

De voorspellende waarde van risicotaxatie bij de rapportage pro Justitia

Onderzoek naar de HKT-30 en de klinische inschatting

W.J. CANTON, T.S. VAN DER VEER, P.J.A. VAN PANHUIS, R. VERHEUL, W. VAN DEN BRINK

ACHTERGROND Gestandaardiseerde risicotaxatie wordt steeds belangrijker in de forensische psychiatrie. Op dit moment is echter nog niet duidelijk wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van deze methode.

DOEL Onderzoek naar de voorspellende waarde (predictieve validiteit) van gestandaardiseerde risicotaxatie in de rapportage pro Justitia met behulp van de HKT-30-vragenlijst (historiekliniek-toekomst) en vergelijking van de uitkomsten met de voorspellende waarde van het klinisch oordeel van de rapporteur.

METHODE Bij 123 rapportages uit 1993, 1994 en 1995 werd de HKT-30 post hoc ingevuld. De HKT-30 is een gestandaardiseerd risicotaxatie-instrument van recidive (30 items). De voorspellende waarde is onderzocht met behulp van ROC-analyse (Receiver Operator Characteristic). Steeds is onderscheid gemaakt in ernstige en minder ernstige recidive. Ook de klinische risico-inschatting van de rapporteur is door middel van een ROC-analyse getoetst aan de werkelijke recidive (ernstig of minder ernstig).

RESULTATEN De predictieve validiteit van de HKT-30 lijkt beter voor ernstige recidieven dan voor minder ernstige. De verschillen zijn echter niet significant. De predictieve validiteit van de somscore van de HKT-30 is voor ernstige recidieven vergelijkbaar met het klinisch oordeel van de rapporteur. Voor minder ernstige recidieven lijkt het klinisch oordeel beter te voorspellen dan de HKT-30. Ook hier zijn de verschillen echter niet significant.

CONCLUSIE De voorspellende waarde van de HKT-30, indien gescoord aan de hand van bestaande PJ-rapportages, is even goed als de klinische risico-inschatting door de rapporteur. Een voordeel van de gestandaardiseerde risicotaxatie is wel dat het oordeel transparanter wordt en dat de expliciete scores directe aanwijzingen geven voor aandachtsgebieden die van belang zijn voor de behandeling.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)8, 525-535]

TREFWOORDEN forensische psychiatrie, rapportage pro Justitia, risicotaxatie, validiteit, voorspelling

Het inschatten van de kans op herhaling van gewelddadig gedrag is een belangrijk onderwerp in de forensische psychiatrie. Het speelt een rol gedu-

rende het hele proces van de strafrechtspleging. In de rapportage pro Justitia (PJ-rapportage) – in het kader van het gedragsdeskundige onderzoek naar

de geestvermogens of persoon van de verdachte – wordt aan de gedragsdeskundige een mening gevraagd over de toerekeningsvatbaarheid, maar ook over het recidiverisico en het risicomangement. Ook bij het opleggen van een straf en/of maatregel door de rechtbank, zal rekening gehouden worden met het recidiverisico. Behandeling en begeleiding, die door de rechtbank kunnen worden opgelegd, zijn gericht op het verminderen van het recidiverisico. Ten slotte speelt de risicotaxatie uiteraard een grote rol bij de vraagstelling of een gedwongen maatregel (in het bijzonder de terbeschikkingstelling (tbs)) beëindigd kan worden en bij het al dan niet toekennen van proefverlof.

Risicotaxatie vond tot voor kort uitsluitend plaats door middel van een 'klinische inschatting'. De geraadpleegde gedragsdeskundige gaf op basis van zijn deskundigheid een inschatting over het te verwachten gevaar. Deze inschatting gebeurde op basis van 'klinische ervaring' en was niet altijd even transparant. Het was vaak onduidelijk op basis van welke gegevens de inschatting totstandkwam en of dit altijd op basis van dezelfde gegevens plaatsvond. Deze klinische inschatting is inmiddels weliswaar beter gebleken dan 'het toeval' (Mosman 1994), maar de nauwkeurigheid laat te wensen over: klinici schatten het gevaar meestal veel te hoog in (Buchanan 1999).

De laatste twee decennia is hard gewerkt aan de ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten. Uit diverse onderzoeken (Hare 1991; Webster e.a. 1997) is gebleken dat een aantal van de ontwikkelde instrumenten, zoals de *Psychopathy Checklist – revised* (PCL-R; Hare 1991), de *Historical Clinical Risk-20* (HCR-20; Webster e.a. 1997) en de *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20; Boer e.a. 1997) het risico op herhaling van gewelddadig gedrag beter kunnen voorspellen dan de niet-gestructureerde klinische voorspelling. Toch moeten we ons van de voorspellende waarde van deze instrumenten nog niet al te veel voorstellen: bij een voorspeld hoog risico zitten meestal veel fout-positieven. Het voorspellen van een laag risico op toekomstig gewelddadig gedrag lijkt wat beter mogelijk (Grubin 1997).

Uit onderzoek met de PCL-R is bovendien

gebleken dat de validiteit van een instrument kan wisselen per land, cultuur en setting waarin het gebruikt wordt (Cooke 1997). De verschillende in het buitenland ontwikkelde instrumenten zijn slechts ten dele gevalideerd voor de Nederlandse situatie. In Nederland wordt zeker een groot belang gehecht aan het ontwikkelen van een goed risicotaxatie-instrument voor de Nederlandse situatie. Tussen september 1999 en juni 2000 is daarom gewerkt aan het ontwikkelen van een instrument (de HKT-30), dat gebaseerd is op de reeds bestaande instrumenten en waarin resultaten van recidiveonderzoek na ontslag of proefverlof uit de tbs-klinieken zijn meegenomen. In de komende jaren zal moeten blijken in hoeverre dit instrument bruikbaar is voor de Nederlandse situatie.

In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar de waarde van dit nieuwe instrument voor de voorspelling van criminele recidives, vergeleken met de voorspellende waarde van het niet-gestandaardiseerde klinische oordeel over de kans op herhaling van criminele recidives.

DE HKT-30

De HKT-30 is een risicotaxatie-instrument dat is opgebouwd uit 3 clusters, te weten het H(istorische)-cluster bestaande uit 12 items, het K(linische)-cluster bestaande uit eveneens 12 items en ten slotte het T(oekomst)-cluster bestaande uit 6 items.

Historische factoren

Naar de 'historische factoren' heeft in de afgelopen jaren het meeste onderzoek plaatsgevonden. Uit de diverse onderzoeken (Quinsey e.a. 1998; Webster & Jackson 1997) is gebleken dat deze factoren een grote voorspellende waarde hebben met betrekking tot de recidive. Hoewel deze factoren dus een zeer duidelijke rol spelen, zijn ze niet in positieve zin te beïnvloeden door behandeling of begeleiding. Het scoren van deze factoren heeft betrekking op het hele leven tot het moment van

TABEL 1 Het risicotaxatie-instrument HKT-30; de clusters van de indicators H (historisch), K (klinisch) en T (toekomst)

Historische en statische indicators	Klinische en dynamische indicators	Toekomstfactoren/situatieve indicators
Ho1 Justitiële voorgeschiedenis	Ko1 Probleeminzicht	To1 Overeenstemming over voorwaarden
Ho2 Schending afspraken behandeling	Ko2 Actieve psychotische symptomen	To2 Materiële indicators
Ho3 Gedragsproblemen vóór twaalfde levensjaar	Ko3 Middelengebruik	To3 Vaardigheden en dagbesteding
Ho4 Slachtoffer van geweld in jeugd	Ko4 Impulsiviteit	To4 Sociale steun en netwerk
Ho5 Hulpverleningsgeschiedenis	Ko5 Empathie	To5 Stress en coping
Ho6 Arbeidsverleden	Ko6 Vijandigheid	To6 Overige situatieve risico-indicators
Ho7 Middelengebruik	Ko7 Sociale en relationele vaardigheden	
Ho8 Psychiatrische DSM-as-I-stoornissen	Ko8 Zelfredzaamheid	
Ho9 Persoonlijkheidsstoornissen	Ko9 Acculturatieproblematiek	
H10 Psychopathie	K10 Negatieve attitude t.o.v. behandeling	
H11 Seksuele deviatie	K11 Verantwoordelijkheid voor het delict	
H12 Overige historische risico-indicators	K12 Overige klinische risico-indicators	

meting. Wat er na de meting in het leven van de betrokkene in positieve zin (bijvoorbeeld door behandeling) verandert, heeft dus geen invloed op de waarden van deze historische factoren.

Klinische factoren

Het belang van de 'klinische factoren' als voorspellers is minder aangetoond dan dat van de historische factoren. Uit onderzoek (Webster & Jackson 1997) is echter gebleken dat ze wel een rol moeten spelen bij de risicotaxatie. De scoring heeft betrekking op de laatste 3 tot 12 maanden en kan dus aan verandering onderhevig zijn. Het feit dat deze klinische factoren kunnen veranderen, maakt dat zij het richtpunt kunnen vormen van behandeling en begeleiding die als doel hebben om het recidiverisico te verminderen. De veranderingen in de klinische factoren spelen ook een grote rol bij het beoordelen van het succes van een forensische behandeling en zeker ook bij het beslissen over het al dan niet beëindigen ervan.

Toekomstfactoren/situatieve factoren

Deze factoren hebben betrekking op toekomstige omstandigheden waarin betrokkene zal gaan verkeren. Uit onderzoeken van Leuw (1999) en Ross e.a. (1998) blijkt dat deze omstandigheden van grote invloed kunnen zijn op de herhalingskans van gewelddadig gedrag. Goede sociaal-economi-

sche omstandigheden zorgen voor een aanzienlijke vermindering van de recidivekans. Bij het zogenaamde risicomangement speelt het trachten te optimaliseren van de leefomstandigheden vaak een grote rol.

METHODE

Brongegevens

In een grootschalig onderzoek naar de kwaliteit van PJ-rapportages werden 755 rapporten, afkomstig uit de arrondissementen Den Bosch, Arnhem en Zutphen, onderzocht. De laatste 463 rapportages hiervan werden gebruikt bij het deelonderzoek naar de betrouwbaarheid van de HKT-30 (Canton e.a. 2004; zie elders in dit tijdschriftnummer) en de validiteit van de risicotaxatie in de PJ-rapportage. Het ging daarbij zowel om enkelvoudige psychiatrische of psychologische rapportages als om zogeheten dubbelrapportages. Gekozen werd voor rapportages uit de jaren 1993-1995, omdat er zo een voldoende lange follow-upperiode is waarin onderzocht kan worden in hoeverre de gerapporteerden in de vervolperiode (tot 1 juli 2001) opnieuw met justitie in aanraking zijn gekomen. In de PJ-rapportage werd gekeken of de rapporteur een duidelijke inschatting van het recidiverisico had gegeven. Indien dit het geval was, werd deze inschatting door de onderzoeker omgezet in een (klinische) score: laag, gemiddeld of hoog. Het sco-

ren vond plaats voordat de HKT-30 werd ingevuld, zodat de klinische inschatting niet kon worden beïnvloed door de scores op de HKT-30. Overleg vond plaats tussen de onderzoekers bij onduidelijkheid over de score. Aan de hand van de inhoud van de PJ-rapportage werd later de HKT-30 ingevuld.

Via informatie van het justitiële documentatiesysteem (JDS) werd onderzocht of, hoe en wanneer betrokkene recidiveerde. Onder recidive werd hier verstaan het opnieuw veroordeeld worden door de strafrechter. De recidieven werden onderverdeeld in twee categorieën: ernstig en minder ernstig. Deze indeling vond plaats na uitvoerig overleg met diverse deskundigen uit de forensische psychiatrie en het strafrecht. Onder de ernstige recidieven vallen alle levensdelicten, zeden-delicten (met uitzondering van schennis van de eerbaarheid), brandstichting, diefstal met geweld en zware mishandeling. De overige delicten, met name vermogensdelicten zonder geweld, overtredingen van de opiumwet, vernieling en lichte mishandeling worden ingedeeld bij de minder ernstige recidieven. Dit onderscheid wordt gemaakt vanuit de hypothese dat ernstige recidieven beter te voorspellen zijn dan minder ernstige, zowel met behulp van de HKT-30 als door middel van het klinisch oordeel. Bovendien wordt aan het kunnen voorspellen van ernstige recidieven een groter maatschappelijk belang toegekend.

Statistische analyse

Voor de groep niet-recidivisten, de minder ernstige en de ernstige recidivisten werden de gemiddelden en de standaarddeviaties bepaald van alle items van de HKT-30, van de somscores per cluster en van de totaalscore. Om de voorspellende waarde te bepalen van de items en van de somscores – voor ernstige en de minder ernstige recidieven – werden ROC-curves (*receiver operating characteristic*) gemaakt. Met behulp van deze methode werd onderzocht of het instrument een betere voorspellende waarde heeft dan op basis van toeval zou mogen worden verwacht. Met behulp van de

ROC-analyse werd ook de voorspellende waarde van het klinisch oordeel van de rapporteur (gescoord als laag, gemiddeld of hoog recidiverisico) met betrekking tot de kans op ernstige en minder ernstige recidieven berekend. Bij een AUC (*area under the curve*) van 0,5 is de kans gelijk aan het toeval. Als de AUC gelijk is aan 1,0 is er sprake van een perfecte voorspelling.

Het is van belang om te realiseren dat tussen het moment van risicotaxatie en eventueel recidive een belangrijke aantoonbare factor kan liggen die van invloed is op het recidiverisico; namelijk behandeling. In feite kan gesteld worden dat door de behandeling een aantal risicofactoren beïnvloed kan worden, waardoor de eerdere klinische inschatting en score op de HKT-30 feitelijk niet meer 'kloppen'. Om de hoeveelheid cijfermateriaal in dit artikel enigszins overzichtelijk te houden worden alleen de cijfers van de groep bij wie géén behandeling is gestart in dit artikel gepresenteerd. Overigens blijken de behandelde en de niet-behandelde groep nauwelijks te verschillen qua ernst van het tenlastegelegde, demografische gegevens en score op de HKT-30 en de klinische risico-inschatting.

De niet-behandelde groep bestond uit 123 onderzochten, bij wie het zeker was dat ze geen behandeling hadden gekregen, bij wie een HKT-30 was ingevuld, een klinische risico-inschatting had plaatsgevonden en recidivering kon worden onderzocht. Niet tot deze groep behoorden de onderzochten bij wie wel een behandeling tot stand was gekomen of bij wie dit onduidelijk was, de onderzochten bij wie het niet duidelijk was of ze wel of niet gerecidiveerd hadden en diegenen die op 1 juli 2001 nog gedetineerd waren.

De recidieven zijn onderzocht tot 1 juli 2001. Aangezien het gaat om personen waarover tussen 1993 en 1995 gerapporteerd was en bij wie voor een aantal daarna ook nog een gevangenisstraf volgde, is voor de meting van de 'period at risk' de tijdsduur tussen het vonnis of – bij een opgelegde gevangenisstraf – tussen de in vrijheidstelling en de eerste recidive gebruikt.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

Bij de niet-behandelde groep (n=123) was er volgens de rapporteurs in 36% van de gevallen sprake van verslavingsproblematiek, in 37% van een psychiatrisch toestandsbeeld en bij 82% van een persoonlijkheidsstoornis. Deze percentages verschilden niet significant van de behandelde groep (n=181).

Van deze niet-behandelde verdachten (n=123) was 7% vrouw en 93% man, 33% was jonger dan 26 jaar en de gemiddelde leeftijd bedroeg 31 jaar.

Tabel 2 laat zien dat bij de behandelde groep meer zedenmisdrijven met volwassenen voorkwamen. Bij de onbehandelde groep was vaker sprake van vermogensdelicten met geweld en van levensdelicten. Verder waren er tussen deze groepen geen significante verschillen.

De gemiddelde tijd tussen het vonnis of de invrijheidstelling en 1 juli 2001 bedroeg 5,85 jaar. Deze periode is de *time at risk*. De gemiddelde duur tussen het vonnis of de invrijheidstelling en de eerste recidive bedroeg anderhalf jaar. Op de aard van de recidieven wordt hier niet uitgebreid ingegaan.

TABEL 2 Tenlasteleggingen bij de onbehandelde verdachten en bij de behandelde verdachten

Tenlastelegging	Onbehandeld (n=123) Aantal (%)	Behandeld (n=81) Aantal (%)
Opiumwet	3 (2)	1 (1)
Brandstichting	11 (9)	26 (14)
Zeden volwassenen	6 (5)	17 (9)
Zeden kinderen	17 (14)	36 (20)
Vermogen en profijt	18 (15)	26 (14)
Vermogen met geweld	29 (24)	29 (16)
Licht geweld	2 (2)	3 (2)
Gemiddeld geweld	7 (6)	15 (8)
Zwaar geweld	3 (2)	15 (8)
Leven	17 (14)	11 (6)
Leven extra	10 (8)	1 (1)
Overig	0 (0)	1 (1)

Voorspellende waarde van de HKT-30

Tabel 3 toont voor de onbehandelde groep (n=123) de gemiddelde waarden van de scores op de items van de HKT-30, van de clusterscores en van de totaalscores, bij ernstige en minder ernstige recidivisten en bij niet-recidivisten. Als maat voor de predictieve validiteit wordt de AUC weergegeven, zowel voor de minder ernstige (AUC-1) als voor de ernstige (AUC-2) recidieven.

Voorspellende waarde op itemniveau Allereerst kan worden geconstateerd dat de voorspellende waarde groter lijkt te zijn voor ernstige dan voor minder ernstige recidieven. Ten aanzien van de historische items kan gesteld worden dat Ho1 (justitiële voorgeschiedenis) de beste voorspellende waarde heeft. De items Ho2 (schending afspraken behandeling), Ho4 (slachtoffer van geweld in jeugd), Ho5 (hulpverleningsgeschiedenis), Ho9 (persoonlijkheidsstoornissen), H11 (seksuele deviatie) en H12 (overige historische factoren) hebben geen significante voorspellende waarde voor ernstige recidieven. Voor de minder ernstige recidieven hebben alleen de items Ho1 (justitiële voorgeschiedenis), Ho3 (gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar), Ho6 (arbeidsverleden) en H10 (psychopathie) een significant grotere voorspellende waarde dan op grond van het toeval is te verwachten.

Bij de klinische items werd geen significante voorspellende waarde gevonden voor ernstige recidieven bij de items Ko2 (actieve psychotische symptomen), Ko8 (zelfredzaamheid), Ko9 (acculturatieproblematiek), K11 (verantwoordelijkheid voor het delict) en K12 (overige klinische risico-indicators). Voor de voorspelling van minder ernstige recidieven is alleen het item Ko5 (empathie) significant beter dan op grond van het toeval te verwachten is.

Met uitzondering van het item To1 (overeenstemming over voorwaarden) en To4 (sociale steun en netwerk) bij de voorspelling van minder ernstige recidieven is de voorspellende waarde van alle

TABEL 3 Gemiddelde waarden van de HKT-30-scores en predictieve validiteit volgens de ROC-methode voor ernstige en minder ernstige recidieven bij de onbehandelde groep verdachten (n=123)

HKT-30-item	Geen recidive (n = 57)	Minder ernstige recidive (n = 34)	Ernstig recidive (n = 31)	auc-1 minder ernstige recidive (n = 91)	auc-2 ernstige recidive (n = 88)
<i>Historische en statische indicators</i>					
Ho1 Justitiële voorgeschiedenis	2,12	2,85	4,07	0,63*	0,81*
Ho2 Schending afspraken behandeling	1,65	2,16	2,42	0,58	0,62
Ho3 Gedragsproblemen vóór twaalfde levensjaar	2,09	2,82	3,13	0,62*	0,67*
Ho4 Slachtoffer van geweld in jeugd	1,87	2,61	2,03	0,60	0,53
Ho5 Hulpverleningsgeschiedenis	2,46	3,13	3,35	0,60	0,62
Ho6 Arbeidsverleden	2,89	3,78	4,32	0,66*	0,73*
Ho7 Middelengebruik	2,84	3,06	4,10	0,53	0,65*
Ho8 Psychiatrische DSM-as-I-stoornissen	1,98	2,15	2,94	0,52	0,63*
Ho9 Persoonlijkheidsstoornissen	3,53	3,74	4,13	0,54	0,61
H10 Psychopathie	2,09	3,12	3,65	0,67*	0,73*
H11 Seksuele deviatie	1,04	0,35	0,26	0,40	0,39
H12 Overige historische risico-indicators	2,53	2,79	2,90	0,54	0,56
Totaal	26,68	31,62	36,65	0,61*	0,69*
<i>Klinische en dynamische indicators</i>					
Ko1 Probleeminzicht	3,44	3,91	4,19	0,59	0,66*
Ko2 Actieve psychotische symptomen	0,67	0,26	1,13	0,43	0,55
Ko3 Middelengebruik	2,85	2,97	4,23	0,51	0,66*
Ko4 Impulsiviteit	3,37	3,47	4,61	0,53	0,71*
Ko5 Empathie	3,18	4,06	4,26	0,64*	0,67*
Ko6 Vijandigheid	2,39	2,44	3,52	0,52	0,66*
Ko7 Sociale en relationele vaardigheden	3,23	3,71	4,00	0,60	0,66*
Ko8 Zelfredzaamheid	1,88	2,15	2,45	0,54	0,59
Ko9 Acculturatieproblematiek	2,12	2,15	2,90	0,51	0,62
K10 Negatieve attitude t.o.v. behandeling	2,80	3,42	3,83	0,58	0,64*
K11 Verantwoordelijkheid voor het delict	3,72	4,06	4,06	0,55	0,56
K12 Overige klinische risico-indicators	1,75	2,15	2,27	0,55	0,55
Totaal	31,05	34,62	41,16	0,59	0,68*
<i>Toekomstfactoen/situatieve indicators</i>					
To1 Overeenstemming over voorwaarden	2,66	3,06	3,82	0,58	0,68*
To2 Materiële indicators	3,19	4,35	4,42	0,68*	0,69*
To3 Vaardigheden en dagbesteding	3,05	3,85	4,32	0,63*	0,71*
To4 Sociale steun en netwerk	3,39	4,15	4,19	0,62	0,65*
To5 Stress en coping	4,23	4,88	5,29	0,64*	0,72*
To6 Overige situatieve risico-indicators	3,86	5,06	5,26	0,69*	0,72*
Totaal	20,19	25,18	26,94	0,68*	0,73*
Totaalscore	77,93	91,41	105,00	0,62*	0,72*

AUC = area under the curve; AUC = 0,5; voorspellende waarde komt overeen met het toeval;

AUC = 1,0: perfecte voorspelling

* AUC wijkt significant ($p < 0,05$; 2-zijdig getoetst) af van 0,50

toekomst-items significant beter dan op grond van het toeval te verwachten is. Voor de voorspelling van ernstige recidives blijken alle toekomst-items waardevol.

Voorspellende waarde van de somscores en totaalscore Uit de gegevens van de verschillende clusterscores en van de totaalscore voor de wel- en niet-recidivisten, zoals weergegeven in tabel 3, blijkt dat de voorspellende waarde van alle somscores, met uitzondering van de klinische items voor de voorspelling van minder ernstige recidieven, significant beter is dan op basis van toeval valt te verwachten. De voorspellende waarde van deze somscores is echter nooit beter dan ten minste een van de items waaruit de somscore bestaat. De toekomst-items hebben de grootste voorspellende waarde, gevolgd door de historische items. De klinische items zijn relatief het minst voor-

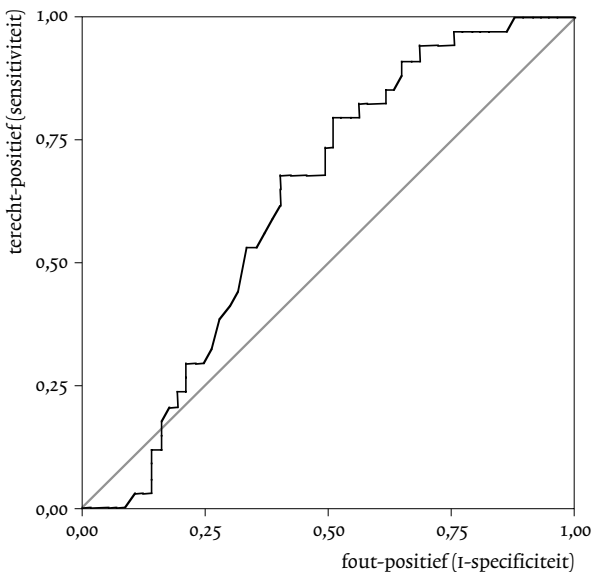
spellend.

In figuur 1 worden de ROC-curves van de totaalscores op de HKT-30 gepresenteerd. Uit de AUC-s en de daarbij behorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI) blijkt dat de voorspelling van ernstige recidieven iets beter lijkt te zijn dan die van minder ernstige recidieven ($AUC_{\text{ernstig}} 0,72$ (BI 0,60-0,82) versus $AUC_{\text{minder ernstig}} 0,62$ (BI 0,51-0,74)), maar het verschil is niet significant.

Voorspellende waarde van het klinische oordeel

Met behulp van de klinische risico-inschatting door de rapporteur bij de onbehandelde groep ($n=123$) werd het recidiverisico bij 17% als laag ingeschat, bij 23% als gemiddeld en bij 60% als hoog. Het daadwerkelijke recidivepercentage bij deze groep ligt op 53% ($n=65$), waarbij het in 28% ($n=34$) van de gevallen gaat om minder ernstige en in 25%

FIGUUR 3A ROC-curve van de HKT-totaalscore voor geen recidive versus minder ernstige recidive bij onbehandelde verdachten ($n=91$)



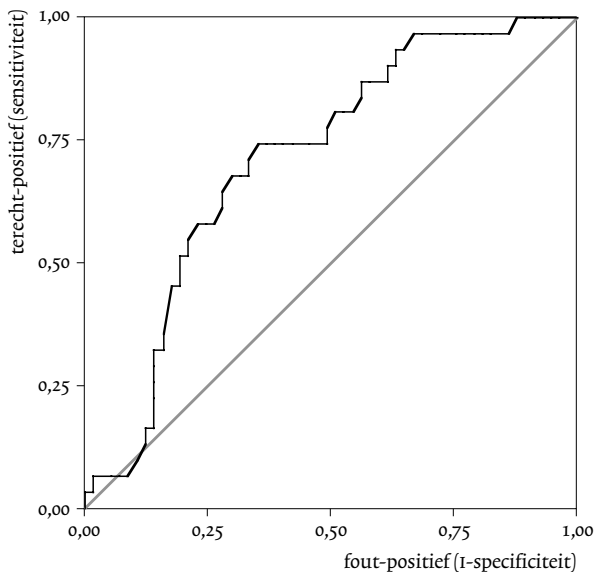
$AUC = 0,62$ (95%-betrouwbaarheidsinterval 0,51-0,74)

AUC = area under the curve

ROC = receiver operator characteristic

HKT = historie-kiniek-toekomst

FIGUUR 3B ROC-curve van de HKT-totaalscore voor geen recidive versus ernstige recidive bij onbehandelde verdachten ($n=88$)



$AUC = 0,72$ (95%-betrouwbaarheidsinterval 0,60-0,82)

AUC = area under the curve

ROC = receiver operator characteristic

HKT = historie-kiniek-toekomst

TABEL 4 Klinische risico-inschatting van recidiverisico door pro Justitia rapporteur bij de onbehandelde groep verdachten (n = 123) en uiteindelijke recidive

Klinische inschatting recidive risico	Geen recidive	Minder ernstige recidive	Ernstige recidive	Totaal
Laag recidiverisico	16	2	3	21 (17%)
Gemiddeld recidiverisico	19	5	4	28 (23%)
Hoog recidiverisico	22	27	24	73 (60%)
Totaal	57	34	31	122*

* In 1 geval was de soort recidive niet bekend.

(n=31) om ernstig recidieven. Tabel 4 laat zien in hoeverre de klinische risico-inschatting door de rapporteur in overeenstemming is met de daadwerkelijke recidieven.

Voor de onbehandelde groep leidden deze cijfers tot een AUC van 0,70 (95%-BI 0,58-0,81) voor de voorspelling van ernstige en een AUC van 0,72 (95%-BI 0,61-0,82) voor de voorspelling van minder ernstige recidieven. Een vergelijking tussen de voorspellende waarde van de HKT-30 en het klinisch oordeel maakt duidelijk dat er tussen beide methoden geen significant verschil in voorspellende waarde bestaat: de respectievelijke betrouwbaarheidsintervallen overlappen.

CONCLUSIE

Onderzoek heeft plaatsgevonden naar de predictieve validiteit van risicotaxatie aan de hand van pro Justitia rapportages. Hiervoor werd gebruikgemaakt van de HKT-30, een voor de Nederlandse situatie samengesteld risicotaxatie-instrument voor de forensische psychiatrie, en van de klinische risico-inschatting door de rapporteur.

De HKT-30 lijkt beter in het voorspellen van ernstige dan van minder ernstige recidive. De gevonden verschillen zijn echter niet significant. De klinische risico-inschatting is voor beide soorten recidive even goed. Er bestaat geen significant verschil in de voorspellende waarde van de gestructureerde risicotaxatie met behulp van de HKT-30 en de ongestructureerde klinische inschatting van het risico op criminele recidivering.

Op basis van dit onderzoek blijkt dat de items van de HKT-30, indien gescoord aan de hand van bestaande PJ-rapportages, een wisselende voorspellende waarde hebben.

De meeste Historische items hebben een significante voorspellende waarde, net als alle Toekomstitems. De minste voorspellende waarde hebben de Klinische items. Bij de somscores lijken er verschillen te bestaan in de voorspellende waarde voor ernstige en minder ernstige recidieven. De verschillen zijn echter niet significant. Ook hier scoren de Toekomstitems het best, gevolgd door de Historische items en de Klinische items. De voorspellende waarde van de somscore van het totale instrument bedraagt op basis van de AUC 0,62 voor minder ernstige recidieven en 0,72 voor ernstige recidieven.

Deze bevindingen moeten worden afgezet tegen de voorspellende waarde van de klinische risico-inschatting van de rapporteur. Bij de voorspelling van ernstige recidieven zijn de HKT-30 en de klinische inschatting vergelijkbaar (AUC = 0,72 versus AUC = 0,70), maar voor de minder ernstige recidieven lijkt de klinische inschatting iets nauwkeuriger (AUC = 0,62 versus AUC = 0,72), maar ook hier is het verschil niet significant.

DISCUSSIE

Zowel de HKT-30 als de klinische inschatting door de rapporteur voorspellen de kans op een recidive beter dan op basis van toeval verwacht mag worden. Bij de HKT-30 valt met name de relatief

goede voorspellende waarde van de justitiële voorgeschiedenis en van de toekomstitems op. Verder mag verondersteld worden dat de voorspellende waarde van het instrument nog kan toenemen, als de niet-voorspellende items eruit verwijderd worden (de AUC voor de totaalscore komt in dit onderzoek voor de ernstige recidieven dan uit op 0,75) en als het instrument niet, zoals bij dit onderzoek, post hoc wordt gescoord, maar middels een klinisch interview als regulier onderdeel van de rapportage. Van de andere kant mag verondersteld worden dat ook de kwaliteit van de klinische inschatting van het recidiverisico in de laatste 8 jaar is verbeterd, vooral door een verbeterde opleiding van pro Justitia rapporteurs en door een meer gerichte vraagstelling in de rapportages, waarbij specifiek aandacht wordt geschonken aan de risicotaxatie. De cijfers in dit onderzoek hebben betrekking op rapporten uit de jaren 1993 tot en met 1995, jaren waarin deze ook op risicotaxatie gerichte vraagstelling nog geen gemeengoed was.

Wat kan gezegd worden van een instrument (of inschatting) met een AUC – als maat voor de voorspellende waarde – van tussen de 0,70 en 0,80? Op de eerste plaats dat dit vergelijkbaar is (Rice e.a. 1995) met andere risico-instrumenten, die in het buitenland zijn ontwikkeld, zoals de SVR-20, de HCR-20 en de PCL-R. Bij een AUC van 0,80 is de voorspellende waarde een factor 1,6 hoger dan op basis van het toeval te verwachten is. Dit is weliswaar een behoorlijke verbetering, maar de kans op een verkeerde voorspelling blijft desondanks aanzienlijk. Het moge daarom duidelijk zijn dat het inschatten van het recidiverisico een hachelijke zaak blijft, ook met behulp van instrumenten als de HKT-30. Het kiezen van een ‘afkappunt’, bijvoorbeeld voor de totaalscore, leidt tot een moeilijk dilemma, want bij een keuze voor een zo groot mogelijke sensitiviteit neemt ook de kans op fout-positieven toe. De keuze voor een bepaald afkappunt hangt af van de gevolgen die een verkeerde inschatting heeft (Metz 1978). In het geval van het inschatten van de kans op herhaling van delinquent gedrag heeft een fout-positieve inschatting tot gevolg dat iemand onnodig of onnodig lang

behandeld en/of opgesloten wordt, wat voor deze persoon, zeker als het gaat om een verstrekkende maatregel als tbs, ernstige gevolgen heeft. Een fout-negatieve inschatting daarentegen heeft tot gevolg dat iemand bij wie dat niet zo was ingeschat, recidiveert. Een persoon werd ter vermindering van dit gevaar dus niet behandeld, terwijl hij achteraf toch recidivegevaarlijk bleek te zijn. Het behoeft geen betoog dat dit voor de maatschappij een gevaar kan inhouden. Het is naar de mening van de auteurs noodzakelijk dat eenieder die zich met risicotaxatie bezighoudt, zich dit dilemma voortdurend realiseert.

Bij dit alles moet men nog bij twee zaken stilstaan. Ten eerste is het heel goed mogelijk dat niet zozeer een totaalscore gerelateerd is aan de kans op recidivering, maar dat de aanwezigheid van een specifieke combinatie van risicofactoren de kans op een daadwerkelijk recidief bepaalt. Nader onderzoek naar risicoprofielen is daarom van groot belang. Met behulp van dergelijke profielen zou de voorspellende waarde van de HKT-30 wel eens aanzienlijk kunnen verbeteren, hoewel ook dan geen perfecte voorspelling te verwachten is. Ten tweede moet rekening worden gehouden met het feit dat lang niet alle recidieven worden opgespoord, laat staan tot een veroordeling leiden. Het werkelijke aantal opgetreden recidieven moet dan ook veel hoger liggen dan hier gerapporteerd. De invloed hiervan op de resultaten van dit onderzoek is moeilijk in te schatten: een probleem dat bij alle vergelijkbare onderzoeken speelt.

Naar aanleiding van dit onderzoek is het advies om in de PJ-rapportages de HKT-30 te gebruiken als checklist, waarmee de klinische risico-inschatting uniformer en transparanter tot stand kan komen en waarmee bovendien aanknopingspunten voor een eventuele behandeling ter vermindering van het recidiverisico beter in beeld gebracht en geëvalueerd worden. De waarde van een op deze wijze gestructureerde klinische inschatting is waarschijnlijk groter dan de som van de afzonderlijke delen. Nader onderzoek moet deze veronderstelling nog bevestigen.

In dit kader is prospectief onderzoek nodig,

waarbij de HKT-30 op basis van een klinisch interview, geïntegreerd in de gesprekken in het kader van de PJ-rapportage, wordt ingevuld. Op deze wijze kan de voorspellende waarde van het instrument in de dagelijkse praktijk verder onderzocht worden. Ook het onderzoek naar risicoprofielen kan op deze wijze beter gestalte krijgen.

LITERATUUR

- Buchanan, A. (1999). Risk and dangerousness. *Psychological Medicine*, 29, 465-473.
- Canton, W.J., van der Veer, T.S., van Panhuis, P.J.A., e.a. (2004). De betrouwbaarheid van risicotaxatie in de pro Justitia rapportage. Een onderzoek met behulp van de HKT-30. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 537-542.
- Commissie Instrumentarium Forensische Psychiatrie. (2000). *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: een Nederlands instrument in ontwikkeling*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Cooke, D.J. (1997). Psychopaths: Oversexed, overplayed but not over here? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, 3-11.
- Gardner, W., Lidz, C.W., Mulvey, E.P., e.a. (1996). Clinical versus actuarial predictions of violence of patients with mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 602-609.
- Grubin, D. (1997). Predictors of risk in serious sex offenders. *British Journal of Psychiatry*, 170(Suppl. 32), 17-21.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist Revised*. Toronto: Multi Health Systems.
- Leuw, E. (1999). *Recidive na de TBS: Patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar*. Den Haag: Ministerie van Justitie WODC.
- Metz, C.E. (1978). Basic principles of ROC Analysis. *Seminars in Nuclear Medicine*, 8, 283-298.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 783-792.
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995). Violent recidivism: assessing predictive validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 737-748.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., e.a. (1998). *Violent offenders: appraising and managing risk*. Washington DC: American Psychological Association.
- Ross, D.J., Hart, S.D., & Webster C.D. (1998). *Aggression in psychiatric patients: using the HCR-20 to assess risk for violence*. Vancouver: Riverview Hospital Impulsivity Project.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., e.a. (1997). *The HCR-20 Scheme: the assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University.

AUTEURS

W.J. CANTON is als psychiater verbonden aan de Forensisch Psychiatrische Dienst te Den Bosch.

T.S. VAN DER VEER is als psychiater en hoofd van dienst verbonden aan de Forensisch Psychiatrische Dienst te Arnhem.

P.J.A. VAN PANHUIS is als psychiater en hofsortscoördinator verbonden aan de Forensisch Psychiatrische Dienst te Den Bosch.

R. VERHEUL is als Manager Academisering verbonden aan het Psychotherapeutisch Centrum de Viersprong te Halsteren.

W. VAN DEN BRINK is als hoogleraar verslavingszorg verbonden aan het Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Afdeling Psychiatrie.

Correspondentieadres: W.J. Canton, FPD Den Bosch, Postbus 26, 5201 AA Den Bosch.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-3-2004.

SUMMARY

The predictive validity of risk assessment in 'pro justitia' reports. A study of the hkt-30 and clinical assessment – W.J. Canton, T.S. van der Veer, P.J.A. van Panhuis, R. Verheul, W. van den Brink

BACKGROUND Standardised risk assessment is becoming increasingly important in forensic psychiatry. At the moment, however, the strengths and weaknesses of this procedure are largely unknown.

AIM To study the predictive validity of standardised risk assessment in forensic psychiatric and psychopathological reports using the HKT-30 (historical-clinical-future) and to compare the results produced by this instrument with the predictive validity of clinical risk assessment.

METHOD The HKT-30 was completed retrospectively for 123 randomly selected forensic assessment reports compiled between 1993 en 1995. The HKT-30 is a standardised risk assessment instrument for criminal recidivism, consisting of 30 items. The predictive validity was calculated by means of an ROC-analysis (receiver operating characteristic). A distinction was made between severe and less severe recidivism. The clinical assessment was also subjected to an ROC-analysis and tested against actual recidivism (severe or less severe).

RESULTS The predictive validity of the HKT-30 seems to be better for severe recidivism than for less severe recidivism. The difference, however, is not significant. The predictive validity of the total score on the HKT-30 with regard to severe recidivism is comparable to the predictive validity of the clinical assessment. Clinical assessment seems to predict less severe recidivism better than the HKT-30. Again, however, the difference is not significant.

CONCLUSION When scores are awarded on the basis of existing forensic psychopathological assessment reports, the predictive validity of the HKT-30 is just as good as the clinical assessment in these reports. The main advantages of a standardised risk assessment instrument are that it provides more insight into the way in which the assessment is made and that high scores on particular items can highlight problem areas that are important in connection with future treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)8, 525-535]

KEY WORDS forensic psychiatry, prediction, risk assessment, validity

GGZ Friesland, voor een baan met ruimte!

Geestelijke gezondheidszorg in heel Friesland, dichtbij huis, van een goede kwaliteit en voor iedereen bereikbaar.

Daar staat GGZ Friesland voor. Het aanbod is breed en gevarieerd: van thuiszorg tot tijdelijke opname in een kliniek; van individuele gesprekken tot groepstherapieën; van werkprojecten tot activiteitencentra.

GGZ Friesland werkt vanuit regionale zorgcentra in vier districten:

Noord, Zuidwest, Zuidoost en Zuid.

In Franeker is een bijzondere zorglocatie. GGZ Jeugd werkt provinciaal.

Werken bij GGZ Friesland is werken bij een veelzijdige organisatie die volop in beweging en ontwikkeling is.



GGZ Zuidwest-Friesland enthousiaste psychiater m/v

Waarom GGZ Zuidwest-Friesland?

GGZ Zuidwest-Friesland is een zeer gewilde werkplek.

Onze medewerkers vinden GGZ Zuidwest-Friesland:

- dynamisch en volop in ontwikkeling
- collegiaal
- efficiënt door de korte lijnen
- een enthousiaste club van mensen
- een lerende organisatie
- flexibel
- kleinschalig, maar wel compleet.

werkplek: GGZ Zuidwest-Friesland kenmerkt zich door een prettige werksfeer en een vruchtbaar samenwerkingsverband met het Antonius Ziekenhuis. Onze organisatie bestaat uit zes clusters: polikliniek, deeltijdbehandeling, opname vervangende dagbehandeling en psychiatrische thuiszorg, de kliniek, ouderenpsychiatrie en de zorg voor langdurig zorgafhankelijken. Voor de ambulante volwassenenzorg en met name voor het poliklinische werk en crisisinterventie zoeken wij een enthousiaste psychiater, die zich aangesproken voelt door de bovenstaande omschrijving en die graag midden in de mooie merenomgeving van de Zuidwesthoek van Friesland wil wonen.

functie: Van de kandidaat vragen we in ieder geval dat u met ons meedenkt over de verdere ontwikkeling van ons zorgaanbod en implementatie van zorgprogramma's. Wanneer u affiniteit heeft met psychotische stoornissen kunt u meewerken om een nieuw ACT team op te zetten. Voor invulling van andere taken staan wij open. Promotie onderzoek is mogelijk. Ook collegae die hun opleiding bijna afgerond hebben, worden uitgenodigd om te solliciteren.

aanbod: Wij bieden arbeidsvoorwaarden conform AMS regeling. De overige voorwaarden zijn conform CAO-GGZ.

informatie en sollicitatie: Voor meer informatie kunt u bellen met de heer J.J.W.M. van Wely, psychiater/hoofd behandelenzaken, tel. 0515 – 436 200.

Uw schriftelijke sollicitatie kunt u onder vermelding van vacaturenummer **03.30** vóór **15 september 2004** mailen naar: Karin.adema@ggzfriesland.nl of sturen naar GGZ Zuidwest-Friesland, t.a.v. de afdeling P&O, Willemstraat 2a, 8601 GH te Sneek.

Voor meer informatie over de functie: www.ggzfriesland.nl (vacatures)

