AR-D**	
AS II Borderline pers. stoornis / trekken					AR-D*	
Psychotische symptomen						AR-D***
Behandeling						
Niet meewerken aan behandeling						AR-D**

* zwak verband; ** matig verband; *** sterk verband; AR=Algemene Recidive; GR=Geweldsrecidive; S=Statische risicofactor; D=Dynamische risicofactor; S&D=combinatie statische en dynamische risicofactoren




8.3 Kernset afgezet tegen huidige instrumenten

De kernset is het resultaat van de deelstudies die de projectgroep heeft uitgevoerd. In de volgende tabel wordt aangegeven of deze items zijn opgenomen in de meest gebruikte bestaande risicotaxatie-instrumenten (ontwikkeld voor een brede doelgroep of de grootste groep, namelijk geweldplegers) in de Nederlandse forensische poliklinieken. De formulering van de items en informatie die wordt meegewogen in de scoring zijn in de diverse instrumenten zijn niet exact hetzelfde, maar komen bij benadering overeen.

Tabel 20. Overzicht kernset-items en voorkomen van deze items in huidige risicotaxatie-instrumenten

Kernset	HKT-R	LS/CMI	RAF GGZ	RISc Versie 1.0	START
Statische items	item	Sectie/item	Domein/item	Schaal/item	item
S1. Leeftijd eerste politiecontact / veroordeling	H03	Sectie1/5	D1/f	S1/1.3-1.4	-
S2. Aantal eerdere veroordelingen	-	Sectie1/1-4	D1/a	S1/1.5-1.6,1.8	-
S3. Schending van voorwaarden	H02	Sectie1/8	D1/h	S1/1.2,1.7	-
S4. Diversiteit in gepleegde type delicten	H01	Sectie2/2.2	D1/a-c	S1/1.9	-
S5. Stabiliteit school/werk in het verleden	H09	Sectie1/10-14	D2/a-b, f	S4/4.1-4.2, 4.4	-
S6. Middelengebruik in het verleden	H10	Sectie1/28-29	D8/a-b	S8/8.1 S9/9.1	-
Dynamische items					
D1. Functioneren op school /werk	K13	Sectie1/9,15-17	D2/c-d, g-j	S4/4.3, 4.5-4.7	3
D2. Financieel beheer	T03	Sectie4/1	D3/a-b	S5/5.1-5.4	12
D3. Delinquente vrienden	K14	Sectie1/24-25	D6/b	S7/7.1-7.2	10
D4. Vrijtijdsbesteding (sociale inbedding)	T05	Sectie1 /22-23	D7/a-b	-	4
D5. Stabiliteit partnerrelatie	-	Sectie1/18	D5/a	S6/6.3, 6.5	2
D6. Stabiliteit woonsituatie	T02	Sectie4/2-3	D4/a-b	S3/3.2-3.4	-
D7. Middelengebruik	K03	Sectie1/30-35	D8/c-g	S8/8.2-8.5 S9/9.2-9.5	8
D8. Impulsiviteit	K04	Sectie2/5	D9/e	S11/11.2	9
D9. Oplossingsvaardigheden	K11	Sectie2/5	D9/g	S11/11.6	19
D10. Antisociale houding	K06	Sectie1/36	D10/a	S12/12.1, 12.3	13
D11. Niet nakomen afspraken/voorwaarden	K12	-	-	S12/12.2	15



Uit Tabel 20 wordt duidelijk dat de kernset grotendeels terug te vinden is in vier (HKT-R, RAF GGZ, LS/CMI en de RISc) van de vijf risico-taxatie-instrumenten die momenteel in Nederland bij een ambulante forensische populatie (in meer of mindere mate) worden gebruikt (voor een korte beschrijving van deze risicotaxatie-instrumenten zie volgende paragraaf). Naast de kernset van 17 items bestaan deze instrumenten uit vaak het dubbele aantal items dat in de deelstudies niet relevant zijn gebleken voor recidive.

Korte beschrijving van de instrumenten

Historische, Klinische en Toekomst – Revisie (Spreeu e.a., 2013)

De HKT-R taxeert de kans op gewelddadige en algemene recidive bij forensisch psychiatrische patiënten en bestaat uit 33 items verdeeld over drie risicodomeinen: historisch (12 items), klinisch (14 items) en toekomst (of resocialiserend) risicodomein (7 items). De items worden gescoord op een vijfpuntschaal variërend van 0 tot 4. De inschatting van het recidiverisico vindt plaats op basis van het klinisch oordeel in termen van: laag, laag-matig, matig, matig-hoog en hoog.

Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI, Andrews, Bonta, & Wormith, 2004; NI-vertaling: Bouman, Wismeijer, Lammers, & Philipse, 2012)

De LS/CMI taxeert de kans op terugval in (gewelddadig) gedrag en 99 items verdeeld over 11 secties. De domeinen in sectie 1 inventariseren de *Central Eight* risicofactoren. De items worden dichotoom gescoord (ja/nee) of op een 4-puntsschaal variërend van 0 'onbevredigende situatie' tot 3 'bevredigende situatie'.

Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ (RAF GGZ. Van Horn, Wilpert, Scholing, & Mulder, 2008)

De RAF GGZ volwassenen taxeert de kans op recidive bij volwassen delinquenten geïndiceerd voor ambulante forensische behandeling. Het is een generiek instrument dat kan worden afgenomen ongeacht het type indexdelict. Het instrument bestaat uit 79 risicofactoren verdeeld over de volgende 12 domeinen: 1. Eerdere en huidige delicten, 2. Opleiding/werk, 3. Financiën, 4. Woonomgeving, 5. Gezin/partner, 6. Sociaal netwerk, 7. Vrije tijd, 8. Middelen, 9. Emotioneel/persoonlijk, 10. Houding, 11. Risicomanagement en 12. Seksuele problematiek. De risicofactoren worden dichotoom (ja/nee) gescoord of op een 3-puntsschaal (0=niet aanwezig, 1=enigszins aanwezig, 2= aanwezig).

De Recidive Inschattings Schalen (RISc. Adviesbureau Van Montfoort, & Reclassering Nederland, 2004)

De RISc taxeert het recidiverisico voor algemeen geweld en is opgebouwd uit drie niveaus: 1) basisdiagnostiek, 2) verdiepingsdiagnostiek en 3) indicatiestelling. Items in de basisdiagnostiek zijn verdeeld over 12 leefgebieden: 1. Delictgeschiedenis, 2. Huidig delict, 3. Huisvesting en wonen, 4. Opleiding werk en leren, 5. Inkomen en omgaan met geld, 6. Relaties met partner/gezin, 7. Relaties met vrienden, 8. Drugsgebruik, 9. Alcoholgebruik, 10. Emotioneel welzijn, 11. Denkpatronen, gedrag en vaardigheden en 12. Houding.

Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START. Nederlandse vertaling 't Lam, Lancel, & Hildebrand, 2009).

De START is een hulpmiddel bij het beoordelen van de risico's op gewelddadig gedrag ten opzichte van anderen en de patiënt zelf (zelfbeschadiging, suïcide, zelfverwaarlozing, middelengebruik, ongeoorloofde afwezigheid en victimisatie) op de korte termijn. De risicoinschattingen zijn gebaseerd op de beoordeling van de patiënt op 20 dynamische, (door behandeling) veranderbare items die met de gegeven risico's samenhangen. De start biedt de mogelijkheid zowel risico- als protectieve factoren te beoordelen (elk op een 3-puntsschaal) die van invloed zijn op de uiteindelijke taxatie.

9 Beantwoording onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord zoals geformuleerd in de KFZ-calls 2014-38 en call 2015-39(2). De beantwoording gebeurt op basis van de uitkomsten van de deelstudies, responsiviteitsliteratuur en het veldonderzoek.

1. *Op basis waarvan kan een onderscheid worden gemaakt in de ambulante patiëntenpopulatie tussen patiënten die uitvoerige versus globalere risicotaxatie behoeven?*

Uit de data-analyses komt naar voren dat het onderscheid tussen cliënten bij wie een uitvoerige taxatie nodig is, dan wel met een globale taxatie kan worden volstaan, enkel kan worden beantwoord op basis van de hoogte van het recidiverisico. Uit vooral de CHAID-analyses (Hoofdstuk 4) komt naar voren dat hoe groter het aantal met recidive samenhangende risicofactoren, des te hoger het recidiverisico wordt. Deze uitkomst past binnen het RNR-model dat in de deelstudies als theoretische basis werd gebruikt. De risicofactoren die het sterkst samenhangen met algemene recidive die uit zowel de meta- als de data-analyses naar voren kwamen, ondersteunen grotendeels de *Central Eight*, waarbij de *Big Four* (criminele voorgeschiedenis, criminele vrienden, antisociale houding, antisociaal gedrag) een sterkere samenhang vertoonde met recidive dan de *Moderate Four* (opleiding/werk, financiën, middelen).


De enige risicofactor waarvoor geen unanieme ondersteuning werd gevonden, was Familie/partner. Het is mogelijk dat de problemen op dit domein een prominentere rol spelen bij specifieke delicten, zoals huiselijk geweldplegers bij wie het risico op geweld zich op het relationele vlak kan bevinden. Bij deze cliënten zal het wenselijk zijn om verdiepende diagnostiek te verrichten, al dan niet met een delict-specifiek risicotaxatie-instrument zoals de B-Safer (De Ruiter, 2009). Hetzelfde geldt voor de groep zedendelinquenten en vooral kindmisbruikers met de diagnose pedofilie (pedophilic disorder). In de meta-analyse en data-analyse werden voor geen van de geïncludeerde risicodomeinen significante verbanden gevonden met seksuele recidive. Het is aannemelijk dat bij plegers van seksuele delicten (vooral pedofielen) andere (diagnostische) instrumenten, zoals de Static 99-r (Smid, Koch, & Van den Berg, 2014), Stable-2007 (Van den Berg, Smid, & Koch, 2014) en Acute-2007 (Koch, Van den Berg, & Smid, 2014), nodig zijn om (veranderingen in) specifieke zorgbehoeften te kunnen identificeren en monitoren.

2. *Middels welk bestaand instrumentarium/ Quick scan kan een onderscheid worden gemaakt tussen patiënten die uitvoerige versus globalere risicotaxatie behoeven?*

In de deelstudies zijn diverse instrumenten naar voren gekomen die in het buitenland en/of in Nederland worden gebruikt in de forensische poliklinieken of aanverwante sectoren, zoals de reclassering. Genoemd kunnen worden de LS/CMI (en eerdere versies van dit instrument), RISC en de RAF GGZ. Deze instrumenten lijken qua opzet en vorm op elkaar. Ze kunnen qua aantal items (>50) en afnameduur echter niet worden geschaard onder de instrumenten die voldoen aan een quick scan of globale taxatie. Vermeld dient te worden dat deze instrumenten wel alle statische en dynamische risicofactoren bevatten die uit de meta-analyse en data-analyse naar voren kwamen als significant samenhangend met recidive.

3. *Wat is (zowel procedureel als inhoudelijk) van belang voor de uitvoering van een zorgvuldige risicotaxatie bij patiënten in het ambulante forensische veld o.a. rekening houdend met de diversiteit van patiëntenpopulatie?*

Uit het veldonderzoek en de deelstudies is niet eenduidig naar voren gekomen dat het (internationale) ambulante veld wat betreft risicofactoren in relatie tot recidive een grote diversiteit kent wat cliëntenpopulatie betreft. Sterker nog, voor de meeste delinquenten gelden dezelfde *Central Eight* risicofactoren die samenhangen met algemene recidive. De meeste cliënten zijn generalisten, daarmee is algemene recidive een betere uitkomstmaat dan specifieke recidive. Het KFZ vooronderzoek van Eisenberg e.a. (2015) ondersteunt deze aanname: 62% van de delinquenten bleek een criminele voorgeschiedenis te hebben bestaande uit verschillende typen delicten. Bovendien betrof het recidivedelict vaker een ander



delict (algemene recidive 18.6%) dan het indexdelict (specifieke recidive 10.2%). Wat betreft de inhoudelijke aspecten voor het uitvoeren van een zorgvuldige risicotaxatie kan, op basis van bovenstaande, worden gesteld dat voor het gros van de cliënten kan worden volstaan met een generiek risicotaxatie-instrument bestaande uit de *Central Eight* risicofactoren.


Informatie over procedurele aspecten om te komen tot een zorgvuldige taxatie werd verkregen uit het veldonderzoek. Professionals gaven te kennen dat de uitkomsten van de risicotaxatie een meerwaarde moeten hebben voor de behandeling. Om dit te bereiken dient het verrichten van risicotaxaties standaard onderdeel uit te maken van het basiszorgtraject, het moet een duidelijke plek krijgen in het behandelplan en de behandeling (risicofactoren opnemen als behandeldoel) en de risicotaxatie-uitkomsten dienen te worden besproken in diverse overlegstructuren, zoals het intakeoverleg, multidisciplinair overleg en intervisies. Met deze procedurele voorwaarden wordt de ROM-functie van de kernset geborgd in het behandelbeleid. Bovendien wordt hiermee deels het ‘probleem’ opgelost dat de risicotaxatie - vanwege de grote in-, door- en uitstroom van cliënten - niet in consensus kan worden gescoord en besproken zoals in de klinieken. Betrokkenheid van de cliënt bij de scoring van het instrument wordt door de professionals gezien als een belangrijke factor om de behandelregie bij de cliënt te leggen en zo de motivatie van cliënt vast te houden.

4. *In hoeverre is er sprake van verschillende behoeften ten aanzien van zorgvuldige risicotaxatie in het ambulante forensische veld ten opzichte van risicotaxatie in het klinische forensische veld, reguliere GGZ veld of risicotaxaties zoals uitgevoerd door de reclassering?*

Aangenomen wordt door professionals in het veld dat het klinische en ambulante veld te veel van elkaar verschillen om dezelfde risicotaxatie-instrumenten te gebruiken. Deze aanname is echter eerder nooit onderzocht. De resultaten uit de meta-analyses wijzen uit dat de dynamische risicofactoren van belang voor het ambulante veld niet helemaal overeenkomen met die voor het klinische veld. In het klinische domein waren Opleiding/werk en Antisociale houding de sterkste dynamische voorspellers. Voor het ambulante veld kwamen daar Criminele vrienden, Vrijtijdsbesteding en Middelen bij. Voor een zorgvuldige taxatie in het ambulante veld wordt aangeraden om deze zorgdomein specifieke risicofactoren mee te nemen in de kernset.

Cliënten die na forensische zorg voortzetting van de zorg nodig hebben in de reguliere ggz, komen vaak in een vacuüm terecht omdat de reguliere ggz onvoldoende toegerust is of denkt te zijn om cliënten met een crimineel verleden te behandelen. De continuering van zorg op de niet-forensische problemen die bij een deel van de cliënten van groot belang is, komt daardoor niet of onvoldoende van de grond. De behoefte aan zorgvuldige taxatie in de reguliere ggz lijkt in eerste aanleg niet de kern van de tekortschietende aansluiting tussen de ambulante forensische en reguliere ggz. Aangeraden wordt om met de reguliere ggz een behoeften inventarisatie te doen om de continuering van zorg te verbeteren en waar mogelijk de forensische expertise op het gebied van risicotaxatie in te brengen.

De risicotaxaties met de RISC zoals gebruikt bij de reclassering worden door de reclasseringsmedewerkers te uitgebreid (ruim 10 uur per reclassent), onvoldoende relevant en ondoorzichtig ervaren. Deze informatie komt naar voren in het veldonderzoek, alsmede uit de informatie uit een persoonlijk gesprek met beleidsmedewerkers van de reclassering die verantwoordelijk zijn voor het gebruikersvriendelijk maken van de RISC (zie ook Hoofdstuk 10). Risicotaxaties uitgevoerd door de reclassering worden lang niet altijd ter beschikking gesteld aan de behandelaar indien cliënt onder toezicht staat van de reclassering. De behandelaar start de risicotaxatie opnieuw met een ander instrument. De zorgvuldigheid van de taxatie zou vergroot kunnen worden door informatie met betrekking tot cliënt te delen, zeker als het een cliënt betreft die in een strafrechtelijk kader wordt behandeld. Maar nog belangrijker is dat risicotaxatie idealiter wordt verricht met hetzelfde instrument waarin relevante domeinen zijn opgenomen die ook voor de ambulante forensische ggz relevant zijn. Dit kan de continuering van toezicht en zorg ten goede komen.

- 
5. *In hoeverre is het op basis van de bevindingen uit het onderzoek wenselijk/ mogelijk om risicotaxatie-instrumentarium voor het klinische forensische veld, reguliere GGZ veld of instrumentarium gebruikt door de reclassering in te zetten in het ambulante forensische veld?*

Uit de voorafgaande beantwoording van de onderzoeksvragen, alsmede uit de deelstudies wordt duidelijk dat genoemde sectoren (klinisch, reguliere ggz en reclassering) te veel verschillen van het ambulante forensische veld om de instrumenten die in genoemde sectoren worden gebruikt (wetenschappelijk) verantwoord toe te passen. Specifieke procedurele en inhoudelijke verschillen die genoemd zijn betreffen onder andere de praktische onmogelijkheid om bij elke cliënt een consensusmodel te hanteren zoals dat in de klinische forensische zorg vaak gebeurt en de specifieke dynamische risicofactoren die in dit onderzoek zijn gevonden voor cliënten in ambulante forensische zorg.

6. *Het ontwikkelen van een instrument/ set items voor het meten van (veranderingen in) het recidiverisico van ambulante forensische psychiatrische patiënten (vergelijkbaar met de doelstelling van het meten van de K-factoren zoals gebruikt in TBS, OFZ-K en PPC).*

De deelstudies en het veldonderzoek hebben de input geleverd voor de selectie van de kernset van statische en dynamische risicofactoren die bij ambulant behandelde cliënten significant samenhangen met recidive. In Hoofdstuk 9, waarin op een rij is gezet welke kernset-items terug te vinden zijn in de instrumenten die thans in de Nederlandse forensische poliklinieken worden gebruikt, wordt geconcludeerd dat de kernset-items in alle instrumenten opgenomen zijn. Genoemde instrumenten bevatten echter nog veel meer items die in de deelstudies naar voren zijn gekomen als niet of nauwelijks samenhangend met recidive.

10 Aanbevelingen

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen vanuit de projectgroep over het vervolg van de implementatie, het gebruik van en onderzoek naar de kernset in de ambulante forensische sector.

Kernset statische en dynamische risicofactoren

In dit rapport is een set van statische en dynamische risicofactoren naar voren gekomen die het sterkst samenhangen met algemene recidive en geweldsrecidive bij twee groepen cliënten: 1) personen onder toezicht van de reclassering en 2) personen in ambulante forensische zorg. De risicofactoren varieerden wat betreft sterkte van de samenhang met recidive niet of nauwelijks tussen deze twee groepen. De risicofactoren – zo blijkt uit de meta-analyse – verschillen wel tussen het ambulante en klinische zorgdomein. Voor het ambulante veld blijken zes statische en 11 dynamische factoren voorspellend te zijn voor algemene recidive, die grotendeels ook opgenomen zijn in de risicotaxatie-instrumenten die momenteel in de forensische poliklinieken worden gebruikt. De huidige instrumenten (waaronder de HKT-30/HKT-R, RAF en LSI-r) bevatten daarnaast echter nog relatief veel items waarvan in deelstudies is aangetoond dat ze niet of nauwelijks samenhangen met recidive. De projectgroep beveelt daarom aan de kernset te gebruiken als risicotaxatie-instrument voor volwassen cliënten geïndiceerd voor ambulante forensische zorg.

In de kernset zijn beschermende factoren niet apart opgenomen. Deze factoren worden verondersteld op eenzelfde continuüm te liggen als de risicofactoren, zoals ook in diverse andere risicotaxatie-instrumenten (VRAG, START). Voor deze werkwijze is eveneens empirische evidentie (Bogaerts, Spreen, Ter Horst, & Gerlsma, under review).

Kernset in het kader van ROM


De opdracht van KFZ was om tot een kernset van K-items te komen waarmee het ambulante forensische veld kan ROMmen. De dynamische risicofactoren in de kernset zijn tot stand gekomen op basis van diverse wetenschappelijke studies, waarin de relatie van de dynamische risicofactoren met algemene recidive is aangetoond. Voor sommige dynamische risicofactoren bestaat minder empirische evidentie zoals Familie/partner en Vrijtijdsbesteding. In de ontwikkeling van de uiteindelijke kernset zal nagedacht moeten worden over het belang van het opnemen van deze risicofactoren.

Ook moet worden nagedacht over het toevoegen aan de kernset van psychische stoornissen. De projectgroep heeft in samenspraak met professionals in de expertmeeting besloten de AS-I en AS-II stoornissen niet als zodanig op te nemen in de kernset, maar in te zetten op de symptomen die aan de verschillende stoornissen ten grondslag liggen, zoals impulsiviteit en gebrekkige copingvaardigheden.

Het ROMmen is vooral bedoeld om inzichtelijk te maken of er veranderingen zijn opgetreden in de dynamische risicofactoren. Aangeraden wordt om minimaal een 5-puntsschaal te hanteren waardoor het instrument sensitiever wordt om kleinere veranderingen te detecteren. Daarnaast is het van belang om de antwoordcategorieën goed te verankeren met een duidelijke en eenduidige toelichting, zodanig dat training overbodig wordt. Of dat haalbaar wordt moet nog worden bezien.

Praktische haalbaarheid en gebruiksvriendelijkheid

De tijd die staat voor een risicotaxatie/behandelindicatie in een ambulante setting is vaak veel korter vergelijken met de beschikbare tijd in een klinische setting. Behandelaren moeten daarom over een instrument beschikken dat gebruikersvriendelijk is en dat hen in korte tijd zoveel mogelijk informatie kan geven over de criminogene behoeften van de cliënt. Deze informatie, samen met de diagnostiek en informatie over het delict, moet voldoende zijn om een behandeling te indiceren. Kanttekening hierbij is dat de informatie (dossiers, pro-Justitia rapportages, etc.) waarover behandelaars in de forensische poliklinieken beschikken vaak zeer summier is of zelfs afwezig. Zeker informatie die betrekking heeft op het verleden van de cliënt ontbreekt regelmatig. Vaak is de cliënt de enige informatiebron en duurt het vaak



(te) lang alvorens informatie beschikbaar wordt gemaakt over cliënten (dit geldt voor cliënten in een gedwongen justitieel kader). Voor een deel zou dit kunnen worden opgelost door te werken met het zogeheten *Shared-Decision-Making model* dat door Troquete en collega's in het forensische veld in Nederland werd geïntroduceerd. Dit model heeft als doel om de participatie van de cliënt aan de behandeling te maximaliseren en levert niet als zodanig een bijdrage aan het verminderen van recidive (Troquete, e.a. 2013; Van den Brink e.a., 2015).

De kernset is vergeleken met de huidige risicotaxatie-instrumenten compact. De kernset stelt de behandelaar in principe in staat om in beperkte tijd het recidiverisico vast te stellen en aan de hand van de dynamische risicofactoren de behandelvoortgang te monitoren. De voorwaarde is wel dat relevante 'objectieve' informatie over de criminele voorgeschiedenis voorhanden is.

Inschatting van het recidiverisico: klinisch of actuarieel?

In het onderzoek werd aangetoond dat de recidivevoorspelling gebaseerd op actuariële inschattingen veel beter was ($AUC \geq .71$) dan op basis van het klinisch oordeel ($AUC \leq .60$). Ook uit de wetenschappelijke literatuur komt duidelijk naar voren dat actuariële inschattingen over het algemeen accurater zijn dan zuiver klinische inschattingen. Aangeraden wordt om de actuariële inschattingen te classificeren in vijf risicogroepen die te vergelijken zijn met een classificatie in: laag, laag-matig, matig, matig-hoog en hoog. Met deze indeling wordt meer nuancering aangebracht in de matig-groep die over het algemeen vrij groot is. Bovendien is het mogelijk om kleinere veranderingen in het recidiverisico zichtbaar te maken.

Pilot

In opdracht van KFZ werd door de projectgroep onderzoek gedaan naar een kernset van risicofactoren die samenhangen met recidive. Op basis hiervan kan vervolgens een instrument worden ontwikkeld waarmee het ambulante forensische veld per 1 januari 2017 kan ROMmen. De beschrijving van de kernset inclusief de scoringsrichtlijnen, kan kort na goedkeuring van het voorliggende rapport door KFZ en het Forensisch netwerk plaatsvinden. De projectgroep schat in hiervoor twee maanden (juli en augustus 2016) nodig te hebben. Aanbevolen wordt om de uitgewerkte kernset aan een praktijktest te onderwerpen in een aantal ambulante forensische poliklinieken.

Voorgesteld wordt door de projectgroep om in vier ambulante forensische zorginstellingen de kernset te scoren bij vijf cliënten uit elke instellingen. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vast te kunnen stellen, worden in elke instelling vijf cliënten gescoord door twee behandelaars die onafhankelijk van elkaar scoren. Daarnaast vullen de behandelaars een evaluatie-instrument in met daarin aandacht voor onder andere de afnameduur, geraadpleegde informatiebronnen, meetmomenten en klinische waarde van de kernset. Na verwerking van de uitkomsten van de pilot kan worden overgegaan tot het implementeren van de kernset in de forensische poliklinieken.

Doelgroep kernset

Voor de acceptatie van de kernset door het veld is het van belang om de volgende punten in overweging te nemen:

- De kernset zou enkel bedoeld zijn voor cliënten die in een strafrechtelijk kader worden behandeld. Uitgaande van het feit dat de percentuele verhouding tussen het aantal cliënten in verplicht en vrijwillig kader ongeveer gelijk is en dat binnen één behandeling het kader (en financier) kan veranderen, is de projectgroep van mening dat het gebruik van de kernset voor enkel cliënten in een strafrechtelijk kader de implementatie onnodig complex maakt. Bovendien is er geen enkele inhoudelijke reden om onderscheid te maken op basis van het behandelkader.
- De projectgroep beveelt tevens aan om een overgangssituatie te realiseren waarin ambulante zorgaanbieders de tijd krijgen om het nieuwe instrument te digitaliseren en te implementeren. Daarnaast zal in samenspraak met SBG een planning moeten worden gemaakt hoe zij de kernset-data ontvangen van de zorgaanbieders.

- De projectgroep raadt aan de kernset zo snel mogelijk in digitale vorm beschikbaar te stellen aan de zorgaanbieders of althans de zorgaanbieders de ruimte te geven om deze digitaliseringsslag te maken. Hiermee wordt de kans op een succesvolle implementatie vergroot en daarmee het draagvlak en het aantal (herhaalde) afnames. Bovendien biedt het kansen om binnen een periode van enkele maanden gegevens over de kernset van diverse ambulante zorgaanbieders te aggregeren om verder onderzoek te doen naar de inhoudelijke meerwaarde er van.

Vervolgstappen onderzoek kernset

De projectgroep beveelt ten sterkste aan om zo snel mogelijk een vervolgtraject in te zetten waarin onderzoek wordt voorbereid naar de betrouwbaarheid van de kernset, alsmede naar de mate waarin de kernset in staat is om veranderingen te meten. Het verdient de voorkeur om minimaal drie ROM-metingen te hebben van een zo groot mogelijk groep ambulante behandelde delinquenten. Vervolgonderzoek kan antwoorden geven op vragen die voor de behandelpraktijk van groot belang zijn. In dit verband kunnen de volgende onderzoeksvragen worden geformuleerd:

- Welke basisinformatie is nodig om de kernset betrouwbaar en valide te kunnen scoren (te denken valt aan specifieke stukken/verslaglegging in het dossier, minimaal 1 gesprek met cliënt)?
- Wat is de specificiteit en sensitiviteit van de kernset in het meten van veranderingen in de dynamische risicofactoren?
- Over een grotere groep beoordelen wat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is van de kernset, alsmede de predictieve validiteit.

Vervolgstappen praktisch gebruik kernset

De kernset dient een directe meerwaarde te hebben voor de behandeling. Deze meerwaarde ziet de projectgroep vooral terug in het gebruik van de kernset als ROM-instrument om de behandelvoortgang te monitoren op de voor de cliënt belangrijke zorgbehoeften (treatment needs). Daarnaast kan de meerwaarde van de kernset nog worden vergroot door richtlijnen te formuleren ter ondersteuning in het maken van de vertaalslag van de risicotaxatie-uitkomsten naar behandeldoelen.

De projectgroep beveelt dan ook aan om op basis van de praktijkervaring met de kernset dergelijke richtlijnen te ontwikkelen. Belangrijke punten om mee te nemen in richtlijnen zijn onder andere:

- Welke zorgzwaarte (frequentie en duur van de behandeling) is geïndiceerd op basis van het recidiverisico?
- Welke zorgbehoefte is geïndiceerd op basis van het Behoefteprincipe, gemeten met de dynamische criminogene risicofactoren?
- Hoe maak je de vertaalslag van de relevante dynamische risicofactoren naar het formuleren van concrete behandeldoelen?
- Hoe wordt – gezien de responsiviteitskenmerken – zo goed mogelijk voldaan aan matched care?
- Hoe ziet de verslaglegging eruit?
- Hoe bespreek je de resultaten met de cliënt?

Responsiviteit

In het kader van dit project viel het nader bestuderen van responsiviteit bij de ambulante forensisch ggz-populatie buiten de scope. Gezien het belang hiervan in het effectief en efficiënt behandelen van cliënten, beveelt de projectgroep aan hier apart aandacht aan te laten besteden, vooral voor het nader omschrijven van specifieke responsiviteitsfactoren.

Referentielijst

* Artikelen opgenomen in de meta-analyse

- * Abrams, L. S., Terry, D., & Franke, T. M. (2011). Community-Based Juvenile Reentry Services: The Effects of Service Dosage on Juvenile and Adult Recidivism. *Journal of Offender Rehabilitation*, 50(8), 492–510. <http://doi.org/10.1080/10509674.2011.596919>
- Adviesbureau Van Montfoort, & Reclassering Nederland. (2004). RISC versie 1.0. Recidive Inschattings Schalen. Handleiding. Harderwijk, NI: Flevodruk.
- Aegisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S. ... & Rush, J. D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341-382.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). *The Level of Service Inventory-Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct* (2nd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D.A., & Bonta, J.L. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th Edition ed.). New Providence, NJ: Matthew Bender & Company, Inc., LexisNexis Group.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J.S (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52, 7-27.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J.S (2008). *The Level of Service/Risk Need Responsivity Inventory (LS/RNR): Scoring Guide*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Andrews, D.A., & Bonta, J.L. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th Edition ed.). New Providence, NJ: Matthew Bender & Company, Inc., LexisNexis Group.
- Assink, M., Van der Put, C.E., Hoeve, M., De Vries, S.L.A., Stams, G.J.J.M. & Oort, F.J. (2015). Risk factors for persistent delinquent behavior among juveniles: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 42, 47-61.
- Babchishin, K.M. & Helmus, LM (2015). The influence of base rates on correlations: an evaluation of proposed alternative effect sizes with real-world data. *Behavioral Research Methods*. Doi: 10.3758/s13428-015-0627-7
- Baird, C. & Wagner, D., (2000). The relative validity of actuarial and consensus based risk assessment systems. *Children and Youth Services Review*, 22, 839-871.
- Batiuk, M.E., Moke, P. & Wilcox Rountree, P. (1997). Crime and Rehabilitation: Correctional education as an agent of change - A research note. *Justice Quarterly*, 14:1, 167-180. <http://doi.org/10.1080/07418829700093261>
- Behavior Data Systems, Ltd. (2012). *Substance Abuse Questionnaire – Adult Probation III (SAQ-AP III)*, Phoenix, AZ.
- Berg, J. W. van den, Smid, W. J., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding*. (Vertaling van Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. *Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012*. Her Majesty The Queen in Right of Canada (2012.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Blonigen, D.M. (2010). Explaining the relationship between age and crime: Contributions from the developmental literature on personality. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 89-100. doi: 10.1016/j.cpr.2009.10.001
- Bogaerts, S., Spreen, M., Ter Horst, P., & Polak, M. (2015). De predictieve validiteit van de HKT-R voor gewelddadige recidive: onderzoek op het wocd tbs-uitstroomcohort 2004-2008. In H.J.C. van Marle (red.), *Forensische Psychiatrie: Fundamenten en Praktijk*. Van Gorcum: Assen.


- Bogaerts, S., Spreen, M., Ter Horst, P., & Gerlisma, C. Predictive validity of the HKT-R Risk Assessment for two and five-year recidivism in a cohort of Dutch Forensic Psychiatric Patients. *International Journal of Law and Psychiatry*. Under review.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation* (Corrections Research User Report No. 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- * Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 278–287. doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.014
- Bonta, J. & Andrews, D.A. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*. 2007-06. Ottawa: Public Safety Canada.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley.
- * Bouman, Y. H. A., Schene, A. H., & De Ruiter, C. (2009). International Journal of Forensic Mental Health Subjective Well-Being and Recidivism in Forensic Psychiatric Outpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8(4), 225–234. http://doi.org/10.1080/14999011003635647
- Bouman, Y.H.A. (2016). Beschermende factoren bij oplegging en tenuitvoerlegging terbeschikkingstelling. Under review.
- Bouman, Y. H. A., Wismeyer, C. E., Lammers, S. M. M., & Philipse, M. W. G. (2012). Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI). Nederlandse geautoriseerde (onderzoeks)versie. Nijmegen: Kairos.
- Brink R.H.S., van den, Troquete NAC, Beintema H, Mulder T, van Os TWDP, Schoevers RA, Wiersma D. (2015). Risk assessment by client and case manager for shared decision making in out-patient forensic psychiatry. *BMC Psychiatry*, 15:120.
- * Brown, S., Harkins, L., & Beech, A. R. (2012). General and Victim-Specific Empathy: Associations With Actuarial Risk, Treatment Outcome, and Sexual Recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24(5), 411–430. http://doi.org/10.1177/1079063211423944
- Campbell, M.A., French, S. & Gendreau, P. (2007). *Assessing the utility of risk assessment tools and personality measures in the prediction of violent recidivism for adults*. Ottawa, Canada: Department of Public Safety and Emergency Preparedness.
- * Canales, D. D., Campbell, M. A., Wei, R., & Totten, A. E. (2014). Prediction of General and Violent recidivism among mentally disordered adult offenders test of the level of service/risk–need–responsivity (ls/rnr) instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 41(8), 971–991. http://doi.org/10.1177/0093854814523003
- Cheung, M. W. L. (2014). Modeling dependent effect sizes with three-level meta-analyses: A structural equation modeling approach. *Psychological Methods*, 19, 211-229.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.), Hillsdale, NJ: Erlbaum. pp. 281, 284, 285
- Coid JW, Kallis C, Doyle M, Shaw J, Ullrich, S (2015) Identifying Causal Risk Factors for Violence among Discharged Patients. *PLoS ONE* 10(11): e0142493. doi:10.1371/journal.pone.0142493.
- * Collins, R. E. (2010). The effect of gender on violent and nonviolent recidivism: A meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*, 38(4), 675–684. http://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.04.041
- * Craig, L. A., Browne, K. D., Beech, A. R., & Stringer, I. (2006). Psychosexual characteristics of sexual offenders and the relationship to sexual reconviction. *Psychology, Crime and Law*, 12(3), 231–243. http://doi.org/10.1080/10683160500151084
- D’Andrade, A., Benton, A., Austin, M. J. (2005). Risk and safety assessment in child welfare: Instrument comparisons. Center for Social Services Research. Retrieved on November 11, 2013 from http://cssr.berkeley.edu/bassc/public/risk_full.pdf.
- Day, A., Howells, K., Casey, S., Ward, T., Chambers, J. C., & Birgden, A. (2009). Assessing treatment readiness in violent offenders. *Journal of interpersonal violence*, 24(4), 618-635.
- Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243(4899), 1668–1674.

- * Degiorgio, L., & DiDonato, M. (2014). Predicting Probationer Rates of Reincarceration Using Dynamic Factors from the Substance Abuse Questionnaire-Adult Probation III (SAQ-Adult Probation III). *American Journal of Criminal Justice*, 39(1), 94–108. <http://doi.org/10.1007/s12103-013-9198-2>
- Dolan, M., & Doyle, M. (2000). Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of Psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry*, 177, 303–311.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2014). Persoonlijkheidsstoornissen – Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Versie 2.1. Utrecht: Author.
- Eisenberg, M.J., Horn, J.E. van, Put, C.E. van der, Hendriks, J. & Stams, G.J.J.M. (2015). Vooronderzoek 'Kernset Risicofactoren Ambulant Behandelde delinquenten'. Voorspellers voor recidive bij ambulant behandelde zeden-, (huiselijk-)gewelds- en vermogensdelinquenten. Kwaliteit Forensische Zorg.
- * Gordon, H., Kelty, S. F., & Julian, R. (2015). An evaluation of the Level of Service/Case Management Inventory in an Australian community corrections environment. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22(2), 247–258. <http://doi.org/10.1080/13218719.2014.941090>
- Grove, W. M., & Meehl, P. E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: the clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy and Law*, 2, 293–323.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychological assessment*, 12(1), 19.
- Hanley, J. A. & McNeil, B. J. (1982). The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology*, 143, 29–36.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154 - 1163.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*, 21, 1–21.
- * Hanson, R. K., & Wallace-capretta, S. (2004). Predictors of criminal recidivism among male batterers. *Psychology, Crime & Law*, 10(April 2014), 413–427. <http://doi.org/10.1080/10683160310001629283>
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T.-L. & Helmus, L. (2007). Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project (User Report No. 2007-05). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada. Retrieved from <http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/ssssng-rsk-sxl-fndrs/index-eng.aspx>
- * Hanson, R. K., Helmus, L.-M., & Harris, a. J. R. (2015). Assessing the Risk and Needs of Supervised Sexual Offenders: A Prospective Study Using STABLE-2007, Static-99R, and Static-2002R. *Criminal Justice and Behavior*, XX(X), 1–20. <http://doi.org/10.1177/0093854815602094>
- * Harkins, L., Beech, A. R., & Goodwill, A. M. (2010). Examining the influence of denial, motivation, and risk on sexual recidivism. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 22(1), 78–94. <http://doi.org/10.1177/1079063209358106>
- * Helmus, L., Babchishin, K. M., & Blais, J. (2012). Predictive Accuracy of Dynamic Risk Factors for Aboriginal and Non- Aboriginal Sex Offenders: An Exploratory Comparison Using STABLE-2007. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(6), 856–876. <http://doi.org/10.1177/0306624X11414693>
- * Henderson, H., & Miller, H. A. (2013). The (Twice) Failure of the Wisconsin Risk Need Assessment in a Sample of Probationers. *Criminal Justice Policy Review*, 24(2), 199–221. <http://doi.org/10.1177/0887403411422410>
- Henderson, H., Daniel, A., Adams, T., & Rembert, D. (2007). The predictive utility of the Wisconsin risk needs assessment instrument in post-probation success. *International Journal of Crime, Criminal Justice, and Law*, 2, 95–103.
- Hilton, N. Z., Harris, G. T., & Rice, M.E. (2006). Sixty-six years of research on the clinical versus actuarial prediction of violence. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 400–409.
- Horn, J.E., Wilpert, J., Bos, M.G.N., Eisenberg, M. & Mulder, J. (2009). WaagSchaal jeugd: de psychometrische kwaliteit van een gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument voor de ambulante

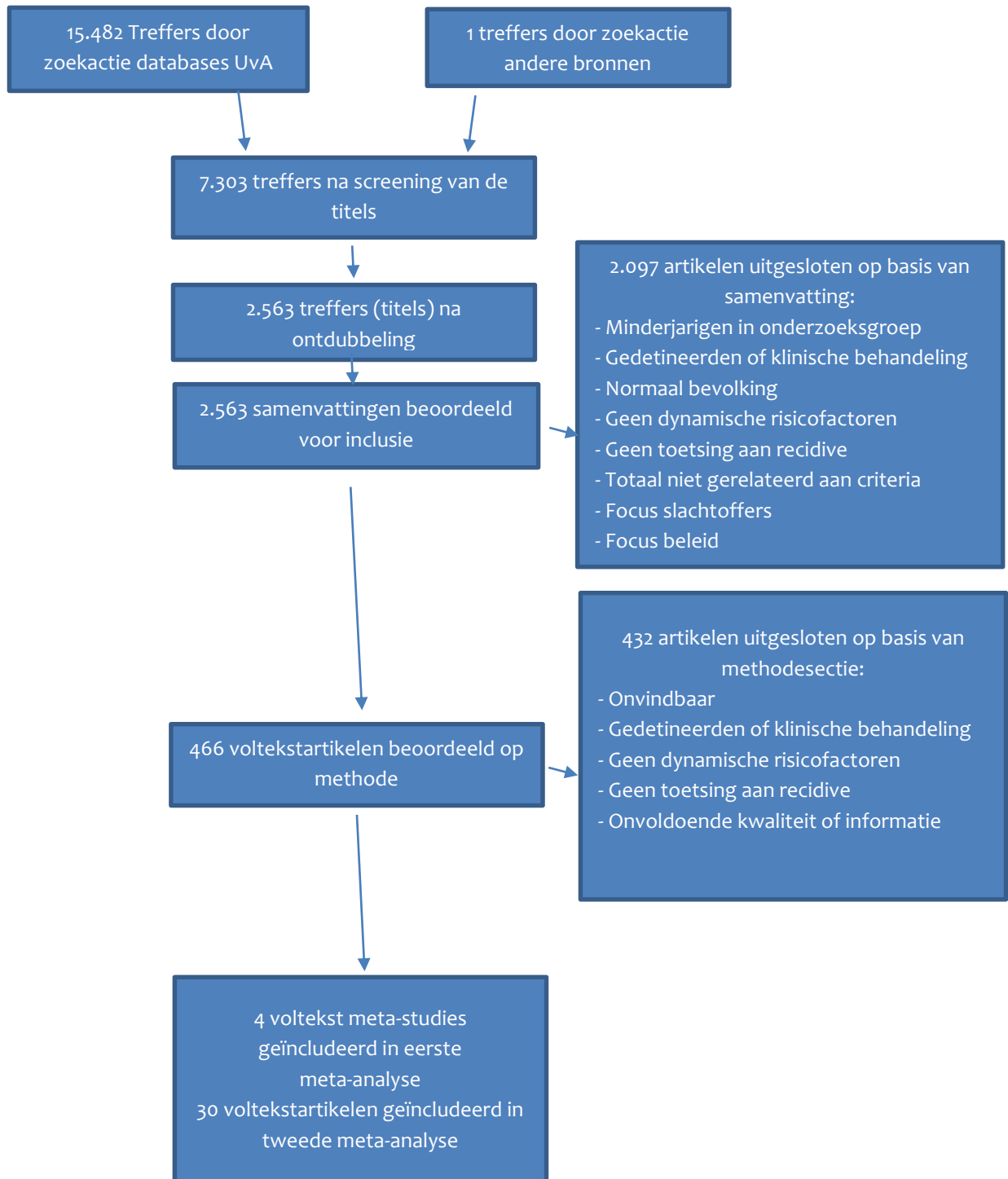
- forensische psychiatrie. *Panopticon. Tijdschrift voor Strafrecht, criminologie en forensisch welzijnswerk*, 30 (2), 23-34.
- Horn, J.E. van, Wilpert, J., Scholing, A. & Mulder, J. (2008). WaagSchaal (thans RAF GGZ) volwassenen. Risicotaxatie instrument voor de Ambulante Forensische Psychiatrie. Handleiding. Versie 2008. De Waag: Utrecht
- Hosmer, D. & Lemeshow, S. (1989). Goodness of fit tests for the multiple logistic regression model. *Communications in Statistics Part A – Theory and Methods*, 9, 1043 – 1069.
- Hser, Y.I., Evans, E., Teruya, C., Huang, D., & Anglin, M.D. (2007). Predictors of short-term treatment outcomes among California's Proposition 36 participants. *Evaluation and Program Planning*, 30(2), 187-196. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2006.10.008
- * Hsu, C.-I., Caputi, P., & Byrne, K. (2009). The Level of Service Inventory - Revised (LSI-r): A Useful Risk Assessment Measure for Australian Offenders? *Criminal Justice and Behavior*, 36(7), 728. <http://doi.org/10.1177/0093854809335409>
- * Huebner, B. M., DeJong, C., & Cobbina, J. (2010). Women Coming Home: Long-Term Patterns of Recidivism. *Justice Quarterly*, 27(2), 225–254. <http://doi.org/10.1080/07418820902870486>
- * Huebner, B. M., & Berg, M. T. (2011). Examining the Sources of Variation in Risk for Recidivism. *Justice Quarterly*, 28(1), 146–173. <http://doi.org/10.1080/07418820903365213>
- Kivisto, A.J. (2016). Violence Risk Assessment and Management in Outpatient Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychologie*, 72(4), 329-349. doi: 10.1002/jclp.22243
- Knaap, L.M., van der & Alberda, D.L. (2009). De predictieve validiteit van de Recidive Inschattingsschalen (RISc). Den Haag: WODC.
- Koch, M., Berg, J. W. van den, Smid, W. J. (2014). Acute-2007 Scorehandleiding. (Vertaling van., Hanson, R. K., Harris, A. J. R. Acute-2007 Coding Manual. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2012.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- * Konopasek, J. E. (2015). Expeditious Disclosure of Sexual History via Polygraph Testing: Treatment Outcome and Sex Offense Recidivism The Importance of Timely, Honest Disclosure. *Journal of Offender Rehabilitation*, 54(February), 194–211. <http://doi.org/10.1080/10509674.2015.1023481>
- * Kreis, M. K. F., Schwannauer, M., & Gillings, K. (2014). Relational Risk Factors for Reoffending in Women: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(4), 381–393. <http://doi.org/10.1080/14999013.2014.962713>
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. W. & Eaves, D. (1994). Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide. Vancouver, BC: British Columbia Institute on Family Violence.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. W. & Eaves, D. (1995). Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide, 2nd ed. Vancouver, BC: British Columbia Institute on Family Violence.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. W. & Eaves, D. (1998). Spousal Assault Risk Assessment: User's Guide. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- * Kropp, P. R., & Hart, S. D. (2000). The spousal assault risk assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24(1), 101–118. <http://doi.org/10.1023/A:1005430904495>
- Lam, K.'t, Lancel, M., & Hildebrand, M. (2009). Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Richtlijnen bij het beoordelen van korte termijn risico's en behandel mogelijkheden. Assen: GGZ Drenthe.
- Landis, J.R.; Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33 (1): 159–174. doi:10.2307/2529310. JSTOR 2529310. PMID 843571.
- Leschied, A. W., Chiodo, D., Whitehead, P. C. Hurley, D., & Marshall, L. (2003). The empirical basis of risk assessment in child welfare: the accuracy of risk assessment and clinical judgment. *Child Welfare*, 82, 527 – 540.
- McGrath, R. J., Lasher, M. P., & Cumming, G. F. (2011). A model of static and dynamic risk Assessment. Final grant report to the National Institute of Justice (Report submitted. Grant Award Number 2008-DD-BX-0013). Washington, DC: United States Department of Justice.

- * McGrath, R. J., Lasher, M. P., & Cumming, G. F. (2012). The Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale (SOTIPS): Psychometric Properties and Incremental Predictive Validity with Static-99R. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24(5), 431–458.
<http://doi.org/10.1177/1079063211432475>
- McGuire, J. (Eds.) (1995). *What works: Reducing reoffending: Guidelines from research and practice*. Wiley series in offender rehabilitation. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Meehl, P. E. (1954). Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Meehl, P. E. (1986). Causes and effects of my disturbing little book. *Journal of Personality Assessment*, 50, 370–375.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. doi: 10.1037/0033-295X.100.4.674
- Nichols, H. R. & Molinder, I. (1984). Manual for the Multiphasic Sex Inventory. Crime and Victim Psychology Specialists, Tacoma, WA. Available from, Nichols & Molinder, 437 Bowes Drive, Tacoma, WA 98466-70747, USA.
- Nieuwenhuizen, C. van, Schene, A.H., & Koeter, M.W.J. (1998). *Lancashire Kwaliteit van Leven Profiel, uitgebreide Nederlandse versie* [Lancashire Quality of Life Profile, extended Dutch version]. Eindhoven, the Netherlands: Youth Forensic Psychiatric Hospital.
- Ogloff, J. R., & Davis, M. R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk–needs–responsivity approach. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 229-242.
- * Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2014). Thirty years of research on the Level of Service Scales: A meta-analytic examination of predictive accuracy and sources of variability. *Psychological Assessment*, 26(1), 156–176. <http://doi.org/10.1037/a0035080>
- Prentky, R.A., Lee, A.F.S., Knight, R.A., & Cerce, D.D. (1997). Recidivism rates among child molesters and rapists: a methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 21, 635-659.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.
- * Prendergast, M. L., Messina, N. P., Hall, E. A., & Warda, U. S. (2011). The relative effectiveness of women-only and mixed-gender treatment for substance-abusing women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(4), 336–348. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.12.001>
- Put, C. E., van der, Hermanns, J., van Rijn-van Gelderen, L., & Sondejker, F. (2016). Detection of unsafety in families with parental and/or child developmental problems at the start of family support. *BMC psychiatry*, 16(1), 1.
- Put, C. E., van der, Assink, M., & Stams, G. J. J. (2016). Predicting relapse of problematic child-rearing situations. *Children and Youth Services Review*.
- * Reingle, J. M., Striley, C. W., Small, E., Crecelius, R., O’Leary, C. C., & Cottler, L. B. (2013). Can Courtroom Behavior Predict Recidivism? An Assessment of the Courtroom Behavior Check List for Women Presenting in Drug Court. *American Journal of Criminal Justice*, 38(4), 520–534.
<http://doi.org/10.1007/s12103-012-9190-2>
- * Rettinger, L. J., & Andrews, D. A. (2010). General risk and need, gender specificity, and the recidivism of female offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 37(1), 29–46. <http://doi.org/10.1177/0093854809349438>
- Rice, M.E. & Harris, G.T. (2005). Comparing Effect Sizes in Follow-up Studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 29 (5), 615-620.
- Rocque, M., & Plummer-Beale, J. (2014). In the eye of the beholder? An examination of the inter-rater reliability of the LSI-R and YLS/CMI in a correctional agency. *Journal of Criminal Justice*, 42 (6), 568-578. Doi: 10.1016/j.jcrimjus.2014.09.011.
- Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. In H. Cooper & L. V. Hedges (Eds.). *The Handbook of Research Synthesis*. New York, NY: Sage. pp. 239.
- Rothstein, H., Sutton, A.J. & Borenstein, M. (2005). *Publication bias in meta-analysis: prevention, assessment and adjustments*. Wiley. Chichester, England; Hoboken, NJ.

- Ruscio, J. (2008). A probability-based measure of effect size: Robustness to base rates and other factors. *Psychological Methods*, 13, 19-30.
- Ruiter, C., de (2009). Dutch Version of the B-SAFER. Retrieved from: <http://www.corinederuiter.eu/risk.php#b-safer>.
- * Salisbury, E. J., & Van Voorhis, P. (2009). Gendered Pathways: A Quantitative Investigation of Women Probationers' Paths to Incarceration. *Criminal Justice and Behavior*, 36(6), 541-566. <http://doi.org/10.1177/0093854809334076>
- Schuringa, E. (2011). Een voorbeeldcasus uit het Patiënt Volg Systeem van het FPC Dr. S. van Mesdag. *GGzet Wetenschappelijk*, 15(2), 55-69.
- Schuringa, E., Spreen, M., & Bogaerts, S. (2014). Inter-rater and test-retest reliability, internal consistency and factorial structure of the Dutch Instrument for Forensic Treatment Evaluation. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 14, 127-144. doi: 10.1080/15228932.2014.89753
- Smid, W., Wever, E. Spa, E.de (2014). Zedendelinquenten Onderscheiden: Een Globaal Overzicht van de Stand van Zaken met Betrekking tot Subgroepen, Recidiverisico's en Behandelbaarheid van Zedendelinquenten (en Drie Calls voor Verder Onderzoek). Kwaliteit Forensische Zorg Utrecht.
- Smid, W. J., Koch, M., & Berg, J. W. van den (2014). Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014). (Bewerkte vertaling van Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. STATIC-99R Coding Manual: Revised 2003. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2003.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Schuringa, E., Heininga, V., Spreen, M., & Bogaerts, S. Concurrent and Predictive Validity of the Instrument for Forensic Treatment Evaluation (IFTE): From Risk Assessment to Routine, Multidisciplinary Treatment Evaluation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. In review
- * Spjeldnes, S., Jung, H., Maguire, L., & Yamatani, H. (2012). Positive Family Social Support: Counteracting Negative Effects of Mental Illness and Substance Abuse to Reduce Jail Ex-inmate Recidivism Rates. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(2), 130-147. <http://doi.org/10.1080/10911359.2012.646846>
- Spreen, M., Brand, E, Ter Horst, P., & Bogaerts S. (2014). Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige - Revisie. Groningen: Dr. van Mesdag kliniek; 2014.
- * Stalans, L. J., & Lurigio, A. J. (2015). Parenting and Intimate Relationship Effects on Women Offenders' Recidivism and Noncompliance with Probation. *Women & Criminal Justice*, 25(3), 152-168. <http://doi.org/10.1080/08974454.2014.909764>
- * Steiner, B., Makarios, M. D., Travis III, L. F., & Meade, B. (2012). Examining the Effects of Community-Based Sanctions on Offender Recidivism. *Justice Quarterly*, 29(2), 229-257. <http://doi.org/10.1080/07418825.2011.555413>
- Tabachnik, B.G., & Fidell, L.S. (2013). Using multivariate statistics (6th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- * Tillyer, M. S., & Vose, B. (2011). Social ecology, individual risk, and recidivism: A multilevel examination of main and moderating influences. *Journal of Criminal Justice*, 39(5), 452-459. <http://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2011.08.003>
- Troquete NAC, van den Brink RHS, Beintema H, Mulder T, van Os TWDP, Schoevers RA, Wiersma D. (2015). Predictive validity of the Short Term Assessment of Risk and Treatability for violent behaviour in out-patient forensic psychiatric patients. *Psychol Assess*, 27: 377-91.
- Troquete N.A.C., van den Brink RHS, Beintema H, Mulder T, van Os TWDP, Schoevers RA, Wiersma D. (2013). Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 202: 365-71.
- Veeken, F., van der, Lucieer, J., & Bogaerts, S. Routine outcome monitoring and clinical decision-making in Forensic Psychiatry based on the Instrument for Forensic Treatment Evaluation. *Plos one*. In review.
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*, 36(3), 1-48.
- Vogel, V., de, Ruiter, C, de, Bouman, Y. H. A., & Vries Robbé, de, M. (2007) *SAPROF; Richtlijnen voor beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag*, Utrecht: Forum Educatief.

- 
- * Voorhis, P. Van, Wright, E. M., Salisbury, E., & Bauman, a. (2010). Women's Risk Factors and Their Contributions to Existing Risk/Needs Assessment: The Current Status of a Gender-Responsive Supplement. *Criminal Justice and Behavior*, 37(3), 261–288. <http://doi.org/10.1177/0093854809357442>
 - * Voorhis, P. Van, Spiropoulos, G., Ritchie, P. N., Seabrook, R., & Spruance, L. (2013). Identifying areas of specific responsivity in cognitive-behavioral treatment outcomes. *Criminal Justice and Behavior*, 40(11), 1250–1279. <http://doi.org/10.1177/0093854813494182>
 - Vries Robbé, de, M., Vogel, V., de & Spa, E. de, (2011). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients. A retrospective validation study of the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 178-186. Doi: 10.1080/14999013.2011.600232
 - Ward, T., & Brown, M. (2004). The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257. doi:10.1080/10683160410001662744
 - Wibbelink, C. J. M., & Assink, M. (2015). Handleiding voor het uitvoeren van een drie-level meta-analyse in R [Manual for conducting a three-level meta-analysis in R]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
 - * Wilson, H. A., & Gutierrez, L. (2014). Does One Size Fit All?: A Meta-Analysis Examining the Predictive Ability of the Level of Service Inventory (LSI) With Aboriginal Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 41(2), 196–219. <http://doi.org/10.1177/0093854813500958>
 - * Wormith, J. S., Hogg, S., & Guzzo, L. (2012). The Predictive validity of a General Risk/Needs assessment inventory on Sexual Offender Recidivism and an Exploration of the Professional Override. *Criminal Justice and Behavior*, 39(12), 1511–1538. <http://doi.org/10.1177/0093854812455741>
 - * Wormith, J. S., Hogg, S. M., & Guzzo, L. (2015). The Predictive Validity of the LS/CMI with Aboriginal Offenders in Canada. *Criminal Justice and Behavior*, 42(5), 481. <http://doi.org/10.1177/0093854814552843>

Bijlage 1. Flowdiagram van de selectie van studies voor de meta-analyse



Bijlage 2. Beschrijving domeinen meta-analyse Generieke groep

Domein	Beschrijving factoren opgenomen in domein
(1) Criminele vrienden	Companions ^{3, 4}
(2) Opleiding/werk	Opleiding/werk ^{1, 3, 4} , opleiding ^{1, 2} , werk ^{1, 2}
(4) Vrijtijdsbesteding	Vrije tijd/recreatie ^{3, 4}
(5) Familie/huwelijk/gezin	Familie/huwelijk ^{1, 3, 4} , huwelijkse status ^{1, 2} , familieproblemen ¹
(7) Alcohol- /drugsproblemen	Middelenmisbruik ^{1, 3} , alcoholmisbruik ¹ , drugsmisbruik ¹ , drugsgebruik ² , alcoholgebruik ² , alcohol/drugs ⁴
(8) Antisociale houding	Procriminele houding ¹ , antisociaal persoonlijkheidspatroon ¹ , antisociaal gedrag ² , antisociaal patroon ^{3, 4} , houdingen ³ , procriminele houding/oriëntatie ⁴
(17) Persoonlijke/psychische problemen	Psychose ¹ , schizofrenie ¹ , stemmingsstoornis ¹ , psychiatrische behandelgeschiedenis ¹ , mentale gezondheidsproblemen ¹ , onschuldig vanwege krankzinnigheid (NGRI) ¹ , persoonlijkheidsstoornis ¹ , depressie ² , persoonlijk/emotioneel ³
(20) Leeftijd	Leeftijd ²
(21) Intelligentieniveau	Intelligentie ¹
(22) Criminele geschiedenis	Criminele geschiedenis ^{1, 2, 4} , eerdere toelatingen ¹ , criminele geweldsgeschiedenis ² , eerder delicten ³
(23) Lengte van straf	Lengte van hospitalisatie ¹ , lengte van straf ²

¹Bonta, Blais & Wilson, 2014; ²Collins, 2010; ³Olver, Stochdale & Wormith, 2014; ⁴Wilson & Gutierrez, 2014

Bijlage 3. Beschrijving domeinen meta-analyse Ambulante groep

Domein	Beschrijving factoren opgenomen in domein
(1) Criminele vrienden	sociale invloeden ^{9, 12, 19} , afwijzing/eenzaamheid ⁹ , algemene sociale afwijzing ¹² , antisociaal gezelschap ²⁸ , companions ^{5, 8, 13, 14, 22, 29, 30} , mishandelende vrienden ¹⁰ , criminele vrienden ¹⁰
(2) Opleiding/werk	Opleiding/werk ^{5, 8, 14, 22, 28, 29, 30} , werk ^{13, 18, 19} , opleiding ^{18, 28} , werk/school ¹⁰ , werk na vrijlating ² , huidig opleidingsniveau ¹ , momenteel werkend ¹
(3) Financieel beheer	Subjectief welbevinden met betrekking tot de financiën ³ , financieel ^{13, 22, 28} , financieel/werk ²⁸ , werk/financiële behoeften ²³ , financiën ¹⁴ , inkomen > \$10.000 ²⁰
(4) Vrijtijdsbesteding	Vrije tijd/recreatie ^{5, 8, 14, 22, 28, 29, 30} , subjectief welbevinden met betrekking tot vrije tijd en sociale participatie ³ , vrije tijd ¹⁰
(5) Familie/huwelijk/gezin	Familie/huwelijk ^{5, 8, 14, 22, 28, 29, 30} , subjectief welbevinden met betrekking tot de familierelatie ³ , huwelijkse status ¹⁸ , geliefden ⁹ , relatieproblemen ²³ , familiesteun ²³ , familieconflict ¹⁰ , , huwelijk/familierelatie ¹³ , tevredenheid huwelijk ¹⁰ , familie/huwelijksproblemen ¹⁰ , relatiestabiliteit ¹² , niet-steunende partner ²⁵ , hulp/steun ²⁴ , sociale steun familie ²⁴
(6) Woonomgeving/-situatie	Subjectief welbevinden met betrekking tot leefomstandigheden ³ , accommodatie ^{10, 14, 22} , verblijf ¹⁹ , effecten van de buurt: achterstandsbuurt/immigratie/stabiliteit verblijf ²⁶ , achterstandswijk ^{15, 16} , onveilige huisvesting ²⁸
(7) Alcohol-/drugsproblemen	Alcohol/drugsproblemen ^{5, 8, 14, 22} , alcoholgebruik ^{7, 13} , drugsgebruik ^{7, 13, 15, 16} , huidig middelenmisbruik ²⁸ , dynamisch middelenmisbruik ²³ , middelenmisbruik ^{10, 24, 29, 30} , ernstig drugsgebruik ¹
(8) Antisociale houding	(Pro)criminele houding ^{5, 19, 22, 29, 30} , subjectief welbevinden met betrekking tot regels en veiligheid ³ , gebrek aan zorg voor anderen ^{9, 12} , medewerking met supervisie ^{9, 12} , antisociale schaal ⁷ , antisociale houding ²⁸ , procriminele houding/oriëntatie ^{8, 14} , antisociaal patroon ^{5, 8, 22, 29, 30} , mishandelende houding: neutralisatie/vijandige mannelijkheid ¹⁰ , crimineel gedrag ¹⁹ , antisociaal gedrag in de rechtszaal ²¹
(9) Seksuele problematiek	Seksuele deviantie ¹⁷ , seksuele/sociale wenselijkheid (normale seksuele behoeften) ^{6, 11} , seksuele obsessie ^{6, 11} , parafilie ⁶ , seksuele disfunctie ⁶ , seksuele kennis en overtuigingen ⁶ , vijandigheid naar vrouwen ^{9, 12} , seksuele preoccupatie ⁹ , seks als copingstrategie ^{9, 12} , identificatie met kinderen ⁹ , deviante seksuele interesses ^{9, 12} , houding tegenover seksuele rechten ⁹ , houding tegenover verkrachting ⁹ , houding tegenover kinderverkrachting ⁹ , toelaten van seksuele deviantie ¹¹ , seksueel gedrag ¹⁹ , seksuele interesses ¹⁹ , emotionele identificatie met kinderen ¹² , seksuele preoccupatie/seksuele behoeften ¹² , seksuele houding ¹⁹
(10) Psychopathie	Psychopathie/ASPS ¹⁷ , empathie ⁴
(11) Ontkenning/leugens	Ontkenning ¹⁷ , leugenschaal (ontkenning, minimalisatie) ^{6, 11} , cognitieve verstoringen/onvolwassenheid ⁶ , verantwoordingen ⁶ , absolute ontkenning ¹¹ , ontkenning van risico ¹¹ , verantwoordelijkheid delict ¹⁹

(12) Negatieve verwachting ten gevolge van gedrag	Afschrikking: verwachting van negatieve sociale consequenties/officialle consequenties (wet/werk) ¹⁰
(13) Impulsiviteit	Impulsief gedrag ^{9, 12} , impulsiviteit ¹⁹
(14) Agressie	Negatieve emotionaliteit ⁹ , geweld ⁷ , agressiviteit ⁷ , boosheid/vijandigheid ²⁸ , negatieve emotionaliteit/vijandigheid ¹²
(15) Zelfvertrouwen	Positief gevoel van eigenwaarde ³ , negatief gevoel van eigenwaarde ³ , zelfvertrouwen ²⁸ , Subjectief welbevinden vertrouwen doelen te kunnen bereiken ³ , self-efficacy ^{23, 28}
(16) Copingvaardigheden	Slecht probleemoplossend vermogen ^{9, 12} , ouderlijke stress ²⁸ , perspectief nemen ⁴ , fantasie ⁴ , persoonlijke stress ⁴ , probleemoplossend vermogen ¹⁹
(17) Persoonlijke/psychische problemen	Persoonlijke problemen ^{5, 29, 30} , persoonlijkheidstype: agressief/afhankelijk/neurotisch ²⁷ , subjectief welbevinden met betrekking tot vervulling ³ , persoonlijk/emotioneel ^{10, 22} , emotionele/persoonlijke problemen ¹⁴ , stressrisico ⁷ , angst-/depressiesymptomen ²⁸ , psychosesymptomen ²⁸ , sociale gezondheid/mentale gezondheid ^{29, 30} , depressie/angst ²³ , emotionele stabiliteit ¹³ , emotieregulatie ¹⁹ , mentale gezondheidsproblemen ²⁴ , stabiele mentale gezondheid ¹⁶
(18) Gezondheidsproblemen	Subjectief welbevinden met betrekking tot gezondheid ³ , gezondheid ¹³

¹Abrams, Terry & Franke, 2011; ²Batiuk, Moke & Rountree, 1997; ³Bouman, Schene & De Ruiter, 2009; ⁴Brown, Harkins & Beech, 2012; ⁵Canales, Campbell, Wei & Totten, 2014; ⁶Craig, Browne, Beech & Stringer, 2006; ⁷Degiorgio & DiDonato, 2014; ⁸Gordon, Kelty & Julian, 2015; ⁹Hanson, Helmus & Harris, 2015; ¹⁰Hanson & Wallace-capretta, 2004; ¹¹Harkins, Beech & Goodwill, 2010; ¹²Helmus, Babchishin & Blais, 2012; ¹³Henderson & Miller, 2011; ¹⁴Hsu, Caputi & Byrne, 2009; ¹⁵Huebner & Berg, 2011; ¹⁶Huebner, DeJong & Cobbina, 2010; ¹⁷Konopasek, 2015; ¹⁸Kropp & Hart, 2000; ¹⁹McGrath, Lasher & Cumming, 2012; ²⁰Prendergast, Messina, Hall & Warda, 2011; ²¹Reingle, Striley, Small, Crecelius, Callahan O'Leary & Cottler, 2013; ²²Rettinger & Andrews, 2010; ²³Salisbury & Van Voorhis, 2009; ²⁴Spjeldnes, Jung, Maguire & Yamantani, 2012; ²⁵Stalans & Lurigio, 2015; ²⁶Tillyer & Vose, 2011; ²⁷Van Voorhis, Spiropoulos, Ritchie, Seabrook & Spruance, 2013; ²⁸Voorhis, Wright, Salisbury & Bauman, 2010; ²⁹Wormith, Hogg & Guzzo, 2012; ³⁰Wormith, Hogg & Guzzo, 2015



Bijlage 4. Beschrijving studies meta-analyse Generieke groep

nr	Studie	Beschrijving onderzoeksgroep				Type behandeling	Risicofactoren	Uitkomstmaten
		Populatie / Land	Aantal studies / Aantal correlaties	N	Kenmerken onderzoeksgroep			
1/332	Collins (2010)	Delinquenten / Canada	Onbekend / 127	24.351	ID: enig delict GS: man (77.93%) AF: blank (60%) OP: 10.67 jaar onderwijs gevolgd GL: 29.5 jaar	Gemiddeld 3.82 jaar gevangenisstraf	Alcoholgebruik / onderwijs / huwelijks status / statische risicofactoren	Geweldsrecidive, gemiddeld 4.5 jaar follow-up
2/340	Wilson & Gutierrez (2014)	Inheemse delinquenten	12 / 1.186	21.807	ID: enig delict GS: >74% man (67.8% van de samples) AF: Aboriginal (100%) OP: onbekend GL: 28.7 jaar	Vrijgelaten na gevangenisstraf (4 studies) of community sentence (8 studies)	LSI schalen; eerder delicten / werk/onderwijs / familie/huwelijk / vrije tijd / criminele vrienden / middelengebruik / procriminele houding/oriëntatie / antisociaal patroon	Algemene recidive (veroordeling/opsluiting/arrestatie /schending voorwaarden), gemiddeld 2.5 jaar follow-up
3/1068	Olver, Stockdale & Wormith (2014)	Delinquenten / Canada	128 / onbekend	137.931	ID: enig delict of zeden GS: man (80.5%) AF: blank (63%), zwart (18.9%), Aboriginal (9.8%), Spaans (5.5%), Aziatisch (2.9%), anders (6.5%) OP: onbekend GL: 26.67 jaar (72% volwassenen, 28% jeugd)	In instelling en/of ambulante behandeling	LSI schalen; onderwijs/werk / familie/huwelijk / financieel / verblijfplaats / vrienden / vrije tijd / middelenmisbruik / persoonlijk/emotioneel / antisociaal patroon / houding / eerdere delicten	Algemene, seksuele en geweldsrecidive (arrestatie/beschuldiging/veroordeeling etc.) in instelling of ambulant, gemiddeld 2.2 jaar follow-up
4/1073	Bonta, Blais & Wilson (2014)	Diagnostische groepen delinquenten / Canada	126 / >1.700	28.608	ID: geweld (63%) GS: mannen en vrouwen (58.1% van de studies) AF: ethnische minderheden (41.1%) OP: onbekend GL: 32.7 jaar DG: meerderheid schizofrenie	Enige vorm van geestelijke gezondheidsidentificatie of interventie	Risicofactoren afgeleid van de Central Eight: procriminele houding / onderwijs/werk / huwelijks status Klinische voorspellers: psychose / schizofrenie / stemmingsstoornis / psychische stoornis / Antisociale Persoonlijkeitsstoornis of psychopathie	Enig bewijs van algemene of geweldsrecidive, gemiddeld 4.9 jaar follow-up.

Bijlage 5. Beschrijving studies meta-analyse Ambulante



nr	Studie	Beschrijving onderzoeksgroep			Type behandeling	Studie opzet	Risicofactoren	Uitkomstmaten
		Populatie / Land	N	Kenmerken onderzoeksgroep				
1/5	Canales, Campbell, Wei & Totten (2014)	Diagnostische groepen / Canada	138	ID: enig delict GS: man (71.7%) AF: blank (95.7%) OP: onbekend GL: 35.47 jaar DG: psychotici (40.6%), stemming/angst (31.2%), PS (31.9%), cognitieve disfunctie (21.0%), dubbele diagnose (37.7%)	Toezicht	Retrospectief	LS/RNR / Algemene Risk/Need sectie (somscore) / Specifieke Risk/Need sectie (somscore)	Nieuwe aangiften: algemene en geweldsrecidive / politiedata, gemiddelde follow-up: 4 jaar
2/26	Bouman, Schene & De Ruiters (2009)	Diagnostische groepen / Nederland	135	ID: enig delict GS: man (100%) AF: onbekend OP: 1/3 heeft geen enkele opleiding afgerond of alleen basisonderwijs GL: 37.5 jaar DG: PS (70%) waaronder cluster B (23%), subklinische stoornis (7%)	Ambulante forensische behandeling	Prospectief	Vrije tijd / leefomstandigheden / financiën / veiligheid / gezondheid / familie / zelfwaardering / Cantril's ladder / LSI-r / delicthistorie / behandelintensiteit	Zelfgerapporteerde recidive en officiële recidive (w. o. geweld, vermogen, algemeen; n=102), gemiddelde follow-up: 3 jaar
3/201	Konopasek (2015)	Zedendelinquenten / VS	192	ID: zeden GS: man (94.8%) AF: blank (97.4%) OP: onbekend GL: 34.74 jaar DG: Psychopathie of ASPS (12.5%), seksuele deviantie of parafilie (46.9%)	Vrijlating borgtocht of reclasseringstoezicht	Retrospectief	Ontkenning / seksuele deviantie / Psychopathie / leeftijd tvv bekendmaking seksuele voorgeschiedenis / Static-99-R	Officiële seksuele recidive, gemiddelde follow-up: 5 jaar
4/301	Craig, Browne, Beech & Stringer (2006)	Zedendelinquenten / GB	119	ID: kindmisbruikers GS: man (100%) AF: onbekend OP: onbekend GL: onbekend	Ambulante behandeling (n=55), klinische behandeling (n=66)	Retrospectief	Multiphasic Sex Inventory (MSI) factor- en schaalcores / Static-99 totaalscore	Hands-on seksuele recidive. Follow-up RSU: 106.1 mnd. Follow-up ambulante groep: 6 jr
5/355	Kropp & Hart (2000)	Delinquenten / Canada	2681	ID: huiselijk geweld GS: man (100%) AF: blank (80%), Indiaans (15%), overige minderheden (5%) OP: onbekend GL: onbekend	Partnergeweld interventie (min 12 tot 16 sessies)	Retrospectief	SARA totaal score / leeftijd / opleiding / werk / burgerlijke staat / afkomst / eerdere beschuldigingen / motivatie / verantwoordelijkheid / risico / sessies aanwezig / PCL:SV score	Nieuwe veroordelingen huiselijk geweld (n = 102; 50 niet-recidivisten en 52 recidivisten)
6/367	Rettinger & Andrews (2010)	Gedetineerden en onder toezicht gestelde delinquenten / Canada	441	ID: vermogen, geweld of drugsgerelateerd GS: vrouw (100%) AF: blank (74%), aboriginal (12%), zwart (10%), overige minderheden (4%) OP: onbekend GL: 30.3 jaar	Geen behandeling in detentie (n=202) / Community supervisie (n=239)	Retrospectief	Domeinen uit LSI-r / Algemene risk/need score uit LS/CMI	Nieuwe veroordelingen (algemene en geweldsrecidive), gemiddelde follow-up: 4.8 jaar

7/368	Hanson, Helmus & Harris (2015)	Zedendelinquenten / Canada	768	ID: zeden GS: mannen (100%) AF: Aboriginal (14%) OP: onbekend GL: 41 jaar			Community supervisie; vrijlating onder voorwaarden, toezicht	Prospectief	Static-99R / Static-2002R totaalscores / STABLE-2000 en STABLE-2007 domeinscores	Officiële recidive: zeden, geweld, algemeen, gemiddelde follow-up: 5 jaar			
8/431	Degiorgio & DiDonato (2014)	Reclassenten / VS	8.310	ID: enig delict GS: man (73.5%) AF: blank (64.4%), zwart (18.1%), Spaans (13.4%) OP: middelbare school afgerond (70.4%) GL: 29.60 jaar			Reclassering	Retrospectief	SAQ-Adult Probation III: crimineel verleden / alcohol / drug / geweld / antisociaal gedrag / agressie / stress	Aantal nieuwe proeftijd intrekkingen (follow-up is onbekend)			
9/455	Wormith, Hogg & Guzzo (2012)	Reclassenten en gedetineerden / Canada	26.450	Sex offenders (n=1.905)		Nonsexual offenders (n=24.545)		Toezicht, vrijlating onder voorwaarden	Retrospectief	LS/CMI subschalen	Algemene recidive / Ernst delict / Geweldsrecidive / Seksuele recidive / Tijd tot recidive, gemiddelde follow-up: 3.4 jaar bij zedendelinquenten en 3.9 jaar bij niet-zedendelinquenten		
				ID: zeden GS: man (97.1%) AF: blank (61.1%), Aboriginal (12.1%), zwart (8.6%), onbekend (18.2%) OP: onbekend GL (einde follow-up): 41.91 jaar	ID: niet-seksueel GS: man (80.5%) AF: blank (59.0%), Aboriginal (6.0%), zwart (7.2%), onbekend (27.9%) OP: onbekend GL (einde follow-up): 37.63 jaar								
				Gedet. (n=733)	Voorw. straf (n=349)	Reclassenten (n=823)	Gedetineerden (n=4.217)	Voorw. straf (n=2.876)	Reclassenten (n=17.452)				
10/559	Van Voorhis, Wright, Salisbury & Bauman (2010)	Delinquenten onder toezicht en gedetineerden / VS	1.626	ID: geweld (< 10%) GS: vrouw (100%)						Reclassering	Prospectief	Statische risicofactoren / LSI-r subschalen / Familie (-conflict/-support) / Relatiedysfunctie / Onderwijs / Financieel/werk / Wonen / Middelen / Boosheid / Zelfvertrouwen / Self-efficacy / Stress / Angst/depressie	Nieuwe arrestaties, gemiddelde follow-up: 17 maanden / incidenten tijdens detentie
				Reclasseringstoezicht (n=1000)			Gedetineerden (n=626)						
				Missouri (n=313) AF: blank (67.8%) OP: middelbaar of vergelijkbaar diploma (64.5%) GL: 31.9 jaar	Minnesota (n=233) AF: blank (72.5%) OP: middelbaar of vergelijkbaar (78.5%) GL: 34.0 jaar	Mauï (n=158) AF: blank (29.9%) OP: middelbaar of vergelijkbaar (71.5%) GL: 34.3 jaar	Colorado (n=134) AF: blank (50.7%) OP: middelbaar of vergelijkbaar (51.5%) GL: 34.6 jaar	Missouri (n=162) AF: blank (70.3%) OP: middelbaar of vergelijkbaar (55.6%) GL: 35.3 jaar					
11/578	Gordon, Kelty & Julian (2015)	Delinquenten onder ambulante toezicht / Australië	569	ID: enig delict GS: man (83%) AF: blank (100%) OP: onbekend GL: 31 jaar			Voorwaardelijke vrijlating	Retrospectief	LS/CMI subschalen	Officiële recidive binnen 1 jaar na het index delict of vrijlating			
12/			78.052	Mannen				Retrospectief	LSI-r subschalen				

588	Hsu, Caputi & Byrne (2009)	Delinquenten onder toezicht / Australië		Ambulant (n=41.474) GL: 31.96 jaar	Custodial (n=21.559) GL: 33.34 jaar	Combinatie (n=3.407) GL: 29.66 jaar	Ambulante voorw. (n=50.667), straf (n=23.528) of een combinatie (n=3.857)			Terugkeer naar behandeling of supervisie, gemiddelde follow-up: 9 maanden			
				Vrouwen							Ambulant (n=9.193) GL: 32.62 jaar	Custodial (n=1.969) GL: 33.53 jaar	Combinatie (n=450) GL: 30.44 jaar
				AF: onbekend ID: geweld (38.9-72.2%), vermogen (15.0-33.3%), verkeersdelicten (1.5-15.5%), overval (1.0-12.7%) OP: onbekend									
13/ 609	Wormith, Hogg & Guzzo (2015)	Delinquenten onder toezicht / Canada	26.450	Aboriginal (n=1.692) ID: enig delict GS: man (75.3%) OP: onbekend GL: 35.71 jaar			Non-Aboriginal (n=24.758) ID: enig delict GS: man (82.2%) OP: onbekend GL: 38.09 jaar			Reclassering (18.71%), voorw. straf ambulant (12.19%) of toezicht (69.09%)	Retrospectief	LS/CMI subschalen	Officiële recidivedata: algemene en geweldsrecidive, gemiddelde follow-up: 3.8 jaar
				Gedet. (n=603) GS: man (92.70%)	Voorw. straf (n=198) GS: man (66.67%)	Toezicht (n=891) GS: man (65.43%)	Gedet. (n=4.347) GS: man (94.23%)	Voorw. straf (n=3.027) GS: man (78.82%)	Toezicht (n=17.384) GS: man (79.73%)				
14/ 668	Salisbury & Van Voorhis (2009)	Reclassenten / VS	313	ID: geweld (7.3%), geweld ter zelfverdediging (1.6%) GS: vrouw (100%) AF: blank (67.8%), Afrikaans-Amerikaans (29.9%), Aziatisch (1.0%), Spaans (1.0%), mix (0.3%) OP: middelbaar onderwijs of vergelijkbaar diploma (64.5%) GL (n=307): 31.9 jaar. Verdeling subgroepen: 17 jaar (1.0%), 18-20 jaar (11.7%), 21-30 jaar (35.5%), 31-40 jaar (29.3%), 41-50 jaar (18.9%), >50 jaar (3.6%)						Reclassering	Retrospectief	Opleiding / relatie / zelf-effectiviteit / werk / financiën / steun	Detentie 2 jaar na voorw. straf (n=304)
15/ 692	Brown, Harkins & Beech (2012)	Zedendelinquenten / GB	105	ID: zeden GS: man (100%) AF: onbekend OP: onbekend GL (bij vrijlating): 44.4 jaar						Poliklinische zedeninterventie of in detentie	Prospectief	Interpersonal Reactivity Inventory (IRI) / Victim Empathy Scale (VES)	Officiële recidivedata, gemiddelde follow-up: 10.2 jaar
16/ 704	Van Voorhis, Spiropoulos, Ritchie, Seabrook & Spruance (2013)	Hoog risico reclassenders (geen zedendelinquenten) / VS	940	ID: eerder geweldsdelict (43.8%), eerder vermogensdelict (71.8%), eerder drugsgerelateerd delict, drugsverkoop (44.5%), drugsbezit (64.8%), eerder seksueel delict (3.4%) GS: man (100%) DG: agressief (30.2%), neurotisch (15.5%), afhankelijk (29.5%), situationeel (24.8%)			Georgia Cognitive Skills Experiment interventie (GCSE) / andere interventies wo middelen (>70%), werk en opleidingsprogr. (20%)			RCT	Statische risico factoren / burgerlijke staat / werk / opleiding / persoonlijkheidstype	Algemene recidive na 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30 en 33 mnd na vrijlating	
				Interventie (n=459) AF: blank (30.7%), African American (69.3%) OP: nooit naar school geweest (0.4%), minder dan middelbaar (7.9%), middelbaar onderwijs gevolgd (57.9%), middelbaar afgerond (22.8%), enig technisch onderwijs gevolgd (1.3%),			Controle (n=481) AF: blank (28.9%), African American (71.1%) OP: nooit naar school geweest (0.4%), minder dan middelbaar (11.0%), middelbaar onderwijs gevolgd (55.2%),						

				afgerond technische opleiding (2.0%), enig college (7.0%), Bachelor diploma (0.4%), anders (0.2%) IQ: <81 (6.1%), 81-99 (33.3%), 100-115 (45.5%), >115 (15.0%) GL: 31.9 jaar	middelbaar afgerond (24.6%), enig technisch onderwijs gevolgd (0.4%), afgerond technische opleiding (2.1%), enig college (6.3%) IQ: <81 (6.0%), 81-99 (37.4%), 100-115 (41.2%), >115 (15.4%) GL: 32.0 jaar				
17/ 730	Harkins, Beech & Goodwill (2010)	Zedendelinquenten / GB	180	ID: zeden GS: man (100%) AF: onbekend OP: onbekend GL (bij vrijlating): 41.8 jaar	Groeps CGT (SOTP) of ambulante behandeling	Retrospectief	RM 2000 / Ontkenningsscore (a.d.h.v. MSI scores en SOAQ totaalscore), absolute denial (SOAQ denial), denial of risk (SOAQ perception of risk) Bh motivatie (MSI treatment attitudes)	Officiële recidivedata. Follow-up: 10.3 jaar	
18/ 773	Henderson & Miller (2011)	Delinquenten / VS	194	ID: vermogen (85%), tegen personen (15%) GS: man (100%) AF: blank (52.8%), zwart (35.4%), Spaans (10.3%) OP: ageronde middelbare school (81%) GL: 28 jaar	Reclasserings toezicht Voorwaardelijke vrijlating	Retrospectief	Statische risicofactoren / Attitude / werk / financiën / familie / support / emotionele stabiliteit / mideelen / seksueel gedrag	Nieuwe arrestaties binnen 5 jaar na vrijlating	
19/ 851	Hanson & Wallace-capretta (2004)	Huiselijk geweldplegers / Canada	320	ID: huiselijk geweld GS: man (100%) AF: onbekend OP: onbekend GL: 35.20 jaar	Ambulante behandeling	Prospectief	Ontwikkeld door auteurs: Family History Questionnaire / Expectation of Negative Consequences / Motivation to Change Scale / Consumer Satisfaction / Hostile Masculinity Scale / Attitudes toward Helpers. Locke-Wallace Short Marital Adjustment test (SMAT; Locke & Wallace, 1959) / self-report versie van de LSI-r, waarbij Attitude domein gebaseerd is op zelf-rapportage lijsten / Neutralizations Scale (Shields & Whitehall, 1994) / Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR; Paulhus, 1984)	Algemene en geweldsrecidive (aangiften en veroordelingen), gemiddelde follow-up: 4.8 jaar	
20/ 1106	McGrath, Lasher & Cumming (2012)	Zedendelinquenten / VS	759	ID: zeden GS: man (100%) AF: blank (96.4%) OP: >11 jaar (73.3%)	Ambulante bh / Vermont Treatment Program for	Prospectief	SOTIPS itemscores, meetmomenten: 3 ,in 4-9 mnd en in 10-15 mnd van de behandeling	Nieuwe arrestaties (zeden, geweld, algemeen), detentie. Followup: 3 jaar	

				GL (na vrijlating): 34.2 jaar		Sexual Abusers (VTPSA)			
21/ 1118	Helmus, Babchishin & Blais (2012)	Zedendelinquenten / Canada	597	ID: zeden GS: man (100%) OP: onbekend		Toezicht / reclassering / voorw. vrijlating	Retrospectief	STABLE-2007 itemscores, afgenomen in de eerste 3 maanden van supervisie	Nieuwe arrestaties voor seksuele, geweld, Algemene recidive, gemiddelde follow-up 3.4 jaar
				<i>Aboriginal (n=88)</i> GL: 36.2 jaar	<i>Non-Aboriginal (n=509)</i> GL: 41.8 jaar				
22/ 1225	Tillyer & Vose (2011)	Delinquenten na toezicht / VS	5.027	ID: enig delict GS: man (81%) AF: niet-blank (14%), Spaans (4%) OP: onbekend GL: 33.87 jaar		Supervisie	Retrospectief	LSI-r score / afkomst / geslacht / leeftijd / omgeving / stabiliteit wonen / concentratie etn. groepen	Officiële data van zware of zwaardere misdaad tot 3 jaar na einde supervisie (n=100)
23/ 1233	Stalans & Lurigio (2015)	Reclassenten / VS	257	<i>Intervention (n=118), Control (n=139)</i> ID: vermogen (34%), huiselijk geweld (10%), geweld (15%), rijden onder invloed (22%), drugsbezit (9%), heling (3%) GS: vrouw (100%) AF: blank (59%), African-American (35%), spaans (5%) OP: onbekend GL: 33 jaar		Voorw. vrijlatingsprogr. voor vrouwen / standaard probation	Prospectief	Niet ondersteunende partner / aantal gemiste afspraken	Gemiste sessies / nieuwe arrestatie. Follow-up 3.2 jaar
24/ 1272	Spjeldnes, Jung, Maguire & Yamatani (2012)	Vrijlating uit detentie / VS	301	ID: enig delict GS: man (100%) AF: blank (50.5%), zwart (49.5%) OP: onbekend GL: 36 jaar Psychische klachten: 11%		Community Based Services (CBS)	Retrospectief	Geestelijke gezondheid / middelen / afkomst / leeftijd / ondersteuning	Zelfgerapporteerde algemene recidive. Followup: 1 jaar na vrijlating
25/ 1300	Huebner & Berg (2011)	Vrijlating uit detentie / VS	3.786	ID: vermogen (41%), drugs (20%) GS: man (100%) AF: zwart (33%) OP: middelbare school of vergelijkbaar diploma (34%) GL: 32.79 jaar		Parole	Prospectief	Statische risicofactoren / drugsgebruik / huwelijk / familie / supervisie	Nieuwe veroordelingen / terugkeer naar detentie. Followup: 8 jaar
26/ 1304	Prendergast, Messina, Hall & Warda (2011)	Vrouwen die middelen gebruiken en in strafrechtketen zitten / VS	291	<i>Mixed-gender treatment (n=139)</i> ID: middenmisbruik (100%) GS: vrouw (100%) AF: blank (40%), zwart (34%), Spaans (18%) OP: minder dan middelbare school (30%), middelbare school (7%), vergelijkbaar diploma (5%), WO (38%), handel of technische opleiding (20%) GL: 36.5 jaar	<i>Women-only treatment (n=152)</i> ID: middenmisbruik (100%) GS: vrouw (100%) AF: blank (22%), zwart (43%), Spaans (26%) OP: minder dan middelbare school (39%), middelbare school (9%), vergelijkbaar diploma (5%), WO (24%), handel of technische opleiding (23%) GL: 34.9 jaar	Ambulante behandeling middelengebruik women-only / mixed-gender	Quasi-experimenteel	Statische risicofactoren / burgerlijke staat / inkomen	Zelfgerapporteerde recidive en nieuwe arrestaties. Follow-up 1 jaar na start behandeling (n = 259)

27/ 1343	Huebner, DeJong & Cobbina (2010)	Uit detentie vrijgelaten / VS	519	ID: vermogen (52%), drugserelateerd (28%) GS: vrouw (100%) AF: blank (64%) OP: middelbare school verlaters (55%) GL: 33.81 jaar	Parole	Retrospectief	Statische risico factoren / drugs / woonsituatie na vrijlating (alleen, met partner)	Nieuwe veroordelingen algemeen / detentie. Follow-up 8 jaar	
28/ 1374	Reingle et al. (2013)	Vrouwen die moeten voorkomen / VS	127	<i>Intervention (44.1%, n=56), Control (55.9%, n=71)</i> ID: niet-geweldsdelict (100%) GS: vrouw (100%) AF: African-American (69.3%) OP: onbekend GL: 35.9 jaar	Sisters Teaching Options for Prevention (STOP) + standaard interventie / standaard interventie	Quasi- experimenteel	Antisociaal gedrag in rechtszaal; Courtroom Behavior Check List (CRBCL)	Detentie. Follow-up: 4 en 8 mnd / nieuwe arrestatie / nieuwe overtreding	
29/ 1409	Batiuk, Moke & Rountree (1997)	Gedetineerden na vrijlating / VS	318	<i>Interventie (n=95)</i> ID: enig delict GS: man (100%) AF: blank (69%), zwart (31%) OP: onbekend GL: 33.83 jaar Verdeling in groepen: <31 (3%), 31-35 (45%), 36-40 (40%), >40 (12%)	<i>Controle (n=223)</i> ID: enig delict GS: man (100%) AF: blank (68%), zwart (32%) OP: onbekend GL: 33.83 jaar Verdeling in groepen: <31 (25%), 31-35 (53%), 36-40 (22%)	Associate's degree program / geen behandeling	Quasi- experimenteel	Statische risicofactoren / werk / opleiding	Officiële recidive (detentie). Follow-up: 10 jaar na vrijlating
30/ 2119	Abrams, Terry & Franke (2011)	Jongvolwassen delinquenten / VS	75	ID: ernstige delicten GS: man (100%) AF: onbekend OP: geen middelbaar onderwijs of vergelijkbaar diploma (37.3%), middelbaar onderwijs of vergelijkbaar diploma (36.0%), niet / afgerond 2- of 4-jarig college (26.7%) GL: 20.5 jaar	Community- based reentry program	Prospectief	Statische risicofactoren / hoogste opleiding / werk / vaderschap / middenmisbruik	Nieuwe veroordelingen, gemiddelde follow-up: 3.2 jaar	

