

Risicotaxatie ten behoeve van behandeling

In de nasleep van de moord op Anne Faber heeft de zaak van Michael P. veel losgemaakt omtrent de rol van risicotaxatie in het forensische veld. Voor het gevangeniswezen verordonneerde de Minister voor Rechtsbescherming in een brief aan de Tweede Kamer in maart 2019 dat veroordeelden van ernstige gewelds- of zedenmisdrivingen niet meer van een gevangenis naar een kliniek kunnen worden uitgeplaatst in het kader van art. 15.5 (detentie-ongeschiktheid) of art. 43.3 (resocialisatie) Penitentiaire Beginselenwet (Pbw) zonder dat eerst een risicotaxatie is gemaakt. In forensische zorginstellingen leidde de zaak tot aanscherping van procedures omtrent risicotaxaties maar ook tot vragen omtrent de waarde van risicotaxaties en de mogelijkheden om risicotaxaties te benutten voor de keuze van behandelingen. Rechters, officieren van justitie en advocaten zijn waarschijnlijk nog weinig geconfronteerd met de gevolgen van de Michael P.-zaak, maar zullen in toenemende mate te maken krijgen met justitiabelen waarbij risicotaxatie-instrumenten zijn toegepast om risico's in te schatten tijdens behandeling en om de voortgang van behandeling te monitoren. Rechters, officieren en advocaten die werken met tbs-gestelden hebben al wel langer hiermee te maken, maar zullen nu waarschijnlijk te maken krijgen met een veranderende praktijk in het gebruik van risicotaxatie-instrumenten. In het aprilnummer van dit jaar van *Expertise en Recht* zijn we ingegaan op vragen omtrent risicotaxatie ten behoeve van de rechtbank.¹ In dit artikel gaan wij in op de vraag hoe risicotaxatie het best kan worden ingezet ten behoeve van klinische besluitvorming gedurende de behandeling en wat daarvan de waarde kan zijn voor de rechtbank. Vragen daarbij zijn hoe gebruik kan worden gemaakt van instrumenten, wie deze risicotaxaties behoren uit te voeren en hoe over de resultaten van de risicotaxaties moet worden gecommuniceerd.

1. Inleiding

Het primaire doel van de forensische zorg is het verminderen van het risico op recidive. Dit wordt in tbs-inrichtingen al heel lang gedaan, waarbij wordt ingezet op het bieden van een ondersteunende omgeving en het aanbieden van trainingen, psychotherapeutische interventies en toezichtvormen binnen een verlofkader. Sinds 2008, toen de financiering van de forensische zorg werd overgedragen aan het Ministerie van Justitie en Veiligheid, zijn meer zorginstellingen zich gaan richten op forensische zorg met als doel het terugdringen van het recidiverisico van justitiabelen. Daarmee is de forensische zorg breder geworden door de toevoeging van allerlei instellingen voor beschermd wonen, verslavingszorg, geestelijk gehandicaptenzorg, enzovoort, en zijn veel meer behandelvormen toegevoegd aan het palet van de forensische zorg.

Intussen zijn alle zorginstellingen verplicht om risicotaxatie-instrumenten in te zetten in de forensische zorg. Forensische psychiatrische centra (FPC's) zijn al jarenlang verplicht om risicotaxaties te verrichten ten behoeve van verlofaanvragen en verlengingsadviezen van terbeschikkinggestelden.² Voor geweldsdelicten dient daarbij de in Nederland ontwikkelde en gevalideerde HKT-R (Historisch, Klinisch, Toekomst-Revisie)³ te worden gebruikt

of het Noord-Amerikaanse instrument HCR-20^{V3} (*Historical, Clinical, Risk-20 version 3*)⁴ met daarnaast negen items van de HKT-R waarmee het risico op onttrekking of ontvluchting tijdens verlof in kaart wordt gebracht.⁵ Ten behoeve van het vaststellen van de vraag of er sprake is van psychopathie bij de patiënt, is de PCL-R (Psychopathie Checklist-Revised)⁶ verplicht gesteld, ook al is dit instrument primair een diagnostisch instrument en geen risicotaxatie-instrument. In aanvulling op deze instrumenten is de SVR-20 (*Sexual Violence Risk-20*)⁷ verplicht bij terbeschikkinggestelde zedendelinquenten, maar wordt de meer inzichtelijke SSA (*Static-Stable-Acute*)⁸ en vanuit de prestatie-indicatoren (kwaliteitsindicatoren voor forensische zorg) gedeeltelijk verplichte SSA ook veelvuldig gebruikt bij de behandeling van zedendelinquenten. Sinds 2015 zijn ook andere instellingen waarbinnen forensische zorg wordt geboden verplicht een risicotaxatie uit te voeren bij cliënten waarbij forensische zorg wordt bekostigd door het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Bij justitiabelen die klinische zorg krijgen op grond van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of een andere strafrechtelijke titel betreft dit de HKT-R of de HCR-20^{V3} en bij justitiabelen die ambulante zorg krijgen betreft dit sinds januari 2019 de in

* Dr. Eric Blaauw, Hanzehogeschool Groningen en Verslavingszorg Noord Nederland.

** Drs. Paul Ter Horst, De Woenselse Poort.

*** Drs. Erwin Schuringa, FPC Dr. S. van Mesdag.

**** Dr. Marinus Spreen, NHL Stenden Hogeschool en FPC Dr. S. van Mesdag.

***** Prof. dr. Stefan Bogaerts, Tilburg University en Fivoor Wetenschap en Behandelinnovatie.

1. Blaauw, Bogaerts & Spreen, EeR 2019, afl. 2.

2. *Stcrt.* 2007.

3. Spreen e.a. 2014a. Zie ook Bogaerts e.a. 2018.

4. Douglas e.a. 2013; Nederlandse vertaling: De Vogel e.a. 2013.

5. Voor de prestatie-indicatoren zijn alle klinische items van de HKT-R verplicht voor het meten van veranderingen van het recidiverisico.

6. Hare 2003; Nederlandse vertaling: Vertommen e.a. 2002.

7. Boer e.a. 1997; Nederlandse vertaling: Hildebrand, De Ruiter & Van Beek 2001.

8. Smid, Koch & Van den Berg 2014; Van den Berg, Smid & Koch 2014; Koch, Van den Berg & Smid 2014.

Nederland ontwikkelde FARE (Forensische Ambulante Risico Evaluatie).⁹

Het verplicht stellen van risicotaxaties betekent niet automatisch dat daarmee ook wordt bijgedragen aan de bescherming van de maatschappij. Forensische zorg is gericht op het verminderen van het risico op recidive en stelt daarmee de veiligheid van de maatschappij tot doel. Dat wil echter niet onmiddellijk zeggen dat in alle fasen van de behandeling de veiligheid van de maatschappij vooropstaat of dat behandelaars gericht zijn op de bescherming van de maatschappij. Zo kunnen behandelaars zich hoofdzakelijk richten op het belang van de patiënt en zich in gevallen van twijfel beroepen op het beroepsgeheim.¹⁰ Risicotaxatie biedt daarbij een middel om een balans te vinden tussen enerzijds de (criminogene) behoeften van een individu en anderzijds de beschermingswens van de samenleving.¹¹ Bij de maatregel tbs prevaleren de belangen van de maatschappij boven die van het individu. Tbs wordt opgelegd ter bescherming van de maatschappij indien er sprake is van een ingeschat hoog risico op gewelds- of zedenrecidive, in aanwezigheid van een stoornis die leidde tot het verminderd toerekenen van het gepleegde delict aan de verdachte. Ook bij de maatregel van plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) staat de bescherming van de maatschappij voorop en wordt de maatregel opgelegd ter verdere preventie van strafbare feiten via vrijheidsontneming. Bij beide maatregelen wordt tevens forensische zorg geboden ter vermindering van het risico op recidive en wordt gewerkt met een gestructureerd vrijhedenbeleid om de persoon op een verantwoorde manier te laten resocialiseren, maar staat de bescherming van de maatschappij voorop. In deze gevallen heeft risicotaxatie vooral tot doel een inschatting te maken van het risico op recidive en speelt niet of nauwelijks de vraag hoe en of dit risico te verminderen is.

Bij een (deels) voorwaardelijke gevangenisstraf of voorwaardelijke beëindiging van een gevangenisstraf staat de bescherming van de maatschappij veel minder centraal, maar wordt forensische zorg geboden aan het individu om bij te dragen aan de bescherming van de maatschappij. Hoewel het justitieel kader hierbij drang oplevert voor het individu, kan het individu zelf kiezen om al dan niet mee te werken aan de voorwaarden, waardoor bij deze justitiële titels meer nadruk ligt op de behoeften van het individu dan uitsluitend op de veiligheidsbehoefte van de maatschappij. Risicotaxatie in dit kader vraagt dan om een uitspraak over de waarschijnlijkheid dat een bepaald persoon in de toekomst specifiek omschreven gevaarlijk gedrag zal vertonen,¹² maar biedt vooral aangrijpingspunten voor het verminderen en monitoren van deze waarschijnlijkheid. Anders dan bij de maatregel van tbs is een voorwaardelijke (beëindiging van een) straf daarbij alleen zinvol als het individu ook behandelbaar is. Ook is het van belang in te schatten hoe hoog het risico in een bepaalde context is en om welk specifiek omschreven gevaarlijk gedrag het gaat. Niet elk (straf-

baar) gewelddadig gedrag is immers ook meteen zeer problematisch voor de samenleving en sommige (strafbare) gewelddadige gedragingen zijn weliswaar problematisch maar hebben een relatief lage impact voor slachtoffers. Denk in dit kader bijvoorbeeld aan een geweldpleger die steeds ruiten ingooit omdat hij graag gedetineerd wil worden daar hij in detentie eten, dagbesteding en aandacht krijgt. Bij een risicotaxatie ten behoeve van de behandeling moet daarom ook de aard van het (strafbare) gevaarlijke gedrag worden beschreven. Dit vraagt om een uitspraak omtrent de ernst en aard van het mogelijke toekomstige geweld alsmede om een identificatie van het waarschijnlijke slachtoffer en de snelheid en frequentie van de waarschijnlijke recidive.¹³ Helaas levert risicotaxatie echter niet dergelijk specifieke inschattingen op. Risicotaxatie zegt iets over het risico van recidive op een delict, gewelddelict of zedendelict voor een bepaalde periode en niet meer dan dat. Ook geeft risicotaxatie weinig tot geen richting aan de beslissingen hieromtrent. De stand van zaken omtrent risicotaxatie is daarbij momenteel dat op basis van het onderscheidend vermogen van de instrumenten met globaal 70 procent accuraatheid (dit is de samenhang van de aan- of afwezigheid van waarschijnlijke recidive in combinatie met de daadwerkelijke recidive) kan worden gezegd dat een bepaalde persoon behoort tot de groep delictplegers die x-procent risico of een laag/matig/hog risico hebben op recidive in de komende vijf of tien jaar. Uit de (technische) handleidingen bij de instrumenten, waarin recidivecijfers van verschillende groepen delictplegers staan weergegeven (veelal in opgenomen patiëntengroepen), blijkt dat dit zelfs in de categorieën van de hoogste scores op de instrumenten doorgaans niet hoger is dan een risico van 52 procent op geweld (HKT-R) of een risico van 38 procent (60 procent bij tbs) op een nieuw zedendelict (Static-99R). Dus bij globaal de helft van de groep delictplegers vindt dan geen recidive plaats met een geweldsdelict en bij zes op de tien geen recidive met een zedendelict ondanks een hoge inschatting. Dit biedt op individueel niveau weinig houvast voor beslissingen omtrent vrijheden. Volgens sommigen is de onnauwkeurigheid van de inschattingen op individueel niveau zelfs zo groot dat meerdere instrumenten feitelijk statistisch gezien betekenisloos zijn voor het bepalen van het recidiverisico¹⁴ en dus al helemaal van weinig praktisch nut zijn. Wanneer deze instrumenten vervolgens weinig zeggen over het risico in specifieke situaties, zoals wel of geen toezicht of wel of niet in combinatie met verblijf in beschermd wonen, en wanneer men zich realiseert dat risico's kunnen veranderen door veranderende omstandigheden, dan kan worden geconcludeerd dat risicotaxatie ten behoeve van het alleen maar precies willen vaststellen van het risico op recidive nauwelijks van enige waarde is. Het nut van risicotaxatie ligt daarom vooral bij een andere toepassing, maar ook in het praktisch nut dat de taxateur weet welke risicofactoren een verhoogd risico hebben, zodat hij deze kennis kan meenemen in zijn gestructureerd klinisch eindoordeel.

9. Van Horn e.a. 2016.

10. Zie ook Van den Berg 2006.

11. Palmer 2001.

12. Webster e.a. 2009.

13. Douglas & Ogloff 2003.

14. Hart, Cooke & Mitchie 2007.

2. Nut van risicotaxatie bij behandeling

Risicotaxatie kan ondanks de beperkingen, en met de wetenschap dat er veel ruimte is voor interpretatie, worden gebruikt om het globale geweldsrisico van een bepaald individu beargumenteerd in te schatten, om daarmee te bepalen of het noodzakelijk is een maatregel op te leggen of een BOPZ-plaatsing te laten plaatsvinden om het gevaar risico te verminderen. In deze gevallen wordt risicotaxatie ingezet om bescherming van de maatschappij te garanderen en behandeling mogelijk te maken vanuit een drangkader. Met het oog op toekomstige vrijlating is het vooral van belang om te bekijken hoe dit geweldsrisico kan worden verminderd en is het van belang om het recidiverisico te monitoren zodat kan worden beoordeeld of het recidiverisico ook daadwerkelijk afneemt. Uitgangspunt daarbij is dan dat verdere interventies noodzakelijk zijn indien het risico niet voldoende afgenomen wordt geacht en dat interventies in aard of intensiteit kunnen worden verminderd als een risico volgens de professionals is verminderd. Een ander uitgangspunt is dat interventies niet altijd noodzakelijk zijn als er sprake is van een laag risico. Verder is het natuurlijk belangrijk dat interventies zijn aangepast aan de mogelijkheden van de verdachten en dat bijvoorbeeld zwakbegaafde delinquenten niet worden blootgesteld aan interventies die bovengemiddelde cognitieve vermogens vereisen.

De voorgaande uitgangspunten zijn ook de uitgangspunten van het *Risk-Need-Responsivity* (RNR)-model¹⁵ dat de basis vormt voor behandelingen in de meeste tbs-inrichtingen en instellingen voor forensische zorg. Dit model is afkomstig uit de *What Works*-benadering en heeft drie principes als uitgangspunt: het risicoprincipe, het behoefteprincipe en het responsiviteitsprincipe. Het risicoprincipe stelt dat de duur en intensiteit van interventies moet zijn afgesteld op het vastgestelde risiconiveau van de verdachte. De regel is dat bij een hoog recidiverisico interventies van een lange duur of intensiteit nodig zijn en dat geen interventies nodig zijn bij een laag risico. Het behoefteprincipe stelt dat interventies moeten worden gericht op de dynamische risicofactoren van de individuele patiënt die samenhangen met zijn delictisico. Hierbij worden acht centrale risicofactoren voor het risico op recidive onderscheiden: een geschiedenis van antisociaal gedrag, een antisociaal persoonlijkheidspatroon, antisociale cognities en een antisociaal netwerk (de zogeheten *big four*), problematische familie en relaties, problemen op werk, school en opleiding, problematische vrijetijdsbesteding en middelenmisbruik (de zogeheten *moderate four*). Het responsiviteitsprincipe stelt dat de interventies moeten aansluiten bij onder andere de motivatie, intellectuele capaciteiten en leerstijl en mogelijkheden van de cliënt. Daarnaast moeten programma's voldoen aan algemene vereisten, zoals een duidelijk behandelprogramma en een goede therapeutische relatie en behandelomgeving.¹⁶ Verschillende meta-analyses hebben de waarde van het RNR-model voor de vermindering van daadwerkelijke recidive aangetoond.¹⁷

De Nederlandse forensische praktijk is vanuit de verplichte risicotaxaties goed ingericht voor het werken met het RNR-model, omdat de meeste risicotaxatie-instrumenten niet alleen het recidiverisico beogen te meten, maar tevens dynamische risicofactoren in kaart brengen die geassocieerd zijn met recidive en tevens direct richting kunnen geven aan een behandeling. Daarbij vereisen alle verplichte risicotaxatie-instrumenten een gestructureerd klinisch oordeel van professionals die zijn geschoold in de instrumenten en biedt dit dus de mogelijkheid tot monitoring. De instrumenten bevatten statische risicofactoren die in principe niet te beïnvloeden zijn, omdat zij betrekking hebben op het verleden en dus informatie geven over het delictisico op basis van iemands levensgeschiedenis. De meeste instrumenten bevatten daarnaast ook dynamische risicofactoren die betrekking hebben op forensische gedragingen en attitudes in het recente verleden (meestal de voorbije 12 maanden) van een patiënt en die ten positieve kunnen veranderen, bijvoorbeeld door behandeling of begeleiding. Ten slotte bevatten de meeste instrumenten items die de situatie in de toekomst adresseren en kunnen worden gebruikt voor de inschatting voor risico's die zich kunnen voordoen bij verlopen of wanneer een behandeling of opname wordt beëindigd. De instrumenten adresseren daarmee op gestructureerde wijze het verleden, het heden en de toekomst.

De HKT-R bestaat uit 12 statische risicofactoren en 21 klinische risicofactoren (waarvan zeven toekomstig) en de sterk daarmee vergelijkbare HCR-20^{V3} bevat 10 statische risicofactoren en 10 dynamische risicofactoren (waarvan vijf toekomstig). De voor zedendelicten ingezette SVR-20 bestaat uit vooral statische en slechts 2 semidynamische risicofactoren (strikt genomen zijn deze twee dynamisch factoren niet zo dynamisch omdat niet alleen het heden maar ook het verleden in deze factoren moet worden betrokken), waarbij kan worden weergegeven of recent hierin iets is veranderd. De FARE¹⁸ lijkt sterk op de HKT-R en bevat 6 statische risicofactoren en 11 dynamische risicofactoren. Hierna bespreken wij hoe deze instrumenten het best kunnen worden ingezet in de behandeling en wat dit betekent voor rechtbanken en de advocatuur.

3. Inzet van risicotaxatie bij behandeling

Zowel de HKT-R als de HCR-20^{V3}, maar ook de SSA, lenen zich goed om risicotaxatie op drie manieren in te zetten tijdens de behandeling. De statische risicofactoren (zoals een justitiële voorgeschiedenis, verslavingsverleden en (indicaties voor) een persoonlijkheidsstoornis) bieden vooral inzicht in de ernst van criminele gedragingen in het verleden van een persoon. Deze historische risicofactoren blijken in vergelijking met klinische risicofactoren de meest accurate voorspelling te geven van toekomstige recidive.¹⁹ Ter verhoging van de betrouwbaarheid heeft het de voorkeur dat twee gedragsdeskundigen, onafhankelijk van elkaar alle beschikbare dossierstukken inzien, daarna met argumenten een ernstscore toekennen aan

15. Andrews, Bonta & Hoge 1990; Andrews & Bonta 2010.

16. Zie ook Wampold & Brown 2005.

17. Onder andere Andrews & Dowden 2006; Prendergast e.a. 2013.

18. Van Horn e.a. 2016.

19. Spreen e.a. 2014b. Zie ook Tollenaar e.a. 2016 en Ter Horst e.a. 2019.

de individuele historische factoren, en tot slot in consensus het historisch delict risico vaststellen. Dit historisch delict risico geeft dan in combinatie met de klinische factoren richting aan het beveiligingsniveau en de gebieden die risicomanagement vereisen en kan worden gebruikt als individuele basismeting van het globale delict risico bij aanvang van de forensische behandeling. Omdat statische factoren in principe onveranderbaar zijn, heeft verdere monitoring hiervan geen nut. Klinische risicofactoren, zoals disfunctioneren op opleiding of werk, delinquent sociaal netwerk, financieel wanbeleid, een beperkte vrijetijdsbesteding, een gebrekkige impulsbeheersing en disfunctionele oplossingsvaardigheden (FARE en HKT-R), probleeminzicht, psychotische symptomen, verslaving, antisociaal gedrag, vijandigheid, sociale vaardigheden, zelfredzaamheid (HKT-R), gewelddadige denkbeelden of intenties, symptomen van een ernstige psychische stoornis en instabiliteit (HCR-20^{V3}), zijn in principe veranderbaar en lenen zich uitstekend om behandeldoelen vast te stellen aan het begin van een behandelingstraject. Het behandel doel bij iedere dynamische risicofactor (een *need* in het RNR-model) is dan een substantiële vermindering van de aard of ernst van de dynamische risicofactor. Te constateren is dat de meeste dynamische risicofactoren niet zomaar veranderen en dat vaak behandeling of begeleiding nodig is. Als zodanig is het van belang om aan iedere voor de patiënt kenmerkende dynamische risicofactor een concrete zorgmodule of set van zorgmodules te koppelen. In de forensische zorgpraktijk is het daarbij wenselijk dat bij behandelmodules expliciet wordt aangegeven welke dynamische factoren daarmee worden beïnvloed, waardoor het voor behandelaars gemakkelijker wordt een keuze in modules te maken en het voor anderen, waaronder de patiënt zelf, duidelijker wordt waarop keuzes voor zorgmodules zijn gebaseerd. In een behandelplan kan een behandelaar dan duidelijk aangeven aan welke dynamische risicofactoren aandacht wordt besteed tijdens de behandeling en welke zorgmodules zijn gekozen om de gewenste veranderingen te bewerkstelligen. Periodiek beoordelen van de stand van zaken met betrekking tot de dynamische risicofactor helpt daarna om te bepalen of een patiënt wel of niet is verbeterd (of zelfs verslechterd) en/of continuering of verandering van de gekozen zorgmodules of het niveau van risicomanagement wenselijk is.

Toekomstige risicofactoren, zoals overeenstemming over afspraken, steun van een sociaal netwerk, aanwezigheid van stresserende omstandigheden en leefomstandigheden, bieden, zoals eerder weergegeven, zicht op risico's die zich kunnen voordoen bij verloven of wanneer een opname zonder toezicht wordt beëindigd. Deze risicofactoren zijn dus vooral nuttig voor het vaststellen van welke vrijheden aan een justitiabele kunnen worden verleend tijdens de behandeling. Aanwezigheid van een toekomstige risicofactor vraagt dan doorgaans directe aandacht en voortdurend moet worden bewaakt of een toekomstige risicofactor nog aanwezig is. In de ambulante forensische zorgpraktijk komen deze risicofactoren voor een belangrijk deel naar voren in het huidige func-

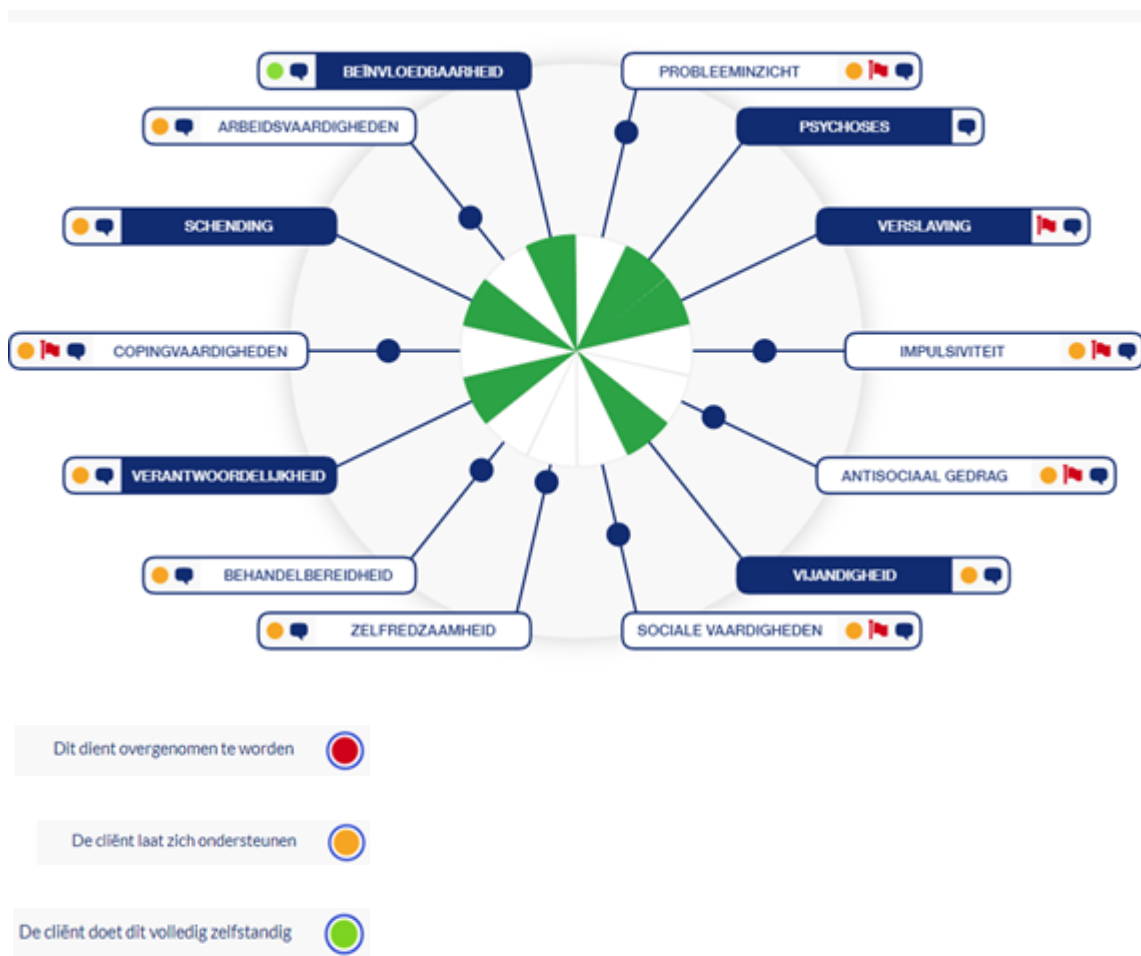
tioneren, omdat de patiënt zich al begeeft in de maatschappij. Het risicotaxatie instrument voor de ambulante forensische zorgpraktijk, de FARE, bevat daarom geen toekomstige items.

4. Mogelijkheden tot verbetering van de risicotaxatie in de forensische zorg


Tijdens een forensische behandeling is het van belang dat de voortgang van de behandeling periodiek wordt besproken in een multidisciplinair team, zodat kan worden vastgesteld of het wenselijk is om het ingezette behandelplan te vervolgen, te wijzigen of te beëindigen. Daarbij moet vooral de voortgang van de dynamische risicofactoren worden besproken en tevens welke dynamische risicofactoren nog aanwezig zijn. Het is daarbij mogelijk om een multidisciplinaire risicotaxatie te maken met behulp van bijvoorbeeld het Instrument voor Forensische Behandel-evaluatie (IFBE),²⁰ dat een bewerking is van de HKT-R. Door multidisciplinair te meten wordt informatie van zo veel mogelijk bronnen gebruikt, waardoor een beter longitudinaal beeld van het functioneren van de patiënt wordt verkregen. Ook heeft het IFBE al laten zien dat het een goede voorspellende waarde heeft voor geweld op de korte termijn (tijdens de behandeling). Tevens is het mogelijk om onafhankelijk van elkaar door alle betrokkenen, een met argumenten onderbouwde HKT-spin²¹ te maken als uitgangspunt voor de behandel-evaluatie. Een voorbeeld hiervan staat hieronder weergegeven. Voor patiënten is het daarnaast mogelijk gebruik te maken van een zelfscore spinapp (www.youtube.com/watch?v=M16UblH3CMM) waarmee patiënten een eigen risicotaxatie kunnen maken.

20. Schuringa, Spreen & Bogaerts 2014.

21. Ter Horst e.a. 2014.



 Factor die gescoord is staat (in)direct in relatie staat tot het risico op recidive.

 Beschermende factor.

Omdat patiënten zich in verschillende contexten verschillend kunnen gedragen, is het zinvol om zo veel mogelijk informatie over de verschillende contexten te verzamelen. Hierbij kan het zinvol zijn om een toezichthouder van de reclassering te betrekken bij de risicotaxatie, indien deze al betrokkenheid heeft bij de patiënt. Ook een naaste van de patiënt zou kunnen worden betrokken bij de risicotaxatie. Daarbij is het van belang te weten dat onderzoek²² heeft laten zien dat het betrekken van naasten bij de zorg regelmatig leidt tot betere behandeluitkomsten en blijkt uit literatuuronderzoek en interviews met professionals dat er een brede consensus is voor het betrekken van familieleden en naasten bij de behandeling.²³ Zowel in de reguliere ggz als in de forensische zorg leidt dit er steeds meer toe dat de omgeving wordt ingeschakeld in de zorg. Verder is het met het oog op het bevorderen van betrokkenheid van de patiënt bij zijn behandeling belangrijk om ook de patiënt actief te betrekken in de risicotaxatie. Het verdient naar onze

mening dan ook aanbeveling om bij een behandelbespreking een gezamenlijke risicotaxatie te maken in aanwezigheid van een multidisciplinair behandelteam, de patiënt, een naaste van de patiënt en een medewerker van de reclassering. Dit biedt waarschijnlijk beter zicht op dynamische risicofactoren en risico's in verschillende contexten, maar ook op de mate waarin risicofactoren en risico's in verschillende contexten verder te verminderen zijn. Wanneer alle betrokkenen van mening zijn dat een bepaalde risicofactor niet meer aanwezig is, kan dat leiden tot het beëindigen van de behandeling van deze risicofactor. Evenzo kan een eenduidige mening van de betrokkenen over het aanwezig zijn van een risicofactor leiden tot continuering of aanpassing van een behandeling van deze risicofactor. Verder leveren verschillen van mening waarschijnlijk belangrijke informatie op over de verdere mogelijkheden om een risicofactor effectief te behandelen.

22. Zie bijvoorbeeld McCrady 2004.

23. Bootsma, Van den Berg & Spreen 2014.

5. Communicatie aan de rechter

Bij een verlengingszitting tbs of een rechtszitting waarin een tenuitvoerlegging of een omzetting van een tbs met voorwaarden in een tbs met dwangverpleging centraal staat, is de rechter gebaat bij een recente risicotaxatie met behulp van een met name genoemd instrument. Risicotaxatie moet altijd worden afgerond met een eindconclusie, het zogenaamd klinisch gewogen eindoordeel op recidive in termen van laag/matig/hoog of in termen van laag/laag-matig/matig/matig-hoog/hoog en zo mogelijk met de bijbehorende recidivekans in termen van procenten recidive binnen de desbetreffende populatie. Daarbij moet ook de diagnostische waarde van het instrument worden weergegeven. Omdat het eindoordeel kan verschillen per context, moeten twee verschillende contexten worden beoordeeld bij een klinisch traject: de context dat de patiënt uit zorg is (er is geen forensische bemoeienis meer, de patiënt is op zichzelf aangewezen in de maatschappij) en de context dat nog wel forensische zorg wordt geboden (hierbij dient dan wel de inhoud en intensiteit van de zorg te worden beschreven).

Vanuit wat is besproken in dit artikel, achten wij het wenselijk dat de rechter daarnaast wordt geïnformeerd over het aantal en de mate waarin de dynamische risicofactoren succesvol zijn behandeld in de afgelopen periode. Tevens is de rechter onzes inziens gebaat bij informatie over het aantal dynamische risicofactoren dat nog aanwezig is en welke pogingen zijn ondernomen om deze dynamische risicofactoren in ernst en aantal te verminderen. Hierbij is ook het initiële recidiverisico van belang, zodat gemakkelijk kan worden gezien welke voortgang is geboekt in absolute zin en relatieve zin. Naar onze mening moet de rechter dus vooral duidelijk worden geïnformeerd over de mate waarin de patiënt is verbeterd in de afgelopen tijd (ook ten opzichte van het initiële recidiverisico) en de mate waarin nog verbeteringen mogelijk zijn.

Met het oog op de complexiteit van alle informatie is de rechter ongetwijfeld gebaat bij informatie over de mate waarin de verschillende betrokkenen het eens zijn over de veranderingen in de dynamische risicofactoren en de nog aanwezige dynamische risicofactoren. Wanneer daarbij de betrokkenen bestaan uit de patiënt zelf, de behandelaar, de toezichthouder en een naaste uit de omgeving van de patiënt, is alle informatie aanwezig om een weloverwogen beslissing te maken omtrent het verdere strafrechtelijke proces. Eensluidende inschattingen bieden dan waarschijnlijk een stevige onderbouwing voor de strafrechtelijke beslissingen en verschillende inschattingen bieden dan enig zicht op problemen die zich verder kunnen voordien bij de verdere behandeling vanuit een bepaalde maatregel. In alle gevallen hebben beslissingen dan een beter beargumenteerde basis.

6. Literatuur

Andrews & Bonta 2010

D.A. Andrews & J. Bonta, *The psychology of criminal conduct*, Newark: LexisNexis 2010 (5e druk).

Andrews, Bonta & Hoge 1990

D.A. Andrews, J. Bonta & R.D. Hoge, 'Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology', *Criminal Justice and Behavior* 1990, 17, 19-52.

Andrews & Dowden 2006

D.A. Andrews & C. Dowden, 'Risk principle of case classification in correctional treatment: A meta-analytic investigation', *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2006, 50, 88-100.

Berg, van den 2006

A. van den Berg, 'Risico's van risicotaxatie: De risico's van risicotaxatie-instrumenten in de forensische behandelpraktijk', *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2006, 32, 172-177, DOI 10.1007/BF03062220.

Berg, van den, Smid & Koch 2014

J.W. van den Berg, W.J. Smid & M. Koch, *Stable-2007 Scorehandleiding* (vertaling van Y. Fernandez e.a., *Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012*, Her Majesty The Queen in Right of Canada 2012), Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten 2014.

Blaauw, Bogaerts & Spreen 2019

E. Blaauw, S. Bogaerts & M. Spreen, 'Risicotaxatie in de Nederlandse rechtspraktijk: op naar een best practice', *EeR* 2019, afl. 2, 70-77.

Boer e.a. 1997

D.P. Boer, S.D. Hart, P.R. Kropp & C.D. Webster, *Manual for the Sexual Violence Risk – 20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*, Vancouver (British Columbia): British Columbia Institute on Family Violence and Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University 1997.

Bogaerts e.a. 2018

S. Bogaerts, M. Spreen, P. ter Horst & C. Gerlsma, 'Predictive validity of the HKT-R risk assessment tool: Two and 5-year violent recidivism in a nationwide sample of Dutch forensic psychiatric patients', *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2018, 62, 2259-2270, DOI:10.1177/0306624X17717128.

Bootsma, Van den Berg & Spreen 2014

M. Bootsma, M. van den Berg & M. Spreen, *De rol van het persoonlijke sociale netwerk in de Forensische Psychiatrie*, Utrecht: KFZ 2014.

Douglas & Ogloff 2003

K. Douglas & R. Ogloff, 'Multiple facets of risk for violence: the impact of judgmental specificity on structured decisions about violence risk', *International Journal of Forensic Mental Health* 2003, 2(1), 19-34.

Douglas e.a. 2013

K.S. Douglas, S.D. Hart, C.D. Webster & H. Belfrage, *Assessing risk for violence – User guide* (HCR-20V3), Burnaby (Canada): Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University 2013.

Hare 2003

R.D. Hare, *The Hare Psychopathy Checklist – Revised* (Vol. 2nd), Toronto (Ontario): Multi-Health Systems 2003.

Hart, Cooke & Mitchie 2007

S.D. Hart, D.J. Cooke & C. Mitchie, 'Precision of actuarial risk assessment instruments: Evaluating the "margins of error" of group versus individual predictions of violence', *British Journal of Psychiatry* 2007, 190, s60-s65.

Hildebrand, De Ruiter & Van Beek 2001

M. Hildebrand, C. de Ruiter & D. van Beek, *Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag* (SVR-20), Utrecht: Forum Educatief 2001.

Horn, van e.a. 2016

J.E. van Horn, M.J. Eisenberg, Y.H.A. Bouman, F.J.A.C. van den Hanenberg, C.E. van der Put & S. Bogaerts, *Handleiding. Forensisch Ambulante Risico Evaluatie. Volwassen cliënten vanaf 18 jaar, versie 1.0*, Kwaliteit Forensische Zorg 2016.

Horst, ter e.a. 2014

P. ter Horst, M. van Ham, M. Spreen & S. Bogaerts, 'Behandelevaluatie en klinische besluitvorming met behulp van HKT-30 ROM', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2014, 56, 228-236.

Horst, ter, Spreen & Bogaerts 2019

P. ter Horst, M. Spreen & S. Bogaerts, 'In-, door- en uitstroomprofielen tbs. HKT-R Referentie profielen ter ondersteuning van klinische besluitvorming bij inschatting beveiligingsniveau, in- en doorstroom, verlofaanvraag/uitbreiding en advies tbs-verlenging of einde tbs. Aangeboden ter beoordeling door Kwaliteit Forensische Zorg'.

Koch, Van den Berg & Smid 2014

M. Koch, J.W. van den Berg & W.J. Smid, *Acute-2007 Scorehandleiding* (vertaling van R.K. Hanson & A.J.R. Harris, *Acute-2007 Coding Manual*, Her Majesty The Queen in Right of Canada 2012), Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten 2014.

McCrary 2004

B.S. McCrary, 'To have but one true friend: Implications for practice of research on alcohol use disorders and social networks', *Psychology of Addictive Behaviors* 2004, 18(3), 113-121.

Palmer 2001

E.J. Palmer, 'Risk assessment: review of psychometric measures', in: D.P. Farrington, C.R. Hollin & M. McMurrin, *Sex and Violence: the psychology of crime and risk assessment*, Londen/New York: Routledge 2001, 7-22.

Prendergast e.a. 2013

M.L. Prendergast, F.S. Pearson, D. Podus, Z.K. Hamilton & L. Greenwell, 'The Andrews' principles of risk, needs, and responsivity as applied in drug treatment programs: Meta-analysis of crime and drug use outcomes', *Journal of Experimental Criminology* 2013, 9, 275-300.

Prins 1999

H. Prins, *Will they do it again? Risk assessment and management in criminal justice and psychiatry*, Londen/New York: Routledge 1999.

Schuringa, Spreen & Bogaerts 2014

E. Schuringa, M. Spreen & S. Bogaerts, 'Inter-rater and test-retest reliability, internal consistency, and factorial structure of the Instrument for Forensic Treatment Evaluation', *Journal of Forensic Psychology Practice* 2014, 14(2), 127-144.

Smid, Koch & Van den Berg 2014

W.J. Smid, M. Koch & J.W. van den Berg, *Static-99R Scorehandleiding* (bewerkte vertaling van A.J.R. Harris e.a., *STATIC-99R Coding Manual: Revised 2003*, Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2003), Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten 2014 (herziene uitgave).

Spreen e.a. 2014a

M. Spreen, E. Brand, P. ter Horst & S. Bogaerts, *Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R. Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie*, Groningen: FPC Dr. S. van Mesdag 2014.

Spreen e.a. 2014b

M. Spreen, E. Brand, P. ter Horst & S. Bogaerts, *Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R. Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie*, Groningen: Repro FPC Dr. S. van Mesdag 2014.

Stcrt. 2007

'Circulaire Toetsingskader verlof ter beschikking gestelden', *Stcrt.* 2007, 123, p. 11.

Tollenaar e.a. 2016

N. Tollenaar, P.G.M. van der Heijden, B.S.J. Wartna & S. Bogaerts, 'StatRec-Performance, Validation and Preservability of a Static Risk Prediction Instrument', *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique* 2016, 129(1), 25-44.

Vertommen e.a. 2002

H. Vertommen, R. Verheul, C. de Ruiter & M. Hildebrand, *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist [Revised version of Hare's Psychopathy Checklist]*, Lisse: Swets 2002.

Vogel, de e.a. 2013

V. de Vogel, M. de Vries Robbe, Y. Bouman, F. Chakhssi & C. de Ruiter, 'Innovatie in risicotaxatie van geweld: De hcr:v3', *Gedragstherapie* 2013, 46, 107-118.

Wampold & Brown 2005

B.E. Wampold & G.S. Brown, 'Estimating variability in outcome attributable to therapists. A naturalistic study of outcomes in managed care', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005, 73(5), 914-923.

Webster e.a. 2009

C.D. Webster, M. Martin, J. Brink, T.L. Nicholls & S.L. Desmerais, *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 2009.