

De WaagSchaal: een andere visie op risicotaxatie

ABSTRACT

Risicotaxatie is het inschatten van de kans dat delinquenten opnieuw een delict plegen. Enkele risicotaxatie-instrumenten, waaronder de HCR-20 en SVR-20, hebben hun intrede in Nederland gedaan, maar bleken ongeschikt voor de ambulante forensische poliklinieken. De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie, combineerde daarom een aantal bestaande instrumenten aangevuld met in de praktijk gebleken relevante factoren in een nieuw instrument: de WaagSchaal. Het artikel beschrijft de af- en overwegingen bij de totstandkoming van de WaagSchaal en gaat in op enkele beperkingen van de huidige risicotaxatie-instrumenten en –procedure. De WaagSchaal is in tegenstelling tot andere instrumenten geschikt om bij alle typen delinquenten te gebruiken, de criminele voorgeschiedenis wordt vollediger in kaart gebracht en vormt de basis voor het inschatten van recidive met verschillende typen delicten. Door scoring op basis van een set van items (domein) in plaats van enkelvoudige items is het mogelijk om achteraf terug te halen hoe het oordeel over het functioneren van een cliënt tot stand is gekomen. Anders dan in andere instrumenten worden de domeinen beoordeeld in termen van ‘al dan niet goed functioneren’ en ‘samenhangend met delictgedrag’ (criminogene factoren). De scoring op een 6-puntsschaal biedt de mogelijkheid om zicht te krijgen op subtiele veranderingen tijdens de behandeling. Door deze veranderingen in de inhoud en procedure draagt de WaagSchaal bij aan betere onderbouwing en transparantie van het risicotaxatieproces.

Kernwoorden: risicotaxatie – ambulante forensische psychiatrie

1. INLEIDING

De maatschappelijke en politieke druk om op een gestandaardiseerde manier het risico in te schatten van toekomstig delinquent gedrag (risicotaxatie) wordt in Nederland steeds groter. Zeker na een reeks van incidenten waarbij tbs'ers¹ op proefverlof opnieuw een ernstig delict pleegden. In reactie op deze druk werd een aantal risicotaxatie-instrumenten uit Noord-Amerika en Canada naar Nederland gehaald. De meest bekende zijn de Historical, Clinical, Riskmanagement-20 (HCR-20: Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997. Nederlandse bewerking: Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000), Sexual Violence Risk-20 (SVR-20: Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997. Nederlandse bewerking: Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001) en de Static-99 (Hanson &

* Psycholoog/Senior medewerker onderzoek De Waag.

** BSc Psychologie/Medewerker onderzoek De Waag.

*** Psycholoog, tot oktober 2007 verbonden aan de Waag als medewerker onderzoek.

**** Algemeen directeur De Waag.

1 Tbs betekent terbeschikkingstellingstelling. Het is een maatregel die de rechter oplegt aan mensen die zware delicten hebben gepleegd en lijden aan een psychiatrische ziekte of stoornis. Deze stoornis beïnvloedt in meerdere of mindere mate hun gedrag.

Thornton, 1999. Nederlandse bewerking: Van Beek, De Doncker & De Ruiter, 2001). Ook het Nederlandse Ministerie van Justitie onderkende het belang van het op een gedegen wijze inschatten van het recidiverisico en gaf opdracht voor het ontwikkelen van een risicotaxatie-instrument, dit resulteerde in de Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30. Werkgroep Implementatie Gestructureerde Risicotaxatie, 2002). Vanaf 2004 werd de HKT-30 verplicht gesteld voor afname bij alle tbs'ers die zijn veroordeeld voor een geweldsdelict.

In de afgelopen jaren werd een aantal valideringsonderzoeken verricht met genoemde buitenlandse instrumenten en de HKT-30. De psychometrische kwaliteiten waren over het algemeen voldoende tot goed, maar de studies werden voornamelijk verricht in de tbs-populatie (zie bijvoorbeeld Canton, Van der Veer, Van Panhuis, Verheul & Van den Brink, 2004; De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven, 2004; De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead, 2004).

Hoewel risicotaxatie bij ambulante behandelde delinquenten nog niet verplicht is, zal dit – naar verwachting – niet lang meer duren. Hierop anticiperend besloot men bij De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie, op zoek te gaan naar een risicotaxatie-instrument voor de poliklinische populatie. In twee kleinschalige pilotonderzoeken werd een begin gemaakt van een reeks van onderzoeken met als uiteindelijke doel om te komen tot een risicotaxatie-instrument dat niet alleen praktisch bruikbaar is, maar ook valide en betrouwbaar voor gebruik in forensisch psychiatrische poliklinieken (Van Horn, Scholing & Mulder, 2005a en b). In de pilotstudies werden risicotaxatie-instrumenten betrokken die op dat moment in Nederland het meest werden gebruikt. Er resulteerden enkele voor- en nadelen van het gebruik van de onderzochte instrumenten. De algemene conclusie was dat een combinatie van instrumenten veel beter aansloot op de ambulante behandelpraktijk dan de afzonderlijke instrumenten. De instrumenten die qua inhoud en structuur voor de poliklinische populatie het meest relevant werden geacht, werden gecombineerd in één instrument: WaagSchaal. In tabel 1 staan de instrumenten weergegeven die (deels) in de volwassenen en in de jeugdversie van de WaagSchaal werden opgenomen.

TABEL 1: SAMENSTELLING DE WAAGSCHAAL

Volwassenen	Jeugd
Level of Service Inventory – revised (LSI-r) ^a	Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) ^g
Historical Clinical Riskmanagement -20 (HCR-20) ^b	Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY) ^h
Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR) ^c	Juvenile Sex Offender Assessment Protocol Dutch (J-SOAP D) ⁱ
Sexual Violence Risk -20 (SVR-20) ^d	Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) ^d
Static-99 ^c	Static-99 ^c
Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF) ^f	Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF) ^f

- a Andrews en Bonta (2000). Nederlandse vertaling en bewerking: Lammers & Philipse (2003).
- b Webster, Douglas, Eaves en Hart (1997). Nederlandse bewerking: Philipse, De Ruiter, Hildebrand en Bouman (2000).
- c Hanson en Harris (2001).

- d Boer, Hart, Kropp en Webster (1995). Nederlandse vertaling en bewerking: Hildebrand, De Ruiter en Van Beek (2001).
- e Hanson en Thornton (1999). Nederlandse vertaling: Van Beek, De Doncker en De Ruiter (2001).
- f De Vogel, De Ruiter, Bouman en De Vries Robbé (2007).
- g Hoge en Andrews (1994). Nederlandse vertaling in voorbereiding: De Ruiter, Van Domburgh, Das & Hildebrand (in voorbereiding).
- h Borum, Bartel en Forth (2002). Nederlandse vertaling: Lodewijks, Doreleijers, de Ruiter en De Wit-Grouls (2001).
- i J-SOAP II. Prentky en Righthand (2003). Nederlandse versie (J-SOAP D): Bullens, Van Horn, Van Eck en Das (2005).

De WaagSchaal Volwassenen werd in januari 2006 als standaardonderdeel van het behandelbeleid van De Waag ingevoerd (voor een beschrijving van het implementatieproces zie Van Horn & Wilpert, 2007). Op basis van de ervaringen die hiermee werden opgedaan, werd het instrument verfijnd en nog beter afgestemd op de poliklinische behandelpraktijk. In dit artikel worden de af- en overwegingen bij de totstandkoming van de WaagSchaal beschreven en een aantal kanttekeningen geplaatst bij de huidige instrumenten en risicotaxatie-procedure. De beschrijving van de WaagSchaal wordt geïllustreerd aan de hand van de casus van Koen².

Casus Koen

De risicotaxatie van Koen werd verricht voorafgaand aan de behandeling en gebaseerd op dossierinformatie, waaronder Pro Justitia rapportage, reclasseringsverslag, proces-verbaal van Koen en zijn ex-vriendin en het intakeverslag van De Waag.

FIGUUR 1: CASUS KOEN

<p>Indexdelict</p> <p>Koen, 23 jaar, wordt door de reclassering verwezen naar De Waag vanwege mishandeling van zijn inmiddels ex-vriendin. De zaak moet nog voor de rechter komen.</p> <p>Voorgeschiedenis</p> <p>Koen verloor zijn vader toen hij nog een kind was. Hij had een goede band met hem. Moeder verliest in de daaropvolgende jaren de greep op hem. Vanaf zijn tiende jaar is Koen geregeld betrokken bij diefstallen en vechtpartijen. Hij komt op 14-jarige leeftijd voor het eerst in aanraking met politie en justitie. Hij wordt voor drie maanden gedetineerd als hij een onbekende man mishandelt en berooft. Koen vertelt hierover dat hij geld nodig had om bier en xtc te kopen. Na zijn detentie verblijft hij in verschillende internaten, waar hij herhaaldelijk wegloopt. Zijn prestaties op school zijn onder de maat. Hij spijbelt veel, vecht met medeleerlingen en wordt geschorst vanwege drugsgebruik op school. Op zijn 19de pleegt hij met een vriend een gewapende overval op een pompstation. Koen wordt opnieuw veroordeeld. Hij krijgt hiervoor een gevangenisstraf van 24 maanden. Tijdens het intakegesprek op De Waag geeft Koen te kennen dat hij zijn straf te zwaar vond: "Er is niemand gewond geraakt". Koen is 22 jaar als hij zijn vriendin leert kennen. Hoewel hij bij zijn moeder woont, is hij vaak bij deze vriendin. Over de mishandeling van zijn ex-vriendin vertelt Koen dat ze veel hadden gedronken (wodka en bier) en een pilletje hadden geslikt. Ze lagen te vrijen en opeens begon ze op hem in te slaan.</p>

² De casus van Koen is gebaseerd op reële gegevens. Om privacyredenen werd uiteraard voor een fictieve naam gopteerd.

Hij dacht dat ze gek was geworden en waarschuwde haar om te stoppen. Koen geeft te kennen dat er toen iets bij hem knapte. In het proces-verbaal wordt vermeld dat Koen haar verschillende malen heeft geslagen. In het ziekenhuis werden enkele blauwe plekken op haar lijf geconstateerd. In de verklaring van zijn ex-vriendin komt een ander beeld naar voren. Volgens haar kon Koen moeilijk omgaan met de afwijzing dat ze niet met hem wilde vrijen. Hij probeerde zijn zin door te drijven en begon haar opeens te slaan. In het intakegesprek geeft Koen toe dat hij zijn ex-vriendin heeft mishandeld, maar zij begon hem eerst te slaan.

Momenteel woont Koen bij zijn moeder. Hij is op zoek naar werk, maar gezien zijn verleden valt het niet mee om een baan te krijgen. Overdag kijkt hij televisie en zit veel achter de computer. Veel vrienden heeft hij niet. De vriend waarmee hij het pompstation beroofde, zit in de gevangenis. Het contact is sindsdien verbroken. Koen drinkt per dag een paar halve liters bier en slikt soms xtc. Hij ziet hier geen problemen in. Zijn moeder denkt hier echter anders over.

Diagnose

Bij Koen worden een gebrekkige impulscontrole en agressieregulatie geconstateerd. Voorts wordt bij hem een antisociale persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd en is er sprake van misbruik van drugs en alcohol. Koens motivatie voor behandeling lijkt voornamelijk bepaald door externe factoren: hij hoopt op een mildere straf als hij in behandeling gaat.

2. DE BEPERKING VAN DELICTSPECIFIEKE RISICOTAXATIE-INSTRUMENTEN

Opvallend in de gangbare risicotaxatie-procedure was dat risicotaxaties doorgaans worden verricht met delictspecifieke instrumenten. Dat wil zeggen dat ze specifiek zijn bedoeld voor het inschatten van het recidiverisico bij één bepaald type delinquent, bijvoorbeeld een zeden- of een geweldpleger. Zo is de HCR-20 bedoeld om het recidiverisico in te schatten bij volwassen geweldplegers en de SVR-20 bij zedendelinquenten. Om deze instrumenten te kunnen gebruiken bij de doelgroep waarvoor ze zijn gemaakt, moet eerst worden vastgesteld om welk type delinquent het gaat. Vaak wordt het indexdelict (het delict waar behandeling voor werd geïndiceerd) hiervoor gebruikt. Naar ons idee levert het indexdelict als uitgangspunt om een delictspecifiek risicotaxatie-instrument in te zetten echter een onvolledige taxatie op. Onderzoek wees namelijk uit dat voor een grote groep delinquenten het indexdelict onderdeel uitmaakt van een diversiteit aan gepleegde typen delicten. Dit gold voor delinquenten die op basis van hun indexdelict werden getypeerd als zedendelinquent (Van Wijk & Blokland, 1999; Bullens, Van Wijk & Mali, 2006), brandstichter of geweldpleger (Barnett, Richter & Renneberg, 1999; Kjelsberg, 2002). Ook uit de eerste resultaten met de WaagSchaal bleek dat van de 106 delinquenten die werden aangemeld in verband met het plegen van een geweldsdelict, 67,9% ook andere delicten had gepleegd, waaronder huiselijk geweld, vermogens- en seksuele delicten (Van Horn, Bos & Wilpert, 2007).

Sommige risicotaxatie-instrumenten voor zedendelinquenten hanteren een nog strikter criterium dan het indexdelict. Er wordt als voorwaarde gesteld dat het instrument alleen kan worden gebruikt bij delinquenten die een hands-on delict hebben gepleegd, dat wil zeggen, een zedendelict waarbij sprake was van fysiek contact met het slachtoffer. De consequentie hiervan is dat de risicotaxatie niet kan worden verricht bij delinquenten die in de ambulante forensische zorg terechtkomen vanwege het plegen van

een hands-off zedendelict, zoals exhibitionisme, het downloaden van kinderporno of het via de webcam minderjarige slachtoffers aanzetten tot seksuele handelingen. Door de komst van internet is er een sterke toename te zien van het aantal delinquenten in de ambulante zorg dat hands-off zedendelicten pleegt. Dat het belangrijk is om ook bij de hands-off zedendelinquenten risicotaxaties te verrichten, heeft niet alleen te maken met het stijgende aantal, maar ook met het feit dat sommige van deze delinquenten zich progressief ontwikkelen tot het plegen van hands-on delicten (Greenberg-Rabinowitz, Firestone, Bradford & Greenberg, 2002; Van Horn, Mulder & Scholing, 2006). Onze conclusie was dan ook dat in de risicotaxatie-procedure het indexdelict niet volstaat, maar de volledige criminele voorgeschiedenis geïnventariseerd moet worden. Om deze geschiedenis in kaart te brengen, worden in de WaagSchaal voor alle typen delicten de veroordelingen, aangiften en niet officieel-geregistreerde delicten/wangedragingen genoteerd (zie tabel 2). Het inventariseren van niet officieel geregistreerd wangedrag levert een completer beeld op van de criminele voorgeschiedenis omdat veel delicten niet bij de politie worden gemeld. Zo kan het jaren duren voordat slachtoffers van huiselijk geweld of incest naar buiten durven te treden, laat staan hiervan aangifte durven te doen (Brouwers & Smit, 2005; Van Dijk, Flight, Oppenhuis & Duesman, 1997).

TABEL 2: CRIMINELE VOORGESCHIEDENIS KOEN

1. Eerdere en huidige delicten								
a	Veroordelingen	<input type="checkbox"/> zeden	<input type="checkbox"/> geweld	<input type="checkbox"/> huiselijk geweld	<input type="checkbox"/> vermogen	<input checked="" type="checkbox"/> geweld + vermogen	<input type="checkbox"/> overig	aantal: 5
b	Officiële aangifte(n)/registraties (zonder veroordeling)	<input type="checkbox"/> zeden	<input type="checkbox"/> geweld	<input checked="" type="checkbox"/> huiselijk geweld	<input type="checkbox"/> vermogen	<input type="checkbox"/> geweld + vermogen	<input type="checkbox"/> overig	aantal: 1
c	Niet officieel geregistreerde delicten/wangedragingen	<input type="checkbox"/> zeden	<input checked="" type="checkbox"/> geweld	<input type="checkbox"/> huiselijk geweld	<input checked="" type="checkbox"/> vermogen	<input type="checkbox"/> geweld + vermogen	<input type="checkbox"/> overig	

Koen wordt aangemeld bij De Waag voor huiselijk geweld (mishandeling van zijn vriendin). Uit zijn criminele voorgeschiedenis blijkt echter dat hij voornamelijk vermogens- en algemene geweldsdelicten pleegde, waar hij voor werd veroordeeld. Ook uit de niet-officieel geregistreerde delicten/wangedragingen blijkt dat Koen al op 10-jarige leeftijd begon met het plegen van diefstallen en vechtpartijen. Het gewelddadige gedrag neemt steeds ernstigere vormen aan en ook de vermogensdelicten gaan vaker gepaard met geweld.

De casus van Koen is een goede illustratie van hoe het indexdelict als uitgangspunt voor de risicotaxatie blikvernuwend werkt. Afgezet tegen de totale criminele voorgeschiedenis lijkt de mishandeling van zijn vriendin namelijk niet direct voort te komen uit problemen in de relationele sfeer. Het delict lijkt eerder deel uit te maken van een ingesleten criminele levensstijl en toe te schrijven aan een gebrekkige impulscontrole en agressieregulatie enerzijds en een antisociale persoonlijkheidsstoornis anderzijds. Als uitsluitend was afgegaan op het indexdelict, zou waarschijnlijk dadertherapie huiselijk geweld worden aangeboden, terwijl Koen beter lijkt te passen in een algemene agressiegroep met als focus agressieregulatie en een kosten-baten analyse.

3. RECIDIVERISICO'S INSCHATTEN VOOR ALLE TYPEN DELICTEN IN DE VOORGESCHIEDENIS

Het inventariseren van alle typen delicten die iemand in de voorgeschiedenis heeft gepleegd, betekent natuurlijk dat de risicotaxatie pas compleet is als ook voor die typen delicten het recidiverisico wordt ingeschat. Recidivestudies toonden aan dat veel delin-

quenten met andere delicten recidiveren dan het delict waarvoor ze werden behandeld. VanDiver (2006) bijvoorbeeld vond dat 50% van de zedendelinquenten recidiveerde met geweld- en vermogensdelicten. Kjelsberg (2002) concludeerde in haar onderzoek dat het bij geweldplegers eerder regel dan uitzondering is dat ze meerdere type delicten plegen. Hierop aansluitend worden in de WaagSchaal de recidiverisico's ingeschat voor alle typen delicten/wangedragingen die een cliënt heeft gepleegd (zie tabel 3). Het voordeel van een inschatting op een 5-puntsschaal in plaats van de gangbare 3-puntsschaal is dat er een genuanceerder risicoprofiel ontstaat.

TABEL 3: RECIDIVERISICO KOEN

Recidivedelict	Recidiverisico				
	Laag	Laag - Matig	Matig	Matig - Hoog	Hoog
Zeden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huiselijk geweld	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermogen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geweld + vermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Brandstichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overig, nl.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uit de criminele voorgeschiedenis van Koen komen vier delicttypen naar voren: geweld, huiselijk geweld, vermogen en geweld + vermogen. Vanwege zijn antisociale persoonlijkheidsstoornis, gebrekkige impulscontrole en agressieregulatie wordt het recidiverisico voor geweld hoog verondersteld. Het risico op huiselijk geweld wordt laag ingeschat omdat er sprake lijkt van een incident en Koen momenteel geen vriendin heeft. Koen heeft geen werk en geen uitkering. Hij wordt door zijn moeder onderhouden, maar heeft geld nodig om in zijn alcohol- en drugsbehoefte te voorzien. In combinatie met zijn antisociale persoonlijkheidsstoornis wordt recidive met vermogensdelicten voor geweld hoog ingeschat.

Door de casus wordt het belang onderstreept van het consequent doorvoeren van het inventariseren van alle delicttypen in de voorgeschiedenis tot het inschatten van het recidiverisico voor die delicttypen.

4. RISICOTAXATIE OP BASIS VAN ENKELVOUDIGE ITEMS KAN LEIDEN TOT INFORMATIEVERLIES

Ook opvallend in het merendeel van de risicotaxatie-instrumenten is, dat de scoring van een risicofactor vaak wordt gebaseerd op één enkel item. De informatie die in de scoring van een dergelijk item moet worden verwerkt, is doorgaans zeer divers van aard. Om bijvoorbeeld het SAVRY-item 'middelengebruik' te kunnen scoren moet de beoordelaar verschillende aspecten over het middelengebruik van cliënt wegen. Was er bij cliënt sprake van een alcoholverslaving in het verleden? Heeft cliënt momenteel nog alcoholproblemen? Zo ja, hoe beïnvloedt dat het functioneren van cliënt op school, werk en andere leefgebieden? En hangt zijn alcoholgebruik samen met crimineel gedrag? De weging van deze informatie komt tot uiting in één itemscore (laag, matig of hoog risico). Het nadeel hiervan is dat achteraf niet duidelijk is op welke informatie de itemscore is gebaseerd. Wat is doorslaggevend geweest als een beoordelaar bijvoorbeeld tot een score 'hoog risico' komt: de samenhang met crimineel gedrag of de negatieve invloed van de verslaving op het functioneren van cliënt op school?

Instrumenten die een uitzondering vormen op de enkelvoudige itemscore, zijn de LSI-r en de YLS/CMI. In deze instrumenten wordt een risicofactor gemeten met een set van statische en dynamische items, een domein genoemd. Omdat hierdoor geëxplici-

teerd wordt hoe een oordeel tot stand komt en deze informatie belangrijk wordt geacht kent de WaagSchaal een vergelijkbare opbouw en voorziet daarmee in de mogelijkheid om zicht te blijven houden op de totstandkoming van het algemeen klinisch oordeel aan het eind van elk domein, zoals ook geïllustreerd aan hand van de casus van Koen (zie tabel 4).

TABEL 4: SET VAN ITEMS (DOMEIN) EN 6-PUNTSSCHAAL ALGEMEEN KLINISCH EINDOORDEEL 'MIDDELEN' KOEN

8. Middelen			
a	Drankmisbruik/-afhankelijkheid in het verleden	<input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja
b	Drugsmisbruik/-afhankelijkheid in het verleden	<input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja
c	Drankmisbruik/-afhankelijkheid afgelopen half jaar	<input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja
d	Drugsmisbruik/-afhankelijkheid afgelopen half jaar drug(s): <i>xtc</i>	<input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja
e	Relatie met criminaliteit/wangedrag	<input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja
f	Klagen van omgeving over drank/drugsgebruik	<input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja
g	Problemen op school/werk door drank-/drugsgebruik	<input type="checkbox"/> nee	<input checked="" type="checkbox"/> ja
h	Medische problemen door drank/drugsgebruik	<input checked="" type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
		Bevredigend	Onbevredigend
i	Algemeen klinisch oordeel 'Middelen'	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5

Koen begon al op jonge leeftijd te drinken en xtc te gebruiken. Zijn middelenmisbruik was zelfs aanleiding om een man op gewelddadige manier van zijn geld te beroven. Koens middelenmisbruik heeft een negatieve weerslag op zijn functioneren op school. Hij ontkent dat hij problemen heeft met alcohol en drugs, terwijl zijn moeder het wel als een probleem ervaart. Het middelenmisbruik van Koen wordt als 'zeer problematisch' beoordeeld.

5. EEN PROBLEEMGEBIED IS NIET PER SE EEN RISICODOMEIN

In de meeste gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten worden de items risicofactoren genoemd en gescoord op een 3-puntsschaal: 'laag', 'matig' of 'hoog' risico. De term 'risicofactor' en de bijbehorende scoringsmogelijkheden veronderstellen een directe samenhang tussen item en recidiverisico. Wij zijn echter van mening dat de zogenoemde risicofactoren in feite levensgebieden zijn waarop een persoon al dan niet bevredigend functioneert. Het disfunctioneren op een levensgebied hoeft naar onze mening niet noodzakelijkerwijs samen te hangen met delictgedrag.

De procedure die in de WaagSchaal wordt gevolgd, bestaat uit vijf opeenvolgende stappen.

Voor elk domein worden de items gescoord volgens de richtlijnen die in de bijbehorende handleiding staan beschreven.

Elk domein wordt afgesloten met een algemeen klinisch eindoordeel op een 6-puntsschaal. Het algemeen klinisch oordeel aan het eind van elk domein heeft als bijkomend voordeel dat de behandelaar informatie kan meewegen die niet in (de handleiding van) het instrument is opgenomen, maar wel relevant wordt geacht voor het inschatten van het recidiverisico van de individuele cliënt. Als een cliënt bijvoorbeeld goed presteert op het werk en goed met collega's en zijn leidinggevende overweg kan, resulteert dit in een positief algemeen oordeel. In het geval van Koen blijkt dat de cliënt fraude heeft gepleegd op het werk. Het plegen van fraude op het werk is niet als apart item

in de WaagSchaal opgenomen, maar kan wel in het algemeen oordeel worden meege-
nomen.

De onbevredigende scores ('3', '4' en '5') op de algemeen klinische oordelen worden in
het overzicht 'probleemgebieden en risicodomeinen' aangevinkt (zie tabel 5) in de
kolom 'probleemgebieden'.

Voor elk probleemdomein wordt een klinische inschatting gemaakt van de samenhang
met delictgedrag en recidive (risicodomeinen). Het per cliënt beoordelen van relevante
risicodomeinen wordt ondersteund door het interventiemodel van Andrews, Bonta en
Hoge (1990). Een van de drie basisprincipes uit dit model is het 'zorgbehoefteprincipe'.
Dit principe gaat er van uit dat de recidivekans bij elk individu (mede) wordt beïnvloed
door een specifieke set van criminogene (met delictgedrag samenhangende) factoren.
Behandeling, aldus voornoemde auteurs, is het meest succesvol als zij is gericht op spe-
cifieke individuele criminogene factoren. Voor de behandelpraktijk is de vraag interes-
sant onder welke condities en in welke situaties (combinaties van) probleemdomeinen
een risico vormen. Deze inschatting leunt vooralsnog sterk op het klinische oordeel. Uit
onderzoek bij tbs-gestelden is bekend dat de combinatie 'psychopathie' en 'seksuele
deviatie' bij 82% van de onderzochte verkrachters leidde tot het opnieuw plegen van
een, vaak ernstig, zedenmisdrijf. Ter vergelijking, het recidivepercentage was 18% bij
delinquenten bij wie deze risicofactoren niet aanwezig waren (Hildebrand, 2004). Ver-
volgonderzoek zal moeten uitwijzen of dergelijke combinaties ook in de ambulante
forensische psychiatrie te identificeren zijn

Op basis van de risicodomeinen en de beschermende factoren, waarover in dit artikel
niet wordt geschreven, vindt een weging plaats die uitmondt in een inschatting van
het recidiverisico.

TABEL 5: PROBLEEMGEBIEDEN EN RISICODOMEINEN KOEN

Domeinen	Probleemgebied	Risicodomein
1. Eerdere en huidige delicten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Opleiding / Werk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Financiën	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Woonomgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gezin / Partner	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sociaal netwerk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vrije tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Middelen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Emotioneel / Persoonlijk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Houding	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Risicomanagement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Seksuele problematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uit de risicotaxatie van Koen komen negen probleemgebieden naar voren, waarvan er zes vol-
gens het klinische oordeel samenhangen met zijn delictgedrag (criminogene factoren). De hoe-
veelheid en diversiteit van Koens delicten passen in het beeld van een ingesleten criminele, voor-
al gewelddadige, levensstijl (domein *Eerdere en huidige delicten*). Als belangrijkste onderlig-
gende oorzaak van zijn delictgedrag worden zijn antisociale persoonlijkheid, gebrekkige impuls-
controle en agressieregulatie (domein *Emotioneel / Persoonlijk*) en zijn criminele opvattingen
(domein *Houding*) aangemerkt. Aanvullende risico's voor Koen om delicten (vooral vermo-
gensdelicten) te plegen, zijn het gebrek aan inkomsten (domein *Financiën*) om aan zijn proble-
matische behoefte aan alcohol en xtc te voldoen (domein *Middelen*). De kans op een succesvol-
le afronding van de behandeling wordt klein ingeschat (domein *Risicomanagement*) omdat

de enige beweegreden voor Koen om behandeling op te starten is, dat hij hoopt op een mildere straf.

Om Koen de noodzaak van behandeling meer in te laten zien, wordt gestart met een motiveringstraject waarin de focus ligt op een kosten-baten analyse van het blijven plegen van delicten en het veranderen naar een meer prosociale levensstijl. Met moeder zal een aantal gesprekken worden gevoerd om meer duidelijkheid te krijgen over de gezinssituatie en het verleden (waaronder het overlijden van Koens vader). Koen wordt eveneens gemotiveerd om parallel hieraan bij een verslavingsinstelling zijn middelenmisbruik onder controle te krijgen. Om zijn financiële situatie aan te pakken, wordt Koen vanuit de reclassering begeleid in het zoeken naar een passende baan. Als hij meer zicht krijgt op zijn problemen en meer gemotiveerd is voor behandeling, wordt hij in de agressiegroep geplaatst waarin gewerkt wordt aan zijn agressieregulatie en gebrekkige impulscontrole.

In het eerste valideringsonderzoek met de WaagSchaal jeugd werd het belang van de hierboven beschreven stappen onderstreept (Van Horn, Wilpert, Bos, Eisenberg & Mulder, ter publicatie aangeboden). De predictieve validiteit (de mate waarin het instrument recidive voorspelt) steeg van een slechte voorspelling (AUC=.68³) in stap 1 naar een goede voorspelling (AUC=.78 en AUC=.77) in respectievelijk stap 4 en 5. Ook de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was goed voor elke stap in de risicotaxatieprocedure.

Dynamische risicofactoren bieden handvatten voor vorm en evaluatie van behandeling
Bij de samenstelling van de WaagSchaal is de voorkeur gegeven aan het opnemen van vooral gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten. Van deze instrumenten wordt namelijk gezegd dat ze de mogelijkheid bieden om zowel het recidiverisico in te schatten (risk prediction) als om richtlijnen te genereren voor interventie teneinde het recidiverisico te verminderen (risk reduction). Onderzoeksresultaten over de mate waarin dynamische risicofactoren het recidiverisico bij tbs-gestelden voorspellen, zijn allesbehalve consistent. Waar in het ene onderzoek de voorspellingskracht van dynamische risicofactoren een somber beeld oplevert (Philipse, 2003), wordt in het andere een goede voorspellende waarde aan deze factoren toegekend (De Vogel, Smid, De Vries Robbé, 2007). Voor de ambulante cliënten kan nog geen uitsluitel worden gegeven over de bijdrage van de dynamische risicofactoren in het voorspellen van recidive. Er kan globaal wel iets worden gezegd over de beperkingen ten aanzien van de mate waarin gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten handvatten bieden voor behandeling en geschikt zijn om vorderingen van cliënt in de behandeling in kaart te brengen. De eerste beperking is dat bestaande instrumenten voor een relatief groot deel uit statische (niet door interventie beïnvloedbare) factoren bestaan, zoals leeftijd ten tijde van het eerste delict en het aantal gepleegde delicten (Van den Berg, 2007; Philipse, 2003). De HCR-20 bijvoorbeeld bestaat voor de helft uit statische risicofactoren en bij de J-SOAP D is dat zelfs 57%. Op de beperkingen daarvan anticiperend zijn in elk domein van de WaagSchaal dynamische items opgenomen. Het instrument voorziet daarmee in tegenstelling tot de eerder genoemde instrumenten in de mogelijkheid om op alle domeinen – met uitzondering van de criminele voorgeschiedenis – interventie te plegen.

3 De voorspellingskracht van een instrument wordt uitgedrukt in zogenoemde AUC-waarden (*Area Under the Curve*). Deze waarde kan minimaal .50 en maximaal 1.00 zijn. Bij de interpretatie van de AUC-waarden worden doorgaans de volgende richtlijnen gehanteerd: AUC<.70 = slecht;.70fflAUCffi.75 = redelijk; AUC>.75 = goed (Sjostedt & Grann, 2002).

De tweede beperking is dat de meeste gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten onvoldoende voorzien in de mogelijkheid om vorderingen in het functioneren van de cliënt te evalueren. Dit wordt in de hand gewerkt door de scoring op eerder genoemde 3-puntsschaal. Bij herhaalde metingen, na bijvoorbeeld twaalf maanden, is het de vraag of potentiële (subtiele) veranderingen in de risicodomeinen van cliënt op een dergelijke schaal zichtbaar worden. Om in een relatief kortere behandelperiode geringe vorderingen zichtbaar te maken, wordt in de WaagSchaal elk domein afgesloten met een algemeen gestructureerd klinisch oordeel op een 6-puntsschaal (zie tabel 4).

TOT SLOT

De WaagSchaal is een risicotaxatie-instrument dat – zoals gezegd – is samengesteld uit meerdere bestaande risicotaxatie-instrumenten. Door een uitgebreide toetsing en evaluatie van de WaagSchaal in de behandelpraktijk is een veelbelovend instrument ontstaan dat, vergeleken met andere risicotaxatie-instrumenten, geschikter is om het recidiverisico in te schatten bij delinquenten die ambulantly worden behandeld. Bovendien draagt het instrument bij aan een betere onderbouwing en transparantie van het risicotaxatie-proces. Zoals eerder aangegeven zijn de resultaten uit het eerste valideringsonderzoek met de WaagSchaal jeugd veelbelovend. In 2009 komen ook de resultaten beschikbaar van een valideringsonderzoek met de WaagSchaal volwassenen.

LITERATUUR

- Andrews, D.A., Bonta, J. & Hoge, R.D. (1990). Specification for effective rehabilitation. *Criminal Justice and Behaviour*, 17(1), 19-52.
- Andrews, D.A., & Bonta, J.L. (2000). *The Level of Service Inventory – Revised. User's Manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc. (MHS).
- Barnett, W., Richter, P., & Renneberg, B. (1999). Repeated arson: data from criminal records. *Forensic Science International*, 101, 49-54.
- Beek, D. van, Doncker, D. de, & Ruiters, C. de (2001). *Static-99. Nederlandse geautoriseerde vertaling*. Utrecht: dr. H. van der Hoeven Stichting.
- Berg, A., van den (2007). Risico's van risicotaxatie. De risico's van risicotaxatie-instrumenten in de forensische behandelpraktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 277-287.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R. & Webster, C.D. (1995). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver : Simon Fraser University.
- Borum, R., Bartel, P. & Forth, A.E. (2002). *Manual for the Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY)*, consultation edition, version 1. University of South Florida.
- Brouwers, M. & Smit, P.R. (2005). Seksuele delinquentie. De prevalentie door de jaren heen. *Justitiële Verkenningen*, 1. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Bullens, R.A.R., Horn, J.E. van, Eck, A. van & Das, J. (2005). *J-SOAP D: De Nederlandse vertaling en bewerking van de J-SOAP II (Juvenile Sex Offender Protocol II)*. Handleiding. Utrecht: Forum Educatief.
- Bullens, R.A.R., Wijk, A.Ph. van & Mali, B. (2006). Similarities and differences between the criminal careers of Dutch juvenile sex offenders and non-sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 12 (2), 155-164.

- Canton, W.J., Veer, T.S. van der, Panhuis, P.J.A. van, Verheul, R. & Brink, W. van den. (2004). De voorspellende waarde van risicotaxatie bij rapportage pro-justitia. Onderzoek naar de HKT-30 en de klinische inschatting. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (8), 525-535.
- Dijk, T., van, Flight, S., Oppenhuis, E. & Duesman, B. (1997). *Huiselijk geweld. Aard, omvang en hulpverlening*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Greenberg-Rabinowitz, S.R., Firestone, P., Bradford, J.M. & Greenberg, D.M. (2002). Prediction of recidivism in exhibitionists: psychological, phallometric, and offense factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14 (4), 329-347.
- Hanson, K.R. & Thornton, D. (1999). *Static-99 : Improving actuarial risk assessments for sex offenders*. (User Report 99-2). Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hildebrand, M. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: association with sexual and non-sexual recidivism. In Hildebrand, M. *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients. Assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications* (pp. 137-170). Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Universiteitspers.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Beek, D. van (2001). *Handleiding van de Nederlandse Sexual Violence Risk-20. Professionele richtlijnen ter beoordeling van risico op seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Uitgave Forum Educatief, Dr. H. Van der Hoevenkliniek Utrecht.
- Hoge, R.D. & Andrews, D.A. (1994). *The Youth level of Service/Case Management Inventory (YSC/CMI)*. Ottawa, Ontario: Department of psychology, Carleton University.
- Horn, J.E. van, Bos, M. & Wilpert, J. (2007). De WaagSchaal: onze visie op risicotaxatie. *De Waag Newsflash*, april 2007.
- Horn, J.E. van, Scholing, A. & Mulder, J. (2005a). Risicotaxatie bij jeugdige zeden- en geweldplegers in een ambulante setting. *Diagnostiek-wijzer*, 8 (2), 63-76.
- Horn, J.E. van, Scholing, A. & Mulder, J. (2005b). Risicotaxatie bij volwassen zeden en geweldplegers. *Diagnostiek-Wijzer*, 8 (2), 42-54.
- Horn, J.E. van, Mulder, J. & Scholing, A. (2006). Recidive bij subgroepen van zedendelinquenten in de ambulante forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 187-194.
- Horn, J.E. van & Wilpert, J. (2007). Leuker kunnen we het niet maken... Ook niet makkelijker. Een blik achter de schermen bij de implementatie van een risicotaxatie-instrument. In: Mulder, J. *Bijzondere behandeling*. Utrecht: Forum Educatief.
- Horn, J.E. van, Wilpert, J., Bos, M., Eisenberg, M., & Mulder, J. (ter publicatie aangeboden). *WaagSchaal jeugd: de psychometrische kwaliteit van een gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument voor de ambulante forensische psychiatrie*.
- Kjelsberg, E. (2002). Pathways to violent and non-violent criminality in an adolescent psychiatric population. *Child Psychiatry and Human Development*, 33 (1), 29-42.
- Lammers, S. & Philipse, M. (2003). *Nederlandse bewerking van de Level of Service Inventory-revised (LSI-r)*. Concept-vertaling, versie mei 2003.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th., Ruiter, C. & Wit-Grouls, H. de (2001). *Gestructureerde taxatie van geweldsrisico bij jongeren (geautoriseerde vertaling en onderzoeksversie van de SAVRY)*. Eefde: Rentray.
- Philipse, M.W.G. (2003). *Risicotaxatie: oplossingen voor een onoplosbaar probleem*. In T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen. Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie (pp.229-255). Deventer: Kluwer.

- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., Bouman, Y. (2000). *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/Van der Hoevenstichting
- Prentky, R.A. & Righthand, S. (2003). *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol: Manual. Center for Sex Offender management*. Website: www.csom.org.
- Ruiter, C., de, Domburgh, L. van, Das, J. & Hildebrand, M. (in voorbereiding). *Nederlandse vertaling en bewerking van de Youth Level of Service/Case Management Inventory*.
- Sjöstedt, G. & Grann, M. (2002). Risk Assessment: What is Being Predicted by Actuarial Prediction Instruments? *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(2), 179-183.
- Vandiver, D.M. (2006). A prospective analysis of juvenile male sex offenders. Characteristics and recidivism rates as adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (5), 673-688.
- Vogel, V. de, Ruiter, R. de & Bouman, Y., & De Vries Robbé, M. (2007). *SAPROF: Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Beek, D., van & Mead, G. van de (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders, *Law and Human Behavior*, 28, 235-251.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Hildebrand, Bos, B., & Ven, P. van de. (2004). Different ways of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.
- Vogel, V. de, Smid, W. & De Vries Robbé, M. (2006). *Do dynamic risk factors actually change during treatment?* Repeated measures with the HCR-20 in forensic clinical practice. Paper gepresenteerd op de 6de jaarlijkse conferentie van de International association of forensic mental health services. Amsterdam, 14-16 juni.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D. & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessment Risk for Violence, version 2*. Burnaby, BC: Simon Fraser University, Mental health, Law and Policy Institute.
- Werkgroep Pilotstudy Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). *Bevindingen van een landelijke pilotstudy naar de HKT-30*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Wijk, A.Ph. van & Blokland, A.A.J. (1999). Dé jeugdige zedendelinquent bestaat niet. Een profiel van verkrachters en misbruikers van kinderen. *Proces*, 5/6, 67-70.