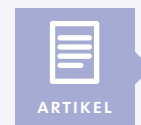


# Misvattingen in de Nederlandse visie op risicotaxatie

C. VAN DER PUT, M. ASSINK



Oktober 2017 werd Nederland opgeschrikt door alarmerende berichtgeving over het feit dat het recidiverisico onder zedendelinquenten niet op de juiste manier wordt ingeschat (Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen 2017). De media besteedden veel aandacht aan deze conclusie van de Nationaal Rapporteur, Corinne Dettmeijer, omdat haar rapport vlak na de verdwijning van Anne Faber verscheen, waarbij een zedendelinquent betrokken was.

De Nationaal Rapporteur benadrukt met overweldigend wetenschappelijk bewijs dat het recidiverisico beter kan worden ingeschat met actuariële dan met klinische instrumenten. In internationale wetenschappelijke literatuur is hierover brede consensus en daarom zijn actuariële instrumenten in de internationale klinische praktijk de standaard. Het is dan ook zeer opmerkelijk dat Nederland een andere koers vaart door klinische instrumenten te gebruiken voor het inschatten van het recidiverisico van zedendelinquenten. Ook in andere domeinen, zoals jeugdbescherming, worden overwegend klinische instrumenten gebruikt om risico's in te schatten. Recent onderzoek laat zien dat het klinische instrument dat in Nederland het meest wordt gebruikt om het risico op kindermishandeling in te schatten zeer slecht presteert (Van der Put e.a. 2016). Desondanks wordt dit instrument nog steeds grootschalig gebruikt in de Nederlandse praktijk.

## Vershil in instrumenten

Het verschil tussen (gestructureerde) klinische en actuariële instrumenten is gelegen in de wijze waarop het eindoordeel over het risico wordt gevormd. In klinische instrumenten wordt het wegen van risicofactoren en het komen tot een eindoordeel overgelaten aan de beoordelaar, terwijl in actuariële instrumenten het eindoordeel (automatisch) volgt na het vaststellen van risicofactoren (Dawes e.a. 1989). Anders gezegd, bij klinische instrumenten bepaalt de beoordelaar of sprake is van een hoog, gemiddeld, of laag risico, terwijl dit bij actuariële instrumenten algoritmisch (en vaak automatisch) wordt bepaald. Uit een grote hoeveelheid wetenschappelijke (overzichts-) studies blijkt dat recidiverisico's nauwkeuriger worden

ingeschat met actuariële dan met klinische instrumenten (bijv. Dawes e.a. 1989; Grove e.a. 2000; Aegisdóttir e.a. 2006; Van der Put e.a. 2017a). Dit komt vooral doordat:

- actuariële instrumenten alleen risicofactoren meten die daadwerkelijk samenhangen met de te voorspellen uitkomst;
- wetenschappelijk is bepaald hoe deze factoren moeten worden gewogen, waardoor sprake is van een optimaal scoringsstelsel;
- de betrouwbaarheid van actuariële instrumenten aanzienlijk beter is dan van klinische instrumenten.

Dit is een gevolg van het feit dat steeds dezelfde objectieve scoringsregels worden toegepast, terwijl in klinische instrumenten factoren op een geheel subjectieve manier worden gescoord (bijv. Dawes e.a. 1989).

De vraag rijst dan ook waarom Nederland als één van de weinige westerse landen nog steeds grootschalig gebruikmaakt van klinische instrumenten in jeugd- en forensische zorg. Mogelijk zijn diverse misvattingen over actuariële en klinische instrumenten de oorzaak hiervan.

## Misvattingen

Eén van de veelgehoorde argumenten voor het gebruik van klinische instrumenten is dat actuariële instrumenten weliswaar op groepsniveau een goede risico-inschatting geven, maar dat zo'n inschatting zich niet laat vertalen naar een individuele dader. Dit is onjuist, omdat de overeenkomst in kenmerken tussen individuele daders en een dadergroep deze afleiding mogelijk maakt, hoewel elke dader ook unieke kenmerken heeft.

Bovendien is het groepsrisico de *best mogelijke* risico-inschatting voor een individuele dader. Dit valt goed te illustreren met het gokspel Russische roulette. Op voorhand is niet te voorspellen of een speler al dan niet getroffen zal worden door een kogel, omdat elk spel uniek is. Maar als een speler mag kiezen om het spel te spelen met een revolver met maar één of met vijf kogels, dan is de keuze eenvoudig, ook al valt de uitkomst van elk individueel spel nog steeds niet te voorspellen.

Critici kunnen opmerken dat het gedrag van individuen beter te voorspellen is dan de uitkomst van een spel Rus-

sische roulette, omdat de uitkomst van dat laatste louter wordt bepaald door kansberekening, terwijl gedrag zich goed laat voorspellen door allerlei individuele kenmerken die observeerbaar zijn en daardoor waardevol in risico-inschattingen. Echter, wetenschappelijk onderzoek laat zien dat dit niet klopt. Inschattingen waarin individuele kenmerken meewegen, oftewel klinische inschattingen, zijn inferieur en vaak zelfs niet beter dan 'toeval'. Dit betekent dat zo'n inschatting niet beter is dan het opgooien van een muntje (zie bijvoorbeeld Baird & Wagner 2000; Hanson e.a. 2003; Barber e.a. 2008; Van der Put e.a. 2016). Een ander argument is dat in klinische risico-inschattingen *alle* relevant geachte factoren kunnen meewegen, ook die met een zeer lage prevalentie, terwijl dat niet kan in actuariële instrumenten. Echter, het meten van alle (laag prevalentie) factoren is niet alleen onwerkbaar, het leidt bovendien niet tot een substantiële verbetering van de nauwkeurigheid van het instrument (Dawes e.a. 1989). Dit wordt in de literatuur geïllustreerd met het 'probleem van het gebroken been' (Meehl 1954). Stel dat we jarenlang het gedrag van persoon A observeren en ontdekken dat deze persoon elke dinsdagavond naar de bioscoop gaat. Een actuariële algoritme zou kunnen aangeven: 'als het dinsdagavond is, dan is de kans op bioscoopbezoek door persoon A 90%'. Stel nu dat persoon A op een zekere dinsdagochtend zijn been breekt. Het actuariële algoritme zal nog steeds dezelfde hoge kans op een bioscoopbezoek aangeven, terwijl in een klinische inschatting het gebroken been opgemerkt en meegewogen kan worden. Een klinische inschatting zou daarom hoogstwaarschijnlijk leiden tot een lage kans op een bioscoopbezoek op de dinsdag waarop persoon A zijn been breekt. Hoewel de klinische risico-inschatting in dit voorbeeld beter is, blijkt uit onderzoek dat afwijken van een actuariële inschatting (bijvoorbeeld in het geval van een gebroken been) tot minder nauwkeurige risico-inschattingen leidt (Gore 2007; Hanson e.a. 2015). Dit komt ten eerste doordat professionals in te veel gevallen het risico naar boven of beneden bijstellen, waardoor inschattingen feitelijk weer van klinische aard zijn. Ten tweede is de invloed van relevant geachte factoren op het recidiverisico meestal niet zo duidelijk als in het gebroken-beenprobleem; niet voor elke factor is immers een (bewezen) theorie voorhanden. Daarnaast wordt gedrag juist vooral door een opeenstapeling van risicofactoren (multifactorieel) bepaald en niet door één enkele factor.

### Voordelen actuariële methoden

Uit recente studies blijkt wel dat de nauwkeurigheid van een actuariële inschatting *kan* toenemen als professionals de mogelijkheid hebben om een actuariële risico-inschatting naar *boven* bij te stellen, maar niet naar beneden (Van

### AUTEURS

**CLAUDIA E. VAN DER PUT**, universitair docent, afd. Forensische Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam.

**MARK ASSINK**, postdoctoraal onderzoeker, afd. Forensische Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Claudia E. van der Put, UvA, afd. Forensische Orthopedagogiek, Postbus 15.780, 1001 NG Amsterdam.  
E-mail: C.E.vanderPut@uva.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-4-2018.

### TITLE IN ENGLISH

Misconceptions in the Dutch vision on risk assessment

der Put e.a. 2017c; Guay & Parent 2018). Het kan dus goed uitpakken als een professional de gelegenheid heeft om een risico te verhogen als hij of zij risicofactoren opmerkt die ontbreken in een actuariële instrument. Wellicht kunnen actuariële methoden zo worden verbeterd, maar nader onderzoek hiernaar is noodzakelijk. Het verlagen van een actuariële risico-inschatting werkt averechts, mogelijk vanwege het (te zwaar) meewegen van beschermende factoren. Onderzoek laat namelijk zien dat beschermende factoren van ondergeschikt belang zijn bij hoogrisicogezinnen (zie bijvoorbeeld Vanderbilt-Adriance & Shaw 2008; Van der Put e.a. 2016). Naast meer juiste voorspellingen heeft actuariële risicotaxatie andere voordelen ten opzichte van (gestructureerde) klinische risicotaxatie. Ten eerste is deze methode transparanter, omdat voor iedereen inzichtelijk is hoe een eindoordeel tot stand komt. Ten tweede is het eindoordeel onafhankelijk van degene die het actuariële instrument afneemt, terwijl bij een klinische inschatting verschillende beoordelaars zelden tot hetzelfde eindoordeel komen (Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen 2017). Een nadeel van actuariële risicotaxatie-instrumenten is dat in de meeste gevallen een aanvullend instrument nodig is voor behoefte-taxatie (het in kaart brengen van veranderbare risicofactoren en het formuleren van behandeldoelen). Gestructureerde klinische risicotaxatie kan namelijk zowel risico- als behoefte-taxatie omvatten. Bovendien kunnen daarin alle relevant geachte factoren worden meegewogen, ook die met een zeer lage prevalentie, terwijl dat niet mogelijk is in actuariële instrumenten. Maar, zoals eerder betoogd, leidt dat niet tot betere risico-inschattingen.

## Conclusie

In Nederland wordt het overweldigende wetenschappelijke bewijs dat actuariële risicotaxatie beter presteert dan klinische risicotaxatie grotendeels genegeerd in jeugd- en forensische zorg. In de richtlijn kindermishandeling staat dat onduidelijk is welk instrument geschikt en betrouwbaar is en daarom wordt geen specifiek instrument aanbevolen (Vink e.a. 2017). Elke instelling bepaalt dus zelf of, en zo ja, welk risicotaxatie-instrument men gebruikt.

Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIPP) en reclasseringsorganisaties adviseren om gebruik te maken van gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten. Wij zijn echter van mening dat actuariële instrumenten met nadruk aanbevolen moeten worden, ook al zijn actuariële risico-inschattingen ook niet perfect. Menselijk gedrag is immers niet perfect te voorspellen en op dit moment zijn geen betere (soorten) instrumenten beschikbaar.

Het is belangrijk zich te realiseren dat risicotaxatie-instrumenten een kans op recidive in de toekomst geven;

het zijn nadrukkelijk geen diagnostische instrumenten waarmee de diagnose 'wel of geen recidivist' kan worden gesteld. Toch worden risicotaxatie-instrumenten vaak onderzocht alsof het diagnostische instrumenten zijn, waardoor men vaak ten onrechte spreekt van een hoog aantal fout-positieve uitslagen (zie bijvoorbeeld Van der Put e.a. 2017b). Hierdoor staan actuariële instrumenten nog wel eens ten onrechte in een negatief daglicht, wat de Nationaal Rapporteur (2017) eveneens benadrukt.

Wij hopen dat het rapport van de Nationaal Rapporteur leidt tot een grootschaliger gebruik van actuariële instrumenten in de Nederlandse praktijk en tot meer investeringen in onderzoek ter verbetering van actuariële risico- en behoefte-taxatie-instrumenten. Gezien de wetenschappelijke kennis over risicotaxatie verwachten wij dat een toename in het gebruik van actuariële instrumenten zal leiden tot minder onjuiste risico-inschattingen, hetgeen een waardevolle bijdrage zal leveren aan de bevordering van de veiligheid van de maatschappij.

## LITERATUUR

- Aegisdóttir S, White MJ, Spengler PM, Maugherman AS, Anderson LA, Cook RS, e.a. The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist* 2006; 34: 341-82.
- Baird C, Wagner D. The relative validity of actuarial and consensus based risk assessment systems. *Children and Youth Services Review* 2000; 22: 839-71.
- Barber JG, Shlonsky A, Black T, Goodman D, Trocmé N. Reliability and predictive validity of a consensus-based risk assessment tool. *Journal of Public Child Welfare* 2008; 2: 173-95.
- Dawes RM, Faust D, Meehl PE. Clinical versus actuarial judgment. *Science* 1989; 243:1668-74.
- Gore KS. Adjusted actuarial assessment of sex offenders: the impact of clinical overrides on predictive accuracy. Iowa State University; 2007.
- Grove WM, Zald DH, Lebow BS, Snitz BE, Nelson C. Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychological assessment* 2000; 12: 19.
- Guay JP, Parent G. Broken legs, clinical overrides, and recidivism risk: an analysis of decisions to adjust risk levels with the LS/CMI. *Crim Justice Behav* 2018; 45: 82-100.
- Hanson RK, Helmus LM, Harris AJR. Assessing the risk and needs of supervised sexual offenders: a prospective study using STABLE-2007, Static-99R, and Static-2002R. *Crim Justice Behav* 2015; 42: 1205-24.
- Hanson RK, Morton-Bourgon KE & Harris AJ. Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 989: 154-66.
- Meehl PE. Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence. Minneapolis: University of Minnesota; 1954.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. Gewogen risico. Deel 2: Behandeling opleggen aan zedendelinquenten. Den Haag: Nationaal Rapporteur 2017.
- Vanderbilt-Adriance E, Shaw DS. Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2008; 11: 30.
- Put CE van der, Assink M, Boekhout van Solinge NFB. Predicting child maltreatment: a meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child Abuse Negl* 2017a; 73: 71-88.
- Put CE van der, Assink M, Stams GJJM. Predicting relapse of problematic child-rearing situations. *Children and Youth Services Review* 2016; 61: 288-95.
- Put CE van der, Assink M, Vial A, Stams GJJM. To screen or not to screen: onterechte kritiek op instrumenten voor screening van kindermishandeling. *Kind en Adolescent* 2017b; 38: 190-3.
- Put CE van der, Bouwmeester-Landweer MB, Landsmeer-Beker EA, Wit JM, Dekker FW, Kousemaker NPJ, e.a. Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN). *Child Abuse Negl* 2017c; 70: 160-8.
- Vink R, de Wolff M, Broerse A, Kamphuis M. Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming (2de ed). Leiden: TNO Child Health; 2017.