

## REACTIE OP

### 'Risicotaxatie; meten is niet altijd weten'

Met grote belangstelling heb ik het opiniërende artikel over risicotaxatie van Boumans e.a. (2015) gelezen. De auteurs beargumenteren verschillende zinvolle zaken over dit onderwerp, zoals de stelling 'dat standaardtoepassing van risicotaxatie in de ggz weinig zinvol en niet wenselijk is'. Echter, via terecht aangehaalde methodologische principes, ethische bezwaren en economische bezorgdheid vliegen de auteurs volgens mij uit de bocht door te concluderen dat risicotaxatie en -management voor een aanzienlijk deel van de ggz-populatie tot ineffektieve en inefficiënte zorg leidt.

Hierbij wil ik enkele bedenkingen te berde brengen. Om te beginnen ben ik niet overtuigd dat het begrip 'risicotaxatie' min of meer geruisloos in de algemene psychiatrie ingevoerd wordt. Zoals de auteurs in het begin van het artikel citeren, is een risicotaxatie-instrument niet geschikt om individuele kansen op recidive te voorspellen. Inderdaad, of er nu een actuariael instrument (zoals de *STATIC-99* bij seksuele delinquentie) of het gestructureerd klinisch oordeel (door middel van de *HCR-20V3* bij geweldsdelinquentie) wordt gebruikt, dit zegt niets over het risico op gewelddadig gedrag bij één bepaald individu. Wat deze instrumenten wel doen, is dit individu in een groep plaatsen met een bepaald risiconiveau (bijvoorbeeld laag-matig-hoog).

De associatie tussen gewelddadig gedrag en een psychiatrische stoornis wordt door de auteurs schromelijk onderschat. Methodologisch gezien is het belangrijk om de controlegroep goed in ogenschouw te nemen bij dit onderwerp. Verhoogt het hebben van een schizofrene stoornis het risico op gewelddadig gedrag? Het antwoord op deze vraag is genuanceerd. Ja, indien we patiënten met schizofrenie vergelijken met de algemene bevolking (oddsratio (OR): 5). Een combinatie van een psychiatrische stoornis met middelenmisbruik verhoogt dit risico nog aanzienlijk. Neen, indien we patiënten met schizofrenie vergelijken met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, waarbij het risico op geweld vele malen hoger is (OR: 18,7) (Wallace e.a. 2004). We kunnen dus stellen dat het hebben van schizofrenie een beschermende factor is voor gewelddadig gedrag, vergeleken met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Nog even ter illustratie: ongeveer 1 op de 10.000 patiënten met schizofrenie zal een moord begaan. Dit betekent dus dat de kans bestaat dat u tijdens uw gehele carrière als psychiater in de algemene psychiatrie nooit een moordende patiënt met schizofrenie gezien kunt hebben. Of nemen we ernstig gewelddadig gedrag bij patiënten met

schizofrenie. Ongeveer 1 op 150 patiënten met schizofrenie zal een ernstig geweldsincident veroorzaken. Dit betekent dat u slechts af ten toe een patiënt zult tegenkomen die een ernstig geweldsincident heeft gepleegd. Dit geeft een onjuiste klinische indruk dat deze incidenten niet vaker voorkomen dan in de algemene bevolking. En niets is minder waar. De moeilijkheid hier is dat onze klinische ervaring zegt dat er weinig associatie is tussen een schizofrene stoornis en gewelddadig gedrag, terwijl de epidemiologie zegt dat er een sterke associatie is.

Ik ga akkoord met de stelling van de auteurs dat een ggz-brede standaardtoepassing van risicotaxatie en -management zinloos is. Maar hulpverleners moeten in staat zijn om duidelijke signalen van het risico op geweld te identi-

### LITERATUUR

- Boumans CE, Postular D, van Os J. Risicotaxatie: meten is niet altijd weten. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 535-8.
- Marle HJC van. Het gevaarlijke individu en de psychiater. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 428-9.
- Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25 year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 716-27.

### AUTEUR

**KRIS GOETHALS**, forensisch psychiater en A-opleider psychiatrie, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Halsteren; tevens directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem, lid Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen, onderzoekslijn Forensische Psychiatrie, Antwerpen.

### CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Kris Goethals, GGZ WNB, Gebouw De Schelde (kamer 1207), Hoofdlaan 8, 4661 AA Halsteren.  
E-mail: kris.goethals@ggzwnb.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

### TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'Risk assessment: when the numbers do not tell the story'



ARTIKEL



ficeren. Wanneer er redelijke gronden zijn om te veronderstellen dat er een risico op geweld bestaat en aannemelijk is, dan dient er een risicotaxatie te gebeuren. Hierbij moeten we ook een onderscheid maken tussen tracking (opsparing of surveillance), screening (doorlichting) en triage (sortering) om de patiënten eruit te halen die bijzondere aandacht verdienen. De aangehaalde *Crisis-Monitor* is een waardevol instrument, maar is geen formeel risicotaxatie-instrument.

Bij welke patiënten moeten we wel een risicotaxatie uitvoeren? De triagemethode lijkt me waardevol, waarbij casussen geprioriteerd kunnen worden waarbij een uitgebreide risicotaxatie nodig is, net zoals in de spoedeisende geneeskunde. Dit helpt ook om onmiddellijke stappen in het behandelproces te prioriteren en vast te leggen. Deze geweldstriage is gebaseerd op primaire waarschuwingssignalen, zoals gewelddadige handelingen, bedreigingen of gedachten. Bijzondere aandacht moet er zijn voor deze signalen indien deze recent, ernstig of escalerend zijn.

Daarnaast zijn er ook secundaire waarschuwingssignalen, zoals een persoonlijke crisis, een interpersoonlijk conflict of acute psychische problemen. Ook hier moet er bijzondere aandacht zijn voor deze signalen indien deze recent, ernstig of escalerend zijn. Op basis van de aan- of afwezigheid van deze signalen kan de uitkomst van de triage zijn dat er zeker, mogelijk of geen risicotaxatie moet gebeuren. Dit opiniërend artikel vergroot mijn bezorgdheid over de bereidwilligheid van de reguliere psychiatrie om criminaliteit en geweld als onze opdracht te zien, waarvoor Van Marle (2014) pleitte in zijn redactioneel. Volgens mij dienen hulpverleners in de psychiatrie de vermindering en de preventie van geweld een belangrijke opdracht te vinden, net zoals we ons inspinnen voor de vermindering en de preventie van suicide.

## ANTWOORD

### aan Goethals

Wij danken collega Goethals voor zijn bijdrage aan de discussie over risicotaxatie in de ggz. Hij interpreteert ons betoog als een gebrek aan bereidheid om de geweldsrisico's van psychiatrische patiënten onder ogen te zien en te helpen verminderen. Met het epidemiologische gegeven dat zeldzame gebeurtenissen niet voorspeld kunnen worden door screening met risicotaxatie-instrumenten (de preventieparadox) willen wij geenszins dit geweldsrisico bagatelliseren; de incidentie van 1% in ons rekenvoorbeeld ligt binnen de waarde van 1:150 voor patiënten met schizofrenie die Goethals noemt.

Overigens is de associatie tussen schizofrenie en geweldsdelicten complexer dan Goethals stelt, zoals blijkt uit diverse meta-analysen. Douglas e.a. (2009) vonden dat psychose geassocieerd is met een toegenomen risico op geweld (OR: 1,49-1,68). Bij vergelijking met personen zonder psychische stoornis nam dit risico bij psychose meer toe (OR: 3,68) dan bij vergelijking met personen met een andere psychische stoornis (OR: 1,51); in vergelijking met een externaliserende stoornis was psychose geassocieerd met een afgenomen risico (OR: 0,85). Fazel e.a. (2011) vonden dat de kans op geweldsrecidivisme van patiënten met een psychotische stoornis anderhalf keer zo groot is als bij personen zonder psychische stoornis (OR: 1,6; 95%-BI: 1,4-1,8) en even groot als bij patiënten met andere psychische stoornissen.

Ook bleek het belangrijk om het risico op symptoomniveau te evalueren. Douglas e.a. (2009) vonden een verhoogd risico op geweld bij zowel positieve, negatieve als gedesor-ganiseerde symptomen. Anderen vonden deze associatie alleen voor paranoïde wanen (OR: 2,9; 95%-BI: 1,7-2,8), niet voor hallucinaties en (hypo)manische symptomen, tenzij in combinatie met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Coid J, Ullrich S, Zhang T, Bebbington B, Fazel S, Keers R. Paranoid ideation and violence: mega-analytic study of seven population surveys. Schriftelijke mededeling, 2015). Middenmisbruik vergroot het risico op geweld. Vergeleken met de algemene populatie hebben patiënten met psychose en middenmisbruik een 9 keer zo groot risico (OR: 8,9; 95%-BI: 5,4-14,7), zonder middenmisbruik is dit slechts een factor 2 (OR: 2,1; 95%-BI: 1,7-2,7). Het risico op geweld bij personen met middenmisbruik zonder psychose is even groot als bij personen met psychose en comorbide middenmisbruik en groter dan bij personen met psychose zonder comorbide middenmisbruik (Fazel e.a. 2009).

Een andere risicofactor is de duur van de onbehandelde eerste psychose (Large e.a. 2008). Van de patiënten met psychoses die behandeling ontvangen, pleegt 1 op de

## LITERATUUR

- Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2009; 135: 679-706.
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6: e1000120.
- Fazel S, Singh JP, Doll H, Grann M. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e4692.
- Fazel S, Yu R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2011; 37: 800-10.
- Large M, Nielssen O. Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 37-44.
- Large M, Smith G, Nielssen O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2009; 112: 123-9.
- Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2010; 36: 702-12.

## AUTEURS

**CHRISTIEN BOUMANS**, psychiater langdurige, complexe en intensieve zorg, GGZ Oost Brabant.

**DEBBY POSTULART**, senior onderzoeker, GGZ Oost Brabant.

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

## CORRESPONDENTIEADRES

C.E. Boumans, GGZ Oost Brabant, Huize Padua,  
Kluisstraat 2, 5427 EM Boekel.  
E-mail: ce.boumans@ggzoostrabant.nl

10.000 een levensdelict, terwijl 1 op de 700 patiënten met onbehandelde psychose een levensdelict begaat (Nielssen e.a. 2010).

Het aantal levensdelicten gepleegd door patiënten met een psychose is sterk geassocieerd met het totale aantal levensdelicten in de onderzochte samenleving, hetgeen duidt op een lokale etiologische factor die nog niet bekend is (Large e.a. 2009).

Het voorstel van Goethals om risicotaxatie in te zetten na triage is interessant, maar lijkt de preventieparadox te verschuiven naar de vraag of we op grond van de combina-

tie van primaire en secundaire waarschuwingssignalen betrouwbaar onderscheid kunnen maken tussen laag, matig en hoog risico. Wij zijn daarover niet optimistisch gezien de conclusies van een grote meta-analyse, namelijk dat de positieve predictieve validiteit van risicotaxatie-instrumenten laag tot matig is en onvoldoende voor klinische beslissingen (Fazel e.a. 2012). Hoe graag wij ook zouden zien dat we kunnen voorkomen dat psychiatrische patiënten geweldsdelicten plegen, menen wij dat hier bescheidenheid en vooral epidemiologisch geïnformeerd denken passen. Gezien het ontbreken van wetenschappelijke evidentie lijkt grootschalige invoering van risicotaxatie in de algemene ggz eerder een vorm van defensieve geneeskunde dan een rationele beslissing.