



Risicotaxatie in de praktijk

Inschatten van het risico van herhaald delictgedrag is steeds belangrijker in het forensisch sociale domein. In dit artikel wordt beschreven hoe de risicotaxatie het best vorm kan krijgen in de praktijk en wat de rol van de verpleegkundig specialist hierin kan zijn. Aan de hand van de casus over Kimberly wordt duidelijk hoe risicotaxatie gebruikt kan worden in de behandeling.

VIVIENNE DE VOGEL, lector Werken in justitieel kader, Hogeschool Utrecht; onderzoeker Van der Hoeven Kliniek, De Forensische Zorgspecialisten, Utrecht

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- weet u welke methoden van risicotaxatie er zijn;
- weet u welke risicotaxatie-instrumenten in Nederland het meest gebruikt worden;
- weet u hoe deze instrumenten in de praktijk het best gebruikt kunnen worden;
- weet u als verpleegkundig specialist hoe u kunt bijdragen aan een gestructureerde risicotaxatie.

TREFWOORDEN

risicotaxatie, recidive, forensisch sociale domein

1 STUDIEPUNT

Voorbeelden van relevante vragen die dagelijks spelen in het forensisch sociale domein zijn:

- Kan een tbs-patiënt met verlof naar de andere kant van het land?
- Wanneer is het verantwoord om een forensisch cliënt zelfstandig te laten wonen?

Inschatten van het risico van herhaald delictgedrag of ander ongewenst gedrag is een belangrijke taak voor professionals die werken in de (forensisch) psychiatrische zorg, verslavingszorg, bij de reclassering, of het gevangeniswezen.

De kennis over risicofactoren voor gewelddadig of algemeen delictgedrag is de afgelopen 25 jaar enorm toegenomen en er zijn meer dan 200 instrumenten ontwikkeld om deze factoren in kaart te brengen. Zo zijn er risicotaxatie-instrumenten voor:

- algemeen gewelddadig gedrag;
- verschillende vormen van geweld (zoals partner-mishandeling, seksueel geweld en kindermishandeling);
- vrouwen;
- verschillende leeftijdsgroepen.

Voor terbeschikkinggestelden is het sinds 2005 verplicht om minimaal eenmaal per jaar een risicotaxatie uit te voeren. Ook bij de reclassering en in ambulante forensische instellingen is risicotaxatie inmiddels verplicht. In de reguliere GGZ en het gevangeniswezen wordt deze steeds vaker toegepast. De resultaten van de risicotaxatie zijn terug te vinden in bijvoorbeeld Pro Justitia rapportages, tbs-verlengingsadviezen en rapportages van de reclassering. Ze zijn zeer bepalend geworden voor zowel de berechting als voor de (vervolg)trajecten van forensische cliënten.

HET BELANG VAN RISICOTAXATIE

Het doel van risicotaxatie is niet zozeer het voorspellen van recidive, als wel inzicht krijgen in de risico's van een persoon en op basis daarvan concrete richtlijnen bieden voor risicomangement om te voorkomen dat hij of zij terugvalt in delictgedrag.

Dit gaat dan over het benodigde niveau van beveiliging en welke interventies nodig zijn om risico's te verlagen of beheersen. Personen met een hoog risico moeten een intensiever traject krijgen dan degenen met een laag risico en de interventies moeten aansluiten bij aanwezige veranderbare risicofactoren en bij de leerstijl van de cliënt. Dit is in lijn met het

wereldwijd veelgebruikte *Risk-Need-Responsivity model*.¹ Voor de maatschappij is risicotaxatie van groot belang. Sinds de invoering van gestructureerde risicotaxatie zijn de recidivecijfers van tbs'ers bijvoorbeeld gedaald. Hier zijn meerdere verklaringen voor, maar er wordt aangenomen dat het gebruik van risicotaxatie-instrumenten hiervoor belangrijk is geweest. Ook voor de behandelpraktijk is het belang van risicotaxatie groot: voor cliënten zijn de resultaten sterk bepalend voor hun toekomst, aangezien ze invloed hebben op de inhoud van behandelplannen en (verlof) beslissingen. Voor een forensische instelling is het goed om te weten wie intensieve behandeling nodig heeft en wie juist niet. Op die manier kan er zo efficiënt mogelijk gewerkt worden. Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten kan helpen bij besluitvorming hierover. Bovendien beschermt het de rechten van cliënten, doordat voor iedereen dezelfde procedure wordt gevolgd.

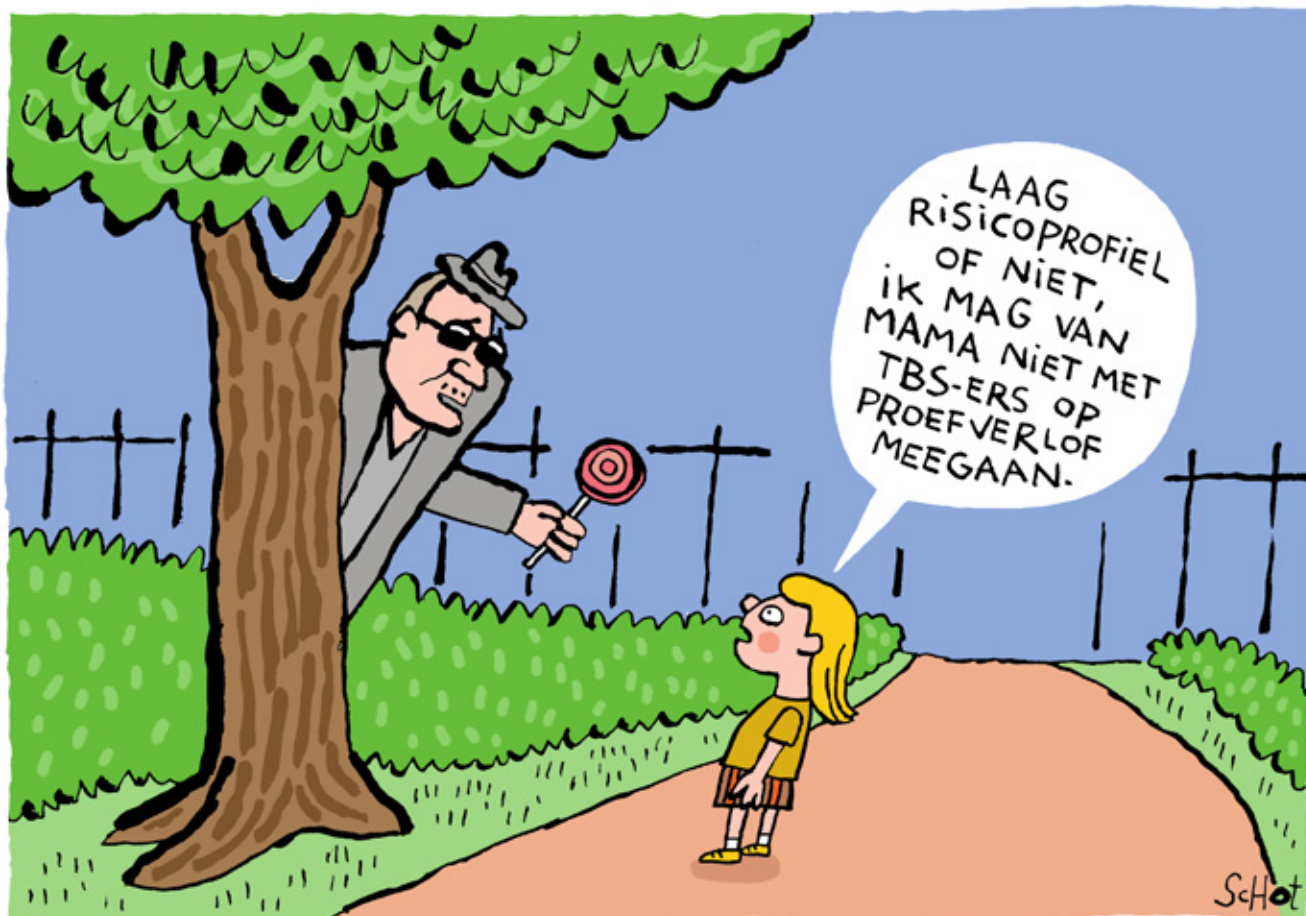
MANIEREN OM RISICO'S IN TE SCHATTEN

Er zijn verschillende typen risicotaxatie-instrumenten voorhanden. Ze zijn grofweg te verdelen in:

- actuariële instrumenten;
- instrumenten volgens de methode van het gestructureerd professioneel oordeel.

Beide typen risicotaxatie-instrumenten bestaan uit risicofactoren waarvan wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat ze met delictgedrag samenhangen. Het verschil zit vooral in de manier van coderen.

Actuariële instrumenten zijn specifiek bedoeld om te voorspellen. Deze instrumenten zijn relatief snel en eenvoudig volgens de regels in de handleiding te scoren en de factoren worden volgens een vast algoritme opgeteld om tot een eindoordeel over het risico te komen. De meeste actuariële instrumenten bevatten statische, niet (ten positieve) veranderbare factoren, maar er komen ook steeds meer actuariële instrumenten die dynamische (veranderbare) factoren bevatten. Een voorbeeld van een veelgebruikt actuariële instrument met dynamische factoren is de 'Static/Stable/Acute' combinatie voor seksueel delinquenten. De *methode van het gestructureerd professioneel oordeel* wordt in Nederland het meest gebruikt. De essentie van deze methode is dat de beoordelaar een score geeft op de factoren van het instrument en vervolgens zijn of haar kennis en ervaring gebruikt om deze factoren te interpreteren, integreren en combineren, om tot een eindoordeel over het recidiverisico te komen. De risicofactoren worden niet bij elkaar opgeteld zoals bij actuariële instrumenten, maar het eindoordeel is



Cartoon: Bas van der Schot

beschrijvend (laag, matig, hoog). Over het algemeen geldt dat hoe meer risicofactoren aanwezig zijn, hoe hoger het risico zal zijn en hoe intensiever het risicomanagement moet zijn. Dit is echter niet altijd het geval. Bijvoorbeeld wanneer één enkele risicofactor allesbepalend is, zoals wanneer iemand lijdt aan een chronische waan om iemand te doden. In dat geval is het risico hoog. Het eindoordeel kan ook juist laag zijn ondanks een hoge score, bijvoorbeeld bij een pedoseksueel die opgenomen is in een tbs-instelling waar geen kinderen komen. In dit geval hangt het sterk af van de context, wanneer deze verandert, is een nieuwe risicotaxatie noodzakelijk.

Bij de HCR-20^{V3}, een veelgebruikt instrument volgens deze methode, worden drie mogelijkheden voor het eindoordeel geboden:

1. laag of routine betekent dat er niet direct speciale interventie of toezicht nodig is;
2. matig of verhoogd betekent dat enkele specifieke strategieën nodig zijn, inclusief een verhoogde frequentie van monitoren;
3. hoog of urgent betekent dat er een grote noodzaak is om een risicomanagementplan te ontwikkelen.

Bij het eindoordeel dient ook uitgelegd te worden wat aan delictgedrag wordt verwacht: hoe vaak, hoe ernstig, wie is een potentieel slachtoffer en in welke situaties? Dit wordt ook wel scenarioplanning genoemd. Het risicomanagementplan kan daarop vervolgens zo goed mogelijk worden afgestemd. De tbs-instellingen in Nederland kunnen voor de verplichte risicotaxatie kiezen uit twee instrumenten:

- de HCR-20^{V3} (Historical Clinical Risk-management-20 Versie 3);
- de HKT-R (Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie).²

Voor het forensisch ambulante veld is sinds 2019 de FARE (Forensisch Ambulante Risico Evaluatie) als verplicht instrument aangesteld (zie www.fare-ambulant.nl) en bij de reclassering de RISC (Recidive Inschattingsschalen). In tabel 1 zijn de in Nederland gebruikte instrumenten voor volwassenen weergegeven (zie voor een volledig overzicht inclusief referenties De Vogel et al. 2019³).

WELK INSTRUMENT IS HET BESTE?

De meeste in Nederland beschikbare instrumenten om risico's in te schatten zijn wetenschappelijk onderzocht en betrouwbaar bevonden.^{4,2} Het maakt in feite niet veel uit welke u kiest, als het instrument maar goed bij de doelgroep past en als het maar op de juiste manier wordt gebruikt, dus zoals in de handleiding staat beschreven. Het volgen van een training en regelmatige intervisie met collega's is zeer aan te bevelen. Verder is

naam instrument	bedoeld voor
HCR-20 ^{V3}	geweld
HKT-R	algemene recidive/geweld
FAM	aanvulling op HCR-20 ^{V3} of HKT-R voor vrouwen
SAPROF	beschermende factoren geweld
START	korte termijn, diverse uitkomstmaten, o. a. geweld, zelfverwaarlozing
RISC	algemeen recidiverisico – reclassering
Static-Stable-Acute	seksueel geweld
B-SAFER	partnergeweld
Stalking Risk Profile	stalking
CARE-NL	kindermishandeling

Tabel 1 In Nederland gebruikte risicotaxatie-instrumenten voor volwassenen.

het belangrijk om nieuwe ontwikkelingen en de literatuur op dit gebied bij te houden.

Kijk ook naar beschermende factoren

De kennis over risicofactoren voor geweld is de afgelopen decennia sterk toegenomen, maar er is relatief weinig aandacht geweest voor factoren die kunnen compenseren voor risicofactoren. Wanneer beschermende factoren niet meegewogen worden, is de risicotaxatie niet in balans. Dit zou kunnen leiden tot pessimisme bij professionals, stigmatisering van cliënten en eventueel onterecht langdurige vrijheidsbeneming.

Beschermende factoren kunnen

- persoonlijk zijn (bijvoorbeeld zelfcontrole of motivatie voor behandeling);
- situationeel zijn (bijvoorbeeld steunend netwerk of toezicht);
- concrete behandeldoelen bieden om het risico van (herhaald) delictgedrag te verlagen;
- een motiverende invloed hebben op zowel cliënten als hun begeleiders.

Casus Kimberly⁵

Kimberly heeft geen gemakkelijke jeugd gehad. Haar ouders zijn allebei alcoholverslaafd en hebben vaak slaande ruzie. Kimberly en haar zusjes mogen vanaf jonge leeftijd ook alcohol drinken. Als ze 13 jaar is, suïcideert vader zich. De moeder van Kimberly stort volledig in en wordt opgenomen in de psychiatrie. Kimberly en haar



zusjes gaan bij een tante wonen, maar Kimberly heeft vaak ruzie met haar tante en voelt zich ongelukkig. Wanneer ze 14 jaar oud is, loopt ze weg en gaat op straat leven, waar ze drugs begint te gebruiken. Ze belandt in de prostitutie en pleegt diefstallen om haar verslaving te bekostigen. Op haar 18e raakt ze zwanger van een klant. Ze probeert te stoppen met drugs, maar dat lukt haar niet. Haar dochttertje wordt tot haar grote verdriet direct na de geboorte bij Kimberly weggehaald. Vanaf dat moment glijdt ze verder af, ze wordt steeds vaker agressief, zowel naar anderen als naar zichzelf. Kimberly wordt regelmatig opgenomen in de psychiatrie, maar loopt steeds weg of veroorzaakt problemen. Wanneer ze 24 jaar is, besluit ze samen met haar vriend zijn oma die veel geld in huis heeft te beroven. Ze drinken zich moed in met bier en beroven de vrouw op agressieve wijze. Ze laten haar achter met een doek met ammoniak in haar mond. De volgende dag is de vrouw overleden. Kimberly en haar vriend worden allebei tot de tbs-maatregel veroordeeld.

Tbs-maatregel

In de tbs-kliniek komt Kimberly gemotiveerd over, maar het kost haar moeite om het behandelprogramma te volgen. Ze heeft regelmatig ruzie met medepatiënten, verwondt zichzelf en probeert stiekem alcohol te stoken. Kimberly wordt gediagnosticeerd met middelenafhankelijkheid, posttraumatische stressstoornis en een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Ze wordt na meerdere gewelddadige incidenten overgeplaatst naar een individuele afdeling waar meer structuur is. Daar gaat het beter en komt ze tot rust.

Risicotaxatie

Er wordt bij Kimberly een risicotaxatie uitgevoerd. Een hoofdbehandelaar, diagnosticus en een groepsleider scoren onafhankelijk van elkaar drie instrumenten, de HCR-20^{v3}, SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for violence risk) en FAM (Female Additional Manual), waarna ze in consensusbespreking de factoren doorlopen:

- De belangrijkste risicofactoren uit de HCR-20^{v3} zijn voor Kimberly middelengebruik, problemen met relaties en trauma's uit haar verleden.
- Haar prostitutieverleden, lage zelfbeeld en de zorgen/verdriet om haar dochter zijn relevante factoren uit de FAM, die specifiek voor vrouwen is ontwikkeld als aanvulling op de HCR-20^{v3}.
- Beschermende factoren zoals gescoord met de SAPROF zijn vooral extern van aard, zoals de intensieve begeleiding en het toezicht.

De conclusie uit de risicotaxatie is dat het risico van gewelddadig gedrag binnen de huidige context met veel structuur en begeleiding laag tot matig is, maar zonder het kader van tbs hoog. Op basis van de resultaten van de risicotaxatie wordt een risicomanagementplan opgesteld, gericht op het verminderen van de aanwezige en relevante risicofactoren en tegelijkertijd op het versterken van beschermende factoren, zoals copingvaardigheden, en herstel van contact met haar familie.

Behandeling

De behandeling is in het begin vooral gericht op trauma-verwerking: Kimberly krijgt individuele psychotherapie en EMDR. Verder krijgt ze alcoholaversiemedicatie en wordt

ze regelmatig gecontroleerd op middelengebruik. De behandeling is langdurig en verloopt met vallen en opstaan. Kimberly start tweemaal met een resocialisatietraject buiten de kliniek, maar dit blijkt te moeilijk. Ze valt terug in alcoholgebruik en gaat risicovolle seksuele relaties aan, en wordt weer opgenomen in de kliniek. Er wordt een nieuwe risicotaxatie gedaan en het risicomanagementplan wordt aangescherpt. Ondertussen blijkt dat ze steeds meer lichamelijke problemen en geheugenproblemen heeft, waarschijnlijk door haar vele alcohol- en drugsgebruik. Besloten wordt om de behandeling te richten op het verhogen van kwaliteit van leven en niet meer op terugkeer naar de maatschappij. Kimberly wordt overgeplaatst naar een longcare-afdeling, waar meer rust en ruimte is. Ze krijgt met hulp van behandelaars weer contact met haar dochter, die inmiddels zelf moeder is. Dit doet haar goed. Er zijn nauwelijks meer incidenten van gewelddadige aard naar anderen of zichzelf.

ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

Sommige instrumenten stellen eisen aan de beoordelaar, bijvoorbeeld dat alleen een psycholoog of psychiater het instrument mag invullen. De meeste instrumenten stellen deze eis echter niet. De verpleegkundig specialist kan hoe dan ook een rol hebben in de risicotaxatie, ofwel door het instrument zelf in te vullen, dan wel door inhoudelijke inbreng, bijvoorbeeld bij een casuïstiekbespreking/consensusbespreking.

Het werken volgens een *consensusmodel* is een waardevolle methode om de kwaliteit van de risicotaxatie te verhogen. In dit model worden de instrumenten door beoordelaars van verschillende disciplines onafhankelijk van elkaar gescoord. Vervolgens worden door middel van discussie de consensusscores bepaald voor de gebruikte instrumenten.

Deze consensusbesprekingen bieden gelegenheid om:

- informatie te delen;
- begrip van de factoren aan te scherpen;
- de scoringsvaardigheden te verbeteren;
- samen mogelijke risicomanagementstrategieën te bespreken.

De verschillende invalshoeken – bijvoorbeeld van een onafhankelijke, op afstand staande onderzoeker en de behandelende professional die de cliënt goed kent – vullen elkaar goed aan. Vaak heeft een groepsleider bijvoorbeeld belangrijke kennis die een onderzoeker niet uit dossiers kan halen; hoe gedraagt iemand zich op een leefgroep of bij het boodschappen doen? Uit Nederlands onderzoek in de tbs is gebleken dat de consensuscodering de beste voorspelling van geweldsrecidive oplevert.¹

TOT SLOT

Risicotaxatie is niet meer weg te denken en er zijn veel positieve ontwikkelingen op dit gebied. Toch zijn er ook verbeteringen mogelijk. Regelmatig worden er knelpunten geconstateerd:

- de implementatie van instrumenten;
- de praktische uitvoering;
- kwaliteitsbewaking;
- de communicatie naar buiten (worden de resultaten wel goed begrepen door collega's of door een rechter?).

Het is belangrijk dat daar meer aandacht naar uitgaat. De waarde van risicotaxatie-instrumenten staat of valt bij de zorgvuldigheid waarmee er in de dagelijkse praktijk wordt omgegaan.

Verder is het goed ervan bewust te blijven dat risicotaxatie geen absolute zekerheden biedt en dat het regelmatig herhaald moet worden. Het risico van geweld is immers dynamisch en sterk afhankelijk van omgevingsfactoren. Bovendien is de kwaliteit van de risicotaxatie mede afhankelijk van de kwaliteit en beschikbaarheid van dossierinformatie en de kwaliteit van de beoordelaar(s).

De maatschappij en de politiek verlangen logischerwijs een veilige samenleving, waarin elke recidive van een forensisch cliënt er één te veel is, maar een veiligheids-garantie van 100% is onhaalbaar. Het is dan ook belangrijk om reëel te blijven en oog te houden voor de (on)mogelijkheden van risicotaxatie en hier duidelijk over te communiceren tegenover bijvoorbeeld juristen en beleidsmakers. ■

LITERATUUR

- 1 Bonta J, Andrews DA. The psychology of criminal conduct (6th ed). New Providence, NJ: LexisNexis; 2017.
- 2 Beide instrumenten zijn te downloaden vanaf www.forensischezorg.nl/beleid/risicotaxatie-instrumenten.
- 3 Vogel V de, Vries Robbé M de, Broek E van den. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: Fundamenten en praktijk. In: Goethals K, Meynen G, Popma A, redactie. Leerboek forensische psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2019. p. 501-24.
- 4 Vogel V de. Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients (academisch proefschrift). Amsterdam: Dutch University Press; 2005. Zie <http://dare.uva.nl/document/13725>.
- 5 Om privacyredenen zijn naam en details aangepast. Deze casus is terug te vinden in Vogel V de. Geweld door vrouwen. Motieven en verklaringen. Amsterdam: Boom; 2017.