

---

# HET GEBRUIK VAN RISICOTAXATIE INSTRUMENTEN ONDER SPV-EN

*Sophie de Valk, MSc, Corine de Ruiter, PhD, Jorge O. Folino, MD, PhD, Matthew M. Large, MBBS, Thierry H. Pham, PhD, Kim A. Reeves, MA, Carolina Condemarin, MSc, Louise Hjort Nielsen, MSc, Martin Rettenberger, PhD, Robyn Mei Yee Ho, MBBS, Verónica Godoy-Cervera, MSc, Kimberlie Dean, PhD, MBBS, Maria Francisca Rebocho, PhD, Karin Arbach-Lucioni, PhD, Martin Grann, PhD, MBA, Katharina Seewald, MSc, Michael Doyle, PhD, RMN, Sarah Desmarais, PhD, Richard van Dorn, PhD, Randy Otto, PhD & Jay P. Singh, PhD*

## **Introductie**

Gewelddadig gedrag door psychiatrische patiënten is een actuele maatschappelijke kwestie. Over een recidiverende tbs'er wordt meestal hard geoordeeld in de media. Zo ontsnapte een 34-jarige tbs'er begin januari 2013 tijdens een begeleid verlof, waarna hij met een mes een overval pleegde op een juwelier. Na een dergelijk incident laait de discussie vaak op hoe het toch kan dat deze persoon überhaupt op verlof mocht. Niet zelden wordt dit gevolgd door verscherpte maatregelen of extra beveiliging.

Om een inschatting te maken van het geweldsrisico van een gedetineerde of forensisch-psychiatrische patiënt wordt tegenwoordig vaak gebruik gemaakt van risicotaxatie instrumenten (Buchanan, 2013). Deze taxatie wordt gebruikt om beslissingen te onderbouwen die betrekking hebben op de vrijheid van een individu en op de publieke veiligheid.

Er wordt onderscheid gemaakt in twee soorten risicotaxatie instrumenten: actuariële en gestructureerde beoordelingsinstrumenten. Het doel van deze instrumenten is om een uitspraak te kunnen doen of toekomstig geweld te verwachten is (Singh, Desmarais, & Van Dorn, 2013). De actuariële instrumenten bevatten een lijst risicofactoren die gescoord moet worden aan de hand van historische informatie over de persoon (Hart & Cooke, 2013). Voorbeelden van historische risicofactoren zijn: jonge leeftijd bij het eerste geweldsdelict en het aantal eerdere veroordelingen.

De verschillende risicofactoren worden volgens een vast algoritme gewogen en gescoord en het resultaat is een totaalscore die automatisch een laag, matig of hoog risico op toekomstig geweld aangeeft (Rossegger, Gerth, Seewald, Urbaniok, Singh, & Endrass, 2013). De meest bekende en gebruikte actuariële instrumenten zijn de Violence Risk Appraisal Guide (VRAG; Quinsey, Harris, Rice, Cormier, Jeandarme, Poulos & Peters, 2012; zie Tabel 1), de Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG; Quinsey et al., 2012) en de Static-99 (Harris, Phenix, Thornton & Hanson, 2003).

Op deze vorm van risicotaxatie is echter veel kritiek, omdat het alleen statische, onveranderbare factoren bevat en geen informatie geeft over hoe toekomstig geweld voorkomen kan worden (Singh et al., 2013).

Tabel 1: VRAG: Voorbeeld van een actuaireel instrument

Items		Score		Substitutie					
1	Woonde bij beide biologische ouders tot aan de leeftijd van 16 (met uitzondering van de dood van een ouder)								
2	Probleemgedrag op school tot en met de leeftijd van 14								
3	Geschiedenis van problematisch alcoholgebruik								
4	Burgerlijke staat (tot en met het indexdelict)								
5	Delictgeschiedenis niet-gewelddadige misdrijven								
6	Schending strafrechtelijke voorwaarden tot en met indexdelict								
7	Leeftijd ten tijde van het indexdelict								
8	Letsel slachtoffer bij indexdelict								
9	Vrouwelijk slachtoffer bij indexdelict								
10	Persoonlijkheidsstoornis (volgens DSM-IV)								
11	Schizofrenie (volgens DSM-IV)								
12	Psychopathy Checklist-Revised score								
Ruwe totaalscore									
Aangepaste score									
Risicocategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Recidiverisico na 7 jaar	0	8	12	17	35	44	55	76	100
Recidiverisico na 10 jaar	8	10	24	31	48	58	64	82	100

*Uit: Quinsey, Harris, Rice, Cormier, Jeandarme, Pouls & Peters (2012).*

De laatste jaren worden gestructureerde beoordelingsinstrumenten voor risicotaxatie (structured professional judgments; SPJ's) steeds meer gebruikt, vooral binnen de forensische psychiatrie (Rossegger et al., 2013). Het risico wordt bij deze beoordelingen gezien als een dynamisch proces dat mede afhankelijk is van de context waarin iemand zich bevindt. Hierdoor zijn SPJ's handig bij het opstellen en opvolgen van risicohanteringsinterventies (Hart & Logan, 2011; Singh & Petrila, 2013). De meest bekende SPJ's zijn de Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20; Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995; Nederlandse versie: Philipse, de Ruiter, Hildebrand, & Bouman, 2000) en de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster, Martin Brink, Nicholls, & Desmarais, 2009; Nederlandse versie: 't Lam, Lancel, & Hildebrand, 2009; zie Tabel 2). Op dit moment wordt de SPJ benadering van risicotaxatie beschouwd als de meest optimale methode, omdat uit onderzoek blijkt dat deze risicotaxaties significant beter gewelddadige recidive voorspellen dan de andere methodes (de Vogel, de Ruiter, van Beek, & Mead, 2004).

In 2005 is het uitvoeren van een gestructureerde risicotaxatie bij een verlofaanvraag van terbeschikkinggestelden in Nederland verplicht gesteld (Staatscourant, 2007), Voor de risicotaxatie moet gebruikt worden gemaakt

van wetenschappelijk onderbouwde instrumenten, zoals de HCR-20 (Webster et al. 1995; Philipse et al., 2000), HKT-30 (Historisch, Klinisch en Toekomst; Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie, 2003) en SVR-20 (Sexual Violence Risk-20; Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997; Nederlandse versie: Hildebrand, de Ruiter, & van Beek, 2001). Ook wordt de PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised; Hare, 2003) gebruikt als onderdeel van de risicotaxatie-instrumenten. Van groot belang is multidisciplinaire consensus over de interpretatie en weging van de verschillende risicofactoren (de Vogel & de Ruiter, 2006; de Vogel, de Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & de Ruiter, 2013).

Tabel 2: START: Voorbeeld van een SPJ instrument

S Item	Sterkten			Start Items	Risiko's			K Item	Specifieke risicobeoordelingen					
	2	1	0		0	1	2			L	M	H		
O				1. Sociale vaardigheden				O	Hx			L	M	H
O				2. Relaties				O	O	Risiko's voor anderen				
O				3. Werk en opleiding				O	O	Zelfbeschadigen gedrag				
O				4. Vrijetijdsbesteding				O	O	Suicide				
O				5. Zelfverzorging				O	O	Ongeloofde afwezigheid				
O				6. Psychische stoornis				O	O	Middelen misbruik				
O				7. Emotionele toestand				O	O	Zelfverwaarlozing				
O				8. Middelengebruik				O	O	Victimisatie				
O				9. Impulscontrole				O	O	Casus specifieke risico's				
O				10.Externe invloeden				O	Risicomangement					
O				11.Sociale steun				O						
O				12.Materiële middelen				O						
O				13.Attitudes				O						
O				14.Medicatietrouw				O						
O				15.Overeenstemming over regels				O	Risiko signalen					
O				16.Gedrag				O						
O				17.Zelfinzicht				O						
O				18.Plannen				O						
O				19.Coping-vaardigheden				O	Huidige behandelplan					
O				20.Behandelbaarheid				O						
O				21.Casus specifiek item				O						
O				22.Casus specifiek item				O						

*Uit: Webster, Martin, Brink, Nicholls & Desmarais (2009)*

Ondanks dat er veel wetenschappelijk onderzoek is uitgevoerd naar de betrouwbaarheid en de voorspellende waarde van de verschillende risicotaxatie instrumenten, is weinig bekend over welke instrumenten er feitelijk gebruikt worden in de klinische praktijk. Daarnaast is onbekend of ze gebruikt worden voor risicotaxatie, risicohantering of risico-monitoring. Hoewel de risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld zijn binnen de forensische GGZ, zijn ze ook bruikbaar in de algemene GGZ, omdat zich ook daar geweldsincidenten (kunnen) voordoen. Daarnaast kunnen patiënten gedwongen opgenomen zijn met een Rechterlijke Machtiging of Inbewaringstelling in verband met potentieel gevaar voor anderen en/of voor henzelf. Om meer zicht te krijgen op het gebruik van risicotaxatie-instrumenten is in het najaar van 2012 een internationale websurvey uitgevoerd. In dit artikel zullen we de resultaten van deze internet enquête onder Nederlandse sociaal psychiatrisch verpleegkundigen rapporteren: hoe gebruiken zij risicotaxatie-instrumenten en met welk doel? Zijn zij tevreden met deze instrumenten? Ook wordt een vergelijking gemaakt tussen verpleegkundigen en psychologen in Nederland.

## **Method**

### *Deelnemers*

De internet enquête werd verstuurd naar de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die verenigd zijn binnen de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN SPV). Daarnaast werd de internet enquête verstuurd naar 1468 psychologen, die lid waren van de sectie Forensische Psychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen. De internet enquête werd ingevuld door 109 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en 120 psychologen (n = 229).

### *Internet enquête*

De vragen in de internet enquête betroffen de volgende onderwerpen: 1. Demografische gegevens, 2. Gebruik van risicotaxatie instrumenten gedurende het gehele leven, 3. Gebruik van risicotaxatie instrumenten gedurende de afgelopen 12 maanden (setting waarin instrument gebruikt wordt, frequentie, waargenomen nut voor inschatting risico, waargenomen nut voor de ontwikkeling van risicohanteringsplannen, waargenomen nut bij de evaluatie/monitoring van risico hanteringsplannen), 4. Visie op actuariële vs. SPJ instrumenten, 5. Idiografische vs. Nomothetische tegenstelling, 6. Voorspellende waarde, 7. Aangepaste Legal Defensiveness Scale, en 8. Aangepaste Evidence-based Practice Attitudes Scale.

### *Procedure*

De internet enquête is op vier achtereenvolgende vrijdagen in oktober 2012 verstuurd via e-mail naar de leden van V&VN SPV en de NIP sectie Forensische Psychologie. De eerste e-mail bevatte een introductie van het onderzoek. De andere drie e-mails werden verstuurd als herinnering.

## **Resultaten**

### *Demografische kenmerken*

Tabel 3 geeft de demografische gegevens van de deelnemers weer. De sociaal psychiatrisch verpleegkundigen besteden het grootste deel van hun werktijd aan activiteiten in de klinische praktijk (30,39% van de tijd), aan administratieve verplichtingen (30%) of andere activiteiten (32,15%; onder andere ambulante zorg, case management en crisishulp). De sociaal psychiatrisch verpleegkundigen werkten gemiddeld 46,77% van hun tijd in een niet-forensische psychiatrische polikliniek en 14,70% van hun tijd in een niet-forensisch psychia-trisch ziekenhuis. In mindere mate werkten de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in de volgende werksettings: privé praktijk (4,23%), algemeen ziekenhuis (4,09%), forensisch psychiatrische polikliniek (2,88%), forensisch psychiatrisch ziekenhuis (2,45%) en een penitentiaire instelling (0,65%).

De sociaal psychiatrisch verpleegkundigen werkten gemiddeld 24,23% van hun tijd in een andere werksetting dan wat als antwoordoptie opgenomen was in de internet enquête. Andere werksettings waren: residentiële behandelinstellingen (n = 8), thuisomgeving van patiënten (n = 6), ambulante kliniek (n = 4), politiebureau (n = 2), slachtoffer crisis centrum (n = 2), privé psychiatrisch ziekenhuis (n = 1) en administratief kantoor (n = 1). Van de psychologen werkte 12,91% (deels) in een andere setting dan de antwoordopties: rechtbank (n = 5), jeugd-penitentiaire instelling (n = 5), Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (n = 4), thuisomgeving van patiënten (n = 2), afkickkliniek (n = 2), universitair advies centrum (n = 2), pleeggezinnen (n = 1), ziekenhuis voor gehandicapten (n = 1) en ambulante kliniek (n = 1).

Tabel 3: Demografische kenmerken van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen

	Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (n = 109)	Psychologen (n = 120)
<b>Demografisch kenmerk</b>		
Leeftijd (M, SD)	49.21 (8.17)	42.13 (11.41)
Mannen (n, %)	52 (47.70)	36 (30.00)
Aantal jaren in het vak (M, SD)	24.92 (10.64)	14.28 (10.05)
<b>Professionele taken in afgelopen 12 maanden</b>		
Klinische praktijk (M% tijd, SD)	30.39 (30.64)	55.40 (22.81)
Administratieve verplichtingen (M% tijd, SD)	30.00 (12.91)	21.28 (12.78)
Les geven of supervisie (M% tijd, SD)	6.34 (7.98)	9.06 (10.28)
Wetenschappelijk onderzoek (M% tijd, SD)	1.12 (3.56)	5.82 (13.16)
Anders (M% tijd, SD)	32.15 (31.06)	8.77 (18.28)
<b>Werksetting in afgelopen 12 maanden</b>		
Algemeen ziekenhuis (M% tijd, SD)	4.09 (15.49)	0.16 (1.42)
Privépraktijk (M% tijd, SD)	4.23 (14.81)	16.63 (30.91)
Niet-forensisch psychiatrisch ziekenhuis (M% tijd,SD)	14.70 (29.97)	4.09 (17.14)
Niet-forensisch psychiatrische polikliniek (M% tijd,SD)	46.77 (43.27)	6.66 (21.60)
Forensisch psychiatrisch ziekenhuis (M% tijd, SD)	2.45 (13.01)	27.45 (41.22)
Forensisch psychiatrische polikliniek (M% tijd, SD)	2.88 (15.67)	21.21 (35.68)
Penitentiaire instelling (M% tijd, SD)	0.65 (3.08)	10.08 (23.13)
Reclasseringsinstelling (M% tijd, SD)	0.00 (0.00)	0.81 (3.94)
Anders (M% tijd, SD)	24.23 (36.45)	12.91 (28.36)

#### *Gebruik van risicotaxatie instrumenten door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen*

Tabel 4 geeft weer hoe vaak de verschillende risicotaxatie instrumenten gebruikt worden. Alleen de instrumenten die door minimaal 5% van de deelnemers werden gebruikt zijn weergegeven. Uit de tabel blijkt dat de HCR-20 (Webster et al., 1995), HKT-30 (Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie, 2003), PCL-R (Hare, 2003), Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF; De Vogel, De Ruiters, Bouman & De Vries Robbé, 2012) en de START ('t Lam et al., 2009) de meest gebruikte risicotaxatie instrumenten zijn in de praktijk, maar er is een duidelijk verschil tussen sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen.

De HCR-20 is door 68,33% van de psychologen wel eens gebruikt gedurende hun carrière en gemiddeld gebruiken deze de HCR-20 soms tot vaak (gemiddelde frequentie van gebruik gedurende hun leven; Flg = 3.71), terwijl slechts 7,34% van de verpleegkundigen de HCR-20 wel eens gebruikt heeft gedurende hun carrière en deze verpleegkundigen rapporteren de HCR-20 bijna nooit te gebruiken (Flg = 1.36). De HKT-30 is door 55% van de psychologen wel eens gebruikt gedurende hun carrière en gemiddeld gebruiken zij de HKT-30 soms (Flg = 3.24), terwijl slechts 4,59% van de verpleegkundigen de HKT-30 wel eens gebruikt heeft gedurende hun carrière en deze verpleegkundigen rapporteren de HKT-30 zelden tot soms te gebruiken (Flg = 2.60). De PCL-R is door 71,66% van de psychologen wel eens gebruikt gedurende hun carrière en gemiddeld gebruiken zij de PCL-R soms (Flg = 3.36), terwijl slechts 3,67% van de verpleegkundigen de PCL-R wel eens gebruikt heeft gedurende hun carrière en zij rapporteren de PCL-R zelden tot soms te gebruiken (Flg = 2.50). De SAPROF is door 39,17% van de psychologen wel eens gebruikt gedurende hun carrière en gemiddeld gebruiken deze psychologen de SAPROF soms tot vaak (Flg = 3.53), terwijl slechts 0,92% van de verpleegkundigen de SAPROF wel eens gebruikt heeft gedurende hun carrière en zij rapporteren de SAPROF vaak (bij n = 1) te gebruiken (Flg = 4.00). Tot slot blijkt dat de START gebruikt is door 21,67% van de psychologen gedurende hun carrière en gemiddeld gebruiken zij de START zelden tot soms (Flg = 2.77), terwijl slechts 6,24% van de verpleegkundigen de START wel eens gebruikt heeft gedurende hun carrière en deze verpleegkundigen rapporteren de START zelden tot soms te gebruiken (Flg = 2.71).

Tabel 4: Gebruik van risicotaxatie instrumenten door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen

Risico-taxatie instrument	NLg (%)		Flg (SD)*		N12g (%)		F12g (SD)*	
	SPV (n=109)	NIP (n=120)	SPV (n=109)	NIP (n=120)	SPV (n=109)	NIP (n=120)	SPV (n=109)	NIP (n=120)
FOTRES	2 (1.83)	7 (5.83)	1.00 (0.00)	1.29 (0.76)	1 (0.92)	0 (0.00)	1.00 (-)	- (-)
HCR-20	8 (7.34)	82 (68.33)	1.88 (1.36)	3.71 (1.68)	4 (3.67)	51 (42.50)	1.75 (0.96)	4.45 (1.49)
HKT-30	5 (4.59)	66 (55.00)	2.60 (1.52)	3.24 (1.78)	2 (1.83)	42 (35.00)	5.00 (0.00)	4.26 (1.77)
LSI-R	0 (0.00)	6 (5.00)	- (-)	4.00 (1.67)	0 (0.00)	5 (4.17)	- (-)	5.00 (1.41)
PCL-R	4 (3.67)	86 (71.66)	2.50 (1.00)	3.36 (1.59)	2 (1.83)	64 (53.33)	2.50 (0.71)	3.77 (1.62)
PCL:SV	3 (2.75)	20 (16.67)	1.67 (0.58)	2.55 (1.57)	1 (0.92)	6 (5.00)	1.00 (-)	2.17 (1.17)
SAPROF	1 (0.92)	47 (39.17)	4.00 (-)	3.53 (1.51)	0 (0.00)	31 (25.83)	- (-)	4.13 (1.69)
START	7 (6.42)	26 (21.67)	2.71 (0.95)	2.77 (1.61)	3 (2.75)	16 (13.33)	2.67 (0.58)	3.88 (1.93)
VRS	8 (7.34)	5 (4.17)	1.63 (0.92)	1.80 (1.09)	4 (3.67)	0 (0.00)	2.25 (1.50)	- (-)

Nri = Aantal deelnemers die instrument gebruiken bij risico inschattingen; Bri = Gemiddelde waargenomen bruikbaarheid bij risico inschattingen; Ncr = Aantal deelnemers die instrument gebruiken bij het creëren van risicohanteringsplannen; Bcr = Gemiddelde waargenomen bruikbaarheid bij het creëren van risicohanteringsplannen; Nmr = Aantal deelnemers die instrument gebruiken bij het monitoren van risicohanteringsplannen; Bmr = Gemiddelde waargenomen bruikbaarheid bij het monitoren van risicohanteringsplannen;

\* 1 = nutteloos, 2 = beetje nutteloos, 3 = neutraal, 4 = beetje bruikbaar, 5 = bruikbaar

#### *Doel van het gebruik en bruikbaarheid van de risicotaxatie instrumenten*

Nu bekend is welke risicotaxatie instrumenten het meest gebruikt worden in de praktijk, is het interessant om te kijken naar het doel waarvoor de instrumenten gebruikt worden door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen gebruikt 30,27% een risicotaxatie instrument bij het beoordelen van het risico. Bij de ontwikkeling van risicohanteringsplannen gebruikt 22,01% van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen een risicotaxatie instrument.

Bij het monitoren van de risicohanteringsplannen gebruikt 11,01% van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen een risicotaxatie instrument.

In Tabel 5 is te zien welke instrumenten voor de verschillende doeleinden gebruikt worden door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Opvallend is dat een grote groep sociaal psychiatrisch verpleegkundigen andere instrumenten zegt te gebruiken voor de drie verschillende doeleinden dan de instrumenten die zijn meegenomen in het onderzoek. In de huidige websurvey is helaas niet verder uitgevraagd welke instrumenten dat zijn. De HCR-20, START en VRS (Violence Risk Scale; Wong & Gordon, 2003) blijken daarna de meest populaire instrumenten.

*HCR-20*: de HCR-20 werd door 4 deelnemers gebruikt voor risicobeoordeling en deze kreeg daarvoor een gemiddelde bruikbaarheidscore van 3.25 (waarbij 1 = nutteloos, 2 = beetje nutteloos, 3 = neutraal, 4 = beetje bruikbaar, 5 = bruikbaar). Twee deelnemers gebruikten de HCR-20 bij de ontwikkeling van risicohanteringsplannen en daarvoor kreeg de HCR-20 een gemiddelde bruikbaarheidscore van 4.00. Tot slot gebruikten twee deelnemers de HCR-20 bij het monitoren van de risicohanteringsplannen en daarvoor kreeg de HCR-20 ook een gemiddelde bruikbaarheidscore van 4.00.

*START*: de START werd door drie sociaal psychiatrisch verpleegkundigen gebruikt voor risicobeoordeling en deze kreeg daarvoor een gemiddelde bruikbaarheidscore van 3.33. Twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen gebruikten de START bij de ontwikkeling van risicohanteringsplannen en kreeg daarbij een gemiddelde bruikbaarheidscore van 4.00. Tot slot gebruikten twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen de START bij het monitoren van de risicohanteringsplannen en daarvoor kreeg het ook een gemiddelde bruikbaarheidscore van 4.00.

*VRS*: de VRS werd door vier sociaal psychiatrisch verpleegkundigen gebruikt voor risicobeoordeling en deze kreeg daarvoor een gemiddelde bruikbaarheidscore van 2.50. Drie sociaal psychiatrisch verpleegkundigen gebruikten de VRS bij de ontwikkeling van risicohanteringsplannen en kreeg daarbij een gemiddelde bruikbaarheidscore van 3.67. Tot slot gebruikte slechts één sociaal psychiatrisch verpleegkundigen de VRS bij het monitoren van de risicohanteringsplannen en daarvoor kreeg het een gemiddelde bruikbaarheidscore van 5.00.

## **Discussie**

Zoals de resultaten laten zien, zijn de HCR-20, HKT-30, PCL-R, SAPROF en de START de meest gebruikte risicotaxatie instrumenten in de praktijk, maar er is een duidelijk verschil tussen sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen. Psychologen maken beduidend meer gebruik van risicotaxatie instrumenten dan sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Aangezien de psychologen die voor deze internet enquête zijn benaderd allemaal lid waren van de sectie Forensische psychologie, is dit niet verrassend. Immers, vooral binnen de forensische GGZ wordt op dit moment gewerkt met gestructureerde risicotaxatie instrumenten. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zijn werkzaam in een veelheid van settings, wat ook blijkt uit Tabel 1. Wanneer sociaal psychiatrisch verpleegkundigen een risicotaxatie instrument gebruiken, is dat vooral met het doel om het risico te beoordelen. Een kleinere groep gebruikt een risicotaxatie instrument bij de ontwikkeling van risicohanteringsplannen en een nog kleinere groep bij het monitoren van de risicohanteringsplannen.

Opvallend is dat een grote groep sociaal psychiatrisch verpleegkundigen andere instrumenten zegt te gebruiken dan de instrumenten die zijn meegenomen in het onderzoek. In de huidige internet enquête is helaas niet verder uitgevraagd welke instrumenten dat zijn.

De HCR-20 (een SPJ voor algemeen geweld bij volwassenen waarbij een vaste set risicofactoren wordt beoordeeld), START (dynamische taxatie van risico's op korte termijn op zeven domeinen: geweld, suïcide, automutilatie, zelfverwaarlozing, onttrekking aan toezicht, middelengebruik en victimisatie) en VRS (ontwikkeld om risicotaxatie, behoefte, responsiviteit en verandering in de behandeling te integreren aan de hand van zes statische en 20 dynamische factoren) blijken daarna de meest populaire instrumenten, waarvan de HCR-20 en de START de hoogste bruikbaarheidsscore kregen voor de verschillende doeleinden. Onder zowel sociaal psychiatrisch verpleegkundigen als psychologen worden de SPJ's het meest gebruikt en deze worden ook als het meest bruikbaar beoordeeld.

Tabel 5: Bruikbaarheid van risicotaxatie instrumenten beoordeeld door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

Beoordeling bruikbaarheid risicotaxatie instrumenten (n = 109)						
Risico-taxatie instrument	Nri (%)	Bri (SD)*	Ncr (%)	Bcr (SD)*	Nmr (%)	Bmr (SD)*
COVR	1 (0.92)	3.00 (-)	1 (0.92)	4.00 (-)	1 (0.92)	4.00 (-)
FOTRES	1 (0.92)	2.00 (-)	1 (0.92)	4.00 (-)	1 (0.92)	3.00 (-)
HCR-20	4 (3.67)	3.25 (0.96)	2 (1.83)	4.00 (1.41)	2 (1.83)	4.00 (1.41)
HKT-30	2 (1.83)	4.50 (0.71)	2 (1.83)	4.50 (0.71)	2 (1.83)	4.00 (1.41)
PCL-R	2 (1.83)	4.00 (0.00)	1 (0.92)	5.00 (-)	1 (0.92)	5.00 (-)
PCL:SV	1 (0.92)	4.00 (-)	0 (0)	- (-)	0 (0)	- (-)
RM2000	0 (0)	- (-)	1 (0.92)	2.00 (-)	0 (0)	- (-)
START	3 (2.75)	3.33 (0.58)	2 (1.83)	4.00 (1.41)	2 (1.83)	4.00 (1.41)
V-RISK-10	1 (0.92)	3.00 (-)	1 (0.92)	5.00 (-)	1 (0.92)	5.00 (-)
VRAG	0 (0)	- (-)	0 (0)	- (-)	1 (0.92)	3.00 (-)
VRS	4 (3.67)	2.50 (1.29)	3 (2.75)	3.67 (1.53)	1 (0.92)	5.00 (-)
Anders 1	22 (20.18)	4.45 (0.80)	18 (16.51)	4.28 (0.83)	8 (7.34)	4.63 (0.74)
Anders 2	2 (1.83)	4.50 (0.71)	1 (0.92)	5.00 (-)	1 (0.92)	5.00 (-)

Ons onderzoek laat zien dat gebruik van gestructureerde risicotaxatie instrumenten nog niet zo veel voorkomt onder sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Dit kan voor een belangrijk deel veroorzaakt zijn door het feit dat de verpleegkundigen in onze steekproef maar voor een beperkt percentage in forensische settings werkten. Binnen de algemene GGZ is gebruik van gestructureerde risicotaxatie instrumenten nog geen gemeengoed. Toch zouden deze instrumenten ook hier een belangrijke rol kunnen vervullen als methode om risico's van patiënten voor zichzelf en anderen in kaart te brengen. Vooral de START ('t Lam et al., 2009) lijkt hiervoor geschikt, omdat met dit instrument niet alleen het risico voor anderen, maar ook het risico op victimisatie, risico op zelfbeschadigend gedrag, suïcidegevaar, ongeoorloofde afwezigheid, middelenmisbruik en zelfverwaarlozing vastgesteld kan worden. Een nauwkeurige risicotaxatie leidt tot een doelgerichte behandelaanpak, zodat negatieve uitkomsten voor de psychiatrische patiënt zelf, en voor zijn omgeving, voorkomen kunnen worden.

## Referenties

- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver: British Columbia Institute against Family Violence.
- Buchanan, A. (2013). Violence risk assessment in clinical settings: Being sure about being sure. *Behavioral Sciences and the Law*, 31, 74-80.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised (2nd ed.)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Harris, A., Phenix, A., Thornton, D., & Hanson, R. K. (2003). *Static 99: Coding rules revised 2003*. Canada: Solicitor General.
- Hart, S. D., & Cooke, D. J. (2013). Another look at the (im-)precision of individual risk estimates made using actuarial risk assessment instruments. *Behavioral Sciences and the Law*, 31, 81-102.
- Hart, S. D., & Logan, C. (2011). Formulation of violence risk using evidence-based assessments: The structured professional judgment approach. In P. Sturmey, & M. McMurray (Eds.), *Forensic case formulation*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & van Beek, D.J. SVR-20. *Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag* [SVR-20: Structured guidelines for sexual violence risk assessment]. Utrecht: Forum Educatief.
- Lam, K. 't, Lancel, M., & Hildebrand, M. (2009). *Handleiding bij de Short-term Assessment of Risk and Treatability (START)*. Assen: GGZ Drenthe.
- Philipse, M, de Ruiter, C. Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag, Versie 2* [HCR-20: Guidelines for violence risk assessment]. Nijmegen/Utrecht: Prof.mr. W.P.J. Pompestichting/Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., Cormier, C.A., Jeandarme, I., Poulos, C., & Peters, M. (2012). *VRAG-SORAG. Richtlijnen om het risico op (seksueel) gewelddadige recidive te beoordelen*. Rekem, België: KeFor.
- Rossegger, A., Gerth, J., Seewald, K., Urbaniok, F., Singh, J. P., & Endrass, J. (2013). Current obstacles in replicating risk assessment findings: A systematic review of commonly used actuarial instruments. *Behavioral Sciences and the Law*, 31, 154-164.
- Singh, J. P., Desmarais, S. L., & Van Dorn, R. A. (2013). Measurement of predictive validity in violence risk assessment studies: A second-order systematic review. *Behavioral Sciences and the Law*, 31, 55-73.
- Singh, J. P., & Petrila, J. (2013). Measuring and interpreting the predictive validity of violence risk assessments: An overview of the special issue. *Behavioral Sciences and the Law*, 31, 1-7.
- Staatscourant (2007). Circulaire Toetsingskader verlot ter beschikking gestelden. *Staatscourant* nr. 123, 29 juni 2007.
- Viljoen, J. L., McLachlan, K., & Vincent, G. M. (2010). Assessing violence risk and psychopathy in juvenile and adult offenders: A survey of clinical practices. *Assessment*, 17, 377-395.
- Vogel, V., de, de Ruiter, C., van Beek, D. & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20- and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior*, 28, 235-251.
- Vogel, V., de, de Ruiter, C. (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 and Law*. 12, 321-336.
- Vogel, V. de, de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). *SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag*. 2e Editie. Utrecht: Forum Educatief.
- Vogel, V., de, de Vries Robbé, M., Bouman, Y.H.A., Chakhssi, F., & de Ruiter, C. (2013). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20 V3. *Gedragstherapie*, 46, 107-118.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Burnaby, BC: Mental Health, Law, and Policy Institute, and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. (2009). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Version 1.1)*. Port Coquitlam, BC: Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare.
- Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30 versie 2002: Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Wong, S. C. P., & Gordon, A. (1999-2003) *Violence Risk Scale*. Department of Psychology, University of Saskatchewan.