

in hun reactie op Van Weeghel en Dross (MGV 99-6). Die conclusie trekt ook Onderwater: GGZ -professionals moeten leren om de zorg voor kwetsbare mensen te delen.

Ook in de rubriek Bij zinnen gaat het over een oud thema. Hulp bij zelfdoding, zo vertelt *Frank van Ree*, wordt in de Nederlandse psychiatrie al decennialang verleend — maar pas vorig jaar aan een lichamelijk en geestelijk gezonde man. Was oud-senator mr E. Brongerema gewoonweg oud en der dagen zat? Of hield zijn doodswens verband met de maatschappelijke afkeer van knapenliefde?

Hiernaast, in de Brieven, gaat het over twee, ogenschijnlijk heel verschillende thema's: risicotaxatie en programma's. Maar in beide discussies draait het om de waarde en de beperkingen van een individuerende, klinische benadering. In Beproefd brengen *Harry Michon* en *Jaap van Weeghel* goed nieuws en slecht nieuws. Het goede is dat GGZ-klanten door middel van individuele begeleiding veel sneller aan betaald werk geholpen kunnen worden. Het slechte nieuws is dat ze zo'n baan zelden weten te behouden. Bevallen ze niet? Of valt het werk hun regen?

Zelfs voor een loopbaan als kunstenaar is ervaring in de psychiatrie vaak geen voordeel. Maar gestoorde kunst krijgt nieuwe kansen: *Doke Oosterholt* doet verslag van de eerste officiële veiling van schilderijen met (figuurlijk, natuurlijk) een psychiatrische achtergrond.

Jan Pols zag een speelfilm over een Amerikaans psychiatrisch ziekenhuis in de late jaren zestig. Dat een filmmaker zo'n locatie kiest is niet verwonderlijk maar

waarom laat 'ie het verhaal niet spelen in deze tijd? Zijn hedendaagse gestichten dramatisch oninteressant? Hun namen zijn dat zeker: *Leonie de Goei* heeft het dan ook niet op 'dat gefuseer'. Maar Buiten de orde geeft ze het toe: haar vak vaart er wel bij.

djb

Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 56, 3-7.

Brieven

Risicotaxatie (2)

Reactie op Joke M. Harre, 'Risicotaxatie in de rapportage Pro Justitia' (MGV 00-12)

Collega Harre stelt in het decembernummer van MGV de risicotaxatie van toekomstig delictgedrag in de rapportage Pro Justitia ter discussie. In de huidige Nederlandse forensisch diagnostische praktijk maken gedragsdeskundigen voorname gebruik van hun klinische ervaring bij het inschatten van het toekomstige delictgevaar. Harre stelt terecht dat wetenschappelijk onderzoek heeft laten zien dat dergelijke subjectieve klinische oordelen beïnvloed worden door allerlei cognitieve vertekeningen van de diagnostics, zoals het waarnemen van illusoire verbanden en het zoeken van bevestiging voor de eigen vooroordelen in de diagnostische gegevens. De wetenschappelijke literatuur heeft dan ook laten zien dat klinische voorspellingen over toekomstig gedrag het onderspit delven tegenover zogenaamde empirische of actuariële voorspellingen (Borum, 'Improving the clinical practice of violence risk assessment', *American Psychologist* 51, [1996]; Lidz e.a., 'The accuracy of predictions of violence to others', *Journal of the American Medical Association*, 269, [1993]).

Bij de actuariële methode wordt de voorspelling gedaan op basis van een meetinstrument waarin factoren zijn opgenomen waarvan in actuariële (empirische) studies is aangetoond dat zij in staat zijn het gedrag (in dit geval delictgedrag) te voorspellen. In een actuariel risicotaxatie-instrument worden de verschillende risicofactoren gewogen gescord en de totaalscore geeft als het ware automatisch aan hoe hoog het delictrisico is. Uit empirische bevindingen blijkt dat de computer vaak beter kan voorspellen dan de klinisch beoordelende diagnosticus, op basis van een combinatie van in empirisch onderzoek vastgestelde risicofactoren. Grove en Mehl formuleerden het als volgt: 'We know of no social science controversy for which the empirical studies are so numerous, varied, and consistent as this one.' En: 'Every day thousands of predictions are made by parole boards, psychiatric teams, and juries hearing criminal cases. To use the less efficient of two prediction procedures in dealing with such matters is not only unscientific and irrational, it is unethical' (Grove & Mehl, 'Comparative efficiency of informal and formal prediction procedures', *Psychology, Public Policy, and Law*, 2, [1996]).

Hoewel Harre in het begin van haar beoogde argumenten aandaagt ten gunste

van de empirische risicotaxatie, betoogt zij in het tweede deel van haar bijdrage dat de actuariele benadering (nog) niet geschikt zou zijn voor gebruik bij de rapportage Pro Justitia. Ik zal hieronder betogen dat gebruik van bepaalde empirisch onderbouwde risicotaxatie-instrumenten wel degelijk nuttig kan zijn bij de rapportage Pro Justitia in het individuele geval.

Gevaar of risico

Ten eerste wil ik wijzen op het onderscheid tussen de termen 'gevaar' en 'risico'. In Nederland wordt veelal de term 'delictgevaar' (of: 'delictgevaarlijk') door gedragsdeskundigen gehanteerd. Ik heb een sterke voorkeur voor de term 'risico', omdat zij mijns inziens beter aangeeft dat het om een waarschuwingelijkheid gaat.

Bovendien suggereert de term 'delictgevaarlijk' meer dan de term 'delictrisico' een aan de persoon gebonden kenmerk; de term 'risico' laat de mogelijkheid van een (bepaalde mate van) contextgebonden risico toe. Een delinquent kan immers in de ene situatie een veel hoger risico van geweldadig gedrag vertonen dan in de andere. Een risico kan hanteerbaar gemaakt worden, 'gevaar' suggereert een (onveranderbaar) persoonskenmerk en een zekere onafwendbaarheid. Een goede risicotaxatie levert juist onmiddellijk aanknopingspunten voor interventies en hantering van het risico.

Ten tweede ben ik van mening dat Harte de HCR-20 risicotaxatieschaal voor geweldadig gedrag (Philipse e.a., HCR-20, Utrecht/Nijmegen; Van der Hoeven Stichting/Rompstichting 2000) ten onrechte samen met de PCL-R (Hare e.a., *Nederlandse vertaling van de Psychopathie*

Checklist-Revised, Toronto: Multi-Health Systems, in druk) en de VRAAG (Quinsey e.a., *Violent offenders: Appraising and managing risk*, Washington DC: APA, 1998) schaar onder de actuariele risicotaxatie-instrumenten. Zoals gezegd geven zuiver actuariele instrumenten een eindscore op basis van een weging van de risicofactoren, bij de VRAAG zijn dat er bijvoorbeeld twaalf. De clinicus komt er dus als beoordeelaar niet aan te pas, codeert alleen op basis van het dossier de veelal historische risicofactoren; de computer doet de rest.

De HCR-20, en haar zusterinstrumenten, zoals de SVR-20 voor seksueel geweldadig gedrag en de SARA voor huiselijke geweld zijn instrumenten voor gestructureerde klinische beoordeling van geweldsrisico. Zo bevat de HCR-20 een twintigtal factoren waarvan (deels) in empirisch onderzoek is aangetoond dat zij belangrijke voorspellers zijn van geweld. Deze factoren moeten door een ervaren forensisch geschoolde clinicus gescoord worden aan de hand van een uitgebreide handleiding, waarna het eindoordeel over het toekomstig delictrisico gebaseerd dient te zijn op een klinische weging van die risicofactoren. Het gaat hierbij niet alleen om een oordeel gebaseerd op het totale aantal aanwezige risicofactoren, maar vooral ook om oordeel op basis van de specifieke combinatie van risicofactoren. Hierbij is het noodzakelijk dat de clinicus op de hoogte is van de wetenschappelijke forensische risicotaxatie-literatuur. Daaruit is bijvoorbeeld bekend dat de combinatie van een hoge score op de PCL-R voor psychopathie en een deviante seksuele voorkeur een zeer hoog risico vertegenwoordigt op toekomstig seksueel delictgedrag

bij zedendelinquenten (zie ook De Ruiter & Hildebrand, 'Risicotaxatie bij seksuele delinquenten: de rol van psychopathie', *Tijdschrift voor Criminologie*, 42, [2000]).

Harte betoogt dat het ontwikkelen van risicotaxatie-instrumenten voor het onderzoek Pro Justitia eigenlijk onmogelijk is omdat de verdachten immers na die taxatie voor langere of kortere tijd uit de maatschappij verwijderd worden en dus minder kans hebben om te recidiveren. Methodologisch-technisch heeft zij hierin gelijk, in praktische zin echter niet. Het zou immers heel nuttig zijn om de risicotaxatie ten tijde van de Pro Justitia rapportage gedurende de gehele periode dat de delinquent-patiënt in het justitiële kader (gevangenis, TBS, etc.) verblijft op gezette tijden te herhalen, en zo te bezien of er zich veranderingen voordoen in het delictrisico, en of deze verandering, of wellicht de oorspronkelijke taxatie ten tijde van de Pro Justitia rapportage, de recidive na vrijlating het beste kan voorspellen. Harte brengt ook als argument in dat recidive na vrijlating niet empirisch te relateren is aan eerdere risicotaxaties omdat 'we aanmenen dat alleen diegenen in de maatschappij terugkeren over wie men van mening is dat het gevaar geweken is'. Her recidivepercentage van 20% ernstige geweldadige recidive van ex-ter beschikking gestelden, waarover de gedragsdeskundige of de rechter geoordeeld heeft dat zij een acceptabel risico opleverden, laat echter zien dat die aanname van Harte allerminst klopt (Leuw, *Recidive na ontslag uit tbs*, Arnhem: Gouda Quint, 1995; en Leuw, *Recidive na tbs*, Ministerie van Justitie: WODC, 1999).

Ongestructureerd oordeel

Harte merkt terecht op dat meetinstrumenten die in het buitenland ontwikkeld zijn op hun merites in de Nederlandse situatie dienen te worden onderzocht. Betrouwbaarheid en validiteit dienen in iedere nieuwe populatie opnieuw te worden aangetoond. Voor wat betreft de PCL-R is dergelijk onderzoek inmiddels redelijk gevorderd. De Nederlandse PCL-R is betrouwbaar te coderen in een streekproef van zestig TBS-gestelden (Hildebrand e.a., 'Reliability of the Dutch version of Hare's Psychopathy Checklist-Revised', ingediend). De predictieve validiteit van de PCL-R wordt ondersteund door het verband dat zij vertoont met incidenten in de inrichting. Deze bevindingen moeten uiteraard bevestigd worden in andere settings in Nederland. Vervolgens betoogt

Harte dat informatie vertegen met behulp van meetinstrumenten niet per definitie objectief is, omdat ook meetinstrumenten om een interpretatie van de uitslag vragen en clinici kunnen verschillen in hun interpretaties. Dat is volkomen juist. Maar naar mijn overtuiging blijkt hiertoe eens te meer dat forensische gedragsdeskundigen gebruik dienen te maken van objectieve meetinstrumenten omdat dat hen dwingt hun klinische oordelen te staven met objectieve gegevens, die vertegen zijn met behulp van betrouwbare en valide meetinstrumenten. Met objectieve meetinstrumenten die training en intercollegiale toetsing vereisen, is de betrouwbaarheid en validiteit, en dus ook de kwaliteit van risicotaxaties, beter gewaarborgd dan in de huidige situatie, waarin vooral ongestructureerde klinische oordelen gehanteerd worden.

Nomothetisch

Harte vindt risicotaxatie-instrumenten als de PCL-R en de HCR-20 ook van minder belang voor de rapportage Pro Justitia omdat historische factoren als eerder geweld en gedragsproblemen in de jeugd er zo'n belangrijke rol in spelen. Zij vindt deze factoren niet van belang omdat het strafrecht vraagt om een individualiserende benadering waarin de samenhang tussen dergelijke historische factoren, de aanwezige stroomnis en het ten laste gelegde delict oorzakelijk wordt aangevoerd. Dit argument wordt in de Nederlandse forensische psychiatrie vaak gehoord (zie ook Mooij, *Psychiatrie, recht en de menselijke mind*, Amsterdam: Boom, 1998). Het strafrecht zou om een individualiserende benadering vragen en dat zou betekenen dat empirische gegevens die over groepen zijn verzameld niet van toepassing zijn. Bij de vraag naar de toerekeningsvatbaarheid en dus naar de strafbaarheid van de verdachte is een individualiserende benadering noodzakelijk. Bij de vraag naar de taxatie van toekomstig delict risico is naast een individualiserende benadering een vergelijking met groepsgegevens zinvol. In de psychodiagnostiek is het gebruikelijk om het individuele geval te vergelijken met normgegevens van verschillende groepen, om zo tot uitspraken over het individu te komen. Deze zogenaamde *nomothetische benadering* staat tegenover de *idiotografische*, op het individu toegesneden benadering, waarbij de testgegevens (bijvoorbeeld die van bepaalde projectieve tests) van het individu op zichzelf staan en niet met die van anderen worden vergeleken (Van Kampen, 'Idiographic complexity and the common personality

dimensions insensitivity, extraversion, neuroticism, and orderliness', *European Journal of Personality*, 14, [2000]). Goede diagnostiek houdt een combinatie van beide in. Dit betekent in het concrete geval van de forensische risicotaxatie dat de diagnosticus gebruik maakt van bevindingen over groepen delinquenten bij het inschatten van het delict risico in het individuele geval. Zo weten wij bijvoorbeeld uit de empirische literatuur dat recidivepercentage voor verschillende groepen delinquenten grote verschillen vertonen, de zogenaamde *base rates*. Bij pedoseksuele daders bijvoorbeeld zijn er grote verschillen in delict risico tussen incestdaders en pedoseksuele daders met slachtoffers buiten het gezin, en ook weer tussen daders met een voorkeur voor meisjes of jongens. Bij de inschatting van delict risico in een individueel geval dient rekening gehouden te worden met deze groepsverschillen. Zij vormen als het ware het uitgangspunt voor de taxatie. Hetzelfde geldt voor de historische risicofactoren, bijvoorbeeld in de HCR-20, die in een individueel geval de basis kunnen vormen voor de risicoschatting.

Tenslotte betoogt Harte dat in de actuariële benadering het delict risico beschouwd wordt als een unidimensionaal begrip, waarop alle individuen te rangschikken zijn, waarbij geen rekening wordt gehouden met het verband tussen de stroomnis, de context van het delict en het delict zelf. Zoals ik al zei, zijn de HCR-20 en aanverwante instrumenten niet zuiver actueel. Het zijn instrumenten voor gestructureerde risicotaxatie, die een gestandaardiseerde én geïndividualiseerde benadering mogelijk maken. Wanneer de

diagnosticus de HCR-20 heeft ingevuld, is een beeld ontstaan van de factoren die in dit individuele geval het delict risico veroorzaken, waarbij de context van het delictgedrag en de stroomnis in aanmerking worden genomen. De HCR-20 bevat twintig risicofactoren, maar er is op het scoreformulier expliciet ruimte gereserveerd voor aanvullende risicofactoren die in het individuele geval door de beoordelaar van belang worden geacht.

Harte besluit haar bijdrage met een pleidooi voor een grotere mate van explicitering, consistentie en coherentie in het diagnostisch proces, om daarmee de vertekeningen in de klinische oordeelsvorming, zoals aan het begin van haar bijdrage gescherfd, te ondervangen. Ik hoop met deze reactie duidelijk gemaakt te hebben dat gestructureerde risicotaxatie-instrumenten, zoals de HCR-20 en de SVR-20, daarvoor bij uitstek geschikt zijn.

Met Harte ben ik van mening dat het onmogelijk is om alle four-negatieve risico-inschattingen te voorkomen. Toch denk ik dat de risicotaxatie in het forensische veld verbeterd kan worden. Het gaat hierbij uiteraard in de eerste plaats om het voorkomen van four-negatieve taxaties, maar ook het omgekeerde (het onnodig lang intramuraal behandelen van delinquenten die geen noemenswaardig risico meer vormen) dient voorkomen te worden. Een op de vijf ex-ter beschikking gestelden recidiveert met een ernstig geweldadig of zedenmisdrif. Het is de uitdaging voor de komende tien jaar om dit percentage met behulp van gedegen empirisch onderzoek naar gestructureerde risicotaxatie verder terug te brengen, in het besef dat bij de besluitvorming over

type en duur van behandeling van de psychisch gestoorde delinquent de diagnosticus alleen als adviseur optreedt.

CORINE DE RUITER

Klinisch psycholoog, bijzonder hoogleraar Forensische psychologie, Universiteit van Amsterdam / Hoofd afdeling Onderzoek, Dr. Henri van der Hoeven Stichting, Utrecht

Antwoord

In mijn artikel zet ik uiteen waarom het onwikkelen van risicotaxatie-instrumenten waarvan vaststaat dat zij een goede voorspellende waarde hebben voor het onderzoek Pro Justitia, bijzonder moeilijk is. Het onderzoek dat De Ruiter voorstelt – actuariële risicotaxatie herhalen gedurende de gehele periode dat de delinquent-patiënt in een justitieel kader verblijft en deze resultaten vergelijken met die uit het Pro Justitia onderzoek – biedt geen oplossing voor dit probleem. Verder ben ik pessimistisch over de deelnamebereidheid van diegenen onder hen bij wie geen maatregel opgelegd is, aangezien zij geen belang hebben bij deelname en hieroe ook niet gedwongen kunnen worden.

Volgens De Ruiter neem ik aan dat ex-ter beschikkinggestelden geen gevaar meer vormen en zij zet daar het recidivpercentage van 20% tegenover. Ik zeg echter slechts dat we mogen aannemen dat een gedragedeskundige die oordeelt dat een rebesikkingstelling beëindigd kan worden, op dat moment blijbaard de mening toegedaan is dat het (grootse) gevaar geweken is.

De Ruiter pleit voor het gebruik van objectieve meetinstrumenten omdat het de gedragedeskundigen dwingt hun klini-

sche oordelen te staven met objectieve gegevens, verkrege met behulp van betrouwbare en valide instrumenten. Ik wil echter nogmaals benadrukken dat testresultaten waarschijnlijkheidsuitspraken zijn die altijd interpretatie behoeven. Objectieve meetinstrumenten bestaan niet, net zo min als meetinstrumenten die 100% valide en betrouwbaar zijn. Dat subjectieve elementen ook een rol spelen bij het scoren van actuariële instrumenten illustreert De Ruiter zelf in haar omschrijving van de HCR-20.

Alle relevante kennis

Het Nederlandse recht vraagt om een individualiserende benadering. De Ruiter merkt op dat dit een argument is dat in de forensische psychiatrie vaak gehoord wordt. Zij suggereert hiermee dat het de gedragsdeskundige vrij staat om te kiezen op welke manier hij of zij te werk gaat, wat onjuist is. De rechter wil voorgelicht worden over de betrokkene, met inbegrip van een eventuele aanwezigheid van een stroomnis en de doorwerking van die stroomnis in de ten laste gelegde feiten. Een individualiserende benadering is dus onvermijdelijk. Dit geldt niet alleen voor de vraag naar de mate van toerekeningsvatbaarheid, zoals De Ruiter erkent, maar geldt onverkort ook voor de vraag naar de kans op herhaling van het ten laste gelegde. De rechter wil voorlichting over deze kans op herhaling, evenzeer op grond van de stroomnis, voorzover het ten laste gelegde uit de stroomnis voortvloeit. De gedragsdeskundige maakt tijdens het Pro Justitia onderzoek gebruik van alle relevante wetenschappelijke kennis en — in tegenstelling tot wat De Ruiter zegt — dus ook

van kennis verkregen door middel van empirisch onderzoek naar groepen delinquenten. Maar met bevindingen over groepen delinquenten alleen, zoals base rates omrent recidivecijfers van verschillende typen delinquenten, kan geen zinsvolstaan worden. Net zo min als met een score op bijvoorbeeld de HCR-20.

De Ruiter stelt dat met risicoaxatie-instrumenten fouten rond de beëindiging van een terbeschikkingstelling teruggedrongen kunnen worden en ziet zelfs een bijna doorslaggevende rol weggelegd voor deze instrumenten. Allereerst heeft mijn artikel geen betrekking op deze beslissing. Daarnaast wil ik opmerken dat ook bij beëindiging van een terbeschikkingstelling de beslissing door de rechter genomen wordt en de gedragskundige slechts een adviserende taak heeft. De beëindiging van een terbeschikkingstelling is een complex rechtelijk gebeuren waarbij, naast de taxatie van recidive ook andere overwegingen een rol spelen, zoals proportionaliteit, oftewel de duur van de vrijheidsbenaming in verhouding tot de ernst van het oorspronkelijke delict.

JOKE M. HARTE

Programmas op drijfzand (2)

Reactie op de gelijknamige brief van G.J.J.A. Engelen in MGV 00-11

Wij zijn het met Engelen eens dat er serieuze vragen te stellen zijn bij de doelgroepenindeling op basis van diagnostische classificatie op AS I van de DSM-IV, zoals dat in de volwassenenzorg op dit

moment in veel regio's gebeurt. Dat punt verdient inderdaad veel meer discussie dan tot nu toe heeft plaatsgevonden. Een interessant gegeven daarbij is dat bijvoorbeeld in de jeugdzorg en de ouderenzorg heel andere doelgroepen voor zorgprogramma's naar voren lijken te komen. Meer gebaseerd op gemeenschappelijk problematiek en daarmee op een wat bredere omschrijving dan van alleen de psychiatrische stroomnis.

Maar dat het nog niet zo gemakkelijk is om goede doelgroepen voor zorgprogramma's te kiezen, moet niet als gevolg hebben dat we dan het denken in termen van doelgroepen maar helemaal schappen. Engelen zegt in wezen: schaf het denken in doelgroepen af en bekijk per individuele hulpvrager welke mix van GGZ-producten nodig is. De GGZ wordt zo dus één grote bak met allerlei producten, waaruit per cliënt, onafhankelijk van de AS I diagnose, door de hulpverlener een keuze wordt gemaakt. Daarmee zijn we terug bij af en daar is de cliënt noch de hulpverlening mee gediend. Mogelijke

voordelen van het werken met zorgprogramma's gebaseerd op doelgroepen verdwijnen op die manier in één klap uit het zicht. Die voordelen zijn: de betreffende doelgroep kan zelf meeprenen over wat ze verwacht van de hulpverlening; de wetenschappelijke kennis en de professionele *know how* met betrekking tot de problematiek van de betreffende doelgroep kan een richtinggevende rol spelen bij de keuze voor een bepaald hulpaanbod; programma's kunnen richting geven aan het denken over de organisatie van de hulpverlening; in de regio kunnen op basis van de programmamarkt wóóraf afspraken tussen

aanbieders gemaakt worden over het ren van een samenhangend hulpaanbod voor de betreffende doelgroep, en, last not least, het programma kan een goede onderhandelingskader vormen voor h overleg tussen de cliënt en de hulpverlener over het beste hulpaanbod.

Zorgprogramma's zijn geen panacea voor alle problemen van de GGZ. Maar is wel een ontwikkeling in de richting verbetering van de GGZ zoals we die r kennen. Bij die ontwikkeling kunnen lei vragen gesteld worden (en in ons a kel in MGV 00-9 doen wij dat ook). E wagen zijn wat ons betreft bedoeld or ontwikkelende verbetereren, niet om h stop te zetten.

HENK VERBURG & GERDIEN FRANK
Senior wetenschappelijk medewerker/
wetenschappelijk medewerker afdeling Z/
Tribos-instituut, Utrecht

Programmas op drijfzand

Reactie op de gelijknamige brief van G.J.J.A. Engelen in MGV 00-11

G.J.J.A. Engelen acht het programma denken in essentie onjuist en doet een oproep om deze nieuwe 'religie' een h toe te roepen. Volgens hem is het niet mogelijk in de geestelijke gezondheid: doelgroepen scherp van elkaar te onderscheiden. Maar hij kan toch niet ontkennen dat er in de geestelijke gezondheid zorg mensen komen die klagen over s bere gevoelens die maar niet verdwijnen dat er mensen komen die niet voortdurend somber zijn maar die lijden aan