

Gestructureerde risicotaxatiemethoden: Wat de jurist moet weten

"But I now worry that the field is placing too much emphasis on risk assessment with little effort to provide those basic treatment services that are needed." (James Austin, 2006)

Inleiding

De afgelopen jaren heeft het begrip risicotaxatie van (seksueel) gewelddadig gedrag een belangrijke plaats verworven in het Nederlandse strafrecht en de forensische sector. Ook in het politieke en maatschappelijke debat over de maatregel van terbeschikkingstelling (tbs) heeft risicotaxatie een prominente plaats. In het voorjaar van 2006 vond het parlementaire onderzoek plaats naar het tbs-stelsel, waarbij veel aandacht besteed werd aan een onderzoek naar (seksueel) gewelddadige recidive door terbeschikkinggestelden tijdens verlop (Hildebrand, Spreen, Schönberger, Augustinus & Hesper, 2006). Sinds juli 2005 zijn alle forensisch psychiatrische instellingen verplicht om voor alle terbeschikkinggestelden die buiten de muren van de instelling mogen komen minimaal éénmaal per jaar een gestructureerde risicotaxatie te verrichten met behulp van een van de voor Nederland gevalideerde risicotaxatieinstrumenten, zoals de *Historical, Clinical, Risk Management-20* (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; geautoriseerde Nederlandse versie: Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000), de *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997; geautoriseerde Nederlandse versie: Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001) of de *Historisch Klinisch Toekomst-30* (HKT-30; CIPF, 2000). De door justitie verplicht gestelde implementatie van deze instrumenten is sterk beïnvloed door de ernstige recidives van tbs-gestelden op verlop die in 2004 (de zaak van Michael S., die het meisje uit Eibergen ontvoerde en seksueel misbruikte) en 2005 (de zaak Wilhelm S., die ontvluchtte tijdens een begeleid verlop en een moord pleegde op een oudere man, A. Luchies) veel aandacht in de media en het politieke debat kregen. Onze postmoderne samenleving is een op veiligheid en de uitbanning van risico gefixeerde maatschappij (Boutellier, 2005), en de aanscherping van het verlopbeleid voor tbs-gestelden sluit hier naadloos op aan.

De risicotaxatieinstrumenten lijken binnen de huidige maatschappelijke context dus vooral te worden ingezet om risico's zo veel als mogelijk te vermijden. Stond het Nederlandse strafrechtstelsel algemeen bekend als humaan en op resocialisatie van delinquenten gericht, de afgelopen 20 jaar heeft ongemerkt een

trendbreuk plaatsgevonden. Zo is het aantal gevangenen per 100.000 inwoners sinds 1985 verviervoudigd, een ontwikkeling die vergeleken kan worden met die in de Verenigde Staten, maar niet met andere West-Europese landen (Boone & Moerings, 2007).¹ De risicotaxatie-instrumenten lijken voornamelijk te worden ingezet om tbs-gestelden langer vast te houden, getuige ook de sterke toename van het aantal longstay-plaatsingen van de afgelopen jaren (zie Raad voor de Strafrechtstoepassing, 2008). Risicotaxatie-methoden dienen echter een tweeledig doel: beveiliging van de maatschappij tegen hoog-risicodaders én het verlenen van verlop en invrijheidstelling aan laag-risicodaders. Ook de Nederlandse reclassering is de afgelopen jaren in de ban van de risicotaxatie geraakt. Haar takenpakket werd ingrijpend 'hervormd': de nazorg aan gedetineerden is uit haar takenpakket geschrapt en in plaats daarvan is haar taak in het gerechtelijk vooronderzoek sterk uitgebreid in de richting van advisering aan de magistratuur wat betreft het recidiverisico en de ontvankelijkheid van de verdachte voor gedragsinterventies. De reclassering heeft hiertoe, met financiële ondersteuning vanuit het ministerie, haar eigen risicotaxatieinstrumenten ontwikkeld: de Recidive Inschattingsschalen (RISc: Vinke, Vogelvang, Erftemeijer, Veltkamp & Bruggeman, 2004) en de Quick-Scan (QS: De Ruiter & De Jong, 2008). Aan al deze instrumenten kleefde een aura van wetenschappelijkheid en 'evidence-based'; de magistratuur die beslissingen moet nemen op basis van de uitslagen van risicotaxaties zou gemakkelijk in de verleiding kunnen komen de adviezen die met deze instrumenten onderbouwd worden, zonder enige kritische reflectie 'over te nemen'. In deze bijdrage zal ik ingaan op de gevaren van zo'n handelwijze en betogen dat de juristen niet ontkomen aan de noodzaak zich in enige mate te verdiepen in de kracht en de zwakte van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten. Eerst wordt een overzicht gegeven van de stand van de wetenschap op het terrein van risicotaxatie van gewelddadig gedrag. Daarna wordt het deskundige gebruik van deze instrumenten in de praktijk geïllustreerd aan de hand van een recente casus.

* Prof. dr. Corine de Ruiter, bijzonder hoogleraar Forensische Psychologie, Maastricht University. Correspondentie-adres: Department of Clinical Psychological Science, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: Corine.deRuiter@psychology.unimaas.nl.

¹ Boone en Moerings verwoorden het treffend in de slotzin van hun artikel: 'De conclusie moet dan zijn dat Nederland van een land dat bekend stond om zijn tolerantie ten opzichte van afwijkend gedrag, verworden is tot een land dat zijn problemen met minderheidsgroepen en probleemgroepen oplost door hen op te sluiten' (p. 28).

Tabel 1.

Items van de SVR-20 (Boer et al., 1997; Hildebrand et al., 2001).

Psychosociale aanpassing	Seksuele delicten	Toekomstplannen
1 Seksuele deviatie	12 Hoge dichtheid van seksuele delicten	19 Ontbreken realistische toekomstplannen
2 Slachtoffer van kindermishandeling	13 Meerdere typen seksuele delicten	20 Negatieve houding t.o.v. interventies
3 Psychopathie	14 Lichamelijk letsel bij slachtoffer(s) van seksuele delicten	
4 Ernstige psychiatrische stoornis	15 Gebruik van wapens of doodsbedreiging tijdens plegen seksuele delicten	
5 Problemen met middelengebruik	16 Reageert niet op behandeling	
6 Suïcidale/homicidale gedachten	17 Extreme minimalisering of ontkenning van seksuele delicten	
7 Relatieproblemen	18 Opvatting waaruit goedkeuring of vergoelijking van seksuele delicten blijkt	
8 Problemen m.b.t. arbeidsverleden		
9 Eerder gepleegde, niet-seksueel gewelddadige delicten		
10 Eerder gepleegde, niet-gewelddadige, niet-seksueel gewelddadige delicten		
11 Eerdere schending van voorwaarden		

Verschillende risicotaxatiemethoden

Op het gebied van wetenschappelijk onderzoek naar risicotaxatie van (seksueel) gewelddadig gedrag zijn, in navolging van vooral Noord-Amerikaans onderzoek, in Nederland de afgelopen jaren grote vorderingen gemaakt. Sinds het pleidooi voor het gebruik van gestandaardiseerde risicotaxatie in de oratie van De Ruiter (2000) zijn verschillende studies uitgevoerd en publicaties en dissertaties op dit gebied verschenen (Canton, 2004; Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005; Lodewijks, 2008; Nijman & Bulten, 2006; Philipse, 2005; De Vogel, 2005; voor een overzicht, zie De Ruiter & Hildebrand, 2007).

Globaal kan een onderscheid gemaakt worden tussen drie typen risicotaxatie-methoden: (1) de ongestructureerde klinische methode, (2) de zuiver empirische of actuariële methode en (3) de gestructureerde klinische methode, ook wel *Structured Professional Judgment* genoemd. De ongestructureerde methode, hoewel nog steeds regelmatig toegepast (met name in rapportages *Pro Justitia*) is wetenschappelijk gezien de zwakste van de drie methoden. De betrouwbaarheid van de klinische blik is laag: twee onafhankelijke beoordelaars komen meestal niet tot een gelijkkluidend oordeel. Ook de voorspellende waarde is laag (Monahan, 1981), in vergelijking met die van de twee andere methoden. In sommige recentere studies (bijvoorbeeld: Binder,

1999) werd wel een redelijke nauwkeurigheid voor het ongestructureerde oordeel gevonden, vooral wat betreft kortetermijnvoorspellingen.

De actuariële risicotaxatiemethode kan beschouwd worden als mechanistisch. De items in een actuariële instrument worden gewogen en gescoord volgens een vast algoritme, wat automatisch uitmondt in een risico-oordeel. De meeste actuariële instrumenten bevatten louter statische, historische risicofactoren, zoals leeftijd bij de eerste veroordeling of sekse. Dit betekent dat ze niet geschikt zijn in een behandelcontext, waar preventie van recidive door beïnvloeding van dynamische risicofactoren, centraal staat. De exclusieve focus op statische risicofactoren kan tot een pessimistische visie bij behandelaars leiden, omdat deze instrumenten een soort 'lifetime risico' opleveren (Hart, 2001).

De derde methode van het *Gestructureerde Professionele Oordeel* (GPO), kan gezien worden als een integratie van de eerste twee (Borum, 1996). De GPO-instrumenten, zoals de HCR-20 en de SVR-20 (zie Tabel 1), zijn beoordelingsinstrumenten die een verzameling risicofactoren bevatten waarvan in wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat ze samenhangen met een verhoogd risico van (een bepaalde vorm van) geweld. Voor verschillende typen geweld bestaan verschillende instrumenten, omdat de risicofactoren voor een deel

Tabel 2.

Overzicht van risicotaxatieinstrumenten volgens het Gestructureerde Professionele Oordeel (GPO).

Naam instrument	Type uitkomst	Validering in NL	Publicaties
HCR-20	<i>algemeen geweld</i>	<i>ja</i>	De Vogel & De Ruiter, 2004; De Vogel et al., 2004; De Vogel & De Ruiter, 2005, 2006; Philipse, Van Erven & Peters, 2002; Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005
SVR-20	<i>seksueel geweld</i>	<i>ja, beperkt</i>	De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead, 2004
HKT-30	<i>algemeen en seksueel geweld</i>	<i>ja, beperkt</i>	Canton, 2004; Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005
B-SAFER	<i>relationeel geweld</i>	<i>ja, beperkt</i>	De Ruiter, De Jong, Reus & Thijssen, 2008
CARE-NL	<i>kindermishandeling</i>	<i>ja, beperkt</i>	De Ruiter, De Jong & Van der Hoorn, 2006
SAVRY	<i>geweld bij adolescenten</i>	<i>ja</i>	Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter & Borum, 2008; Lodewijks, De Ruiter & Doreleijers, in press; Lodewijks, Doreleijers & De Ruiter, in press
EARL20-B	<i>antisociaal gedrag bij jongens < 12 jr.</i>	<i>lopend</i>	De Ruiter, Van Domburgh, Geluk & Candel, in voorbereiding
EARL21-G	<i>antisociaal gedrag bij meisjes < 12 jr.</i>	<i>lopend</i>	De Ruiter, Van Domburgh, Geluk & Candel, in voorbereiding

overlappen, maar ook ten dele anders zijn. In Tabel 2 is een lijst met risicotaxatieinstrumenten opgenomen. Ook staat vermeld of er in Nederland onderzoek met het instrument is verricht.

Uit Tabel 2 komt naar voren dat in het bijzonder de HCR-20 en de SAVRY (*Structured Assessment of Violence Risk in Youth*; Lodewijks et al., 2006) veelvuldig in Nederlands onderzoek onderzocht zijn. Het is opvallend dat met de Nederlandse vertalingen van deze twee van origine Canadese instrumenten dezelfde goede, en soms zelfs nog betere, resultaten worden behaald wat betreft de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de predictieve validiteit.² De resultaten van deze onderzoeken met de HCR-20 en de SAVRY zijn samengebracht in de dissertaties van respectievelijk De Vogel (2005) en Lodewijks (2008). Een zeer interessante, herhaalde bevinding is ook dat de GPO-methoden incrementele validiteit bezitten ten opzichte van het louter optellen van de 20 risicofactoren van het instrument (o.a. Dempster, 1998; Douglas et al., 2003; De Vogel & De Ruiter, 2006). De GPO-benadering van risicotaxatie wordt op dit moment dan ook beschouwd als de meest optimale methode. In vergelijking met het ongestructureerde klinische oordeel heeft het oordeel op basis van een GPO-instrument zoals de HCR-20 een significant hogere predictieve validiteit. In Tabel 3 is dit goed te zien: van een

groep terbeschikkinggestelden die was ontslagen uit een tbs-kliniek, recidiveerde in totaal 36%. Met behulp van de categorisering in laag, matig en hoog recidiverisico op basis van de HCR-20 blijkt zeer goed te voorspellen welke patiënten zullen recidiveren met een nieuw geweldsdelict: 0% van de patiënten met een eindoordeel laag risico recidiveerde, 15% met een eindoordeel matig en 62% van de patiënten met een eindoordeel hoog. De HCR-20 werd in dit onderzoek retrospectief en blind voor de uitkomst (wel/geen recidive) op basis van dossiermateriaal gecodeerd; de tbs-gestelden waren al eerder in vrijheid gesteld zonder gebruikmaking van gestructureerde risicotaxatiemethoden. Uit de tabel is ook te lezen dat van de hoogrisicogeveallen er 38% (100%-62%) niet recidiveren, dat wil zeggen dat er geen nieuwe (officiële) veroordeling voor een geweldsmisdrijf heeft plaatsgevonden gedurende de follow-upperiode van gemiddeld zes jaar. De HCR-20 levert dus ook valspositieven op (mensen die onterecht als hoog risico geïdentificeerd werden). Daar staat echter tegenover dat het aantal correct als hoog risico geïdentificeerde personen 62% is, terwijl deze personen op enig moment door de rechter en/of door advisering door de behandelende kliniek ontslagen zijn uit de tbs. Van de als laag risico beoordeelde personen is niemand gerecidiveerd: het percentage vals-negatieven is in deze studie dus 0% en het percentage correct negatieven 100%.

2 In het algemeen is het in de psychometrie gebruikelijk om de term predictieve validiteit te gebruiken om te verwijzen naar de nauwkeurigheid waarmee een meetinstrument een bepaald criterium (in dit geval: geweld) voorspelt. Voor het meten van die predictieve validiteit staan de onderzoeker diverse statistische parameters ter beschikking: de correlatiecoëfficiënt (bijv. Pearson, Spearman), sensitiviteit, specificiteit, AUC-waarde (bij een ROC-analyse), positive predictive power, etc. Al deze verschillende parameters meten de predictieve validiteit net weer op een iets andere manier. Voor een uitleg over een aantal van deze parameters, zie Brand (2005).

Tabel 3.
Relatie geweldsrecidive en HCR-20 eindoordeel.

HCR-20 eindoordeel	Aantal recidivisten	Percentage recidivisten	Totaal aantal patiënten
Laag	0	0	14
Matig	7	15%	47
Hoog	36	62%	58
	43	36%	119

Gebaseerd op: De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven (2004).

Recidive gemeten op basis van nieuwe veroordeling voor een geweldsmisdrijf in Centrale Justitiële Documentatie. Gemiddelde follow-upperiode = 6 jaar.

Hoe de gestructureerde risicotaxatie in zijn werk gaat

Het is van groot belang dat juristen die de eindbeslissing nemen over zaken als het verstrekken van verlof of het beëindigen, c.q. verlengen van een tbs, weten hoe zo'n gestructureerde risicotaxatie in zijn werk gaat. Als voorbeeld nemen we de SVR-20, maar de principes volgens welke deze instrumenten werken, zijn voor alle dezelfde. De SVR-20 bestaat uit 20 risicofactoren, die in drie subdomeinen zijn onderverdeeld: *Psychosociale aanpassing*, *Seksuele delicten en Toekomstplannen* (zie Tabel 1). De risicofactoren zijn deels statisch, zoals 'Slachtoffer van kindermishandeling' en deels dynamisch, zoals 'Negatieve houding ten opzichte van interventie'. Alle factoren moeten op een drie-puntsschaal gecodeerd worden: '0' betekent dat de risicofactor niet aanwezig is, '1' betekent dat de factor mogelijk of in enige mate aanwezig is, en '2' betekent dat de factor duidelijk aanwezig is. Alle risicofactoren staan uitgebreid beschreven in de SVR-20-handleiding en het is raadzaam om als beoordelaar bij iedere risicotaxatie die men verricht de handleiding door te nemen. Het gevaar is immers groot dat men op de langere termijn een 'eigen' interpretatie aan de risicofactoren gaat geven, en dan is men weer terug bij een ongestructureerd klinisch oordeel, met alle beperkingen van dien... Ook voor juristen is aanschaf van een of meer van dit type instrumenten beslist geen overbodige luxe, omdat men dan enig inzicht krijgt in de werkwijze.

Om de SVR-20 en aanverwante instrumenten te coderen is uitgebreide informatie over de onderzochte noodzakelijk. Hiertoe behoren een gesprek met de betrokkene, psychologisch/psychiatrisch onderzoek, gegevens over de criminele voorgeschiedenis, het politiedossier met o.a. slachtofferverklaring(en), gesprekken met dierbaren van de betrokkene, medische achtergrondgegevens en gedragsobservaties (bijvoorbeeld tijdens de detentie). De informatie dient in elk geval uit meerdere bronnen afkomstig te zijn, omdat het gevaar van vertekening groot is als men alleen de betrokkene interviewt (De Ruiter, 2004). Naast de 20 risicofactoren geven de GPO-instrumenten de mogelijkheid om casus-specifieke risicofactoren toe te voe-

gen. Dit kan nuttig zijn, omdat het uiteraard altijd mogelijk is dat in het individuele geval een of meer risicofactoren aanwezig zijn, die niet opgenomen zijn in het instrument, maar die toch relevant zouden kunnen zijn.

Vervolgens maakt de beoordelaar zogenaamde risicoscenario's. De term risico omvat namelijk niet louter de *kans* dat het delictgedrag in de toekomst weer zal plaatsvinden, maar er dient ook beoordeeld te worden wat de *aard* van dat gedrag zou kunnen zijn, hoe *ernstig* het kan zijn, wie *mogelijk slachtoffer* zou kunnen worden en hoe gemakkelijk de onderzochte toegang tot slachtoffers heeft, *hoe snel* het risico zich zal voordoen, en of er factoren zijn die het risico sterk verhogen of juist verlagen (zie Tabel 4). In het geval er meerdere typen seksueel geweld zijn voorgekomen in het verleden, bijvoorbeeld aanranding van volwassen vrouwen en pedoseksuele delicten, dan dient voor beide apart een scenario gemaakt te worden.

De SVR-20 (zie Tabel 4) vereist ook aan te geven hoe het risico in de toekomst gemonitord dient te worden en welke risicohanteringsstrategieën aangewezen zijn om het risico in de toekomst te verminderen. Ten slotte wordt een algemeen eindoordeel over het risico van toekomstig seksueel delictgedrag gegeven, op een drie-puntsschaal (Laag-Matig-Hoog). Dit eindoordeel over het recidiverisico wordt gevormd op basis van de analyse van de 20 risicofactoren, met speciale aandacht voor hun eventuele onderlinge interactie en op basis van de risicoscenario's. Veel mensen denken dat een indeling in Laag-Matig-Hoog een te grove indeling is, maar zoals hierboven al aangegeven, is uit een aantal studies gebleken dat dit categoriale oordeel een significant betere voorspeller is van geweld dan een numerieke optelling van de risicofactoren die met 0, 1 en 2 gescoord zijn (Douglas, Ogloff & Hart, 2003; De Vogel & De Ruiter, 2006; De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven, 2004). Bovendien blijkt uit onderzoek over risicocommunicatie dat een categoriale wijze van rapporteren over recidiverisico de voorkeur heeft van gedragsdeskundigen en rechters die de risicoinschattingen gebruiken voor het nemen van beslissingen (Heilbrun, Philipson, Berman & Warren, 1999; Hilton & Simmons, 2001).

Tabel 4.
Aspecten van risico.

Risicoaspect	Scenario #1	Scenario #2	Scenario #3
<p><i>Aard</i></p> <p>Wat voor type seksueel geweld zal deze patiënt plegen? Wat is een mogelijke motivatie voor seksueel geweld? Wie zijn potentiële slachtoffers?</p>			
<p><i>Ernst</i></p> <p>Hoe ernstig zal het slachtoffer verwond worden? Wat zullen de psychische gevolgen voor het slachtoffer zijn? Bestaat er een kans dat het seksueel geweld zal escaleren en het leven van het slachtoffer in gevaar komt?</p>			
<p><i>Wanneer</i></p> <p>Hoe snel zal het seksueel geweld zich voordoen? Zijn er waarschuwingssignalen die aangeven dat het risico van seksueel geweld toeneemt of acuut wordt?</p>			
<p><i>Frequentie/duur</i></p> <p>Hoe vaak zal het seksuele geweld voorkomen: eenmalig of vaker? Is het risico van seksueel geweld chronisch of acuut (d.w.z. beperkt qua duur)?</p>			
<p><i>Kans</i></p> <p>Hoe vaak komt dit soort seksueel geweld in het algemeen voor? Hoe vaak heeft deze patiënt deze vorm van seksueel geweld al gepleegd? Hoe groot is de kans dat de patiënt dat opnieuw zal doen?</p>			
<p><i>Risicoverhogende factoren</i></p> <p>Welke gebeurtenissen/omstandigheden kunnen het risico van seksueel geweld bij deze patiënt vergroten? Welke factoren kunnen ertoe leiden dat de patiënt tot seksueel geweld overgaat?</p>			
<p><i>Protectieve factoren</i></p> <p>Welke gebeurtenissen/omstandigheden kunnen het risico verkleinen? Welke factoren kunnen voorkomen dat patiënt tot seksueel geweld overgaat?</p>			
<p><i>Risicomonitoring</i></p> <p>Wat is de beste methode om deze patiënt te volgen en waarschuwingssignalen op te merken? Welke gebeurtenissen/omstandigheden geven er aanleiding toe dat de risicotaxatie opnieuw gedaan moet worden?</p>			
<p><i>Risicohantering</i></p> <p>Welke behandel- of resocialisatiestrategieën kunnen toegepast worden om het risico te verminderen? Welke vorm van begeleiding is voor de patiënt nodig om het risico hanteerbaar te houden?</p>			
<p>Eindconclusie Risicotaxatie</p> <p>Risico van toekomstig seksueel gewelddadig gedrag</p>	<p>Laag Matig Hoog</p>		

Een beetje statistiek

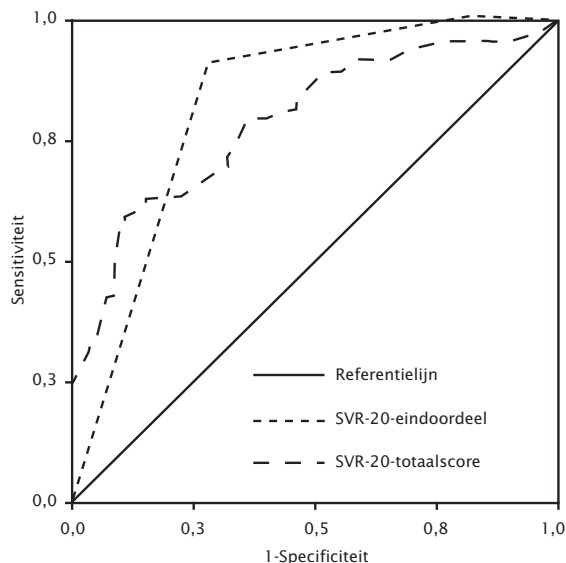
Uit het Nederlandse onderzoek met de SVR-20 (De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead, 2004) blijkt dat de predictieve validiteit van het eindoordeel op de SVR-20 .83 (AUC-waarde) is. Een AUC-waarde boven de .75 wordt in het algemeen gezien als goed.

Waarom is zo'n AUC-waarde voor een risicotaxatie-instrument van belang, en wat betekent die waarde? De nauwkeurigheid van risicotaxatieinstrumenten is nooit 100%. De mate waarin een instrument die 100% correcte voorspelling benadert is de AUC-waarde. Brand (2005) geeft een goede uitleg van de statistische analysetechniek (*Receiver Operating Characteristics (ROC)-analysis*), die gebruikt wordt om de AUC-waarde van een instrument te bepalen, waarnaar wij de geïnteresseerde lezer verwijzen.

Figuur 1 bevat de resultaten van de ROC-analyse uit het onderzoek van De Vogel et al. (2004). Op de X-as van de figuur staat het percentage valspositieven (de personen die onterecht als recidivist zijn aangemerkt door het instrument); op de Y-as staat het percentage correctpositieven (personen die door het instrument terecht gedetecteerd zijn als recidivist). In de figuur staan twee lijnen getekend. De doorgetrokken lijn geeft voor alle afzonderlijke waarden van de SVR-20-totaalscore (die van 0 tot 40 varieert) het percentage correcte detectie en het percentage valspositieven, gebaseerd op de daadwerkelijk gemeten recidive in dit onderzoek. Uit de figuur kunnen we lezen dat bij een waarde rond 20 op de SVR-20 (halverwege op de X-as), een sensitiviteit van rond .90 (90% van de recidivisten wordt gedetecteerd) hoort en een vals alarm percentage van .50 (50% van de niet-recidivisten wordt onterecht aangemerkt als recidivist). De diagonaal in de figuur is de lijn die ontstaat als men zonder instrument op basis van bijvoorbeeld het opgooien van een munt, bepaalt of iemand wel of niet zal recidiveren. Als men de munt maar vaak genoeg opgooit zal men, louter door toeval, in 50% van de gevallen een juiste voorspelling doen, als de a-priorikans ook 50% is. De lijnen voor de SVR-20-totaalscore en het eindoordeel liggen boven de diagonaal; het gebied tussen de diagonaal en deze lijnen wordt de *Area Under the Curve (AUC)* genoemd. Deze AUC-waarde is een standaardmaat voor predictieve validiteit, die relatief ongevoelig is voor de zogenaamde *base rate*, dat wil zeggen het absolute percentage recidivisten in een bepaalde steekproef, en daarom de voorkeur verdient boven andere maten. De AUC-waarde van het SVR-20-eindoordeel was .83, die van de SVR-20 totaalscore .80, dus ruim boven de grenswaarde van .75 (De Vogel et al., 2004).

Maar wat zegt zo'n AUC-waarde nu in het individuele geval waarin de rechter moet beoordelen of een risicotaxatie adequaat is verricht? Om eerlijk te zijn: niet zo heel erg veel. Een AUC-waarde boven .75 betekent dat *het instrument* in principe een goede voorspeller is van de uitkomstmaat (in dit geval: seksueel delictge-

Figuur 1.
ROC-curves voor SVR-20-eindoordeel en actuariële totaalscore (N=121).



Gebaseerd op: De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead (2004)

drag). De waarde van het instrument wordt echter niet alleen bepaald door de kwaliteit van het instrument zelf. Ook de *deskundigheid van de beoordelaar* die het instrument hanteert is een factor van eminent belang. De beoordelaar dient specifiek opgeleid te zijn in het gebruik van dit type instrumenten en dient zijn kennis en vaardigheid over risicotaxatie- en risicohantering continu op peil te houden. Dat betekent concreet: regelmatige controle van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ('zit ik nog op een lijn met mijn collega's?'), het bijhouden van de internationale ontwikkelingen op het gebied van onderzoek naar deze risicotaxatiemethoden, kennis hebben over *base rates* van recidive binnen verschillende dadergroepen, en *last but not least* kennis hebben en bijhouden over effectieve interventies om risicovermindering te bewerkstelligen. Ik zou daarom willen voorstellen: 'Juristen, laat u geen rad voor ogen draaien door een gedragskundige die zegt dat hij/zij de risicotaxatie heeft uitgevoerd met behulp van een van bovengenoemde instrumenten, en op grond daarvan tot bijvoorbeeld een oordeel hoog risico komt.' U dient dan te vragen naar het hoe, wat en waarom van dat oordeel; naar de specifieke risicofactoren die de beoordelaar aanwezig acht en vooral op grond waarvan hij/zij die mening is toegedaan; naar de specifieke risicoscenario's, etc. Niet alleen de magistratuur heeft daar recht op, maar ook de onderzochte en zijn advocaat moeten kunnen begrijpen waarom men het recidiverisico als hoog inschat.

Casus

Om zo concreet mogelijk te laten zien hoe een gestructureerd risicotaxatieinstrument in de praktijk

werkt, zal ik een casus presenteren. In de casus (een seksuele delinquent) komen de behandelende tbs-kliniek en een onafhankelijke deskundige tot een verschillend oordeel over het recidiverisico. De casus laat zien dat de transparantie van de risicotaxatie toeneemt met het gebruik van een gestructureerd instrument, maar dat ook een instrument misbruikt kan worden om de eigen standpunten te onderbouwen. De rechter dient dus (nog steeds) kritisch te zijn.

Eerst wordt beknopt de voorgeschiedenis van de tbs-gestelde geschetst. Jeroen³ vertelt dat hij zich zijn hele leven eenzaam heeft gevoeld. Al op de basisschool wordt hij erg veel gepest. Hij is een eenling op school, vindt moeilijk aansluiting bij de andere kinderen. Op de middelbare school (havo) wordt dit nog sterker. Zijn resultaten zijn mager, zeker gezien zijn intellectuele mogelijkheden (totaal IQ = 130). Hij kan zich niet concentreren tijdens de lessen, voelt zich niet op zijn gemak op een grote scholengemeenschap. Hij blijft zitten in de tweede en de derde klas havo, en wordt in de vierde voor het eerst gearresteerd wegens zedendelicten. Het betrof exhibitioneren en het seksueel betasten van vrouwen en meisjes.

Achteraf bezien legt Jeroen een verband met een ervaring van seksueel misbruik op zijn 14e tijdens een scoutingkamp. Een onbekende man op een motor betastte zijn penis, en omgekeerd deed Jeroen dat bij hem. Beiden kregen een orgasme en Jeroen vond het wel opwindend. Hij vertelt dat hij dit als een doorslaggevend voorbeeld heeft ervaren, 'ik dacht toen: dit is dus oké.'

Al van jongs af aan zoeken zijn ouders hulp voor Jeroen bij de GGz. Als hij zedendelicten gaat plegen wordt hij onder andere verwezen naar de Rutgers NISSO groep, en naar een forensisch psychiatrische kliniek. Hij ontvangt voornamelijk therapieën in groepen, waar hij zich op de vlakte houdt door zijn extreme sociale angst. Als hij ondanks herhaalde veroordelingen en diverse behandelingen bij herhaling vrouwen en kinderen onzedelijk blijft betasten, wordt Jeroen op 23-jarige leeftijd veroordeeld tot 10 maanden gevangenisstraf en tbs met dwangverpleging. Jeroen wordt opgenomen in een tbs-kliniek, en na een aantal jaren start men een resocialisatietraject met hem. Op een gegeven moment werkt hij buiten de kliniek en heeft voor het eerst een vriendin, waar hij erg blij mee is. Door een combinatie van grote werkdruk (Jeroen werkt meer dan 50 uur per week) en spanningen in de relatie, raakt Jeroen overspannen. Hij wil echter ten opzichte van zijn behandelaars bewijzen dat het goed met hem gaat buiten en zo gebeurt het dat hij op een dag terugvalt in een oud patroon en twee 16-jarige meisjes een oneerbaar voorstel doet. De meisjes jagen hem weg, en Jeroen maakt zich geschrokken op zijn fiets uit de voeten. De meisjes

doen aangifte bij de politie en Jeroens resocialisatie wordt gestopt.

Er volgt een overplaatsing naar een andere tbs-kliniek en Jeroen moet van voren af aan beginnen. In deze kliniek doet men opnieuw een psychodiagnostisch onderzoek en wordt de diagnose Autisme Spectrum Stoornis (ASS) bij hem gesteld. Jeroen zegt daarover: 'Toen viel de puzzel in elkaar'. Terugkijkend staan er in de Pro Justitia-rapportage al allerlei aanwijzingen (bijvoorbeeld vanuit het milieu-onderzoek) dat er bij hem sprake is van ASS. Hij herkent de symptomen ook bij zijn vader (die bijvoorbeeld specifieke hobby's had, zoals het maken van foto's van oude treinmodellen waarvoor hij uren alleen op pad was, en in zijn vrije tijd bezig was fotoplakboeken samen te stellen), en het zoontje van zijn zus en zwager heeft ook ASS. Zijn grootste handicap vindt Jeroen zijn sociale angst. Ook zijn obsessionaliteit (dingen niet los kunnen laten) en zijn sociale onhandigheid vindt hij lastig.

Gevraagd naar waarom hij seksuele delicten heeft gepleegd, antwoordt Jeroen als volgt. 'Ik zag niet wat ik verkeerd deed. Als een jongetje ging huilen, was het duidelijk voor me, dan stopte ik ook. Zo concreet moest het zijn. Jongetjes hadden ook een piemel, dat was bekend terrein voor me, ik had zelf die ervaring. Meisjes, daar had ik echt dromen bij, om mee te trouwen, kinderen mee te krijgen. Het is niet zo dat ik nog steeds dingen niet begrijp. Ik ben zelf op mijn 15e misbruikt, toen heb ik het verkeerde voorbeeld gekregen. Ik zie zelf hoeveel problemen dat mij gegeven heeft, dit wil ik iemand anders niet aandoen.'

Jeroen behaalt een totaalscore van 13 op de SVR-20 die schrijver dezes heeft uitgevoerd, en het gestructureerde professionele oordeel komt uit op **Laag** (zie Tabel 5). Hij scoort niet op de sterkste empirische risicofactoren voor seksueel delictgedrag, namelijk seksuele deviatie (item 1) en psychopathie (item 3) (Hildebrand, De Ruiters & De Vogel, 2004). Hij scoort eveneens laag op de risicofactoren die samenhangen met de seksuele delicten zelf: deze delicten hadden in het verleden weliswaar een *hoge frequentie*, maar een *lage ernst* (geen bedreiging, geen gebruik van geweld). Bovendien vluchtte Jeroen altijd onmiddellijk als het slachtoffer weerstand bood of hem achterna ging. Zijn seksuele delictgedrag wordt veroorzaakt door de sociale en emotionele beperkingen die samenhangen met zijn psychiatrische aandoening, de ASS. Zijn besef en inzicht in de aard van deze aandoening is de afgelopen periode sterk toegenomen, en er is meer acceptatie van zijn handicap.

De seksuele delicten van Jeroen zijn begonnen in de adolescentie. Een van de ontwikkelingsstaken in deze periode is het leren omgaan met seksuele interesses en behoeften. Door hun vaak obsessieve belangstel-

3 Jeroen heeft schriftelijke toestemming verleend voor het gebruik van het casusmateriaal in deze publicatie en hij heeft inzage gehad in de tekst. Zijn naam en een aantal persoonlijke gegevens zijn gewijzigd, de diagnose en de onderzoeksresultaten niet.

Tabel 5.
De SVR-20-codering van Jeroen door C. de Ruiter.

Psychosociale aanpassing	
1. Seksuele deviatie	0 geen parafiele seksuele voorkeur
2. Slachtoffer kindermishandeling	1 (veel gepest, ook thuis)
3. Psychopathie	0
4. Ernstige psychiatrische stoornis	2 (ASS)
5. Problemen met het gebruik van middelen	0
6. Suïcidale/homicidale gedachten	0
7. Relatieproblemen	2
8. Problemen met betrekking tot het arbeidsverleden	2 (Wajong-uitkering, overwerktheid)
9. Eerder gepleegde, niet-seksueel geweldadige delicten	0
10. Eerder gepleegde, niet-geweldadige, niet-seksuele delicten	0
11. Eerdere schending van voorwaarden	2 (herhaald nieuw delict tijdens proeftijd)
Seksuele delicten	
12. Hoge dichtheid van seksuele delicten	1 (voorafgaand aan tbs-delicten wel; tijdens resocialisatiefase niet)
13. Meerdere typen seksuele delicten	2 (aanranding, exhibitionisme, pedoseksuele delicten)
14. Lichamelijk letsel bij slachtoffer(s) van seksuele delicten	0
15. Gebruik van wapens of bedreigingen met de dood tijdens plegen van seksuele delicten	0 (zeker niet; vlucht als slachtoffer weerstand biedt)
16. Escalatie in frequentie of ernst van seksuele delicten	1 (voorafgaand aan tbs-delicten wel; laatste incident tijdens resocialisatie was juist minder ernstig)
17. Extreme minimalisering/ontkenning van seksuele delicten	0
18. Opvattingen waaruit goedkeuring of vergoelijking van seksuele delicten blijkt	0
Plannen voor de toekomst	
19. Ontbreken van realistische toekomstplannen	0 (horlogemaker lijkt realistische beroepskeuze, evenals beschermd wonen + langdurig toezicht)
20. Negatieve houding ten opzichte van interventies	0 (wil graag permanente begeleiding door een mentor met ervaring met ASS; vindt dat hij in intramurale behandeling niet veel meer kan leren)
Eindoordeel risico:	<input checked="" type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog

ling, hun beperkte vermogen sociale gebaren en taal te decoderen, en weinig voeling met sociale conventies, bestaat het gevaar van agressie, excessieve masturbatie en grensoverschrijdend seksueel gedrag bij personen met ASS (Ray, Marks & Bray-Garretson, 2004). Seksueel grensoverschrijdend gedrag kan dus het gevolg zijn van ASS. Vanuit hun autistische standpunt is seksueel gedrag vergelijkbaar met alle andere vormen van gedrag: het voelt goed en wat anderen ervan vinden is secundair. De ASS-patiënt heeft geen oog voor de context van seksueel gedrag hetgeen kan leiden tot seksuele grensoverschrijdingen. Meestal begint het met *hands off* seksueel delictgedrag (exhibitionisme, voyeurisme), maar dit kan overgaan in *hands on* delicten (zoals aanranding, pedoseksuele delicten). Hoewel de

ASS-patiënt seksueel aangetrokken wordt door leeftijdgenoten van het andere geslacht, kan hij toch zijn toevlucht nemen tot jongere kinderen, omdat hij binnen de eigen leeftijdsgroep wordt afgewezen, c.q. geen contact kan maken. Er is dan weliswaar sprake van pedoseksueel *delictgedrag*, maar niet van een pedoseksuele (= parafiele) *voorkeur*.

De behandelende tbs-kliniek heeft ook de SVR-20 gebruikt om een risicotaxatie te verrichten bij Jeroen, maar komt uit op het eindoordeel **Hoog**. De kliniek is van mening dat Jeroen lijdt aan pedofilie (item 1; score 2), geeft hem een 1 op psychopathie (item 3) en scoort hoger op de items 17 tot en met 20. Het zal de lezer duidelijk zijn dat schrijver dezes grote vraagtekens zet bij deze codering. Het plegen van pedoseksu-

ele *delicten*, betekent niet noodzakelijkerwijs dat sprake is van een pedoseksuele *voorkeur* bij Jeroen. Integendeel, er zijn vele aanwijzingen dat Jeroen een voorkeur heeft voor seks met vrouwen van zijn eigen leeftijd. De score van 1 op het item Psychopathie is niet te onderbouwen, omdat Jeroen laag scoort op drie van de vier dimensies van psychopathie: Antisociaal, Gedrag en Interpersoonlijk (Hare, 2003; Hildebrand & De Ruiters, 2005). De seksuele delicten die Jeroen heeft gepleegd komen voort uit een gebrek aan inzicht in zijn ASS en in de rol van zijn eigen seksueelmisbruik-ervaring. Hij ziet nu in dat hij een ernstige psychiatrische aandoening heeft, waardoor hij blijvend beperkingen zal ondervinden. Hij wil het liefst in een beschermde woonvorm geplaatst worden, waarbij begeleiding door medewerkers die verstand hebben van zijn stoornis voorhanden is.

Ondanks het feit dat Jeroen inmiddels meer dan 12 jaar in tbs-klinieken verblijft, heeft hij nog steeds geen op zijn diagnose toegesneden behandeling aangeboden gekregen. Door het ontbreken van adequate behandeling bestaat het gevaar dat patiënten met ASS onnodig lang in hoog beveiligde inrichtingen worden gehouden, zo signaleerden Milton, Duggan, Latham, Egan en Tantam reeds in 2002. Het citaat van Austin (2006) waarmee dit artikel opende, wijst in dezelfde richting.

De tbs-kliniek heeft een longstay-plaatsing voor Jeroen aangevraagd, en die is inmiddels toegewezen.

Besluit

Is het feit dat de auteur en de tbs-kliniek tot zo'n verschillende risicobeoordeling betreffende Jeroen komen (beide gebruikmakend van nota bene hetzelfde instrument) eigenlijk geen slechte reclame voor gestructureerde risicotaxatieinstrumenten? Mijn antwoord hierop is ontkenkend. De instrumenten zijn een verbetering ten opzichte van het ongestructureerde klinische oordeel, omdat klinieken nu moeten onderbouwen en transparant maken waarom zij tot een bepaald risico-oordeel komen. Een conclusie als: 'deze tbs-gestelde heeft een borderline persoonlijkheidsstoornis en is daarom recidive-gevaarlijk', zoals vroeger gebruikelijk was, is onaanvaardbaar en onhoudbaar geworden. De risicotaxatieinstrumenten dwingen de beoordelaar om te expliciteren wat voor kenmerken van de stoornis het risico verhogen en hoe dat plaatsvindt, en wat men aan verbetering, c.q. reductie van die kenmerken wil gaan doen.

De casus Jeroen is wel slechte reclame voor de tbs. De magistratuur dient daarom ook bij gebruik van gestructureerde instrumenten kritisch te zijn; zij mogen geen dekmantel worden voor ondeskundige behandelaars (zie het geval Jeroen, die 10 jaar op de correcte diagnose moest wachten en al 12 jaar geen adequate behandeling ontvangt).

Literatuur

- Austin, J. (2006). How much risk can we take? The misuse of risk assessment in corrections. *Federal Probation: A Journal of Correctional Philosophy and Practice*, 70, 58-63. Vindplaats: <www.uscourts.gov/fed-prob/September_2006/risk.html>.
- Binder, R.L. (1999). Are the mentally ill dangerous? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 189-201.
- 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, Canada: Institute against Family Violence.
- Boone, M. & Moerings, M. (2007). De cellenexplosie: Voorlopig gehechten, veroordeelden, vreemdelingen, jeugdigen en tbs. *Justitiële Verkenningen*, 33, 9-30.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines and training. *American Psychologist*, 51, 945-956.
- Boutellier, H. (2005). *De veiligheidsutopie: Hedendaags onbehagen en verlangen rond misdaad en straf*. Amsterdam: Boom Juridische uitgeverij.
- Brand, E.F.J.M. (2005). Een maat voor de kwaliteit van instrumenten voor risicotaxatie. In: M.J. Sjerps & J.A. Coster van Voorhout (red.), *Het onzekere bewijs: Gebruik van statistiek en kansrekening in het strafrecht* (p. 429-456). Deventer: Kluwer.
- Canton, W.J. (2004). *Gerapporteerd... en dan? Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidieven bij personen over wie pro justitia is gerapporteerd*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Centrale Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2008). Longstay. Advies uitgebracht aan de Staatssecretaris van Justitie. Vindplaats: <<http://80.95.160.43/advi/indexDB1.html>>.
- Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (2000). *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: Een Nederlands instrument in ontwikkeling*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Dempster, R.J. (1998). *Prediction of sexually violent recidivism: A comparison of risk assessment instruments*. Unpublished master's thesis, Simon Fraser University, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.R.P. & Hart, S.D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379.

- Hare, R.D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd edition*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hart, S.D. (2001b). *Risk assessment: Possibilities and impossibilities*. Retrieved December, 8, 2003 from Simon Fraser University Website: <www.sfu.ca/psychology/groups/faculty/hart/violink.htm>.
- Heilbrun, K., Philipson, J., Berman, L. & Warren, J. (1999). Risk communication: Clinicians' reported approaches and perceived values. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 27, 397-406.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C. & de Vogel, V. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 1-24.
- Hildebrand, M. & de Ruiter, C. (2005). Over criminele behoeften en het belang van gestructureerde risicotaxatie. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (p. 3-22). Tweede, geheel herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hildebrand, M., Spreen, M., Schönberger, H.J.M., Augustinus, F. & Hesper, B.L. (2006). *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- 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.
- Hilton, N.Z. & Simmons, J.L. (2001). The influence of actuarial risk assessment in clinical judgments and tribunal decisions about mentally disordered offenders in maximum security. *Law and Human Behavior*, 25, 393-408.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th., de Ruiter, C. & de Wit-Grouls, H. (2006). *SAVRY: Handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren*. [Structured Assessment of Violence Risk in Youth: Dutch version] Zutphen: Rentray.
- Lodewijks, H.P.B. (2008). *Violence risk assessment in adolescents in the Dutch juvenile justice system: Studies on the reliability and predictive accuracy of the SAVRY*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, T.A.H., de Ruiter, C. & Borum, R. (2008). Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) during residential treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 263-271.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, T.A.H. & de Ruiter, C. (in press). SAVRY risk assessment in relation to sentencing and subsequent recidivism in a Dutch sample of violent juvenile offenders. *Criminal Justice and Behavior*.
- Lodewijks, H.P.B., de Ruiter, C. & Doreleijers, T.A.H. (in press). Gender differences in violent outcome and risk assessment in adolescent offenders after residential treatment. *International Journal of Forensic Mental Health*.
- Meehl, P.E. (1996). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the literature*. Northvale, NJ: Jason Aronson. (Original work published in 1954).
- Milton, J., Duggan, C., Latham, A., Egan, V. & Tantam, D. (2002). Case history of co-morbid Asperger's syndrome and paraphilic behavior. *Medicine, Science & Law*, 42, 237-244.
- Monahan, J. (1981). *The clinical prediction of violent behavior*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Parlementaire Onderzoekscommissie TBS (2006). *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*. Den Haag: Sdu.
- Philipse, M., van Erven, T. & Peters, J. (2002). Risicotaxatie in de tbs. Van geloof naar empirie. *Justitiële Verkenningen*, 28, 77-93.
- Ray, F., Marks, C. & Bray-Garretson, H. (2004). Challenges to treating adolescents with Asperger's Syndrome who are sexually abusive. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11, 265-285.
- Ruiter, C. de (2000). Voor verbetering vatbaar. *De Psycholoog*, 35, 423-428.
- Ruiter, C. de (2004). Forensisch gedragsonderzoek in strafzaken. *Justitiële Verkenningen*, 30, 50-61.
- Ruiter, C. de & de Jong, E.M. (2006). *CARE-NL: Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: C. de Ruiter.
- Ruiter, C. de & Hildebrand, M. (2007). Risk assessment and treatment in Dutch forensic psychiatry. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 166-175.

- Ruiter, C. de & de Jong, E.M. (2008). *Handleiding Quick Scan Reclassering Nederland: Richtlijn voor het beoordelen van het recidive risico en de houding ten aanzien van begeleiding/behandeling*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ruiter, C. de, de Jong, E.M., Reus, M. & Thijssen, J. (2008). *Risicotaxatie bij daders van relationeel geweld: De RISc vergeleken met de B-SAFER*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vinke, A., Vogelvang, B., Erfteimeijer, L., Veltkamp, E. & Bruggeman, M. (2004). *RISc: Recidive Inschattings Schalen. Handleiding*. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort.
- Vogel, V. de & de Ruiter, C. (2004). Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, 145-164.
- Vogel, V. de, de Ruiter, C., Hildebrand, M., Bos, B. & van de Ven, P. (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.
- 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 (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.
- Vogel, V. de & de Ruiter, C. (2005). The HCR-20 in personality disordered female offenders: A comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 226-240.
- 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.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D. & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2*. Burnaby, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.