

## Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20<sup>V3</sup>

*Vivienne de Vogel<sup>1</sup>, Michiel de Vries Robbé<sup>2</sup>, Yvonne H.A. Bouman<sup>2</sup>,  
Farid Chakhssi<sup>3</sup> en Corine de Ruiter<sup>3</sup>*

### SAMENVATTING

In dit artikel wordt de HCR-20<sup>V3</sup> voor het inschatten van het risico van gewelddadig gedrag geïntroduceerd. De HCR-20<sup>V3</sup> is de revisie van de HCR-20 en is ontwikkeld op basis van jarenlang en wereldwijd onderzoek en klinische expertise. De belangrijkste doelstelling van deze revisie is om de waarde en bruikbaarheid van het instrument voor de dagelijkse praktijk verder te vergroten. Een adequate inschatting van het risico van gewelddadig gedrag biedt concrete richtlijnen voor risicomanagement en behandeling, waarmee gewelddadige recidive kan worden voorkomen.

### INLEIDING

Het inschatten van het risico van herhaald gewelddadig gedrag is een belangrijke taak voor deskundigen die werken in de forensische en de algemene psychiatrie, de verslavingszorg, het gevangeniswezen en voor Pro Justitia rapporteurs. Het belang van risicotaxatie voor de maatschappij is groot; het ultieme doel van risicotaxatie is immers het voorkomen van gewelddadige recidive. Het belang van risicotaxatie voor de behandelpraktijk is eveneens groot; voor forensisch psychiatrische cliënten / patiënten zijn de resultaten van de risicotaxatie in sterke mate bepalend voor hun toekomst, vanwege de invloed ervan op de inhoud van behandelplannen, verlobbeslissingen, de fase-ring van behandeling en het beveiligingsniveau. De kennis over risicofactoren voor gewelddadig gedrag is de afgelopen 15 jaar enorm toegenomen en er zijn diverse instrumenten ontwikkeld om deze factoren gestructureerd in kaart te brengen.

*1Van der Hoeven Kliniek, Utrecht*

*2Prof. mr. W.P.J. Pompestichting, Nijmegen*

*3Universiteit Maastricht, Maastricht*

*Correspondentieadres: Dr. Vivienne de Vogel, Afdeling Onderzoek Van der Hoeven Kliniek,  
Postbus 174, 3500 AD Utrecht. Telefoon: 030-2758275 / 06-21272533, E-mail: vdevoegel@hoeven-  
kliniek.nl*

De *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997<sup>1</sup>; Nederlandse bewerking: Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000) is wereldwijd één van de meest gebruikte risicotaxatie-instrumenten voor het inschatten van het risico van toekomstig geweld. Uit de meer dan 100 studies naar de HCR-20 is gebleken dat het instrument een goede voorspellende waarde heeft voor geweld in diverse populaties en dat het in staat is om veranderingen in risico te meten (zie voor een uitgebreide samenvatting van onderzoek met de HCR-20: Douglas, Blanchard, Guy & Weir, 2010; Douglas & Reeves, 2010). De Nederlandse versie van de HCR-20 is geïmplementeerd in meerdere (forensisch) psychiatrische en verslavingszorg instellingen in Nederland en België. In 2005 is het uitvoeren van een gestructureerde risicotaxatie bij een verlofaanvraag van terbeschikkinggestelden als verplicht onderdeel opgenomen in het Verloftoetsingskader (Staatscourant, 2007), waarbij de keuze kan worden gemaakt tussen de HCR-20 of de *Historisch Klinisch Toekomst-30* (HKT-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2003). Onderzoek toont aan dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en voorspellende waarde voor geweld van de Nederlandse HCR-20 goed zijn (Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005; Philipse, Van Erven & Peters, 2002; De Vogel, 2005). Verder is uit Nederlands onderzoek gebleken dat risicotaxatie met de HCR-20 volgens het consensusmodel – codering door verschillende onafhankelijke codeurs die vervolgens op basis van discussie tot een consensus komen – leidt tot een significant betere voorspelling van het recidiverisico dan de inschatting van de individuele beoordelaars alleen (De Vogel & De Ruiter, 2006).

In 2001 werd in deze rubriek de HCR-20 geïntroduceerd (zie De Vogel & Hildebrand, 2001). Sinds die tijd heeft er wereldwijd veel onderzoek naar de HCR-20 plaatsgevonden. Daarnaast is er in de praktijk veel ervaring opgedaan met de HCR-20 waaruit een aantal duidelijke verbeterpunten naar voren zijn gekomen. Op basis hiervan en op grond van internationale pilot studies (waaronder één in Nederland) is de HCR-20 gereviseerd. April 2013 wordt de revisie van de HCR-20 – genaamd de HCR-20<sup>V3</sup> – officieel uitgebracht (Douglas, Hart, Webster & Belfrage, 2013). De belangrijkste doelstelling van deze herziene versie is om de waarde van het instrument voor de dagelijkse praktijk verder te vergroten, onder andere door een sterkere nadruk op dynamische, veranderbare risicofactoren en meer richtlijnen voor risicomangement. In dit artikel wordt de HCR-20<sup>V3</sup> nader toegelicht.

1 Overigens betreft dit formeel de HCR-20 Versie 2. De HCR-20 Versie 1 (Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995) is al na korte tijd gereviseerd en is nooit in het Nederlands beschikbaar geweest.

### *Doel van de HCR-20<sup>V3</sup>*

De HCR-20<sup>V3</sup> is bedoeld voor het taxeren van het risico van toekomstig gewelddadig gedrag bij personen vanaf 18 jaar voor wie daar een klinische of juridische noodzaak toe bestaat. Vaak gaat het om personen die in behandeling zijn of komen bij een (forensisch) psychiatrische instelling of de verslavingszorg, die verblijven in het gevangeniswezen, die Pro Justitia worden onderzocht of die begeleid worden door de reclassering. De HCR-20<sup>V3</sup> kan gebruikt worden om beslissingen te nemen over bijvoorbeeld het benodigde beveiligingsniveau, behandelindicatie, verlof of beëindiging van behandeling. Daarnaast kan de HCR-20<sup>V3</sup> van waarde zijn als richtlijn bij het bepalen van behandeldoelen en gebruikt worden als instrument om vooruitgang in behandeling te evalueren.

### *Achtergrond van de HCR-20<sup>V3</sup>*

De HCR-20<sup>V3</sup> werkt net als de HCR-20 volgens de methode van het gestructureerd professioneel oordeel. Deze methode werd halverwege de jaren negentig ontwikkeld door een groep onderzoekers uit Canada met als doel de afstand te overbruggen tussen de klinische praktijk van risico-inschatting en de statistische, empirische kennis op dit gebied. Bij het gestructureerd professioneel oordeel wordt de risicotaxatie uitgevoerd door een deskundige met behulp van een handleiding en een checklist bestaande uit een vaste set risicofactoren of beschermende factoren. Instrumenten die volgens deze methode werken bevatten veelal zowel statische als dynamische, door interventie veranderbare, factoren waarvan onderzoek heeft aangetoond dat ze met een verhoogd risico op geweld samenhangen. De essentie van deze methode is dat de deskundige een score geeft op de factoren van de checklist en vervolgens zijn/haar kennis en ervaring gebruikt om de factoren te integreren en te combineren om tot een conclusie over het risiconiveau te komen. De risicofactoren worden dus niet bij elkaar opgeteld – zoals bij de actuariële<sup>2</sup> methode het geval is – maar het eindoordeel over het risico van gewelddadig gedrag dient te worden gebaseerd op een specifieke en individuele combinatie van factoren.

### *Ontwikkeling van de HCR-20 naar de HCR-20<sup>V3</sup>*

De HCR-20 is gereviseerd op basis van: 1) nieuwe onderzoeksresultaten en inzichten op het gebied van (het inschatten van het risico van) geweld; 2) feedback op de HCR-20 van gebruikers wereldwijd; 3) verschillende internationale pilot studies met de HCR-20<sup>V3</sup> *pilot version* (o.a. in Canada, Zweden, Duitsland en Nederland).

De HCR-20<sup>V3</sup> lijkt in veel opzichten op de HCR-20: het instrument kent dezelfde indeling in de domeinen heden – verleden – toekomst en bevat eveneens 20

<sup>2</sup> Voor een gedetailleerde beschrijving van verschillende methoden van risicotaxatie, zoals het ongestructureerde klinische, het actuariële en het gestructureerd professioneel oordeel, verwijzen we naar Douglas en Reeves (2010) of naar Harte en Breukink (2010).

items, hoewel meerdere hiervan worden uitgesplitst in (facultatief te scoren) subitems. Er zijn enkele nieuwe items toegevoegd, terwijl andere items verdwenen zijn of een subitem zijn geworden. In Tabel 1 worden zowel de HCR-20 items als de (sub)items van de HCR-20<sup>V3</sup> weergegeven. De belangrijkste verbeteringen van de HCR-20<sup>V3</sup> ten opzichte van de HCR-20 zijn dat de wetenschappelijke onderbouwing van de items sterker is, dat de HCR-20<sup>V3</sup> meer structuur biedt voor het scoren en meer concrete richtlijnen biedt voor gebruik / toepassing in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld door aandacht te besteden aan risicoformulering, scenarioplanning en risicomangement (zie *Afname en scoring*). Daarnaast zijn de factoren meer dynamisch gedefinieerd en daardoor is de HCR-20<sup>V3</sup> breder inzetbaar dan louter voor inschatting van risico's (bijvoorbeeld ook voor behandel-evaluatie en slachtofferveiligheid). Verder is er in de HCR-20<sup>V3</sup> meer aandacht voor theorie. Zo wordt het *Risk-Need-Responsivity* model van Andrews en Bonta (2010) bijvoorbeeld als basis gehanteerd voor het bepalen van risicomangement strategieën. In dit model worden drie principes gehanteerd: het *Risicoprincipe* gaat er van uit dat hoog risico casussen meer en intensievere behandeling dienen te krijgen; het *Behoeftepincipe* houdt in dat behandeling gericht moet zijn op dynamische risicofactoren; en het *Responsiviteitsprincipe* schrijft voor dat behandeling op een dusdanige wijze wordt vormgegeven dat het zo goed mogelijk aansluit bij de leerstijl van de persoon. Meta-analytisch onderzoek heeft aangetoond dat hoe meer de behandeling is vormgegeven volgens deze principes, hoe groter de afname in recidive is, inclusief gewelddadige recidive (Andrews, 2011).

Opvallend is dat in de revisie het gebruik van de *Psychopathie Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991, 2003) niet langer verplicht is. Uit onderzoek is gebleken dat psychopathie een belangrijke risicofactor is voor geweld en om die reden werd de PCL-R destijds opgenomen als één van de risicofactoren in de HCR-20. In de HCR-20<sup>V3</sup> wordt psychopathie nog wel onderkend als belangrijke risicofactor en wordt geadviseerd om de PCL-R te gebruiken voor het scoren van het subitem *Antisociale of psychopathische persoonlijkheidsstoornis* van de risicofactor *Persoonlijkheidsstoornis*, maar afname van de PCL-R is niet verplicht voor de codering van dit subitem. De voornaamste reden die de auteurs hiervoor aandragen is dat het niet realistisch bleek om voor deze ene risicofactor een tijdsintensief instrument als de PCL-R verplicht te stellen. Uit een meta-analyse is bovendien gebleken dat de HCR-20 niet aan voorspellende waarde inboet wanneer het item *Psychopathie* zoals gemeten met de PCL-R uit de analyse wordt gelaten (Guy, Douglas & Hendry, 2010).

Tabel 1. Risicofactoren in de HCR-20 en HCR-20<sup>V3</sup>

	HCR-20 Historische items	HCR-20 <sup>V3</sup> Historische items (geschiedenis van problemen op gebied van...)
H1	Eerder geweld	Geweld a. Als kind (12 jaar en jonger) b. Als adolescent (13-17 jaar) c. Als volwassene (18 jaar en ouder)
H2	Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident	Overig antisociaal gedrag a. Als kind (12 jaar en jonger) b. Als adolescent (13-17 jaar) c. Als volwassene (18 jaar en ouder)
H3	Instabiliteit van relaties	Relaties a. Intieme relaties b. Niet-intieme relaties
H4	Problemen in het arbeidsverleden	Werk
H5	Problemen met middelengebruik	Middelengebruik
H6	Psychische stoornis	Ernstige psychische stoornis a. Psychotische stoornis b. Stemmingsstoornis c. Andere ernstige psychische stoornis
H7	Psychopathie	Persoonlijkheidsstoornis a. Antisociale of psychopathische persoonlijkheidsstoornis b. Andere persoonlijkheidsstoornis
H8	Problemen in de kindertijd	Traumatische ervaringen a. Victimisatie / trauma b. Problematische opvoedingsituatie
H9	Persoonlijkheidsstoornissen	Gewelddadige opvattingen
H10	Eerdere onttrekking aan toezicht	Respons op behandeling of toezicht - Verleden

	HCR-20 Klinische items	HCR-20 <sup>V3</sup> Klinische items (recente problemen op gebied van...)
C1	Gebrek aan zelfinzicht	Inzicht a. Stoornis b. Risico van gewelddadig gedrag c. Noodzaak van behandeling
C2	Negatieve opvattingen	Gewelddadige denkbeelden of intenties
C3	Actieve psychotische symptomen	Symptomen van ernstige psychische stoornis a. Psychotische stoornis b. Stemmingsstoornis c. Andere ernstige psychische stoornis
C4	Impulsiviteit	Instabiliteit a. Affectieve instabiliteit b. Gedragmatige instabiliteit c. Cognitieve instabiliteit
C5	Reageert niet op behandeling	Respons op behandeling of toezicht - Heden a. Behandeltrouw b. Responsiviteit

	HCR-20 Risicoherings items	HCR-20 <sup>V3</sup> Risicoherings items (toekomstige problemen op gebied van...)
R1	Geringe kans dat plannen zullen slagen	Professionele ondersteuning en plannen
R2	Blootstelling aan destabiliserende factoren	Leefomstandigheden
R3	Geringe beschikbaarheid van persoonlijke steun	Persoonlijke steun
R4	Werkt niet mee aan behandel mogelijkheden	Respons op behandeling of toezicht - Toekomst a. Behandeltrouw b. Responsiviteit
R5	Hoog niveau van ervaren stress	Stress / coping
	<b>HCR-20 Eindoordeel</b>	<b>HCR-20<sup>V3</sup> Eindoordelen</b>
	Geweld	Geweld Ernstig lichamelijk letsel Acuut dreigend geweld

Noot. Overgenomen uit Philipse et al. (2000) en De Vogel et al. (in voorbereiding). In de HCR-20 wordt de aanwezigheid van de items numeriek gescoord (0, 1, 2), in de HCR-20<sup>V3</sup> tekstueel (*Nee, Deels, Ja*). Daarnaast wordt in de HCR-20<sup>V3</sup> zowel de aanwezigheid van de items gescoord als de huidige relevantie van de items. De eindoordelen worden in beide versies weergegeven als *Laag, Matig of Hoog*.

### AFNAME EN SCORING

Het scoren van de risicofactoren in de HCR-20<sup>V3</sup> is slechts één van de stappen die bij een gedegen risicotaxatie volgens het gestructureerd professioneel oordeel horen. In de HCR-20<sup>V3</sup> worden zeven stappen onderscheiden:

1. *Casus informatie*. Het verzamelen en documenteren van informatie om de risicofactoren te kunnen scoren. Belangrijk hierbij is dat de informatie betrouwbaar is en afkomstig van meerdere bronnen.
2. *Aanwezigheid van de risicofactoren*. Het scoren van de items op een 3-puntschaal (Ja = aanwezig; Deels = gedeeltelijk of mogelijk aanwezig; Nee = niet aanwezig).
3. *Relevantie van de risicofactoren*. Het bepalen van de relevantie van de risicofactoren voor het huidige risico van geweld. Hiermee kunnen ook de historische factoren dynamisch worden ingeschat: zijn ze ooit aanwezig geweest (scoren van aanwezigheid = historisch) en zijn ze op dit moment relevant om mee te nemen in risicomangement plannen (relevantie = dynamisch). Een voorbeeld is iemand die in het verleden problemen heeft gehad met middelengebruik, maar inmiddels al geruime tijd niet meer gebruikt. Het blijft dan een risicofactor om rekening mee te houden, maar omdat het op dit moment niet relevant is, hoeft er in het huidige behandelplan geen prioriteit aan gegeven te worden.
4. *Risicoformulering*. Bij deze stap dienen de afzonderlijke risicofactoren te worden geïntegreerd in een betekenisvol kader dat geweldpleging verklaart. De centrale vraag daarbij is: wat zijn de meest waarschijnlijke oorzaken voor geweld specifiek voor deze persoon?
5. *Scenario's planning*. Bij stap 5 worden de te verwachten scenario's van toekomstig geweld voor de beoordeelde persoon opgesteld. Belangrijke punten die daarbij aan bod dienen te komen zijn: de aard, ernst, snelheid en frequentie van potentieel geweld; in welke situaties geweld voor zou kunnen komen; wat waarschuwingssignalen zijn; en op wie het geweld gericht zou kunnen zijn?
6. *Risicomangement*. Het bepalen van managementstrategieën op vier gebieden: 1) monitoren; 2) behandelen; 3) toezicht; en 4) slachtofferveiligheid.
7. *Eindoordelen*. Het bepalen van de eindoordeel gericht op een inschatting van de kans op: 1) geweld; 2) ernstig lichamelijk letsel; en 3) acuut geweld. De eindoordeel worden bepaald vanuit het model van het gestructureerd professioneel oordeel. Over het algemeen geldt dat hoe meer risicofactoren aanwezig en relevant zijn, hoe hoger het risico zal zijn en hoe intensiever risicomangement nodig zal zijn. Dit is echter niet altijd het geval: bijvoorbeeld wanneer één enkele risicofactor allesbepalend is (zoals wanneer iemand lijdt aan een waan met een gewelddadige inhoud) of wanneer externe beschermende factoren het risico in grote mate inperken (zoals wanneer iemand is opgenomen in een instelling).

## ONDERZOEK

Er zijn tot nu toe verschillende kleinschalige studies uitgevoerd met de (*pilot version* van de) HCR-20<sup>V3</sup> in Zweden, Canada, Duitsland, Noorwegen, Groot-Brittannië en in Nederland (zie voor een overzicht Douglas, 2012 en de HCR-20<sup>V3</sup> handleiding hoofdstuk 2). Hieruit is gebleken dat de betrouwbaarheid van de HCR-20<sup>V3</sup> goed is en dat er een sterk verband is tussen scores op de HCR-20 en op de HCR-20<sup>V3</sup>. De predictieve validiteit voor geweld lijkt vergelijkbaar met de predictieve validiteit van de HCR-20. Een eerste Nederlands onderzoek met de *pilot version* van de HCR-20<sup>V3</sup> bij 86 uitgestroomde tbs-patiënten uit de Van der Hoeven Kliniek lag in lijn met deze bevindingen: een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en vergelijkbare predictieve validiteit met de HCR-20 (De Vries Robbé & De Vogel, 2010).

Het is belangrijk hier te vermelden dat het voornaamste doel van de revisie is om de klinische bruikbaarheid te vergroten. Prospectief onderzoek in de klinische praktijk is dan ook essentieel om deze meerwaarde goed te kunnen onderzoeken. Inmiddels lopen er wereldwijd diverse onderzoeken, onder andere een grootschalig prospectief onderzoek in Groot-Brittannië naar onder meer de voorspellende waarde van de HCR-20<sup>V3</sup> bij patiënten die uitstromen uit *medium secure forensic settings*. In Nederland zal de komende jaren in een samenwerkingsverband tussen de auteurs onderzoek worden verricht naar de waarde van de HCR-20<sup>V3</sup> voor het inschatten van risico's in de forensisch psychiatrische praktijk en tevens de waarde ervan voor risicomangement. Collega's die interesse hebben om te participeren worden uitgenodigd contact op te nemen met de auteurs.

## CONCLUSIE

Het belang van het uitvoeren van gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag is groot: een adequate risicotaxatie biedt concrete richtlijnen voor risicomangement en behandeling en kan daarmee gewelddadige recidive voorkomen. Continue verbetering van de kwaliteit van risicotaxaties en een sterkere aansluiting op de behandeling / risicomangement zijn belangrijke doelen voor de toekomst. De HCR-20<sup>V3</sup> biedt duidelijke verbeteringen ten opzichte van de HCR-20 en vertegenwoordigt een volgende stap naar het voorkomen van (herhaald) gewelddadig gedrag. De eerste onderzoeksresultaten wijzen op een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en voorspellende waarde van de HCR-20<sup>V3</sup>, vergelijkbaar met de vorige versie en ondersteunen een verantwoorde overgang naar de HCR-20<sup>V3</sup> in de klinische praktijk. Hierbij is het uiteraard essentieel dat er de komende jaren meer wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt naar de psychometrische kwaliteiten van dit instru-



ment, maar vooral naar de klinische bruikbaarheid en de invloed van de resultaten met de HCR-20<sup>V3</sup> op behandeling en risicomanagement.

Tot slot willen wij aanbevelen dat het voor een zorgvuldige risicotaxatie van toekomstig geweld van belang is dat beoordelaars goed op de hoogte zijn van de instructies voor de afname en scoring van een risicotaxatie instrument, en bekend zijn met de empirische evidentie voor het gebruik van een risicotaxatie instrument in het vakgebied waarin men werkzaam is (zie De Vogel, De Vries Robbé, De Spa & Wever, 2013).

#### BESCHIKBAARHEID

De Nederlandse vertaling van de HCR-20<sup>V3</sup> (De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiters, verwachte publicatiedatum juni 2013) wordt uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen vier Nederlandse instellingen (de Van der Hoeven Kliniek, de Pompekliniek, de Rooyse Wissel en de Universiteit Maastricht). Het wordt sterk aanbevolen om een training te volgen alvorens de HCR-20<sup>V3</sup> in de praktijk te gebruiken. Meer informatie over de beschikbaarheid van de HCR-20<sup>V3</sup> en training in het gebruik ervan kan worden verkregen via de eerste auteur of via De Forensische Zorgspecialisten ([www.deforensische-zorgspecialisten.nl](http://www.deforensische-zorgspecialisten.nl)).

#### SUMMARY

##### *The revised HCR-20<sup>V3</sup> for violence risk assessment*

In this article, the HCR-20<sup>V3</sup> for violence risk assessment is introduced. The HCR-20<sup>V3</sup> is the revision of the HCR-20 and has been developed based on empirical research worldwide and clinical expertise. The major aim of this revision is to further improve the applicability in and usefulness for clinical practice. An adequate violence risk assessment provides concrete guidelines for risk management and treatment and consequently aids to prevent violent recidivism.

*Key words:* violence risk assessment, forensic psychiatry, risk management, recidivism, HCR-20, HCR-20<sup>V3</sup>

#### LITERATUUR

- Andrews, D.A. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment. In J.A. Dvoskin, J.L. Skeem, R.W. Novaco, & K.S. Douglas (Eds.), *Using social science to reduce violent offending* (pp. 127-156). New York: Oxford University Press.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct. 5th ed.* New Providence: Anderson Publishing.

- Douglas, K.S. (2012). *HCR-20 & Violence Risk Assessment*. Webinar sponsored by NASMHPD's Forensic Division with support from SAMHSA's National Technical Assistance Center for State Mental Health Agencies, June 28, 2012. Beschikbaar: [http://www.nasmhpd.org/meetings/webinars/HCR%2020\\_Webinar%20June%2028.pdf](http://www.nasmhpd.org/meetings/webinars/HCR%2020_Webinar%20June%2028.pdf).
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20<sup>V3</sup> Historical, Clinical, Risk Management (Version 3): Professional guidelines for evaluating risk of violence*. Vancouver, British Columbia, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K.S., Blanchard, A.J.E., Guy, L.S., & Weir, J. (2010). *HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography*. Beschikbaar: <http://kdouglas.files.wordpress.com/2007/10/hcr-20-annotated-biblio-sept-2010.pdf>.
- Douglas, K.S., & Reeves, K.A. (2010). Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) Violence risk assessment scheme: Rationale, application, and empirical overview. In R.K. Otto & K.S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment. International perspectives on forensic mental health* (pp. 147-185). New York: Routledge.
- Guy, L.S., Douglas, K.S., & Hendry, M.C. (2010). The role of psychopathic personality disorder in violence risk assessments using the HCR-20. *Journal of Personality Disorders*, 24, 551-580.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised. Second edition*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Harte, J., & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52, 52-72.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., & Nijman, H.L.I. (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*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).
- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen / Utrecht: Prof. mr. W.P.J. Pompestichting / Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Philipse, M., Erven, T. van, & Peters, J. (2002). Risicotaxatie in de tbs. Van geloof naar empirie. *Justitiële Verkenningen*, 28, 77-93.
- Staatscourant (2007). Circulaire Toetsingskader verlot ter beschikking gestelden. *Staatscourant nr. 123*, 29 juni 2007.
- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Amsterdam: Dutch University Press (beschikbaar: <http://dare.uva.nl/document/13725>).
- Vogel, V. de, & Hildebrand, M. (2001). Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag: De Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20). *Gedragstherapie*, 34, 93-102.
- Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (2006). Structured Professional Judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12, 321-336.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Bouman, Y.H.A, Chakhssi, F., & Ruiter, C. de (in voorbereiding). *HCR-20<sup>V3</sup> Historical, Clinical, Risk Management (Versie 3): Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van geweld*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Spa, E. de, & Wever, E. (2013). Risicotaxatie van geweld in de forensische psychiatrie. *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid*, 68, 137, online: [mgv.boomtijdschriften.nl/artikelen/gv-o-o-7.htm](http://mgv.boomtijdschriften.nl/artikelen/gv-o-o-7.htm).
- Vries Robbé, M. de, & Vogel, V. de (2010). *Pilot study HCR-20<sup>V3</sup>. Preliminary results*. Paper presented at the Risc Meeting at the Tenth Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Vancouver, Canada.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2*. Burnaby, British Columbia, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.

- Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme. The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30 Versie 2002. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

