

WILLEMEN VAN DER
KAMP^a
JOAN E. VAN HORN^b

Voorspellers van no-show in diverse fasen van de behandeling bij ambulante behandelde delinquenten



Panopticon, 39 (4), 280-295
© 2018 Maklu | ISSN 0771-1409 | July 2018

- ^a Klinisch Psycholoog, De Forensische Zorgspecialisten, portefeuille de Waag (vanaf 1 september 2018: Klinisch Psycholoog, GGZ Delfland) (Corresp.: wilvdkamp@gmail.com)
^b Onderzoeker, De Forensische Zorgspecialisten, portefeuille de Waag

ABSTRACT

PREDICTORS OF NO-SHOW IN VARIOUS PHASES OF TREATMENT AMONG OUTPATIENT TREATED DELINQUENTS

Non-attendance or late cancellation of treatment appointments (no-show) do have social and financial consequences. This study describes percentages and predictors of no-show at 2.909 clients in various phases of outpatient forensic care. Highest no-show-rate was found in the intake phase: 29,63 percent, 18,93 percent in diagnostics phase and 17,48 percent in treatment phase. Drop-out-rate in the no-show-group was significantly higher in the diagnostics phase than in the treatment phase. A high chance on no-show in the treatment phase was found mainly at clients with drug problems or cluster B personality disorder. In all treatment phases age was a predictor for no-show.

Keywords: no-show, predictors, forensic treatment

Kernwoorden: no-show, voorspellers, forensische behandeling

1. INLEIDING

Het niet verschijnen op of het te laat afzeggen van afspraken door cliënten (*no-show*) is een probleem in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz) met vele maatschappelijke en financiële gevolgen (FEITSMAN, POPPING, & JANSSEN, 2012). Binnen de ggz is de forensische zorg een specialistisch veld waarin cliënten behandeld worden die potentieel delictgevaarlijk zijn, waardoor uitkomsten uit onderzoek in de reguliere ggz mogelijk niet (geheel) generaliseerbaar zijn naar de forensische zorg. Meer inzicht in *no-show* in de forensische zorg is belangrijk omdat therapieontrouw ook de kans vergroot op recidive in delictgedrag (DANIELS & JUNG, 2009; FEITSMAN et al., 2012) en (opnieuw) veroordelingen van cliënten (McMURRAN & THEODOSI, 2007) naast (terugval in) psychische problemen zoals ook in de reguliere ggz. Zoals verwacht maken cliënten die hun afspraken (herhaaldelijk) niet nakomen in vergelijking met therapietrouwe cliënten vaker hun behandeling niet af, zeker als de *no-shows* plaatsvinden in de beginfase van de behandeling (FEITSMAN et al., 2012). Cliënten die hun behandeling niet afmaken (*drop-outs*) bestaan echter uit een heterogene groep, de behandeling kan in verschillende fasen van de behandeling afgebroken worden en om verschillende redenen

(bijvoorbeeld het vinden van werk, het niet eens zijn met het behandelprogramma, zich niet aan de regels houden of agressief gedrag vertonen) (McMURRAN & THEODOSI, 2007).

Onderhavige studie richt zich op het identificeren van belangrijke voorspellers van *no-show*. Met deze kennis kan mogelijk sneller en effectiever ingegrepen worden om de kans op *no-show* zoveel mogelijk te verkleinen.

Onderzoek wijst uit dat de percentages *no-shows* in de ambulante forensische ggz variëren tussen de 16,2 en 31,45 procent (DALTON, MAJOR, & SHARKEY, 1998; DANIELS & JUNG, 2009; FEITSMA et al., 2012; HADLEY, REDDON, & REDDICK, 2001; HAMBRIDGE, 1990; STOEL, HOUTEPEN, VAN DER LAM, BOGAERTS & SUTSEMA, 2018). Ondanks deze relatief hoge *no-show* percentages is het aantal studies naar de kenmerken en voorspellers voor *no-shows* beperkt. Globaal wijzen de studies op de volgende voorspellers voor *no-show* in de ambulante forensische ggz: jonge leeftijd (DANIELS & JUNG, 2009; FEITSMA et al., 2012; HADLEY et al., 2001; HAMBRIDGE, 1990; STOEL et al., 2018), vrouwelijk geslacht (HADLEY et al., 2001), agressie als aangedreigd (DALTON et al., 1998; HAMBRIDGE, 1990), verwezen worden door de reclassering in proeftijd. Bij deze cliënten is de behandeling niet opgelegd door de rechter en er zijn dan ook geen gevolgen (zoals terugplaatsing in detentie) als men voortijdig met de behandeling stopt. De behandeling vindt plaats in een vrijwillig kader (DANIELS & JUNG, 2009; HAMBRIDGE, 1990), middelenmisbruik (DANIELS & JUNG, 2009), gebrek aan steun van familie (FEITSMA et al., 2012), in de beginfase zitten van de behandeling (FEITSMA et al., 2012; WOJCIK et al., 2017) en een antisociale persoonlijkheidsstoornis (STOEL et al., 2018).

Niet alle studies vonden dezelfde resultaten; zo is vrouwelijk geslacht een voorspeller van *no-show* in het onderzoek van HADLEY et al. (2001), maar kwam geslacht niet als voorspeller naar voren in de studies van bijvoorbeeld DANIELS en JUNG (2009) en FEITSMA et al. (2012). Wat betreft behandelkader (verplicht of vrijwillig), werd in sommige onderzoeken gevonden dat cliënten in een (dreigend) gedwongen of strafrechtelijk behandelkader trouwer lijken in het nakomen van hun afspraken (DANIELS & JUNG, 2009; HAMBRIDGE, 1990), in andere studies (DALTON et al., 1998; FEITSMA et al., 2012) blijkt dit geen voorspeller van *no-show* te zijn. WOJCIK et al. (2017) vond juist een marginaal verband tussen een verplicht kader en *no-show*.

Veel studies in de forensische zorg hebben de factoren die (potentieel) samenhangen met *no-show* geïsoleerd van elkaar onderzocht of hebben maar een beperkt aantal factoren onderzocht. Uit het onderzoek van HADLEY et al. (2001) blijkt dat vrouwen vaker afwezig waren dan mannen maar dat zowel vrouwen als mannen trouwer zijn in het nakomen van hun afspraken in de hogere leeftijdsgroepen. Aannemelijk is dat een – elkaar versterkende – combinatie van factoren een rol speelt bij *no-shows* (DANIELS & JUNG, 2009; KAZDIN, HOLLAND, & CROWLEY, 1997; PAIGE & MANSELL, 2013). Sommige factoren kunnen een interactie-effect op andere factoren hebben en de interactie tussen deze factoren geeft dan een sterker voorspellende waarde dan elke factor apart (DANIELS & JUNG, 2009; PAIGE & MANSELL, 2013).

Zo zal een jonge moeder mogelijk meer moeite hebben om haar afspraken na te komen als ze weinig steun van haar familie ervaart, die kunnen oppassen als ze kinderen heeft of haar kunnen brengen naar de afspraak of financieel kunnen ondersteunen (HADLEY et al., 2001).

De huidige studie

Centraal in de onderhavige studie staan de voorspellers voor *no-show*. Onderzocht wordt de voorspelling van enkelvoudig kenmerken, maar ook de interactie van combinaties van kenmerken. De volgende onderzoeksvragen werden onderzocht:

- Wat is het aantal *no-shows* in de intake-, diagnostiek- en behandel fase? Verwacht wordt dat naarmate de behandeling vordert, het aantal *no-shows* afneemt. Het hoogste aantal *no-shows* wordt verwacht in de intakefase, het laagste aantal in de behandel fase.

- Wat is het aantal *drop-outs* in de diagnostiek- en behandel fase? In de diagnostiek fase wordt het hoogste aantal *drop-outs* verwacht en het laagste aantal *drop-outs* wordt verwacht in de behandel fase.
- Wat zijn de voorspellers voor *no-show* per behandel fase? Op basis van eerder onderzoek worden de volgende voorspellers voor *no-show* verwacht: jonge leeftijd, vrouw, indexdelict agressie, vrijwillig kader, gebrek aan sociale steun, huidig middelennisbruik en een antisociale persoonlijkheidsstoornis. In de intake- en diagnostiek fase wordt verwacht dat cliënten met een vrijwillig behandel kader en cliënten die worden aangemeld vanwege agressieproblemen een hogere kans op *no-show* hebben. In de behandel fase die vergeleken met de intake- en diagnostiek fase veel langer duurt en daardoor ook meer vraagt van de randvoorwaarden (bijvoorbeeld aanwezigheid van sociale steun, oppas) om ook op de behandelafspraken te komen, is de verwachting dat vrouwelijke cliënten en gebrek aan sociale steun samenhangt met een hogere kans op *no-show*. Jonge leeftijd en problemen met middelengebruik komen in eerder onderzoek naar voren als voorspellers voor *no-show*. Verwacht wordt dat beide kenmerken ook bij de onderzochte cliënten een rol gaan spelen. Tenslotte zal ook het hebben van een antisociale persoonlijkheidsstoornis samenhangen met *no-show* omdat deze cliënten over het algemeen moeite hebben met het zich houden aan afspraken en het opvolgen van regels.

Exploratief wordt de voorspellende waarde onderzocht voor het al dan niet hebben van een dagbesteding, geboorteland en leefsituatie. Deze kenmerken zijn in eerdere studies vaak onderbelicht, maar lijken vanuit klinische ervaring relevant voor het al dan niet verschijnen op de behandelafpraak. Er wordt ook onderzocht of er tussen de significante voorspellers interactie-effecten bestaan.

2. METHODE

Het betreft een retrospectief dossieronderzoek bij volwassenen van 18 jaar en ouder die vanwege (dreigend) delictgedrag werden aangemeld bij de Waag, centrum voor ambulante forensische ggz, in de periode 1 januari 2014 tot 1 januari 2015.

2.1 De instelling

De Waag heeft acht vestigingen en vier satellietvestigingen in voornamelijk het midden en westen van Nederland en biedt diverse poliklinische behandelingen aan jongeren en volwassenen die door hun grensoverschrijdend gedrag in aanraking (dreigen te) komen met politie of justitie. Het gaat hierbij voornamelijk om agressie/gewelddelicten, vermogensdelicten, huiselijk geweld of zedendelicten. De Waag kent een aantal algemene contra-indicaties: tenzij de stoornis onder controle is door bijvoorbeeld medicatie, worden ouders die strafbare feiten plegen vanuit een psychose, doorverwezen naar een centrum voor algemene psychiatrie of een andere forensisch psychiatrische (poli)kliniek. Indien de verslaving dusdanig ernstig is dat de cliënt niet kan profiteren van behandeling wordt de cliënt eerst verwezen naar de verslavingszorg. Als de verslaving meer onder controle is, kan kort daarna ambulante forensische behandeling alsnog worden ingezet. De behandeling kan plaatsvinden in een vrijwillig of verplicht kader. Een vrijwillig kader houdt in dat de cliënt op eigen initiatief of op verwijzing van de huisarts of een andere hulpverleningsinstantie in behandeling komt. Een verplicht kader houdt in dat de rechter de behandeling heeft opgelegd, de reclassering treedt dan vaak op als toezichthouder. De Waag is te vergelijken met de forensische teams in een van de 23 centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) in Vlaanderen. De behandeling in Vlaanderen kan ook in een vrijwillig of verplicht kader plaatsvinden. Behandeling in een vrijwillig kader gebeurt net als in Nederland op eigen initiatief of op

verwijzing van de huisarts of een andere hulpverleningsinstantie. Bij behandeling in een justitieel kader, gaat het om een opgelegde maatregel binnen een voorstel tot bemiddeling in strafzaken, probatie, vrijlating onder voorwaarden of voorwaardelijke invrijheidsstelling (Gezin, welzijn en gezondheid, s.d.).

2.2 Fasering behandeling

De Waag onderscheidt vijf fasen in het behandeltraject: aanmeldfase, intakefase, diagnostiekfase, behandelfase en de ontslagfase. In de aanmeldfase worden cliënten bij een telefonische of schriftelijke aanmelding gescreend op de algemene contra-indicaties en dient een geldige verwijfsbrief van de huisarts of de reclassering aanwezig te zijn. Indien in orde volgt een uitnodiging voor het intakegesprek van ongeveer 60 minuten. Het intakegesprek bestaat uit een screening van onderwerpen relevant voor de ambulante forensische zorg, waaronder de criminele voorgeschiedenis, het indexdelict, gezin(situatie), opleiding en werk. Een psycholoog of psychiater stelt tijdens het intakegesprek vast of cliënten voldoen aan de criteria van één of meerdere stoornissen volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4de editie, tekstrevisie (kortweg DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000). Classificaties gesteld tijdens het intakegesprek worden door een multidisciplinair team (psychiater, psychotherapeuten, psychologen) in het intakeoverleg besproken en vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier.

In de diagnostiekfase wordt een viermaandelijks *Routine Outcome Monitoring* (ROM) procedure gestart met diverse beoordelings- en zelfrapportage-instrumenten, waaronder risicotaxatie. De diagnostiekfase sluit af met een behandelplan dat in een multidisciplinair overleg en met cliënt wordt besproken. In het behandelplan staan onder andere de doelen die samen met de cliënt geformuleerd zijn, gericht op het delictgedrag om recidive in de toekomst te voorkomen. Na akkoord gaat de cliënt over naar de behandelfase. Hierbij geldt het uitgangspunt dat de zorg zo kort als mogelijk dient te zijn, maar ook zo lang als noodzakelijk (GGZ Nederland, 2014). De behandeling wordt positief afgesloten als het recidiverisico naar inschatting van de behandelaar met behulp van de risicotaxatie is verlaagd naar een laag of laag-matig recidiverisico. Cliënten die de behandeling positief afsluiten worden in dit artikel aangeduid met de term 'completer'. Het afsluitgesprek valt nog binnen de behandelfase. De aanmeldfase en ontslagfase vallen buiten de focus van dit onderzoek omdat er in deze fasen geen sprake is van *face-to-face* gesprekken met cliënt.

2.3 Definitie no-show en drop-out

No-shows worden bij de Waag gedefinieerd als het niet op de behandelafpraak verschijnen zonder bericht of het te laat (korter dan 24 uur) afzeggen van de behandelafpraak. Deze 24 uur annuleringsregel wordt binnen de hele Nederlandse gezondheidszorg gehanteerd (Wojcik et al., 2017). In de Waag gelden per behandelfase de volgende algemene *no-show*-procedures: in de intakefase wordt het dossier gesloten van cliënten in een vrijwillig behandelkader bij twee achtereenvolgende *no-shows* en bij cliënten in een verplicht kader wordt, in samenwerking met de toezichthouder, nog een derde poging gedaan. In de diagnostiek- en behandelfase vindt een stagnatiegesprek plaats met cliënt (en eventueel de toezichthouder) na drie (al dan niet opeenvolgende) *no-shows*. Het doel van het gesprek is om te bepalen of de behandeling al dan niet wordt voortgezet. In dit gesprek wordt onder meer de motivatie van cliënt voor behandeling besproken. Vanaf de intakefase kan de cliënt gebruik maken van de sms-service, de cliënt krijgt dan 24 uur van tevoren een afspraakherinnering.

Drop-out verschilt van *no-show* doordat *drop-outs* zich onttrekken van de behandeling terwijl *no-show* cliënten een percentage van de behandelafspraken niet nakomt (VILLENUEVE

et al., 2010). De volgende definitie van *drop-out* wordt gehanteerd: het voortijdig beëindigen van de behandeling door de cliënt of de behandelaar. Deze definitie sluit aan bij FEITSMA et al. (2012) en VILLENEUVE et al. (2010).

2.4 Participanten

De initiële onderzoeksgroep bestond uit 4.113 cliënten. Geëxcludeerd werden cliënten in detentie (n=170), cliënten die werden afgewezen voor intake vanwege onder andere het ontbreken van een geldige verwijsbrief (n=318) en cliënten die geen schriftelijke toestemming gaven voor het gebruik van hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek (n=422). De volgende registratiefouten in het elektronisch patiëntendossier golden als exclusie van cliënten voor verdere analyses; > vijf intakegesprekken (n=272), > 25 afspraken in de diagnostiekfase (n=18) en ontbreken van de diagnostiekfase (n=4).

Van de overgebleven 2.909 cliënten werden 699 (24 procent) cliënten na intake afgewezen, zeven (0,3 procent) cliënten gingen wegens onder andere verhuizing of overplaatsing niet door met de behandeling en 2.203 (75,7 procent) cliënten werden geaccepteerd voor behandeling. De gemiddelde leeftijd van de participanten bij aanmelding was 35,5 jaar (SD=12,2; range 18-83 jaar). De gemiddelde duur van het contact met de Waag of de behandeling voor de totale onderzoeksgroep was 5,7 maanden (SD=5,0; range 0-24 maanden).

In tabel 1 staan demografische- en achtergrondkenmerken beschreven van de onderzoeksgroep onderscheiden naar cliënten die werden afgewezen na intake en cliënten die werden geaccepteerd voor behandeling.

TABEL 1. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS TOTALE ONDERZOEKSGROEP (N=2.909) NAAR AFWIJZING EN ACCEPTATIE BEHANDELING

	Afwijzing na intake (n= 706)		Geaccepteerd voor behandeling (n= 2.203)		
	n	%	n	%	
Geslacht					$\chi^2(1)=2,09; p=0,148$
Man	611	86,5	1.855	84,2	
Vrouw	95	13,5	348	15,8	
Geboorteland					$\chi^2(5)=5,28; p=0,383$
Nederland	516	73,1	1.631	74,0	
Suriname	41	5,8	139	6,3	
Marokko	39	5,5	85	3,9	
Caraïbisch gebied	23	3,3	90	4,1	
Turkije	18	2,3	53	2,1	
Overig	56	7,9	189	8,6	
Onbekend	13	1,8	21	1,0	
Dagbesteding					$\chi^2(4)=5,86; p=0,210$
Opleiding	16	2,3	141	6,4	
Combinatie leren & werken	5	0,7	40	1,8	
(on)betaald werken	121	17,1	852	38,7	
Geen geregelde dagbesteding	176	24,9	997	45,3	
Anders (pensioen, huisvrouw)	20	2,8	99	4,5	
Onbekend	368	52,1	74	3,4	

	Afwijzing na intake (n= 706)		Geaccepteerd voor behandeling (n= 2.203)		
	n	%	n	%	
Leefsituatie					$\chi^2(4)=7,18; p=0,126$
Alleenstaand	121	17,1	638	29,0	
Zonder partner, met kinderen	17	2,4	149	6,8	
Met partner, zonder kinderen	49	6,9	297	13,5	
Met partner, met kinderen	79	11,2	592	26,9	
Anders (familie/vrienden/opvang)	81	11,5	482	21,9	
Onbekend	359	50,8	45	2,0	
Indexdelict					$\chi^2(4)=33,66; p<0,001$
Agressie	326	46,2	834	37,9	
Huiselijk geweld	213	30,2	752	34,1	
Vermogen	66	9,3	218	9,9	
Zeden	25	3,5	197	8,9	
Overig (o.a. brandstichting)	12	1,7	26	1,2	
Onbekend	64	9,1	176	8,0	
Behandelkader					$\chi^2(1)=0,01; p=0,915$
Verplicht	308	43,6	954	43,3	
Vrijwillig	398	56,4	1.249	56,7	

NB. Per variabele tellen de categorieën in de kolommen op tot 100%

TABEL 2. PRIMAIRE DSM-CLASSIFICATIE TOTALE ONDERZOEKSGROEP (N=2.909)

	Intakefase (N=706)		Diagnostische fase (N=489)		Behandelfase (N=1.714)	
	n	%	n	%	n	%
Klinische stoornissen						
Middelen gebonden stoornis	27	55,1	7	14,3	15	30,6
Ontwikkelingsstoornis	35	11,2	47	15,1	230	73,7
Stemmingsstoornis	12	22,6	8	15,1	33	62,3
Angststoornis	17	13,6	19	15,2	89	71,2
Stoornis in impulsbeheersing	137	14,0	230	23,4	614	62,6
Overig ¹	17	11,8	15	10,4	112	77,8
Persoonlijkheidsstoornissen						
Cluster B ²	71	11,7	118	19,4	420	69,0
Cluster C ³	7	8,3	10	11,9	67	79,8
Persoonlijkheidsstoornis NAO ⁴	15	10,3	21	14,4	110	75,3

- 1 Onder overige klinische stoornissen vallen onder andere schizofrenie, somatoforme-, slaap- en cognitieve stoornissen.
- 2 Onder cluster B vallen: de borderline, antisociale, narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornissen.
- 3 Onder cluster C vallen: de ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen.
- 4 Onder de persoonlijkheidsstoornis NAO vallen: cliënten die kenmerken van twee of meer persoonlijkheidsstoornissen hebben, maar niet volledig voldoen aan alle criteria van één van de persoonlijkheidsstoornissen.

Uit tabel 1 blijkt dat de cliënten die werden afgewezen na intake of geaccepteerd voor behandeling niet van elkaar verschilden in geslacht, geboorteland, dagbesteding, leefsituatie en behandelkader. De groepen verschilden wel wat betreft indexdelict: vergeleken met de geaccepteerde cliënten waren de afgewezen cliënten vaker aangemeld voor agressie.

In tabel 2 staan de meest voorkomende diagnoses weergegeven onderscheiden naar behandelfase.

Tabel 2 toont een significant verschil tussen de groepen voor de klinische stoornissen ($\chi^2(10)=97,37$; $p<0,001$). Op de aan middelen gebonden stoornissen na, was het percentage cliënten met een klinische stoornis groter in de behandelfase (>60 procent) dan in de diagnostiek- en intakefase (tussen de 10 en 23 procent). In de intakefase lag het percentage cliënten met een aan middelen gebonden stoornis hoger (55,1 tegenover 31 procent of lager). Voor de persoonlijkheidsstoornissen werd er geen verschil gevonden tussen de groepen ($\chi^2(4)=5,94$; $p=0,204$).

2.5 Variabelen en categorisering

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, werden de volgende subgroepen onderscheiden: 1) aantal cliënten in diverse behandelfasen, 2) aantal *no-show* afspraken en 3) het al dan niet voortijdig beëindigen van de behandeling. Het onderscheid in het aantal cliënten in diverse behandelfasen betreft de categorisering van de onderzoeksgroep in cliënten die enkel de intakefase hebben doorlopen (intakegroep: $n=706$; 24,3 procent), cliënten die de intake- en diagnostiekfase doorlopen hebben (diagnostiekgroep: $n=489$; 16,8 procent) en cliënten die de intake-, diagnostiek- en behandelfase hebben doorlopen (behandelgroep, $n=1.714$; 58,9 procent). Het aantal *no-show* afspraken werd gecategoriseerd in 1 '1-2 *no-show* afspraken', 2 '3-5 *no-show* afspraken', 3 '6-10 *no-show* afspraken', 4 '11-15 *no-show* afspraken' en 5 '> 15 *no show* afspraken'. Met betrekking tot het al dan niet voortijdig beëindigen van de behandeling werd onderscheid gemaakt in cliënten die voortijdig met de behandeling stopten (*drop-outs*: $n=690$; 23,7 procent) en cliënten die de betreffende behandelfase volledig hadden doorlopen (*completers*: $n=1.455$; 50 procent). Dit onderscheid gold voor de diagnostiek- en de behandelfase, maar niet voor de intakefase omdat in deze fase gescreend wordt op contra-indicatie voor behandeling (afgewezen in intake: $n=699$; 24 procent). Vaak worden cliënten afgewezen omdat verslavingsproblemen nog te veel op de voorgrond staan waardoor behandeling naar verwachting niet goed van de grond kan komen. Van een aantal cliënten ($n=64$) werd de behandeling bij de Waag afgebroken wegens verhuizing of voortzetting behandeling elders. Deze werden niet in de analyses over *drop-out* en *completers* meegenomen.

2.6 Analyses

Voorafgaand aan de hoofdanalyse werden de voorspellende variabelen getest op multicollineariteit. Dit betekent dat variabelen zo sterk met elkaar samenhangen dat ze contextueel hetzelfde meten. Een *Variance Inflation Factor* (VIF) grenswaarde groter dan 10 duidt op multicollineariteit (O'BRIEN, 2007). De VIF tussen de voorspellende variabelen varieerde tussen de 1,01 en 1,13. Analyses werden uitgevoerd met SPSS-versie 23 of er werd gebruik gemaakt van de online Medcalculator '*Comparison of proportions calculator*' (MEDCALC, 2017). Percentuele verschillen tussen groepen werden geanalyseerd met een Chi-kwadraat toets. Missende waarden lagen overwegend onder de 10 procent met als uitschieters het ontbreken van informatie over het gebrek aan steun (99,2 procent intakefase; 69,3 procent diagnostiekfase en 20,5 procent behandelfase), leefsituatie (50,8 procent intakefase) en dag-

besteding (52,1 procent intakefase). De variabele ‘gebrek aan steun’ werd daarom niet meegenomen in de analyses, informatie hierover ontbrak in veel gevallen. Voor de intakefase werden de variabelen leefsituatie, dagbesteding, impulscontrolestoornis en cluster B persoonlijkheidsstoornis niet meegenomen.

Er werd voor elke fase van de behandeling aparte binaire logistische regressieanalyses (ENTER-methode) uitgevoerd met *no-show* (nee/ja) als criterium. De voorspellers in de intakefase bleven beperkt tot de volgende zeven variabelen: leeftijd, geslacht, geboorteland, indexdelict agressie, behandelkader, huidige alcoholproblemen en huidige drugsproblemen. Voor de diagnostiek- en behandelfase werden naast genoemde zeven variabelen ook de volgende voorspellers meegenomen: leefsituatie, dagbesteding, impulscontrolestoornis en cluster B persoonlijkheidsstoornis. Aanvullend werden voor elke fase de interactietermen van de significante voorspellers in de analyse toegevoegd.

3. RESULTATEN

3.1 No-shows

In aflopende mate zijn de volgende percentages *no-show* afspraken in de verschillende fasen gevonden: 29,63 procent *no-shows* op 5.353 geplande intakeafspraken, 18,93 procent *no-shows* op 14.777 geplande afspraken in de diagnostiekfase en 17,48 procent *no-shows* op 40.747 geplande behandelafspraken. Verschillen in *no-show* percentages zijn significant tussen alle behandelfasen: intake- en diagnostiekfase, $\chi^2(1)=264,11$; $p \leq 0,001$, diagnostiek- en de behandelfase, $\chi^2(1)=15,54$; $p=0,001$, en intakefase en de behandelfase, $\chi^2(1)=455,84$; $p \leq 0,001$.

In tabel 3 staan per behandelfase de aantallen en percentages *no-show* cliënten vermeld naar aantal *no-show* afspraken.

TABEL 3. AANTAL EN PERCENTAGES CLIËNTEN NAAR CATEGORIE AANTAL NO-SHOW AFSPRAKEN

# <i>no-show</i> afspraken	n	%	n	%	n	%
	Intakefase (N=2.909)		Diagnostische fase (N=2.203)		Behandelfase (N=1.714)	
1-2	943	32,4	797	36,2	486	28,4
3-5	116	4,0	347	15,8	374	21,8
6-10	–	–	64	2,9	278	16,2
11-15	–	–	1	0,05	113	6,6
> 15	–	–	–	–	68	4,0

De meeste cliënten hebben maximaal twee *no-show* afspraken. Opvallend is dat bij de overige categorieën met meer dan drie gemiste afspraken, het aantal *no-show* cliënten toeneemt naarmate de behandeling vordert.

3.2 Drop-outs

In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van het aantal en percentage *drop-outs* en *completers* voor de diagnostiek- en behandelfase, onderscheiden naar *shows* en *no-shows*.

TABEL 4. AANTAL EN PERCENTAGES COMPLETERS EN DROP-OUTS PER FASE

	Diagnostiekfase					Behandelfase				
	<i>Show</i> (n=170)		<i>No-show</i> (n=293)		Totaal (n=463)	<i>Show</i> (n=383)		<i>No-show</i> (n=1.299)		Totaal (n=1.682)
	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
<i>Completers</i>	97	53,0	86	47,0	183	330	83,54	942	71,42	1.272
<i>Drop-outs</i>	73	26,1	207	73,9	280	53	13,42	357	27,07	410

Chi-kwadraat analyses wijzen uit dat in de diagnostiekfase, $\chi^2 (1)=34,55$, $p<0,001$, en in de behandelfase, $\chi^2 (1)=29,87$, $p<0,001$, het percentage drop-outs in de *no-show*-groep significant verschilt van het percentage *drop-outs* in de *show*-groep (tabel 4). In de diagnostiekfase is het percentage drop-outs in de *no-show*-groep groter (73,9 procent) dan in de *show*-groep (26,1 procent). Hoewel dit verschil in de behandelfase ook significant is, zijn de percentuele verschillen minder groot (27,07 versus 13,42 procent).

3.3 Voorspellers voor *no-show* in de intake-, diagnostiek- en behandelfase

De uitkomsten van de binaire logistische regressieanalyses staan vermeld in tabel 5 (intake-fase), tabel 6 (diagnostiekfase) en tabel 7 (behandelfase).

TABEL 5. LOGISTISCHE REGRESSIE ANALYSES: VOORSPELLERS VOOR NO-SHOW IN DE INTAKEFASE (N=615)

	B	S.E.	Wald	p	Exp(B)	95%BI laag	95%BI hoog
Leeftijd	-0,060	0,008	56.629	0,000	0,942	0,927	0,957
Geslacht							
Man [†]							
Vrouw	-0,305	0,274	1,237	0,266	0,737	0,430	1,262
Geboorteland							
Nederland [†]							
Buitenland	-0,359	0,205	3,072	0,080	0,699	0,468	1,043
Indexdelict agressie							
Nee [†]							
Ja	-0,124	0,261	0,225	0,635	0,884	0,530	1,473
Behandelkader							
Vrijwillig [†]							
Verplicht	0,043	0,185	0,053	0,818	1,044	0,726	1,501
Huidige alcoholproblemen							
Nee [†]							
Ja	-0,641	0,309	4,285	0,038	0,527	0,287	0,967
Huidige drugsproblemen							
Nee [†]							
Ja	-1,038	0,266	15,184	0,000	0,354	0,210	0,597

NB. BI=betrouwbaarheidsinterval; [†]=referentiegroep

Het model met voorspellers voor *no-show* in de intakefase is significant beter dan het nulmodel waarin de constante gelijk wordt gesteld aan nul, $\chi^2(7)=100,402$; $p<0,001$ (tabel 5). Het model verklaart 20 procent (Nagelkerke R^2) van de variantie in de variabele *no-show*. De algehele voorspelling van de predictoren is 68,6 procent (54,3 procent voor *show* en 79,0 procent voor *no-show*). Wald chi-square wijst uit dat de volgende voorspellers een significante bijdrage leverden aan de voorspelling voor *no-show*: leeftijd, huidige alcohol- en drugsproblemen. De Exp(B) waarden laten, vergeleken met de referentiecategorieën, een verlaging van de kans op *no-show* zien voor oudere cliënten (5,8 procent minder kans), cliënten met huidige alcohol- (47,3 procent verminderde kans) en drugsproblemen (64,6 procent minder kans).

Daarna is een analyse uitgevoerd waarbij de interactie-effecten tussen de significante enkelvoudige voorspellers (leeftijd, huidige alcohol- en drugsproblemen) zijn onderzocht. Dit model is significant beter dan het nul-model, $\chi^2(10)=103,00$; $p<0,001$ en verklaart 20,7 procent (Nagelkerke R^2) van de variantie in de variabele *no-show*. De algehele voorspelling van de predictoren is 68,1 procent (57,4 procent voor *show* en 75,9 procent voor *no-show*). Wald chi-square wijst uit dat er geen significante interactie-effecten zijn tussen leeftijd, huidige alcohol- en drugsproblemen.

TABEL 6. LOGISTISCHE REGRESSIE ANALYSES: VOORSPELLERS VOOR NO-SHOW IN DE DIAGNOSTIEKFASE (N=407)

	B	S.E.	Wald	p	Exp(B)	95%BI laag	95%BI hoog
Leeftijd	-0,061	0,010	35,052	0,000	0,941	0,922	0,960
Geslacht							
Man ^r							
Vrouw	0,285	0,347	0,676	0,411	1,330	0,674	2,623
Geboorteland							
Nederland ^r							
Buitenland	0,289	0,254	1,295	0,255	1,335	0,811	2,198
Leefsituatie							
Met partner ^r			1,152	0,562			
Alleenstaand zonder kinderen	-0,262	0,251	1,093	0,296	0,769	0,470	1,258
Alleenstaand met kinderen	-0,184	0,443	0,173	0,677	0,832	0,349	1,981
Dagbesteding							
Nee ^r							
Ja	-0,363	0,228	2,523	0,112	0,696	0,445	1,089
Indexdelict agressie							
Nee ^r							
Ja	-0,367	0,336	1,194	0,275	0,693	0,359	1,338
Behandelkader							
Vrijwillig ^r							
Verplicht	0,016	0,238	0,004	0,947	1,016	0,637	1,620
Huidige alcoholproblemen							
Nee ^r							
Ja	0,416	0,293	2,008	0,157	1,516	0,853	2,694

	B	S.E.	Wald	p	Exp(B)	95%BI laag	95%BI hoog
Huidige drugsproblemen							
Nee ^r							
Ja	0,440	0,276	2,541	0,111	1,553	0,904	2,667
Impulscontrolestoornis							
Nee ^r							
Ja	0,197	0,270	0,531	0,466	1,217	0,718	2,064
Cluster B pers. stoornis							
Nee ^r							
Ja	-0,035	0,323	0,012	0,913	0,965	0,513	1,817

NB. BI=betrouwbaarheidsinterval; ^r=referentiegroep

Het model met voorspellers voor no-show in de diagnostiekfase is ook significant beter dan het nul-model, $\chi^2(12)=56,87$; $p<0,001$ (tabel 6). Dit model verklaart 17,8 procent (Nagelkerke R^2) van de variantie in de *no-show* variabele. De algehele voorspelling van de predictoren is 68,6 procent (40,8 procent voor *show* en 85,1 procent voor *no-show*). In de diagnostiekfase is leeftijd de enige significante voorspeller voor *no-show* (Wald chi-square): oudere cliënten hebben een 5,9 procent verminderde kans op *no-show*.

TABEL 7. LOGISTISCHE REGRESSIE ANALYSES: VOORSPELLERS VOOR NO-SHOW IN DE BEHANDELFASE (N=1.490)

	B	S.E.	Wald	p	Exp(B)	95%BI laag	95%BI hoog
Leeftijd	-0,046	0,006	66,676	0,000	0,955	0,944	0,965
Geslacht							
Man ^r							
Vrouw	0,359	0,204	3,097	0,078	1,433	0,960	2,138
Geboorteland							
Nederland ^r							
Buitenland	0,126	0,154	0,671	0,413	1,134	0,839	1,532
Leefsituatie							
Met partner ^r			0,605	0,739			
Alleenstaand zonder kinderen	0,118	0,152	0,598	0,439	1,125	0,835	1,516
Alleenstaand met kinderen	0,061	0,286	0,045	0,832	1,063	0,606	1,863
Dagbesteding							
Nee ^r							
Ja	-0,478	0,139	11,909	0,001	0,620	0,472	0,813
Indexdelict agressie							
Nee ^r							
Ja	0,179	0,162	1,212	0,271	1,196	0,870	1,643
Behandelkader							
Vrijwillig ^r							
Verplicht	-0,343	0,141	5,930	0,015	0,710	0,538	0,935

	B	S.E.	Wald	p	Exp(B)	95%BI laag	95%BI hoog
Huidige alcoholproblemen							
Nee ^r							
Ja	0,057	0,167	0,116	0,734	1,058	0,763	1,468
Huidige drugsproblemen							
Nee ^r							
Ja	0,643	0,172	13,964	0,000	1,902	1,358	2,665
Impulscontrolestoornis							
Nee ^r							
Ja	-0,090	0,153	0,347	0,556	0,914	0,676	1,234
Cluster B pers. stoornis							
Nee ^r							
Ja	0,600	0,201	6,918	0,003	1,822	1,229	2,700

NB. BI=betrouwbaarheidsinterval; ^r=referentiegroep

Ook het model met voorspellers in de behandelfase is significant beter dan het nul-model, $\chi^2(12)=169,153$; $p<0,001$ (tabel 7) en verklaart 16,3 procent (Nagelkerke R^2) van de variantie in de variabele *no-show*. De algehele voorspelling van de predictoren is 78,5 procent (15,5 procent voor *show* en 97,1 procent voor *no-show*). Wald chi-square wijst uit dat de volgende voorspellers een significante bijdrage leverden aan de voorspelling van *no-show*: leeftijd, dagbesteding, behandelkader, huidige drugsproblemen en cluster B persoonlijkheidsstoornis. De Exp(B) waarden laten – vergeleken met de referentiecategorieën – een vergrote kans op *no-show* zien bij cliënten met huidige drugsproblemen (90,2 procent grotere kans) en cliënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis (82,2 procent grotere kans). Een verminderde kans op *no-show* is gevonden voor oudere cliënten (4,5 procent verminderde kans), cliënten met dagbesteding (38 procent verminderde kans) en cliënten in een verplicht kader (29 procent verminderde kans).

Daarna is een analyse uitgevoerd waarbij de interactie effecten tussen de significante enkelvoudige voorspellers (leeftijd, dagbesteding, behandelkader, huidige drugsproblemen en cluster B persoonlijkheidsstoornis) als interactietermen meegenomen. Dit model is significant beter dan het nul-model, $\chi^2(22)=180,55$; $p<0,001$ en verklaart 17,3 procent (Nagelkerke R^2) van de variantie. De algehele voorspelling van de predictoren is 79 procent (16,7 procent voor *show* en 97,5 procent voor *no-show*). Wald chi-square wijst uit dat leeftijd, Exp(B)=0,935, 95%BI 0,915-0,955, $p<0,001$, en behandelkader, Exp(B)=0,180, 95%BI 0,061-0,532, $p=0,002$, als afzonderlijke variabelen significante voorspellers zijn en dat – van alle interactietermen – de interactie tussen deze variabelen eveneens significant is, Exp(B)=1,032, 95%BI 1,009-1,055, $p=0,006$. Oudere cliënten in een vrijwillig kader hebben 3,2 procent minder kans op *no-show*.

4. DISCUSSIE

No-show bij cliënten in ambulante forensische zorg is het centrale thema in de huidige studie. Naast het in kaart brengen van de *no-show* percentages bij 2.909 volwassen cliënten in diverse fasen van ambulante forensische zorg (intake-, diagnostiek- en behandelfase), werd onderzocht of – per fase – bepaalde kenmerken van deze cliënten de kans op *no-show* voorspelden. In overeenstemming met eerdere bevindingen (DALTON et al., 1998; DANIELS &

JUNG, 2009; FEITSMA et al., 2012; HADLEY et al., 2001; HAMBRIDGE, 1990) lag het *no-show* percentage tussen de 17 en 30 procent, waarbij – zoals verwacht – het laagste *no-show* percentage werd gevonden in de behandel fase en het hoogste percentage in de intake fase. Het is daarom belangrijk dat therapeuten vanaf de start van de behandeling aandacht hebben voor het fenomeen *no-show* (WOJCIK et al., 2017) door het belang van het nakomen van de afspraken te bespreken met de cliënt en hen hierin zo nodig te ondersteunen.

Een opvallend resultaat is dat, over alle behandel fasen heen, de meeste cliënten één tot twee afspraken misten, maar dat vanaf drie *no-show* afspraken het aantal *no-show* cliënten toenam naarmate men verder in de behandeling kwam. Afgezet tegen een gemiddelde behandel duur van zeven maanden (\pm 28 weken) werd tussen de 11 (3 gemiste afspraken) en 35 procent (10 gemiste afspraken) van de behandeling gemist. Onderzoek wijst uit dat meer *no-show* cliënten in vergelijking met *show* cliënten hun behandeling niet afmaakten (*drop-out*), zeker als de *no-show* plaatsvond in de begin fase van de behandeling (FEITSMA et al., 2012). Onderhavige studie lijkt dit te bevestigen, in het bijzonder voor de diagnostiek fase. Het percentage cliënten dat voortijdig met de behandeling stopte in de *no-show* groep, was veel groter dan het percentage *drop-outs* in de *show* groep. Dit verschil was eveneens significant in de behandel fase, maar veel minder groot. De groei in contact opbouw en het toegenomen vertrouwen in de behandelaar en behandeling lijken een aannemelijke verklaring voor de bevinding dat de meeste cliënten de behandeling volledig doorlopen ondanks het stijgend aantal gemiste afspraken. Aandacht voor *drop-outs* is desondanks belangrijk. McMURRAN en THEODOSI (2007) vonden in hun onderzoek dat hoog recidiverisico cliënten die stoppen met hun behandeling een hogere kans hebben op recidive in delictgedrag in vergelijking met onbehandelde plegers. Ze betogen dat therapeutische programma's waarschijnlijk bij deze groep onvoldoende aansluiten bij de dynamische risicofactoren die aan het delictgedrag gerelateerd zijn. Mogelijk dat hun anti-autoriteit en antisociale attitude versterkt worden door het afbreken van de behandeling (McMURRAN & THEIODOSI, 2007).

Wat betreft de voorspellers voor *no-show* bleek leeftijd in alle fasen van de behandeling een significante voorspeller: oudere cliënten hadden rond de vijf procent minder kans op *no-show*. Dit wordt bevestigd in eerder onderzoek (onder andere DANIELS & JUNG, 2009; FEITSMA et al., 2012; HADLEY et al., 2001). Gezien de bevinding, dat jongvolwassen cliënten in alle fasen van de behandeling in de risicogroep voor *no-show* vallen, is het goed als therapeuten extra aandacht aan deze cliënten besteden en bijvoorbeeld extra herinneringen via WhatsApp sturen naast de herinnerings-sms die automatisch 24 uur van tevoren wordt gestuurd. De overige significante voorspellers (huidige alcoholproblemen, drugsproblemen, dagbesteding, behandelkader, cluster B persoonlijkheidsstoornis) werden niet in alle behandel fasen teruggevonden of hadden een onverwacht effect op *no-show*. In de intake fase hadden, tegen de verwachting in, cliënten met huidige alcohol- of drugsproblemen een verlaagde kans op *no-show*. Over het algemeen wordt ervan uitgegaan dat cliënten in de forensische zorg minder probleeminzicht hebben en weinig open zijn over hun problemen. Mogelijk geldt dit niet voor alle problemen en bracht middelenproblematiek hen juist wel naar het intakegesprek. In de intake fase wordt bijna een kwart van de cliënten doorverwezen, voornamelijk wegens ernstige verslavingsproblematiek. Het lijkt dan ook belangrijk om de verwijzers (reclassering, huisartsen of een psycholoog of psychiater van een andere zorginstelling) voor te lichten over de juiste indicatiestelling zodat cliënten niet doorverwezen hoeven te worden en onnodig moeten wachten op goed passende zorg.

In de behandel fase werden de meeste, tevens verwachte, voorspellers gevonden: cliënten met drugsproblemen of een cluster B persoonlijkheidsstoornis hadden een fors verhoogde kans op *no-show*. Het is belangrijk om het drugsgebruik te monitoren en cliënten zo nodig door te verwijzen voor een (duo)behandeling bij de verslavingszorg. In het onderzoek van STOEL et al. (2018) werd een verband gevonden tussen antisociale persoonlijkheidspro-

blemen zoals regel overtredend gedrag wat een onderdeel is van de cluster B persoonlijkheidsstoornis. Deze cliënten hebben over het algemeen moeite met het opvolgen van regels. Het kan therapeuten helpen als zij zich meer bewust zijn welke cliënten risico lopen op *no-shows* (STOEL et al., 2018). Over het algemeen wordt gezegd dat in contact blijven met cliënten en ze herinneren aan hun afspraken belangrijk is in het voorkomen van *no-show* (PARIKH et al., 2010; STOEL et al., 2018). De Waag biedt sinds 2010 cliënten aan om gebruik te maken van een sms-service die de cliënt 24 uur van tevoren aan de afspraak herinnert. Onderzoek lijkt echter uit te wijzen dat een persoonlijke herinnering, door te bellen, effectiever is in het verlagen van het *no-show* percentage dan een automatische herinnering of helemaal geen herinnering (PARIKH et al., 2010).

Cliënten met een dagbesteding hadden een verlaagde kans op *no-show*. Wellicht dat het hebben van een dagstructuur beter past bij het nakomen van behandelaafspraken. In overeenstemming met HAMBIDGE (1990) en DANIELS en JUNG (2009) bleken cliënten in een verplicht behandelkader een verlaagde *no-show*kans te hebben. De motivatie hiervoor kan gelegen zijn in de eventuele negatieve consequenties van structurele *no-show* zoals het uitzitten van gevangenisstraf (DANIELS & JUNG, 2009; HAMBIDGE, 1990). Echter in combinatie met leeftijd hadden oudere cliënten in een vrijwillig kader een lagere kans op *no-show*.

4.1 Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Het onderzoek heeft enkele interessante bevindingen opgeleverd, maar kende ook een aantal beperkingen. Het onderzoek is gedaan onder een specifieke doelgroep; forensisch behandelde delinquenten waardoor de bevindingen niet generaliseerbaar zijn naar de reguliere GGZ. Een andere belangrijke beperking was de retrospectieve aard van het onderzoek, waardoor de beschikbare informatie wisselde van kwaliteit en kwantiteit. Zo kon het gebrek aan sociale steun als een van de voorspellers die in eerdere studies naar voren kwam (FEITSMA et al., 2012), niet worden meegenomen in de regressieanalyses. Het is mogelijk dat het toevoegen van deze variabele aan de set van voorspellers een wijziging teweeg had gebracht in de relevantie van voorspellers voor *no-show*. De resultaten bevestigen het belang van het onderscheiden van de behandelfasen in *no-show* onderzoek. In de intakefase is de beschikbare informatie over de cliënt vrij beperkt. Anticiperend hierop zou de behandelaar in vervolgonderzoek reeds in de intakefase een vragenlijst met relevante potentiële voorspellers, zoals leeftijd, geslacht, dagbesteding, indexdelict, behandelkader, gebrek aan sociale steun en middelengebruik, kunnen aanbieden zodat in alle behandelfasen dezelfde set van voorspellers kan worden onderzocht. Een volgende beperking was dat 1.204 (29,3 procent) cliënten werden geëxcludeerd, van wie 26 procent geen geldige verwijsbrief had, 35 procent gaf geen toestemming voor gebruik van hun gegevens voor onderzoek en 24 procent werd verwijderd vanwege registratiefouten. Het is lastig aan te geven of de uitkomsten van het onderzoek anders waren geweest door inclusie van deze cliënten, echter onderzoekers gaan er over het algemeen vanuit dat weigering tot deelname aan wetenschappelijk onderzoek bijna nooit random gebeurt. Hoe lager het responsepercentage, des te groter de kans op een substantiële bias (HÖFLER et al., 2005). In dit onderzoek is de groep die geen toestemming gaf voor het gebruik van hun gegevens niet vergeleken met de onderzoeksgroep. In vervolgonderzoek zal dit meegenomen moeten worden. Ook een beperking was dat informatie over *no-show* en *drop-out* niet werd gerelateerd aan terugdringen van terugval in delictgedrag (recidive). Een van de belangrijkste doelstellingen van elke forensische behandeling is het terugdringen van recidive. Uit onderzoek blijkt dat de recidivepercentages tussen de 10 en 23 procent hoger liggen bij *drop-outs* dan bij *completers* (OLVER, STOCKDALE & WORMITH, 2011). In het huidige onderzoek kon niet eenduidig worden vastgesteld dat stelselmatige *no-show* een voorbode is voor het voortijdig beëindigen van de behandeling. Vervolgonderzoek zal

moeten uitwijzen of *no-show* ook gerelateerd is aan recidive. Tevens lijkt het zinvol om meer zicht te krijgen op de kenmerken van cliënten met meer dan drie *no-show* afspraken in de intakefase, meer dan zes *no-show* afspraken in de diagnostiekfase en meer dan elf *no-show* afspraken in de behandel fase. Deze subgroepen kunnen – rekening houdend met de duur van elke fase – beschouwd worden als stelselmatige *no-show* cliënten die mogelijk specifieke kenmerken hebben waarop geanticipeerd kan worden. Ten slotte, dit onderzoek is gericht op de cliëntkenmerken, echter therapeut- en organisatiekenmerken hebben ook een belangrijke invloed op het wel of niet nakomen van afspraken door cliënten (HADLEY et al., 2001; OLIVER et al., 2011). In toekomstig onderzoek zullen deze kenmerken ook meegenomen moeten worden.

REFERENTIES

- DALTON, R., MAJOR, S., & SHARKEY, M. (1998). Nonattenders and attrition from a forensic psychology outpatient service. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42(2), 174-180.
- DANIELS, M.K., & JUNG, S. (2009). Missed initial appointments at an outpatient forensic psychiatric clinic. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(6), 964-973.
- FEITSMA, W.N., POPPING, R., & JANSEN, E.M.C. (2012). No-show at a forensic psychiatric outpatient clinic: Risk factors and reasons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(1), 96-112.
- GEZIN, WELZIJN EN GEZONDHEID. (s.d.). *Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)*. Verkregen op 18 juni 2018, via <http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>.
- HADLEY, D.C., REDDON, J.R., & REDDICK, R.D. (2001). Age, gender and treatment attendance among forensic psychiatric outpatients. *Journal of Offender Rehabilitation*, 32(4), 55-66.
- HÖFLER, M., PFISTER, H., LIEB, R., & WITTCHEN, H.U. (2005). The use of weights to account for non-response and drop-out. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(4), 291-299.
- HORN, J., VAN SCHOLING, A., & MULDER, J. (2006). Recidive bij plegers van partnergeweld. *Tijdschrift voor Criminologie*, 48(4), 331-344.
- HAMBRIDGE, J.A. (1990). Use of an outpatient forensic psychology service: The non-attenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34(2), 165-169.
- KAZDIN, A.E., HOLLAND, L., & CROWLEY, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 453-463.
- McMURRAN, M., & THEODOSI, E. (2007). Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment? *Psychology, Crime and Law*, 13(4), 333-343.
- MEDCALC. (2017). *Medcalc: easy-to-use statistical software*. Verkregen op 18 juni 2018, via <http://www.medcalc.org>.
- O'BRIEN, R.M. (2007). A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors. *Quality & Quantity*, 41(5), 673-690.
- OLIVER, M.E., STOCKDALE, K.C., & WORMITH, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 6-21.
- PAIGE, L., & MANSELL, W. (2013). To attend or not attend? A critical review of the factors impacting on initial appointment attendance from an approach-avoidance perspective. *Journal of Mental Health*, 22(1), 72-82.

- PARIKH, A., GUPTA, K., WILSON, A.C., FIELDS, K., COSGROVE, N.M., & KOSTIS, J. B. (2010). The effectiveness of outpatient appointment reminder systems in reducing no-show rates. *The American Journal of Medicine*, 123(6), 542-548.
- STOEL, T., HOUTEPEN, J.A.B.M., VAN DER LEM, BOGAERTS, S., & SIJTSEMA, J.J. (2018). Disorder-specific symptoms and psychosocial well-being in relation to no-show rates in forensic ADHD patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 17(1), 61-71.
- VERBUGT, J. (2014). *Betere zorg, veiliger samenleving, visiedocument forensische zorg*. GGZ Nederland, 1-42.
- VILLENEUVE, K., POTVIN, S., LESAGE, A., & NICOLE, L. (2010). Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 266-270.
- WOICK, K., VAN DER LEM, R, SIJTSEMA, J.J., & BOGAERTS, S. (2017). Treatment no-show in forensic outpatients with ADHD. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(1), 76-88.