

Risicotaxatie: meten is niet altijd weten

C.E. BOUMANS, D. POSTULART, J. VAN OS



Het thema ‘veiligheid’ staat in de samenleving sterk in de belangstelling en het minimaliseren van veiligheidsrisico’s heeft een hoge prioriteit gekregen. Van de ggz wordt in toenemende mate verwacht dat potentieel gevaarlijk gedrag van psychiatrische patiënten tijdig wordt gesignaleerd en door interventie afgewend. Onder het credo ‘meten is weten’ moeten behandelaren in ggz-instellingen nu het schatten van veiligheidsrisico’s controleerbaar integreren in het intake- en behandelproces. Hiertoe wordt het uit de forensische psychiatrie afkomstige begrip ‘risicotaxatie’ min of meer geruisloos in de algemene psychiatrie ingevoerd en het gebruik van risicotaxatie-instrumenten gepropageerd. In een Redactioneel van dit tijdschrift formuleerde Van Marle (2014) het als volgt: *‘Politiek en samenleving stellen ons meer en meer aansprakelijk: of wij willen of niet, de psychiatrie heeft in dezen een maatschappelijke verantwoordelijkheid gekregen voor de veiligheid. Risicotaxatie-instrumenten horen daarom ook thuis in de algemene psychiatrie’*.

De vraag is of er voldoende wetenschappelijk evidentie is voor het gebruik van risicotaxatie-instrumenten voor andere doelgroepen dan de forensische populatie, en of de voor- en nadelen van een grootschalige invoering van gestructureerde risicotaxatie in de algemene psychiatrie zorgvuldig zijn afgewogen. In dit artikel willen we beargumenteren dat standaardtoepassing van risicotaxatie in de ggz weinig zinvol en niet wenselijk is.

Risicotaxatie in de forensische psychiatrie

De begrippen ‘risicotaxatie’ en ‘risicomanagement’ zijn ontwikkeld voor patiënten die een (ernstig) delict hebben gepleegd dat gerelateerd is aan een psychiatrische stoornis. Deze patiënten worden behandeld in een strafrechtelijk kader om de kans op herhaling van het delictgedrag te verminderen. Het inschatten van de recidivekans (risicotaxatie) en het uitvoeren van risicoverminderende interventies (risicomanagement) vormen dan ook een essentieel onderdeel van respectievelijk de diagnostiek en behandeling in de forensisch-psychiatrische setting.

Diverse studies hebben aangetoond dat voorspellingen van het recidiverisico van een patiënt louter op basis van een ongestructureerd klinisch oordeel niet of nauwelijks beter zijn dan toeval (De Ruiter 2000; De Vogel 2005; Phi-

lipse 2005; Quinsey e.a. 2006). Daarom zijn risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld en onderzocht. Hoewel met deze instrumenten een hogere predictieve validiteit wordt bereikt dan met het ongestructureerde klinische oordeel, worden ze gekwalificeerd als *‘ongeschikt om individuele kansen op recidive te voorspellen’* (De Vogel 2005). Uit het proefschrift van De Vogel blijkt dat de beste schatting voortkomt uit een gezamenlijke, multidisciplinaire beoordeling van het risico, gebaseerd op risicotaxaties, gedragsobservaties en dossiergegevens. Daarnaast wijst onderzoek uit dat ook het inschatten van beschermende (‘protectieve’) factoren bijdraagt aan een betere voorspelling van gewelddadige recidive onder tbs-patiënten (De Vries Robbé 2014).

Het blijft echter een hachelijke zaak om de kans op recidive goed in te schatten, temeer omdat een recidive ook altijd in zekere mate afhankelijk is van – toevallige – situationele factoren (Blok e.a. 2010; Harte & Breukink 2010). De kans op een verkeerde voorspelling (fout-positief of fout-negatief) blijft dus aanzienlijk. Dit geldt in het bijzonder wanneer we risicotaxatie gebruiken in de algemene ggz. Wij zullen dit onderbouwen vanuit een statistisch perspectief.

Risicotaxatie in de algemene psychiatrie

Bij het bepalen van de voorspellende waarde van een risicotaxatie-instrument is het daadwerkelijk optreden van het te voorspellen gedrag (de *base rate*) een belangrijke variabele. De voorspellende waarde van een instrument neemt af naarmate de base rate lager is.

Szmukler en Rose (2013) illustreren dit principe helder in hun publicatie over risicotaxatie in de algemene psychiatrie. Als een risicotaxatie-instrument wordt gebruikt met een sensitiviteit en specificiteit van 70% in een (bijvoorbeeld forensische) populatie waarin 20% van de patiënten gedurende de follow-upperiode tot gewelddadig gedrag komt, is de positief predictieve waarde (PPW) van het instrument 0,37. De PPW is het deel van de patiënten met een positieve testuitslag (38) dat daadwerkelijk gewelddadig gedrag vertoont (14) (zie **TABEL 1**). Dit betekent dat als dit instrument bij 100 patiënten wordt afgenomen, 38 (0,7 x 20) + (0,3 x 80) geclassificeerd worden als ‘hoog risico’. Van deze 38 hoogrisicopatiënten laten 14 (0,7 x 20) daad-

werkelijk gewelddadig gedrag zien. De overige 24 (0,3 x 80) hebben een fout-positieve uitslag (ten onrechte een positieve testuitslag).

In een populatie (bijvoorbeeld de algemene psychiatrie) waarin 1% van de patiënten tot gewelddadig gedrag overgaat, zakt – bij gelijkblijvende sensitiviteit en specificiteit (70%) – de positief predictieve waarde van het instrument naar 0,02 (0,07/30,4). Van de 30,4 patiënten die worden geclassificeerd als hoogrisicopatiënt (0,7 x 1) + (0,3 x 99), zal minder dan één patiënt (0,7) daadwerkelijk geweld gebruiken. Indien men risicomangement zou inzetten bij deze zogenaamde hoogrisicogroep, zou men 29 (fout-positieve) patiënten ten onrechte onderwerpen aan dure en ingrijpende maatregelen om 0,7 ernstig incident te voorkómen. Bovendien zou men 0,3 (0,3 x 1) hoogrisicopatiënt met dit instrument niet detecteren (fout-negatief). Zeldzame gebeurtenissen zijn dus moeilijk te voorspellen, en leveren veel fout-positieve en fout-negatieve uitslagen op. Dit rechtvaardigt een beschouwing over de financiële en ethische gevolgen van een verkeerde inschatting.

Kosten en baten van standaardtoepassing van risicotaxatie-instrumenten in de ggz

Het voorgaande impliceert dat het routinematig uitvoeren van gestructureerde risicotaxatie in de algemene ggz veel onjuiste voorspellingen oplevert. Indien we op basis van deze taxaties risicomangement toepassen en ‘passende’ maatregelen treffen, leidt dit voor een aanzienlijk deel van de ggz-populatie tot ineffectieve en inefficiënte zorg. Patiënten die ten onrechte als ‘hoogrisicopatiënten’ worden geclassificeerd, ontvangen niet-noodzakelijke zorg. Te denken valt aan onnodig lange en onvrijwillige opnames, toezicht, vrijheidsbeperkingen, dwang(medicatie) of

AUTEURS

CHRISTIEN BOUMANS, psychiater, langdurige, intensieve en complexe zorg, GGZ Oost Brabant, Huize Padua, Boekel.

DEBBY POSTULART, senior onderzoeker, GGZ Oost Brabant.

JIM VAN OS, hoogleraar Psychiatrische epidemiologie, afd. Psychiatrie en Psychologie, Maastricht UMC; King's College London, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Londen.

CORRESPONDENTIEADRES

C.E. Boumans, GGZ Oost Brabant, Huize Padua, Kluisstraat 2, 5427 EM Boekel.

E-mail: ce.boumans@ggzoostrabant.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-6-2015.

TITLE IN ENGLISH

Risk assessment: when the numbers do not tell the story

onnodig intensieve ambulante zorg. Deze ineffectieve hoge zorgconsumptie gaat ten koste van de patiënten die – terecht of onterecht – als ‘laagrisicopatiënten’ worden geclassificeerd.

Routinematig uitvoeren van risicotaxaties brengt daarnaast hoge implementatie- en uitvoeringskosten met zich mee (bijvoorbeeld het trainen van medewerkers en uitvoeren van risicotaxaties), middelen die verloren gaan voor de ‘gewone’ diagnostiek en behandeling. En dan hebben we het nog niet eens over de ‘state of the art’ in de forensische psychiatrie, het ‘gestructureerd professioneel oordeel’, de

TABEL 1 Invloed van de prevalentie op de predictieve waarde van een instrument

Hoge prevalentie gewelddadig gedrag: 20%			
	gewelddadig	niet gewelddadig	
Test positief = hoog risico	14	24	38
Test negatief = laag risico	6	56	62
	20	80	100
Lage prevalentie gewelddadig gedrag: 1%			
	gewelddadig	niet gewelddadig	
Test positief = hoog risico	0,7	29,7	30,4
Test negatief = laag risico	0,3	69,3	69,6
	1	99	100

gezamenlijke risicoschatting door een multidisciplinair team op basis van de resultaten van risicotaxatie-instrumenten, gedragsobservaties en dossierstudie, een zeer tijdsintensieve procedure die binnen de gangbare praktijk van de algemene ggz niet uitvoerbaar is.

Ryan e.a. (2010) lieten aan de hand van het *MacArthur Violence Risk Assessment*-instrument zien wat het gebruik van een risicotaxatie-instrument betekent voor de verdeling van de middelen in de zorg. Van in totaal 157 patiënten werden er 55 door het taxatie-instrument in de hoogrisicogroep ingedeeld; deze patiënten zouden – als risicotaxaties leidend zijn voor de behandeling – intensievere behandeling krijgen. Het aantal patiënten dat daadwerkelijk geweld gebruikte, was 19. Dit betekent dat 36 patiënten onnodig intensieve behandeling of toezicht zouden krijgen. De middelen die dit vergt, kunnen niet worden aangewend voor de 102 patiënten die geclassificeerd werden als 'laagrisicogroep'. Echter, onder hen bevonden zich 9 (8,8%) patiënten die met een fout-negatieve uitslag ten onrechte geen intensieve behandeling of toezicht kregen en de samenleving in gevaar konden brengen. De 93 patiënten die terecht in de laagrisicogroep waren ingedeeld, hadden geen profijt van de risicotaxatie, waarin zij en de hulpverlener tijd hadden geïnvesteerd, die niet aan de alledaagse patiëntenzorg kon worden besteed.

In Groot-Brittannië zijn ggz-instellingen al enkele jaren verplicht een risicotaxatie uit te voeren, maar er zijn geen gepubliceerde cijfers waaruit blijkt dat het aantal ernstige incidenten veroorzaakt door psychiatrische patiënten afneemt (Szmukler & Rose 2013).

Ethische vragen

Ggz-brede invoering van risicotaxatie-instrumenten roept ook ethische vragen op: is het geoorloofd om elke patiënt die zich vrijwillig aanmeldt bij de ggz te onderzoeken en te beoordelen op een geweldsrisico, ongeacht of deze komt met eetproblemen, het vastlopen in dwangklachten of het ontvangen van opdrachten van buiten aardse wezens? En werken we door standaard risicotaxatie in te voeren niet mee aan de verdere stigmatisering van de psychiatrische patiënt als potentieel gevaarlijk individu, terwijl destigmatisering nu juist één van de speerpunten is van het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 (Ministerie van vws 2013)?

Wellicht is het grootste bezwaar van een brede toepassing van risicotaxatie-instrumenten in de algemene psychiatrie wel dat de ggz daarmee de illusie in stand houdt dat zij (ernstig) geweld kan voorspellen en voorkómen. Dat zij dit – uiteraard – niet kan waarmaken, zal het vertrouwen in de ggz ondermijnen en kan leiden tot aansprakelijkheidsprocedures.

Wat dan wel?

Op welke wijze kan de ggz omgaan met het gegeven dat een klein percentage van haar doelgroep zich agressief kan gedragen? In plaats van alle ggz-patiënten te screenen, kan een populatie-interventie gericht worden op de ggz-professionals. Men kan de alertheid en de deskundigheid van de hulpverleners vergroten door regelmatige training en voorlichting. Denk bijvoorbeeld aan een jaarlijkse (online-) cursus, waarin wordt gedemonstreerd bij welke signalen en op welke wijze de hulpverlener moet dóórvragen tijdens het klinisch consult. Vergelijkbare cursussen zijn ontwikkeld voor specifieke vormen van agressie zoals kindermishandeling en/of huiselijk geweld, of de cursus Professionals in Training to STOP suicide (PTSTOP), bij signalen van suicidaliteit.

Daarnaast kan men een hoogrisicobenadering met geïndiceerde of selectieve preventie toepassen voor specifieke doelgroepen of faciliteiten binnen de ggz. Zo kan men de *Crisis-Monitor* (Van de Sande e.a. 2011) aanwenden voor het verminderen van agressie-incidenten en separaties op een klinische afdeling met ernstig ontregelde patiënten en kunnen crisisdienstmedewerkers met de *Checklist Risico Crisisdienst* beter inschatten of extra voorzorgsmaatregelen nodig zijn bij een huisbezoek (Penterman & Nijman 2009).

Vervolgens is het van groot belang dat er middelen beschikbaar zijn die ook kunnen worden ingezet buiten kantooruren, in het geval van (dreigende) agressie of signalen van kindermishandeling en/of huiselijk geweld, zoals werkbare protocollen en interventies, menskracht en opnamecapaciteit. Voor reeds bekende patiënten dienen er crisisplannen of signaleringsplannen beschikbaar te zijn.

Bezint eer gij begint

Zoals wij in dit artikel uiteengezet hebben, is een ggz-brede standaardtoepassing van risicotaxatie en -management zinloos. Deze 'bureaucratische beheersing van het onvoorspelbare' leidt slechts tot kostenverhoging of het onttrekken van middelen aan onderdelen van het zorgproces die wél evidence-based zijn, en heeft ethische en mogelijk ook juridische bezwaren. Aan het invoeren van dergelijke 'vernieuwingen' onder druk van politiek, inspectie of zorgverzekeraars zou een grondige kosten-batenanalyse vooraf dienen te gaan.

LITERATUUR

- Blok G, de Beurs E, de Ranitz A, Rinne T. Psychometrische stand van zaken van risicotaxatie-instrumenten voor volwassenen in Nederland. Tijdschr Psychiatr 2010; 52: 331-41.
- Harte J, Breukink M. Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. Tijdschrift voor Criminologie 2010; 52: 52-72.
- Marle HJC van. Het gevaarlijke individu en de psychiater. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 428-9.
- Ministerie van VWS. Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017. Den Haag: Ministerie van VWS; 2013.
- Penterman E, Nijman HLI. Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst. Tijdschr Psychiatr 2009; 51: 355-64.
- Philipse MWG. Predicting criminal recidivism: empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry. Enschede: Febodruk; 2005.
- Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Violent offenders: appraising and managing risk (2e druk). Washington: American Psychological Association; 2006.
- Ruiter C de. Voor verbetering vatbaar. Amsterdam: Vossiuspers AUP; 2000.
- Ryan C, Nielssen O, Paton M, Large M. Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment. Australas Psychiatry 2010; 18: 398-403.
- Szmukler G, Rose N. Risk assessment in mental health care: values and costs. Behav Sci Law 2013; 31: 125-40.
- Sande R van de, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, e.a. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. Br J Psychiatry 2011; 199: 473-8.
- Vogel V de. Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: the HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients. Amsterdam: Dutch University Press; 2005.
- Vries Robbé M de. Protective factors. Validation of the structured assessment of protective factors for violence risk in forensic psychiatry (academisch proefschrift). Nijmegen: Radboud Universiteit; 2014.