

Wat risicotaxatie wel en niet is

Een reactie op 'Risiko's van risicotaxatie', *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 277-287

Corine de Ruiter

Inleiding

Anne van den Berg uit in bovengenoemd artikel forse kritiek op het 'risicotaxatiedenk' in de Nederlandse forensische psychiatrie, in het bijzonder in de tbs-instellingen. Dit risicotaxatiedenk zou afleiden van de noodzakelijke investeringen in effectieve behandelingen en onderzoek daarnaar, en zou de werkelatie tussen forensische patiënten en hun behandelars op scherpe zetten en daardoor schadelijk zijn. In deze reactie zal ik betogen dat Van den Berg een karikatuur schetst van de huidige forensische praktijk op het gebied van risicotaxatie en dat de door hem veronderstelde tegenstelling tussen risicotaxatie en behandeling een schijn tegenstelling is. Hij doet aan het slot van zijn bijdrage een aantal aanbevelingen voor toekomstig gebruik van risicotaxatie-instrumenten. Ik zal beargumenteren dat de meeste van deze aanbevelingen goed wetenschappelijk te onderbouwen zijn en dat een groot deel ervan op dit moment al in de praktijk wordt gebracht. Voordat ik inga op zijn artikel geef ik eerst een beknopte samenvatting van enkele recente Nederlandse onderzoeken op het gebied van risicotaxatie bij forensische patiënten.

Onderzoek naar risicotaxatie in de tbs

Tot voor kort werd risicotaxatie veelal op basis van een globale klinische indruk verricht. Dit leidde tot een gebrekkige onderbouwing en transparantie van de risicotaxatie en ook tot onjuiste inschattingen (Lidz, Mulvey & Gardner, 1993; McNiel & Binder, 1995; Monahan, 1981). Inmiddels zijn voor de Nederlandse forensisch-diagnostische praktijk een aantal in Canada ontwik-

kelde gestructureerde risicotaxatie-instrumenten beschikbaar gekomen. Deze instrumenten, zoals de HCR-20 en de SVR-20, geven een significant nauwkeuriger voorspelling van het recidiverisico dan het ongestructureerde klinische oordeel (De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead, 2003; De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven, 2004). Bovendien is er recentelijk door het Comité instrumentarium forensische psychiatrie (CIFP) een uit 30 indicatoren bestaand, specifiek voor de Nederlandse situatie ontworpen instrument ontwikkeld, de HKT-30 (CIFP, 2000), waarin relatief veel aandacht wordt besteed aan dynamische – dat wil zeggen: in principe veranderbare – risicofactoren. Door gebruik te maken van deze gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten wint de inschatting van het delictrisico aan systematisch, transparantie en empirische onderbouwing.

Om het voor de niet zo ingewijde lezer wat duidelijker te maken volgt hier een voorbeeld van een Nederlands onderzoek op dit terrein: het betreft een onderzoek naar de HCR-20-risicotaxaierichtlijn voor gewelddadig gedrag. De Vogel en anderen (2004) onderzochten in een retrospectief onderzoek de interbeoordelaarbetrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20 (zie tabel 1 voor een overzicht van de risicofactoren van de HCR-20). Alle 20 risicofactoren zijn in de HCR-20 opgenomen omdat zij empirische samenhang vertonen met het plegen van geweldsdelicten en zij worden gescoord op een driepuntsschaal: 'aanwezig' – 'mogelijk/in enige mate aanwezig' – 'duidelijk aanwezig'). Dit leidt tot een totaalscore op het instrument, maar

Tabel 1

De items van de HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; Nederlandse versie: Philippe, Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000)

| | Historisch (H-schaal) | Klinisch (C-schaal) | Risicoantering (R-schaal) |
|-----|---|-------------------------------------|---|
| H1 | Eerder gewelddadig gedrag | Gebrek aan zelfinzicht | R1 Geringe kans dat plan zullen slagen |
| H2 | Jonge leeftijd bij eerste geweldincident | Negatieve opvattingen | R2 Blootstelling aan desta serende invloeden |
| H3 | Instabiliteit van relaties | Actieve psychotische symp- tomen | R3 Geringe beschikbare stun |
| H4 | Problemen in het arbeids- verleden | Impulsiviteit | R4 Werkt niet mee aan be handel mogelijkheden |
| H5 | Problemen met midden- gebruik | Reageert niet op behande- ling | R5 Hoog niveau van ervar stress |
| H6 | Psychische stoomis | | |
| H7 | Psychopathie | | |
| H8 | Problemen in de kindertijd | | |
| H9 | Persoonlijkheidsstoornis | | |
| H10 | Eerdere onttekening aan toezicht | | |

deze totaalscore wordt in de klinische praktijk niet gebruikt (alleen in onderzoek). Het gestructureerde eindoordeel in termen van laag-matig-hoog risico is gebaseerd op een integratie en weging van alle 20 risicofactoren door de forensische professional, die eventueel casus specifieke risicofactoren en beschermende factoren kan meenemen in zijn eindoordeel. Dit onderzoek blijkt dat dit gestructureerde eindoordeel vaak een betere voorspeller oplevert van recidive dan het geval zou zijn als de risicofactoren simpelweg zouden worden opgeteld (Douglas, Oglloff & Hart, 2003; Kropp & Hart, 2000; De Vogel & De Ruiter, 2006). Dit is begrijpelijk als we ons realiseren dat juist het gestructureerde professionele oordeel het beste van twee werelden, de empirie en het oordeel van de professional, in zich verenigt.

Op basis van alle beschikbare dossierinformatie werd de HCR-20 van 120 patiënten, die tussen 1993 en 1999 waren vertrokken uit het forensisch-psychiatrische instituut Dr. Henri van der Hoeven-kliniek geselecteerd. De gemiddelde follow-upperiode na ontslag was 6 jaar. De patiënten werden naar de wijze van uitstroom uit de kliniek onderverdeeld in vier groepen:

- 1 *Transmurale*: beëindiging door de rechter van de tbs-maatregel conform het advies van de kliniek nadat de patiënt de transmurale (resocialisatie)-fase heeft doorlopen;
- 2 *Conform*: beëindiging van de maatregel conform het advies van de kliniek, zonder voorafgaande transmurale fase;
- 3 *Contra*: beëindiging tegen het advies van de kliniek, mogelijk terwijl de patiënt zich in de transmurale fase bevond;
- 4 *Hersselectie*: de patiënt is ter hersselectie voorgedragen en overgeplaatst naar een andere forensische behandelkliniek.

In het aan de rechter uitgebrachte verlengingsadvies geeft de kliniek haar verwachting over het recidiverisico weer. De Vogel en anderen (2004) vatten de bovenbeschreven wijzen van uitstroom op als een ongestructureerd klinisch oordeel, waarbij een beëindiging 'transmurale' werd gezien als het meest optimistische (laagste risico), en 'hersselectie' als het minst optimistische oordeel over het recidiverisico (hoogste risico). De bevindingen laten zien dat de predictieve nauwkeurigheid voor gewelddadige delicten voor de HCR-20 goed is. Gewelddadige delicten werden met de HCR-20 significant beter voorspeld dan met het ongestructureerde professionele oordeel (zie tabel 2). In dit onderzoek vonden wij geen significant verschil tussen de ongewogen HCR-20-totaalscore en het gestructureerde eindoordeel.

Behandelaars richten zich per definitie op het bewerkstelligen van veranderingen in de dynamische risicofactoren. Van den Berg betoogt dat de dynamische risicofactoren slechtere voorspellers zijn dan de statische, historische factoren en dat instrumenten als de HCR-20 daarom voor de behandelpraktijk niet zo relevant zijn. Tabel 2 toont aan dat zijn bewering niet opgaat voor het onderzoek van De Vogel en anderen (2004). De klinische en de risicohanteringsitems van de HCR-20 doen niet onder voor de historische items in predictieve kracht; alle AUC-waarden liggen tussen 0,77 en 0,80. De AUC (*area under the curve*) is een veelgebruikte maat voor predictieve validiteit

(Mossman, 1994). De AUC-waarde geeft de kans weer dat een willekeurige recidivist een score boven iedere gegeven *cuit off*-waarde van een bepaald in-

strument (hier: de HCR-20) behaalt en een willekeurig gekozen niet-recidivist een score beneden deze *cuit off*-waarde. De waarde .50 komt overeen met een voorspelling gelijk aan toeval (dat wil zeggen: de kans dat een recidivist een hogere (HCR-20-)score heeft dan een niet-recidivist is 50%); AUC-waarden van .70 worden doorgaans als redelijk beschouwd, waarden > .75 als goed en waarden > .85 als zeer goed. Dit betekent dat het instrument statistisch significant beter dan kans presteert.

Recent onderzoek van Hildebrand, Spreen, Schönberger, Augustinus & Hesper, (2006) in het kader van het parlementaire onderzoek naar het tbs-stelsel bevestigt de grote rol van dynamische risicofactoren bij de voorspelling van recidive tijdens de tbs-behandeling. Niet de historische factoren, zoals eerdere veroordelingen en intramurale behandelingscontacten, maar dynamische zoals alcoholgebruik tijdens de behandeling, een negatieve houding tegenover de behandeling en overtrekking van de voorwaarden voorstellen recidive.

Het nut van de dynamische risicofactoren voor de behandeling wordt ook benadrukt door Belfrage en Douglas (2002), die 150 patiënten uit twee Zweedse forensisch-psychiatrische klinieken gedurende hun behandeling ieder half jaar onderzochten met de HCR-20. Hun onderzoeksresultaten lieten zien dat de scores op de klinische en de risicohanteringsitems van de HCR-20 afnamen met de duur van de behandeling. Recentelijk is dit ook in Nederlands onderzoek bevestigd (De Vogel, Smid & De Vries Robbé, 2006). De conclusie dat de klinische en de risicohanteringsitems van risicotaxatie-instrumenten als de HCR-20 niet relevant zijn voor de behandeling is simpelweg onjuist: dynamische risicofactoren zijn goede voorspellers van recidive en kunnen afnemen door behandeling. Van den Berg's opmerking: 'Het gaat om rekenkundige instrumenten die aan de behandeling in de forensische praktijk weinig toevoegen' (p. 281) vindt ik dan ook misplaatst.

Tabel 2 Predictieve validiteit van de HCR-20 (N = 119) volgens De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, & de Ven (2004)

| | Gewelddadige recidive | | | Elke vorm van recidive | | |
|-----------------------------------|-----------------------|------|--------|------------------------|------|------|
| | AUC | SE | r | AUC | SE | SE |
| Totaalscore | 0,82*** | 0,04 | 0,52** | 0,70*** | 0,05 | 0,05 |
| Gestructureerd klinisch oordeel | 0,79*** | 0,04 | 0,51** | 0,66** | 0,05 | 0,05 |
| Historische items totaal (H) | 0,80*** | 0,04 | 0,47** | 0,70*** | 0,05 | 0,05 |
| Klinische items totaal (C) | 0,77*** | 0,04 | 0,46** | 0,67** | 0,05 | 0,05 |
| Risicomanagement items totaal (R) | 0,79*** | 0,04 | 0,47** | 0,67** | 0,05 | 0,05 |
| Ongestructureerd klinisch oordeel | 0,68*** | 0,05 | 0,32** | 0,63* | 0,05 | 0,05 |

AUC = Area under the curve. SE = Standardmeetfout. r = Pearson correlatiecoëfficiënt. Gewelddadige reclusief seksuele en dodingsdelicten.
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001 (tweezijdig).

Onjuistheden

Er staan nog meer onjuistheden in de bijdrage van Van den Berg. Zo noemt hij Robert D. Hare de grote inspirator van de ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten in de forensische psychiatrie, maar de PCL-R is geen risicotaxatie-instrument en ook niet als zodanig bedoeld. Hare en zijn collega's hebben de Psychopathie-checklist (PCL-R) ontwikkeld om de diagnose psychopathische persoonlijkheidsstoornis (kortweg: psychopathie) te kunnen vaststellen. Psychopathie is een van de belangrijke risicofactoren voor (seksueel) gewelddadig gedrag, maar de PCL-R is geen risicotaxatie-instrument. Al in 1998 wees Hare op de potentiële gevaren van onprofessioneel en onethisch gebruik van de PCL-R (Hare, 1998). De PCL-R is in dit opzicht vergelijkbaar met een instrument als het scalpeermes: de bekwame chirurg kan er levens mee redden, maar in de handen van een seriemoordenaar zal het doodlijk zijn. Door de PCL-R louter als een risicotaxatie-instrument te presenteren doet Van den Berg geen recht aan de fundamentele wetenschappelijke ontdekkingen op het terrein van de psychopathie, die de afgelopen twee decennia door experimenteel- en cognitief psychologen zijn gedaan (zie bijvoorbeeld Blair, Mitchell & Blair, 2005; Hare, 2006). Zonder de PCL-R, die voor het eerst een betrouwbare en valide vaststelling van psychopathie mogelijk maakt, had dit fundamentele onderzoek niet plaats kunnen vinden. Deze fundamentele inzichten zullen ongetwijfeld op de lange termijn leiden tot verbeteringen in de behandelmogelijkheden voor deze groep forensische patiënten. Dat bepaalde Nederlandse politici geneigd zijn mensen met een hoge PCL-R-score te stigmatiseren, zoals Van den Berg opmerkt, is misschien waar, maar het betekent niet noodzakelijkerwijs dat diagnostici en behandelers in de forensische praktijk daartoe overgaan.

Van den Berg meent 'dat het denken in termen van behandeling overschatd wordt door het denken in termen van risicotaxatie' (p. 282). Hij creëert hier een schijn tegenstelling. Het doel van forensisch-psychiatrische behandeling is immers reductie van het recidiverisico. Door een nauwkeurige taxatie van de risicofactoren krijgt de kliniek onmiddellijk inzicht in doelen voor de behandeling: dat zijn namelijk de dynamische risicofactoren waarop iemand hoog scoort; die risicofactoren moeten door behandeling onlaag gebracht worden. Daarnaast dienen beschermende factoren tijdens de behandeling te worden versterkt (zie – eerder in dit nummer – De Vogel, De Ruiter & Bouman, 2006). Ik ben van mening dat gestructureerde risicotaxatiemethoden juist een enorme bijdrage kunnen leveren aan de werkelatentie met de patiënt, die immers ook wel weet dat hij geen tbs opgelegd heeft gekregen voor zijn zwoervoeten. Een gestructureerde risicotaxatie legt iedere patiënt langs *dezelfde* wetenschappelijke meelari: dit biedt de patiënt bescherming tegen willekeur, negatieve tegenoverdracht en blinde vlekken bij de diagnose. In mijn ervaring is het heel goed mogelijk om de uitslag van een risicotaxatie met de patiënt te bespreken: de behandeldoelen zijn transparant en voor patiënt en behandelaar duidelijk. Samen kunnen zij vervolgens gaan werken aan het terugdringen van risico's en aan het ontwikkelen van gemeenschappelijk inzicht in de samenhang tussen de diverse risicofactoren.

Van den Berg schetst een karikatuur van risicotaxatie door alleen te wijzen op de mogelijke negatieve gevolgen, zoals risicotaxatie als afweer van de eigen angst van de behandelers en dus als middel om controle te krijgen over de patiënt. Dit bevreemdt mij, omdat gestructureerde methoden van risicotaxatie als de HCR-20 nu juist ontwikkeld zijn met het oog op preventie van nieuw gewelddadig gedrag door gerichte interventies (medicamentus, psychotherapeutisch, toezichtsvormen *et cetera*; zie Douglas & Kropp, 2002). Van den Berg plaatst risicotaxatie ten onrechte in het kamp van de repressieve strategieën om crimineel gedrag te beteugelen, terwijl zij bij uitstek thuishoort in de op preventie gerichte strategieën.

Grosso modo is mijn conclusie dat Van den Berg onvoldoende op de hoogte is van theorievorming (onder meer: Douglas & Kropp, 2002) en onderzoek (onder meer: De Vogel, 2005) op het gebied van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten. Hij eindigt zijn bijdrage met zes aanbevelingen die naar mijn mening niet alleen niet nieuw, maar zelfs allang gemeengoed zijn in de Nederlandse tbs-sector. Ik kies er hier een paar uit (nummers 1, 2 en 3). Volgens Van den Berg 'zullen we risicotaxatie-instrumenten moeten zien als hulpmiddelen om de kans op het welslagen van de behandeling te vergroten' (p. 285). Het behoeft geen betoog dat ik deze stelling volledig onderschrijf omdat de gestructureerde risicotaxatie-instrumenten nu juist met dit doel zijn ontworpen. Zijn tweede aanbeveling, 'niet behandelers zullen risicotaxatie-instrumenten moeten afnemen, maar diagnostici' (p. 285), is ook een terrechte opmerking: onderzoek heeft immers laten zien dat behandelers zich veelal bij hun risicotaxaties al te zeer laten leiden door hun persoonlijke sym- of antipathieën jegens patiënten (Dernevil, Falkheim, Holmqvist & Sandell, 2001; De Vogel & De Ruiter, 2004). Zij zijn eenvoudigweg niet voldoende objectief. In de Nederlandse tbs-klinieken worden risicotaxaties verplicht uitgevoerd door behandelers in combinatie met onafhankelijke diagnostici. De derde aanbeveling, 'risicotaxatie-instrumenten zullen een onderdeel moeten zijn van de dynamiek van de behandeling waartoe ook de verlosituatie behoort' (p. 285), zal door de tbs-klinieken van harte worden onderschreven. Zij gebruiken risicotaxatie-instrumenten expliciet om een verantwoord verlosituatie vorm te geven. Helaas gaan daarin ook nog steeds zaken mis, getuige ook weer recente (najaar 2006) ernstige recidives van tbs-gestelden op verlosituatie. Dat zou een stimulans moeten zijn voor klinieken om nog meer te investeren in deskundigheid op het terrein van risicotaxatie en behandeling van dynamische risicofactoren. Zo ontstaat effectieve risicoantering, zodat er geen nieuwe slachtoffers vallen en de dader niet opnieuw veroordeeld wordt voor een nieuw strafbaar feit.

Literatuur

- Belfrage, H., & Douglas, K.S. (2002). Treatment effects on forensic psychiatric patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *International Journal of Forensic Mental Health, 1*, 25-36.

- Blair, J., Mitchell, D., & Blair, K. (2005). *The psychopath: Emotion and the brain*. Oxford: Blackwell.
- Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (2000). *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: Een Nederlands instrument in ontwikkeling*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Dernevik, M., Falkheim, M., Holmqvist, R., & Sandell, R. (2001). Implementing risk assessment procedures in a forensic psychiatric setting: Clinical judgment revisited. In D.P. Farrington, C.R. Hollin & M. McMullan (Eds.), *Sex and violence: The psychology of crime and risk assessment* (pp. 83-101). London: Routledge.
- Douglas, K.S., & Kropp, P.R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 617-658.
- 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. (1998). The Hare PCL-R: Some issues concerning its use and misuse. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 99-119.
- Hare, R.D. (2006). Psychopathy: A clinical and forensic overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 709-724.
- Hildebrand, M., Spreen, M., Schönberger, H.J.M., Augustinus, F., & Hesper, B.L. (2006). *Onttrekkingen tijdens verlof, ontrichtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Kropp, P.R., & Hart, S.D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24, 101-118.
- Lidz, C.W., Mulvey, E.P., & Gardner, W. (1993). The accuracy of predictions of violence to others. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1007-1011.
- McNiel, D.E., & Binder, R.L. (1995). Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *American Journal of Psychiatry*, 152, 901-906.
- Monahan, J. (1981). *The clinical prediction of violent behavior*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 783-792.
- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van geweldadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Prof.mr. W.P.J. Pompestichting/Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- 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, Ruiter, C. de, Beek, D. van, & Mead, G. (2003). De waarde van gestructureerde risicotaxatie. Een retrospectief empirisch onderzoek bij behandelde seksuele delinquenten *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 9-29.
- Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (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, Ruiter, C. de, Hildebrand, M., Bos, B., & Ven, P. van de (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, & Ruiter, C. de (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology Crime and Law*, 12, 321-336.
- Vogel, V. de, Smid, W., & Vries Robbé, M. de (2006). Do dynamic risk factors actually change during treatment? Repeated measures with the HCR-20 in forensic clinical practice. Paper gepresenteerd op 6th jaarlijkse conferentie of the International association of forensic mental health services. Amsterdam, 14-16 juni.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, & Bouman (2006). Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting. Introductie van de SAPROF. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 102-119.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *Historical, Clinical, Risk Management-20, Version 2*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.