



## Factsheet 2010-7

# Risicotaxatie- en risicomangementmethoden

Een inventarisatie in de forensisch psychiatrische centra in Nederland

**Auteur: M.H. Nagtegaal<sup>1</sup>**

December 2010

### Inleiding

Risicotaxatie en risicomangement spelen een belangrijke rol in de forensisch psychiatrische praktijk (tbs-sector). Zo is de behandeling van tbs-gestelden gericht op het verminderen van het risico van gewelddadig gedrag en staan risicotaxatie-instrumenten centraal bij verschillende belangrijke beslismomenten in de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Hierbij kan gedacht worden aan de oplegging van de tbs-maatregel, het toekennen van verlof en beslissingen over het al dan niet verlengen van de tbs-maatregel. Risicotaxatie wordt in het onderhavige onderzoek geoperationaliseerd als de inschatting van het risico van (gewelddadig of niet-gewelddadig) delinquent gedrag. Risicomangement wordt geoperationaliseerd als de manier waarop wordt omgegaan met de risico's, die in beeld zijn gebracht door risicotaxatie. Om meer inzicht te

krijgen in de manier waarop risicotaxatie en risicomangement plaatsvinden in de forensisch psychiatrische centra (fpc's) in Nederland is een vragenlijst gestuurd naar de twaalf fpc's.<sup>2</sup>

In deze vragenlijst werd gevraagd naar de wijze waarop risicotaxatie en risicomangement binnen de fpc's worden toegepast. Daarnaast werd onderzocht of de huidige praktijk van risicotaxatie en risicomangement aansluit bij de klinische behoeften van behandelaren en of er verbeterpunten op dit vlak worden gezien. De vragen zijn ten eerste gebaseerd op de eisen die aan risicotaxatie en risicomangement in het verloftoetsingskader van 2007 zijn geformuleerd (Staatscourant, 2007)<sup>3</sup> en zijn ten tweede ingegeven door inzichten uit wetenschappelijke literatuur over risicotaxatie en risicomangement. De resultaten worden hieronder beschreven. Achtereenvolgens komen de volgende drie thema's

<sup>1</sup> Met dank aan Karin Beijersbergen voor haar assistentie bij de verzameling en verwerking van de data.

<sup>2</sup> De vragenlijsten werden in de zomer van 2008 ingevuld. Medewerkers van elf van de twaalf fpc's vulden de vragenlijst in en stuurden deze terug.

<sup>3</sup> In 2009 is een nieuw verloftoetsingskader verschenen. Dit was na het moment van de verzameling van de data in deze factsheet, vandaar dat in deze factsheet wordt uitgegaan van het verloftoetsingskader van 2007.

aan de orde: de toepassing van risicotaxatie in de fpc's, de toepassing van risicomangement in de fpc's en de visie op recente ontwikkelingen op het gebied van risicotaxatie en risicomangement. Tot slot worden enkele conclusies getrokken en discussiepunten opgevoerd. Deze factsheet maakt onderdeel uit van een groter onderzoek naar risicotaxatie en risicomangement in de forensische zorg dat door het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (WODC) wordt verricht.

### **Toepassing van methoden van risicotaxatie**

De eerste vraag was welke risicotaxatie-instrumenten in het betreffende fpc worden ingevuld.<sup>4</sup> Bij het indienen van een verlofaanvraag is het invullen van enkele risicotaxatie-instrumenten door het ministerie van Justitie<sup>5</sup> verplicht gesteld (Staatscourant, 2007). Dit zijn de Psychopathie CheckList-Revised (PCL-R; Hare, 1991; Nederlandse vertaling Vertommen, Verheul, De Ruiter & Hildebrand, 2002), de Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30; Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie, 2003) of de Historical Clinical Risk management-20 (HCR-20; Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; Nederlandse vertaling Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000), en de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997; Nederlandse vertaling Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001). Wanneer gekozen wordt om de HCR-20 in te vullen, wordt gevraagd aanvullend negen items van de HKT-30 in te vullen. Deze negen items worden ook wel de HKT-9 genoemd. De verplicht gestelde risicotaxatie-instrumenten werden in de vragenlijst specifiek genoemd. De respondenten werd gevraagd per instrument aan te geven of ze het instrument invullen, bij welke (typen) tbs-gestelden ze het instrument invullen en op welke momenten dit gebeurt. Daarnaast konden de fpc's aangeven welke vragenlijsten zij nog meer invullen.

---

<sup>4</sup> In de antwoordcategorieën van de vragenlijst wordt ook de PCL-R genoemd. Dit is geen risicotaxatie-instrument, maar een instrument om de mate van psychopathie te bepalen. Dit construct hangt nauw samen met het inschatten van risico, vandaar dat de PCL-R in dit onderzoek meegenomen wordt en soms in één adem genoemd wordt met risicotaxatie-instrumenten. Strikt genomen is dit niet correct.

<sup>5</sup> Vanaf half oktober 2010 wordt gesproken van het ministerie van Veiligheid en Justitie. In de onderhavige factsheet wordt nog van het ministerie van Justitie gesproken, omdat deze naam in de onderzochte periode gangbaar was.

Uit de antwoorden op de vragenlijst blijkt dat alle fpc's die meewerkten aan het onderzoek de PCL-R en de SVR-20 invullen. Daarnaast vullen zij of de HKT-30 (zeven fpc's) of de HCR-20 (vijf fpc's) in. Door vier van de vijf fpc's die de HCR-20 invullen, wordt daarnaast de HKT-9 ingevuld (zie ook tabel 1). Er werd ook gevraagd bij welk type tbs-gestelden elk van de risicotaxatie-instrumenten wordt ingevuld. De antwoordcategorieën bij deze vraag waren 'bij alle patiënten', 'bij geweldsdelinquenten', 'bij zedendelinquenten', 'bij psychotische patiënten', 'bij verlaafde patiënten' en 'anders, namelijk ...'. Uit de antwoorden bleek dat indien de PCL-R, de HKT-30 en de HCR-20 wordt ingevuld, dit voor alle typen patiënten gebeurt. De HKT-9 wordt door twee fpc's altijd ingevuld en door twee fpc's alleen ingevuld bij het indienen van een verlofaanvraag. De SVR-20 wordt door alle fpc's alleen voor zedendelinquenten ingevuld.

Verder werd gevraagd naar de momenten waarop de fpc's de verschillende instrumenten invullen. Hieruit blijkt dat de fpc's de instrumenten veelal standaard invullen op het moment van binnenkomst in de kliniek, maar ook op andere momenten zoals periodiek ten behoeve van onderzoek (bij periodieke afname is het gebruikelijk de instrumenten om de zes, negen of twaalf maanden af te nemen).

Naast bovengenoemde instrumenten werd sporadisch nog een aantal andere instrumenten genoemd. Door één fpc wordt de Structured Assessment of Risk and Treatability (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton, 2004; Webster, Martin, Brink, Nicholls & Desmerais, 2009; Nederlandse vertaling 't Lam, Lancel & Hildebrand, 2009)<sup>6</sup> ingevuld, bij patiënten van enkele bijzondere afdelingen. Twee fpc's vullen de Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF; De Vogel, De Ruiter, Bouman, & De Vries Robbé, 2007) in, waarbij één fpc dit voor enkele afdelingen doet en één fpc dit voor alle patiënten doet. De Static-99 (Hanson & Thornton, 1999; Nederlandse vertaling Van Beek, Doncker & De Ruiter, 2001) wordt door twee fpc's ingevuld, één fpc doet dit wanneer er behoefte is aan meer informatie en het andere fpc doet dit alleen bij zedendelinquenten. De Forensische Profiellijsten (FP-40; Brand & Van Emmerik, 2001) en de Dynamic Risk

---

<sup>6</sup> Momenteel wordt er onderzoek verricht met de Nederlandse versie van de START. Dit vindt plaats bij GZZ Drenthe in Assen.

**Tabel 1 Gebruik van risicotaxatie-instrumenten (N=11)**

Instrumenten (N)	Bij wie? (N)	Wanneer? (N)
HCR-20 (5)	Alle patiënten (5)	Bij binnenkomst (4) Bij verlofaanvraag (4) Bij verlengingsadvies (4) Periodiek voor behandeling (4) Periodiek voor onderzoek (2)
HKT-9 (4)	Alle patiënten (2) Anders, namelijk: alleen voor wie verlof aangevraagd wordt (2)	Bij binnenkomst (0) Bij verlofaanvraag (4)  Bij verlengingsadvies (0) Periodiek voor behandeling (0) Periodiek voor onderzoek (0)
HKT-30 (7)	Alle patiënten (7)	Bij binnenkomst (3) Bij verlofaanvraag (7) Bij verlengingsadvies (4) Periodiek voor behandeling (6) Periodiek voor onderzoek (3)
PCL-R (11)	Alle patiënten (11)	Bij binnenkomst (10) Bij verlofaanvraag (5) Bij verlengingsadvies (2) Periodiek voor behandeling (2) Periodiek voor onderzoek (1)
SVR-20 (11)	Zedendelinquenten (11)	Bij binnenkomst (10) Bij verlofaanvraag (9) Bij verlengingsadvies (7) Periodiek voor behandeling (5) Periodiek voor onderzoek (3)

N = aantal fpc's dat aangeeft het betreffende instrument in te vullen

Outcome Scales (DROS; Drieschner & Hesper, 2007) worden beide door één fpc ingevuld, voor alle patiënten. Eén fpc vult de Structured Outcome assessment and community Risk Monitoring in (SORM; Grann, Sturidsson, Haggård-Grann, Hiscoke, Alm, Dernevik et al., 2005), dit gebeurt in de resocialisatiefase. Het laatst genoemde instrument dat in de vragenlijst naar voren kwam is de Forensische Sociale Network Analyse (FSNA; Spreen, 1999), die bij twee fpc's gebruikt wordt. Eén fpc doet dit op indicatie en één fpc doet dit bij alle patiënten.<sup>7</sup> In tabel 2 is te zien

welke combinatie van vragenlijsten per fpc wordt ingevuld.

---

fpc's noemen de FSNA-methode in deze vragenlijst, maar de methode wordt breder toegepast in de fpc's. Zo loopt op dit moment een onderzoek naar de effectiviteit van de FSNA-methode, waaraan meerdere fpc's deelnemen. De methode zou dan dus door meer fpc's genoemd moeten worden in de vragenlijst. Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat de FSNA-methode door de overige fpc's inderdaad niet gezien wordt als risicotaxatie-instrument.

<sup>7</sup> Hierbij moeten twee kanttekeningen worden geplaatst. Ten eerste is de FSNA-methode geen risicotaxatie-instrument. Het is een manier om op gestructureerde wijze het netwerk rondom een patiënt te betrekken in het risicomangement proces. Ten tweede, slechts twee

**Tabel 2 Combinatie van gebruikte vragenlijsten in de fpc's**

Instrument	fpc 1	fpc 2	fpc 3	fpc 4	fpc 5	fpc 6	fpc 7	fpc 8	fpc 9	fpc 10	fpc 11
Best-index	-	-	-	-	ja	-	-	-	-	-	-
DROS	-	-	-	-	-	ja	-	-	-	-	-
FP-40	-	ja	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FSNA	-	-	-	ja	ja	-	-	-	-	-	-
HCR-20	ja	-	ja	-	ja	-	ja	ja	-	-	-
HKT-9	ja	-	-	-	ja	-	-	ja	-	-	-
HKT-30	-	ja	ja	ja	-	ja	ja	-	ja	ja	ja
PCL-R	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SAPROF	ja	-	-	-	-	-	-	ja	-	-	-
START	ja	-	-	-	-	-	-	-	-	ja	-
SORM	-	-	-	-	ja	-	-	-	-	-	-
Static-99	-	ja	ja	-	-	-	-	-	-	-	-
SVR-20	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Vervolgens werd gevraagd wie de risicotaxatie-instrumenten meestal invult. De lijsten worden veelal ingevuld door psychologen (11 fpc's), onderzoekers (9 fpc's), psychiaters (7 fpc's) en groepsleiders/sociotherapeuten (4 fpc's). Maar ook diagnostici (3 fpc's) en hoofden behandeling (2 fpc's) worden genoemd.<sup>8</sup>

Degenen die de risicotaxatie-instrumenten invullen, hebben veelal een training gevolgd over het betreffende instrument: zes fpc's geven aan dat een training is gevolgd voor alle instrumenten die ingevuld worden. Bij vijf fpc's is dat het geval voor sommige instrumenten. Alle respondenten geven aan dat er, middels trainingen, intervisie en dergelijke, systematisch tijd wordt besteed aan het op peil houden van kennis op het gebied van risicotaxatie en het afstemmen van de risicotaxatiemethoden.

De risicotaxatie-instrumenten worden op basis van verschillende informatiebronnen gescoord. Dossierinformatie in combinatie met het houden van een gestructureerd interview worden vaak als informatiebron gebruikt (8 fpc's). Maar ook klinische ervaringen met de patiënt, bijvoorbeeld in de vorm van gesprekken of observaties, worden door verschillende fpc's genoemd (7). Het netwerk van de patiënt wordt door twee fpc's als informatiebron genoemd.

In de meeste fpc's (9) worden de risicotaxatie-instrumenten door meerdere personen onafhankelijk van elkaar ingevuld en volgt er daarna een consensusbespreking om de definitieve inschatting van het risico te bepalen. In één fpc is hiervan op het moment van afname van de vragenlijst nog geen sprake, maar bestond het voornemen om deze methode in oktober 2008 in te voeren. Verder geeft één fpc aan dat de procedure afhangt van het betreffende instrument en dat de richtlijnen in de handleiding over dat instrument aangehouden worden. Indien er een consensusbespreking plaatsvindt, zijn verschillende disciplines vertegenwoordigd. De samenstelling van de verschillende disciplines bij de consensusbesprekingen varieert, maar meestal zijn er een psycholoog (10), een onderzoeker (9), een psychiater (8) en een groepsleider/(hoofd)sociotherapeut (5) aanwezig. In sommige fpc's zijn ook een maatschappelijk werker (3), een behandelcoördinator (2), een jurist (1), een orthopedagoog (1) of een diagnosticus (1) aanwezig. In tabel 3 wordt per fpc aangegeven welke discipline bij de consensusbespreking vertegenwoordigd is.

In de meeste fpc's (9) worden de risicotaxatie-instrumenten door meerdere personen onafhankelijk van elkaar ingevuld en volgt er daarna een consensusbespreking om de definitieve inschatting van het risico te bepalen. In één fpc is hiervan op het moment van afname van de vragenlijst nog geen sprake, maar bestond het voornemen om deze methode in oktober 2008 in te voeren. Verder geeft één fpc aan dat de procedure afhangt van het betreffende instrument en dat de richtlijnen in de handleiding over dat instrument aangehouden worden. Indien er een consensusbespreking plaatsvindt, zijn verschillende disciplines vertegenwoordigd. De samenstelling van de verschillende disciplines bij de consensusbesprekingen varieert, maar meestal zijn er een psycholoog (10), een onderzoeker (9), een psychiater (8) en een groepsleider/(hoofd)sociotherapeut (5) aanwezig. In sommige fpc's zijn ook een maatschappelijk werker (3), een behandelcoördinator (2), een jurist (1), een orthopedagoog (1) of een diagnosticus (1) aanwezig. In tabel 3 wordt per fpc aangegeven welke discipline bij de consensusbespreking vertegenwoordigd is.

<sup>8</sup> De volgende combinaties van invullers komen per fpc voor: groepsleider, psycholoog, psychiater, onderzoeker, diagnostici: 2 fpc's; groepsleider, psycholoog, psychiater, onderzoeker: 1 fpc; psychiater, psycholoog, onderzoeker: 4 fpc's; groepsleider, psycholoog, hoofd behandeling: 1 fpc; psycholoog, onderzoeker, diagnostici: 1; psycholoog: 1 fpc; psycholoog, onderzoeker: 1 fpc.

**Tabel 3 Samenstelling consensusbespreking in de fpc's**

Discipline	fpc 1	fpc 2	fpc 3	fpc 4	fpc 5	fpc 6	fpc 7	fpc 8	fpc 9	fpc 10	fpc 11
Groepsleider/sociotherapeut	ja	-	ja	-	ja	-	-	ja	-	ja	-
Psychiater	ja	-	ja	ja	ja	-	ja	ja	ja	ja	-
Psycholoog	ja	-	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Onderzoeker	ja	-	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	-	ja
Behandelcoördinator	ja	-	-	-	-	-	-	ja	-	-	-
Maatschappelijk werk	-	-	-	ja	ja	-	-	-	-	ja	-
Jurist	-	-	-	-	ja	-	-	-	-	-	-
Orthopedagoog	-	-	-	-	-	ja	-	-	-	-	-
Diagnosticus	-	-	-	-	-	ja	-	ja	-	-	-

Op de vraag welke scores van de risicotaxatie-instrumenten gebruikt worden bij de inschatting van het risico geven de meeste fpc's (9) te kennen verschillende typen scores tegelijkertijd te gebruiken, zoals de totaalscores, de scores op de subschalen, de scores op de afzonderlijke items en de scores afgezet tegen normscores van subpopulaties. In de toelichting gaven drie fpc's nadrukkelijk aan dat de scores *an sich* niet doorslaggevend zijn, maar dat het klinische oordeel, de consensusbespreking, de beschrijving en de onderbouwing van de scores belangrijker zijn. Alle fpc's geven aan dat het recidiverisico van een patiënt wordt geschat op basis van zowel de scores op risicotaxatie-instrumenten als het klinische oordeel. Daarnaast wordt ook dossierinformatie door de meeste fpc's (7) genoemd als hulpmiddel bij het schatten van het recidiverisico.

### Toepassing van methoden van risicomanagement

Het volgende onderdeel in de vragenlijst betrof een aantal vragen naar de toepassing van risicomanagement in de fpc's. Bij het indienen van een verlofaanvraag bij het ministerie van Justitie is een aantal documenten vereist, waarin omschreven kan worden hoe het risicomanagement vorm gegeven wordt. Dit zijn een risicoanalyse, een behandelplan, een terugvalpreventieplan en een risicomanagementplan (Staatscourant, 2007). De fpc's is gevraagd in hoeverre zij dergelijke documenten schrijven en gebruiken in de toepassing van risicomanagement. De risicoanalyse, het behandelplan en het terugvalpreventieplan worden in elk fpc geschreven (11 fpc's). Negen fpc's geven aan een risicomanagementplan te schrijven. De fpc's die nog geen risicomanagementplan schrijven, geven aan dat dit wel indirect gebeurt, via andere plannen of als onderdeel van de verlofaanvraag.

In de vragenlijst werd ook gevraagd welke andere vormen van risicomanagement (naast het schrijven van bovengenoemde plannen) binnen de fpc's worden gehanteerd. Er werden uiteenlopende zaken genoemd, die kunnen worden samengevoegd tot vier bredere categorieën:

- 1 het uitvoeren van interventies, bijvoorbeeld het geven van therapie of het toedienen van medicatie;
- 2 informatieoverdracht tussen personeelsleden, bijvoorbeeld dagrapportage, dagelijks stafberaad, terugkoppelen incidenten naar medewerkers, terugkoppelen dagelijks functioneren middels Best Index scores;
- 3 maatregelen gericht op beveiliging, beheersing en controle, bijvoorbeeld urinecontroles;
- 4 het afnemen van instrumenten die zijn gericht op risicomanagement, bijvoorbeeld de SORM.

### Ontwikkeling risicotaxatie en risicomanagement

Het derde deel van de vragenlijst had betrekking op het in kaart brengen van de visie van de fpc's op de ontwikkelingen op het gebied van risicotaxatie en risicomanagement. Het ging hierbij vooral om de vraag of de eisen die het ministerie van Justitie aan risicotaxatie en risicomanagement stelt, aansluiten bij de klinische behoeften en of er nog verbeterpunten in het veld gezien worden.

Op de vraag of de in Nederland beschikbare risicotaxatie-instrumenten voldoende aansluiten bij de klinische behoeften, antwoordden zeven fpc's met 'ja' en vier fpc's met 'nee'. Verschillende kritiekpunten worden genoemd: (1) de instrumenten staan te veel op zich en maken geen geïntegreerd onderdeel van de behandeling uit. Dit zou komen doordat ze teveel vanuit een onderzoeksmentaliteit ontwikkeld zijn en te weinig rekening houden met de praktijk. Een

ander kritiekpunt (2) is dat de instrumenten te weinig (geavanceerde) dynamische risicofactoren zouden bevatten en teveel statische (onveranderlijke) factoren. Wanneer de instrumenten meer dynamische items zouden bevatten, zou het, naast het voorspellen van het statische risico van recidive, ook beter mogelijk zijn veranderingen van het risico in kaart te brengen. Een derde kritiekpunt (3) was dat volgens sommigen zowel de HCR-20 als de HKT-30 aan herziening toe zijn.<sup>9</sup> Ten slotte (4) wordt aangegeven dat de instrumenten beter dienen te worden aangepast aan de doeleinden van de risicotaxatie. Daarmee wordt bedoeld dat instrumenten vaak gevalideerd zijn op het risico van recidive na afloop van de tbs-maatregel en dus geen uitspraak kunnen doen over het risico van recidive tijdens verlof. Ze worden echter wel ingezet voor dit doel.

Aan de fpc's werd verder gevraagd wat zij zien als de sterke en de verbeterpunten voor de manier waarop risicotaxatie op dit moment in hun fpc wordt toegepast. Als sterk punt noemen zes fpc's de (multi-disciplinaire) consensusbespreking in het risicotaxatieproces. Ook geven verschillende fpc's aan dat de risicotaxatie goed en breed ingebed en geïntegreerd is in het behandelproces (3 fpc's). Eén fpc noemt als voordeel van de risicotaxatie dat alle fpc's dezelfde taal spreken, waardoor op eenvoudige(re) wijze gecommuniceerd kan worden over een patiënt, bijvoorbeeld wanneer een patiënt overgeplaatst wordt naar een ander fpc. Als verbeterpunt wordt door drie fpc's aangegeven dat er meer aandacht zou moeten zijn voor klinische dynamische items. Daarnaast geven twee fpc's aan dat de risicotaxatie nog beter geïntegreerd zou kunnen worden in de behandeling.

Ook op het gebied van risicomangement is aan de fpc's gevraagd wat zij zien als de sterke en de verbeterpunten binnen de fpc's. Het meest genoemde sterke punt is de aandacht voor risicomangement en de (multidisciplinaire) inbedding ervan in de behandeling (3 fpc's). Dit wordt echter door drie andere fpc's juist als verbeterpunt aangeduid.

De fpc's zijn gevraagd of ze van mening zijn dat ze tot een beter verlof- en/of verlengingsadvies kunnen komen dan voor de komst van risicotaxatie en risicomangement. Acht fpc's zijn van mening dat ze tegenwoordig tot een beter advies komen en dat er nu explicieter aandacht is en meer gestructureerd in

kaart gebracht kan worden wat de risico's zijn. Twee fpc's antwoorden met zowel 'ja' als 'nee' en stellen dat risicotaxatie altijd een onderdeel is geweest van de forensisch psychiatrische zorg en dat het nu hooguit wat inzichtelijker is geworden. Het laatste fpc heeft deze vraag niet ingevuld.

De fpc's werd gevraagd of ze het invullen van de verplicht gestelde risicotaxatie-instrumenten en het schrijven van de verschillende risicomangementplannen nuttig vonden (zie eerder). Met betrekking tot de risicotaxatie-instrumenten geven de meeste fpc's aan het invullen van de instrumenten voor de verlofaanvraag te zien als 'een nuttige kapstok', maar dat het soms een doel op zich lijkt te worden. De verplichte plannen bij de verlofaanvraag worden over het algemeen eveneens als nuttig ervaren, mits het concreet en kort kan en niet leidt tot bureaucratische rompslomp. Twee fpc's geven aan dat het in de huidige vorm te veel tijd kost, dat een en ander korter zou mogen. Vijf fpc's geven aan de PCL-R minder zinvol te vinden.<sup>10</sup> Twee fpc's vinden de instrumenten nauwelijks nuttig: één fpc geeft aan dat de verbanden tussen risicotaxatie-instrumenten en verlofrisico maar heel beperkt zijn aangetoond, het andere fpc pleit voor meer instrumenten die gericht zijn op risicomangement in plaats van op risicotaxatie.

De fpc's is ook gevraagd welke maatregelen vanuit het ministerie van Justitie nog een nuttige bijdrage zouden kunnen leveren op het gebied van risicotaxatie en risicomangement. In tabel 4 staan de verschillende maatregelen weergegeven die door de fpc's worden voorgesteld. Alle voorstelde maatregelen worden elk door één fpc genoemd, behalve de maatregel 'stimuleren van onderzoek', welke door drie fpc's wordt genoemd. Ook financiële ondersteuning voor onderzoek wordt genoemd. Daarnaast wordt meer aandacht gevraagd voor verschillende soorten factoren, zoals dynamische klinische factoren, beschermende factoren en organisatiekenmerken. Ook wordt aandacht en financiële ondersteuning gevraagd voor trainingen in instrumenten. Twee fpc's zouden graag meer eisen gesteld zien aan de kwaliteit van de (verlengings)beoordelingen.

---

<sup>10</sup> De PCL-R score maakt geen onderdeel meer uit van de nieuwe versies van de HCR-20 en HKT-30.

---

<sup>9</sup> Er is een werkgroep opgericht die aan de herziening van de HKT-30 werkt onder leiding van Marinus Spreen. Ook aan een nieuwe versie van de HCR-20 wordt gewerkt, onder leiding van Christopher Webster.

Ten slotte was er nog ruimte voor overige opmerkingen, waarin de volgende wensen werden geuit:

- meer eensgezindheid en afstemming tussen de fpc's;
- een meer actieve verdere ontwikkeling van het instrumentarium;

- een jaarlijkse rapportage waarin statistische informatie staat over specifieke recidiverisico's gerelateerd aan bepaalde scoringsprofielen.

**Tabel 4 Suggesties fpc's aan ministerie van Justitie**

Risicotaxatie
Stimuleren van (onafhankelijk landelijk validatie) onderzoek
Financiële ondersteuning voor trainingen en voor onderzoek naar instrumenten
Landelijke opleiding in één verplicht risicotaxatieinstrument
Verplichten van gebruik van instrument met beschermende factoren, zoals de SAPROF
Meer aandacht voor organisatiekenmerken van afdelingen en de fpc's
Meer aandacht voor (dynamische) klinische en toekomstfactoren (in risicotaxatie-instrumenten)
Meer eisen stellen aan de kwaliteit van de beoordelingen
Meer bekendheid bij rechtbank en advocatuur over nut en waarde van risicotaxatie
Landelijk stramen voor verlengingsadviezen waarin risicotaxatie goed is geïntegreerd
Risicomangement
Minder belemmerende formaliteiten vanuit beleid (met name m.b.t. verlof) die haaks staan op de dagelijkse praktijk (bijv. afwijzing van verlofaanvraag bij een missing op de PCL-R)
De fpc's meer vrijheden geven in het toepassen en invullen van verloven
Minder papierwerk en minder incidentenpolitiek
Terughoudendheid bij inhoudelijke inmenging in de behandeling, bijvoorbeeld de verplichte toepassing van libidoremmende medicatie of alcohol aversieve medicatie
Betere nazorg en meer aandacht voor geleidelijke terugkeer naar de maatschappij
Heldere eenvoudige formats met een invulvoorbeeld
Reguliere ggz inzage geven in de werkwijze van de fpc's, voor als de patiënten weer vrij komen
Voorkomen van teveel gewicht op ongestructureerde klinische oordelen

## Conclusie en discussie

### Risicotaxatie

Met behulp van het onderhavige onderzoek is in kaart gebracht welke (risico)taxatielijsten in de verschillende fpc's gebruikt worden. Zoals uit de resultaten blijkt, wordt gestructureerde risicotaxatie in de fpc's breed toegepast. Alle fpc's gebruiken de PCL-R en de SVR-20 en daarnaast wordt de HKT-30 of de HCR-20 ingevuld. Daarnaast worden nog enkele andere instrumenten ingevuld, zoals de Static-99, de START en de SORM. Er zijn ook enige verschillen tussen de fpc's in het (gecombineerde) gebruik van risicotaxatie-instrumenten. De instrumenten worden op verschillende momenten afgenomen. Zo worden veel instrumenten bij binnenkomst en bij het indienen van een verlofaanvraag ingevuld. Ook is er een aantal fpc's dat de instrumenten periodiek ten behoeve van onderzoek afneemt en/of dit periodiek ten behoeve van de behandeling doet.

De meeste instrumenten worden voor verschillende typen patiënten ingevuld (zedendelinquenten, geweldsdelinquenten), enkele instrumenten worden alleen ingevuld voor bepaalde typen delinquenten. Bij de SVR-20 is dit voor zedendelinquenten, voor wie het instrument ook specifiek bedoeld is. De nieuwere instrumenten, die ook beschermende factoren in kaart brengen (zoals de SAPROF en de START), worden nog niet zo breed afgenomen in de fpc's. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat de SAPROF nog niet gevalideerd is en dat het instrument nog niet zo lang beschikbaar is in het veld.<sup>11</sup> De START is vrij ingewikkeld en arbeidsintensief en de training in het instrument is prijzig. De verplichte risicotaxatie-instrumenten bij de verlofaanvraag zien de meeste fpc's als een nuttige kapstok, mits het een middel blijft en geen doel op zich wordt.

<sup>11</sup> Michiel de Vries-Robbé van de Van der Hoeven stichting verricht momenteel validatie-onderzoek naar de SAPROF.

De instrumenten worden veelal door mensen afkomstig uit verschillende disciplines ingevuld. Zo worden psychologen, onderzoekers, psychiaters, diagnostici en hoofden behandeling genoemd. Veel respondenten geven aan dat er trainingen gevolgd zijn voor het scoren van de instrumenten, dat er tijd wordt besteed aan het bijhouden van deze kennis en dat er verschillende informatiebronnen worden gebruikt bij het scoren van de items. Bovendien worden de instrumenten vaak ingevuld door meerdere personen, waarna een consensusbespreking plaatsvindt. De meeste fpc's (6) zien dit ook als een sterk punt van de wijze waarop risicotaxatie wordt toegepast in de fpc's. De scores op de risicotaxatie-instrumenten *an sich* zijn veelal niet doorslaggevend bij het bepalen van het risico van recidive, maar juist de consensusbespreking en de beschrijving en onderbouwing van de scores worden belangrijk geacht.

De meeste fpc's vinden dat de in Nederland beschikbare risicotaxatie-instrumenten voldoende aansluiten bij de klinische behoeften. De (multidisciplinaire) consensusbespreking is een manier van invullen van risicotaxatie-instrumenten die breed wordt toegepast en die gezien wordt als een sterk punt van de huidige risicotaxatie. Ook zijn de meeste fpc's van mening dat ze met de komst van de gestructureerde risicotaxatie het risico van recidive beter in kaart kunnen brengen. Een aantal fpc's vindt echter dat de resultaten uit de risicotaxatie-instrumenten nog beter ingebed zouden kunnen worden in het behandelproces.

Verder, een belangrijk kritiekpunt op de praktijk van de huidige risicotaxatie, is dat de meeste risicotaxatie-instrumenten gevalideerd zijn op het risico van recidive dat een patiënt na afloop van zijn behandeling heeft, terwijl de instrumenten gebruikt worden om het risico van recidive tijdens verlof in te schatten. Deze situaties zijn niet te vergelijken, aangezien een tbs-gestelde in een verlofsituatie zijn behandeling nog niet heeft afgerond en nog geen voldoende daling van zijn delictgevaarlijkheid heeft laten zien terwijl een tbs-gestelde van wie de tbs is beëindigd dit in principe wel heeft of zou moeten hebben.

Kortom, geconcludeerd kan worden dat gestructureerde risicotaxatie goed ingebed is in de fpc's:

- de verplichte instrumenten bij het indienen van een verlofaanvraag worden consequent gebruikt;
- risicotaxatie-instrumenten worden niet alleen gebruikt bij de verlofaanvraag, maar ook bij binnenkomst (standaard) of periodiek ten behoeve van de behandeling of onderzoek;

- er wordt systematisch tijd besteed aan het bijhouden van de kennis op het gebied van risicotaxatie;
- voor het invullen van de risicotaxatie-instrumenten is in de meeste gevallen een training gevolgd;
- er wordt systematisch tijd besteed aan het op peil houden van kennis op het gebied van risicotaxatie en het afstemmen van de risicotaxatiemethoden;
- voor het scoren van de risicotaxatie-instrumenten wordt gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen;
- de consensusbespreking en het gestructureerd klinisch oordeel worden ingezet ter bepaling van het recidive risico.

Er is ook een aantal verbeterpunten voor de praktijk van risicotaxatie aan te duiden:

- er zou meer aandacht kunnen zijn voor de integratie van risicotaxatie in het behandelproces;
- de instrumenten moeten meer dynamische, veranderbare items bevatten;
- de instrumenten zijn vaak gevalideerd op een inschatting van het risico van recidive na afloop van de maatregel, terwijl ze worden ingezet voor het inschatten van het risico tijdens verlof;
- onderzoek naar risicotaxatie-instrumenten leert voortdurend nieuwe inzichten op die in de praktijk doorgevoerd moeten worden.

### **Risicomanagement**

Ook risicomanagement lijkt steeds meer een plaats te krijgen binnen de fpc's. De fpc's noemen verschillende vormen van risicomanagement, zoals het schrijven van plannen, het uitvoeren van interventies, informatieoverdracht tussen personeelsleden, maatregelen gericht op beveiliging, beheersing en controle, en het afnemen van instrumenten die zijn gericht op risicomanagement. Ook andere vormen van risicomanagement worden genoemd, zoals het uitvoeren van interventies als therapie, het overdragen van informatie tussen verschillende personeelsleden, maatregelen gericht op beveiliging, beheersing en controle (zoals urinecontroles) en het afnemen van instrumenten gericht op risicomanagement (zoals de SORM). Wel lijkt het er op dat risicotaxatie wat beter ingebed is in de behandeling dan risicomanagement. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat verschillende fpc's als verbeterpunt noemen dat risicomanagement een meer integraal onderdeel moet gaan uitmaken van de behandeling.



## Literatuur

- 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.
- Beek, D. van, Doncker, D. de, & Ruiter, C. de (2001). *Static-99: Inschatting van het risico van seksueel gewelddadige recidive bij volwassen seksueel delinquenten*. Utrecht: Forum Educatief.
- Brand, E.F.J.M., & Van Emmerik, J.L. (2001). *Handboek forensisch psychiatrische profielen: Handleiding FP-40*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Drieschner, K.H., & Hesper, B.L. (2007). *Dynamic Risk Outcome Scales*. Boschoord: Trajectum Hoeve Boschoord.
- Grann, M., Sturidsson, K., Haggård-Grann, Hiscoke, L.U., Alm, P.-O., Dernevik, M. et al. (2005). Methodological development: Structured outcome assessment and community risk monitoring (SORM). *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 442-456.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (1999). *Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*. Ottawa, Canada: Department of the Solicitor General. User Report No. 99-02.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health systems.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Beek, D. van (2001). *SVR-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Lam, K. 't, Lancel, M., & Hildebrand, M. (2009). *Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Richtlijnen bij het beoordelen van korte termijn risico's en behandel mogelijkheden*. Assen: GGZ Drenthe.
- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Prof. Mr. W.P.J. Pompestichting / Dr. Henri van der Hoeven stichting.
- Spreen, M. (1999). *Sampling personal networks. Statistical inference in egographs*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Staatscourant (2007). Circulaire Toetsingskader verlot ter beschikking gestelden. *Staatscourant*, 29 juni 2007, nr. 123.
- Vertommen, H., Verheul, R., Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2002). *Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2007). *Handleiding bij de SAPROF: Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk. Versie 1*. Utrecht: Forum Educatief.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20: Assessing the risk of violence. Version 2*. Vancouver, Canada: Simon Fraser University, Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver, Canada: Simon Fraser University, Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Desmerais, S.L. (2009). *Short-term assessment of risk and treatability (START): Version 1.1*. St. Hamilton / Port Coquitlam, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton / Forensic Psychiatric Services Commission.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Middleton, C. (2004). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Version 1.0 (consultation ed.)*. Hamilton / Port Coquitlam, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton / Forensic Psychiatric Services Commission.
- Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30 versie 2002: Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

Deze reeks omvat korte verslagen van onderzoek dat door of in opdracht van het WODC is verricht. Opname in de reeks betekent niet dat de inhoud het standpunt van de Minister van Veiligheid en Justitie weergeeft.

Alle rapporten van het WODC zijn gratis te downloaden van [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl).