

# Risicotaxatie in de Nederlandse ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg

J. VAN HORN, M. EISENBERG, K. UZIEBLO

- ACHTERGROND** Risicotaxatie wordt in de forensische poliklinieken steeds belangrijker gevonden. Dat blijkt ook uit het toenemend aantal risicotaxatie-instrumenten dat in de Nederlandse ambulante forensische ggz wordt gebruikt.
- DOEL** Een eerste overzicht geven van de risicotaxatie-instrumenten die momenteel in het ambulante forensische veld en aanpalende ambulante sectoren worden gebruikt, alsmede van hun psychometrische kwaliteiten.
- METHODE** In totaal bevat het overzicht 22 risicotaxatie-instrumenten, waarvan 13 onderzocht zijn op de mate van overeenstemming tussen beoordelaars (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) en/of recidivevoorspelling (predictieve validiteit).
- RESULTATEN** De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid blijkt beter op (sub)schaalniveau dan op itemniveau en de instrumenten hebben een betere recidivevoorspelling bij langere follow-upperiodes.
- CONCLUSIE** Onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van risicotaxatie-instrumenten blijft nodig, vooral naar de sensitiviteit van de dynamische risicofactoren.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)8, 583-592

**TREFWOORDEN** ambulante forensische sector, psychometrische kwaliteit, risicotaxatie-instrumenten



Risicotaxatie (het taxeren van de kans op terugval in delictgedrag, ook wel recidiverisico) en risico-evaluatie (het monitoren van veranderingen in risicofactoren) nemen de laatste decennia een hoge vlucht. Rapporteerden Brand en Diks in 2001 nog over het gebruik van slechts vijf risicotaxatie-instrumenten in Nederland, in 2010 verschenen twee overzichtsartikelen waarin de auteurs 26 risicotaxatie-instrumenten beschreven (Blok e.a. 2010; Harte & Breukink 2010). Deze artikelen beschrijven hoofdzakelijk instrumenten die destijds in de klinische (residentiële) forensische sector werden gebruikt. Risicotaxaties in de forensische poliklinieken werden begin 2000 incidenteel verricht en vanaf 2008 structureel. Gevoed door twee belangrijke ontwikkelingen – namelijk de ontwikkeling van het *risk-need-responsivity*(RNR)-model en het toenemend

belang van een systematische evaluatie van behandeluitkomsten – beschouwt men risicotaxatie steeds meer als een relevant en onmisbaar onderdeel van ambulante forensische behandelingen.

## Het risk-need-responsivity(RNR)-model

Het RNR-model (Andrews e.a. 1990; Andrews & Bonta 2007; 2010) heeft een belangrijke rol gespeeld in het risicodelen in het ambulante forensische veld. Het RNR-model is een rehabilitatietheorie bestaande uit drie basisprincipes: het risico-, het zorgbehoefte- en het responsiviteitsprincipe. Bij juiste toepassing bewerkstelligen deze een effectieve vermindering van recidive: bij ambulant behandelde delinquenten wordt tot wel 35% vermindering van recidive gerapporteerd (Andrews & Bonta 2010). De effectiviteit

teit van de RNR-principes in het terugdringen van recidive is in diverse meta-analyses aangetoond (Andrews & Dowden 2006; Hanson e.a. 2009; Prendergast e.a. 2013).

Wat houden de drie basisprincipes van het RNR-model in? Het *risicoprincipe* geeft aan dat de intensiteit en duur van de behandeling (behandelbeleid) moeten worden afgestemd op het recidiverisico van de cliënt: hoe hoger het recidiverisico, des te frequenter en langer de behandeling dient te zijn. Onderzoek wijst uit dat het intensief behandelen van delinquenten met een laag risico op recidive averechts werkt en zelfs leidt tot een stijging van het recidiverisico (Bonta e.a. 2000).

Het *zorgbehoefteprincipe* stelt dat behandeling gericht moet zijn op de dynamische criminogene risicofactoren, of wel factoren waarvan uit onderzoek is gebleken dat ze met (herhaald) delictgedrag samenhangen. Uit diverse studies blijkt criminaliteit vooral gerelateerd aan vier kernfactoren (de *Big Four*): antisociale cognities/attitude (rationaliseren van delicten, negatieve houding t.o.v. justitie), antisociaal netwerk, een geschiedenis van antisociaal gedrag en trekken van een antisociale persoonlijkheidsstoornis, zoals impulsiviteit, slechte copingvaardigheden en vijandigheid (zie Serin e.a. 2013). Onderzoek van Andrews en Bonta (2007) wijst uit dat het behandelen van criminogene risicofactoren het recidiverisico met 19% verlaagt, terwijl door behandeling van niet-criminogene factoren (factoren die niet of indirect met delictgedrag samenhangen) het recidiverisico met 1% toeneemt.

Het *responsiviteitsprincipe* schrijft voor dat de wijze van behandelen moet aansluiten bij onder andere de motivatie, intellectuele capaciteiten en leerstijl van de cliënt (specifieke responsiviteit) en moet voldoen aan algemene behandelkenmerken, zoals een goede therapeutische werkrelatie en behandelomgeving. Cliënten die een niet-responsief behandelprogramma krijgen aangeboden, verliezen sneller hun motivatie om de behandeling voort te zetten. Volgens Andrews en Bonta (2007) kan een responsieve behandeling een recidivevermindering bewerkstelligen van 23%.

Samengevat: risicotaxatie en -evaluatie zijn onlosmakelijk verbonden aan de RNR-principes als het gaat om het bereiken van een zo'n goed mogelijk behandelresultaat. Gestructureerde risicotaxatie-instrumenten zijn te prefereren boven het ongestructureerd klinisch oordeel, omdat het laatste het kansniveau niet overstijgt (zie Grove e.a. 2000). Deze wetenschap heeft ertoe geleid dat risicotaxatie meer ingebed is geraakt in het ambulante forensische veld.

### Systematische risico-evaluatie van dynamische criminogene risicofactoren

Een tweede, recentere, ontwikkeling die het gebruik van risicotaxatie in de Nederlandse forensische poliklinieken

#### AUTEURS

**JOAN VAN HORN**, onderzoeker, psycholoog, De Forensische Zorgspecialisten.

**MARA EISENBERG**, psycholoog, De Forensische Zorgspecialisten.

**KASIA UZIEBLO**, hoogleraar, Thomas More Antwerpen en Universiteit Gent.

#### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Joan van Horn, onderzoeksafdeling De Forensische Zorgspecialisten, Willem Dreeslaan 55, 3515 GB Utrecht.  
E-mail: jvanhorn@dfzs.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-1-2016.

een impuls heeft gegeven, is de wens van zorginkopers (ministerie van Veiligheid en Justitie en de zorgverzekeraars) om de kwaliteit van de zorg te verbeteren middels *routine outcome monitoring* (ROM), het routinematig meten van de behandelvoortgang. Risicotaxatie heeft in dit kader meer de vorm van een risico-evaluatie. In het verlengde van de genoemde wens wordt landelijk één risicotaxatie-instrument geïmplementeerd om de uitkomsten tussen instellingen te kunnen vergelijken, ook wel benchmark genoemd.

In de klinische forensische zorg werden een kleine tien jaar geleden de eerste stappen gezet richting het gebruik van één instrument in de gehele klinische sector. Dat bleek een lastige opgave omdat er ongeveer 26 verschillende risicotaxatie-instrumenten werden gebruikt (zie Hart & Breukink 2010). Na vele werkgroepen en discussies werden vanaf januari 2015 de 14 Klinische items van het risicotaxatie-instrument *Historische, Klinische en Toekomstige - Revisie* (HKT-R; Spreen e.a. 2013) landelijk ingevoerd om veranderingen in het recidiverisico te meten (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2015).

In 2011 werd dezelfde doelstelling nagestreefd voor de ambulante forensische zorg. Het voorstel om ook met de K-items van de HKT-R te gaan ROM'men werd door de poliklinieken niet met open armen ontvangen omdat men niet overtuigd is van de (praktische en psychometrische) meerwaarde van deze items voor het monitoren van de behandelvoortgang bij poliklinische patiënten. Temeer vanwege de segmentatie van het ambulante veld en de diversiteit aan doelgroepen die deze sector bedient. Over de vraag welk instrument het meest geschikt is, bestaat tot op heden nog geen consensus.

Om te komen tot een - door het veld gedragen en door de wetenschap onderbouwde - kernset van dynamische risi-

cofactoren werden in de zomer van 2015 door diverse Nederlandse forensische poliklinieken - in opdracht van de Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) – twee studies gestart om input te leveren voor de ontwikkeling van een dergelijke kernset (KFZ call 2014-39 en 2015-38. Meer informatie over KFZ vindt u op de website: [www.kfz.nl](http://www.kfz.nl)). De resultaten uit de eerste studie wijzen uit dat de Big Four risicofactoren het meest samenhangen met recidive, zij het dat het verband zwak is (Eisenberg e.a. 2015). Geconcludeerd wordt dat clusters van statische en dynamische risicofactoren een betere voorspelling voor recidive opleveren dan de afzonderlijke risicofactoren.

Deze kernset zal naar verwachting - net zoals in de klinische sector, waar diverse instrumenten naast elkaar worden gebruikt – niet leiden tot een vermindering van het aantal risicotaxatie-instrumenten dat momenteel in het ambulante veld wordt gebruikt. Uit onderzoek van Nagtegaal (2010) blijken klinische instellingen gemiddeld vier verschillende risicotaxatie-instrumenten te gebruiken. De voornaamste reden hiervoor is de diversiteit van de doelgroep en het belang om – op RNR gestoelde uitgangspunten - maatwerk te kunnen leveren. Over de stand van zaken op het gebied van risicotaxatie in het ambulante veld is tot op heden niet gepubliceerd.

Met dit artikel willen wij deze lacune opvullen door een overzicht te bieden van de risicotaxatie-instrumenten die in het ambulante forensische veld en aanpalende ambulante sectoren (zoals de reclassering en de Advies- en Meldpunten Kinder mishandeling - AMK) worden gebruikt. Ook geven wij aan wat de psychometrische eigenschappen zijn van deze instrumenten. Wij verwachtten een vergelijkbare hoeveelheid aan instrumenten te vinden in het ambulante forensische veld die qua psychometrische eigenschappen overeenkomen met de instrumenten in het klinische domein (zie Hart & Breukink 2010).

## METHODE

Op basis van de literatuur (o.a. Hart & Breukink 2010), diverse websites ([www.efp.nl](http://www.efp.nl); [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl); [www.kfz.nl](http://www.kfz.nl)) en informatie van de ontwikkelaars en/of vertalers van risicotaxatie-instrumenten brachten wij het aantal ambulante risicotaxatie-instrumenten in kaart dat in Nederland wordt gebruikt om het recidiverisico in te schatten bij delinquenten. In dit overzicht nemen we ook instrumenten mee die enkel de beschermende factoren inventariseren. De beschermende factoren worden immers van belang geacht in de risicotaxatieprocedure omdat ze resulteren in een evenwichtiger inschatting van het recidiverisico (Rogers 2000; Rennie & Dolan 2010).

Van alle ambulante instrumenten werd de volgende informatie verzameld:

1. de doelgroep waar het risicotaxatie-instrument voor werd ontwikkeld;
2. of het een Nederlandse vertaling en bewerking van een buitenlands instrument betreft;
3. het aantal items;
4. het type instrument;
5. de psychometrische kwaliteit.

In de verdeling naar 'type instrument' werd onderscheid gemaakt in actuariële risicotaxatie-instrumenten (AC), waarin de classificatie van het recidiverisico wordt berekend met een vaststaande formule, en gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten (GKR), waarin het recidiverisico wordt bepaald op basis van het klinisch oordeel.

De selectie van de empirische studies was gebaseerd op de volgende inclusiecriteria:

1. onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en/of predictieve validiteit;
2. resultaten gerapporteerd in formele rapporten of peer-reviewde tijdschriften;
3. onderzoek verricht in een Nederlandse ambulante delinquente populatie. Dit omdat de psychometrische kwaliteiten onderzocht in het buitenland of in een andere Nederlandse populatie (bijvoorbeeld klinische forensische populatie) niet zonder meer gelden voor de ambulante setting.

Voor de beoordeling van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (intraklassecorrelatiecoëfficiënten; ICC's) hanteerden wij de volgende richtlijnen:  $ICC < 0,40$  is slecht;  $0,40 \leq ICC < 0,60$  is matig;  $0,60 \leq ICC < 0,75$  is goed;  $ICC \geq 0,75$  is uitstekend (Landis & Koch 1977). Voor de predictieve validiteit (*area under the curve*; AUC) hielden we aan:  $AUC < 0,70$  is slecht;  $0,70 \leq AUC < 0,75$  is redelijk;  $0,75 \leq AUC < 0,80$  is goed;  $AUC \geq 0,80$  is uitstekend (Sjostedt & Grann 2002).

De *single measure*-ICC's worden gerapporteerd, omdat deze de betrouwbaarheid weergeven indien het instrument door een enkele beoordelaar zou worden gescoord. Dit sluit beter aan op de dagelijkse praktijk.

## RESULTATEN

Voor zover bekend worden er momenteel in de ambulante sector 22 risicotaxatie-instrumenten gebruikt, waarvan 14 voor volwassen en 8 voor jeugdige delinquenten. Deze staan weergegeven in **TABEL 1**.

Uit **TABEL 1** blijkt dat het recidiverisico bij de meeste instrumenten ( $n = 15$ , 68%) wordt ingeschat op basis van het gestructureerd klinisch oordeel (GKR). Van de 22 instrumenten is 32% ontwikkeld voor een brede doelgroep en 68% voor specifieke groepen onderscheiden naar bijvoorbeeld geslacht, indexdelict of cognitieve beperking. Gemiddeld bestaan de instrumenten uit 36 items met een spreiding van 6 tot 127 items.

**TABEL 1** Risicotaxatie-instrumenten (in alfabetische volgorde) gebruikt in de ambulante sector

Instrument	Auteurs (*NI. vertalers/ bewerkers)	Doelgroep	Type instru- ment	Aantal items	Psycho- metrische studies	Psychometrische kwaliteiten
ACUTE 2007	Koch e.a. (2014)*	Volwassen zeden- delinquenten	AC	11	-	-
<i>Brief Spousal Assault Form f or the Evaluation of Risk (B-SAFER)</i> <sup>1</sup>	De Ruiter (2009)*	(Potentiële) plegers van relationeel geweld	GKR	10	Thijssen en De Ruiter (2011) De Ruiter (2011)	<b>Betrouwbaarheid itemniveau:</b> 0,21 ≤ ICC ≤ 0,74 <b>Predictieve validiteit</b> Follow-upperiode: > 2 jaar <i>Uitkomstmaat:</i> politieregistratie <i>Resultaat:</i> AUC: 0,70
<i>Child Abuse Risk Evaluation – Nederlandse versie (CARE-NL)</i>	De Ruiter en De Jong (2006a)*	(Potentiële) plegers van kindermishande- ling	GKR	18	De Ruiter e.a. (2012)	<b>Betrouwbaarheid (sub)schaalniveau:</b> 0,59 ≤ ICC ≤ 0,80 <b>Predictieve validiteit</b> Follow-upperiode: 3 jaar <i>Uitkomstmaat:</i> 1. OTS, 2. Uithuisplaatsing <i>Resultaat:</i> 1. AUC: 0,73; 2. AUC: 0,77
<i>Dynamic Risk Outcome Scales (DROS)</i>	Drieschner en Hesper (2008)	Volwassenen met een lichte verstan- delijke beperking (LVB)	GKR	42	-	-
<i>Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B versie 2)</i>	Hildebrand e.a. (2011)*	Jongens (6-12 jr) met gedrags- problemen	GKR	20	De Ruiter en Van Domburgh (schriftelijke mededeling, 2015)	<b>Predictieve validiteit</b> 2 jr follow-upperiode <i>Uitkomstmaat:</i> 1. Zelfgerapporteerd antisociaal gedrag 2. <i>Disruptive behavior disorder</i> <i>Resultaten:</i> 1. 0,63 ≤ AUC ≤ 0,73, 2. 0,70 ≤ AUC ≤ 0,79
<i>Early Assessment Risk List for Girls (EARL-21G versie 1)</i>	De Ruiter en Hillege (2012)*	Meisjes (6-12 jr) met gedragspro- blemen	GKR	21	-	-
<i>Juvenile Sex Offender Assessment Protocol Dutch (J-SOAP D versie III)</i> <sup>2</sup>	Bullens e.a. (2014)*	Seksuele delin- quenten (12-18 jr)	GKR	28	J-SOAP D: Van Horn e.a. (2005b) J-SOAP D versie III: valide- ringsonderzoek gaande	<b>Betrouwbaarheid (sub)schaalniveau:</b> 0,78 ≤ ICC ≤ 0,94
<i>Instrument voor Forensisch-poliklinische Behandel Evaluatie – practitioners report (IFpBE-pr)</i>	Schuringa e.a. (2014)	Volwassen delinquenten	GKR	22	-	-

**TABEL 1** Vervolg

Instrument	Auteurs (*NI. vertalers/ bewerkers)	Doelgroep	Type instru- ment	Aantal items	Psycho- metrische studies	Psychometrische kwaliteiten
<i>Level Service/ Case Manage- ment Inventory (LS/CMI)</i> <sup>3</sup>	LS/CMI: Bou- man en Wis- meyer (2011)*	Volwassen delinquenten	AC	43	LSI-R: Van Horn e.a. (2005a) LS/CMI: Onder- zoeksresultaten verwacht in 2016	<b>LSI-R: Betrouwbaarheid (sub)schaalniveau:</b> 0,44 ≤ ICC ≤ 0,96
<i>Landelijke Instrumenten- tarium Jeugd strafrecht- keten (LIJ)</i> <sup>4</sup>	Ministerie van Justitie (2011)	Jongeren (12-17 jr) die met politie in aanraking zijn gekomen	AC	127	Van der Put e.a. (2011)	<b>Predictieve validiteit</b> 2 jaar follow-up <i>Uitkomstmaat:</i> 1. nieuwe aangifte geweld 2. nieuwe willekeurige aangifte <i>Resultaat:</i> 1. en 2. AUC: 0,70
<i>Recidive Inschattings Schalen (RISC)</i>	Programma Terugdringen Recidive (2004)	Volwassen justitiabelen	GKR	72	Van der Knaap e.a. (2007) Van der Knaap & Alberda (2009)	<b>Betrouwbaarheid (sub)schaalniveau:</b> 0,43 < κ < 0,78 <b>Betrouwbaarheid itemniveau</b> 0,30 < κ of T < 0,87 <b>Predictieve validiteit</b> 2 jaar follow-up <i>Uitkomstmaat:</i> 1. nieuwe justitiecontacten 2. ernstige en zeer ernstige recidive <i>Resultaat:</i> 1. AUC: 0,70; 2. resp. AUC: 0,72 en 0,73
<i>Risicotaxatie- instrument voor de Ambulante Forensische ggz jeugd (RAF ggz jeugd)</i> <sup>6</sup>	Van Horn e.a. (2012)	Jongeren (12-17 jr)	GKR	106	Van Horn e.a. (2009)	<b>Betrouwbaarheid subschaalniveau:</b> 0,73 ≤ ICC ≤ 0,88 <b>Predictieve validiteit</b> 12 mnd follow-up <i>Uitkomstmaat:</i> 1. nieuwe aangifte voor geweld <i>Resultaat:</i> 1. 0,68 ≤ AUC ≤ 0,78
<i>Risicotaxatie- instrument voor de Ambulante Forensische ggz volwassenen (RAF ggz volwassenen)</i> <sup>7</sup>	Van Horn e.a. (2012)	Volwassenen	GKR	98	Onderzoeks- resultaten ver- wacht in 2016	-
<i>Risicotaxatie- instrument Huiselijk Geweld (RiHG)</i> <sup>8</sup>	Kuppens en Beke (2008)	Huiselijkgeweld- plegers	AC	20	-	-
SAPROF	De Vogel e.a. (2007)	Gewelddadige volwassenen	GKR	17	-	-

**TABEL 1** Vervolg

Instrument	Auteurs (*Nl. vertalers/ bewerkers)	Doelgroep	Type instru- ment	Aantal items	Psycho- metrische studies	Psychometrische kwaliteiten
SAPROF Youth version	De Vries Robbé e.a. (2014)	Gewelddadige jongeren	GKR	16	Onderzoeks- resultaten verwacht in 2016	-
<i>Short-Term Assessment of Risk and Treat- ability (START)</i>	Lam e.a. (2009)*	Volwassen (seksueel-) geweldplegers	GKR	22	Troquete e.a. (2015)	<b>Predictieve validiteit</b> 3 en 6 mnd follow-up <i>Uitkomstmaat:</i> 1. geweldsrecidive gerapporteerd door casemanager <i>Resultaat:</i> 1. $0,58 \leq AUC \leq 0,64$ 3 mnd follow-up 1. $0,61 \leq AUC \leq 0,67$ 6 mnd follow-up
STABLE 2007	Van den Berg e.a. (2014)*	Volwassen zedenplegers	AC	13	Validerings- onderzoek gaande	-
Static-99 <sup>9</sup>	Smid e.a. (2014)*	Volwassen zedenplegers	AC	10	Static-99: Van Horn e.a. (2005a) Static-99R: validerings- onderzoek gaande	<b>Static-99 betrouwbaarheid schaalniveau:</b> ICC 0,85
<i>Statisch Recidiverisico (StatRec)</i> <sup>10</sup>	Wartna & Tollenaar (2006)	Volwassen verdachten	AC	6	Wartna e.a. (2009)	<b>Predictieve validiteit</b> 4 jr follow-upperiode <i>Uitkomstmaat:</i> 1. Algemene recidive 2. Speciale recidive (eenzelfde type delict als het uitgangsdeldict) <i>Resultaten:</i> 1. $0,74 \leq AUC \leq 0,82$ 2. $0,65 \leq AUC \leq 0,80$
<i>Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)</i>	Lodewijks e.a. (2003)*	Jeugdige gewelddelinquenten (12-18 jr)	GKR	30	Van Horn e.a. (2005b)	<b>Betrouwbaarheid (sub)schaalniveau:</b> $0,61 \leq ICC \leq 0,92$
<i>Youth Level of Service/Case Management (YLS/CM)</i>	De Ruiter en Hildebrand (2009)*	Jeugdige delinquenten (12-18 jr)	GKR	42	Van Horn e.a. (2005b)	<b>Betrouwbaarheid (sub)schaalniveau:</b> $0,68 \leq ICC \leq 0,98$

---

**TABEL 1** Vervolg

- 1 De B-SAFER is afgeleid van de Spousal Assault Risk Assessment (SARA, Nederlandse vertaling en bewerking: Hildebrand & De Ruiter, 2001). De SARA wordt in Nederland niet of nauwelijks meer gebruikt. De B-SAFER wordt vooral gebruikt door reclasseringswerkers en politie.
  - 2 Eerdere versies van de J-SOAP D verschenen in 2005 (versie I) en 2012 (versie II).
  - 3 Voorheen de Level of Service Inventory-Revised (LSI-R, Lammers & Philipse 2003)
  - 4 Het LIJ is bedoeld als ketendossier gescoord en gebruikt door verschillende partijen in de jeugdstrafrechtketen, waaronder de politie, de Raad voor de Kinderbescherming, de jeugdreclassering en de justitiële jeugdinrichtingen.
  - 5 Bij de RISC werden Cohens kappa ( $\kappa$ ) of T-maat van Tinsley en Weiss (1975) gebruikt om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vast te stellen. Interpretatierichtlijnen:  $\kappa$  of T < 0,21 is slecht,  $0,21 < \kappa$  of T < 0,40 is matig,  $0,41 < \kappa$  of T < 0,60 is redelijk,  $0,61 < \kappa$  of T < 0,80 is goed,  $\kappa$  of T > 0,81 is zeer goed (Landis & Koch 1977).
  - 6 Voorheen: WaagSchaal jeugd 2008 en 2009 (Van Horn e.a. 2008; 2009).
  - 7 Voorheen: WaagSchaal volwassenen 2008 (Van Horn e.a. 2008) en WaagSchaal volwassenen 2009 (Van Horn e.a. 2009).
  - 8 Het RiHG wordt ingevuld door de hulpofficier van justitie (HOvJ) en is bedoeld om te beoordelen of in een situatie van (dreigend) geweld een huisverbod kan worden opgelegd.
  - 9 Voorheen: Static-99 (Van Beek e.a. 2001).
  - 10 StatRec maakt onderdeel uit van de QuickScan, een screeningsinstrument dat wordt gebruikt tijdens het vroeghulpcontact van de reclassering met een verdachte (De Ruiter & De Jong 2006b).
- 

Van de 22 risicotaxatie-instrumenten zijn er 13 (59%) onderzocht op interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ( $n = 9$ ; 69%) en/of predictieve validiteit ( $n = 8$ ; 62%) en 6 van de 22 (27%) worden momenteel psychometrisch onderzocht. Wat betreft de psychometrische kwaliteiten varieerde de overeenstemming tussen beoordelaars op alle onderzochte instrumenten van slecht tot uitstekend, waarbij over het algemeen op itemniveau een slechtere overeenstemming werd bereikt dan op (sub)schaalniveau. De betrouwbaarheid op subschaalniveau lag bij de jeugdinstrumenten (4 studies) hoger dan bij de volwasseneninstrumenten (5 studies). De voorspellende waarde varieerde van slecht tot goed, met voor het merendeel van de instrumenten een redelijke predictieve validiteit. Tussen de jeugd- ( $0,63 \leq AUC \leq 0,79$ ) en volwasseneninstrumenten ( $0,61 \leq AUC \leq 0,82$ ) was er nauwelijks verschil in predictieve validiteit. Slechtere voorspellende waarden werden gevonden voor studies met een korte follow-up tijd ( $\leq 6$  maanden:  $0,58 \leq AUC \leq 0,67$ ) en zelfgerapporteerd delictgedrag ( $0,63 \leq AUC \leq 0,73$ ).

## DISCUSSIE

Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten is in het ambulante forensische veld veel later op gang gekomen dan in het klinische veld. Desalniettemin is het aantal instrumenten ( $n = 22$ ) dat op structurele wijze wordt ingezet voor risicotaxatie en -evaluatie in een relatief korte periode (nog geen 10 jaar) sterk toegenomen. Van de 22 instrumenten waren er 12 opgenomen in het overzicht van Harte en Breukink (2010), dat voornamelijk uit klinische instrumenten bestond. De overige instrumenten zijn na die tijd vertaald, zoals de STABLE en Acute, of ontwikkeld specifiek voor het ambulante veld, zoals de RAF ggz. Bijna

60% van de, in het huidige artikel, opgenomen instrumenten is onderzocht op betrouwbaarheid en predictieve validiteit en een bij kleine 30% is onderzoek nog gaande. Vervolgonderzoek blijft nodig, zeker gezien de bevinding dat geen van de risicotaxatie-instrumenten eenduidig goed scoort op interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en predictieve validiteit.

De resultaten wijzen globaal uit dat de betrouwbaarheid op subschaalniveau groter is dan op itemniveau, hetgeen ook Harte en Breukink (2010) constateerden. Deze bevindingen pleiten ervoor om de taxatie-uitkomsten op een globaler (geaggregeerd) niveau te interpreteren en niet op itemniveau. Tegelijkertijd beperkt dit het gebruik van risicotaxatie voor ROM-doeleinden, namelijk het monitoren van de behandelvoortgang op afzonderlijke dynamische risicofactoren. Het belang van vervolgonderzoek wordt ook hiermee nog eens benadrukt omdat vrij weinig onderzoek is gedaan naar de mate waarin de instrumenten in staat zijn om veranderingen in de tijd te meten. Recidive wordt nog steeds beschouwd als de belangrijkste uitkomstmaat voor behandeling.

Onze studie wijst uit dat de predictieve validiteit van risicotaxatie-instrumenten beter is bij langere follow-upperiodes (> 2 jaar) met een voorspellingskracht die hoogstens als redelijk kan worden beschouwd. De vraag is of recidive beschouwd moet worden als de belangrijkste uitkomstmaat voor de effectiviteit van behandeling, temeer omdat elke risicotaxatie een 'houdbaarheidsdatum' heeft. Doorgaans geldt voor volwassenen dat de risicotaxatie elke 12 maanden herhaald dient te worden en voor jongeren zelfs elke 6 maanden.

Wij focussen ons in dit artikel uitsluitend op de Nederlandse situatie, vanwege een schrijnend tekort aan informatie aangaande de Belgische situatie. Hoewel het belang van ROM-onderzoek in het beleidsplan van de geestelijke gezondheidszorg wordt onderschreven, ontbreken in Vlaanderen nog specifieke richtlijnen over de implementatie van risicotaxatie en risico-evaluatie van forensische cliënten. Ondanks enkele initiatieven in enkele Vlaamse ambulante centra, ontbreekt een overzicht van welke

risicotaxatie-instrumenten bij deze doelgroep worden ingezet en met welke frequentie.

Wij hopen met dit overzicht de discussie aan te zwengelen over hoe we risicotaxatie en risico-evaluatie in Nederland en Vlaanderen verder kunnen ontwikkelen en verbeteren. We bevelen vervolgonderzoek aan met als focus de meerwaarde van dynamische risicofactoren om de behandelvoortgang te meten en de mogelijkheden ter verbetering van de predictieve validiteit.

## LITERATUUR

- Andrews DA, Bonta J. Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation. Canada: Public Safety Canada; 2007. [www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-eng.aspx](http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-eng.aspx).
- Andrews DA, Bonta J, red. The psychology of criminal conduct (5de ed.). Newark: LexisNexis; 2010.
- Andrews DA, Bonta J, Hoge RD. Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Crim Justice Behav* 1990; 17: 19-52.
- Andrews DA, Dowden C. Risk principle of case classification in correctional treatment: A meta-analytic investigation. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2006; 50: 88-100.
- Beek D van, de Doncker D, de Ruiter C. Static-99. Nederlandse geautoriseerde vertaling. Utrecht: Forum Educatief, Dr. Henri van der Hoevenstichting; 2001.
- Berg JW van den, Smid WJ, Koch M. Stable-2007 Scorehandleiding. Nederlandse geautoriseerde vertaling Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten; 2014.
- Blok G, de Beurs E, Ranitz A, Rinne T. Psychometrische stand van zaken van risicotaxatie-instrumenten voor volwassenen in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 331-41.
- Bonta J, Wallace-Capretta S, Rooney R. A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Crim Justice Behav* 2000; 27: 312-29.
- Bouman YHA, Schene AH, de Ruiter C. Subjective Well-Being and Recidivism in Forensic Psychiatric Outpatients. *Int J Forensic Ment Health* 2009; 8: 225-34.
- Bouman YHA, Wismeyer CE. Level of Service / Case Management Inventory (LS/CMI). Geautoriseerde vertaling Nijmegen: Kairos; 2011.
- Brand EFJM, Diks GJM. Richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische diagnostiek: theorie en praktijk. *Tijdschr Psychiatr* 2001; 43: 693-704.
- Bullens RAR, van Horn JE, van Eck A. Das J. J-SOAP D versie III. De Nederlandse vertaling en bewerking van de J-SOAP II (Juvenile Sex Offender Protocol II). Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten; 2014.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Ministerie van Veiligheid en Justitie. Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie. Verslagjaar 2015. Versie 1.0. Forensische geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking; 2015.
- Dowden C, Andrews DA. Does family intervention work for delinquents? Results of a meta-analysis. *Can J Criminol Crim* 2003; 45: 327-42.
- Drieschner K, Hesper BL. Dynamic risk outcome scales. Zwolle: Trajectum; 2008. <http://www.trajectum.info/wp-content/uploads/2014/11/Trajectum-DROS-Instrument-11112014.pdf>
- Eisenberg MJ, van Horn JE. Onderzoeksbulletin: Recidive in de ambulante forensische ggz. Interne uitgave. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten; 2015.
- Eisenberg MJ, van Horn JE, van der Put CE, Hendriks J, Stams GJMM. Vooronderzoek 'Kernset Risicofactoren Ambulant Behandelde Delinquenten'. Voorspellers voor recidive bij ambulant behandelde zeden, (huiselijk) gewelds- en vermogensdelinquenten. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2015.
- Grove WM, Zald DH, Lebow BS, Snitz BE, Nelson C. Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychol Assessment* 2000; 19: 30.
- Harte J, Breukink M. Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschr Criminol* 2010; 52: 52-72.
- Hildebrand M, de Ruiter C. SARA (versie 2). Beoordelen van het risico van huiselijk geweld. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Stichting; 2001.
- Hildebrand M, de Ruiter C, Ligthart L. Nederlandse vertaling EARL-20B versie 2. Utrecht: C. de Ruiter; 2011.
- Horn JE van, Scholing A, Mulder J. Risicotaxatie bij volwassen zeden- en geweldplegers in een ambulante setting. *Diagnostiek-wijzer* 2005a; 8: 42-3.
- Horn JE van, Scholing A, Mulder J. Risicotaxatie bij jeugdige zeden- en geweldplegers in een ambulante setting. *Diagnostiek-wijzer* 2005b; 8: 63-76.
- Horn JE van, Wilpert J, Bos M, Mulder J. WaagSchaal jeugd. Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische Psychiatrie. Handleiding. [Interne uitgave]. Utrecht: De Waag; 2008; 2009.



- Horn JE van, Wilpert J, Eisenberg M, Mulder J. Handleiding Waagschaal volwassenen. Utrecht: De Waag; 2008; 2009.
- Horn JE van, Wilpert J, Eisenberg M, Mulder J. Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ – RAF GGZ jeugd. Handleiding. Versie 2012. Utrecht: De Waag; 2012.
- Horn JE van, Wilpert J, Eisenberg M, Scholing A, Mulder J. Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ – RAF GGZ volwassenen. Handleiding. Versie 2012. De Waag: Utrecht; 2012.
- Horn JE van, Wilpert J, Bos MGN, Eisenberg M, Mulder J. WaagSchaal jeugd: de psychometrische kwaliteit van een gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument voor de ambulante forensische psychiatrie. Panopticon, 2009; 30: 23-34.
- KFZ call 2014-39. Vooronderzoek Kernset risicofactoren Ambulant Behandelde Delinquenten. Kwaliteit Forensische Zorg. <http://www.kfz.nl/projecten/lopende-projecten>
- KFZ call 2015-38. Risicotaxatie in de ambulante forensische zorg. Kwaliteit Forensische Zorg. <http://www.kfz.nl/projecten/lopende-projecten>
- Knaap LM van der, Leenarts LEW, Nijssen LTJ. Psychometrische kwaliteiten van de Recidive Inschattingsschalen (RISc). Den Haag: WODC; 2007.
- Knaap LM van der, Alberda DL. De predictieve validiteit van de Recidive Inschattingsschalen (RISc). Den Haag: WODC; 2009.
- Koch M, van den Berg JW, Smid WJ. Acute-2007 Scorehandleiding. Geautoriseerde Nederlandstalige vertaling Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten; 2014.
- Kuppens J, Beke B. RiHG. Risicotaxatie-instrument Huiselijk Geweld, versie 2.1. Arnhem: Advies- en Onderzoeksgroep Beke; 2008.
- Laan PH van der, Slotboom AM, Stams GJJM. Wat werkt? Bijdragen aan het terugdringen van recidive. In: P.J. van Koppen PJ, Merckelbach H, Jelicic M, de Keijser J, red. Reizen met mijn rechter. Deventer: Kluwer; 2010. p. 987-1002.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33: 159-174.
- Lam K 't, Lancel M, Hildebrand M. Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Richtlijnen bij het beoordelen van korte termijn risico's en behandelmogelijkheden. Assen: GGZ Drenthe; 2009.
- Lammers S, Philipse M. Nederlandse bewerking van de Level of Service Inventory-revised (LSI-r). Concept-vertaling, versie mei 2003.
- Lancel M, Oosterbos N, Spreen M, Akkerman-Bouwsema G. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de START. Panopticon 2011; 6: 6-20.
- Lodewijks HPB, Doreleijers ThAH, de Ruiter C, de Wit-Grouls H. SAVRY. Handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren. Zutphen: Rentray; 2003.
- Ministerie van Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Circulaire. Toetsingskader verlot ter beschikking gestelden. Den Haag: Ministerie van Justitie; 2007.
- Ministerie van Justitie. Landelijke Instrumentarium Jeugd strafrechtketen (LIJ). Den Haag: Ministerie van Justitie; 2011.
- Nagtegaal MH. Risicotaxatie- en risicomangementmethoden. Een inventarisatie in de forensisch psychiatrische centra in Nederland. Factsheet 2010-7. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Ministerie van Veiligheid en Justitie; 2010.
- Prendergast ML, Pearson FS, Podus D, Hamilton ZK, Greenwell L. The Andrews' principles of risk, needs, and responsivity as applied in drug treatment programs: Meta-analysis of crime and drug use outcomes. J Exp Criminol 2013; 9: 275-300.
- Programma Terugdringen Recidive RISc. Een diagnostisch instrument voor reclassering en gevangeniswezen, 2004. [www.justitie.nl/.../Factsheet%20Terugdringen%20Recidive\\_tcm34-81011.pdf](http://www.justitie.nl/.../Factsheet%20Terugdringen%20Recidive_tcm34-81011.pdf)
- Put CE van der, Spanjaard H, van Domburgh L, Doreleijers Th, Lodewijks H, Ferwerda H, e.a. Ontwikkeling van het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrecht (LIJ). Kind & Adolescent Praktijk 2011; 2: 28-35.
- Rennie CE, Dolan MC. The significance of protective factors in the assessment of risk. Crim Behav Ment Health, 2010; 22, 8-22. doi:10.1002/cbm
- Rogers R. The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. Law Hum Beh 2000; 24: 595-605.
- Ruiter C de. B-SAFER: Gestructureerde beoordeling van het risico van relationeel geweld. Maastricht University: C. de Ruiter; 2009. Zie: [www.corinederuiter.eu](http://www.corinederuiter.eu).
- Ruiter C de, Hillege S. Nederlandse vertaling EARL-21G. Consultatieversie. Utrecht: C. de Ruiter; 2012.
- Ruiter C de, de Jong EM. CARE-NL. Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling. Utrecht: C. de Ruiter; 2006a.
- Ruiter C de, de Jong EM. Handleiding QuickScan Reclassering Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut; 2006b.
- Ruiter C de, Hildebrand M. Youth Level of Service/Case Management Inventory YLS/CMI. Handleiding. Amsterdam: Pearson; 2009.
- Ruiter C de, Hildebrand M, van der Hoorn S. Gestructureerde risicotaxatie bij kindermishandeling: De Child Abuse Risk Evaluation - Nederlandse versie (CARE-NL). GZ-Psychologie 2012; 3: 10-7.
- Serin RC, Lloyd CD, Helmus L, Derksen DM, Luong D. Does intra-individual change predict offender recidivism? Searching for the Holy Grail in assessing offender change. Aggress Violent Behav 2013; 18: 32-53.
- Schuringa E, Spreen M, Bogaerts S. interrater and test-retest reliability, internal consistency, and factorial structure of the Instrument for Forensic Treatment Evaluation. J Forensic Psychol Pract 2014; 14: 127-44.

- Sjöstedt G, Grann M. Risk Assessment: what is being predicted by actuarial prediction instruments? *Int J Forensic Ment Health* 2002; 1: 179-83.
- Spreen M, Brand E, ter Horst P, Bogaerts S. HKT-R. Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie. Stichting FPC Dr. S. van Mesdag; 2013.
- Smid WJ, Koch M, van den Berg JW. Static-99R Scorehandleiding (herz. ed.) geautoriseerde Nederlandstalige vertaling. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten; 2014.
- Thijsen J, de Ruiter C. Identifying subtypes of spousal assaulters using the B-SAFER. *J Interpers Violence* 2011; 26: 1307-21.
- Troquete Nac, van den Brink RHS, Beintema H, Mulder T, van Os TWDP, Schoevers RA, e.a. Predictive validity of the short-term assessment of risk and treatability for violent behavior in outpatient forensic psychiatric patients. *Psychol Assess* 2015; 27: 377-91.
- Vogel V de, de Vries Robbé M, Bouman YHA, Chakhssi F, de Ruiter C. HCR-20<sup>V3</sup> Historical, Clinical, Risk Management (Versie 3): Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van geweld. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten; 2013.
- Vogel V de, de Ruiter C, Bouman Y, de Vries Robbe M. Handleiding bij de SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. Versie 1. Utrecht: Forum Educatief; 2007.
- Vries Robbé M de, Geers M, Stapel M, Hilterman E, de Vogel V. Structured assessment of protective factors for violence risk – Youth Version. SAPROF Youth Version. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag bij jeugd. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten; 2014.
- Wartna BSJ, Tollenaar N. De StatRec-schaal: Inschatting van het recidivegevaar op basis van justitiële documentatie. Den Haag: WODC. intern document, 2006.
- Wartna BSJ, Tollenaar N, Bogaerts S. StatRec. Inschatting van het recidivegevaar van verdachten van een misdrijf. *Tijdschr Criminol* 2009; 51: 277-95.

## SUMMARY

# The importance of (research into) risk assessment in the outpatient forensic sector of mental health care

J. VAN HORN, M. EISENBERG, K. UZIEBLO

**BACKGROUND** Risk assessment in outpatient forensic settings is becoming increasingly important. This is evident from the growing number of risk assessment instruments being used in outpatient forensic mental health in the Netherlands.

**AIM** To provide an overview of the risk assessment instruments being used in outpatient forensic settings and related areas and to assess their psychometric qualities.

**METHOD** Our survey related to 22 risk assessment instruments being used in the field. Thirteen of these were investigated with regard to the agreement between raters (inter rater reliability) and/or the extent to which they predicted recidivism (predictive validity).

**RESULTS** The results indicate that the inter-rater reliabilities were better on sub-scale level than on item level and the instruments with longer follow-up periods predicted recidivism best.

**CONCLUSION** There is still a need for research into the psychometric quality of risk assessment instruments, particularly with regard to the sensitivity of the dynamic risk factors.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)8, 583-592

**KEY WORDS** outpatient forensic sector, psychometric quality, risk assessment instruments