START-ing Risk Assessment and Shared Care Planning in Out-patient Forensic Psychiatry.
Troquete, Nadine

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2014

Link to publication in University of Groningen/UMCG research database

Citation for published version (APA):
Troquete, N. (2014). START-ing Risk Assessment and Shared Care Planning in Out-patient Forensic Psychiatry. Results from a cluster randomized controlled trial. [S.l.]: [S.n.].

Copyright
Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): http://www.rug.nl/research/portal. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Download date: 27-12-2019
References


Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) [Netherlands Institute of Forensic Psychiatry and Psychology]. (2011). *Gedragstaxiende analyses geeft duidelijkheid over geestesgesteldheid Tristan van der V.*


Troquete, N. A. C., & van Os, T. W. D. P. (in press). Risk assessment with the START of a personality disordered client treated in out-patient forensic psychiatry. In T. Nicholls & C. Webster (Eds.), *Case vignettes using the Short Term Assessment of Risk and Treatability*. Port Coquitlam, Canada.


Webster, C. D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T. L., & Middleton, C. (2009). *Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Manueal for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)) (K. 't Lam, M. Lancel & M. Hildebrand, Trans.):* GGZ Drenthe, Assen, NL.


After various violent incidents involving the mentally ill, the Dutch government ordered reforms of both the judicial and mental health care systems. These changes are thought to result in more out-patient treatment at the cost of clinical capacity, thus reducing the burden of treatment on clients themselves as well as the costs for treatment overall. This leaves professionals with the problem of identifying the potential risk of recidivism posed by the client as well as which treatment and/or supervision would be most appropriate to mitigate this risk.

Commonly structured risk assessment instruments have been used for this purpose. However, there is currently very limited support for their use as a method for violence prevention and this is troubling. Since the prevention of future violent behaviour is the main aim of treatment in forensic psychiatry, investigation of this issue seems warranted. This thesis aims to do so.

An additional challenge in forensic psychiatric treatment is client motivation for treatment and the establishment and maintenance of a therapeutic relationship. Theories and research in other settings show that Shared Decision Making (SDM) can be useful in this respect. Therefore we decided to combine our intervention of risk assessment with SDM.

**Theories about offending and forms of risk assessment instruments**

In Chapter 1 the two leading rehabilitation theories which have exerted their influence in the field of risk assessment are discussed. These theories are the Risk-Needs-Responsivity (RNR) model and the Good Lives Model (GLM).

The RNR model consists of three core principles: the Risk Principle, the Needs Principle and the Responsivity Principle. Shortly, RNR says that reduction of recidivism is achieved through addressing risk factors in a way suited to the client’s abilities and level of risk. Although the success of such a risk focussed treatment has been shown the model has also been criticized. Most notably for not addressing client motivation for treatment, ignoring the role of non-criminogenic needs (e.g., low self-esteem) in the occurrence of violence and not considering the context in which behaviour occurs.
GLM was formulated to address these concerns and states that people want to lead ‘Good Lives’, which they try to get by obtaining important primary goods (e.g., friendship and happiness). People offend because they lack the capacity or knowledge to use socially acceptable ways of obtaining these goods and thus fulfilling their need for them. So, in addition to addressing criminogenic needs, it is necessary to teach offenders strategies for obtaining a Good Life. As yet the evidence base for GLM is fairly small but results are encouraging, at least for some of the basic aspects of the model.

Influenced by these theories, risk assessment has undergone various changes over the years, not only in form but also in content ranging from pure clinical judgment to complete actuarial risk assessment (i.e. lists of factors known to be associated with recidivism). Currently a popular paradigm is a combination of these two approaches: the Structured Professional Judgment (SPJ). In this approach clinicians first complete an actuarial assessment and then provide an overall final risk estimate adjusted by their professional judgment.

The popularity of SPJ in clinical practice has resulted in the inclusion of not only static (i.e., unchangeable) risk factors, such as previous mental illness, but also dynamic (i.e., changeable) ones, such as mental well-being, whose appeal lies in their potential to reflect changes in risk and in guiding treatment and risk management strategies. The additional inclusion of protective factors in risk assessment instruments, such as having good social skills, can then help in fulfilling a client’s needs and thus aid in reducing recidivism. The Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) is an example of an SPJ risk assessment instrument that includes dynamic risk and protective factors.

**THE RACE STUDY AND INTERVENTION**

The Risk Assessment and Care Evaluation (RACE) study (trial number 1042 at www.trialregister.nl), is the first randomized controlled trial addressing the issue of violence prevention through the use of risk assessment and SDM. In a unique collaboration, the three out-patient forensic psychiatric clinics in the north of the Netherlands all participated (i.e., locations Assen, Leeuwarden and Groningen). We randomized 58 case managers and 632 of their clients to either Intervention (n = 310) or Care-As-Usual (n
In Chapter 2 a detailed description is provided of a typical client receiving treatment in one of the out-patient clinics, and the way in which our intervention was incorporated in the care he received. Mr. J. is a typical example of the clients in out-patient forensic psychiatry in that he is a fairly young man (aged 24 at the time) who has had a somewhat troubled past including physical abuse by his stepfather and the use of drugs at an early age. He has been convicted several times for offences ranging from burglary and theft to sexual and physical assault. He was referred for treatment by probationary services after assaulting his girlfriend. His main psychiatric diagnosis is one of Personality Disorder Not Otherwise Specified with Antisocial, Narcissistic and Dependent traits. He was never diagnosed with Schizophrenia or with any other form of Psychosis.

As the first step of our intervention, both J. and his case manager START to prepare for their discussion of the treatment plan (see Appendices A and B for Dutch versions and Appendices D and E for English versions). During this second step of the intervention, they followed a protocol developed to increase SDM. The aim of this approach at reaching a consensus about future treatment goals between case manager and client. At consecutive treatment planning sessions this procedure was repeated with the addition of an evaluation of previous agreements (see Appendix C). Both case manager and client provided a rationale for their choices and proposed treatment they considered appropriate. Overall, both case managers and clients found this approach useful and informative.

Predicting future violent behaviour

In Chapter 3 we tried to address several concerns about studies to date which examined the predictive validity of the START. Specifically, so far results have been restricted by one or several of the following limitations: small samples, only examination of in-patient settings, completion of the START by research assistants rather than clinicians, and completion of the START on case files rather than in clinical practice. We specifically examined if the prediction of future violent behaviour with historic risk factors could be improved by including 1) dynamic risk factors; 2) dynamic protective factors, and 3) the final SPJ. We then investigated if models should include the full strengths and vulnerability scales or if inclusion of the
key strengths and critical vulnerabilities sufficed for successful prediction. Predictive validity for all these models was examined for a follow-up period of 3 and 6 months.

Prediction of recidivism based on historical factor ratings could not be improved through the addition of dynamic risk, protective strength, or key or critical factor scores. The addition of the SPJ rating improved the model to modest accuracy but made no independent significant contribution for the 3 months follow-up. For the 6 months follow-up, SPJ scores also increased predictive accuracy to modest and made a significant independent contribution to the prediction of the outcome. Limitations apply, however, results are similar to those from clinical, researcher rated samples and are discussed in the light of setting specific characteristics. Although it is too early to advocate implementing risk assessment instruments in clinical practice, we can conclude that clinicians in a heterogeneous out-patient forensic psychiatric setting can achieve similar results with the START as clinicians and research staff in more homogeneous in-patient settings.

In Chapter 4 we addressed an issue that has hitherto been fairly unexamined, that of client self-assessment of future risk for violent behaviour. Clients have their own unique insights and perspectives into why they get involved in violent or criminal behaviour. As such these could be valuable additions to risk assessments made by case managers. We examined this for clients in out-patient forensic psychiatry, testing if the clients’ perspective could improve the predictive validity of case-manager rated STARTs.

We found that clients were able to complete the instrument but that agreement between client and case manager on key strengths and critical risk factors was poor. This different selection seems to reflect different views on why clients (re-)offend and should be addressed in treatment planning, for instance, by introducing shared decision making of the treatment plan. This is important because the optimal multivariate prediction model included not only the case manager’s final SPJ for violence against others but also the client’s self-assessed critical vulnerabilities and key strengths. Clients self-assessments therefore seem to be a useful addition to clinicians ratings of future risk.
PREVENTING FUTURE VIOLENT BEHAVIOUR AND IMPROVING CLIENT FUNCTIONING

Promising as these findings for the predictive validity of the START in our out-patient setting may be, the main aim of forensic psychiatry is the reduction of recidivism. In Chapter 5, therefore, we tested whether we could achieve this goal by combining risk assessment with SDM of the treatment plan. We randomized 58 case managers and 632 of their clients to either Intervention (n = 310) or Care-As-Usual (n = 322). Intention-to-treat multilevel logistic regression analyses on case manager reported outcomes showed that there was a general treatment effect. That is, at baseline 22% of clients had been involved in an incident, which at follow-up was reduced to 15%. This reduction was highly statistically significant. However, we found no significant differences between the two treatment groups, showing that our intervention did not result in additional reductions of recidivism.

We faced several challenges, some of which are a result of the study design, others of the implementation and of doing research in clinical practice in general. Our results could have been negatively influenced by the imperfect implementation of our study plan. However, several follow-ups of our initial intention-to-treat analyses using case manager reported outcomes did not change our conclusions. This makes it unlikely that imperfect implementation could be the sole explanation for not finding an effect of the intervention on violent and criminal behaviour.

Instead, we hypothesized that these findings might, in part, be due to a shift of treatment to more client functioning and Quality of Life (QoL) factors rather than those associated with risk of recidivism. We tested this hypothesis in Chapter 6. However, we found no evidence for such a shift. Again we found that clients in both study groups improved significantly over time, but that none of these improvements could be attributed to the intervention.

LIMITATIONS AND STRENGTHS

In Chapter 7 these main findings are summarized and discussed in the light of several limitations and strengths of the study. The main limitation was a problematic implementation of the study protocol. This seems
linked to fluctuating levels of case manager motivation on individual and institutional levels. Although in general case managers did not object to the intervention itself they found the tasks associated with the study oftentimes burdensome. Although not an option when the RACE study started, technological advances that since have taken place, e.g., introduction Electronic Patient File and Routine Outcome Management, could now be used to lessen this burden on case managers. Future studies might want to examine these opportunities for data collection. An additional limitation of this study was: moderate levels of agreement between clinicians rating the same client independently on the START. A consensus meeting, as occurs in clinical settings, might successfully address this problem. However, in our out-patient setting this was not feasible since oftentimes clients are only known to their own case manager. A last possible limitation of this study is that, given the nature of the intervention, we were unable to blind either case managers or clients to randomisation status. However, we argue that any effects arising from this on our results was negligible.

This thesis fills a gap in our knowledge about the preventive effect of the use of risk assessment instruments in clinical practice and, to our knowledge, is the first randomized controlled trial to do so. Additionally we introduced SDM to this out-patient forensic setting where boosting and maintaining client motivation for treatment is an important part of case managers’ work. Moreover, we showed that including clients’ self-assessments was a valuable addition when predicting future violent behaviour and that including clients’ perspectives in general is a worthwhile approach in forensic psychiatry.

**Implications for Clinical Practice**

Taken together the implications for clinical practice are as follows: there is currently very limited support for the use of risk assessment instruments as a way of violence prevention or for changing treatment policies by systematically using structured risk assessment in clinical care. However a definitive answer cannot be given at this time since the evidence base is limited to 4 studies including this thesis. Regarding the use of SDM in forensic psychiatry there is some evidence that it may not be suited to clients with pervasive psychiatric conditions like Personality Disorders. Further examination of this issue seems warranted given the successes...
of the use of SDM in other settings and populations. Lastly, our findings suggest that there is already a high level of standard care in this setting. Possibly our intervention was a mere formalisation of already common practices and finding an intervention to improve on these could be a daunting task.

However, the most important risk and protective factors associated with recidivism have by now been established and agreed upon by the research community. It seems time to move forward and start to conduct studies of high methodological standard in clinical practice since that is what we are ultimately trying to improve. Investigations of the benefits of risk assessment instruments and their contribution to more effective treatment interventions in terms of reduction of criminal and violent behaviour and ways in which to involve clients more in their treatment are necessary. As we ourselves have experienced, introducing randomized trials in clinical practice is difficult, but it can be done, and is an essential step before implementation can either be advocated or opposed. However, until such evidence has accumulated, the overall picture is not yet convincingly in favour of changing treatment policies by systematically employing structured risk assessment in clinical care.
NEDERLANDSE SAMENVATTING
Naar aanleiding van een aantal gewelddadige incidenten waarbij mensen met een psychische stoornis betrokken waren heeft de Nederlandse regering hervormingen van zowel justitie als de gezondheidszorg aangekondigd. De verwachting is dat deze veranderingen zullen resulteren in meer ambulante behandeling en dat de capaciteit van de klinieken zal afnemen. Hierdoor wordt de belasting van het ondergaan van een behandeling voor zowel cliënten zelf als in meer algemene zin verminderd. Door deze veranderingen zullen clinici steeds meer voor de vraag komen te staan hoe groot de kans (het risico) is dat een cliënt opnieuw een overtreding begaat (zogenaamd recidiverisico) en welke zorg en/of vorm van supervisie het meest geschikt is om dit risico te verminderen.

Het is gebruikelijk om risicotaxatie instrumenten te gebruiken voor dit doel. Echter, er is momenteel maar zeer beperkt bewijs voor het gebruik van deze instrumenten als een methode voor het voorkómen van gewelddadig gedrag en dit is zorgwekkend. Aangezien het voorkómen van toekomstig gewelddadig gedrag het hoofd doel is van forensisch psychiatrische behandeling is nader onderzoek hiervan aangewezen. Deze dissertatie beoogt dit te doen.

Een extra uitdaging in de forensisch psychiatrische behandeling is de motivatie van cliënten voor die behandeling en het ontwikkelen en onderhouden van een therapeutische relatie tussen cliënt en case manager. Zowel theorieën over het ontstaan van gewelddadig gedrag als onderzoek in andere zorgsectoren laten zien dat de methodiek Samen Beslissen (Shared Decision Making in het Engels afgekort als SDM) hiervoor een nuttig hulpmiddel kan zijn. Daarom hebben we besloten om onze interventie bestaande uit risicotaxatie te combineren met SDM.

**Theorieën over het begaan van strafbare feiten en risicotaxatie instrumenten**

In *Hoofdstuk 1* worden de twee belangrijkste rehabilitatietheorieën besproken welke hun invloed hebben uitgeoefend op het veld van de risicotaxatie. Dit zijn de Risico-Behoefte-Responsiviteitstheorie (Risk-Needs-Responsivity of RNR) en het Goede Leven Model (Good Lives Model of GLM).

Het RNR model omvat 3 principes: het Risico Principe, het Behoefte Principe en het Responsiviteitsprincipe. In het kort zegt RNR dat recidive kan worden verminderd door aandacht te geven aan risicofactoren en door dit te doen op een manier die past bij de mogelijkheden van de
cliënt en zijn/haar risiconiveau. Ondanks dat het succes van een dergelijke risicogerichte behandeling is aangetoond, is er ook kritiek geweest op het model. Met name omdat het model de behandelmotivatie van cliënten buiten beschouwing laat, de rol van non-criminogene factoren (b.v., laag zelfvertrouwen) negeert in het zich voordoen van geweld en omdat het geen rekening houdt met de context waarbinnen gedrag plaats vindt.

Als reactie op deze problemen met RNR werd GLM werd geformuleerd. GLM gaat er van uit dat mensen een “Goed Leven“ willen leiden door middel van het verkrijgen van belangrijke primaire goederen (b.v., vrienschap en geluk). Mensen begaan een strafbaar feit omdat ze niet de vermogens of kennis hebben om op een sociaal acceptabele manieren deze goederen te verkrijgen. Daarom is het niet alleen nodig om delinquenten te behandelen voor hun criminogene behoeften, maar om hun ook sociaal acceptabele strategieën aan te leren voor het opbouwen van een Goed Leven. Het bewijs voor GLM is momenteel relatief klein, maar de resultaten tot nu toe zijn bemoedigend, in ieder geval voor sommige van de basis aspecten van het model.

Beïnvloed door deze theorieën heeft risicotaxatie verschillende veranderingen ondergaan in de afgelopen jaren, niet alleen in vorm maar ook wat betreft inhoud. Wat ooit begon als puur klinisch oordeel werd later vervangen door volledige actuariële risicotaxatie (dat wil zeggen, scoring van een lijst van factoren waarvan bekend is dat ze geassocieerd zijn met recidive). Momenteel is de combinatie van deze twee benaderingen populair: het Structureel Professionele Oordeel (Structured Professional Judgment, SPJ). In de SPJ aanpak maken clinici eerst een beoordeling met behulp van een actuariële lijst om vervolgens een eindoordeel van het uiteindelijke risiconiveau te geven gecorrigeerd door hun professionele klinische oordeel en kennis van de cliënt.

De populariteit van deze aanpak in de klinische praktijk heeft geleid tot de inclusie van niet alleen statische (onveranderbare) risicofactoren, zoals het eerder hebben gehad van een psychische stoornis, maar ook dynamische (veranderbare) factoren, zoals mentaal welbevinden. De aantrekkingskracht van dynamische factoren ligt in hun vermogen tot het weergeven van veranderingen in risiconiveau en in het richting geven aan risicomanagement strategieën. Door ook nog beschermende factoren, zoals het hebben van goede sociale vaardigheden, toe te voegen aan risicotaxatie instrumenten kunnen de behoeften van een cliënt beter worden vervuld en dit kan weer bijdragen aan het verminderen van recidive. De Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) is een
voorbeeld van een SPJ instrument bestaande uit dynamische en beschermende risicofactoren.

**DE RACE-STUDIE EN INTERVENTIE**

De RisicoTaxatie en ZorgEvaluatie (Risk Assessment and Care Evalulation, RACE) studie (trial nummer 1042 op www.trialregister.nl), is de eerste gerandomiseerde gecontroleerde trial die het onderwerp van het voorkómen van geweld door middel van het gebruik van risicotaxatie instrumenten en SDM onderzocht. In een unieke samenwerking namen alle drie de ambulante forensisch psychiatrische klinieken in Noord-Nederland deel aan dit onderzoek (de locaties in Assen, Leeuwarden en Groningen). We randomiseerden 58 behandelaars en 632 van hun cliënten na Interventie (n=310) of Gebruikelijke zorg (n=322). We waren van plan alle cliënten minstens 18 maanden te volgen.

In Hoofdstuk 2 wordt een gedetailleerde beschrijving gegeven van een typische cliënt die behandeld wordt in een van de ambulante klinieken en de manier waarop onze interventie in zijn zorg werd geïntegreerd. Meneer J. is een typisch voorbeeld van de cliënten in de ambulante forensische psychiatrie omdat hij een redelijk jonge man is (24 op dat moment) die een ietwat zorgwekkend verleden heeft. Zo werd hij fysiek mishandeld door zijn stiefvader en gebruikte hij op jonge leeftijd al drugs. Hij is meerdere keren veroordeeld voor strafbare feiten die variëren van inbraak en diefstal tot seksueel en fysiek geweld. Nadat hij zijn vriendin had aangevallen werd hij door de reklassering dooroverwezen naar de ambulante kliniek om daar behandeld te worden. Meneer J. heeft een Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven met Antisociale, Narcistische en Afhankelijke trekken. Schizofrenie of een andere vorm van Psychose werden nooit gediagnosticeerd.

Als onderdeel van de eerste stap van onze interventie vulden zowel J. als zijn behandelaar de START in als voorbereiding op de behandelplanbespreking (zie Appendix A en B voor de Nederlandse versies en D en E voor de Engelse versie). Tijdens de tweede stap van de interventie gebruikten zij een protocol gericht op het bevorderen van SDM. Het doel hiervan is dat cliënt en behandelaar tot overeenstemming komen over de behandeldoelen voor de toekomst. Tijdens vervolgafspraken werd deze aanpak herhaald en werden de eerder gemaakte afspraken geëvalueerd (Appendix C). Zowel de behandelaar als de cliënt beargumenteerden tijdens het gesprek hun keuzes en deden een voorstel voor de zorg die ze op de genoemde punten wenselijk vonden. In het algemeen vonden
zowel behandelaren als cliënten dit een nuttige en informatieve aanpak.

**Het voorspellen van toekomstig gewelddadig gedrag**

In Hoofdstuk 3 proberen we verschillende lacunes in onze kennis over de predictieve validiteit van de START op te vullen. Tot nu toe gepubliceerde resultaten werden door een of meerdere van de volgende problemen beperkt: kleine aantallen in de onderzoeksgroepen, alleen onderzoek binnen klinieken, het invullen van de START door onderzoeksassistenten in plaats van door clinici, en het invullen van de START op basis van het dossier in plaats van als onderdeel van de klinische praktijk. We onderzochten expliciet of de voorspelling van toekomstig gewelddadig gedrag met behulp van historische risicofactoren kan worden verbeterd door het opnemen in het model van 1) dynamische risicofactoren; 2) dynamische beschermende factoren; en 3) het uiteindelijke klinische (SPJ) oordeel. We onderzochten ook of de modellen alle beschermende en risicofactoren moesten bevatten of dat de voor de cliënt belangrijkste sterktes en risicofactoren zouden volstaan voor een succesvolle voorspelling. Predictieve validiteit voor al deze modellen werd onderzocht voor een follow-up periode van 3 en 6 maanden.

Voorspelling van recidivisme gebaseerd op historische factorscores kon niet worden verbeterd door het toevoegen van dynamische risico-, beschermende sterkte, of voor de cliënt belangrijkste factoren. De toevoeging van het SPJ eindoordeel verbeterde het model tot bescheiden accuraatheid maar was geen onafhankelijke significante toevoeging aan het model voor de follow-up periode van 3 maanden. Voor de volgperiode van 6 maanden verbeterde het SPJ eindoordeel ook de predictieve accuraatheid tot een bescheiden niveau en was tevens een significante onafhankelijke toevoeging bij het voorspellen van de uitkomst. Beperkingen zijn van toepassing, maar deze resultaten zijn vergelijkbaar met die uit klinische, door onderzoekers gescoorde groepen en worden besproken in het licht van de typische kenmerken van de ambulante instelling. Het is te vroeg om implementatie van risicotaxatie instrumenten in de klinische praktijk te adviseren. Echter, we kunnen concluderen dat clinici bij een heterogene groep ambulante forensisch psychiatrische cliënten vergelijkbare resultaten kunnen bereiken met de START als clinici en onderzoekers bij meer homogene samengestelde groepen klinische cliënten.

In Hoofdstuk 4 onderzoeken we een onderwerp dat tot nu toe weinig aandacht heeft gekregen, namelijk dat van het door cliënten zelf laten
beoordelen van hun risico voor toekomstig gewelddadig gedrag. Cliënten hebben immers hun eigen unieke inzichten en perspectieven over waarom ze betrokken raken bij gewelddadig en crimineel gedrag. Deze inzichten kunnen een waardevolle toevoeging zijn op risicotaxaties gemaakt door behandelaars. We onderzochten dit voor cliënten in de ambulante forensische psychiatrie door te testen of het opnemen van het cliëntperspectief de predictieve validiteit kon verbeteren van de door de behandelari ingevulde START.

We vonden dat cliënten in staat waren om het instrument in te vullen maar dat de overeenkomst tussen cliënt en behandelaar met betrekking tot de keuze voor belangrijkste sterke en risicofactoren slecht was. De verschillende visies van cliënten en behandelaars op waarom cliënten (opnieuw) de fout in gaan lijken hieraan ten grondslag te liggen, en deze verschillen zouden een onderdeel moeten vormen van de behandeling. Bijvoorbeeld door middel van het gebruiken van SDM bij het opstellen van het behandelplan. Dit is belangrijk omdat het beste model niet alleen het SPJ eindoordeel van de behandelari bevatte, maar ook de door cliënt zelf aangewezen belangrijke sterke en risicofactoren. Het toevoegen van cliënt zelfbeoordelingen lijkt daarom een nuttige toevoeging op het door de behandelari geschatte risico voor toekomstig gewelddadig gedrag.

VOORKÓMEN VAN TOEKOMSTIG GEWELDDADIG GEDRAG EN VERBETEREN VAN CLIÉNT FUNCTIONEREN

Veelbelovend als deze bevindingen betreffende de predictieve validiteit van de START in onze ambulante instelling mogen zijn, het hoofddoel van de forensische psychiatrie is het verminderen van recidivisme. In Hoofdstuk 5 testen we daarom of we dit doel kunnen bereiken door het combineren van risicotaxatie met SDM van het behandelplan. We randomiseerden 58 behandelaars en 632 van hun cliënten tot Interventie (n=310) of Gebruikelijke Zorg (n=322). Intention-to-treat multilevel logistische regressie analyses op door de behandelari gerapporteerde uitkomsten laat zien dat er een algemeen behandeleffect is. Aan het begin van het onderzoek was 22% van de cliënten betrokken bij een incident. Aan het einde van het onderzoek was dit afgenomen tot 15%. Ondanks dat deze afname statistisch zeer significant was, vonden we geen significante verschillen tussen de twee behandelgroepen. Hieruit blijkt dat onze interventie niet heeft bijgedragen aan een verdere afname van de recidive.
We kregen te maken met verschillende uitdagingen tijdens de uitvoering van het onderzoek. Sommige daarvan zijn het resultaat van het onderzoeksmodel, andere van de implementatie en van het doen van onderzoek in de klinische praktijk in meer algemene zin. Onze resultaten kunnen negatief beïnvloed zijn door de onvolledige implementatie van ons onderzoeksplan. Om dit te onderzoeken deden we verschillende extra analyses die echter onze eerdere conclusies niet veranderden. Het is dan ook onwaarschijnlijk dat onvolledige implementatie de enige verklaring is voor onze bevinding dat er geen effect van de interventie was op het zich voordoen van gewelddadig en crimineel gedrag.

Onze hypothese was dat deze resultaten deels het gevolg zijn van een verschuiving in de behandeling van de factoren die gerelateerd zijn aan recidiverisico naar factoren die te maken hebben met de Kwaliteit van Leven (Quality of Life, QoL) van cliënten. We testten deze hypothese in Hoofdstuk 6, maar konden geen bewijs vinden voor een dergelijke verschuiving. We vonden opnieuw dat cliënten in beide onderzoeksgroepen significant verbeterden op de gemeten factoren, maar dat geen enkele van deze verbeteringen kon worden toegeschreven aan de interventie.

**Beperkingen en sterktes**

In Hoofdstuk 7 worden deze belangrijkste bevindingen samen gevat en besproken en binnen het kader van verschillende beperkingen en sterktes van het onderzoek geplaatst. De belangrijkste beperking was de problematische implementatie van het onderzoeksprotocol. Dit lijkt te maken te hebben met wisselende motivatie bij individuele behandelaren en op institutioneel niveau. Behandelaren maakten in het algemeen geen bezwaar tegen de interventie zelf maar vonden de werkzaamheden die te maken hadden met het onderzoek vaak belastend. Ten tijde van het begin van de RACE studie waren er een aantal technologische mogelijkheden niet die er nu wel zijn, zoals het Elektronisch Patiënten Dossier en Routine Outcome Monitoring. Toekomstig onderzoek zou hiervan gebruik kunnen maken om de belasting van behandelaren met onderzoekstaken te verminderen. Een andere beperking van deze studie was de lage mate van overeenstemming tussen clinici die dezelfde cliënt, onafhankelijk van elkaar, beoordeelden op de START. Een consensus bijeenkomst, zoals in klinieken plaats vindt, zou dit probleem succesvol kunnen oplossen. Echter, in onze ambulante instelling was dit onmogelijk omdat cliënten vaak alleen door hun eigen behandelaar werden gezien. Een laatste beperking van dit onderzoek is dat het niet mogelijk was om cliënten en/
of behandelaars te blinderen voor hun randomisatiestatus. We beargumenteren echter dat het mogelijke effect dat dit heeft gehad op onze resultaten verwaarloosbaar is.

Deze dissertatie vult een lacune in onze kennis betreffende het preventieve effect van het gebruiken van risicotaxatie instrumenten in de klinische praktijk en is, voor zover ons bekend, de eerste gerandomiseerde gecontroleerde studie die dit doet. Bovendien introduceerden we SDM in deze ambulante instelling waar het verbeteren en onderhouden van cliëntmotivatie voor behandeling een belangrijk onderdeel is van het werk van behandelaars. Ook lieten we zien dat het opnemen van de zelfbeoordeling van cliënten een waardevolle toevoeging is aan voorspellingen van toekomstig gewelddadig gedrag en dat het opnemen van cliëntperspectieven in het algemeen een waardevolle aanpak is in de forensische psychiatrie.

**Implicaties voor de klinische praktijk**

Samenvattend zijn de implicaties voor de klinische praktijk als volgt: er is momenteel beperkte ondersteuning voor het gebruik van risicotaxatie instrumenten als een methode voor het voorkómen van geweld en dus voor het veranderen van behandelprotocollen door het systematische gebruik van gestructureerde risicotaxatie instrumenten in de klinische zorg. Een definitief antwoord op de vraag naar de preventieve werking van het gebruik van risicotaxatie instrumenten kan op dit moment niet worden gegeven omdat de literatuur beperkt is tot 4 onderzoeken, waaronder deze dissertatie. Met betrekking tot het gebruik van SDM in de forensische psychiatrie is er enig bewijs dat deze methode mogelijk niet geschikt is voor cliënten met een vergaande psychiatrische stoornis zoals een Persoonlijkheidsstoornis. Verder onderzoek van dit punt lijkt dan ook nodig gegeven het succes van SDM in andere zorgsectoren. Ten laatste, onze resultaten suggereren dat er al een hoog niveau van zorg wordt gegeven in de ambulante forensisch psychiatrie instellingen waar ons onderzoek plaatsvond. Mogelijk was onze interventie niet meer dan een formalisering van reeds gebruikelijke praktijken. Het vinden van een interventie die de uitkomsten nog meer kan verbeteren is dan ook een uitdaging.

Onderzoekers hebben inmiddels overeenstemming bereikt over de meest belangrijke risico en beschermende factoren die geassocieerd zijn met recidivisme. Het lijkt dan ook tijd te worden om de volgende stap te zet-
ten en te beginnen met het doen van hoog methodologisch onderzoek in de klinische praktijk. De klinische praktijk is immers wat we uiteindelijk willen verbeteren. Er is meer onderzoek nodig naar de voordelen van het gebruik van risicotaxatie instrumenten en de manier waarop deze instrumenten kunnen bijdragen aan effectievere behandeling, vermindering van crimineel en gewelddadig gedrag en het betrokken maken van cliënten bij hun eigen behandeling. Zoals we zelf hebben ondervonden, is het lastig om gerandomiseerde onderzoeken in de klinische praktijk uit te voeren. Maar, het kan wel. Bovendien is het een essentiële stap in het onderzoeksproces voordat men algehele invoering van een methode kan aanbevelen of afraden. Totdat er meer van dergelijk bewijsmateriaal is, is het totaalplaatje nog niet overtuigend voor het veranderen van behandelprotocollen en –beleid zoals het invoeren en systematisch gebruiken van gestructureerde risicotaxatie instrumenten in de klinische praktijk.
A – SHORT TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY – CASE MANAGER (NL)

START SCORINGSKAART RACE-STUDIE

Beoordeling o.b.v. afgelopen periode van (37, nee)_______ maanden voor komende periode van (67, nee)_______ maanden. Er van uitgaande dat cliënt zich komende periode bevindt in volgende beoogde context ____________

<table>
<thead>
<tr>
<th>Overwegingen bij score</th>
<th>S</th>
<th>Sterkten</th>
<th>START ITEMS</th>
<th>Risico's</th>
<th>E</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>item</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0 1 2</td>
<td>item</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Sociale vaardigheden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Relaties (TW: J/N)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Werk en opleiding</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Vrijtijdsbesteding</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Zelfverzorging</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Mentale status</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Emotionele status</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Middelengebruik</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Impulscontrole</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Externe invloeden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Sociale steun (POC: J/N)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>12. Materiële omstandigheden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>13. Attitudes</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>14. Medicatievoorschriften</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>15. Meewerken aan regels</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>16. Gedrag</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>17. Inzicht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>18. Pfaffen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>19. Coping</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>20. Motivatie tot verandering</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>21. Casus specifiek item</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>22. Casus specifiek item</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

TW = Therapeutische Werkrelatie; ** POC = Positief Ondersteunende Contacten
<table>
<thead>
<tr>
<th>SPECIFIEKE RISICO BEOORDELINGEN</th>
<th>Overwegingen bij beoordeling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Risico voor anderen</td>
<td>Laag 🟩 Midden 🟩 Hoog 🟩</td>
</tr>
<tr>
<td>Zelfbeschadiging</td>
<td>Laag 🟩 Midden 🟩 Hoog 🟩</td>
</tr>
<tr>
<td>Suicide</td>
<td>Laag 🟩 Midden 🟩 Hoog 🟩</td>
</tr>
<tr>
<td>Schenden behandeldoorwaarden</td>
<td>Laag 🟩 Midden 🟩 Hoog 🟩</td>
</tr>
<tr>
<td>Middelenmisbruik</td>
<td>Laag 🟩 Midden 🟩 Hoog 🟩</td>
</tr>
<tr>
<td>Zelfverwaarlozing</td>
<td>Laag 🟩 Midden 🟩 Hoog 🟩</td>
</tr>
<tr>
<td>Victimisatie</td>
<td>Laag 🟩 Midden 🟩 Hoog 🟩</td>
</tr>
<tr>
<td>Casus specifiek risico, nl.</td>
<td>Laag 🟩 Midden 🟩 Hoog 🟩</td>
</tr>
</tbody>
</table>

RISICOMANAGEMENT

RISICOSIGNALEN

HUIDIGE BEHANDELPLAN

MEDISCHE AANDACHTSPUNTEN/TESTS

RISICOBESCHRIJVING: welke factoren voorspellen-verklaren / welke persoon / zal uitvoeren / welke daad / op welk moment?
B – Short Term Assessment of Risk and Treatability – Client Self-Appraisal (NL)

Gebruik de vierkanten voor uw antwoorden. Op de cirkels komen we later terug.

Geef bij de onderstaande dingen aan of het kwetsbare punten van u zijn. Gebruik de vierkanten voor uw antwoorden. Op de cirkels komen we later terug.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Punt</th>
<th>Kwetsbaar punt?</th>
<th>3 of meer Belangrijkste</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. <strong>Moeilijk contact maken met anderen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Teruggetrokken zijn. Stil zijn, niet veel zeggen. Lastig in de omgang met anderen.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. <strong>Moeite met het opbouwen van relaties</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Met vrienden, een partner, hulpverleners.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 <strong>Problemen met werk of opleiding</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geen interesse in hebben. Kost moeite om het goed te doen.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4 <strong>Gebrek aan bezigheden in je vrije tijd</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geen hobbies hebben. Je vervelen, of maar wat rondhangen.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 <strong>Moeite met het verzorgen van jezelf</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Moeilijk vinden om je huis schoon te houden, eten te koken, je kleren te wassen, regelmatig te douchen, gezond te leven.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6 <strong>Problemen hebben met helder denken</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Moeilijk je aandacht ergens bij kunnen houden. Stemmen horen, of storende gedachten hebben. Vaak anderen wantrouwen.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7 <strong>Slechte stemming hebben</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8 <strong>Problemen met alcohol of drugs</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Teveel drinken. Drugs gebruiken. Gebruik beïnvloedt je leven.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9 <strong>Gebrek aan zelfbeheersing</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eerst doen en dan pas denken. Geen rekening houden met de gevolgen van wat je doet.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10 <strong>Gevoelig zijn voor slechte invloeden</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Meedoen met vrienden terwijl je weet dat je daardoor in de problemen komt. Moeilijkheden opzoeken.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11 <strong>Gebrek aan steun van mensen om je heen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Helemaal op jezelf aangewezen zijn. Of steun van anderen afwijzen.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Punt</td>
<td>Kwetsbaar punt?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>-----------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ja</td>
<td>Enigszins</td>
</tr>
<tr>
<td>12. <strong>Problemen met geld of wonen</strong></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>13. <strong>Gebrek aan respect voor anderen</strong></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Liegen, Moeite om te begrijpen waarom anderen verdrietig zijn. Wat jij wilt is belangrijker dan wat andere mensen willen.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>14. <strong>Medicijnen laten staan of verkeerd gebruiken</strong></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Voorgeschreven medicijnen laten staan. Of ze anders gebruiken dan aangegeven is. Twijfels hebben over noodzaak ervan.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>15. <strong>Moete met regels</strong></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Afspraken niet nakomen. Geen afspraken willen maken. Je verzetten tegen controles, bijvoorbeeld controle op druggebruik.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>16. <strong>Je vervelend gedragen naar anderen</strong></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>17. <strong>Onzeker zijn over je sterke en zwakke punten</strong></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Onduidelijk voor je zijn waarom je soms in de problemen komt. Niet aan zien komen als het weer slechter met je gaat.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>18. <strong>Een doel en plannen missen</strong></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Niet weten wat je eigenlijk wil. Of plannen hebben waarvan je eigenlijk wel weet dat ze niet haalbaar zijn, of slecht voor anderen.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>19. <strong>Moelijk problemen de baas kunnen</strong></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>20. <strong>Moete om mee te werken aan je behandeling</strong></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>21. <strong>Problemen in omgaan met seksualiteit</strong></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere dingen die er voor zorgen dat het slecht met u gaat</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>..................................................................................................................</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Kruis nu in de meest rechte kolom (de cirkels) de 3 of meer belangrijkste dingen aan die ervoor kunnen zorgen dat het slecht met u gaat.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Beschermende punten

Beschermende punten zijn dingen (in uzelf en in uw leven) die er juist voor zorgen dat het goed met u gaat, en dat u niet (weer) in aanraking komt met politie en justitie.

- Geef bij de onderstaande dingen aan of het beschermende punten van u zijn.
- Gebruik de vierkanten voor uw antwoorden. Op de cirkels komen we later weer terug

<table>
<thead>
<tr>
<th>Punt</th>
<th>Beschermend punt?</th>
<th>Ja</th>
<th>Enigszins</th>
<th>Nee</th>
<th>3 of meer Belangrijkste</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Contact kunnen maken met anderen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Een praatje kunnen maken. Meedoen met groepsactiviteiten. Plezier beleven aan contact met anderen.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Goede relaties kunnen opbouwen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Met vrienden, een partner, hulpverleners.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Plezier in je werk of opleiding</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Werk hebben of een opleiding. Goed je werk of opleiding kunnen doen.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bezigheden hebben in je vrije tijd</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies hebben. Je kunnen vermaken.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jezelf kunnen verzorgen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Heldere kunnen denken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Je aandacht ergens bij kunnen houden. Geen stemmen horen, of storende gedachten hebben.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Goede stemming hebben</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Van alcohol en drugs af kunnen blijven</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geen drugs gebruiken. Met mate drinken. Behandeling hiervoor accepteren, als dat nodig is.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zelfbeheersing</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Weerstand kunnen bieden aan slechte invloeden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Weigeren mee te doen als vrienden dingen doen die niet goed zijn. Problemen niet opzoeken.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Steun van de mensen om je heen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mensen hebben die je steunen (familie, vrienden of hulpverleners). Die het beste voor jou willen.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Punt</td>
<td>Beschermend punt?</td>
<td>3 of meer Belangrijkste</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ja</td>
<td>Enigszins</td>
<td>Nee</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. <strong>Geld en woning voor elkaar hebben</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hulp aanvaarden bij het beheren van je geld.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. <strong>Respect voor anderen hebben</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Open en eerlijk zijn naar anderen. Je kunnen voorstellen dat anderen verdiend zijn om iets.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14. <strong>Medicijnen goed gebruiken</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Voorgeschreven medicijnen gebruiken. Begrijpen waarom ze nodig zijn.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. <strong>Je houden aan regels</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Begrijpen waarom de regels nodig zijn. Meewerken aan controles, bijvoorbeeld controle op druggebruik.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. <strong>Je prettig gedragen voor anderen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Van spullen van een ander afblijven. Je veilig gedragen voor anderen.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17. <strong>Je sterke en zwakke punten kennen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Weten waarom je soms in de problemen komt. Herkennen als het weer slechter me je gaat.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. <strong>Een doel en plannen hebben</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Iets hebben waarnaar je streeft. Wat niet ten koste gaat van andere mensen. Plannen hebben, die ook haalbaar zijn.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19. <strong>Kunnen omgaan met problemen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20. <strong>Meewerken aan je behandeling</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Je inzetten voor je behandeling. Willen slagen. Meedoen, omdat je dat zelf ook wil.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21. <strong>Goed omgaan met seksualiteit</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Goede seksuele relatie. Controle over seksuele prikkels, fantasieën en gedrag. Veilige seks voor beiden.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Andere dingen die er voor zorgen dat het goed met u gaat</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>□</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kruis nu in de meest rechte kolom (de cirkels) de 3 of meer dingen aan die voor u het belangrijkste zijn om ervoor te zorgen dat het goed met u gaat.
C – Treatment Plan Discussion (NL)
Zorgevaluatie met cliënt RACE-studie

Introductie van doel van het gesprek
- Bespreken hoe het op dit moment met u gaat.
- En welke zorg er - volgens u en volgens mij - nodig is.
- (Als cliënt vooraf START heeft kunnen invullen, dit erbij laten pakken)

1. Kwetsbare punten volgens cliënt
- Als u nu kijkt naar hoe het op dit moment met u gaat. Wat zijn dan volgens u de belangrijkste dingen (in uzelf en in uw leven) die er voor kunnen zorgen dat het niet goed met u gaat, en dat u (weer) in aanraking komt met politie en justitie?
- Noem er tenminste 3, bijvoorbeeld uit dit lijstje (START items), of andere dingen. (Welke kwetsbare punten heeft u bijvoorbeeld als belangrijkste aangekruist op de START?)

Per genoemd punt vragen (en antwoord hieronder aangeven in tabel):
- Als u nu kijkt, naar hoe het nu met u gaat op dit punt, wat voor rapportcijfer zou u zich daar dan nu voor geven? (0-10)
- Vindt u dat u meer, of andere zorg op dit punt nodig heeft?
- Zo ja, wat voor zorg dan? (Wat is nodig om het rapportcijfer te verhogen?)
- Bespreek dit. Leg vast (in laatste kolom) wat is afgesproken over de zorg.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kwetsbaar punt volgens cliënt</th>
<th>START item</th>
<th>Rapportcijfer</th>
<th>Andere of meer zorg?</th>
<th>Afgesproken Zorg</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2. **Beschermende punten volgens cliënt**

- Nu uw beschermende punten. Wat zijn volgens u nu de belangrijkste dingen (in uzelf en in uw leven) die er voor zorgen dat het wel goed met u gaat, en dat u niet (weer) in aanraking komt met politie en justitie?
- Noem er weer tenminste 3.
- Kijk bijvoorbeeld op dit lijstje (START items), of noem andere dingen.
- (Welke beschermende punten heeft u bijvoorbeeld als belangrijkste aangekruist op de START?)
  
- Per genoemd punt weer vragen (en antwoord hieronder aangeven in tabel):
- Wat voor rapportcijfer geeft u zich, zoals het nu op dit punt met u gaat? (0-10)
- Vindt u dat u meer, of andere zorg op dit punt nodig heeft?
- Zo ja, wat voor zorg dan? (Wat is nodig om het rapportcijfer te verhogen?)
- Bespreek dit. Leg vast (in laatste kolom) wat is afgesproken over de zorg.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beschermend punt volgens cliënt</th>
<th>START item</th>
<th>Rapportcijfer</th>
<th>Andere of meer zorg?</th>
<th>Afgesproken zorg</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nee Ja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nee Ja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nee Ja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nee Ja</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
3. Kwetsbare punten volgens behandelaar(s)

Wij hebben ook gekkeken naar uw kwetsbare en beschermende punten op dit moment. Wij vinden uw kwetsbare punten op dit moment: (noem de als ‘Essentiële items’ aangekruiste ‘Risico’s’ van uw START-beoordeling). Benoem overeenstemming en verschillen met beoordeling door cliënt zelf.

Per genoemd item:
Geef aan waarom het, op dit moment, als kwetsbaar punt van de cliënt (c.q. risico / bedreiging) wordt gezien.
Vraag: Wat vindt u hiervan?
Wat betreft de zorg op dit punt, vinden wij het nodig om: … (kan aanpassing, maar ook voortzetting huidige zorg zijn) Wat vindt u daarvan?
Kunnen we hierover tot een afspraak komen? (afgesproken zorg hieronder vastleggen in laatste kolom)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kwetsbaar punt volgens behandelaar(s)</th>
<th>STARTitem</th>
<th>Afgesproken Zorg</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
4. **Beschermende punten volgens behandelaar(s)**

Wij vinden uw belangrijkste beschermende punten op dit moment: (noem de als ‘Sleutel items’ aangekruiste ‘Sterkten van uw START-beoordeling).
Benoem weer overeenstemming en verschillen met beoordeling door cliënt zelf.

Per genoemd item weer:
Geef aan waarom het, op dit moment, als beschermend punt van de cliënt wordt gezien.
Wat vindt u hiervan?
Wat betreft de zorg op dit punt, vinden wij het nodig om: … (kan aanpassing, maar ook voortzetting huidige zorg zijn)
Wat vindt u daarvan?
Kunnen we hierover tot een afspraak komen? (afgesproken zorg hieronder vastleggen in laatste kolom)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beschermend punt volgens behandelaar(s)</th>
<th>STARTitem</th>
<th>Afgesproken Zorg</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Vergelijking met vorige zorgevaluatie

Betreft zorgevaluatie van datum (dd/mm/jjjjj): ____________________________

5. **Vorige keer genoemd, nu niet**
- Pak het formulier van de vorige zorgevaluatie erbij.
- Kom terug op de kwetsbare en beschermende punten die de cliënt de vorige keer wel noemde maar deze keer niet.
- Vraag de cliënt een rapportcijfer te geven, zoals het nu op deze punten met hem gaat (zoals boven bij punt 2).
- Bespreek de rol van de geboden zorg hierin (inclusief eventuele aanpassing van de zorg na de vorige evaluatie). Geef aan of de zorg voortgezet dient te worden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kwetsbaar punt volgens cliënt (vorige keer genoemd, nu niet)</th>
<th>START item</th>
<th>Rapportcijfer</th>
<th>Rol (aangepaste) zorg hierbij? Zorg voortzetten?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beschermend punt volgens cliënt (vorige keer genoemd, nu niet)</th>
<th>START item</th>
<th>Rapportcijfer</th>
<th>Rol (aangepaste) zorg hierbij? Zorg voortzetten?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
6. **Realisatie vorige keer overeengekomen afspraken over zorg**

- Geef hieronder in de linker kolommen aan op welk punt de afspraak van vorige keer betrekking hadden (welk START-item en was het een kwetsbaar of beschermend punt volgens cliënt of volgens de behandelaar?)
- Geef per afspraak aan of de aanpassing van de zorg is gerealiseerd.
- Leg eventuele nieuwe afspraken over zorg weer vast in laatste kolom van onderstaande tabel.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Afspraak betrof</th>
<th>Afgesproken zorgaanpassing gerealiseerd?</th>
<th>Nieuwe afspraak over zorg</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Start-item</td>
<td>Kwetsbaar punt client</td>
<td>Beschermend punt client</td>
</tr>
<tr>
<td>Nee</td>
<td>Ja</td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Nee</td>
<td>Ja</td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Nee</td>
<td>Ja</td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Nee</td>
<td>Ja</td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Nee</td>
<td>Ja</td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Nee</td>
<td>Ja</td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Nee</td>
<td>Ja</td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Nee</td>
<td>Ja</td>
<td>Nee Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
D – SHORT TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY (EN)


Name: _______________________________

Male □ Female □ D.O.B: _____________

START Summary Sheet ©

Diagnoses:  
DSM-V □ ICD-10 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □

STATUS:  
□ HOSPITAL  □ COMMUNITY  □ CORRECTIONS

PURPOSE:  
□ REFERRAL  □ ADMISSION  □ REVIEW  □ OTHER

START Time Frame: ____________________________

<table>
<thead>
<tr>
<th>Key Item</th>
<th>Strengths</th>
<th>START Items</th>
<th>Vulnerabilities</th>
<th>Critical Item</th>
<th>SIGNATURE RISK SIGNS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Social Skills</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Relationships (TA:Y/N)*</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Occupational</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Recreational</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Self-Care</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Mental State</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Emotional State</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Substance Use</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>Impulse Control</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>External Triggers</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>Social Support (PPS:Y/N)‡</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>Material Resources</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>Attitudes</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td>Med. Adherence (N/A □)†</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>Rule Adherence</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td>Conduct</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td>Insight</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18.</td>
<td>Plans</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19.</td>
<td>Coping</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20.</td>
<td>Treatability</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td>□ □ □ □</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21.</td>
<td>Case Specific:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22.</td>
<td>Case Specific:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

SPECIFIC RISK ESTIMATES

<table>
<thead>
<tr>
<th>No.</th>
<th>Risks</th>
<th>T.H.R.E.A.T.</th>
<th>Low</th>
<th>Mod</th>
<th>High</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

CURRENT MANAGEMENT MEASURES

Current Management Plan:

Health Concerns/Medical Tests:

Risk Formulation: what factors/predict-explain/which person/will carry out/what act/when?

Completed by (Pls print): ____________________________ Date: ____________________________

*TA - Therapeutic Alliance  ‡PPS - Positive Peer Support  †N/A – Not Applicable  ♦Hx - Historical

Version 1.3 © 2014
E – CLIENT SELF-APPRAISAL ON THE SHORT TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY (EN)
Vulnerable points

Vulnerable points are things in yourself or in your life which can put you at risk of not doing well, and can bring you into contact with the police and law (again).

Please indicate for the points below whether they are a vulnerable point of yours, or not. Mark your answers in the squares. The use of the circles is explained later.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Point</th>
<th>Vulnerable point?</th>
<th>Major points</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Yes</td>
<td>Somewhat</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Difficulty making contact with others</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Being withdrawn. Quiet. Finding it difficult to have a conversation with strangers.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Trouble building relationships</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>With friends, a partner, care providers. Difficulty getting along with others, or to feel close to others.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Problems with work or education</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lacking interest. Finding it difficult to do it right.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Lacking leisure activities</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Having few hobbies or interests. Being bored, or just hanging around.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Difficulty with self-care</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble to keep the house clean, prepare a meal, wash your clothes, take a shower regularly, lead a healthy life.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Problems with thinking clearly</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Experiencing mood problems</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling unpleasant. Depressed. Irritable. Angry</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Problems with alcohol or drugs</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Lack of self-control</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Doing before thinking. Ignoring the consequences of what you are doing.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Susceptible to bad influences</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Joining in with friends when you know it will get you into trouble. Finding it hard to resist others.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Lacking support of people around you</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Having only yourself to rely on. Or rejecting support of others.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Point</td>
<td>Vulnerable point?</td>
<td>Major points (3 or more)</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>--------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>12. <strong>Problems with money or housing</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Large debts. Lacking money for rent, food, electricity. Having poor</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>or unstable housing. Refusing help in managing your finances.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. <strong>Lacking concern for others</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lying. Difficulty understanding why others feel sad. What you want</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>is more important than what other people want.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14. <strong>Stopping or misusing medication</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Not taking prescribed medication. Or using it in a different way</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>than prescribed. Doubting the need for medication.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. <strong>Difficulty to keep to the rules</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Finding it hard to see the point of rules, or to obey them. Resisting</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>checks, such as a drug test.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. <strong>Behaving unpleasantly towards others</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bullying or frightening others. Insulting others. Stealing or</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>destroying property. Sexually harassing others.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17. <strong>Being unsure about your strengths and weaknesses</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Unclear to you why you get into trouble sometimes. It always</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>catches you by surprise when things go wrong with you.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. <strong>Missing a goal and plans</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Being unsure about what you really want. Having plans you know</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>are unrealistic, or bad for others.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19. <strong>Difficulty handling problems</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Problems overwhelm you. Make you anxious. Are often too much for you.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Coping with changes is difficult for you.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20. <strong>Difficulty cooperating with your treatment</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Doubting whether treatment is necessary. Pretending to cooperate.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Others should change, not you.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21. <strong>Problems dealing with sexuality</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Missing a sexual partner. Having disturbing or inadmissible sexual</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urges, fantasies, or behaviours. Unsafe sex. Being addicted to sex.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Other things which can put you at risk of not doing well</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Now turn to the circles at the right hand side. Please mark the 3, or more, most important points for you, which can put you at risk of not doing well.
Please indicate for the points below whether they are a protective point of yours, or not.

Use the squares to mark your answer. We will come back to the use of the circles later again.

**Protective points**

- **Protective points** are things in yourself and in your life which can help things go well with you, and keep you out of contact with the police and law.

- Please indicate for the points below whether they are a protective point of yours, or not.

- Use the squares to mark your answer. We will come back to the use of the circles later again.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Point</th>
<th>Protective point?</th>
<th>Major points (3 or more)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Yes</td>
<td>Somewhat</td>
</tr>
<tr>
<td>1. <strong>Able to make contact with others</strong>&lt;br&gt;Able to strike up a conversation with somebody. Participating in group activities. Enjoying contact with others.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>2. <strong>Able to build relationships</strong>&lt;br&gt;With friends, a partner, care providers. Getting along with others. Feeling close to others.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>3. <strong>Enjoying your work or education</strong>&lt;br&gt;Having work or getting an education. Being able to do you work or school well. Showing initiative in the classroom or your job</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>4. <strong>Having leisure activities</strong>&lt;br&gt;Having hobbies. Being able to entertain yourself.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>6. <strong>Thinking clearly</strong>&lt;br&gt;Able to focus your mind on something, and to think things through clearly.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>8. <strong>Having control over your alcohol and drug usage</strong>&lt;br&gt;Keeping of drugs. Drinking in moderation. Accepting treatment for this, if necessary.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>9. <strong>Self-control</strong>&lt;br&gt;Able to control yourself. To have a grip on yourself. To think first and act later. Able to deal with disappointments.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>10. <strong>Withstanding bad influences</strong>&lt;br&gt;Resisting friends who want you to do the wrong things. Having friends who help to do the right things. Making up your own mind.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>11. <strong>Having support of people around you</strong>&lt;br&gt;Having people who support you (family, friends or care providers). Who mean well with you.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Protective point?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>------------------</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td><strong>Having sufficient money and adequate housing</strong>&lt;br&gt;Managing with your money. Being without debts. Having adequate housing. Accepting help in administering your money, if needed.</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td><strong>Respecting others</strong>&lt;br&gt;Being open and honest to others. Showing concern for others. Seeing others as equals.</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td><strong>Making appropriate use of medication</strong>&lt;br&gt;Using prescribed medication, and in the right way. Understanding the need for medication.</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td><strong>Obeying rules</strong>&lt;br&gt;Understanding why rules are necessary. Cooperating with checks, such as a drug test</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td><strong>Behaving pleasantly towards others</strong>&lt;br&gt;Respecting other people’s property. Being considerate about others and their safety. Arriving on time for appointments.</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td><strong>Knowing your strengths and weaknesses</strong>&lt;br&gt;Knowing why you get into trouble sometimes. Recognizing when you are no longer doing well. Aware of your problem areas.</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>18.</td>
<td><strong>Having a goal and plans</strong>&lt;br&gt;Having something to strive for, which is not at the expense of others. Having realistic plans.</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>19.</td>
<td><strong>Able to handle difficulties</strong>&lt;br&gt;Being able to solve your problems. To deal with stress and changes. To ask for help, if needed. To look on the bright side.</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>20.</td>
<td><strong>Cooperating with your treatment</strong>&lt;br&gt;Being committed to your treatment. Wanting to succeed. Cooperating, because you want it yourself</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>21.</td>
<td><strong>Managing sexuality adequately</strong>&lt;br&gt;Having a good sexual relationship. Having control over your sexual urges, fantasies and behaviour. Safe sex for both.</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Other points which can help things go well with you</strong></td>
<td>No</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Now turn to the circles at the right hand side. Please mark the 3, or more, most important points for you, which can make things go well with you.
**Research Institute SHARE**

This thesis is published within the Research Institute SHARE (Science in Healthy Aging and Health care) of the University Medical Center Groningen / University of Groningen. Further information regarding the institute and its research can be obtained from our internet site: www.share.umcg.nl

More recent theses can be found in the list below.

((co-) supervisors are between brackets)

**2014**

**Spaans F**
Hemopexin activity and extracellular ATP in the pathogenesis of preeclampsia
*(prof H van Goor, dr MM Faas, dr WW Bakker)*

**Brinksma A**
Nutritional status in children with cancer
*(prof PF Roodbol, prof R Sanderman, prof ESJM de Bont, dr WJE Tissing)*

**Prihodova L**
Psychological and medical determinants of long-term patient outcomes; a specific focus on patients after kidney transplantation and with haemophilia
*(prof JW Groothoff, dr JP van Dijk, dr I Rajnicova-Nagyova, dr J Rosenberger)*

**Snippe E**
Understanding change in psychological treatments for depressive symptoms; the individual matters
*(prof R Sanderman, prof PMG Emmelkamp, dr MJ Schroevers, dr J Fleer)*

**Groen B**
Complications in diabetic pregnancy; role of immunology and Advanced Glycation End products
*(prof TP Links, prof PP van den Berg, dr MM Faas)*
Visser L
Early detection and prevention of adolescent alcohol use; parenting and psychosocial factors
(prof SA Reijneveld, dr AF de Winter)

Tovote KA
Acceptance or challenge? Psychological treatments for depressive symptoms in patients with diabetes
(prof R Sanderman, prof PMG Emmelkamp, prof TP Links)

Trippolini M
Evaluation of functioning in workers with whiplash-associated disorders and back pain
(prof MF Reneman, prof PU Dijkstra, prof JHB Geertzen)

Eriks-Hoogland IE
Shoulder impairment in persons with a spinal cord injury & associations with activities and participation
(prof LHV van der Woude, prof G Stucki, prof MWM Post, dr S de Groot)

Suwantika AA
Economic evaluations of non-traditional vaccinations in middle-income countries: Indonesia as a reference case
(prof MJ Postma, dr K Lestari)

Behanova M
Area- and individual-level socioeconomic differences in health and health-risk behaviours; a comparison of Slovak and Dutch cities
(prof SA Reijneveld, dr JP van Dijk, dr I Rajnicova-Nagyova, dr Z Katreniakova)

Dekker H
Teaching and learning professionalism in medical education
(prof J Cohen-Schotanus, prof T van der Molen, prof JW Snoek)

Dontje ML
Daily physical activity in patients with a chronic disease
(prof CP van der Schans, prof RP Stolk)
Gefenaite G
Newly introduced vaccines; effectiveness and determinants of acceptance
(prof E Hak, prof RP Stolk)

Dagan M
The role of spousal supportive behaviors in couples’ adaptation to colorectal cancer
(prof M Hagedoorn, prof R Sanderman)

Monteiro SP
Driving-impairing medicines and traffic safety; patients’ perspectives
(prof JJ de Gier, dr L van Dijk)

Bredeweg S
Running related injuries
(prof JHB Geertzen, dr J Zwerver)

Mahmood SI
Selection of medical students and their specialty choices
(prof JCC Borleffs, dr RA Tio)

Krieke JAJ van der
Patients’ in the driver’s seat; a role for e-mental health?
(prof P de Jonge, prof M Aiello, dr S Sytema, dr A Wunderink)

Jong LD de
Contractures and hypertonia of the arm after stroke; development, assessment and treatment
(prof K Postema, prof PU Dijkstra)

Tiessen AH
Cardiovascular risk management in general practice
(prof K van der Meer, prof AJ Smit, dr J Broer)

Bodde MI
Complex Regional Pain Syndrome type 1 & amputation
(prof JHB Geertzen, prof PU Dijkstra, dr WFA van der Dunnen)
Lakke AE  
Work capacity of patients with chronic musculoskeletal pain  
(prof JHB Geertzen, prof MF Reneman, prof CP van der Schans)

Silarova B  
Unraveling the role of sense of coherence in coronary heart disease patients  
(prof SA Reijneveld, dr JP van Dijk, dr I Rajnicova-Nagyova)

Weening-Dijksterhuis E  
Physical exercise to improve or maintain Activities of Daily Living performance in frail institutionalized older persons  
(prof CP van der Schans, prof JPJ Slaets, dr MHG de Greef, dr W Krijnen)

Koolhaas W  
Sustainable employability of ageing workers; the development of an intervention  
(prof JJL van der Klink, prof JW Groothoff, dr S Brouwer)

Flach PA  
Sick leave management beyond return to work  
(prof JW Groothoff, prof U Bültmann)

For 2013 and earlier theses visit our website
DANKWOORD
Het laatste loodje van dit proefschrift werd uiteindelijk dit dankwoord. Het is heel bijzonder om nu even de tijd te kunnen nemen om stil te staan bij iedereen die op zijn of haar eigen manier heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit proefschrift.

Ten eerste wil ik graag alle cliënten en medewerkers van de AFP Drenthe, Lentis en AFP Leeuwarden bedanken voor hun tijd en bereidwilligheid om mee toe doen aan het RACE-onderzoek. Zonder jullie was dit alles theoretisch gebleven.

Minstens net zo belangrijk waren mijn promotores prof. dr. Durk Wiersma en prof. dr. Robert Schoevers en mijn co-promotor dr. Rob van den Brink en hen wil ik dan ook bedanken voor hun betrokkenheid en begeleiding van de afgelopen jaren. Durk, ondanks alle strubbelingen was ons contact altijd prettig en zag je een weg vooruit, dat heb ik zeer gewaardeerd. Robert, jij werd wat later dan de anderen betrokken bij dit onderzoek, maar ook jouw bijdrage was van onschatbare waarde. Ik vond het erg fijn dat je direct doorpakte tot de kern en knopen doorhakte waar het nodig was. Ook voor het regelen van de broodnodige extra financiering, zonder welke dit project niet had kunnen worden afgerond, ben ik je zeer dankbaar. Rob, je schreef het onderzoeksvoorstel en wist ZonMW te overtuigen van de relevantie van dit project. Vele hordes zijn op onze weg gekomen bij de uitvoering ervan, maar het is ons uiteindelijk toch gelukt!

Voor hun hulp bij het mogelijk maken van de uitvoering en hun kritische blik op mijn artikelen in hun rol van co-auteur wil ik ook de hoofden van de deelnemende instellingen bedanken: Titus van Os, Tamara Mulder en Harry Beintema, ook jullie waren essentieel voor het uiteindelijke slagen van dit project. Ook Anne-Marie Schram ben ik in deze dank verschuldigd.

Bij de uitvoering van zo’n groot onderzoek als RACE zijn altijd vele mensen betrokken. Mijn dank gaat speciaal uit naar de verschillende medewerkers en stagiaires: Lianne, Nienke, Fleur, Joerie, Tanja, Esra, Audrey, Frank, Mark, Chris, Sanne, Henk, Agnes, Natalia, Annemie, Corry, Kathi, Vera, Kerstin, Marieke en natuurlijk Aukelien, maar over haar later meer.
Collega’s van het RGOc en ICPE waren door de jaren heen op allerlei manieren bij mij en mijn project betrokken. De gezelligheid was vaak groot en daarvoor mijn dank aan: Sietse, Erwin, Samuel, Sjoerd, Jaap, Herman, Marten, Jorn, Liza, Nikolaos, Marij, Arjen, Lynn, Anne-Marie, Charlotte, Charlotte, Martha, Liesbeth, Margo, Gerry, Elske, Huib, Richard, Fokko, Frederike, Bram, Bertus, Jerry, Annaroos, Esther, Nienke, Dennis, Sonja, Anna, Martin, Agna, Jooske, Roelie, Inge, Hans, Tineke, Peter, Martine, Marieke, Piotr, Lian en Henk-Jan.

Ellen, jou wil ik langs deze weg nog even speciaal in het zonnetje zetten. Je had altijd een luisterend oor voor me en wist dingen in het juiste perspectief te plaatsen. Ik vond het erg fijn dat je ook altijd tijd voor me had om met me mee te denken of gewoon voor een kop koffie en een kletspraatje. Ik heb erg veel aan je gehad!

Bij SHARE heb ik vooral contact gehad met Truus, Renate, Robert en Riekje. Ook jullie allen ben ik dank verschuldigd. Jullie waren weinig frequent maar altijd op cruciale punten in het proces betrokken. Mijn dank is dan ook groot!

Dan nog de jongens van Osso: Herman, Wallie, Alex, Harm, Ronald en Jordi. Jullie hadden een plaatsje voor me toen ik er een nodig had. Daarmee maakten jullie het mogelijk dat dit proefschrift er nu ligt. Enorm bedankt!

Omdat afleiding en ontspanning broodnodige onderdelen zijn tijdens zo’n langdurig traject wil ik ook graag mijn partners in crime bedanken. Ten eerste de theemeisjes Marlous, Hanna, Anke en Evelien. Ons clubje is jaren geleden ontstaan toen we aan onze suikerbehoefte voldeden door regelmatig een high tea met vriendinnen te organiseren. Inmiddels is dit vervangen door theatervoorstellingen, sinterklaasoptochten en weekendjes weg, maar het is er niet minder gezellig om geworden. Fijn dat ik altijd met alles bij jullie terecht kan!

Ook de kookclub kan niet ongenoemd blijven: Renate, Gerd, Liza, Jasper en Hermia. Het blijft verwonderlijk hoe zes totaal vreemden zo’n instant klik kunnen hebben en direct goede vrienden kunnen worden, maar
ik kan er alleen maar dankbaar voor zijn. Wat hebben we veel lekkere dingen gegeten en gedronken samen! Dat er soms een misbaksel bij zat verhoogde de hilariteit alleen maar meer. Onze levens zijn op dit moment aan het veranderen, maar ik ben er zeker van dat er nog veel meer gezellige avondjes met goed eten en drinken zullen volgen.

Denise, wie had ooit gedacht toen we samen stage liepen in Maastricht dat we later allebei in de forensische psychiatrie zouden terecht komen? Jij als behandelaar, ik als onderzoeker. Jij bleef in Maastricht en ik ging naar het noorden. Daardoor zien we elkaar minder en dat is jammer, maar als het dan lukt om elkaar te zien is het altijd goed en gaan we haast vanzelfsprekend verder waar we waren gebleven.

Dank aan mijn familie voor jullie betrokkenheid en met name aan mijn ouders die altijd mijn dromen hebben proberen mogelijk te maken en me stimuleerden om toch eigenwijs mijn eigen ding te doen. Zonder jullie had ik hier nooit gestaan.

Dan mijn paranimfen, Anna en Aukelien. Ik heb het al vaker gezegd in dit stuk, maar zonder twijfel was ook jullie bijdrage cruciaal voor het halen van de eindstreep. Ik vind het dan ook geweldig dat jullie dit avontuur samen met mij afsluiten. Aukelien, als mijn second in command, was dit minstens zo veel jouw promotie als de mijne. Bedankt voor het luisteren als ik weer eens even mijn hart moest luchten en voor het blijven zoeken naar manieren om die data toch binnen te krijgen! Anna, de sloten koffie en gezelligheid, je begrip voor hoe het is om in zo een zwaar traject te zitten en je humor hebben me door menig lastig stukje heen geholpen. Bijna twee jaar geleden stonden we hier ook samen. Toen was ik jouw paranimf. Ik vind het fantastisch dat we hier nu weer samen staan!

Jorn, lief, bedankt voor alle liefde, onverstoorbaarheid, ondersteuning en geduld. Dit avontuur is afgelopen. Ik kan niet wachten om aan het volgende te beginnen, dit keer samen met jou!
**Publications and Submitted Manuscripts**


Troquete, N. A. C., & van Os, T. W. D. P. (in press). Risk assessment with the START of a personality disordered client treated in out-patient forensic psychiatry. In T. Nicholls & C. Webster (Eds.), Case vignettes using the Short Term Assessment of Risk and Treatability. Port Coquitlam, Canada.


Nadine Troquete was born on July 28th 1980 in Maastricht, the Netherlands. She completed her pre-university education (Gymnasium) at the Sint Maartenscollege in Maastricht in 1999. In the same year she started her degree in Psychology at Maastricht University, specialising both in Developmental and Neuropsychology. During her study she tutored several courses in statistics and spend a year at Flinders University in Adelaide Australia to collect data for her master’s thesis. The thesis, supervised by Julie Robinson, focused on beliefs about intelligent children. In 2007 she moved to Groningen where she started as a full-time PhD student at the Rob Giel Research center (RGOc) of the University Center for Psychiatry (UCP) of the University Medical Center Groningen (UMCG). She was initially supervised by prof. dr. Wiersma and dr. van den Brink, who were joined by prof. dr. Schoevers after dr. Wiersma’s retirement. In her PhD study she investigated the effect of the use of risk assessment instruments and a shared decision making approach of the treatment plan on the occurrence of recidivism in out-patient forensic psychiatric patients and their quality of life. At this time she supervised a dozen students in the writing of their master’s thesis and represented the RGOc and UCP in the SHARE PhD council. In this role she represented SHARE in the university wide PhD council and helped organise two symposia, chairing one. More recently she has worked as a psychologist with children with traumatic brain injury. Currently she is looking for a new job in either academia or clinical practice but preferably in an area where the two meet.