

---

# **DROS** Dynamic Risk Outcome Scales

---

DYNAMIC RISK OUTCOME SCALES (DROS): INHOUD,  
ONDERBOUWING, PSYCHOMETRISCHE EIGENSCHAPPEN  
EN GEBRUIKSEIGENSCHAPPEN

Klaus H. Drieschner/Trajectum

Februari 2014



## Inhoudsopgave

<b>A. Uitgangspunten bij de constructie van de DROS.....</b>	<b>3</b>
1. Inhoudelijke uitgangspunten .....	3
2. Uitgangspunten voor het meten van veranderingen .....	4
3. Uitgangspunten in verband met kenmerken van de SGLVB doelgroep.....	5
4. Uitgangspunten met betrekking tot gebruikseigenschappen .....	6
<b>B. Inhoud en onderbouwing van de schalen .....</b>	<b>8</b>
Schaal 1: Probleembesef/probleeminzicht .....	8
Schaal 2: Attitude tegenover de huidige behandeling en begeleiding.....	9
Schaal 3: Realisme over de situatie na behandeling.....	10
Schaal 4: Medewerking aan de behandeling/begeleiding .....	11
Schaal 5: Antisociale attitudes.....	12
Schaal 6: Copingvaardigheden .....	14
Schaal 7: Vijandigheid.....	16
Schaal 8: Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag.....	17
Schaal 9: Impulsiviteit .....	18
Schaal 10: In stand houden van stabiliserende prosociale structuren .....	19
Schaal 11: Zelfredzaamheid .....	20
Schaal 12: Sociale vaardigheden en gedrag.....	21
Schaal 13: Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken.....	22
Schaal 14: Psychotische symptomen .....	24
<b>C. Psychometrische eigenschappen .....</b>	<b>27</b>
1. Factorstructuur.....	27
2. Betrouwbaarheid .....	30
3. Validiteit .....	32
4. Gevoeligheid voor verandering.....	37
<b>D. Toepassing en gebruikseigenschappen.....</b>	<b>39</b>
<b>E. Literatuur .....</b>	<b>40</b>

De Dynamic Risk Outcome Scales (DROS, Drieschner and Hesper 2008) is ontwikkeld voor het meten van behandelresultaten bij mensen met sterke gedragsstoornissen (SGLVB) en lichte verstandelijke beperkingen al dan niet met een strafrechtelijke veroordeling (SGLVB+). Het instrument bestaat uit 42 beoordelingsitems verdeeld over 15 schalen voor beïnvloedbare risicofactoren van ernstig externaliserend probleemgedrag en delictgedrag.

De DROS is in 2006/2007 ontwikkeld bij Trajectum, een SGLVB-behandelcentrum annex forensisch psychiatrische kliniek voor mensen met verstandelijke beperkingen. Sinds 2007 wordt de DROS gebruikt voor routine outcome monitoring bij Trajectum, sinds 2008 ook in andere SGLVB(+) behandelinstellingen.

Dit document bevat de volgende informatie over de DROS. In het eerste deel (A) worden uitgangspunten bij de constructie van de DROS beschreven. Deze uitgangspunten zijn afgeleid van het primaire gebruiksdoel van de DROS, het meten van behandelresultaten bij de SGLVB(+) doelgroep. In deel B wordt de meetpretentie van de DROS en de DROS-schalen weergegeven samen met een onderbouwing van de keuze voor deze inhoud. Deel C geeft een samenvatting van de resultaten van de psychometrische evaluatie van de DROS. Concreet betreft dit de factorstructuur, betrouwbaarheid, validiteit en gevoeligheid voor verandering van de DROS. In deel D worden gebruikseigenschappen van de DROS besproken.

## **A. Uitgangspunten bij de constructie van de DROS**

Bij de ontwikkeling van de DROS werden de volgende uitgangspunten gehanteerd met betrekking tot de inhoud van de schalen, specifieke kenmerken van de doelgroep, het meten van veranderingen en de gebruikswaarde voor klinische gebruikers.

### **1. Inhoudelijke uitgangspunten**

SGLVB en SGLVB+ behandelingen richten zich primair op beïnvloeding van factoren die geacht worden aan het risicovolle gedrag (SGLVB) dan wel delictgedrag (SGLVB+) van de doelgroep ten grondslag te liggen en op factoren die van belang zijn voor de begeleidbaarheid van de cliënten. In de forensische psychiatrie worden deze factoren aangeduid als (causale) dynamische risicofactoren (Douglas and Skeem 2005; Mann et al. 2010) of criminogenic needs. De laatste term benadrukt dat deze factoren de aangewezen aangrijpingspunten voor interventie vormen. Het evidence-based uitgangspunt dat effectieve forensisch psychiatrische behandelingen op beïnvloeding van deze factoren gericht moeten zijn wordt daarom aangeduid als 'need principle'.<sup>1</sup>

Wat zijn empirisch ondersteunde dynamische risicofactoren? Andrews and Bonta (2003) onderscheiden op basis van het beschikbare recidiveonderzoek acht zeer breed gedefinieerde factoren, de zogenaamde 'central eight'. Hiertoe behoren antisociale cognities (o.a.

<sup>1</sup> De veel gebruikte vertaling als 'behoefteprincipe' is misleidend, de meer correcte vertaling als 'behoefteprincipe' is ongebruikelijk. Daarom wordt hier de Engelse term aangehouden.

attitudes, waarden, rationalisaties, veronderstellingen), antisociale persoonlijkheidspatronen (sensatiebelustheid, vijandigheid, impulsiviteit), antisociaal netwerk en ontbreken van een pro sociaal netwerk, middelenmisbruik, het ontbreken van pro sociale vrijetijdsactiviteiten en problemen op het gebied van school of werk. Andere auteurs benadrukken dat dynamische risicovariabelen alleen dan aangewezen aangrijpingspunten voor behandeling zijn als er naast een voorspellende waarde ook sprake is van een causale relatie met delictgedrag en daadwerkelijke beïnvloedbaarheid (Douglas and Skeem 2005) (Mann et al. 2010). Voor geweldplegers identificeerden Douglas en Skeem (2005) de volgende variabelen: impulsiviteit, vijandigheid, psychotische symptomen, antisociale attitudes, middelenmisbruik, gebrek aan supportieve sociale relaties en gebrekkige medewerking aan behandeling inclusief medicatieontrouw. Voor plegers van zedendelicten wijzen Mann et al. (2010) de volgende empirisch ondersteunde dynamische risicofactoren aan: preoccupatie met seks, seksuele voorkeur voor kinderen of gewelddadige seks, ontbreken van een conflictarme intieme relatie, vijandigheid en wrok, een instabiele levensstijl (lifestyle impulsiviteit), gebrek aan probleemoplossingvaardigheden, verzet tegen regels en toezicht en een antisociaal netwerk. Als veelbelovende variabelen beschouwen deze auteurs daarnaast onder andere egocentrisme en disfunctionele coping, in het bijzonder seksuele of impulsief-roekeloze acting-out.

De empirische bevindingen met betrekking tot dynamische risicovariabelen zijn weliswaar grotendeels afkomstig van onderzoek met normaal begaafde populaties, maar er is toenemend evidentie dat dezelfde variabelen ook relevant zijn voor verstandelijk beperkten (Gray et al. 2007; Lindsay et al. 2008; Put et al. 2013). Dit wordt ondersteund door het feit dat risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld voor de verstandelijk beperkte doelgroep zich op dezelfde of sterk overlappende variabelen richten als instrumenten voor normaal begaafde daders (Boer et al. 2004; McGrath 2005; Quinsey 2004; Steptoe et al. 2008).

## **2. Uitgangspunten voor het meten van veranderingen**

Om gevoelig te zijn voor veranderingen gedurende de behandeling moet een instrument aan meerdere eisen voldoen. Allereerst moeten de meetschalen voldoende fijnmazig zijn om veranderingen tussen opeenvolgende meetpunten te kunnen weergeven. Als het volledige inhoudelijke bereik van een uitkomstvariabele door een enkel item met twee of drie schaalpunten wordt bestreken, kunnen alleen zeer grote veranderingen in de score zichtbaar worden. Dit probleem wordt versterkt door het feit dat veranderingen bij cliënten doorgaans gradueel zijn en zelden het volledige bereik van de het item omspannen (iemand met minimale probleemoplossende vaardigheden bij begin van de behandeling zal zich zelden tot een 'top-probleemoplosser' ontwikkelen). Bij items met 3-puntsschalen bestrijkt de voor een cliënt gedurende de hele behandeling maximaal haalbare verandering vaak slechts één schaalpunt. Kleinere veranderingen tussen twee opeenvolgende meetpunten kunnen dan niet gemeten worden. Daarom wordt bij de DROS iedere risicofactor gemeten door schalen bestaande uit 2 tot 4 vijf-puntsitems en dus 9 tot 17 mogelijke scoreschakeringen.

Ten tweede is het belangrijk dat de betekenis van itemscores door duidelijke definities inhoudelijk verankerd zijn om te voorkomen dat werkelijke veranderingen bij cliënten

vertroebeld worden door verschuivingen in de interpretatie van scores door beoordelaars, een fenomeen dat ook wordt aangeduid als 'observer drift' of 'response shift' (Oort et al. 2009; Smith 1986). Het gevaar van vertekeningen bij de meting van veranderingen door een verschuivende interpretatie van items is bij SGLVB(+) behandelingen bijzonder groot door de lange behandelduur. Daarom is bij de DROS de inhoud van de items en de betekenis van de itemscores aan de hand van observeerbare kenmerken gedefinieerd.

Ten derde is het belangrijk dat de meetscores uitsluitend gevoelig zijn voor veranderingen bij de cliënt en niet voor veranderingen in de beoordelingscontext. Contextfactoren kunnen op verschillende wijze met de meting van veranderingen interfereren. Een voorbeeld: als copingvaardigheden worden beoordeeld in relatie tot de eisen die de huidige leefsetting aan deze vaardigheden stelt, dan kunnen scores veranderen als gevolg van aanpassingen in de leefomgeving. Een ander soort contexteffect ontstaat als in scores niet alleen het kenmerk in kwestie weerspiegelt maar ook hoe zeker de beoordelaar van zijn oordeel is (bijvoorbeeld bij de beoordeling van Alcoholgebruik: "gebruikt niet – gebruikt mogelijk – gebruikt waarschijnlijk – gebruikt zeker"). Veranderde scores kunnen dan voortschrijdend inzicht van de beoordelaar in plaats van verandering bij de cliënt weerspiegelen.<sup>2</sup> Een derde type contexteffect treedt op als gemeten variabelen in de behandelcontext niet of nauwelijks kunnen veranderen. Dat geldt vooral voor probleemgedrag dat door de restrictiviteit van de behandelsetting wordt tegengehouden, zoals middelenmisbruik of geweld. Afname van dit gedrag hoeft geen behandel-effect te zijn maar kan afgedwongen zijn door beheersmaatregelen. Andersom kan er ook sprake zijn van een betekenisvolle verandering zonder afname van het probleemgedrag, namelijk als het probleemgedrag achterwege ondanks afbouw van beheersmaatregelen.

Om veranderingen bij de cliënt in een klinische setting te kunnen meten zijn de uitkomstvariabelen in de DROS zo geoperationaliseerd dat zij ook in een restrictieve klinische context kunnen veranderen en zijn de items vergaand contextonafhankelijk gedefinieerd.

### **3. Uitgangspunten in verband met kenmerken van de SGLVB doelgroep**

Door de beperkingen op cognitief en verbaal niveau is het gebruik van zelfrapportage-instrumenten bij verstandelijk beperkte cliënten problematisch. Ervaringen bij Trajectum leren dat zelfs een qua taalniveau vereenvoudigde zelfrapportage-instrument<sup>3</sup> een zeer bewerkelijke afname in de vorm van een interview vereist en dat ook hiermee veel cliënten nog zijn overvraagt.

Een tweede kenmerk van de SGLVB doelgroep is de blijvende noodzaak van professionele begeleiding zelfs na een succesvolle behandeling. Dat betekent dat de begeleidbaarheid een

- 
- 2 Een dergelijke operationalisatie kan functioneel zijn ter ondersteuning voor een risico-inschatting, het primaire toepassingsgebied van risicotaxatie-instrumenten, maar staat een zuivere meting van veranderingen bij de cliënt in de weg.
  - 3 De Nederlandse vertaling van de Novaco Anger Scale/Northgate modification Taylor JL, Novaco RW. 2005. Anger treatment for people with developmental disabilities: a theory, evidence and manual based approach. Chicester, UK: Wiley & Sons.



belangrijke uitkomstvariabele is. Hieronder vallen zaken zoals regelconformiteit, gebruik maken van hulp, openheid en de attitude ten opzichte van toekomstige begeleiding en toezicht.

Ten derde moet de ijking van een uitkomstinstrument aansluiten bij de SGLVB(+) doelgroep. Dit geldt in het bijzonder voor eigenschappen waarbij mensen met verstandelijke beperkingen op een ander niveau functioneren dan normaal begaafden, zoals probleeminzicht, copingvaardigheden en zelfredzaamheid. Als een instrument op een te hoog niveau is afgesteld vallen de veranderingen die bij de SGLVB(+) doelgroep op deze gebieden plaatsvinden buiten of aan de rand van de meetschalen. Er ontstaan dan zogenaamde bodem- of plafondeffecten waardoor relevante veranderingen niet in scores tot uitdrukking kunnen komen. Daarom zijn de DROS items zo geijkt dat de gemiddelde score in de SGLVB(+) doelgroep nabij het midden van de meetschalen vallen.

#### **4. Uitgangspunten met betrekking tot gebruikseigenschappen**

Een belangrijke toepassing voor een SGLVB(+) uitkomstinstrument is het monitoren van veranderingen bij cliënten gedurende de behandeling, bekend als routine outcome monitoring (ROM). De primaire functie van ROM is het ondersteunen van behandelaren bij individuele behandelingen. Voor de toepassing binnen ROM moet een meetinstrument daarom een hoge gebruikswaarde voor deze functie hebben.

Hiervoor moeten meetscores een eenduidige inhoudelijke betekenis hebben (De Jong and Nugter 2011). Behandelaren moeten uit de scores af kunnen lezen op welke terreinen bij een cliënt sprake is van verandering dan wel stagnatie om uit scores beslissingen te kunnen afleiden respectievelijk de behandeling gericht bij te sturen. Globale meetscores, zij het afkomstig van een enkele globale beoordeling of van een meetschaal bestaande uit inhoudelijk heterogene items, geven deze informatie niet. Daarom bestaat de DROS uit homogene schalen voor afzonderlijke uitkomstvariabelen die inhoudelijk interpreteerbare scores genereren.

Het gebruik van een uitkomstinstrument kan voor de gebruiker een meerwaarde opleveren, ook los van de scores die het genereert. Dit gebeurt als de inhoud van het instrument bij het scoren aanleiding geeft tot verhelderende gedachten en beschouwingen. Als bij het scoren van een instrument alleen de afweging gemaakt moet worden of een kenmerk (bijvoorbeeld probleembesef) "niet, nauwelijks, enigszins, voldoende of sterk" aanwezig is, zal het scoringsproces tot minder verdiepende inzichten leiden dan wanneer de beoordelaar de mate van probleembesef dient in te schatten aan de hand van deelaspecten zoals probleemontkenning, bagatellisering van de ernst en de erkenning van eigen verantwoordelijkheid.

Een andere belangrijke gebruikswaarde kan van de checklistfunctie van een instrument uitgaan. Voorwaarde hiervoor is dat het uitkomstdomein zo volledig is vertegenwoordigd dat de behandelaar na het scoren enige zekerheid heeft aan de meest belangrijke variabelen aandacht te hebben besteed.

Een derde potentiële gebruikswaarde van uitkomstinstrumenten komt voort uit de inhoudelijke verwantschap tussen uitkomsten en doelen van behandelingen. Volgens het eerder genoemde 'need-principle' (zie paragraaf A1) zouden doelen van SGLVB(+) behandelingen grotendeels betrekking moeten hebben op dynamische risicovariabelen voor externaliserend probleemgedrag. Dat betekent dat een uitkomstinstrument waarin dynamische risicovariabelen zijn geoperationaliseerd potentieel van waarde zou kunnen zijn bij het specificeren van behandeldoelen. Hiervoor moeten echter alle relevante dynamische risicovariabelen in het instrument zijn opgenomen en de operationalisatie van de variabelen gebaseerd zijn op klinische observeerbare zaken. Hier is bij de constructie van de DROS naar gestreefd.



## **B. Inhoud en onderbouwing van de schalen**

De DROS bestaat uit 15 meetschalen voor dynamische risicofactoren voor delictrecidive en ernstig externaliserend probleemgedrag bij de SGLVB(+) doelgroep. Hieronder volgt een beschrijving van de inhoud van de schalen en theoretische en empirische onderbouwingen van de onderliggende concepten.

### **Schaal 1: Probleembesef/probleeminzicht**

#### **Item PR\_1: Verantwoordelijkheid nemen**

In dit item zijn drie aspecten van het aanvaarden van verantwoordelijkheid voor het eigen probleemgedrag verwerkt:

1. Het besef dat er überhaupt sprake was van onaanvaardbaar gedrag;
2. De erkenning van de ernst van het probleemgedrag, in tegenstelling tot bagatellisering ervan;
3. De erkenning van de eigen verantwoordelijkheid voor het gedrag in tegenstelling tot afschuiving van verantwoordelijkheid op omstandigheden, het slachtoffer, enzovoorts.

Hiermee volgt dit item de conceptualisatie van ontkenningvormen die ten grondslag ligt aan de Nederlandse Inventarisatielijst van Ontkenningvormen (IOV; van den Broek, 1997) en de Amerikaanse Facets of Sexual Offender Denial (FoSOD, Schneider and Wright 2001; Schneider and Wright 2004). Het belang van dit concept voor daderbehandelingen wordt weerspiegeld door het grote aantal meetinstrumenten waarin het in de een of andere vorm is verwerkt, waaronder de FP40 (GEWF en INZB schalen, Brand and Emmerik 2001); How I Think (HIT, Barriga and Gibbs 1996); Level of Service Inventory - revised (LSI-R, Andrews and Bonta 1995), Questionnaire on Attitudes Consistent with Sexual Offending (QASCO, \ Broxholme, 2003 #379}; Treatment Intervention and Progress Scale for Sexual Abusers with Intellectual Disabilities (TIPS-ID, McGrath 2005).

#### **Item PR\_2: Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen voor probleemgedrag**

Dit item heeft betrekking op cognities die een centrale plaats innemen in behandelingen gericht op de preventie van serieus probleemgedrag dan wel delictgedrag, met name in het kader van risicoanalyse en signaleringsplannen;

1. Een realistische inschatting van het risico op toekomstig probleem- of delictgedrag in tegenstelling tot de categorische ontkenning van die mogelijkheid;
2. Kennis van de eigen risicofactoren en risicosituaties voor probleem- of delictgedrag;
3. Kennen en in het dagelijkse leven herkennen van signalen voor dreigende terugval in probleem- of delictgedrag;
4. Weten wat men in gevaarssituaties moet doen om probleem- of delictgedrag te voorkomen.



Het creëren van risicobesef en kennis van risicosignalen is een belangrijk onderdeel van forensische behandelingen. Daarom is de mate waarin de behandeling hierin is geslaagd een belangrijke uitkomstvariabele die in enkele meetinstrumenten is opgenomen, bijvoorbeeld als 'risk management knowledge' in de TIPS-ID en als 'knowledge of faulty thoughts, crime cycle, risk factors and relapse prevention plan' in de Assessment of Risk Manageability for Intellectually Disabled Individuals who Offend (ARMIDILO, Boer et al. 2004).

### **Item PR\_3: Acceptatie van eigen beperkingen en handicaps**

Dit item heeft betrekking op:

1. Het besef van eigen beperkingen en de hierdoor bestaande afhankelijkheid en kwetsbaarheid;
2. De mate waarin het ontbreken van dit besef leidt tot onrealistische en potentieel gevaarlijke verwachtingen, ideeën en plannen.

Kenmerkend voor de SGLVB(+) doelgroep is een blijvende kwetsbaarheid en afhankelijkheid van professionele zorg als gevolg van de verstandelijke beperking en meestal ook nog een vorm van psychopathologie. Hierdoor is de begeleidbaarheid van de cliënt van groot belang en moet de behandeling waar nodig gericht worden op verbetering van deze begeleidbaarheid. Het creëren van een realistisch besef van de eigen beperkingen en mogelijkheden is hiervoor cruciaal. Naast besef van beperkingen door de verstandelijke beperking betreft dit besef van beperkingen door psychische ziekte en het belang van medicatietrouw. Deze aspecten zijn onder andere verwerkt in de Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring (SORM, Grann et al. 2000) en de HCR-20 (Webster et al. 1997).

### **Schaal 2: Attitude tegenover de huidige behandeling en begeleiding**

De houding van de cliënt tegenover de behandeling wordt algemeen gezien als een zogenaamde responsiviteitsfactor, dat wil zeggen een factor die mede bepaalt of een cliënt ontvankelijk is voor de geboden behandeling. De motivatie van de cliënt bepaalt de bereidheid om zich voor de behandeling in te zetten (Drieschner and Boomsma 2008b) en voorspelt drop-out hetgeen een sterke voorspeller van recidive is (Drieschner and Verschuur 2010; McMurrin and Theodosi 2007).

De attitude tegenover de behandeling is geoperationaliseerd in specifieke instrumenten voor behandelmotivatie in de forensische psychiatrie zoals de Therapie-Motivatie-Schalen (TMS-F, Drieschner and Boomsma 2008a) en is tevens verwerkt in diverse instrumenten voor dynamische risicofactoren (o.a. HKT-30, FP40, LSI-R, ARMIDILO) of beschermende factoren (Structural Assessment of Protective factors for Violence Risk, SAPROF, De Vogel et al. 2007).

De schaal "Attitude tegenover de huidige behandeling en begeleiding" van de DROS bestaat uit twee items:



**trajectum**

**B. Inhoud en onderbouwing**

© 2008 Stichting Trajectum

### **Item AT\_1: Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg**

De score van dit item wordt bepaald door twee aspecten:

1. In hoeverre de cliënt onderschrijft in de actuele situatie een vorm van professionele zorg nodig te hebben versus het idee zich zonder professionele hulp te kunnen redden, eventueel met behulp van het eigen sociale netwerk;
2. In hoeverre de cliënt instemt met de primaire risicogerelateerde doelstelling (missie) van de geboden zorg.

### **Item AT\_2: Attitude tegenover de huidige professionele zorg**

Bij dit item gaat het om de attitude ten opzichte van:

1. Het zorgaanbod;
2. De behandel- en/of begeleidingsstaf;
3. De restrictieve aspecten van de zorg, zoals regels, beperkingen en toezicht.

### **Schaal 3: Realisme over de situatie na behandeling**

Een behandeling is van tijdelijke aard. Naarmate het einde nadert worden realistische ideeën en verwachtingen over het leven na de behandeling belangrijker. Een bijzonder risico vormen onrealistische voorstellingen over de mate van zelfstandigheid na de behandeling ("huisje, boompje, beestje") terwijl in werkelijkheid een vorm van professionele zorg en toezicht ook na de behandeling noodzakelijk blijft. Met deze schaal worden twee facetten van (onrealistische) verwachtingen over de toekomst door afzonderlijke items gemeten:

Item 1: Verwachtingen ten aanzien van de na behandeling noodzakelijke zorg en begeleiding, zoals de mogelijke mate van zelfstandigheid, de noodzaak van toezicht (bijv. op verblijf, middelengebruik, financiën) en de noodzaak van medicatie.

Item 2: Verwachtingen ten aanzien van overige aspecten van het leven na de behandeling, zoals de woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en de besteding van vrije tijd. Bij beide items wordt de score door drie aspecten bepaald:

1. In hoeverre de ideeën en verwachtingen van de cliënt realistisch zijn (gedefinieerd als "in overeenstemming met de inzichten van de beoordelaar");
2. Hoe sterk de ideeën en verwachtingen van de cliënt zijn uitgekristalliseerd. Daarbij worden concrete toekomstideeën als gunstig beoordeeld als de ideeën realistisch zijn en als ongunstig als de ideeën onrealistisch zijn;
3. Hoe sterk de ideeën en verwachtingen van de cliënt nog moeten veranderen om problemen in de vervolgsituatie respectievelijk toekomstige leefomgeving te voorkomen.

Door de zorg- en omgevingsafhankelijkheid zijn de ideeën en verwachtingen ten aanzien van de leefsituatie na behandeling bijzonder belangrijk bij de SGLVB(+) doelgroep. Ze spelen echter ook een rol bij normaal begaafde daders en zijn daarom terug te vinden in diverse risicotaxatie-instrumenten zoals de Toekomst-schaal van de HKT-30 en de Risicoschaal van de HCR-20.

#### **Schaal 4: Medewerking aan de behandeling/begeleiding**

Zonder medewerking van de cliënt kan een behandeling gericht op gedragsverandering niet succesvol zijn. Cliënten moeten actief gebruik maken van de geboden hulp, oefenen met nieuw gedrag, meewerken aan medicatie, zich aan regels houden die ertoe dienen probleemgedrag te voorkomen en open zijn over hun doen en laten en hetgeen in hen omgaat.

Gebrek aan medewerking aan de behandeling, inclusief medicatie, regels en toezicht wordt breed erkend als dynamische risicofactor voor recidive, zowel voor zedendelinquenten als voor geweldplegers (Douglas and Skeem 2005; Mann et al. 2010), ook voor verstandelijk beperkten (Boer et al. 2004; Lindsay et al. 2004; McGrath et al. 2007). Het belang van actieve inzet en de bepalende rol van de behandelmotivatie voor deze inzet verklaren de centrale rol van motivationele interventies in daderbehandelingen (McMurran 2009). Omgekeerd kan het effect van deze motivationele interventies vastgesteld worden door de medewerking van de cliënt aan de behandeling.

Aspecten van de medewerking aan behandeling en toezicht zijn opgenomen in diverse risicotaxatie-instrumenten. Dit geldt zowel voor instrumenten voor normaal begaafde daders zoals de HKT-30, HCR-20, LSI-R en FP40, als voor instrumenten ontwikkeld voor verstandelijk beperkte doelgroepen zoals de ARMIDILO, TIPS-ID en de Dynamic Risk Assessment and Management System (DRAMS, Lindsay et al. 2004).

De schaal "Medewerking aan de behandeling/begeleiding" van de DROS bestaat uit afzonderlijke items voor vier componenten van deze medewerking:

##### **Item ME\_1: Inzet voor verandering**

De score van dit item wordt bepaald door drie kenmerken van de inzet van de cliënt:

1. De mate en de continuïteit van actieve inzet voor gedragsverandering of uitbreiding van competenties;
2. De ontvankelijkheid van de cliënt voor begeleiding, instructies, advies en (psycho)educatie;
3. De mate van ondersteuning of aanmoediging die nodig is om de inzet te bereiken.

**Item ME\_2: Medicatietrouw**

De score van dit item wordt bepaald door twee aspecten die van invloed zijn op medicatietrouw:

1. De bereidheid van de cliënt om medicatie in te nemen (psychofarmaca);
2. De intensiteit van begeleiding en toezicht die nodig is om consequente inname te bereiken.

Het eerste aspect is primair een kwestie van willen, dat wil zeggen motivationeel bepaald. Bij het tweede aspect spelen ook vaardigheden, psychische ontregelingen en cognitieve beperkingen een rol. Daarom kan medicatietrouw ook in het geding zijn bij cliënten die in principe bereid zijn hun medicatie in te nemen.

**Item ME\_3: Regelconformiteit**

Dit item heeft betrekking op:

1. In hoeverre de cliënt zich aan regels en afspraken houdt. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen zwaarwegende (direct risicogerelateerde) regels en minder zwaarwegende regels en afspraken;
2. In welke mate de regelconformiteit afhankelijk is van situationele factoren zoals de aanwezigheid van verleidingen, bepaalde personen of de eigen emotionele gesteldheid;
3. De afhankelijkheid van regelconformiteit van ondersteuning;
4. Of men zich achteraf laat aanspreken op overtredingen van regels en afspraken.

**Item ME\_4: Transparantie/openheid**

De score van dit item wordt bepaald door vier gerelateerde aspecten van transparantie:

1. De mate van openheid over de eigen binnenwereld (gevoelens, fantasieën, gedragsneigingen, plannen) en het eigen doen en laten;
2. Of relevante informatie uit zichzelf of pas na gerichte vragen wordt gegeven;
3. In hoeverre wordt meegewerkt aan controle en toezicht;
4. Of bij problemen zelfstandig aan de bel wordt getrokken respectievelijk hulp wordt ingeroepen.

**Schaal 5: Antisociale attitudes**

Criminogene attitudes zijn houdingen die delinquent of ander antisociaal gedrag bevorderen. Er bestaat weinig twijfel over de relatie van deze houdingen met delictrecidive, zowel voor geweldplegers als voor plegers van zedendelicten (Douglas and Skeem 2005; Mann et al. 2010; Thornton 2002). Criminogene attitudes vormen dan ook een van de "big four" dynamische risicofactoren (Andrews et al. 2006). De schaal "Criminogene attitudes" bestaat uit items voor de houding tegenover het gebruik van geweld; de houding tegenover antisociaal gedrag; de houding tegenover prosociale waarden, activiteiten en instituten en de houding tegenover (en belangen en rechten) van anderen.

### **Item CR\_1: Attitude tegenover fysiek geweld**

In dit item zijn de volgende aspecten verwerkt:

1. Legitimering van geweld, bijvoorbeeld ter vergelding, om eigen grenzen te bewaken of om te krijgen waarop men recht meent te hebben;
2. Gevoeligheid voor positieve uitkomsten van geweld (o.a. versterking van gevoel van eigenwaarde, status) en argumenten tegen geweld;
3. De verenigbaarheid van gebruik van geweld met het zelfbeeld.

Dit inhoud van het item overlapt met operationalisaties in de Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS, Walters 2002)) en Measures of Criminal Attitudes and Associates (MCAA, Mills et al. 2002). Goedkeuren van geweld is tevens opgenomen in de HCR-20.

### **Item CR\_2: Egocentrisme**

De score van dit item wordt door twee aspecten bepaald:

1. In hoeverre men oog heeft voor belangen, gevoelens, en rechten van anderen;
2. In hoeverre men hiermee rekening houdt.

Egocentrisme en de basishouding dat de eigen rechten, behoeften en gevoelens zwaarder wegen dan die van anderen ('entitlement') zijn opgenomen in enkele risicotaxatie-instrumenten voor normaal begaafde en voor verstandelijk beperkte doelgroepen, zoals de HCR-20, FP40, TIPS-ID, en Short Dynamic Risk Scale (SDRS, Quinsey 2004). Het zijn tevens definiërende kenmerken van de DSM IV antisociale persoonlijkheidsstoornis en de ICD 10 dissociale persoonlijkheidsstoornis. Wegens het belang van egocentrische opvattingen voor de klinische praktijk zijn er diverse meetinstrumenten ontwikkeld waarin verschillende vormen van egocentrische opvattingen zijn geoperationaliseerd, zoals de QASCO, HIT, MCAA en PICTS.

### **Item CR\_3: Attitudes tegenover antisociaal gedrag**

1. Een accepterende versus afwijzende houding tegenover antisociaal gedrag waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen ernstige en minder ernstige vormen van antisociaal gedrag;
2. In hoeverre deze houding gevestigd is versus beïnvloedbaar door prosociale argumenten dan wel antisociale invloeden;
3. In hoeverre een antisociale versus prosociale oriëntatie is geworteld in identificaties en zelfbeeld.

Attitudes die antisociaal gedrag aanmoedigen of tenminste drempelverlagend werken zijn opgenomen in diverse risicotaxatie instrumenten voor verschillende doelgroepen waaronder ook verstandelijk beperkte daders. Voorbeelden zijn de HCR-20, LSI-R, SVR-20 en TIPS-ID. Daarnaast zijn deze attitudes meer gedetailleerd geoperationaliseerd in specifieke instrumenten voor criminogene cognities, zoals de Criminal Sentiments Scale-Modified (CSS-M), Pride in Delinquency Scale (PID, Simourd and Van de Ven 1999) en PICTS.

### Item CR\_4: Attitudes tegenover prosociale conventie

1. Een positieve versus negatieve houding tegenover prosociale instituties (zoals politie/justitie, school, hulpverlening), waarden (zoals gerechtigheid, veiligheid, betrouwbaarheid) en activiteiten (zoals werken, sport, altruïsme).
2. In hoeverre deze houding beïnvloedbaar is.

Een afwijzende houding tegenover prosociale waarden, activiteiten en instituties kan enerzijds de drempel voor antisociaal gedrag verlagen en anderzijds het beschermende effect van structuren zoals een prosociaal netwerk, werk en prosociale vrijetijdsbesteding ondermijnen. Daarom zijn attitudes tegenover 'prosociale conventie' opgenomen in enkele risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20, de LSI-R en de specifiek op criminogene cognities gerichte CSS-M. Het belang van deze attitudes is bij mensen met verstandelijke beperkingen bijzonder groot wegens de omgevingsafhankelijkheid van deze doelgroep en de centrale plaats die hulpverlenings- en sociale werkvoorzieningen in het leven van deze cliënten innemen.

### Schaal 6: Copingvaardigheden

Het onvermogen om adequaat met stressvolle situaties om te gaan kan leiden tot ernstig probleemgedrag of zelfs delicten, zij het direct (bijv. escalatie van conflicten; weglopen; middelengebruik) of indirect (bijv. secundair als gevolg van sterke wraakgevoelens of psychische ontregeling). Het begrip copingvaardigheden verwijst naar vaardigheden die iemand in staat stellen stressvolle situaties of omstandigheden zonder escalaties of risicoverhogende gevolgen te doorstaan. Voorbeelden van coping zijn: hulp inroepen, afleiding zoeken, steun zoeken, ontspannen, het onderliggende probleem aanpakken, relativeren/humor.

De empirische onderbouwing voor het verband tussen gebrekkige copingvaardigheden en delictrecidive is minder sterk dan voor de 'big four' of de 'central eight' risicofactoren (Andrews et al. 2006). Desalniettemin is er voldoende empirische evidentie om dysfunctionele coping als 'veelbelovende' dynamische risicofactor te beschouwen (Mann et al. 2010; Thornton 2002). Tekort aan copingvaardigheden zijn bovendien een goede voorspeller gebleken van agressie-incidenten in instellingen voor verstandelijk beperkte cliënten met ernstig probleemgedrag of delictgedrag (Drieschner et al. 2013). Nauw aan copingvaardigheden gerelateerd maar inhoudelijk smaller is het concept 'probleemoplossende vaardigheden' (D'Zurilla and Chang 1995). Het verband tussen tekort aan probleemoplossende vaardigheden en recidive is empirisch aangetoond (Hanson and Morton-Bourgon 2005). Het versterken van coping- en probleemoplossende vaardigheden wordt in behandelingen van verstandelijk beperkte delinquenten als belangrijk onderwerp beschouwd (Didden et al. 2009; Howells et al. 2000; Lindsay et al. 2011; Van Nieuwenhuijzen et al. 2009; Willner and Tomlinson 2007).

Copingvaardigheden of probleemoplossende vaardigheden zijn als dynamische risicovariabele dan wel als protectieve factor opgenomen in diverse risicotaxatie-instrumenten voor normaal begaafde cliënten (bijvoorbeeld HKT-30; SAPROF) en verstandelijk beperkte cliënten (ARMIDILO, TIPS-ID, SDRS). In tegenstelling tot de DROS wordt daarbij doorgaans geen onderscheid gemaakt in typen stressvolle situaties waarop de vaardigheden toegepast moeten worden.

De DROS schaal 'Copingvaardigheden' bestaat uit afzonderlijke items voor copingvaardigheden in drie soorten stressvolle situaties waarin tekortschietende coping tot risicovol gedrag kan leiden: (1) conflictueuze interacties, (2) interne drang tot risicovol gedrag en (c) overige stressvolle situaties zoals verlies, teleurstellingen, overvraging of overprikkeling.

Het niveau van copingvaardigheden wordt bij de DROS beoordeeld aan de hand van de uitkomsten van de (ontbrekende) coping waarbij drie soorten uitkomsten worden onderscheiden.

- *Ongunstig*: Problematische gevolgen (bijv. escalatie conflict, sterke wrok en/of wraakneiging, alcoholgebruik, regelovertreding, psychische ontregeling).
- *Enigszins gunstig*: De acute stressvolle situatie wordt zonder problematische gevolgen doorstaan. Het bredere probleem bestaat onverminderd voort en kan opnieuw problemen veroorzaken.
- *Goed*: De stressvolle situatie wordt zonder problematische gevolgen doorstaan. Het onderliggende probleem wordt verminderd of zelfs opgelost.

### **Item CO\_1: Coping met conflictueuze interacties**

Onder conflictueuze interacties worden niet alleen openlijke conflicten verstaan maar ook als interacties met conflictpotentieel zoals een niet ingewilligd verzoek of een verschil van mening. De score van het item wordt bepaald door drie gerelateerde aspecten:

1. De ernst van het conflict (bijvoorbeeld een klein meningsverschil of een kritische opmerking versus een vijandige interactie, ernstige belediging of fysieke agressie);
2. De uitkomst van de coping volgens de categorieën 'ongunstig', 'enigszins gunstig' en 'gunstig' (zie boven);
3. Of ongevraagd ingrijpen door derden nodig is om tot probleemoplossing te komen of zelfs al om directe escalatie te voorkomen.

### **Item CO\_2: Coping met risicovolle drang**

Risicovolle drang verwijst interne stressoren zoals drang tot middelengebruik, seksueel grensoverschrijdend gedrag, diefstal, onverantwoord koopgedrag of weglopen. Drie gerelateerde aspecten bepalen de score van dit item:

1. In hoeverre de cliënt beschikt over manieren (= copingvaardigheden) om risicovolle drang te beheersen en/of te doen afnemen;
2. De moeilijkheid van de situatie (o.a. aanwezigheid van verleidingen, sterkte van de drang);
3. Hoe gauw ongevraagd ingrijpen door derden nodig is om probleemgedrag te voorkomen.

### **Item CO\_1: Coping met overige stressoren**

Onder 'overige stressoren' worden verstaan stressvolle situaties zoals teleurstellingen, tegenvallers, overprikkeling, onbekende situaties, verlies, verveling of eenzaamheid. De score wordt bepaald door drie aspecten:

1. De ernst van de stressoren;
2. Of de copingvaardigheden voldoen om ongunstige gevolgen te voorkomen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen minder ernstige en ernstige gevolgen;
3. Hoeveel externe ondersteuning nodig is om ongunstige uitkomsten te voorkomen.

### **Schaal 7: Vijandigheid**

Het begrip vijandigheid verwijst naar een dispositie om in een veelheid van situaties boos, vijandig of agressief te reageren. De relatie tussen vijandigheid en delictrecidive is zowel voor geweldplegers als voor zedendelinquenten empirisch onderbouwd (Douglas and Skeem 2005; Mann et al. 2010).

Vijandigheid is als onderdeel van het bredere concept antisociaal persoonlijkheidspatroon een van de 'big four' risicofactoren (Andrews et al. 2006). Het is daarom als zelfstandige risicofactor of als onderdeel van een breder concept opgenomen in veel risicotaxatie-instrumenten waaronder de HKT-30, HCR-20 en TIPS-ID.

Een onderliggende factor van vijandigheid is de neiging bij anderen ten onrechte vijandige intenties waar te nemen (Dodge et al. 1990; Hendry 2013). In verschillende studies is aangetoond dat deze neiging ook bij volwassenen met verstandelijk beperkingen samenhangt met agressief gedrag (Basquill et al. 2004; Jahoda et al. 2006). Een andere aan vijandigheid ten grondslag liggende factor is de neiging tot verongelijkheid en het koesteren van wrok (Mann et al. 2010; Thornton 2002). Een extreme vorm van vijandigheid zijn wraakgevoelens. Er bestaat geen twijfel dat wraakgevoelens een causale rol kunnen spelen bij geweld, zedendelicten of brandstichting maar er bestaat op dit gebied nog weinig wetenschappelijk onderzoek (Bueno Guerra 2012; Rosenfeld and Lewis 2005).

De schaal "Vijandigheid" van de DROS bestaat uit drie items:



### **Item VIJ\_1: Vijandige waarneming en houding**

Dit item meet de neiging tot een vijandige vertekening in de sociale waarneming. De score van het item wordt bepaald door de volgende gerelateerde aspecten:

1. In welke mate de neiging bestaat ten onrechte vijandige intenties aan anderen toe te schrijven;
2. In welke mate deze misinterpretatie corrigeerbaar is;
3. In welke mate een neiging bestaat boos of vijandig te reageren.

### **Item VIJ\_2: Verongelijkheid en wrok**

Bij dit item worden de volgende aspecten beoordeeld:

1. Of er sprake is van een latent gevoel van onrecht;
2. Het aantal situaties (onderwerpen, personen) waarin verongelijkheid en wrok ontstaan;
3. De mate waarin deze gevoelens toegankelijk zijn voor interventies.

### **Item VIJ\_3: Wraakgevoelens**

De neiging tot wraakgevoelens wordt aan de hand van de volgende aspecten beoordeeld:

1. Hoe gauw wraakgevoelens ontstaan;
2. Hoe heftig deze zijn;
3. De 'slijtvastheid' van de wraakgevoelens;
4. Of concrete wraakvoornemens ontstaan.

## **Schaal 8: Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag**

De meest empirisch onderbouwde risicofactor bij plegers van zedendelicten is een seksuele gerichtheid op kinderen of op seksualiteit met geweld (Mann et al. 2010; Thornton 2002). Daarnaast bestaat ook een bewezen relatie tussen seksueel delictgedrag en hypersexualiteit, dat wil zeggen een abnormaal sterke interesse in seks die het hele psychologische en sociale leven bepaalt (Mann et al. 2010; Thornton 2002). Beide factoren zijn daarom doorgaans opgenomen risicotaxatie-instrumenten voor zedendelinquenten met of zonder verstandelijke beperking, zoals de SVR-20, ARMIDILO, TIPS-ID en ook in algemene risicotaxatie-instrumenten zoals de HKT-30 en DRAMS.

Er is evidentie voor een relatie tussen zedendelicten en de neiging tot een vertekende waarneming van seksuele belangstelling in neutrale sociale interacties (Blake and Gannon 2008; Drieschner and Lange 1999). Het is aannemelijk dat deze misinterpretatie bij mensen met verstandelijke beperkingen een grotere rol speelt door de beperkte mogelijkheden zich in het perspectief van een ander te verplaatsen en de gebrekkige kennis op het gebied van seksualiteit.

De schaal seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag van de DROS bestaat uit drie items met de volgende inhoud.

### **Item SE\_1: Seksuele preoccupatie**

De score van dit item weerspiegelt drie aspecten:

1. De mate van seksuele gedachten, masturbatie en pornografiegebruik (hyperseksualiteit);
2. De inhoud van seksuele gedachten en fantasieën en de aard van het eventueel gebruikte pornografisch materiaal;
3. In welke mate preoccupatie met seks tot spanning en/of vermindering van het algemeen en sociaal functioneren leiden (concentratieverlies, verlies van interesse in andere zaken dan seks, afzondering).

### **Item SE\_2: Seksuele misinterpretatie**

Bij dit item worden twee aspecten in de beoordeling meegenomen:

1. In welke mate geseksualiseerde misperceptie van neutrale cues optreedt;
2. Of deze misinterpretatie toegankelijk is voor corrigerende ervaringen.

### **Item SE\_3: Seksueel grensoverschrijdend gedrag**

De score van dit item wordt bepaald door twee aspecten:

1. De frequentie en de ernst van het seksueel ongepast gedrag;
2. De mate van belemmering van sociale contacten hierdoor.

## **Schaal 9: Impulsiviteit**

Het voornaamste kenmerk van impulsiviteit is het onvermogen gedragsimpulsen te beheersen waardoor geen rekening wordt gehouden met consequenties van het gedrag en de context. Impulsiviteit of het gebrek aan impulscontrole vormen een kernelement van het concept 'antisociaal persoonlijkheidspatroon' dat een sterke samenhang vertoont met delictrecidive en tot de 'big four' risicofactoren voor delinquentie behoort (Andrews et al. 2006). Gerelateerd aan impulsiviteit is de sterke hang naar spanning, sensatie en avontuur. Deze maakt eveneens deel uit van de risicofactor 'antisociaal persoonlijkheidspatroon' en wordt ook wel aangeduid als externaliserende coping (Mann et al. 2010). Er is evidentie uit onderzoek met verstandelijk beperkte daders dat impulsiviteit vooral het risico voor geweld en minder het risico voor zedendelicten vergroot (Parry and Lindsay 2003; Snoyman and Aicken 2011). Impulsiviteit is in het bijzonder risicoverhogend in combinatie met andere risicofactoren zoals vijandigheid, deviante seksualiteit, antisociale of criminogene houdingen of neiging tot middelenmisbruik. Bij mensen met verstandelijke beperkingen kan impulsiviteit daarnaast ten koste gaan van de begeleidbaarheid hetgeen eveneens een risicoverhogend effect heeft.

De risicofactor impulsiviteit is opgenomen in veel risicotaxatie-instrumenten waaronder de HKT-30, HCR-20, SAPROF, Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START, Webster et al. 2006) en instrumenten ontwikkeld voor verstandelijk beperkte daders zoals de ARMIDILO, DRAMS en TIPS-ID.

De schaal "Impulsiviteit" van de DROS bevat twee items met de volgende inhoud.

#### **Item VIJ\_1: Ondoordachttheid**

Dit item bevat de prototypische kern van het begrip impulsiviteit in vier deelaspecten:

1. In welke mate er sprake is tot problematische gedragsimpulsen (bijvoorbeeld op de gebieden van agressie, seksualiteit of middelengebruik);
2. In welke mate rekening wordt gehouden met consequenties en de geschiktheid van de context;
3. Of men zich door negatieve consequenties of de situatie laat weerhouden aan impulsen toe te geven;
4. Hoe ernstig en afzienbaar de consequenties moeten zijn om de cliënt te weerhouden aan een impuls toe te geven.

#### **Item VIJ 2: Prikkelhonger/sensatiebelustheid**

De score van dit item wordt bepaald door twee aspecten.

1. In welke mate spanning en kicks worden opgezocht.
2. In welke mate gebrek aan prikkels tot onlustgevoelens leidt.

### **Schaal 10: In stand houden van stabiliserende prosociale structuren**

Kenmerkend voor de verstandelijk beperkte doelgroep van de DROS is een hoge mate van omgevingsafhankelijkheid. Twee factoren in de omgeving hebben een bijzonder belangrijke stabiliserende rol, sociale relaties en zinvolle dagbesteding. Gebrek aan prosociale contacten en zinvolle vrijetijdsbesteding behoren al bij normaal begaafde delinquenten tot de 'central eight' dynamische risicofactoren (Andrews et al. 2006; Douglas and Skeem 2005). Het is aannemelijk dat de betekenis bij daders met verstandelijke beperkingen eerder groter is.

Het concept 'in stand houden van stabiliserende prosociale structuren' is verwant aan het begrip 'levensstijl impulsiviteit', dat wil zeggen een chronische instabiliteit op de gebieden van relaties, activiteiten, werk en woning. Oorzaken zijn veelal onverantwoorde of impulsieve beslissingen en gedrag dat tot uitstoting leidt. Er bestaat empirische evidentie voor een verband tussen levensstijl impulsiviteit en recidive (Douglas and Skeem 2005; Mann et al. 2010; Thornton 2002).

De factor levensstijl impulsiviteit is verwerkt in diverse risicotaxatie-instrumenten waaronder de HKT-30, HCR-20, ARMIDILO en TIPS-ID.

Binnen klinische behandelingen worden activiteiten, de sociale leefomgeving en de levensomstandigheden grotendeels door de setting bepaald. Het succes van een behandeling kan daarom tijdens de behandeling niet eraan afgemeten worden of een cliënt zinvolle dagactiviteiten, prosociale contacten en stabiele levensomstandigheden heeft. Wat wel binnen de structuur van een klinische behandelsetting kan veranderen zijn de vaardigheden, gedragspatronen en cognities die aan het onvermogen prosociale contacten en activiteiten te behouden ten grondslag liggen. Mann e.a. (2010) gebruiken voor dergelijke onderliggende risicofactoren die aangrijpingspunten voor behandeling bieden "psychologisch betekenisvolle risicofactoren". De schaal "In stand houden van stabiliserende prosociale structuren" bevat twee items voor factoren die samenhangen met het risico op levensinstabiliteit en het ontbreken van stabiliserende sociale contacten en dagbesteding.

### **Item ON\_1: In stand houden van prosociale contacten**

Bij dit item zijn 'prosociale contacten' gedefinieerd als niet-professionele sociale contacten waarvan een stabiliserende en niet-antisociale invloed uitgaat (o.a. contacten met (pleeg) familie, kennissen, vrienden, intieme relaties). In de score van het item worden vier aspecten meegenomen:

1. Hoe gauw sociale contacten worden verbroken bij onvrede of zich aandienende alternatieven;
2. In hoeverre moeite wordt gedaan om prosociale contacten in stand te houden.
3. De mate van prosociale contacten belastend gedrag (bijv. uitbuiten, kwetsen, vertrouwen beschadigen);
4. In hoeverre eigen pogingen worden ondernomen of wordt ingegaan op pogingen van de ander om beschadigde relaties te herstellen.

### **Item ON\_2: Onderhouden van zinvolle dagbesteding**

Bij dit item worden als voorbeelden voor 'zinvolle dagbesteding' genoemd: geschikt (vrijwilligers)werk, structurele taken, hobby, deelname aan een vereniging of andere taakgerichte groep. De score van dit item wordt bepaald door drie aspecten:

1. In welke mate men zich emotioneel bindt (identificeert) aan de activiteit of de sociale context waarin deze plaatsvindt;
2. Hoe gauw men afhaakt;
3. Hoe noodzakelijk externe ondersteuning en motivering zijn voor continuering van activiteiten.

## **Schaal 11: Zelfredzaamheid**

Het begrip zelfredzaamheid heeft betrekking op (de toepassing van) vaardigheden die in het dagelijkse leven de afhankelijkheid van hulp verminderen. Bij cliënten met verstandelijke beperkingen gaat het naast zelfredzaamheid met betrekking tot algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) ook om cognitieve en schoolse vaardigheden die van belang zijn voor maatschappelijke participatie.

Zelfredzaamheid behoort op basis van internationale empirische evidentie niet tot de erkende dynamische risicofactoren met uitzondering van het aspect medicatietrouw (zie schaal 4, Medewerking aan de behandeling). Desondanks is de factor opgenomen in verschillende Nederlandse generieke risicotaxatie-instrumenten zoals de HKT-30 en de FP40. Ook is in Nederlands onderzoek een relatie met delictrecidive gevonden (Brand and Nijman 2007). Bij mensen met verstandelijke beperkingen wordt ADL wel als belangrijke risicofactor beschouwd. Het concept is daarom opgenomen in verschillende risicotaxatie-instrumenten voor verstandelijk beperkte daders, zoals de DRAMS en de SDRS. De relatie tussen recidiverisico en zelfredzaamheid op het gebied van functionele schoolse vaardigheden (lezen, schrijven, rekenen, klokkijken) is niet bekend. Uit individuele gevalsanalyses is echter gebleken dat onzelfstandigheid op deze gebieden kan bijdragen aan kwetsbaarheid voor antisociale invloeden.

De schaal "Zelfredzaamheid" van de DROS bestaat uit twee factoren die telkens door drie items worden gemeten.

#### **Factor ZE\_1 Zelfverwaarlozing/zelfzorg**

Deze factor bestaat uit afzonderlijke items voor drie onderdelen van ADL: Hygiëne, Voeding en Dag-Nacht Ritme. Bij alle drie items worden twee aspecten in de beoordeling meegenomen:

1. In hoeverre dagelijkse begeleiding nodig is om zelfzorg op het betreffende ADL-gebied op peil te houden;
2. In hoeverre op de betreffende ADL-gebieden toezicht gehouden moet worden.

#### **Factor ZE\_2 Functionele schoolse vaardigheden**

Deze factor bestaat uit drie items voor Lezen en Schrijven (kunnen invullen van eenvoudige formulieren; kunnen opstellen en lezen van een boodschappenlijst), Rekenen (wisselgeld berekenen, besef van prijzen) en Klokkijken en Tijdsbesef (afspraken plannen, tijdsperiodes overzien, klokkijken). Bij alle drie items wordt de score bepaald door twee aspecten:

1. Het niveau van beheersing van de vaardigheid;
2. De mate van afhankelijkheid van begeleiding bij taken die de vaardigheid vereisen.

### **Schaal 12: Sociale vaardigheden en gedrag**

De rol van sociale vaardigheden als dynamische risicofactor voor recidive is omstreden. Met name voor zedendelinquenten wordt een gebrek aan sociale vaardigheden op basis van empirische evidentie niet als dynamisch risicofactor beschouwd (Mann et al. 2010). Er wordt ook gewezen op een mogelijk averechts effect van het trainen van sociale vaardigheden, omdat hierdoor het vermogen om slachtoffers te benaderen en te misleiden zouden kunnen toenemen. Desondanks zijn sociale vaardigheden opgenomen in verschillende risicotaxatie-instrumenten, zoals de HKT-30 en FP40 en is in Nederlands onderzoek wel een relatie tussen

sociale vaardigheden en delictrecidive gevonden (Brand and Nijman 2007). Met de opkomst van het 'Good Lives Model' (Ward et al. 2007) in de daderbehandeling hebben sociale vaardigheden weer meer aandacht gekregen. Vanuit dit perspectief worden tekortschietende sociale vaardigheden gezien als obstakel voor het ontstaan van een ondersteunend sociaal netwerk en maatschappelijke participatie. Bij cliënten met verstandelijke beperkingen zou dit effect van tekortschietende sociale vaardigheden bijzonder risicoverhogend kunnen zijn in verband met de sterke afhankelijkheid van integratie in prosociale structuren (Boer et al. 2004). Daarom zijn sociale vaardigheden opgenomen in risicotaxatie-instrumenten voor daders met verstandelijke beperkingen (ARMIDILO en TIPS-ID).

De schaal 'Sociale vaardigheden van de DROS' bestaat uit twee items waarin de nadruk ligt op vaardigheden die nodig zijn om sociaal isolement te voorkomen en om te kunnen functioneren in samenwerkingsituaties<sup>4</sup>.

### **Item SO\_1: Basale sociale vaardigheden en gedrag**

Basale sociale vaardigheden verwijst bij dit item naar zaken zoals mensen aankijken, groeten, antwoord geven; (tafel)manieren; ruimtelijke en niet-ruimtelijke grenzen in acht nemen; niet luidruchtig zijn in ongepaste situaties. De score wordt bepaald door drie aspecten:

1. De mate van tekortschieten van basale sociale vaardigheden;
2. Hoe ongepast het basale sociale gedrag van de cliënt is;
3. In hoeverre ongepast basaal sociaal gedrag aanleiding geeft voor irritaties en conflicten en een probleem vormt voor het sociale leven en de maatschappelijke participatie van de cliënt.

### **Item SO\_3: Samenwerkingsvaardigheden**

Bij de beoordeling van dit item worden de volgende vier aspecten meegewogen:

1. In hoeverre de cliënt in samenwerkingsituaties een eigen plan en eigen interesses volgt versus handelt in het algemeen belang;
2. In hoeverre hieruit irritaties en conflicten voortkomen;
3. Of men sturing door een leidinggevende accepteert;
4. Of een autoritaire opstelling van leidinggevendenden tot problemen of conflicten leidt.

## **Schaal 13: Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken**

Er bestaat weinig twijfel over de empirische relatie tussen middelenmisbruik en delictrecidive, zowel voor geweldsdelicten (Douglas and Skeem 2005) als voor zedendelicten (Hanson and Harris 2000; Mann et al. 2010). Hierbij is sprake van een directe en een indirecte relatie.

<sup>4</sup> Oorspronkelijk bevatte de schaal 'Sociale vaardigheden' nog een derde item 'Assertiviteit'. Dit item maakt nog deel uit van de DROS, maar is dat op basis van psychometrische bevindingen uit deze schaal verwijderd.

Een directe relatie bestaat door een ontremmende, drempelverlagende werking van het middel. Een indirecte relatie ontstaat ten eerste door het negatieve effect van middelengebruik op het sociale en maatschappelijke functioneren, ten tweede door illegale activiteiten bij de verschaffing van middelen en ten derde door de grotere kans op antisociale contacten (Douglas and Skeem 2005; Kaal et al. 2009). De variabele middelenmisbruik is daarom opgenomen in nagenoeg alle risicotaxatie-instrumenten waaronder de HKT-30, HCR-20, FP40, START, SORM. Dat geldt ook voor instrumenten ontwikkeld voor verstandelijk beperkte doelgroepen zoals de TIPS-ID, ARMIDILO en DRAMS.

Middelenmisbruik is niet alleen een sterke risicofactor maar komt ook nog eens zeer veel voor. In Nederland is bij 23% tot 52% van de verstandelijk beperkte gevangenispopulatie sprake middelenmisbruik of verslaving (Kaal et al. 2009) en vergelijkbare percentages gelden voor forensisch psychiatrische behandelsettings (Drieschner et al. 2011; Drieschner et al. 2013).

Een probleem met middelenmisbruik als uitkomstvariabele voor klinische behandelingen is dat de mogelijk tot middelengebruik sterk wordt gereguleerd door de setting. Ook al hebben cliënten de mogelijkheid om aan middelen te komen, zijn fluctuaties in het gebruik meer een functie van de beschikbaarheid van middelen dan van behandelinterventies. Dat betekent dat behandel-effecten geëvalueerd moeten worden aan de hand van variabelen die minder bepaald worden door de restrictiviteit van de setting, maar die wel samenhangen met het risico voor problematisch middelengebruik. Mann e.a. (2010) gebruiken hiervoor de term 'psychologische betekenisvolle risicofactoren'. De schaal 'Neiging tot problematisch middelengebruik en gokken' bestaat uit items voor drie dergelijke aan middelengebruik gerelateerde factoren.

### **Item MI\_1: Zucht naar middelen of gokken**

Voor de beoordeling van dit item spelen vier aspecten een rol:

1. De frequentie van het verlangen naar middelen of gokken;
2. Of dit verlangen alleen met of ook zonder externe trigger optreedt;
3. In hoeverre de cliënt in staat is gedachten over middelen of gokken weer los te laten;
4. In hoeverre door verlangen naar middelen of gokken verlies aan belangstelling of concentratie ontstaat.

### **Item MI\_2: Attitude tegenover middelengebruik of gokken**

De score van dit item wordt door twee aspecten bepaald:

1. In hoeverre de negatieve aspecten van problematisch middelengebruik of gokken worden gebagatelliseerd;
2. In hoeverre er sprake is van idealisering van problematisch middelengebruik of gokken of hiermee samenhangende activiteiten en contacten.

### **Item MI\_3: Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik/gokken.**

Bij dit item worden vier aspecten beoordeeld:

1. In hoeverre de cliënt zich laat aanspreken op (het risico op) middelengebruik of gokken en daarmee samenhangende zaken;
2. Hoe ontvankelijk de cliënt is voor verdieping en concretisering van het onderwerp;
3. Het effect van het aan de orde stellen van het onderwerp op de relatie;
4. Of de aanspreekbaarheid beperkt blijft tot een enkele persoon/personeelslid.

### **Schaal 14: Psychotische symptomen**

Onderzoek naar de relatie tussen psychotische stoornissen en geweld heeft tegenstrijdige resultaten voortgebracht. De aanwezigheid van een psychotische stoornis behoort daarom ook niet tot de 'central eight' dynamische risicofactoren (Andrews et al. 2006). Evenwel concluderen Douglas, Gut en Hart (2009) op basis van een omvangrijke meta-analyse evenwel dat psychose wel als dynamisch risicofactor voor geweld beschouwd dient te worden en als zodanig in risicotaxatie-instrumenten opgenomen dient te worden. Bij de meeste instrumenten is dit ondanks de omstrede status van psychose als risicofactor ook het geval, waaronder de HKT-30, HCR-20, START en SORM en ook instrumenten voor de verstandelijk beperkte doelgroepen zoals de DRAMS en TIPS-ID.

Er wordt uitgegaan van zowel een directe als een indirecte relatie tussen psychotische symptomen en geweld (Douglas and Skeem 2005). Geweld kan direct uit psychotische symptomen voortkomen als hallucinaties of wanen een agressieve of achterdochtige inhoud hebben die wordt uitgeageerd. Daarnaast kunnen psychotische symptomen de kans op geweld vergroten via hun invloed op andere risico- of protectieve factoren, zoals copingvaardigheden, impulscontrole, zelfzorg en medicatietrouw.

De schaal 'psychotische symptomen en kwetsbaarheid' bestaat uit drie items.

#### **Item PS\_1A: Risicoverhogende psychotische symptomen/wanen en waanachtige ideeën**

Hiermee worden met name wanen en waanachtige ideeën bedoeld die een sterk gevoel van bedreiging bij de betrokkene oproepen.

#### **Item PS\_1B: Risicoverhogende psychotische symptomen/hallucinaties**

Hiermee worden met name hallucinaties met een agressief karakter bedoeld.

Bij beide items, PS\_1A en PS\_1B, wordt de score bepaald door de volgende twee aspecten:

1. De intensiteit van de wanen of hallucinaties;
2. In hoeverre realiteitsconfrontatie mogelijk is of het contact belast dan wel symptomen verergert.



## Item PS\_2: Psychotische kwetsbaarheid

De score op dit item wordt bepaald door vier aspecten:

1. De kans op psychotische decompensatie bij belasting of prikkels;
2. De mate van inzicht in persoonlijke destabiliserende factoren en in hoeverre men deze ontwijkt;
3. Het herkennen van signalen van terugval;
4. Of ondersteuning van derden nodig is om destabilisatie te voorkomen.

## Sociaal netwerk

De relatie tussen het sociale netwerk en het delictrisico is in vele studies voor verschillende dadercategorieën aangetoond (Douglas and Skeem 2005; Hanson and Harris 2000; Mann et al. 2010). Een antisociaal netwerk vormt dan ook een van de 'big four' risicofactoren voor delictrecidive (Andrews et al. 2006). Het is aannemelijk dat de invloed van het sociale netwerk bij mensen met verstandelijke beperkingen eerder groter is door de omgevingsafhankelijkheid en beïnvloedbaarheid van deze doelgroep.

Het sociale netwerk beïnvloedt het risico op twee manieren. Van antisociale contacten gaat een criminogene invloed uit, en prosociale, supportieve contacten kunnen een beschermend effect hebben. In beide gevallen speelt de intensiteit van de contacten een belangrijke rol. Zowel criminogene als protectieve netwerkinvloeden zijn in verschillende risicotaxatie-instrumenten opgenomen, waaronder de HCR-20, HKT-30, START en één instrument voor verstandelijk beperkte zedendelinquenten (TIPS-ID).

De beoordeling van het sociale netwerk in de DROS gebeurt door een inventarisatie van personen in het netwerk. Dit gebeurt op twee dimensies met telkens drie niveaus:

### Type invloed: Prosociaal versus antisociaal

1. antisociale attitudes en levensstijl; (potentieel) criminogene invloed
2. niet antisociaal maar kwetsbaar en/of instabiele levensstijl
3. prosociale attitudes en levensstijl en (potentieel) stabiliserende invloed

### Sterkte van de invloed

De drie niveaus voor de sterkte van de invloed worden bepaald aan de hand van drie aspecten:

- a. Frequentie van contact;
- b. De mate van (wederzijdse) betrokkenheid;
- c. In welke mate het netwerk lid na de behandeling in emotionele en materiële behoeften van de cliënt zou kunnen/kan voorzien.

Deze twee dimensies met telkens drie niveaus leveren een 3 x 3 matrix op. Elk persoon in het sociale netwerk kan in één van de negen velden ondergebracht worden. De dimensie

'sterkte van de invloed' beïnvloedt de score in tegengestelde richting voor prosociale en antisociale netwerkliden. Voor prosociale netwerkliden wordt de score hoger (gunstiger), met toenemende invloed voor antisociale netwerkliden lager (ongunstiger). Verbetering van de score voor de factor 'Sociaal Netwerk' kan dus bestaan uit afname van de invloed en/of het aantal antisociale netwerkliden of toename van de invloed en/of het aantal prosociale netwerkliden.



**trajectum**

**B. Inhoud en onderbouwing**

© 2008 Stichting Trajectum

## C. Psychometrische eigenschappen

De basis voor de psychometrische evaluatie van de DROS vormen ruim 2300 DROS-afnamen door 81 beoordelaars met betrekking tot ruim 600 cliënten in het kader van routine outcome monitoring (ROM) in drie klinische gedeeltelijk forensische behandelinstellingen voor cliënten met sterke gedragsstoornissen en lichte verstandelijke beperkingen [SGLVB(+)]. De kern van deze ROM vormen zes- of twaalfmaandelijks uitkomstmetingen met de DROS en enkele andere instrumenten waaronder het risicotaxatie-instrument HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002). De eerste meting vindt drie maanden na opname plaats, de laatste meting vlak voor ontslag (voor meer informatie zie Drieschner e.a., 2010, 2011). Voor het betrouwbaarheidsonderzoek zijn daarnaast nog andere gegevens gebruikt. Deze gegevens worden in de betreffende paragraaf toegelicht.

### 1. Factorstructuur

De factorstructuur van de DROS is getoetst met behulp van confirmatieve factoranalyse (CFA).<sup>5</sup> Als toetsingscriteria voor modelpassing zijn de indices RMSEA, SRMR, CFI en NNFI gebruikt.<sup>6</sup>

*Model 1:* Allereerst is de oorspronkelijk veronderstelde factorstructuur van de DROS getoetst, dat wil zeggen: het model met 14 factoren voor de afzonderlijke schalen van de DROS. De passing van dit model is acceptabel (RMSEA = 0,076; SRMR = 0,064; CFI = 0,917; NNFI = 0,902). Echter wezen modificatie-indices erop dat de schaal "Zelfredzaamheid" beter beschouwd kan worden als twee factoren, overeenkomstig met de onderverdeling in de subschalen "zelfverwaarlozing/zelfzorg" en "functionele schoolse vaardigheden".

*Model 2:* De opsplitsing van de factor Zelfredzaamheid in twee afzonderlijke factoren voor de twee subschalen "zelfverwaarlozing/zelfzorg" en "functionele schoolse vaardigheden" levert een duidelijk verbeterde passing ten opzichte van model 1 op (RMSEA = 0,068; SRMR = 0,053; CFI = 0,935; NNFI = 0,921).

*Model 3:* Ondanks de acceptabele passing van het tweede model is nog een derde model gespecificeerd op basis van informatie afkomstig van modificatie-indices en inhoudelijke overwegingen. De aanpassing betreft een vijftal items die ook nog een inhoudelijke verwantschap hebben met een andere dan de eigen schaal. Met deze inhoudelijke overlap is in het model rekening gehouden door covarianties toe te staan tussen de meetfouten van de items en de betreffende factoren. Dit betreft de volgende items:

<sup>5</sup> Weighted Least Square schatting met Mean and Variance adjustment (WLSMV) op basis van de item-covariantiematrix zoals geïmplementeerd in het programma Mplus.

<sup>6</sup> Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA): waarden < 0,08 wijzen op acceptabele passing, waarden < 0,06 op goede passing van het model; Standardized Root Mean Square Residual (SRMR): waarden < 0,10 wijzen op acceptabele passing, waarden onder 0,05 op goede passing van het model; Comparative Fit Index (CFI): waarden > 0,90 wijzen op acceptabele passing, waarden > 0,95 op goede passing van het model; Non-Normed Fit Index (NNFI): waarden > 0,90 wijzen op acceptabele passing, waarden > 0,95 op goede passing van het model.

- Het item "coping met risicovolle drang" van de schaal "Copingvaardigheden" is inhoudelijk sterk verwant aan de schaal "Neiging tot problematisch middelengebruik", omdat zucht naar middelen de meest voorkomende risicovolle drang is.
- Het item "medicatierouw" is sterk verwant aan de schaal "Zelfredzaamheid/zelfverwaarlozing", omdat bij problemen op het gebied van zelfzorg naast voeding, hygiëne en slaapritme vaak ook medicatie-inname in het geding komt.
- Het item "egocentrisme" van de schaal "Criminogene attitudes" is inhoudelijk verwant aan de schaal "Sociale vaardigheden" omdat waarnemen en rekening houden met behoeften en gevoelens van anderen een basis vormt van sociale vaardigheden.
- Het item "regelconformiteit" van de schaal "Medewerking aan de behandeling/begeleiding" is verwant aan de schaal "Impulsiviteit", omdat overtredingen van regels vaak een impulsief karakter hebben.
- Het item "acceptatie van eigen beperkingen" van de schaal "Probleembesef/probleeminzicht" is verwant aan de schaal "Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling", omdat zelfoverschatting vaak oorzaak is van de onderschatting van de toekomstige zorgafhankelijkheid.

Deze aanpassing leidt tot een verdere verbetering van de passing van het model. Model 3 heeft een acceptabele tot goede passing op de DROS data (RMSEA = 0,064, SRMR = 0,049, CFI = 0,944, NNFI = 0,932).

In Tabel 1 zijn de gestandaardiseerde factorladingen van de DROS items op hun respectievelijke factoren weergegeven. Twee derde van de items hebben factorladingen > 0,80 en slechts enkele items waarden < 0,70. Gemiddeld verklaren de factoren 63% van de variantie van de items ( $R^2$ ).

**Tabel 1: Gestandaardiseerde factorladingen van de DROS items op de betreffende schaalfactoren**

Schaal	PR	AT	ID	ME	CR	CO	VIJ	SE	IM	ON	ZE1	ZE2	SO	Mi	PS
Item 1	0,86	0,88	0,92	0,82	0,78	0,85	0,89	0,84	0,90	0,61	0,88	0,88	0,73	0,82	0,97
Item 2	0,85	0,89	0,94	0,50	0,78	0,76	0,85	0,84	0,53	0,61	0,87	0,93	0,81	0,97	0,94
Item 3	0,85	-	-	0,74	0,82	0,81	0,78	0,97	-	-	0,86	0,89	-	0,91	0,90
Item 4	-	-	-	0,68	0,81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

#### Toelichting schaalnamen:

PR: Probleembesef/probleeminzicht; AT: Attitude tegenover de huidige behandeling/begeleiding; ID: Ideeën en verwachtingen voor de situatie na behandeling; CR: Criminogene attitudes; CO: Copingvaardigheden; VIJ: Vijandigheid; SE: Seksgerelateerde cognities en gedrag; IM: Impulsiviteit; ON: Onderhouden van prosociale supportieve structuren; ZE1: Zelfredzaamheid-zelfverwaarlozing/zelfzorg; ZE2: Zelfredzaamheid-functionele schoolse vaardigheden; SO: Sociale vaardigheden; MI: Neiging tot middelenmisbruik; PS: Psychotische symptomen en kwetsbaarheid.

### Longitudinale stabiliteit van de factorstructuur

Voor een meetinstrument met longitudinale toepassing zoals ROM is het van belang dat de meeteigenschappen over de tijd heen stabiel zijn. Dat geldt ook voor de factorstructuur. Als de items van de DROS gedurende de behandeling op een constante wijze factoren vormen en in constante mate bijdragen aan de betekenis van de factoren (meetschalen), dan vormt dit sterke evidentie voor een constante betekenis van de meetschalen en daarmee ook voor de vergelijkbaarheid van scores die zijn verkregen op verschillende momenten in de behandeling.

De longitudinale stabiliteit van de factorstructuur van de DROS is bepaald door Model 3 afzonderlijk te passen op de DROS-data van de startmetingen (3 maanden na opname), de 2<sup>e</sup> metingen (na 9 maanden) en de 3<sup>e</sup> metingen (na 15 maanden). In Tabel 1b zijn de passingen van Model 3 in de drie confirmatieve factoranalyses weergegeven, samen met twee indicatoren voor de stabiliteit van de factorladingen, te weten de gemiddelde en de maximale afwijking ten opzichte van de waarden van de factorladingen voor de geaggregeerde DROS-data (zie Tabel 1). Zoals te zien aan de constant acceptabele tot goede modelpassing en de geringe variabiliteit van de factorladingen is er sprake van een stabiele factorstructuur van de DROS over de tijd heen.

**Tabel 1b: Modelpassing en variabiliteit van factorladingen voor confirmatieve factoranalyse op DROS-data op drie momenten in de behandeling en op geaggregeerde DROS-data**

Meetmoment	N	Modelpassing				Variabiliteit factorladingen	
		RMSEA	CFI	NNFI	SRMR	Gemiddeld $\Delta^1$	Max $\Delta^2$ (item)
Startmeting (na 3 maanden)	314	0,055	0,960	0,952	0,058	0,03	0,09 (SE2)
Meting 2 (na 9 maanden)	318	0,061	0,944	0,932	0,062	0,02	0,08 (IM2,ON1)
Meting 3 (na 15 maanden)	265	0,053	0,957	0,948	0,058	0,03	0,08 (CR3)
Alle metingen	2508	0,064	0,944	0,932	0,049	n.v.t	n.v.t

<sup>1</sup> gemiddeld verschil met de factorladingen in Tabel 1.

<sup>2</sup> maximaal verschil met de factorlading in Tabel 1 (tussen haakjes het betreffende item).

## 2. Betrouwbaarheid

### **Interne consistentie betrouwbaarheid**

De interne consistentie betrouwbaarheid is berekend op basis van ongeveer 2200 DROS-beoordelingen van 626 cliënten in de periode april 2007 tot augustus 2013<sup>7</sup>.

In Tabel 2 zijn waarden voor twee betrouwbaarheidsindices weergegeven. Zoals gebruikelijk is Cronbach's coëfficiënt  $\alpha$  berekend. Wegens de beperkingen van  $\alpha$  als maat voor betrouwbaarheid (Sijtsma 2009) is daarnaast Raykov's coëfficiënt  $\rho$  berekend (Raykov 1997) op basis van parameterwaarden die verkregen zijn met confirmatieve factoranalyse (zie paragraaf C1 Factorstructuur).

De interne consistentie betrouwbaarheid is goed ( $\geq 0,80$ ) voor de DROS totaalscore en 11 van de 15 schalen (de schaal Zelfredzaamheid is opgesplitst in twee schalen voor ADL en schoolse vaardigheden), bevredigend ( $\geq 0,70$ ) voor de schalen "Medewerking aan de behandeling" (ME) en "Sociale vaardigheden" (SO) en matig ( $< 0,70$ ) voor de schalen "Impulsiviteit" (IM) en "Onderhouden van prosociale structuren" (ON).

De betrouwbaarheid van de schalen is ook nog afzonderlijk bepaald voor verschillende meetmomenten in de behandeling, te weten 3 maanden ( $N = 314$ ), 9 maanden ( $N = 318$ ), 15 maanden ( $N = 265$ ) en 21 maanden ( $N = 236$ ) na opname. De hierbij gevonden betrouwbaarheidswaarden weken onwezenlijk ( $< 0,05$ ) naar boven of beneden af van de waarden in Tabel 2.

### **Test-hertest betrouwbaarheid**

De test-hertestbetrouwbaarheid van de DROS-schalen is berekend als Pearson correlaties tussen de waarden bij twee opeenvolgende ROM-metingen.

Bij de interpretatie van de waarden in Tabel 2 is te bedenken dat door de verhoudingsgewijs lange tijdsinterval van zes maanden tussen opeenvolgende metingen niet alleen meetfouten maar ook werkelijke veranderingen bij cliënten bijdragen aan verschillen tussen opeenvolgende scores. Daarom is het aannemelijk dat de in Tabel 2 gerapporteerde correlaties een onderschatting van de test-hertest betrouwbaarheid geven.

Voor de DROS-totaalscore en voor vijf schalen zijn test-hertest correlatiewaarden van  $r \geq 0,80$  gevonden en voor tien schalen waarden tussen 0,70 en 0,79.

### **Overeenstemming tussen behandelaar en begeleider**

De interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de DROS-scores in de zin van overeenstemming tussen onafhankelijke beoordelingen door de aangewezen gebruikers van de DROS kon om praktische redenen nog niet worden bepaald. Op twee manieren zijn benaderingen van de interbeoordelaarbetrouwbaarheid bepaald.

<sup>7</sup> Kleine verschillen in N tussen meetschalen zijn veroorzaakt door verschillen tussen items in aantallen ontbrekende scores.

Ten eerste is de overeenstemming bepaald tussen onafhankelijke beoordelingen van de hoofdbehandelaar (de aangewezen gebruikersgroep) en een staflid van de afdeling (persoonlijk begeleider) waar de betreffende cliënt verblijft. Hiervoor hebben 37 begeleiders de DROS op aangewezen momenten gescoord onafhankelijk van de hoofdbehandelaar van de betreffende cliënt. Zo zijn 87 behandelaar-begeleider beoordelingsparen verkregen met een gemiddeld tussenliggend tijdsinterval van 30 dagen.

Ten tweede is een benadering van de interbeoordelaarbetrouwbaarheid verkregen door de test-hertest correlatie tussen metingen door dezelfde behandelaar ( $ICC_{zelfde}$ ) te vergelijken met de test-hertest correlatie tussen metingen door verschillende behandelaars ( $ICC_{ander}$ ). De test-hertest correlatie geeft een schatting van de betrouwbare variantie van de DROS-scores. De verhouding van de betrouwbare variantie bij metingen door dezelfde beoordelaar versus door verschillende beoordelaars geeft aan hoeveel meetfout aan DROS scores wordt toegevoegd door de beoordelaar. De quotiënt  $ICC_{ander}/ICC_{zelfde}$  geeft de proportie betrouwbare scorevariantie van de totale variantie bij gebruik van meerdere beoordelaars en kan daarom als schatting van de interbeoordelaarbetrouwbaarheid worden geïnterpreteerd.

**Tabel 2: Verschillende betrouwbaarheidscoëfficiënten voor DROS-schalen en DROS-totaalscore**

	Interne consistentie (N = 2200)		Test-hertest (6 maanden)		Interbeoordelaar	
			Zelfde beoordelaar N=889-1000	Andere beoordelaar N=340-394	Op basis test- hertest	Behandelaar- begeleider N = 81-87)
	w	a	$ICC_{zelfde}$	$ICC_{ander}$	$ICC_{ander}/$ $ICC_{zelfde}$	ICC
Probleembesef/probleeminzicht	.89	.85	.79	.67	.85	.66
Attitude t.o.v de behandeling/begeleiding	.93	.84	.77	.66	.86	.57
Verwachtingen t.a.v. de tijd na behandeling	.88	.90	.77	.71	.92	.48 <sup>a</sup>
Medewerking aan behandeling/begeleiding	.78	.75	.74	.59	.80	.65
Criminogene attitudes	.90	.82	.75	.68	.91	.58
Copingvaardigheden	.81	.79	.76	.70	.92	.59
Vijandigheid	.88	.83	.77	.67	.87	.55
Sekserelateerde cognities en gedrag	.92	.86	.86	.74	.86	.71
Impulsiviteit	.69	.60	.79	.71	.90	.49
In stand houden van prosociale structuren	.56	.53	.77	.62	.81	.45
Zelfredzaamheid – zelfverwaarlozing/zelfzorg	.90	.86	.87	.75	.86	.63
Zelfredzaamheid – schoolse vaardigheden	.93	.89	.88	.71	.81	.60
Sociale vaardigheden en gedrag	.75	.70	.77	.62	.81	.56
Neiging tot problematisch middelengebruik	.93	.90	.85	.78	.92	.74
Psychotische symptomen en kwetsbaarheid	.96	.90	.87	.82	.94	.71
DROS totaalscore	-	.93	.85	.76	.89	.78



Zoals te zien in Tabel 2 levert de berekening op basis van test-hertest correlaties ( $ICC_{\text{ander}}/ICC_{\text{zelfde}}$ ) een hogere schatting van de interbeoordelaarbetrouwbaarheid dan de intraklassecorrelaties ( $ICC$ , single measure, one way random) tussen beoordelingen door behandelaren en begeleiders. De eerste indicator geeft voor alle DROS-schalen waarden boven 0,80, de laatste voor zeven schalen waarden beneden 0,60. Bij de lagere waarden van de tweede indicator speelt waarschijnlijk een rol dat behandelaren en begeleiders hun beoordelingen op zeer verschillende waarnemingen baseren. De gerapporteerde ICC-waarden geven daarom eerder een indicatie voor beoordelingsovereenstemming binnen behandelteams dan een schatting voor de betrouwbaarheid van reguliere DROS-scores verkregen van behandelaren.

### 3. Validiteit

#### ***Constructvaliditeit en longitudinale constructvaliditeit***

Zoals beschreven in paragraaf A is bij de constructie van de DROS met het oog op de gebruikswaarde gestreefd naar inhoudelijk eenduidig interpreteerbare scores. In psychometrische terminologie betreft dit de constructvaliditeit. De constructvaliditeit van de DROS-schalen is bepaald op basis van correlaties met inhoudelijk verwante (convergente validiteit) en niet/minder verwante items (divergente validiteit) van de HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002).

Om een instrument te kunnen gebruiken voor het meten van veranderingen gedurende behandelingen is het belangrijk dat de gemeten veranderingen een goede afspiegeling vormen van werkelijke veranderingen met betrekking tot de betreffende cliëntkenmerken. Hierbij gaat het om de longitudinale constructvaliditeit. Deze is voor de DROS bepaald door correlaties tussen veranderingen gemeten met de DROS-schalen resp. de DROS-totaalscore en veranderingen gemeten met de inhoudelijk verwante items van de HKT-30 resp. de totaalscore van de K-schaal.

In het kader van ROM wordt bij Trajectum voor iedere cliënt in klinische behandeling de HKT-30 twaalfmaandelijks gescoord parallel aan iedere tweede (zesmaandelijkse) DROS meting. De gemiddelde tijdsinterval tussen een DROS meting en een parallelle HKT-30 meting bedroeg 11 dagen. De convergente en divergente validiteit van de DROS schalen zijn berekend met de Spearman's correlatiecoëfficiënt  $\rho$ , op basis van DROS/HKT-30 meetparen met een tussenliggend tijdsinterval van maximaal één maand. Zoals te zien in Tabel 3 zijn voor alle DROS schalen de convergente correlaties (met inhoudelijk verwante item) groter dan de divergente correlaties (met inhoudelijk niet of minder verwante items) weergegeven. Met twee uitzonderingen zijn alle convergente correlatiecoëfficiënten groter dan  $\rho = 0,60$ . Voor de schalen "Impulsiviteit" en "Verwachtingen t.a.v. de tijd na behandeling" liggen de  $\rho$ -waarden tussen 0,50 en 0,60. Voor alle DROS-schalen hebben de divergente correlaties lagere waarden dan de convergente correlaties waarbij divergente correlaties hoger zijn naarmate er een groter inhoudelijk raakvlak van het HKT-item met de DROS-schaal bestaat. Zo is er bijvoorbeeld sprake van een verhoudingsgewijs hoge divergente correlatie tussen de DROS-schaal voor (realistische) 'Verwachtingen t.a.v. de tijd na behandeling' en het HKT-item voor 'Probleembesef', omdat beide concepten met elkaar samen hangen.



**Tabel 3: Convergente en divergente validiteit van DROS schalen met de K- en T-items van HKT-30 als criterium (N = ±1150)**

DROS schaal	Convergente validiteit		Divergente validiteit	
	Inhoudelijk verwant item van HKT-30 (K- en T-schaal)	Convergente correlatie ( $\rho_{con}$ )	Gemiddelde divergente correlatie ( $\rho_{div}$ )	Aantal $\rho_{div} \geq \rho_{con} /  \rho_{con} (\text{max})/\text{item}$
Probleembesef/ probleeminzicht	K1 Probleeminzicht K11 Verantwoordelijkheid voor delict	-0,69 -0,67	-0,32	0/0,51/K10
Attitude t.o.v de behandeling	K10 Attitude t.o.v. behandeling	-0,62	-0,30	0/0,55/K01
Verwachtingen t.a.v. de tijd na behandeling	T1 Overeenstemming over voorwaarden	-0,56	-0,33	0/0,53/K01
Medewerking aan behandeling	K10 Attitude t.o.v. behandeling	-0,61	-0,36	0/0,51/K01
Criminogene attitudes	variabele niet in HKT-30	-	-0,36	-/0,51/K11
Copingvaardigheden	K13 Coping- vaardigheden	-0,66	-0,34	0/0,57/K07
Vijandigheid	K06 Vijandigheid	-0,63	-0,27	0/0,47/K10
Seksgerelateerde cognities en gedrag	K12 Seksuele preoccupatie	-0,70	-0,11	0/0,22/K07
Impulsiviteit	K04 Impulsiviteit	-0,59	-0,25	0/0,41/K07
In stand houden van prosociale structuren	variabele niet in HKT-30	-	-0,30	-/0,48/K10
Zelfredzaamheid – zelfverwaarlozing	K08 Zelfredzaamheid	-0,69	-0,20	0/0,37/K07
Zelfredzaamheid – schoolse vaardigheden	variabele niet in HKT-30	-	-0,22	-/0,40/K08
Sociale vaardigheden en gedrag	K07 Sociale en rela- tionele vaardigheden	-0,63	-0,34	0/0,51/K13
Neiging tot middelen- gebruik/gokken	K03 Middelengebruik	-0,68	-0,15	0/0,33/K10
Psychotische symptomen en kwetsbaarheid	K02 Psychotische symptomen	-0,80	-0,12	0/0,26/K08
DROS totaalscore	K-schaal totaalscore	-0.85	-	-

### Longitudinale constructvaliditeit

De longitudinale constructvaliditeit van de DROS schalen is bepaald op basis van correlaties tussen de veranderingen die parallel zijn gemeten met de DROS en de HKT-30 over drie meetintervallen, 12 maanden (metingen na 3 en na 15 maanden in behandeling), 24 maanden (metingen na 3 en 27 maanden) en 36 maanden (metingen na 3 en 39 maanden).

Zoals te zien in Tabel 4, is het overgrote aantal correlaties tussen veranderingen gemeten met de DROS-schalen en HKT-items statistisch significant. De meeste correlaties hebben waarden boven 0,40. In de meeste gevallen zijn de verhoudingsgewijs lagere correlaties te verklaren door accentverschillen tussen de concepten die ten grondslag liggen aan de DROS-schaal respectievelijk het HKT-item. Bijvoorbeeld ligt bij het HKT-item 'Zelfredzaamheid', in tegenstelling tot de betreffende DROS-schaal, het accent op problemen die zelfredzaamheidtekorten voor de omgeving veroorzaken. Bij het HKT-item 'Middelengebruik' wordt de score bepaald door (vermoedens van) feitelijke inname van middelen, terwijl de betreffende DROS-schaal (zoals beargumenteerd in paragraaf A2) betrekking heeft op beïnvloedbare risicofactoren van middelengebruik. Bij het HKT-item 'Overeenstemming over voorwaarden' gaat het om de houding van de cliënt tegenover concrete voorwaarden, terwijl bij de betreffende DROS-schaal het accent ligt op het realistische gehalte van de ideeën die de cliënt heeft over het leven na de behandeling.

**Tabel 4: Longitudinale constructvaliditeit van de DROS-schalen op basis van verschillcores over meetintervallen van 12, 24 en 36 maanden**

DROS schaal	HKT-30 item	Meet-interval (mnd.)	$\Delta_{\text{DROS}}/\text{SD}_{\Delta}^1$	$\Delta_{\text{HKT-30}}/\text{SD}_{\Delta}^1$	Pearson correlatie tussen verschillcores DROS, HKT-30 <sup>2</sup>	N
Probleembesef/ probleeminzicht	K01	12	0,72/0,62	0,71/0,85	0,42**	157
		24	1,02/0,75	0,93/0,81	0,59**	91
		36	1,16/0,73	1,30/0,81	0,43**	46
	K11	12	0,72/0,62	0,61/0,85	0,38**	142
		24	1,02/0,75	0,88/0,91	0,58**	88
		36	1,16/0,73	0,98/0,79	0,36*	44
Verwachtingen t.a.v. de tijd na behandeling	T01	12	0,74/0,73	0,85/1,10	0,23*	128
		24	1,01/0,79	1,16/1,16	0,38**	76
		36	1,09/0,92	1,46/1,22	0,25	42
Attitude t.o.v de behandeling/begeleiding	K10	12	0,80/0,65	0,74/0,84	0,49**	155
		24	0,93/0,91	0,88/0,91	0,51**	92
		36	1,06/0,91	1,07/0,97	0,63**	46
Medewerking aan behandeling/begeleiding	K10	12	0,60/0,49	0,74/0,84	0,52**	155
		24	0,71/0,55	0,88/0,91	0,52**	92
		36	0,78/0,61	1,07/0,97	0,61**	46
Criminogene attitudes	- <sup>3</sup>	12	0,55/0,51	-	-	-
		24	0,74/0,59	-	-	-
		36	0,80/0,60	-	-	-
Copingvaardigheden	K13	12	0,61/0,54	0,64/0,72	0,36**	157
		24	0,77/0,61	0,85/0,76	0,38**	92
		36	0,84/0,67	1,09/0,81	0,45**	46

DROS schaal	HKT-30 item	Meet-interval (mnd.)	$\Delta_{DROS}/SD_{\Delta}^1$	$\Delta_{HKT-30}/SD_{\Delta}^1$	Pearson correlatie tussen verschildscores DROS, HKT-30 <sup>2</sup>	N
Vijandigheid	K06	12	0,64/0,58	0,77/0,82	0,38**	157
		24	0,83/0,77	0,79/0,81	0,47**	92
		36	0,87/0,83	1,02/0,93	0,62**	46
Seksgerelateerde cognities en gedrag	K12	12	0,47/0,68	0,49/0,89	0,63**	154
		24	0,63/0,84	0,48/0,91	0,49**	89
		36	0,58/0,92	0,47/0,87	0,71**	45
Impulsiviteit	K04	12	0,65/0,66	0,71/0,75	0,24**	157
		24	0,83/0,64	0,85/0,85	0,48**	92
		36	1,02/0,76	1,04/0,79	0,28	46
In stand houden van prosociale structuren	- <sup>3</sup>	12	0,66/0,63	-	-	-
		24	0,84/0,67	-	-	-
		36	0,91/0,68	-	-	-
Zelfredzaamheid – zelfverwaarlozing	K08	12	0,69/0,69	0,72/0,80	0,38**	156
		24	0,76/0,74	0,85/0,89	0,32**	91
		36	0,80/0,73	0,65/0,71	0,22	46
Zelfredzaamheid – schoolse vaardigheden	- <sup>3</sup>	12	0,65/0,71	-	-	-
		24	0,79/0,72	-	-	-
		36	0,80/0,76	-	-	-
Sociale vaardigheden en gedrag	K07	12	0,67/0,68	0,77/0,78	0,36**	158
		24	0,87/0,66	0,83/0,75	0,47**	92
		36	0,73/0,65	1,02/0,86	0,48**	46
Neiging tot problematisch middelengebruik	K03	12	0,68/0,77	0,87/1,22	0,20*	156
		24	0,84/0,84	0,79/1,17	0,27*	90
		36	0,99/0,86	0,87/1,22	0,26	46
Psychotische symptomen en kwetsbaarheid	K02	12	0,44/0,65	0,48/0,82	0,61**	155
		24	0,46/0,65	0,36/0,66	0,42**	90
		36	0,61/0,95	0,35/0,74	0,54**	46
DROS totaalscore	K-schaal	12	0,44/0,37	5,24/3,98	0,68**	158
		24	0,61/0,45	6,30/4,68	0,78**	92
		36	0,67/0,46	7,39/5,17	0,71**	46

HKT-items: K01 Probleeminzicht; K02 Psychotische symptomen; K03 Middelengebruik; K04 Impulsiviteit; K05 Empathie; K06 Vijandigheid; K07 Sociale en relationele vaardigheden; K08 Zelfredzaamheid; K09 Acculturatieproblematiek; K10 Attitude t.o.v. behandeling; K11 Verantwoordelijkheid voor het delict; K12 Seksuele preoccupatie; K13 Copingvaardigheden; T01 Overeenstemming over voorwaarden.

<sup>1</sup> Verschil tussen metingen voor DROS-schalen ( $\Delta_{\text{DROS}}$ ) en HKT-30 items ( $\Delta_{\text{HKT-30}}$ ) is berekend als absolute waarde van de differentie, meting 2 – meting 1.

<sup>2</sup> De verschillscore is voor DROS-schalen berekend als meting 2 – meting 1 en voor HKT items als meting 1 – meting 2 in verband met de tegengestelde betekenis van een hogere/lagere score op beide instrumenten.

<sup>3</sup> Geen inhoudelijk equivalent item in de HKT-30.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

### **Predictieve validiteit**

Voor de DROS zijn nog geen gegevens beschikbaar met betrekking tot de voorspelling van serieus externaliserend probleemgedrag of delictgedrag na ontslag uit de klinische behandelsetting.

Wel is onderzocht in welke mate DROS-scores uit de eerste drie maanden van de behandeling agressie-incidenten gedurende de opname voorspellen. Hiervoor is gebruik gemaakt van de structurele registratie van verbale agressie, agressie tegen objecten, fysieke agressie en seksueel grensoverschrijdend gedrag bij Trajectum met een uitgebreide versie van de Modified Overt Aggression Scale (MOAS+). Voor details zie (Drieschner et al. 2013).

Zoals te zien in Tabel 5 is de DROS totaalscore na drie maanden een significante voorspeller van agressie-incidenten gedurende de verdere opname. De best voorspellende DROS-schalen zijn de schalen "Copingvaardigheden", "Impulsiviteit" en "Sociale vaardigheden en gedrag". Seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt voorspeld door de schaal "Seksgerelateerde cognities en gedrag". De scores van de schalen "Probleembesef/probleeminzicht", "Attitude t.o.v. de behandeling", "Neiging tot Middelenmisbruik" en "Psychotische symptomen en kwetsbaarheid" zijn geen significante voorspellers voor agressie gedurende de opname.

**Tabel 5: Spearman correlaties ( $p < 0,001$ ) tussen DROS scores in de 3e maand van opname en het aantal agressie-incidenten vanaf de 4e maand van opname**

	Verbale agressie	Agressie tegen objecten	Fysieke agressie	Seksueel grensover- schrijdend gedrag	Alle agressie
Probleembesef/probleeminzicht					
Attitude t.o.v de behandeling/begeleiding					
Verwachtingen t.a.v. de tijd na behandeling	0,27		0,30		0,29
Medewerking aan behandeling/begeleiding	0,36	0,32	0,30		0,36
Criminogene attitudes	0,33				0,30
Copingvaardigheden	0,44	0,39	0,44		0,46
Vijandigheid	0,39				0,34
Seksgerelateerde cognities en gedrag				0,36	

	Verbale agressie	Agressie tegen objecten	Fysieke agressie	Seksueel grensover- schrijdend gedrag	Alle agressie
Impulsiviteit	0,46	0,38	0,30		0,46
In stand houden van prosociale structuren	0,28				0,29
Zelfredzaamheid – zelfverwaarlozing	0,27	0,28	0,31		0,29
Zelfredzaamheid – schoolse vaardigheden					
Sociale vaardigheden en gedrag	0,40	0,32	0,29		0,40
Neiging tot problematisch middelengebruik					
Psychotische symptomen en kwetsbaarheid					
DROS totaalscore	0,36	0,28	0,28		0,36

#### 4. Gevoeligheid voor verandering

De gevoeligheid voor veranderingen die bij cliënten tijdens de behandeling optreden is essentieel om een meetinstrument als uitkomstmaat van behandelingen te kunnen gebruiken. Gevoeligheid voor verandering kan men definiëren als de correlatie van de gemeten scoreverschillen tussen twee meetmomenten met de werkelijke verandering bij cliënten tussen de twee tijdstippen. Omdat de werkelijke verandering niet bekend is, is het moeilijk de absolute veranderingsgevoeligheid van een instrument vast te stellen. Wel kan men de relatieve veranderingsgevoeligheid ten opzichte van een andere uitkomstindicator vaststellen. Voor de DROS is dit gedaan ten opzichte van de HKT-30.

In het kader van ROM bij Trajectum zijn beide instrumenten parallel gebruikt om veranderingen bij cliënten te meten. Zoals in de paragraaf 'Constructvaliditeit' weergegeven (zie Tabel 2) is er sprake van een zeer hoge correlatie tussen de totaalscores van de DROS en de (dynamische) K-schaal van de HKT-30 van 0,85. De relatieve gevoeligheid voor verandering van beide instrumenten komt tot uitdrukking in het percentage cliënten waarbij een betrouwbare verandering is gemeten. Betrouwbare verandering is geoperationaliseerd als een verschil groter dan 1,96 keer de standaardmeetfout van de betreffende verschilscore. De standaardmeetfout van de verschilscore is berekend als  $\sqrt{2 \times SE^2}$ , waarbij SE de standaardmeetfout is. De standaardmeetfout is gedefinieerd als  $SE = SD\sqrt{1 - r}$ . De standaarddeviatie (SD) voor de DROS-totaalscore is  $SD_{DROS} = 0,60$  en voor de totaalscore van de HKT-30 K-schaal  $SE_K = 7,04$ . De betrouwbaarheid (r) is bepaald op basis van de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid. Deze is voor de DROS-totaalscore  $r_{DROS} = 0,78$  en voor de K-schaal  $r_K = 0,68$  (Hildebrand et al. 2005).

In Tabel 6 zijn de percentages cliënten weergegeven waarbij na één, twee en drie jaren behandeling met de DROS en de K-schaal van de HKT-30 een betrouwbare verbetering is gemeten. Deze percentages zijn voor alle drie meetintervallen hoger voor de DROS (zie ook (Drieschner et al. 2011)).

**Tabel 6: Percentages betrouwbaar verbeterde cliënten na 12, 24 en 36 maanden behandeling vastgesteld met de DROS en de K-schaal van de HKT-30**

	Percentages betrouwbaar verbeterde cliënten <sup>a</sup>		
	Na 12 maanden <sup>b</sup> (N = 158)	Na 24 maanden <sup>c</sup> (N=92)	Na 36 maanden <sup>d</sup> (N=46)
DROS-totaal	13,3 %	28,3 %	39,1 %
HKT-30/K-schaal	5,1 %	18,5 %	26,1 %

<sup>a</sup> Betrouwbaar verbeterd: 1,96 keer de standaardmeetfout (SEM) van het verschil tussen twee scores,  $SEM_{\Delta} = \sqrt{(SEM_1^2 + SEM_2^2)}$ .

<sup>b</sup> Metingen na 3 en 15 maanden; <sup>c</sup> metingen na 3 en 27 maanden; <sup>d</sup> metingen na 3 en 39 maanden.



## **D. Toepassing en gebruikseigenschappen**

De DROS is ontwikkeld voor gebruik door gedragswetenschappers die nauw betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt. Gebruik van de DROS vereist een beoordelaartraining van één dagdeel. Bij gebruik door niet-academisch geschoold behandelpersoneel moet extra aandacht besteed worden aan het begrip van de items en het beoordelingsproces en is het aan te raden de kwaliteit van de eerste beoordelingen te toetsen aan de hand van parallelle beoordelingen door een gedragswetenschapper. Het scoren van de volledige DROS duurt 30 tot 45 minuten.

De DROS is oorspronkelijk ontwikkeld voor klinische SGLVB(+) behandelingen, maar kan ook in ambulante settingen gebruikt worden. Omdat behandelaars zich in een ambulante setting minder dan in een klinische setting op eigen waarnemingen van de cliënt kunnen baseren, is een DROS-interview ontwikkeld waarmee de informatie wordt verkregen die nodig is voor het scoren van de DROS items. Ook is voor ambulante behandelsettings een verkorte DROS ontwikkeld (scoringstijd 15-20 minuten).

Verschillende instellingen gebruiken de DROS als instrument voor structurele uitkomstmetingen bij verstandelijk beperkte cliënten, waaronder twee Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) en één Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA). Sinds 2007 wordt de DROS in het kader van routine outcome monitoring (ROM) gebruikt bij Trajectum, een SGLVB+ behandelcentrum annex FPK, en sinds 2008 bij de overige SGLVB(+) behandelcentra aangesloten bij het landelijk expertisecentrum De Borg (Drieschner et al. 2010; Drieschner et al. 2011; Hesper and Drieschner 2013).

Omdat de DROS items op concrete wijze verwijzen naar vaardigheden, gedragingen en cognities die men door behandeling probeert te beïnvloeden, kunnen de items ook gebruikt worden om specifieke risicogebieden van cliënten te identificeren en om behandeldoelen SMART te formuleren (Drieschner, Hesper, Marrozos & Hout, 2011; Hout, 2013).

De DROS wordt tevens gebruikt als uitkomstmaat voor het erkende behandelprogramma 'Grip op agressie' (GOA) (Drieschner et al. 2012; Niehoff 2012) en een vaardigheidstraining voor de SGLVB(+) doelgroep met primaire verslavingsproblematiek (Trentelman 2009). Daarbij wordt gebruik gemaakt van subsets van tien respectievelijk negen DROS items. Door de gedetailleerde opsplitsing van 15 dynamische risicovariabelen in 42 items is het mogelijk voor specifieke interventies betrouwbare instrumenten samen te stellen die doelen van de betreffende programma's vrij nauwkeurig weerspiegelen.

## **E. Literatuur**

- Andrews DA, Bonta J. 2003. The psychology of criminal conduct. Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- Andrews DA, Bonta J, Wormith JS. 2006. The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency* 52:7-27.
- Andrews DA, Bonta JL. 1995. The Level of Service Inventory - Revisited. Toronto: Multi-Health Systems.
- Barriga AQ, Gibbs JC. 1996. Measuring cognitive distortion in antisocial youth: Development and preliminary validation of the "How I Think" questionnaire. *Aggressive Behavior* 22:333-343.
- Basquill MF, Nezu CM, Nezu AM, Klein TL. 2004. Aggression-related hostility bias and social problem-solving deficits in adult males with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation* 109:255-263.
- Blake E, Gannon TA. 2008. Social Perception Deficits, Cognitive Distortions, and Empathy Deficits in Sex Offenders A Brief Review. *Trauma, Violence, & Abuse* 9:34-55.
- Boer DP, Tough S, Haaven J. 2004. Assessment of risk manageability of intellectually disabled sex offenders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 17:275-283.
- Brand E, Nijman H. 2007. Risicotaxatie en behandelbeoordeling met twee forensische observatielijsten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49:221-232.
- Brand EFJM, Emmerik JL. 2001. Handboek Forensisch Psychiatrische Schalen: Handleiding FP40. Den Haag, NL: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiele Inrichtingen.
- Bueno Guerra N. 2012. Vengeance with a vengeance: is it worth to study it?. *Anuario de psicología jurídica*. *Anuario de psicología jurídica* 22:95-110.
- D'Zurilla TJ, Chang EC. 1995. The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Research* 19:547-562.
- De Jong K, Nugter MA. 2011. De kunst van effectief feedback geven: waarom weten niet altijd tot verbeteren leidt. In: Buwalda VJA, Nugter MA, Swinkels JA, Mulder CL, editors. *Praktijkboek ROM in de ggz*. Utrecht: De Tijdstroom. p 52-61.
- De Vogel V, Ruiters de C, Bouman YHA, De Vries-Robbe M. 2007. Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk. Versie 1. Utrecht: Forum Educatief.
- Didden R, Embregts JCM, Toorn Mvd, Laarhoven N. 2009. Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities* 30:927-932.
- Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. 1990. Mechanisms in the cycle of violence. *Science* 250:1678-1683.
- Douglas KS, Guy LS, Hart SD. 2009. Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 135:679-706.
- Douglas KS, Skeem JL. 2005. Violence risk assessment, getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law* 11:347-383.



- Drieschner K, Hesper BL, Marrozos I. 2010. Effectonderzoek in de tbs-sector: theoretische overwegingen en praktische uitvoering bij Trajectum Hoeve Boschoord. *De Psycholoog* 45(2):38-48.
- Drieschner K, Lange A. 1999. A review of cognitive factors in the etiology of rape: Theories, empirical studies, and implications. *Clinical Psychology Review* 19:57-77.
- Drieschner K, Marrozos I, Hesper BL. 2011. Verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie: overzicht en presentatie van een onderzoek naar het effect van langdurende klinische behandelingen. *Proces* 5:280-298.
- Drieschner KH, Boomsma A. 2008a. The Treatment Motivation Scales for Forensic outpatient treatment (TMS-F): construction and psychometric evaluation. *Assessment* 15:224-241.
- Drieschner KH, Boomsma A. 2008b. Validation of the Treatment Motivation Scales for Forensic outpatient treatment (TMS-F). *Assessment* 15:242-255.
- Drieschner KH, Hesper BL. 2008. *Dynamic Risk Outcome Scales*. Boschoord: Trajectum.
- Drieschner KH, Marrozos I, Regenboog M. 2013. Prevalence and risk factors of inpatient aggression by adults with intellectual disabilities and severe challenging behaviour: a long-term prospective study in two Dutch treatment facilities. *Research in Developmental Disabilities* 34:2407-2418.
- Drieschner KH, Niehoff H, Didden R, Rutten E, Valenkamp M. 2012. *Beoordelings- en evaluatiehandleiding Grip op Agressie (GoA), behandelprogramma voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstig agressief (delict)gedrag*. Zwolle: Trajectum en Van Montfoort.
- Drieschner KH, Verschuur J. 2010. Treatment engagement as predictor of premature treatment termination and treatment outcome in a correctional outpatient sample. *Criminal Behaviour and Mental Health* 20:86-99.
- Grann M, Haggård U, Hiscoke UL, Sturidsson K, Lövström L, Siverson E, Ståhle B, Woodhouse A. 2000. *The SORM manual*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Gray, Fitzgerald, Taylor, MacCulloch, Snowden. 2007. Predicting future reconviction in offenders with intellectual disabilities: the predictive efficacy of VRAG, PCL-R SV, and the HCR-20. *Psychological Assessment* 19:474-479.
- Hanson RK, Harris AJR. 2000. Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior* 27:6-35.
- Hanson RK, Morton-Bourgon KE. 2005. The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73:1154-1163.
- Hendry MC. 2013. *Hostile attribution bias as a dynamic risk factor in civil psychiatric patients and criminal offenders: change over time and relationship to violence and recidivism [PhD]*. Burnaby, CA: Simon Fraser University.
- Hesper BL, Drieschner K. 2013. *Effectevaluatie SGLVB(+) behandeling De Borg 2007 - 2012*. Den Dolder: De Borg.
- Hildebrand M, Hesper BL, Spreen M, Nijman HLI. 2005. *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Psychiatrie EF, editor. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

- Howells PM, Rogers C, Wilcock S. 2000. Evaluating a cognitive/behavioural approach to anger management skills to adults with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities* 28:137-42.
- Jahoda A, Pert C, Trower P. 2006. Frequent aggression and attribution of hostile intent in people with mild to moderate intellectual disabilities: an empirical investigation. *American Journal on Mental Retardation* 111(2):90-99.
- Kaal HL, Ooyen-Houben MMJv, Ganpat S, Wits E. 2009. Een complex probleem - passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap. Den Haag: WODC. Report nr Cahier 2009-11.
- Lindsay WR, Hamilton C, Moulton S, Scott S, Doyle M, McMurrin M. 2011. Assessment and treatment of social problem solving in offenders with intellectual disability *Psychology, Crime & Law* 17:181-197.
- Lindsay WR, Hogue TE, Taylor JL, Steptoe L, Mooney P, O'Brian G, Johnston S, Smith AHW. 2008. Risk assessment in offenders with intellectual disability: a comparison across three levels of security. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 52:90-111.
- Lindsay WR, Murphy L, Smith G, Murphy D, Edwards Z, Chittock C, Grieve A, Young SJ. 2004. The dynamic risk assessment and management system: An assessment of immediate risk of violence for individuals with offending and challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 17:267-274.
- Mann RE, Hanson RK, Thornton D. 2010. Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 22:191-217.
- McGrath RJ. 2005. Treatment Intervention and Progress Scale for Sexual Abusers with Intellectual Disabilities (TIPS-ID) scoring manual.
- McGrath RJ, Livingston JA, Falk G. 2007. A structured method of assessing dynamic risk factors among sexual abusers with intellectual disabilities. *American Journal of Mental Retardation* 112:221-229.
- McMurrin M. 2009. Motivational interviewing with offenders: a systematic review. *Legal and Criminological Psychology* 14:83-100.
- McMurrin M, Theodosi E. 2007. Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment? *Psychology, Crime & Law* 13:333-343.
- Mills JF, Kroner DG, Forth AE. 2002. Measures of Criminal Attitudes and Associates (MCAA), development, factor structure, reliability, and validity. *Assessment* 9:240-253.
- Niehoff H, editor. 2012. *Programmahandleiding Grip op Agressie (GoA), behandelprogramma voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstig agressie (delict) gedrag*. Zwolle: Stichting Trajectum/van Montfoort.
- Oort FJ, Visser MRM, Sprangers MAG. 2009. Formal definitions of measurement bias and explanation bias clarify measurement and conceptual perspectives on response shift. *Journal of Clinical Epidemiology* 62:1126-1137.
- Parry CJ, Lindsay WR. 2003. Impulsiveness as a factor in sexual offending by people with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 47:483-387.

- Put CE, Asscher JJ, Stams GJJM, Moonen X. 2013. Differences between juvenile offenders with and without intellectual disabilities in the importance of static and dynamic risk factors for recidivism. *Journal of Intellectual Disability Research*.
- Quinsey VL. 2004. Risk assessment and management in community settings. In: Lindsay WR, Taylor JL, Sturmey P, editors. *Offenders with developmental disabilities*. Chichester, UK: Wiley. p 131-141.
- Raykov T. 1997. Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement* 21:173-184.
- Rosenveld B, Lewis C. 2005. Assessing violence risk in stalking cases: a regression tree approach. *Law and Human Behavior* 29:343.
- Schneider SL, Wright RC. 2001. The FoSOD: A measurement tool for reconceptualizing the role of denial in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence* 16:545-564.
- Schneider SL, Wright RC. 2004. Understanding denial in sexual offenders: A review of cognitive and motivational processes to avoid responsibility. *Trauma, Violence, & Abuse* 5:3-20.
- Sijtsma K. 2009. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika* 74:107-120.
- Simourd DJ, Van de Ven J. 1999. Assessment of Criminal Attitudes: Criterion-Related Validity of the Criminal Sentiments Scale-Modified and Pride in Delinquency Scale. *Criminal Justice and Behavior* 26:90-106.
- Smith GA. 1986. Observer drift: a drifting definition. *Behaviour Analyst* 9:127-128.
- Snoyman P, Aicken B. 2011. Self-reported impulsivity in male offenders with low cognitive ability in New South Wales prisons. *Psychology, Crime & Law* 17:151-164.
- Steptoe L, Lindsay WR, Murphy L, Young SJ. 2008. Construct validity, reliability and predictive validity of the dynamic risk assessment and anagement system (DRAMS) in offenders with intellectual disability. *Legal and Criminological Psychology* 13:309-321.
- Taylor JL, Novaco RW. 2005. *Anger treatment for people with developmental disabilities: a theory, evidence and manual based approach*. Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Thornton D. 2002. Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14:139-152.
- Trentelman M. 2009. Handleiding vaardigheidstraining 'Omgaan met Middelen en Verslaving'. Boschoord: Trajectum.
- Van Nieuwenhuijzen M, Orobio de Castro BO, Van Aken MAG, Matthijs W. 2009. Impulse control and aggressive response generation as predictors of aggressive behaviour in children with mild intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research* 53:233-242.
- Walters GD. 2002. The Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS). *Assessment* 9:278-291.
- Ward T, Mann RE, Gannon TA. 2007. The good lives model of offender rehabilitation: clinical implications. *Aggression and Violent Behavior* 12.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. 1997. *HCR-20: Assessing risk for violence. Version 2*. Burnaby, BC: Simon Fraser University.

Webster CD, Nicholls TL, Martin ML, Desmarais SL, Brink J. 2006. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): the case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences and the Law* 24:747-766.

Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. 2002. Handleiding HKT-30. Dienst Justitiële Inrichtingen.

Willner P, Tomlinson S. 2007. Generalization of anger-coping skills from day-service to residential settings. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 20(6):553-562.