



university of
 groningen

faculty of behavioural and
 social sciences

Naar een Basis Risicotaxatie Instrument in de
 Forensische Psychiatrie

Towards a Basic Risk Assessment Instrument in
 Forensic Psychiatry

Anna Zantinge

Master Thesis – Clinical Forensic Psychology and Victimology

S3770664

February 2022

Department of Psychology

University of Groningen

Supervisor: Erwin Schuringa

Examiner: Julie Karsten

NAAR EEN BASIS RISICOTAXATIE INSTRUMENT

A thesis is an aptitude test for students. The approval of the thesis is proof that the student has sufficient research and reporting skills to graduate, but does not guarantee the quality of the research and the results of the research as such, and the thesis is therefore not necessarily suitable to be used as an academic source to refer to. If you would like to know more about the research discussed in this thesis and any publications based on it, to which you could refer, please contact the supervisor mentioned.

Samenvatting

De kwaliteit van risicotaxatie in de forensische psychiatrie is structureel onderwerp van onderzoek en als gevolg worden regelmatig nieuwe of aangepaste instrumenten ontwikkeld. Hierdoor is het aantal risicotaxatie instrumenten in Nederland inmiddels talrijk geworden. Het doel van dit onderzoek is vaststellen of het mogelijk is een basis risicotaxatie instrument te ontwikkelen dat bestaat uit een algemene basisset met eventueel doelgroep specifieke supplementen. Hiervoor is een literatuurstudie uitgevoerd naar de items van de instrumenten HKT-R, HCR-20^{V3}, FAM, SAPROF, DROS 2.0, Static-99^R, Stable-2007, Acute-2007, FARE en RISC, resulterend in (1) een overzicht van alle items met indicatie of zij in de literatuur significant recidive voorspelden en (2) een overzicht van de meest voorkomende items in deze instrumenten. Van de doelgroep specifieke items is in kaart gebracht welke significant beter voorspelden voor de specifieke recidive dan voor algemene recidive. Een suggestie voor een minimale basisset is voortgekomen uit de meest voorkomende items met de beste predictieve validiteit. De minimale basisset weerspiegelde vrijwel alle acht centrale risicofactoren van Andrews en Bonta, aangevuld met items over de (stabiliteit m.b.t.) wonen en financiën. In de literatuur werd enkel de toegevoegde waarde van doelgroep specifieke items van de Stable-2007 onderzocht, aan de hand waarvan de meerwaarde van deze items voor zedendelinquenten niet kon worden ondersteund. De resultaten wijzen er op dat het mogelijk is om een basis risicotaxatie instrument te ontwikkelen. Wel is verder onderzoek nodig naar de voorspellende waarden van individuele items en met name de meerwaarde van doelgroep specifieke items voor zedendelinquenten en overige doelgroepen.

Trefwoorden: forensische psychiatrie, risicotaxatie, Central Eight, predictieve validiteit

Abstract

The quality of risk assessment in forensic psychiatry is a constant subject of research and as a result new or adapted instruments are regularly developed. This has resulted in numerous risk assessment instruments in the Netherlands. The main goal of this study is to determine whether it is possible to develop a basic risk assessment instrument that consists of a general basic set with possibly target group-specific supplements. A literature study on the items of the HKT-R, HCR-20^{V3}, FAM, SAPROF, DROS 2.0, Static-99^R, Stable-2007, Acute-2007, FARE, and RISC was carried out, resulting in (1) an overview with all items, indicating the significant predictors of recidivism from literature, and (2) an overview of the most common items. For the target group specific items, the items that predict significantly better for specific recidivism than for general recidivism were identified. A suggestion for a minimal base set has emerged from the most common items with the best predictive validity. This minimal base set includes almost all of Andrews and Bonta's central eight risk factors, supplemented with items concerning (stability with regard to) housing and finance. In the literature, only the predictive validity of the Stable-2007 items had been researched regarding general and specific recidivism. Based on these results, the added value of group specific items could not be supported. The results indicate that it seems possible to develop a basic risk assessment tool. However, further research is much needed concerning the predictive values of individual items and the added value of target-specific items for sex offenders and other target groups.

Keywords: forensic psychiatry, risk assessment, Central Eight, predictive validity

Naar een Basis Risicotaxatie Instrument in de Forensische Psychiatrie

De forensische psychiatrie is een bijzonder deelgebied van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) dat zich beweegt op het snijvlak van twee werelden: strafrecht en zorg. Forensische zorg kan door de strafrechter worden opgelegd aan iemand met een psychische/psychiatrische stoornis of lichtverstandelijke beperking die een strafbaar feit heeft gepleegd (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2021a). De zwaarste vorm van forensische zorg is ter beschikking stelling, ook wel tbs (met dwangverpleging of met voorwaarden). De rechter legt deze maatregel op als er sprake is van een ernstig delict (4 jaar gevangenisstraf of langer), een psychiatrische stoornis gerelateerd aan het delict en gevaar voor recidive. In 2020 waren in Nederland gemiddeld 1.403 bedden bezet door tbs-patiënten (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2021b).

Naast tbs bestaan nog andere vormen van forensische zorg. Deze forensische zorg kan op verschillende wijzen worden aangeboden waarbij de zwaarte van de nodige zorg en de mate van de nodige beveiliging bepalen waar iemand de zorg ontvangt. Allereerst kan er sprake zijn van een klinische opname, waarbij behandeling wordt geboden in een 24-uurs setting. De klinische zorg kent verschillende niveaus van beveiliging en zorgintensiteit. In 2020 waren in Nederland gemiddeld 1.017 bedden bezet binnen de klinische forensische zorg (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2021b). De tweede vorm van overige forensische zorg is beschermd wonen waarbij begeleiding en ondersteuning op maat wordt geboden. Binnen het beschermd wonen waren in 2020 gemiddeld 2.066 bedden bezet met forensische zorg. In totaal bezette de tbs en overige forensische zorg in 2020 gemiddeld 4.486 bedden in Nederland. Daarnaast waren 11.982 plaatsingen in de derde vorm van overige forensische zorg: de ambulante forensische zorg (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2021b). In de ambulante forensische zorg wordt behandeling, begeleiding en dagbesteding in de eigen woon- en werkomgeving geboden.

Het primaire doel van de behandeling binnen alle vormen van forensische zorg is het verminderen van het risico op nieuwe delicten. Voor het verminderen van het risico is het allereerst van belang vast te stellen hoe hoog dit risico is. Dit wordt gedaan door middel van risicotaxatie instrumenten. Risicotaxatie instrumenten zijn wetenschappelijk onderbouwde vragenlijsten waarmee ingeschat kan worden hoe groot de kans is dat een patiënt opnieuw een ernstig delict zal plegen (Dienst Justitiële Inrichtingen, z.j.). Met behulp van goede risicotaxatie kan de verantwoordelijke professional duidelijk uitleggen hoe en waarom hij/zij tot zijn/haar uiteindelijke risico oordeel is gekomen. In Nederland is het gebruik van risicotaxatie instrumenten bij tbs-patiënten tevens verplicht gesteld door Dienst Justitiële Inrichtingen in de ‘Verlofregeling TBS’ (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2010). Het doel van risicotaxatie is tweeledig. Het eerste doel is het bepalen van het recidiverisico. Dit is van groot belang voor de actuele beveiliging in de behandelde situatie, de intensiteit van de behandeling en de mate van vrijheid (bijvoorbeeld in het kader van verlof en resocialisatie; Tervoort, 2012). Het tweede doel is het identificeren van factoren die nauw samenhangen met het risico op een toekomstig delict (risicofactoren; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2019). Risicotaxatie vindt op verschillende momenten gedurende behandeling plaats zodat de intensiteit van de behandeling en beveiliging passend blijven en actueel blijft welke risicofactoren prioriteit verdienen bij de cliënt. In de klinische fase (de instroomfase en de therapeutische veranderfase) ligt de nadruk op de risicofactoren en pathologie, die met behulp van risicotaxatie in beeld worden gebracht. In de resocialisatiefase zijn met name de beschermende factoren van belang (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2019).

Geschiedenis

Om te komen tot de risicotaxatie instrumenten die we vandaag kennen, hebben deze instrumenten een hele evolutie doorgemaakt. Er zijn vier generaties risicotaxatie methodes, namelijk de ongestructureerde/klinische, de actuariële, de gestructureerde en ten slotte de

theoretisch geïnformeerde risicotaxatie instrumenten. Desondanks is de risicobeoordeling en risicomangement als wetenschappelijk gebied nog jong (Aven, 2016). Tijdens de eerste generatie risicotaxatie methodes, in de eerste helft van de twintigste eeuw, werd gebruik gemaakt van een inschatting van het recidiverisico op basis van de eigen expertise en klinische indrukken van de gedragsdeskundige. De gedachte was dat zij, vanuit hun theoretische kennis en ervaring, inzicht en kennis hadden van associaties die bestaan tussen psychische stoornissen en het recidiverisico (Blaauw, Bogaerts & Spreen, 2019). Deze methode wordt ongestructureerde risicotaxatie ofwel klinische inschatting genoemd (Bonta & Andrews, 2007). Met de toename in empirische studies kwam er meer kritiek op deze methode van risicotaxatie. Zo werd aangetoond dat de betrouwbaarheid van een klinische inschatting zeer gering is (Monahan et al, 2001) en deze methode geen beter oordeel gaf dan toevallige uitspraken (Harte & Breukink, 2010). Tevens verliep de besluitvorming weinig transparant, waarbij niet vermeld werd op basis van welke empirische gegevens het oordeel werd gebaseerd (Blaauw, Bogaerts & Spreen, 2019). Deze beperkingen zorgden er ook voor dat het niet repliceerbaar was (Duits, Van Casteren, Van den Brink & Doreleijers, 2005). Dit werd met name een groot punt van kritiek vanaf de jaren 70. In deze tijd groeide het bewustzijn om een risicobeoordeling in te schatten op basis van een meer actuariële, evidence-based methode (Decoene, 2016).

Als gevolg hiervan werd de tweede generatie ontwikkeld: de actuariële risicotaxatie instrumenten (Decoene, 2016). Deze werden ontwikkeld op basis van in empirisch onderzoek gevonden factoren die samenhangen met recidive (Van den Berg & De Vogel, 2011; Blaauw, Bogaerts & Spreen, 2019). De, via deze methode verkregen, individuele scores werden vergeleken met een normgroep, zodat een numerieke kans op recidive werd verkregen. Het belangrijkste kenmerk van deze benadering was dan ook dat het risico werd bepaald door het algoritme en niet door de gedragsdeskundige zelf. Daarnaast waren de variabelen objectief

vast te stellen met gebruik van informatie uit patiëntdossiers en justitiële documenten, zoals het aantal eerdere veroordelingen dat de patiënt had (Blaauw, Bogaerts & Spreen, 2019). Hierdoor was de actuariële benadering repliceerbaar en daardoor betrouwbaarder dan de klinische methode (Van der Put & Assink, 2018). Er zaten echter ook een aantal nadelen aan deze benadering. Het grootste punt van kritiek was dat de risicofactoren doorgaans historisch en daarmee onveranderbaar waren waardoor het effect van behandeling niet te meten was (Bonta & Andrews, 2007; Duits, Van Casteren, Van den Brink & Doreleijers, 2005). Daarnaast maakte deze methode gebruik van een beperkt aantal factoren en hield deze methode geen rekening met individuele kenmerken van de patiënt (Blaauw, Bogaerts & Spreen, 2019).

Vanwege deze beperkingen ontstond eind jaren 70 en begin jaren 80 de derde generatie risicotaxatie instrumenten: het gestructureerde klinische oordeel (GKO). Bij deze generatie werd voor het eerst onderscheid gemaakt tussen statische en dynamische risicofactoren. Statistische risicofactoren zijn over het algemeen vastliggende, onveranderlijke factoren die in de regel niet door behandeling zijn te beïnvloeden, zoals een langdurige geschiedenis van antisociaal gedrag. Dynamische risicofactoren zijn daarentegen door behandeling te beïnvloeden risicofactoren, zoals het hebben van een crimineel sociaal netwerk (Andrews & Bonta, 2016). Rond het jaar 2000 begon wetenschappelijk onderzoek zich meer en meer te richten op kenmerken van de persoon en zijn omgeving die het risico op recidive verlagen (Nagtegaal & Schönberger, 2013), zoals het hebben van een stabiele partnerrelatie (De Vogel, De Ruiter & Bouman, 2007). Als gevolg van de groeiende aandacht voor deze beschermende factoren zijn een aantal instrumenten aangevuld met beschermende factoren.

De GKO risicotaxatie instrumenten bestaan uit risicofactoren die zijn onderverdeeld in drie tijdsdomeinen (Bogaerts, Spreen, Ter Horst & Gerlsma, 2018). Het eerste tijdsdomein bestaat uit historische, statische risicofactoren. Het tweede (klinische) domein bevat actuele

dynamische variabelen die risicovolle gedragingen van de afgelopen periode in kaart brengen. Het derde domein bevat variabelen die een inschatting van de toekomst maken. De vraag hierbij is wat de patiënt kan en nodig heeft om het recidiverisico zo laag mogelijk te houden. Na het invullen van de domeinen kan de gedragsdeskundige andere omstandigheden die niet zijn gemeten door het instrument meewegen in het eindoordeel, zoals unieke individuele kenmerken en de context waarin de patiënt verblijft of zal verblijven. De GKO methode kon gezien worden als een combinatie van de ongestructureerde en de actuariële methodes, waarbij zowel statistische gegevens als klinische inschattingen gebruikt werden. Hierdoor had deze derde generatie een aantal voordelen. Zo kon informatie worden verkregen omtrent de behandeldoelen die nagestreefd moesten worden in interventies (Bonta & Andrews, 2007) en Bonta (2002) stelde dat het aanpakken van deze dynamische factoren de vermindering van het recidiverisico zou bevorderen. Een nadeel was echter het tijdrovende karakter van deze instrumenten (Maden, 2007).

Ten slot is er nog een vierde generatie, de theoretisch geïnformeerde methode. Deze generatie wordt gezien als een uitbreiding op de derde generatie, waarbij de focus ligt op het optimaal aansluiten van behandeling of risicomanagement op de risicofactoren (Taxman & Pattavina, 2013). Dit wordt gedaan door naast de bovengenoemde factoren ook responsiviteitsfactoren in kaart te brengen. Responsiviteitsfactoren zijn factoren die te maken hebben met de leerstijl van de patiënt, zoals het leervermogen, omstandigheden en demografische kenmerken zoals geslacht en etniciteit (Van den Berg & Hesper, 2017). Door rekening te houden met de responsiviteitsfactoren kan een interventie op maat worden ontwikkeld om de effectiviteit van een behandeling te bevorderen (Bonta & Andrews, 2007; Andrews & Bonta, 2016). Vervolgens wordt het risicomanagementproces, de selectie van behandeldoelen, de responsiviteitsfactoren en de evaluatie van de voortgang in de behandeling geïntegreerd (Plaisier & Ditzhuijzen, 2008), waardoor directe aanknopingspunten

voor interventies ontstaan (Decoene, 2016). Volgens Taxman en Pattavina (2013) wordt hierdoor de toepasbaarheid en de kwaliteit van risicotaxatie verbeterd.

Risk-Need-Responsivity Model

Het belangrijkste model voor de behandeling van forensische patiënten is het Risk-Need-Responsivity model (RNR; Andrews, Bonta & Hoge, 1990). Het RNR-model bevat drie principes: a) risk: het risicoprincipe waarbij de behandeling van mensen met een hoog risico intensiever en meer gestructureerd moet zijn dan die van mensen met een laag risico, inclusief de beveiliging, b) need: het behoefteprincipe waarbij de behandeling zich moet richten op specifieke factoren die de kans op recidive vergroten bij de individuele patiënt (de criminogenic needs; risicofactoren) en c) responsivity: het responsiviteitsprincipe waarbij de behandeling afgestemd moet zijn op de individuele eigenschappen van de cliënt en de behandeling gegeven moet worden met de best beschikbare methodes. Andrews en Bonta (2016) hebben acht centrale risicofactoren (*central eight*) opgesteld die essentieel zijn binnen het RNR-model: antisociale cognities (bijvoorbeeld het rationaliseren van delicten), antisociaal netwerk, geschiedenis van antisociaal gedrag, antisociale persoonlijkheidsstijl (zoals impulsiviteit, vijandigheid en slechte copingvaardigheden (Van Horn, Eisenberg & Uzieblo, 2016)), problemen met familie/relaties, problemen op school/werk, problemen met vrije tijd/ontspanning en middelenmisbruik. Gezien het belang van deze risicofactoren in de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten bevatten de meeste risicotaxatie instrumenten meerdere van deze acht factoren.

Gezien het belang van risicotaxatie is de kwaliteit van risicotaxatie instrumenten structureel onderwerp van onderzoek, zodat het risico op recidive steeds beter voorspeld kan worden en de risicofactoren beter geïdentificeerd kunnen worden. Als gevolg worden regelmatig nieuwe of aangepaste instrumenten ontwikkeld waardoor het aantal risicotaxatie instrumenten in Nederland inmiddels talrijk is geworden. Er zijn instrumenten ontwikkeld

voor verschillende forensische settingen (ambulant, klinisch of penitentiair), verschillende doelgroepen (o.a. mannen, vrouwen, volwassenen, jeugd, licht verstandelijk beperkten) en verschillende problematiek (o.a. agressie, verslaving, seksueel grensoverschrijdend gedrag). De instrumenten onderscheiden zich wat betreft beoogde uitkomsten, bijvoorbeeld het voorspelde gedrag (o.a. algemene recidiverisico, recidiverisico op een zedendelict, recidiverisico op een geweldsdelict) en termijn (o.a. 5 jaar, 10 jaar). Ter illustratie, Van Nieuwenhuizen en Philipse (2002) stelden vast dat er momenteel internationaal 25 verschillende risicotaxatie instrumenten beschikbaar zijn die zich richten op zedendelinquenten. De vraag rijst dan ook of het aantal instrumenten gereduceerd kan worden, mogelijk zelfs tot een enkel instrument.

Het gebruik van eenzelfde risicotaxatie-instrument (een algemene basisset met eventueel doelgroep specifieke supplementen) in de gehele forensische psychiatrie heeft een aantal voordelen ten opzichte van het gebruik van meerdere instrumenten. Allereerst stromen patiënten door binnen verschillende instellingen, settingen en zorgaanbieders, waar mogelijk telkens andere risicotaxatie instrumenten worden gebruikt. Wanneer de gehele forensische psychiatrie gebruik maakt van hetzelfde instrument komt dit de continuïteit van de risicotaxatie en daarmee de behandeling ten goede. Het maakt het mogelijk betere vergelijkingen te maken en hierdoor beter zicht te krijgen op de behandelvoortgang en hiermee ook het effect van de behandeling. Ten tweede kan tijd- en geldbesparing behaald worden. Voor de bestaande verschillende instrumenten moeten psychometrische kwaliteiten bepaald worden voordat ze gebruikt mogen worden in de praktijk. Wanneer één basis risicotaxatie-instrument gebruikt wordt in de gehele forensische psychiatrie hoeft dit nog maar voor één instrument te gebeuren. Ten slotte worden soms meerdere risicotaxatie instrumenten met overlappende items afgenomen bij een enkele patiënt, wat erg tijdrovend kan zijn. Met

het gebruik van één basis risicotaxatie-instrument is dit niet langer nodig waardoor tijdswinst behaald kan worden.

Dit onderzoek bestaat uit drie doelen. Het eerste doel is het verkrijgen van een overzicht van de items in de risicotaxatie instrumenten die in de Nederlandse forensische psychiatrie het meest gebruikt worden en hun voorspellende waarde voor recidive. Met name door de toename van het aantal instrumenten en de overlap die hiertussen bestaat, wordt het belang van een dergelijk overzicht vergroot. Om het aantal instrumenten in dit onderzoek overzichtelijk te houden, wordt het onderzoek gericht op volwassenen en worden risicotaxatie instrumenten die ontwikkeld zijn voor de jeugd niet meegenomen in het onderzoek.

Binnen deze items zijn algemene en doelgroep specifieke items te onderscheiden. De algemene items betreffen risicofactoren die een empirische basis hebben binnen alle doelgroepen. Een voorbeeld hiervan is middelenmisbruik, wat bij elk type delinquent een risicofactor voor recidive kan zijn. Het tweede doel van dit onderzoek is het verkrijgen van een overzicht van deze meest voorkomende items in de risicotaxatie instrumenten.

Het derde doel is gericht op de doelgroep specifieke items van de instrumenten. De doelgroep specifieke items betreffen risicofactoren die, naast de algemene items, een rol spelen bij het risico op recidive bij één of meerdere specifieke doelgroepen. Een voorbeeld hiervan is het geslacht van het slachtoffer, wat een specifiek risicofactor is voor de doelgroep zedendelinquenten. De vraag is of deze doelgroep specifieke items ook daadwerkelijk beter zijn in het voorspellen van specifieke recidive dan in het voorspellen van algemene recidive en daarmee meerwaarde hebben voor de voorspellende waarde van doelgroep specifieke instrumenten. De doelgroep specifieke items met meerwaarde zouden kunnen worden opgenomen in de vorm van supplementen aan de basisset.

De doelen vormen samen het hoofddoel van dit onderzoek: vaststellen of het mogelijk is om een basis risicotaxatie-instrument te ontwikkelen waarbij gebruik wordt gemaakt van

een algemene basisset bestaande uit de best voorspellende en meest voorkomende algemene items met daarnaast doelgroep specifieke items als supplementen voor de verschillende doelgroepen, zoals zedendelinquenten.

Methode

Dit onderzoek betreft een literatuurstudie. Er is gebruik gemaakt van de databases SmartCat, SpringerLink, BrowZine en Google Scholar. De zoektermen die gebruikt zijn in het onderzoek zijn als volgt (maar niet uitsluitend): ‘*risicotaxatie overzicht*’, ‘*risk assessment*’, ‘*Dutch risk assessment*’, ‘*overview risk assessment*’, ‘*predictive validity xxx*’, ‘*predictieve validiteit xxx*’, ‘*voorspellende waarde xxx*’, ‘*handleiding xxx*’ (‘xxx’ voor elk risicotaxatie-instrument dat is meegenomen in het onderzoek en waarvan geen handleiding beschikbaar is binnen FPC Dr. S van Mesdag of de handleiding geen informatie bevatte over de predictieve validiteit van de items). Daarnaast is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Hierbij is allereerst via de bovengenoemde databases gezocht naar relevante literatuur, waarna in de literatuurverwijzingen van deze literatuur is gezocht naar andere relevante artikelen (Verhoeven, 2016). Een voordeel van deze methode is dat snel en relatief gemakkelijk veel literatuur over een onderwerp verzameld kan worden. Een nadeel is echter dat deze methode resulteert in steeds minder actuele publicaties en dat het kan leiden tot eenzijdige informatie omdat auteurs geneigd zijn voornamelijk te refereren naar literatuur die aansluit bij het theoretisch kader van de auteur (Baarda & De Goede, 2001). De exclusiecriteria waren a) artikelen geschreven voor 2000 en b) onderzoeken naar de predictieve validiteit met een steekproef kleiner dan 50. Artikelen geschreven voor 2000 werden niet meegenomen in het onderzoek omdat de risicotaxatie instrumenten constant in ontwikkeling zijn en artikelen voor 2000 niet actueel genoeg zijn om de huidige situatie te beschrijven. Onderzoeken met een steekproef kleiner dan 50 werden uitgesloten voor dit onderzoek met als reden dat een steekproef van 50 te klein is om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over de

predictieve validiteit van risicotaxatie instrumenten of hun items (Hildebrand, Spreen & Hesper, 2005). De uitgesloten onderzoeken werden wel bijgehouden zodat ze eventueel konden worden samengevoegd.

Procedure

Het eerste doel van dit onderzoek betrof het verkrijgen van een overzicht van de items in de risicotaxatie instrumenten die in de Nederlandse forensische psychiatrie gebruikt worden. Hiervoor is allereerst een narratieve literatuurstudie uitgevoerd naar de meest gebruikte risicotaxatie instrumenten in de Nederlandse forensische psychiatrie. Van deze instrumenten is de instrumentendatabank van Expertisecentrum Forensische Psychiatrie geraadpleegd voor de basisinformatie over de gebruikte instrumenten en zijn de items overzichtelijk in kaart gebracht met gebruik van de handleidingen van de instrumenten. De voorspellende waarden van de items zijn verkregen uit de handleiding. Wanneer deze geen predictieve validiteit beschreven voor de items, is de literatuur geraadpleegd.

Voor het tweede doel van het onderzoek zijn alle items op basis van een inhoudelijke beoordeling door de onderzoeker beoordeeld of zij overeenkwamen met de *acht centrale risicofactoren* van Andrews en Bonta (2016). Deze items zijn ingedeeld in de categorie ‘algemene items’. De overgebleven items zijn opnieuw beoordeeld op inhoud. Van deze items zijn de items die doelgroep specifieke risicofactoren meten, ingedeeld in de categorie ‘doelgroep specifiek’. De overige items zijn ingedeeld in de categorie ‘overig’. Uit de categorie ‘overig’ is gepoogd subgroepen te vormen van 10 of meer items die dezelfde risicofactor meten. Bij twijfel over de categorisatie van de items heeft overleg plaatsgevonden met de begeleider van de onderzoeker, waarbij een consensus werd bereikt.

Ten derde is de meerwaarde van de doelgroep specifieke items verkregen door het verschil te bekijken tussen de voorspellende waarde van het doelgroep specifieke item voor algemene recidive en voor de specifieke recidive waarvoor het instrument ontwikkeld is.

Ten slotte is met behulp van de resultaten een suggestie voor een minimale basisset gecreëerd met hierin de best voorspellende en meest voorkomende items.

Resultaten

Het overzicht van De Vogel, De Vries Robbé en Van den Broek (2019) is gebruikt voor het bepalen van de instrumenten die worden meegenomen in het onderzoek. Zij schreven dat de Historisch, Klinisch, Toekomstige-Revisie (HKT-R; Spreen, Brand, Ter Horst & Boagaerts, 2013), de Historical, Clinical, Risk Management-20^{V3} (HCR-20^{V3}; Douglas, Hart, Webster & Belfrage: Nederlandse vertaling: De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chaksshi & De Ruiter, 2013). De Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton: Nederlandse vertaling: 't Lam, Lancel & Hildebrand, 2009) en Recidive Inschattingsschalen (RISc; Adviesbureau Van Montfoort & Reclassering Nederland, 2004) de meest gebruikte algemene gestructureerde risicotaxatie instrumenten zijn. De HKT-R, HCR-20^{V3} en START zijn ontwikkeld voor het meten van het risico op gewelddadige recidive en het in kaart brengen van de factoren die hier mee samenhangen en de RISc brengt de kans op algemene recidive in kaart. Naast deze algemene instrumenten beschreven zij de Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF; De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé, 2007) voor het in kaart brengen van de beschermende factoren, de Female Additional Manual (FAM; De Vogel, De Vries Robbé, Kalmthout & Place, 2011) als supplement voor de HCR-20^{V3} voor gewelddadige recidive bij vrouwen, de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS; Drieschner, Hesper, & Delforterie, 2019) voor het recidiverisico bij licht verstandelijk beperkten, de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE; Van Horn & Eisenberg, 2016) voor algemene recidive in de ambulante forensische zorg en zowel de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001) als de Static-99^R, Stable-2007, Acute-2007 (Harris, Phenix, Hanson & Thornton, 2003; Fernandez, Harris, Hanson & Spark, 2012; Hanson & Harris, 2014) voor seksuele recidive bij

zedendelinquenten. Gezien de SVR-20 als minder betrouwbaar en meer gedateerd wordt beschouwd en minder gebruikt wordt dan de SSA (Goedvolk & Klein Hofmeijer, 2020), wordt ervoor gekozen de SVR-20 niet mee te nemen in het onderzoek. De RISc is enkel inzichtelijk voor medewerkers van de Reclassering die de RISc afnemen. Er is contact opgenomen met Reclassering en zij verwezen door naar een validatiestudie over de risico- en beschermende factoren van de RISc (Van den Berg, Bruggeman, Houston, Joosten & Harte, 2021). Hierin worden de kwantitatieve items genoemd en deze worden meegenomen in het onderzoek. De exacte inhoud van de kwantitatieve items is niet bekend.

De instrumenten die zijn meegenomen in het onderzoek zijn de HKT-R, de HCR-20^{V3}, de START, de SAPROF, de DROS 2.0, de FAM, de Static-99^R, de Stable-2007, de Acute-2007, de FARE en de RISc. Van de elf instrumenten zijn vijf instrumenten ontwikkeld voor een brede doelgroep (de HKT-R, de HCR-20^{V3}, de START, de SAPROF en de RISc). De overige instrumenten zijn ontwikkeld voor specifieke doelgroepen zoals zedendelinquenten. In totaal bevatten de instrumenten 221 items, waarvan de meeste beantwoord worden op een 3- of 5-puntsschaal ($n=177$, 80,1%). In tabel 1 is het aantal items per categorie weergegeven. De tabel toont aan dat het overgrote deel van de items algemene items betreft en binnen de algemene items de meerderheid overeenkomstig is met één van de *acht centrale risicofactoren* van Andrews en Bonta (2016).

Tabel 1

Verdeling van de items per categorie

	Algemeen		Doelgroep specifiek			
	Central Eight	Overig	Vrouwen	Zeden	LVB	
Aantal items	152 (64,7%)	51 (35,5%)	6 (33,3%)	10 (55,6%)	2 (11,1%)	
Totaal	203 (100%)		18 (100%)			221

Voor het eerste doel zijn de items in kaart gebracht uit de risicotaxatie instrumenten die in de Nederlandse forensische psychiatrie gebruikt worden en hun predictieve validiteit. De resultaten zijn weergegeven in tabel A1 voor historische items, tabel A2 voor dynamische items en tabel A3 voor de toekomstige/risicohantering-items, alle te vinden in bijlage A. De tabellen geven een overzicht van de items die gebruikt worden in de Nederlandse forensische psychiatrie en brengen tevens in beeld welke items overlappen tussen de instrumenten. Bijlage B bevat een tabel met een overzicht welke items uit de instrumenten gebruikt worden om de *acht centrale risicofactoren* van Andrews en Bonta (2016) te meten. Deze tabel biedt informatie over in hoeverre de instrumenten de *acht centrale risicofactoren* meten en het aantal items dat zij hiervoor gebruiken per risicofactor.

De predictieve validiteit van de items is gevonden voor de HKT-R, de START, de SAPROF, de Stable-2007 en de FARE. In de tabellen van bijlage A zijn de significant voorspellende items aangeduid met *** voor $p < .001$, ** voor $p < .01$ en * voor $p < .05$.

Alle 33 items van de HKT-R zijn onderzocht op de univariate samenhang met gewelddadige recidive binnen bijna 8 jaar na behandeling, gemeten met de likelihood chi-square test (Spreen, Brand, Ter Horst & Bogaerts, 2013). De steekproef die hierbij is gebruikt is een klinische groep die varieert van 189 tot 332 ex-tbs-gestelden, met een gemiddelde van 309.

Voor de overige instrumenten is gebruik gemaakt van de Receiver Operating Characteristics (ROC-curve), die wordt uitgedrukt in de Area Under the Curve (AUC). De AUC-waarde geeft de kans aan dat een willekeurig gekozen recidivist een hogere score behaalt dan een willekeurig gekozen niet-recidivist (Van den Berg & De Vogel, 2011).

De items van de START zijn onderzocht op hun voorspellende waarde voor een incident of gewelddadig of crimineel gedrag voor zowel de risico- als sterkte-schalen. De verschillen hiertussen waren klein en voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de

voorspellende waarden voor de risico-schalen. Er is gebruik gemaakt van een follow-up periode van 6 maanden na de meting en een steekproef van 190 ambulante forensische patiënten uit ambulante forensische zorginstellingen (Paetsch, Van Os, Troquete & Van den Brink, 2019).

Voor de predictieve validiteit van de items van de SAPROF is geen Nederlands onderzoek gevonden. Om deze reden is gebruik gemaakt van een onderzoek dat is uitgevoerd onder 100 klinische patiënten uit Ierse forensische ziekenhuizen (Abidin, Davoren, Gibbons & Nulty, 2013). De gemiddelde follow-up periode was 181.9 dagen na de eerste meting ($SD = 70.3$, range 0-265 dagen). De SAPROF items zijn hierbij onderzocht op hun voorspellende waarde voor het aanbrengen van schade aan anderen.

De Stable-2007 is in Canada onderzocht op de predictieve validiteit voor seksuele recidive met een gemiddelde follow-up periode van 40,9 maanden ($SD = 13,3$, range 1-65 maanden). De steekproef varieert van 793 tot en met 799 ex-gedetineerde zedendelinquenten die onder toezicht van reclassering staan of voorwaardelijk zijn vrijgelaten (zie ook Tabel 2; Hanson, Harris, Scott & Helmus, 2007).

Ten slotte is de FARE in Nederland onderzocht op de predictieve validiteit van de items voor algemene recidive, gedefinieerd als een nieuwe registratie van een delict in het Onderzoeken Beleidsdatabase Justitiële Documentatie dat (nog niet) heeft geleid tot een veroordeling. De maximale follow-up periode was 36 maanden na de eerste meting (SD en range onbekend; Eisenberg, Hutten, Van der Veeke, Bouman, Bogaerts & Van Horn, 2020).

In Tabel C (Bijlage C) zijn de significant voorspellende items ($p < .05$) van deze instrumenten weergegeven. Deze tabel bestaat uit 17 historische items, 30 dynamische items en 4 toekomstige items.

Het tweede doel van dit onderzoek betreft het verkrijgen van een overzicht van de meest voorkomende items in de risicotaxatie instrumenten. De resultaten zijn gebaseerd op de

gegevens uit tabel A1. De meest voorkomende items behoren allen tot risicofactoren uit de *acht centrale risicofactoren* van Andrews en Bonta (2016), namelijk antisociale persoonlijkheidsstijl, antisociale cognities, geschiedenis van antisociaal gedrag, antisociaal netwerk en middelenmisbruik (zie Tabel 2). De vier meest voorkomende risicofactoren, worden tevens door Andrews en Bonta (2016) beschreven als de *Big Four*: de vier risicofactoren die de grootste impact hebben op recidive.

Tabel 2

De vijf meest voorkomende risicofactoren (n=221)

Risicofactor	Aantal items	Procent
Antisociale persoonlijkheidsstijl	57	25,8%
Antisociale cognities	20	9,0%
Geschiedenis antisociaal gedrag	20	9,0%
Antisociaal netwerk	17	7,7%
Middelenmisbruik	16	7,2%
Totaal	130	58,7%

Ten slotte is het derde doel van het onderzoek het bepalen van de meerwaarde van doelgroep specifieke items. Bij het indelen van items in categorieën konden geen subgroepen worden gevormd uit de categorie ‘overig’ omdat hierin geen 10 items waren die eenzelfde risicofactor beoogden te meten. De doelgroep specifieke items komen voor in vijf van de onderzochte instrumenten: de DROS 2.0, de FAM, de Static-99^R, de Stable-2007 en de Acute-2007. Geen van deze vijf instrumenten is in Nederland onderzocht op de voorspellende waarde voor zowel algemene als seksuele recidive van de items. In Canada hebben Hanson, Harris, Scott en Helmus (2007) dit onderzocht voor de Stable-2007 bij ex-gedetineerde zedendelinquenten die onder toezicht van reclassering staan of voorwaardelijk zijn vrijgelaten (zie Tabel 3; grijsgekleurde rijen zijn doelgroep specifieke items). De doelgroep specifieke

items uit de Stable-2007 lijken een hogere voorspellende waarde te laten zien voor seksuele recidive dan voor algemene recidive, dit verschil is echter niet significant. Drie van de vijf doelgroep specifieke items kunnen seksuele recidive wel significant voorspellen maar algemene recidive niet (sociale afwijzing/eenzaamheid, seksuele preoccupatie en seks als coping), deze items laten echter maar een klein diagnostisch vermogen zien voor seksuele recidive ($.56 \leq AUC < .64$; Rice & Harris, 2005).

Tabel 3

Voorspellende waardes van de items uit de STABLE-2007

Item	Algemene recidive		Seksuele recidive		n
	AUC	BHI 95%	AUC	BHI 95%	
Belangrijke sociale contacten	.60*	[.55, .66]	.59*	[.51, .66]	798
Vermogen tot een stabiele relatie	.61*	[.56, .65]	.62*	[.55, .69]	793
Emotionele identificatie met kinderen	.50	[.44, .55]	.52	[.44, .60]	798
Vrouwvijandigheid	.57*	[.52, .62]	.58*	[.50, .66]	799
Sociale afwijzing/eenzaamheid	.56*	[.51-.61]	.60*	[.52, .68]	799
Desinteresse in het welzijn van anderen	.62*	[.56, .67]	.58*	[.50, .66]	798
Impulsief gedrag	.67*	[.63, .72]	.64*	[.57, .71]	799
Ontoereikende probleemoplossings-vaardigheden	.64*	[.59, .69]	.60*	[.53, .68]	799
Negatieve emotionaliteit/vijandigheid	.57*	[.52, .62]	.55	[.46, .63]	799
Seksuele preoccupatie	.52	[.47, .58]	.58*	[.50, .65]	798
Seks als coping	.54	[.49, .59]	.62*	[.54, .70]	798
Seksuele deviantie	.50	[.44, .55]	.58	[.44, .60]	791
Samenwerking met toezichhouders	.60*	[.55, .65]	.58*	[.50, .66]	799

Noot. * $p < 0.5$

De FAM betreft een set aan voornamelijk doelgroep specifieke items die als aanvulling dienen op de HCR-20^{V3}. De meerwaarde van de doelgroep specifieke items waaruit de FAM voornamelijk bestaat, wordt verkregen door de voorspellende waarde van de

FAM in combinatie met de HCR-20^{v3} te vergelijken met de voorspellende waarde van de HCR-20^{v3} algemene recidive voor de doelgroep vrouwen. In Tabel D worden deze weergegeven voor vrouwelijke forensische ex-patiënten uit Nederlandse forensische instellingen (De Vogel, Bruggeman & Lancel, 2019). In de tabel is te zien dat wanneer de HCR-20^{v3} alleen gebruikt wordt (zonder de FAM), een hogere voorspellende waarde wordt behaald dan wanneer de HCR-20^{v3} in combinatie met de FAM gebruikt wordt. De steekproef is echter te klein (maximaal n=24) om deze resultaten mee te nemen in dit onderzoek. Op instrument-niveau is de DROS (voorganger van de DROS 2.0) vergeleken met de HKT-30 (voorganger van de HKT-R) bij de doelgroep licht verstandelijk beperkten met als conclusie dat de DROS geen meerwaarde lijkt te hebben ten opzichte van de HKT-30 voor het voorspellen van algemene recidive (Delforterie, Hesper, Nijman, Korzilius, Turhan & Didden, 2020). Echter is hier niet op item-niveau onderzocht wat de voorspellende waarde is van de DROS (2.0) ten opzichte van de HKT-30 (of HKT-R) waardoor ook deze gegevens niet mee kunnen worden genomen als resultaten.

Ten slotte kan met bovenstaande resultaten een suggestie voor een minimale basisset worden gevormd (zie Tabel 4). Voor de minimale basisset is allereerst gekeken naar de significant voorspellende items ($p < 0.05$), waaruit de items die minstens tweemaal voorkwamen in eenzelfde instrument en/of in verschillende instrumenten, zijn geselecteerd voor de minimale basisset. Voor toekomstige items voldeed het voorkomen in één instrument vanwege het lage aantal toekomstige items. Deze minimale basisset bevat bijna alle *acht centrale risicofactoren* van Andrews en Bonta (2016), behalve problemen met familie of relaties. Uit voorgaande resultaten blijkt dat de items over problemen met relaties niet significant voorspellen (Eisenberg, Hutten, Van der Veeke, Bouman, Bogaerts & van Horn, 2020; Hanson, Harris, Scott & Helmus, 2007). De items betreffende problemen met familie zijn (nog) niet onderzocht op predictieve validiteit.

Tabel 4*Minimale basisset met de voorspellende ($p < .05$) en meest voorkomende items*

Historisch	Dynamisch	Toekomst/risicomanagement
1. (Diversiteit) justitiële voorgeschiedenis	1. Antisociaal gedrag	1. Werk
2. Type slachtoffer indexdelict	2. Vijandigheid	2. (Criminele) netwerkinvloeden
3. Leeftijd eerste politiecontact	3. Antisociale cognities	3. (Instabiliteit m.b.t.) woonsituatie
4. Regelovertredend gedrag	4. Regelovertredend gedrag incl. voorwaarden	4. Financiën
5. Verslavingsverleden	5. Meewerken aan de behandeling	5. Overeenstemming over afspraken
6. (Criminele) netwerkinvloeden	6. Impulsiviteit	
7. School- en arbeidsverleden	7. (Criminele) netwerkinvloeden	
8. (Instabiliteit m.b.t.) woonsituatie	8. School- en arbeidsvaardigheden	
	9. Vrijtijdsbesteding	
	10. Financiën	
	11. Middelengebruik	

Discussie

Het hoofddoel van dit onderzoek was vaststellen of het mogelijk is om een basis risicotaxatie-instrument te ontwikkelen waarbij gebruik wordt gemaakt van een algemene basisset bestaande uit de best voorspellende en meest voorkomende algemene items met daarnaast doelgroep specifieke items als supplementen voor de verschillende doelgroepen, zoals zedendelinquenten. De resultaten uit dit onderzoek pleiten voor de mogelijkheid een basis risicotaxatie instrument te kunnen ontwikkelen.

Algemene basisset

Allereerst is vastgesteld dat er veel overlap bestaat tussen de risicotaxatie instrumenten die gebruikt worden in de Nederlandse forensische psychiatrie. De grootste overlap tussen de instrumenten is te vinden in de *acht centrale risicofactoren* van Andrews en Bonta (2016), gezien deze het meest voorkomen. Daarnaast bleek dat een derde van alle items niet overeen kwam met de *centrale acht risicofactoren* van Andrews en Bonta (2016). Deze items worden

minder ondersteund vanuit literatuur dan de *centrale acht risicofactoren*, waardoor deze items extra onderzocht zullen moeten worden voordat zij al dan niet toegevoegd worden aan een instrument. Dit onderzoek laat zien dat het voor een algemene basisset belangrijk is items te behouden die deze *acht centrale risicofactoren* meten (behalve problemen met familie/relaties) vanwege het vele bewijs voor deze factoren vanuit de literatuur (Andrews & Bonta, 2016), de goede voorspellende waarde voor recidive en het feit dat zij voorkomen in vrijwel alle instrumenten. Daarnaast bleken items betreffende (instabiliteit m.b.t.) woonsituatie en items betreffende financiën goede voorspellers te zijn voor recidive. Ten slotte bleek het van belang alle drie de tijdsdomeinen (historisch, dynamisch en toekomstig) te vertegenwoordigen in de basisset. Hieruit is een suggestie voor een algemene basisset ontwikkeld (zie Tabel 4) met zeven van de *acht centrale risicofactoren* van Andrews en Bonta (2016) en aanvullende items betreffende (instabiliteit m.b.t.) woonsituatie en financiën.

Daarnaast blijkt uit het overzicht van de items dat veel instrumenten grotendeels bestaan uit items die niet significant voorspellen of een matig diagnostisch vermogen hebben. Vanuit de Handleiding en Verantwoording van de HKT-R (Spren, Brand, Ter Horst & Bogaerts, 2013) wordt duidelijk dat de items die niet significant voorspellen, zijn behouden omdat gedragsdeskundigen in het forensische veld aangaven deze relevant te vinden. Van de Stable-2007 is bekend dat een aantal items die niet significant voorspellen voor seksuele recidive zijn behouden omdat zij wel significant voorspellen voor algemene of gewelddadige recidive.

Voor het vormen van een suggestie voor de algemene basisset van een basis risicotaxatie instrument, zijn enkel de best voorspellende en meest voorkomende items meegenomen en is geen rekening gehouden met de mening van gedragsdeskundigen omdat uit de resultaten blijkt dat deze items niet het beste zijn in het voorspellen van recidive. Een verklaring hiervoor kan worden verkregen uit een onderzoek naar risicofactoren van seksuele

recidive (Huls, Nentjes, Rinne & Verschuere, 2018), waaruit naar voren kwam dat de mening van gedragsdeskundigen over het belang van risicofactoren vertekend wordt door morele oordeelsvorming. Het feit dat de mening van gedragsdeskundigen over risicofactoren niet bijdraagt aan de predictieve validiteit van een risicotaxatie instrument, sluit echter niet uit dat deze mening van belang kan zijn bij het doen van behandelbeoordelingen.

Doelgroep specifieke supplementen

Wat betreft de doelgroep specifieke supplementen ter aanvulling van de basisset, kan voorzichtig geconcludeerd worden dat een supplement voor de doelgroep zedendelinquenten waarschijnlijk niet significant zal bijdragen aan de voorspellende waarde van het instrument voor seksuele recidive. Er is geen ondersteuning gevonden dat de doelgroep specifieke items voor zedendelinquenten (uit de Stable-2007) uit dit onderzoek beter zijn in het voorspellen van seksuele recidive dan algemene items. Tevens laten maar drie van de vijf doelgroep specifieke items een klein diagnostisch vermogen voor (seksuele) recidive zien en hebben de overige doelgroep specifieke items geen diagnostisch vermogen voor (seksuele) recidive.

Voor overige doelgroepen, zoals vrouwen en licht verstandelijk beperkte cliënten, is geen of te weinig onderzoek naar de predictieve validiteit (en daarmee de meerwaarde van doelgroep specifieke items) op item-niveau gedaan of gepubliceerd om conclusies te kunnen trekken over het belang van doelgroep specifieke supplementen voor deze doelgroepen. Uit dit onderzoek komt wel naar voren dat de FAM 10 items bevat waarvan 9 zijn beoordeeld als doelgroep specifiek voor vrouwen. De makers geven aan de FAM te hebben ontwikkeld omdat uit de literatuur blijkt dat risicofactoren voor geweld bij vrouwen veelal verschillen van risicofactoren bij mannen en gedragsdeskundigen uit de praktijk aangeven behoefte te hebben aan meer specifieke richtlijnen voor risicotaxatie bij vrouwen (De Vogel, De Vries Robbé, Van Kalmthout & Place, 2015). Dit, en de voorspellende waarde van de doelgroep specifieke items uit de FAM, zal aangetoond moeten worden in vervolgonderzoek. Daarnaast toont dit

onderzoek aan dat er maar twee items in de DROS 2.0 voorkomen die specifiek gericht zijn op licht verstandelijk beperkten. Dit roept de vraag op waarom een instrument specifiek voor deze doelgroep ontwikkeld is als deze vervolgens maar twee doelgroep specifieke items bevat. Volgens de makers (Driescher, Hesper & Delforterie, 2019) heeft de DROS 2.0 enkele kenmerken die gericht zijn op de verstandelijk beperkte doelgroep. Allereerst is bij de ijking van de items rekening gehouden met het lagere cognitieve niveau waardoor veranderingen op laag niveau gemeten worden. Ten tweede is een inhoudelijk accent gelegd op de begeleidbaarheid van de cliënt en ten derde zijn verwijzingen naar een strafrechtelijk behandelcontext zo veel mogelijk vermeden. Een beperking van dit onderzoek is dat de items enkel beoordeeld zijn op inhoud en meetpretentie, waarbij geen rekening is gehouden met de ijking en scoringsinstructies, waar de doelgroep specifieke aspecten van de items in verwerkt kunnen zijn. Aanbevolen wordt om de ijking en scoringsinstructies in vervolgonderzoek mee te nemen zodat deze eventueel ook overwogen kunnen worden in de ontwikkeling van een basis risicotaxatie instrument.

Het gebrek aan informatie wat betreft de predictieve validiteit van doelgroep specifieke items is de grootste beperking van dit onderzoek. Hierdoor kunnen geen uitspraken worden gedaan over de eventuele meerwaarde van doelgroep specifieke items naast een algemene basisset. Daarnaast is een limitatie van dit onderzoek dat de items die wel onderzocht zijn op predictieve validiteit, niet perfect te vergelijken zijn vanwege de verschillende follow-up periodes die gebruikt worden in de onderzoeken.

Concluderend kan gesteld worden dat de meerderheid van de instrumenten te veel items bevatten die recidive niet significant voorspellen en tevens overlappen met andere instrumenten. Deze, niet significant voorspellende, items bestaan voornamelijk uit risicofactoren die niet overeen komen met de *centrale acht risicofactoren* van Andrews en Bonta (2016). Deze conclusie levert bewijst voor het belang van de *centrale acht*

risicofactoren in (het meten van) de vermindering van recidiverisico waarmee tevens het belang van het gebruik van het RNR-model in behandeling wordt benadrukt, aangezien het RNR-model de *centrale acht risicofactoren* (terecht) als essentieel beschouwt (Andrews en Bonta, 2016). De doelgroep specifieke instrumenten bestaan voornamelijk uit algemene items die ook veel voorkomen in andere instrumenten, met als gevolg dat veel items in de praktijk dubbel gescoord worden. Daarnaast bestaan zij uit overige (doelgroep specifieke) items, die niet beter zijn gebleken in het voorspellen van specifieke recidive dan de algemene items. In de huidige tijd waarin de werkdruk hoog ligt en efficiëntie van belang is, zou een korter evidence-based instrument de voorkeur hebben ten opzichte van zowel een langer instrument als het gebruik van twee verschillende instrumenten naast elkaar. Dit onderzoek bevat een eerste suggestie voor een algemene basisset waaruit het instrument minimaal zal moeten bestaan, gebaseerd op hun voorkomen in de huidige instrumenten en de predictieve validiteit voor recidive.

Wat betreft beperkingen van dit onderzoek is bij het categoriseren van de items als algemeen of doelgroep specifiek sprake geweest van subjectiviteit. Om dit tegen te gaan, heeft allereerst bij twijfel overleg plaatsgevonden tussen de onderzoeker en de supervisor, waarna een consensus is bereikt. Ten tweede heeft de supervisor alle beslissingen nagelopen en zijn de onenigheden besproken, waarna een consensus is bereikt. Hierdoor is de subjectiviteit verminderd maar blijft het een beperking van het onderzoek.

Een andere beperking van het onderzoek is dat de predictieve validiteit van een item (of instrument) wordt beïnvloed door de professionaliteit van de gedragsdeskundige(n) die het instrument in de praktijk invult. Voor elk instrument dat is meegenomen in dit onderzoek bestaat een handleiding voor het afnemen van het instrument. Voor de meeste instrumenten wordt tevens een training aanbevolen of verplicht gesteld voor afname. Van sommige, in dit onderzoek gebruikte, onderzoeken naar de predictieve validiteit van de items is niet bekend of

de personen die het instrument invulden geschoold waren in het afnemen van het instrument. Dit kan invloed hebben gehad op de professionaliteit waarmee de instrumenten zijn afgenomen, wat op zijn beurt invloed kan hebben gehad op de predictieve validiteit die gevonden is voor de items. Hierdoor kunnen de resultaten enigszins vertekend zijn.

Vervolgonderzoek is nodig naar de meerwaarde van doelgroep specifieke items zodat onderzocht kan worden of doelgroep specifieke supplementen voor overige doelgroepen de predictieve validiteit van het basis risicotaxatie instrument verhogen. Door het grote gebrek aan deze informatie, kan dit onderzoek gezien worden als oriënterend onderzoek dat als startpunt fungeert voor verder onderzoek naar de mogelijkheden voor het ontwikkelen van een basis risicotaxatie instrument dat bestaat uit een algemene basisset met (indien nodig) doelgroep specifieke supplementen.

Literatuur

- Abidin, Z., Davoren, M., Gibbons, O. & Nulty, A. (2013). Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: Prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, 13(1), 197-215. doi: 10.1186/1471-244X-13-197
- Adviesbureau Van Montfoort, Stichting Reclassering Nederland. (2004). *Handleiding RISC Gebruikersversie*. Utrecht: Stichting Reclassering Nederland
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2016). *The Psychology of Criminal Conduct* (6de ed.). doi: 10.4324/9781315677187
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52. doi: 10.1177/0093854890017001004
- Aven, T. (2016). Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation. *European Journal of Operational Research*, 253(1), 1-13. doi: 10.1016/j.ejor.2015.12.023
- Baarda, B. & Goede, M. de. (2001). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Noordhoff Uitgevers
- Berg, C. van den, Bruggeman, M., Houston, R., Joosten, A., & Harte, JM. (2021). *Validatiestudie risico- en beschermende factoren van de RISC: Een evaluatieonderzoek naar de leefgebieden van het risicotaxatie en adviesinstrument van de 3RO*. Geraadpleegd op 1 februari 2022 van https://www.researchgate.net/publication/355965668_Validatiestudie_risico-en_beschermende_factoren_van_de_RISC_Een_evaluatiestudie_naar_de_leefgebied_en_van_het_risicotaxatie_en_adviesinstrument_van_de_3RO

- Berg, J. van den & Hesper, B. (2017). Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten bij plegers van (seksuele) geweldsdelicten met een licht verstandelijke beperking. In: Kaal, H., Overvest, N. & Boertjes, M. (2017). *Beperkt in de keten: Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers
- Berg, J.W. van den & Vogel, V. de. (2011). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten met een lichte verstandelijke handicap: hoe bruikbaar zijn risicotaxatieinstrumenten? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(2), 83-93
- Blaauw, E., Bogaerts, S. & Spreen, M. (2019). Risicotaxatie in de Nederlandse rechtspraak: op naar een best practice. *Expertise en Recht*, 2019(2), 71-77
- Bogaerts, S., Spreen, M., Horst, M. ter & Gerlsma, C. (2018). Predictive validity of the HKT-R Risk Assessment for two and five-year recidivism in a cohort of Dutch Forensic Psychiatric Patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 2259- 2270. doi: 10.1177/0306624X17717128
- Bonta, J. & Andrews, D.A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6(1), 1-22
- Bonta, J. (2002). Offender risk assessment: Guidelines for selection and use. *Criminal Justice and Behavior*, 29(4), 355-379. doi: 10.1177/0093854802029004002
- Decoene, S. (2016). Het risicoprincipe: inschatten van de behandelintensiteit. In S. Decoene (red.), *Over stoute dingen doen: een inleiding criminologische psychologie* (pp.239-259). Leuven: Acco
- Delforterie, M.J., Hesper, B.L., Nijman, H.L.I., Korzilius, H.P.M.L., Turhan, A. & Didden, R. (2020). De voorspellende waarde van de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) voor recidive bij (forensische) patiënten met een licht verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 1040-1048
- Dienst Justitiele Inrichtingen. (2010). *Verlofregeling TBS*. Den Haag: DJI

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2021a). *Informatieblad Forensische Zorg september 2021*.

Geraadpleegd op 10 november 2021, van

<https://www.dji.nl/documenten/publicaties/2020/07/27/informatieblad-forensische-zorg-maart-2019>

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2021b). *Infographic Forensische Zorg 2021*. Geraadpleegd op

10 november 2021, van

<https://www.dji.nl/documenten/publicaties/2020/07/27/infographic-forensische-zorg-2021>

Dienst Justitiële Inrichtingen. (z.j.). *Risicotaxatie instrumenten*. Geraadpleegd op 9 november

2021, van <https://www.forensischezorg.nl/beleid/risicotaxatieinstrumenten>

Douglas, D., Hart, S., Webster, C. & Belfrage, H. (2013). Nederlandse vertaling: Vogel, V. de,

Vries Robbé, M. de., Bouman, Y., Chakhssi, F. & Ruiter, C. de. *HCR-20^{V3}*.

Risicotaxatie van geweld. Utrecht: Academische Uitgeverij Eburon

Drieschner, K., Hesper, B. & Delforterie, M. (2019). *Dynamic Risk Outcome Scales 2.0*.

Zwolle: Trajectum

Duits, N., Van Casteren, M., Van den Brink, W., & Doreleijers, T. A. (2005). Risicotaxatie van

geweldsrecidive bij jeugdigen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47(8), 511-518

Eisenberg, M., Hutten, J., Veeken, F. van der, Bouman, Y.H.A., Bogaerts, S. & Horn, J.E. van.

(2020). *Validatie FARE: Een multi-center studie naar de*

interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, convergente validiteit, veranderbaarheid en de predictieve validiteit van de Forensische Ambulante Risico Evaluatie (FARE).

Geraadpleegd op 15 januari 2021 van,

https://www.researchgate.net/publication/349604254_Validatie_FARE_Een_multi-center_studie_naar_de_interbeoordelaarsbetrouwbaarheid_convergente_validiteit_vera

nderbaarheid_en_de_predictieve_validiteit_van_de_Forensische_Ambulante_Risico_ Evaluatie_FARE

- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2019). *Basis Zorgprogramma. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische cliënten*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. <https://efp.nl/publicaties/basis-zorgprogramma>
- Fernandez, Y., Harris, A.J.R., Hanson, R.K. & Sparks, J. (2012). Nederlandse vertaling: Smid, W.J., Koch, M. & Berg, J.W. van den. *Stable-2007 Scorehandleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten
- Goedvolk, M. & Klein Hofmeijer, E. (2020). *Quickscan maatregelen gewogen risico. Definitieve rapportage*. Geraadpleegd op 15 december 2021 van, <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=c09e02a6-f7f4-4952-9548-0b1a4d4ab33d&title=QUICKSCAN%20MAATREGELEN%20GEWOGEN%20RISICO.pdf>
- Hanson, R.K. & Harris, A.J.R. (2014). Nederlandse vertaling: Smid, W.J., Koch, M. & Berg, J.W. van den. *Acute-2007 Scorehandleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten
- Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T. & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project*. Public Safety Canada, ISBN: 978-0-662-69992-7
- Harris, A.J.R., Phenix, A., Hanson, R.K. & Thornton, D. (2003). Nederlandse vertaling: Smid, W.J., Koch, M. & Berg, J.W. van den. *Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014)*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten
- Harte, J.M. & Breukink, M.D. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52(1), 52-72

- Hildebrand, M., Hesper, B., Spreen, M. & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30, en PCL-R [Structured risk assessment and psychopathy: A study into the reliability and predictive validity of the HCR-20, HKT-30, and PCL-R]*. Amsterdam: Spinhex & Industrie
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Beek, D.J. van (2001). *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico op toekomstig seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Stichting/Forum Educatief
- Horn, J. van, Eisenberg, M. & Uzieblo, K. (2016). Risicotaxatie in de Nederlandse ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 58, 583-592
- Horn, J.E. van, Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Hanenberg, F.J.A.C. van den, Put, C.E. van der & Bogaerts, S. (2016). *Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE)*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg
- Huls, L., Nentjes, L., Rinne, T. & Verschuere, B. (2018). Gebruikte versus werkelijke voorspellers van seksuele recidive: invloed van morele verwerpelijkheid op oordeel pro Justitia-rapporteurs. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 60(2), 78-86
- Maden, T. (2007). *Treating Violence: A guide to risk management in mental health*. Oxford: Oxford University Press
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Roth, L.H., Grisso, T. & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford: Oxford University Press
- Nagtegaal, M.H. & Schönberger, H.J.M. (2013). *Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden [Memorandum]*. Wetenschappelijk Onderzoek- en

Documentatiecentrum, Ministerie van Veiligheid en Justitie.

<http://hdl.handle.net/20.500.12832/904>

- Nieuwenhuizen, C. van & Philipse, M. (2002). Risicotaxatie bij zedendelinquenten: een globaal literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26(1), 70-78
- Paetsch, A., Os, P.W.D.P. van, Troquete, N.A.C. & Brink, R.H.S. van den. (2019). Single-item predictive validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) for violent behaviour in outpatient forensic psychiatry. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(4), 630-641. doi: 10.1080/14789949.2019.1581831
- Plaisier, J. & Ditzhuijzen, J. van. (2008). *Risicotaxatie bij verlof van gedetineerden: een (inter)nationale vergelijking van instrumenten en procedures*. Amsterdam: Impact R&D
- Put, C. van der & Assink, M. (2018). Misvattingen in de Nederlandse visie op risicotaxatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(8), 508-510
- Rice, M.E. & Harris, G.T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 29(5), 615–620. doi: 10.1007/s10979-005-6832-7
- Spreen, M., Brand, E., ter Horst, P. & Bogaerts, S. (2013). *Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R*. Groningen: FPC Dr. S. van Mesdag
- Taxman, F.S. & Pattavina, A. (2013). *Simulation Strategies to Reduce Recidivism: Risk Need Responsivity (RNR) Modeling for the Criminal Justice System*. New York: Springer-Verlag New York Inc
- Tervoort, M. (2012). *Forensische psychiatrie: tussen dwang en vrijblijvendheid*. Assen: Koninklijke van Gorcum
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken (5^e druk)*. Amsterdam: Boom

- Vogel, V. de, Bruggeman, M. & Lancel, M. (2019). Gender-sensitive violence risk assessment: Predictive validity of Six Tools in Female Forensic Psychiatric Patients. *Criminal Justice and Behavior*, 46(4), 528-549. doi: 10.1177/0093854818824135
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, & Bouman, Y. (2007). Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting: Introductie van de SAPROF. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 102-119. doi: 10.1007/BF03062262
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y.H.A., & Vries Robbé, M. de (2007). *Handleiding bij de SAPROF: Structured assessment of protective factors for violence*. Utrecht/Nijmegen: Van der Hoeven-kliniek/Trimbos-Instituut/Prof. mr. W.P.J. Pompestichting
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Kalmthout, W. van, & Place, C. (2011). *FAM. Female Additional Manual: Additional guidelines to the HCR-20 for assessing risk for violence in women*. Utrecht: Forum Educatief
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L & Middleton. (2009). Nederlandse vertaling: 't Lam, K., Lancel, M. & Hildebrand, M. *Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)*. Assen: GGZ Drenthe

Bijlage A

Tabel A1

Overzicht van de acht centrale risicofactoren en de bijbehorende historische items

Central Eight	HKT-R (5-puntsschaal)	HCR-20 ^{V3} (7-puntsschaal)	SAPROF (3-puntsschaal)	FAM (7-puntsschaal)	STATIC-99 ^R (2-puntsschaal*)	FARE (5-puntsschaal)	RISc (5-puntsschaal)
1	Justitiële voorgeschiedenis***				Aantal eerdere veroordelingsdata	Aantal eerdere en huidige veroordelingen***	Eerdere justitiële afdoeningen
1					Eerdere veroordeling voor niet-seksueel geweld		Delictpatroon
1					Eerdere seksuele delicten		
1					Enige veroordeling voor een non-contact seksueel delict		
1					Index bevat veroordeling voor niet-seksueel geweld		
1	Schending van voorwaarden betreffende behandeling en toezicht***	Geschiedenis van problemen met respons op behandeling of toezicht				Regelovertredend gedrag in het verleden***	
1	Leeftijd eerste veroordeling***					Leeftijd eerste politie contact***	Start delinquentie

Central Eight	HKT-R (5-puntsschaal)	HCR-20 ^{V3} (7-puntsschaal)	SAPROF (3-puntsschaal)	FAM (7-puntsschaal)	STATIC-99 ^R (2-puntsschaal*)	FARE (5-puntsschaal)	RISc (5-puntsschaal)
1	Gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar*						
1		Geschiedenis van problemen met geweld				Diversiteit (dreigend) delictgedrag***	
1		Geschiedenis van problemen met overig antisociaal gedrag					
2		Geschiedenis van problemen met gewelddadige opvattingen					
3	Type slachtoffer***				Enig extrafamiliair slachtoffer		
3					Enig onbekend slachtoffer		
3					Enig mannelijk slachtoffer		
3					Ooit twee jaar samengewoond		
3							Proceshouding
3							Letsel indexdelict
3							Materiële schade indexdelict

Central Eight	HKT-R (5-puntsschaal)	HCR-20 ^{V3} (7-puntsschaal)	SAPROF (3-puntsschaal)	FAM (7-puntsschaal)	STATIC-99 ^R (2-puntsschaal*)	FARE (5-puntsschaal)	RISc (5-puntsschaal)	
4	Netwerkinvloeden***							
5	Geschiedenis van problemen met relaties							
6	Arbeidsverleden***	Geschiedenis van problemen met werk				Instabiliteit opleiding/werk in het verleden***		
8	Verslavingsverleden***	Geschiedenis van problemen met middelenmisbruik				Problematisch middelengebruik in het verleden***	Middelengebruik verleden Onder invloed tijdens indexdelict	
-	Slachtoffer van geweld in jeugd (tot 18e jaar)	Geschiedenis van problemen met traumatische ervaringen						
-	Hulpverlenings-geschiedenis**							
-	Instabiliteit m.b.t. wonen***							
-	Instabiliteit m.b.t. financiën							

Central Eight	HKT-R (5-puntsschaal)	HCR-20 ^{V3} (7-puntsschaal)	SAPROF (3-puntsschaal)	FAM (7-puntsschaal)	STATIC-99 ^R (2-puntsschaal*)	FARE (5-puntsschaal)	RISc (5-puntsschaal)
-		Geschiedenis van problemen met ernstige psychische stoornis					
-		Geschiedenis van problemen met persoonlijkheidsstoornis					
-			Intelligentie*				
-			Hechte band in de kindertijd				
-				Prostitutie			
-				Problemen met opvoeden			
-				Zwangerschap op jonge leeftijd			
-				Suïcidaliteit/automutilatie			
-					Leeftijd bij uitstroom		
-							Alleen/samenplegen

Noot. 1 = geschiedenis van antisociaal gedrag, 2 = antisociale cognities, 3 = antisociale persoonlijkheidsstijl, 4 = antisociaal netwerk, 5 = problemen met familie of relaties, 6 = problemen met school of werk, 8 = middelenmisbruik

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabel A2

Overzicht van de acht centrale risicofactoren en de bijbehorende dynamische items

Central Eight	HKT-R (5-puntsschaal)	HCR-20 ^{V3} (7-puntsschaal)	START (3puntsschaal)	SAPROF (3-puntsschaal)	DROS 2.0 (5-puntsschaal)	FAM (7-puntsschaal)	STABLE-2007 (3-puntsschaal)	ACUTE (4-puntsschaal)	FARE (5-puntsschaal)	RISc (3-puntsschaal)
2	Meewerken aan behandeling***		Behandelbaarheid	Motivatie voor behandeling*	Erkennen van huidige noodzaak van professionele zorg		Samenwerking met toezichhouders*	Afwijzing van begeleiding		
2					Attitude tegenover de huidige professionele zorg					
2					Inzet voor verandering					
2	Verantwoordelijk heid voor delict				Verantwoordelijk heid nemen					
2		Gewelddadige denkbeelden of intenties								
2					Ideeën en verwachtingen over de overige aspecten na behandeling					

Central Eight	HKT-R	HCR-20 ^{V3}	START	SAPROF	DROS 2.0	FAM	STABLE-2007	ACUTE	FARE	RISc
	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(4-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(3-puntsschaal)
2					Ideeën en verwachtingen over de noodzakelijke zorg na behandeling					
2					Wraakgevoelens					
3	Impulsiviteit*	Instabiliteit	Impulscontrole	Zelfcontrole***	Ondoordachtheid		Impulsief gedrag*		Gebrekkige impuls- beheersing***	Impulsief gedrag
3					Prikkelhonger					Sensatiezoekend
3	Antisociaal gedrag*		(Antisociaal) Gedrag*	Empathisch vermogen**	Egocentrisme	Heimelijk/ manipulatief gedrag	Desinteresse in het welzijn van anderen*			Antisociale gedragingen
3	Vijandigheid***		(Antisociale) Attitudes*	Houding tegenover autoriteit**	Vijandige waarneming en houding		Negatieve emotionaliteit/ vijandigheid	Vijandigheid	Antisociale houding***	Pro-criminele attitude
3					Attitude tegenover fysiek geweld		Vrouwvijandigheid*			

Central Eight	HKT-R	HCR-20 ^{V3}	START	SAPROF	DROS 2.0	FAM	STABLE-2007	ACUTE	FARE	RISc
	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(4-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(3-puntsschaal)
3					Attitude tegenover antisociaal gedrag					
3					Attitude tegenover maatschappelijke conventies					
3					Verongelijkheid en wrok					
3	Schending voorwaarden en afspraken***	Respons op behandeling of toezicht	Overeenstemming over regels en gestelde voorwaarden*		Volgen van regels en afspraken				Regel-overtredend gedrag***	Niet nakomen afspraken
3			Medicatierouw	Medicatie**	Consequente inname van medicatie					
3	Coping-vaardigheden		Coping-vaardigheden	Coping**	Coping met conflicten		Ontoereikende probleemoplossings-vaardigheden*		Disfunctionele oplossings-vaardigheden**	Probleemoplossend vermogen
3					Coping met risicovolle drang		Seks als coping*			
3					Coping met overige stressoren					

Central Eight	HKT-R	HCR-20 ^{V3}	START	SAPROF	DROS 2.0	FAM	STABLE-2007	ACUTE	FARE	RISc
	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(4-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(3-puntsschaal)
3					Omgaan met stemmings-gerelateerde klachten					
3					Omgaan met trauma-gerelateerde klachten					
3					Ineffectieve coping bij internaliserende problemen					
4	Beïnvloeding beschermende/risicovolle netwerkliden		Sociale steun	Netwerk*	Criminogene netwerkliden		Belangrijke sociale contacten*	Wegvallen sociale steun	Delinquent sociaal netwerk***	Negatieve beïnvloeding
4			Externe invloeden		In stand houden van pro sociale contacten					Criminele vrienden/ kennissen
4					Steun					
4					Netwerkstressoren					

Central Eight	HKT-R	HCR-20 ^{V3}	START	SAPROF	DROS 2.0	FAM	STABLE-2007	ACUTE	FARE	RISc
	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(4-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(3-puntsschaal)
5			Relaties	Intieme relatie			Vermogen tot een stabiele relatie*		Problematische (ex-)partnerrelatie	Familie/gezinslid met juridische dienst Problematische gezinssituatie
6	Arbeids-vaardigheden**		Werk en opleiding	Werk*					Disfunctioneren opleiding/werk***	Herhaaldelijk werkloos
6										Spijbelen/ongemotiveerd
6										Schorsingen werk/opleiding
7			Vrijetijdsbesteding	Vrijetijdsbesteding***	Onderhouden van zinvolle dagbesteding				Beperkte vrijetijdsbesteding***	Zinvolle dagbesteding
8	Verslaving***		Middelengebruik		Zucht naar middelen of gokken			Middelen-misbruik	Problematisch middelen-gebruik***	Op dit moment verslaafd
8					Attitude tegenover problematisch					Mening cliënt over middelengebruik

Central Eight	HKT-R	HCR-20 ^{V3}	START	SAPROF	DROS 2.0	FAM	STABLE-2007	ACUTE	FARE	RISc
	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(4-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(3-puntsschaal)
					middelengebruik					
					of gokken					
8					Aanspreekbaar- heid op het onderwerp					Verwevenheid middelengebruik
					middelengebruik					
					of gokken					
8										Middelengebruik centraal
-	Probleeminzicht	Inzicht	Inzicht		Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen voor probleemgedrag					
-	Psychotische symptomen	Symptomen van ernstige psychische stoornis	Psychische stoornis		Risicoverhogende psychotische symptomen					
-					Psychotische kwetsbaarheid					

Central Eight	HKT-R	HCR-20 ^{V3}	START	SAPROF	DROS 2.0	FAM	STABLE-2007	ACUTE	FARE	RISc
	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(4-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(3-puntsschaal)
-	Sociale vaardigheden		Sociale vaardigheden		Basale sociale vaardigheden en gedrag					
-					Samenwerkings- vaardigheden					
-	Zelfredzaamheid		Zelfverzorging		Zelfverwaarlozing /zelfzorg					
-			Emotionele toestand		Stressklachten		Sociale afwijzing/ eenzaamheid*	Emotionele inzinking		
-			Materiële middelen*							
-			Plannen	Levensdoelen*						
-				Financieel beheer***					Financieel wanbeleid***	Disfunctionele levensstijl (financiën) Schulden
-				Hulpverlening						
-				Wonen					Instabiliteit woonsituatie***	Zonder vaste woon/ verblijfplaats

Central Eight	HKT-R	HCR-20 ^{V3}	START	SAPROF	DROS 2.0	FAM	STABLE-2007	ACUTE	FARE	RISc
	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(4-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(3-puntsschaal)
										Achterstandsbuurt
-			Toezicht							
-					Acceptatie van eigen beperkingen					
-					Functionele schoolse vaardigheden					
-					Openheid					
-					Seksuele preoccupatie		Seksuele preoccupatie*	Seksuele preoccupatie		
-					Seksuele misinterpretatie					
-					Seksueel grens- overschrijdend gedrag		Seksuele deviantie			
-					Zelfwaardering	Laag zelfbeeld				
-							Emotionele identificatie met kinderen			

Central Eight	HKT-R	HCR-20 ^{V3}	START	SAPROF	DROS 2.0	FAM	STABLE-2007	ACUTE	FARE	RISc
	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(7-puntsschaal)	(3-puntsschaal)	(4-puntsschaal)	(5-puntsschaal)	(3-puntsschaal)
								Toegang tot		
								potentiële		
								slachtoffers		

Noot. 2 = antisociale cognities, 3 = antisociale persoonlijkheidsstijl, 4 = antisociaal netwerk, 5 = problemen met familie of relaties, 6 = problemen met school of werk, 7 = problemen met vrije tijd of ontspanning, 8 = middelenmisbruik

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabel A3

Overzicht van de acht centrale risicofactoren en de bijbehorende toekomstige/risicohantering-items

Central Eight	HKT-R (5-puntsschaal)	HCR-20 ^{V3} (7-puntsschaal)	FAM (7-puntsschaal)
3	Overeenstemming over afspraken betreffende delictpreventie**	Toekomstige problemen met professionele ondersteuning en plannen	
3		Toekomstige problemen met respons op behandeling of toezicht	
4	Sociaal netwerk	Toekomstige problemen met persoonlijke steun	
6	Werk***		
7	Vrije tijd		
-	Wonen	Toekomstige problemen met leefomstandigheden	
-	Financiën*		
-	Stresserende omstandigheden*	Toekomstige problemen met stress/coping	
-			Problemen omtrent zorg voor kinderen
-			Problematische intieme relatie

Noot. 3 = antisociale persoonlijkheidsstijl, 4 = antisociaal netwerk, 6 = problemen met school of werk, 7 = problemen met vrije tijd of ontspanning

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Bijlage B

Tabel B

Een overzicht van de items die acht centrale risicofactoren van Andrews en Bonta (2016) meten

Instrument	Geschiedenis van antisociaal gedrag	Antisociale cognities	Antisociale persoonlijkheidsstijl	Antisociaal netwerk	Problemen met familie of relaties	Problemen met school of werk	Problemen met vrije tijd of ontspanning	Middelenmisbruik
HKT-R	Justitiële voorgeschiedenis***	Meewerken aan behandeling***	Type slachtoffer***	Netwerkinvloeden***		Arbeidsverleden***	Vrije tijd	Verslavingsverleden***
	Schending van voorwaarden betreffende behandeling en toezicht***	Verantwoordelijkheid voor het delict	Impulsiviteit*	Beïnvloeding door beschermende en/of risicovolle netwerkleden		Arbeidsvaardigheden**		Verslaving***
	Leeftijd eerste veroordeling***		Antisociaal gedrag*			Werk***		
	Gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar*		Vijandigheid***					
			Schending van voorwaarden en afspraken***					
			Copingvaardigheden					
			Overeenstemming over afspraken betreffende delictpreventie**					
HCR-20 ^{V3}	Geschiedenis van problemen met geweld	Geschiedenis van problemen met gewelddadige opvattingen	Recente problemen met instabiliteit	Toekomstige problemen met persoonlijke steun	Geschiedenis van problemen met relaties	Geschiedenis van problemen met werk		Geschiedenis van problemen met middelengebruik

Instrument	Geschiedenis van antisociaal gedrag	Antisociale cognities	Antisociale persoonlijkheidsstijl	Antisociaal netwerk	Problemen met familie of relaties	Problemen met school of werk	Problemen met vrije tijd of ontspanning	Middelenmisbruik
	Geschiedenis van problemen met overig antisociaal gedrag	Recente problemen met gewelddadige denkbeelden of intenties	Recente problemen met respons op behandeling of toezicht					
	Geschiedenis van problemen met respons op behandeling of toezicht		Toekomstige problemen met respons op behandeling of toezicht					
			Toekomstige problemen met professionele ondersteuning en toezicht					
START		Behandelbaarheid	Impulscontrole (Antisociale) Attitudes* Medicatierouw Overeenstemming over regels en gestelde voorwaarden* (Antisociaal) Gedrag* Copingvaardigheden	Externe invloeden Sociale steun	Relaties	Werk en opleiding	Vrijtijdsbesteding	Middelengebruik
SAPROF		Motivatie voor behandeling* Medicatie**	Empathisch vermogen** Zelfcontrole*** Houding tegenover autoriteit** Coping**	Netwerk*	Intieme relatie	Werk*	Vrijtijdsbesteding***	
DROS 2.0		Verantwoordelijkheid nemen	Attitude tegenover fysiek geweld	In stand houden van prosociale contacten			Onderhouden van zinvolle dagbesteding	Zucht naar middelen of gokken

Instrument	Geschiedenis van antisociaal gedrag	Antisociale cognities	Antisociale persoonlijkheidsstijl	Antisociaal netwerk	Problemen met familie of relaties	Problemen met school of werk	Problemen met vrije tijd of ontspanning	Middelenmisbruik
		Erkennen van huidige noodzaak van professionele zorg	Egocentrisme	Criminogene netwerkleden				Attitude tegenover problematisch middelengebruik of gokken
		Attitude tegenover de huidige professionele zorg	Attitude tegenover antisociaal gedrag	Steun				Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik of gokken
		Ideeën en verwachtingen over de noodzakelijke zorg na behandeling	Attitude tegenover maatschappelijke conventies	Netwerkstressoren				
		Ideeën en verwachtingen over de overige aspecten na behandeling	Vijandige waarneming en houding					
		Inzet voor verandering	Verongelijkheid en wrok					
		Consequente inname van medicatie	Ondoordachtetheit					
		Volgen van regels en afspraken	Prikkelhonger					
		Attitude tegenover fysiek geweld	Coping met conflicten					
		Egocentrisme	Coping met risicovolle drang					
		Attitude tegenover antisociaal gedrag	Coping met overige stressoren					
		Attitude tegenover maatschappelijke conventies	Omggaan met stemmings-gerelateerde klachten					

Instrument	Geschiedenis van antisociaal gedrag	Antisociale cognities	Antisociale persoonlijkheidsstijl	Antisociaal netwerk	Problemen met familie of relaties	Problemen met school of werk	Problemen met vrije tijd of ontspanning	Middelenmisbruik
		Wraakgevoelens	Omgaan met trauma-gerelateerde klachten Ineffectieve coping bij internaliserende problemen					
FAM			Heimelijk/manipulatief gedrag					
STATIC-99 ^R	Index bevat veroordeling voor niet-seksueel geweld Eerdere veroordeling voor niet-seksueel geweld Eerdere seksuele delicten Aantal eerdere veroordelingsdata Enige veroordeling voor een non-contact seksueel delict		Ooit twee jaar samengewoond Enig extrafamiliair slachtoffer Enig onbekend slachtoffer					
STABLE-2007		Negatieve emotionaliteit/vijandigheid Samenwerking met toezichthouders*	Vrouwvijandigheid* Desinteresse in het welzijn van anderen* Impulsief gedrag* Ontoereikende probleemoplossingsvaardigheden* Seks als coping*	Belangrijke sociale contacten*	Vermogen tot een stabiele relatie*			
ACUTE		Afwijzing van begeleiding	Vijandigheid	Wegvallen sociale steun				Middelenmisbruik

Instrument	Geschiedenis van antisociaal gedrag	Antisociale cognities	Antisociale persoonlijkheidsstijl	Antisociaal netwerk	Problemen met familie of relaties	Problemen met school of werk	Problemen met vrije tijd of ontspanning	Middelenmisbruik
FARE	Leeftijd eerste politiecontact***		Gebrekkige impulsbeheersing***	Delinquent sociaal netwerk***	Problematische (ex-)partnerrelatie	Instabiliteit opleiding/werk in het verleden***	Bepaalde vrijetijdsbesteding***	Problematisch middelengebruik in het verleden***
	Aantal eerdere en huidige veroordelingen***		Antisociale houding***			Disfunctioneren opleiding/werk***		Problematisch middelengebruik***
	Diversiteit (dreigend) delictgedrag***		Regelovertrekend gedrag***					
	Regelovertrekend gedrag in het verleden***		Disfunctionele oplossingsvaardigheden***					
RISC	Start delinquentie		Proceshouding	Criminele vrienden/kennissen	Familie/gezinslid met JD	Herhaaldelijk werkloos	Zinnige dagbesteding	Onder invloed
	Eerdere justitiële afdoeningen		Letsel	Negatieve beïnvloeding	Problematische gezinssituatie	Spijbelen/ongemotiveerd		Op dit moment verslaafd
	Delictpatroon		Materiele schade			Schorsingen werk/opleiding		Middelengebruik centraal
			Impulsief gedrag					Verwevenheid middelengebruik
			Probleemoplossend vermogen					Mening cliënt
			Antisociale gedragingen					Middelengebruik verleden
			Sensatiezoekend					
			Pro-criminele attitude					
			Niet-nakomen afspraken					

Noot. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Bijlage C

Tabel C

Significant voorspellende items uit de HKT-R, de START, de SAPROF, de Stable-2007 en de FARE (p < .05)

Historisch	Dynamisch	Toekomst/risicomanagement
Justitiële voorgeschiedenis	Levensdoelen	
Aantal eerdere en huidige veroordelingen	Impulsiviteit	
Type slachtoffer		
Leeftijd eerste politiecontact		
Gedragsproblemen voor 12 ^e jaar	Vijandigheid	
Leeftijd eerste veroordeling	Antisociaal gedrag	
Diversiteit (dreigend) delictgedrag	Antisociale houding	
	Houding tegenover autoriteit	
Schending voorwaarden betreffende behandeling en toezicht	Schending voorwaarden en afspraken	Overeenstemming over afspraken betreffende delictpreventie
	Samenwerking toezichthouders	
Hulpverleningsgeschiedenis	Meewerken aan behandeling	
	Motivatie voor behandeling	
	Medicatie	
Regelovertredend gedrag in het verleden	Regelovertredend gedrag	
Intelligentie	Ontoereikende probleemoplossingsvaardigheden	Stresserende omstandigheden

	Coping	
Netwerkinvloeden	Delinquent sociaal netwerk	
	Netwerk	
	Belangrijke sociale contacten	
	Vermogen tot een stabiele relatie	
	Desinteresse in het welzijn van anderen	
	Empathisch vermogen	
Arbeidsverleden	Arbeidsvaardigheden	Werk
Instabiliteit opleiding/werk in het verleden	Disfunctioneren opleiding/werk	
	Werk	
Verslavingsverleden	Verslaving	
Problematisch middelengebruik in het verleden	Problematisch middelengebruik	
Instabiliteit m.b.t. wonen	Instabiliteit woonsituatie	
	Financieel wanbeleid	Financiën
	Financieel beheer	

Bijlage D

Tabel D

Voorspellende waarden FAM + HCR-20^{v3} en HCR-20^{v3}

Recidive	FAM + HCR-20 ^{v3}			HCR-20 ^{v3}			n
	AUC	SE	BHI 95%	AUC	SE	BHI 95%	
Alle							
3 jaar	.70*	.07	[.56, .83]	.71*	.06	[.60, .83]	14
M = 11.8 jaar	.66*	.07	[.53, .80]	.67*	.07	[.53, .80]	24
Gewelddadig							
3 jaar	.62	.08	[.46, .78]	.64	.07	[.50, .77]	6
M = 11.8 jaar	.65	.08	[.49, .80]	.67	.07	[.52, .82]	13

Noot. Aangepast overgenomen uit *Gender-sensitive violence risk assessment: Predictive validity of Six Tools in Female Forensic Psychiatric Patients* door de Vogel, Bruggeman & Lancel, 2019.

* $p < .05$