

Risicotaxatie: Waarheen? Waarvoor?

Smid, Wineke; Uzieblo, Katarzyna

Published in:

De psycholoog : maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Publication date:

2020

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Smid, W., & Uzieblo, K. (2020). Risicotaxatie: Waarheen? Waarvoor? *De psycholoog : maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)*, 32-40.

Copyright

No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form, without the prior written permission of the author(s) or other rights holders to whom publication rights have been transferred, unless permitted by a license attached to the publication (a Creative Commons license or other), or unless exceptions to copyright law apply.

Take down policy

If you believe that this document infringes your copyright or other rights, please contact openaccess@vub.be, with details of the nature of the infringement. We will investigate the claim and if justified, we will take the appropriate steps.

FORUM

RISICOTAXATIE: WAARHEEN, WAARVOOR?

Hoe kan in de praktijk zo goed mogelijk worden ingeschat of een delinquent opnieuw de fout zal ingaan? Er zijn drie manieren waarop het recidiverisico wordt ingeschat, leggen Wineke Smid en Kasia Uzieblo uit: een ongestructureerd klinisch oordeel, actuariële risicotaxatie, en het gestructureerd klinisch oordeel. 'Actuariële risicotaxatie is verre van volmaakt, maar nog steeds het minst slechte wat we hebben.'

M

ensenlevens zijn door de eeuwen heen geleidelijk steeds veiliger geworden (Pinker, 2011). Door de bank genomen

was het nog nooit zo veilig als nu en vrijwel nergens zo veilig als hier in West-Europa. Maar het resterende (seksuele) geweld krijgt wel steeds meer aandacht. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikke-

ling (2006) berekende bijvoorbeeld dat terwijl het aantal incidenten met tbs-gestelden op verlof tussen 2001 en 2005 gelijk bleef, de media-aandacht ervoor *verachtvoudigde*. Dat stimuleert het

gevoel van onveiligheid en verklaart (deels) waarom de roep om geweldplegers streng te bestraffen en herhaling te voorkomen steeds weer luider klinkt.

In eerste instantie is de rechtspraak er voor die bestraffing. We hopen dat de pleger na zijn straf zijn 'lesje geleerd' heeft. Voor veel plegers werkt straffen prima, met name zedenplegers recidiveren in grote meerderheid niet (70 tot 80%; Hanson, 2018). Maar voor een deel van de gewelds- en zedendelinquenten is straffen alleen niet genoeg om te stoppen met het delictgedrag. Voor plegers voor wie straffen niet werkt, werkt zwaarder straffen doorgaans ook niet. Deze mensen hebben behandeling nodig om hen te ondersteunen bij het opbouwen van een delictvrij bestaan; soms vrijwillig, soms onder dwang in de vorm van tbs.

Volgens het *Risk Need Responsibility*-model (RNR; Andrews & Bonta, 2010) moet de intensiteit van de behandeling afgestemd zijn op het recidiverisico van de pleger: plegers met een hoog risico ondergaan intensieve en langdurige interventies, plegers met een laag risico krijgen weinig of geen behandeling. Het ligt voor de hand dat als iemand met een hoog risico te weinig behandeling krijgt, zijn risico onvoldoende wordt teruggedrongen. Inmiddels is ook duidelijk dat als iemand wordt over-behandeld, dit juist risico-*verhogend* kan werken (Lowenkamp et al., 2006; Wakeling et al., 2012).

Het is dus zaak risicovolle individuen op betrouwbare wijze

uit de totale groep delinquenten te selecteren. Er zijn ruwweg drie manieren waarop het recidiverisico in de praktijk wordt ingeschat: een ongestructureerd klinisch oordeel, actuariële risicotaxatie, en het gestructureerd klinisch oordeel of *structured professional judgment* (SPJ). Alleen het gebruik van actuariële risicotaxatie voldoet aan de vereisten van het RNR-model. Hieronder leggen we beknopt uit waarom.¹

ONGESTRUCTUREERD KLINISCH OORDEEL

Bij een klinische werkwijze brengen beoordelaars een eigen structuur aan in hun risicotaxaties. Maar die structuur en de geïncludeerde factoren kunnen sterk verschillen per clinicus – en dat is waarnaar het woord 'ongestructureerd' verwijst: er zijn geen vaste regels. Het voordeel van deze manier van werken is dat goed kan worden gefocust op de individuele pleger. Alle beschikbare informatie kan worden gebruikt en factoren kunnen worden gewogen en geïnterpreteerd.

Er zijn echter grote nadelen: de methode is niet betrouwbaar. Elke klinische beoordelaar interpreteert en weegt anders. Met zo'n onbetrouwbare meetmethode is het onmogelijk goed te voorspellen. Onderzoek bevestigt dat: de voorspellende waarde van het ongestructureerd klinisch oordeel is gering (Monahan, 2007). Het maakt niet uit of de klinische beoordelaars beginnelingen zijn of veel ervaring hebben; er is geen

verbetering over de tijd. Dat komt omdat het onmogelijk is om als individuele beoordelaar goede feedback te krijgen over de genomen beslissingen. Er kan niet geverifieerd worden welke meegewogen kenmerken wel of niet echt voorspellend zijn geweest voor het recidivegevaar. Daardoor wordt niet geleerd van fouten en successen.

Plegers met een hoog risico hebben intensieve en langdurige interventies nodig, plegers met een laag risico hebben weinig of geen behandeling nodig

ACTUARIËLE RISICOTAXATIE

Actuariële risicotaxatie is een empirisch ontwikkelde, gestructureerde manier om het recidiverisico in te schatten. Door middel van meta-analyses is uitgezocht welke factoren significant vaker voorkomen bij recidivisten. Welbeschouwd is dit de collectieve feedback die het klinisch oordeel nodig heeft om zich te kunnen ontwikkelen.

Risicotaxatie-onderzoek heeft duidelijk wortels in de klinische praktijk. Daaruit komen hypothesen voort over factoren die kunnen samenhangen met recidiverisico. Onderzoek naar die factoren laat zien dat ruwweg de helft daarvan

¹ Voor een uitgebreidere beschrijving zie Smid (2020).



gerelateerd is aan recidive. Maar de andere helft hangt niet meetbaar samen met recidive, zoals ontkenning, ernst van het delict of slachtofferempathie. Die factoren worden vaak ten onrechte meegewogen in een klinisch oordeel. Als niet-voorspellende factoren toch meegewogen worden, ondermijnen ze de voorspellende waarde van de factoren die wel samenhangen met recidive. De winst van actuariële risicotaxatie zit dus enerzijds in het meewegen van datgene dat gewogen moet worden, maar anderzijds in het *niet* meewegen van dingen die *niet* gewogen moeten worden. Actuari-

ële risicotaxatie is de kunst van het weglaten.

Actuariële instrumenten bevatten alleen risicofactoren die aantoonbaar samenhangen met recidive. De score op een instrument wordt berekend door itemscores op te tellen. De eindscores corresponderen met recidivepercentages in bijbehorende tabellen. Deze tabellen vormen een essentieel onderdeel van actuariële risicotaxatie. Elke pleger wordt gekoppeld aan een recidiverisico middels een bepaald percentage. Maar wat betekent het als iemand een recidiverisico van 15% heeft? Van de subgroep

waarbij hij op basis van zijn score het beste past, recidiveert 15%. Het percentage van de subgroep wordt gebruikt om de individuele pleger in te schatten. Die toepassing leidt wel tot de kritiek dat risicotaxatie alleen iets zegt over groepen en niet over individuen. Dat is niet juist. Hoewel het percentage geen zekerheid geeft over wel of niet recidiveren van een individu, is het zeker informatief te weten of iemand deel uitmaakt van een subgroep met 5% of met 50% recidiverisico. Op grond daarvan kan bijvoorbeeld gekeken worden of een interventie nodig is en hoe intensief die moet zijn.

We zouden graag weten of onze individuele pleger bij de 50% recidivisten of bij de 50% niet-recidivisten in zijn risicocategorie behoort. Zo werkt het helaas niet. Binnen de categorie hebben alle plegers dezelfde kans te recidiveren. De resterende onzekerheid heeft deels te maken met dingen die we (nog) niet goed kunnen meten, deels met hoe het leven loopt. Maar dat de actuariële risicotaxatie-instrumenten dat onderscheid niet maken, betekent niet dat een klinische inschatting dat wel kan. Kritiek op groepspercentages van actuariële risicotaxatie gaat gepaard met de impliciete veronderstelling dat een klinische benadering een betere inschatting van het risico van een individu oplevert. Dat is onjuist: onderzoek laat telkens zien dat klinische risico-inschatting slechter is (bijv. Hilton et al., 2006). Actuariële risicotaxatie is verre van volmaakt, maar nog steeds het minst slechte wat we hebben.

STATISCH EN DYNAMISCH

Sinds eind vorige eeuw heeft de actuariële risicotaxatie een hoge vlucht genomen (Helmus, 2018). In Canada, Amerika en Engeland werden diverse zogeheten 'statische actuarials' ontwikkeld, met kleine onderlinge verschillen en grote overeenkomsten. Bijvoorbeeld de *Static-99* (Hanson & Thornton, 2000) voor zedelinquenten en de *SIR-scale* (Bonta et al., 1996) voor geweldsdelinquenten. Deze instrumenten vragen naar korte, feitelijke informatie: bijvoorbeeld hoeveel eerdere veroordelingen iemand op zijn strafblad heeft, wat het geslacht is

van de slachtoffers. De items zijn grotendeels historisch/statisch van aard. Hoewel ze niet geheel onveranderbaar zijn (leeftijd maakt bijvoorbeeld deel uit van deze factoren), zijn het geen zaken waarop een behandeling invloed heeft. Deze instrumenten zijn geschikt om iemands basisrisico te bepalen en in te schatten hoeveel behandeling iemand nodig heeft om het risico te reduceren. Medewerking van de pleger bij gebruik van deze instrumenten is niet noodzakelijk; ze zijn meestal te scoren op basis van gegevens uit het dossier.

Het statische karakter van deze eerste 'actuarials' maakte ze minder geschikt om de inhoud van de behandeling te sturen of de effecten van behandeling te evalueren. De makers begonnen daarom tegelijkertijd aan het ontwikkelen van actuariële *dynamische* risicotaxatie-instrumenten. De constructie daarvan was bewerkelijker. Het gebruik van de 'statische actuarials' raakte wijdverbreid voordat de dynamische actuariële instrumenten het licht zagen.

Dynamische actuariële instrumenten zoals de *Stable-2007* (Hanson et al., 2007) of de *Violence Risk Scale* (Olver et al., 2007) hebben, net als hun statische tegenhangers, een vast aantal items die samenhangen met

recidive. De items worden op een vaste manier gescoord en leiden op een vaste manier tot een eindscore. De eindscores zijn gerelateerd aan recidivepercentages in bijbehorende tabellen. Het scoren van dynamisch actuariële instrumenten is moeilijker dan het scoren van de statische actuarials. Het scoren van de individuele items vergt meer klinische expertise van de beoordelaar. De vraag: 'Laat de pleger veel impulsief gedrag zien?' is van een andere orde dan de vraag: 'Hoeveel eerdere veroordelingen heeft de pleger op zijn strafblad staan?' Het gebruik van deze instrumenten vereist dan ook specifieke deskundigheid, training en een consciëntieuze werkwijze, liefst gebruikmakend van diverse informatiebronnen. Enige medewerking van de pleger is bij het afnemen van deze instrumenten noodzakelijk.

De dynamische risicofactoren zijn bruikbaar bij het bepalen van inhoudelijke behandeldoelen en evaluatie daarvan. Recent onderzoek laat zien dat een afname van de score op dynamische instrumenten samenhangt met een afname van het recidiverisico (Hogan & Olver, 2019; Van den Berg et al., 2018). Bovendien voegen de dynamische factoren iets toe aan de voorspellende waarde van de statische factoren

De vraag: 'Laat de pleger veel impulsief gedrag zien?' is van een andere orde dan de vraag: 'Hoeveel eerdere veroordelingen heeft hij op zijn strafblad staan?'

(Van den Berg et al., 2018): ze verfijnen de inschatting. Dat betekent dat voor een optimale risicotaxatie liefst een combinatie van actuariële statische en actuariële dynamische factoren wordt gebruikt.

STOORNISSEN Zoals eerder besproken bevatten de instrumenten alleen risicofactoren die aantoonbaar samenhangen met recidive. Opvallend afwezig zijn psychiatrische stoornissen. Sommige symptomen van stoornissen voorspellen recidive, zoals impulsiviteit. Maar als we impulsiviteit als risicofactor meenemen, maakt het vervolgens niet meer uit van welke stoornis deze impulsiviteit deel uitmaakt.

Het meewegen van psychiatrische stoornissen boven op de gevalideerde risicofactoren heeft voor het inschatten van de recidiverisico's geen zin (Bonta et al., 2014). Psychiatrische stoornissen kunnen wel invloed hebben op de behandelresponsiviteit van een pleger; de assessment ervan kan dus relevant zijn voor de behandeling.

GESTRUCTUREERD KLINISCH OORDEEL

Duidelijk is dat een actuariële inschatting beter voorspelt dan het ongestructureerd klinische oordeel. Maar lang bestond de hoop dat de combinatie van een instrument met een klinisch oordeel betere resultaten zou opleveren dan actuariële risicotaxatie alleen. Bij deze methode, het gestructureerd klinisch oordeel of 'structured professional judgment' (SPJ), kunnen extra

factoren worden toegevoegd en kunnen factoren klinisch gewogen worden. Helaas leidt deze aanpak niet tot betere voorspellingen. Het toevoegen van een extra klinische weging levert geen meerwaarde op, maar juist een verslechtering ten opzichte van het zuiver actuariële oordeel bij het voorspellen van zeden- en geweldsrecidive. Hoewel er incidenteel onderzoeken zijn die een meerwaarde vinden voor het SPJ-eindoordeel (De Vogel et al., 2004), zijn er veel meer onderzoeken en meta-analyses die dat niet vinden (bijv. Guay & Parent, 2018; Hogan & Olver, 2019; De Vries Robbé et al., 2015).

Een deel van het SPJ-probleem zit in de onbetrouwbaarheid van het toegevoegde klinische oordeel. Beoordelaars zijn niet eensgezind over wanneer een extra klinische afweging gemaakt moet worden (Hanson et al., 2007). En als er extra informatie wordt meegenomen, is er weinig overeenstemming over wat precies. Daarnaast komt bij de SPJ-methode de kunst van het weglaten onder druk te staan. Er worden bijvoorbeeld factoren meegewogen die weliswaar van belang zijn in het leven van de patiënt, maar die niet samenhangen met het recidiverisico, zoals een psychische stoornis. Zo komen de empirisch verworpen factoren uit het ongestructureerde klinisch oordeel langs de achterdeur weer terug in de risicotaxatie en doen daarmee afbreuk aan de voorspelling.

De onontkoombare conclusie is dat actuariële voorspelling beter is dan (gestructureerd) klinische voorspelling. Deze conclusie is niet

nieuw (Meehl, 1954) en ook niet uniek voor het forensisch veld.

FIRST OFFENDERS Bestaande (actuariële) risicotaxatie-instrumenten bevatten items die correleren met recidive. De items zijn niet onderzocht op hun samenhang met de ontwikkeling van het eerste (seksuele) delictgedrag. Ze kunnen daarom ook niet gebruikt worden voor de inschatting van het risico dat iemand voor het eerst een delict gaat plegen. Soms denken mensen daarom dat risicotaxatie niet gebruikt kan worden voor zogenaamde *first offenders*: plegers die voor het eerst met justitie in aanraking zijn gekomen. Maar dat kan wel; ook bij een rapportage pro Justitia, als de *first offender* nog niet veroordeeld is, het delict ontkent en niet meewerkt. Zelfs dan kan vrijwel altijd een statische actuarial zoals de *Static-99R* gebruikt worden.

In het Nederlandse rechtssysteem is het gebruikelijk dat de rechter op hetzelfde moment zowel uitspraak doet over de schuld van de aangeklaagde als over de op te leggen straf/maatregel. Bij het bepalen van de schuld speelt risicotaxatie geen rol. Pas bij duidelijke schuld wordt het belangrijk te kijken naar het risico van recidive. Idealiter wordt een risicotaxatie dus na de schuldbeoordeling en voor de oplegging van straf/maatregel gedaan. Maar omdat daar geen tijd tussen zit, wordt de risicotaxatie alvast aangeleverd ingeval de verdachte schuldig wordt bevonden. Rechters mogen pas naar de risicotaxatie kijken nadat zij zich over de schuldvraag hebben gebogen.

Wordt de verdachte niet schuldig bevonden, dan is de risicotaxatie niet van toepassing en wordt deze niet gebruikt.

CAUSALITEIT De erkende actuariële instrumenten bevatten geen discriminatoire factoren zoals huidskleur of woonbuurt, maar vooral factoren die te maken hebben met het delictgedrag, zoals aantal eerdere delicten en de relatie tot de slachtoffers. De opgenomen factoren correleren met recidive, maar hebben niet altijd een begrepen causaal verband met recidive. Het nut voor de behandeling wordt hierdoor beperkt, omdat ook de dynamische risicofactoren geen uitsluitel geven over onderliggende mechanismen en hoe die te beïnvloeden zijn. Maar degenen wier dynamische risicoscores afnemen tijdens de behandeling, recidiveren minder (Sewall & Olver, 2019; Van den Berg et al., 2018).

Het gebrek aan causale theorie achter actuariële risicotaxatie is problematisch voor dieper inzicht in delictgedrag. Andermaal is het niet zo dat dit zomaar vervangen kan worden met klinische overwegingen. Ook voor de klinische inschattingen ontbreekt het immers aan empirisch onderbouwde causale verbanden.

RISICOCOMMUNICATIE

Er is veel geschreven over de voorspellende waarde van risicotaxaties. Tot op heden is minder onder de aandacht gekomen hoe deze risico's het best gecommuniceerd kunnen worden. Een risicotaxatie kan uitgevoerd zijn volgens de regelen van de

kunst, maar als de communicatie niet helder is en de resultaten verkeerd begrepen worden, kan de taxatie alsnog tot verkeerde beslissingen leiden.

Doorgaans worden risico's aan de hand van categorieën gecommuniceerd – bijvoorbeeld 'Meneer heeft een laag, matig of hoog risico op terugval'. Soms worden numerieke inschattingen gegeven: 'Meneer behoort tot de groep waarvan 15% over een periode van 5 jaar gerecidiveerd is'. Een derde mogelijkheid is een beschrijving van het risico aan de hand van de criminogene factoren en de concrete behandelbehoeften van de persoon. De keuze van rapportage wordt in eerste instantie bepaald door het gehanteerde instrument. Een actuariële instrument laat alle beschrijvingen toe, een SPJ-instrument laat geen numerieke beschrijving van het risico toe. De voorkeuren van de rapporteur spelen een rol, aangezien er geen algemeen geldende richtlijnen zijn.

Opvallend is dat zowel clinici als rechters de categoriale omschrijvingen prefereren (Evans & Salekin, 2016; Singh et al., 2014). Maar de redenen voor deze voorkeur zijn op zijn minst twijfelachtig te noemen en in strijd met empirisch onderzoek. Clinici hechten vooral weinig geloof aan de voorspellende waarde van numerieke inschattingen; sterker, men beschouwt deze numerieke informatie als misleidend (Heilbrun et al., 1999). In de vakliteratuur duiken echter juist problemen op met de categoriale beschrijvingen. Zo ontbreekt het aan consensus onder

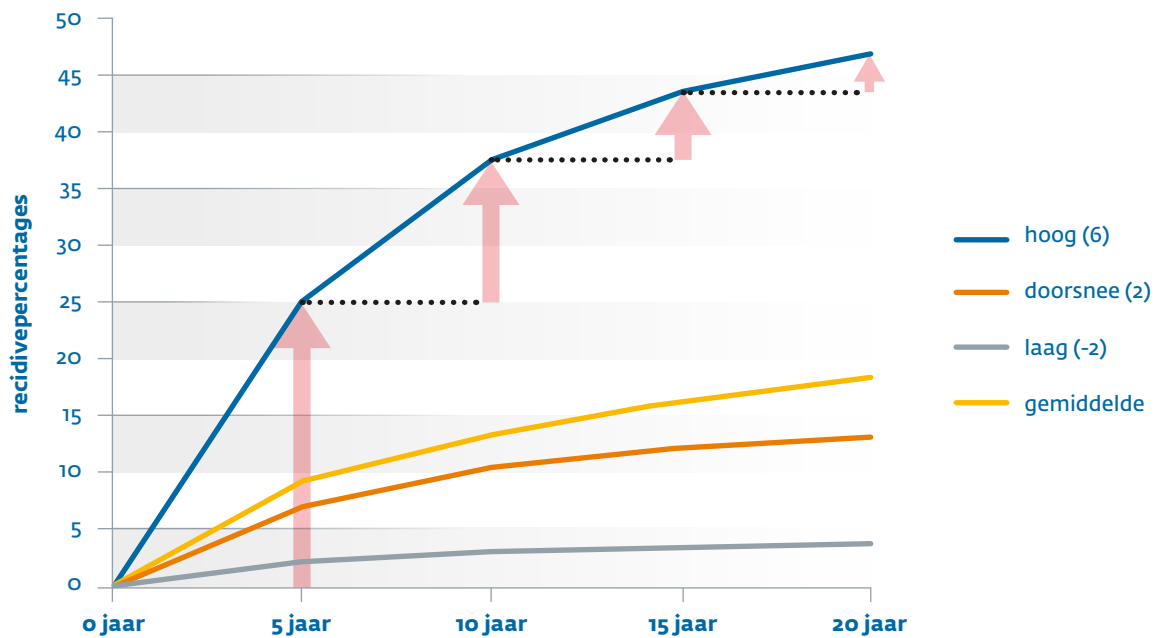
clinici wat onder laag, matig of hoog risico moet worden verstaan (Scurich, 2018). Bijgevolg interpreteert iedereen deze opdeling op zijn eigen manier (Nationaal rapporteur, 2017). Ook lijken categoriale omschrijvingen, gezien hun vaagheid, tot een overschatting van het risico te leiden. Maar ook numerieke omschrijvingen ontkomen niet aan deze tendens tot overschatting. De oorzaak van deze overschatting ligt in onvoldoende kennis over baserates en cijferonkunde (Peters et al., 2007).

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

Nieuw ontdekte factoren die invloed hebben op het recidiverisico worden doorgaans in de actuariële instrumenten opgenomen. Een belangrijk voorbeeld daarvan is het afnemende risico van zedendelinquenten bij duurzaam delictvrij verblijf in de samenleving. Uit onderzoek (Hanson et al., 2018) komt naar voren dat de grootste groep recidivisten terugvalt binnen vijf jaar nadat ze *at risk* zijn; levend in een situatie waarin terugval mogelijk is, al of niet onder toezicht van bijvoorbeeld de reclassering. Plegers die na vijf jaar niet gerecidiveerd zijn, hebben een veel lagere kans om tussen de vijf en tien jaar alsnog te recidiveren. Plegers die na tien jaar niet gerecidiveerd zijn, hebben een nog veel lagere kans opnieuw te recidiveren.

Naarmate iemand langer delictvrij in de samenleving verblijft, wordt de kans dat hij alsnog zal recidiveren dus steeds kleiner. Daarom kan de risico-

FIGUUR 1. SCHEMATISCHE WEERGAVE VAN SEKSUELE RECIDIVE IN DE LOOP VAN DE JAREN VOOR PLEGERS MET EEN LAAG RISICO (SCORE -2 OP DE STATIC-99R), EEN HOOG RISICO (SCORE 6 OP DE STATIC-99R), 'DOORSNEE' PLEGERS (MET EEN MEDIANE SCORE VAN 2 OP DE STATIC-99R) EN HET GEMIDDELDE VAN ALLE PLEGERS SAMEN (CIJFERS OVERGENOMEN UIT HANSON ET AL., 2018)



inschatting tegenwoordig aangepast worden op basis van een delictvrije periode. Ruwweg halveert het risico met elke vijf jaar dat iemand succesvol delictvrij in de samenleving verblijft (zie figuur 1).

Een andere recente ontwikkeling is het model van de gestandaardiseerde risicocategorieën (Hanson et al., 2017b). In Nederland worden, net als in het buitenland, verschillende instrumenten gebruikt voor risicotaxatie. Deze instrumenten leiden, ook bij dezelfde delinquent, niet altijd tot overeenstemmende resultaten.

Dat kan verwarring oproepen als overgeschakeld wordt van het ene instrument op het andere – bijvoorbeeld tussen pro Justitia rapportage en behandelinstelling, of bij overplaatsing van de ene tbs-kliniek naar de andere. In plaats van het dwingend voorschrijven van één instrument, zijn nu uitkomstcategorieën ontwikkeld die gekoppeld kunnen worden aan alle verschillende instrumenten. Het maakt dan dus niet meer uit welk instrument gebruikt wordt, de uitkomstcategorieën zijn steeds hetzelfde. Daarnaast zijn de categorieën op

inhoudelijk zinnige wijze vormgegeven – zie de gestandaardiseerde risicocategorieën voor zedendelinquenten (tabel 1).

In principe kunnen alle instrumenten geschikt gemaakt worden voor de gestandaardiseerde uitkomstcategorieën (Hanson et al., 2017b). De instrumenten moeten wel een goed voorspellend vermogen hebben laten zien en spj-instrumenten moeten voorzien worden van tabellen met daarin de gerelateerde scores aan risicocategorieën en recidivepercentages. Het gebruik van deze gestandaardiseerde uitkomstcate-

TABEL 1. GESTANDAARDISEERDE RISICOCATEGORIEËN VOOR ZEDENRECIDIVE OVERGENOMEN UIT BRANKLEY ET AL. (2017)

<p>Level I = niet risicovoller dan een niet-zedendelinquent, recidive \approx 2,8% in 5 jaar;</p> <p>Level II = ongeveer dubbel zo risicovol als level I, maar half zo risicovol als level III, recidive \approx 5,3% in 5 jaar;</p> <p>Level III = gemiddeld risico, recidive \approx 7,5% in 5 jaar;</p> <p>Level IVa = ongeveer dubbel zo risicovol als level III, maar half zo risicovol als level IVb, recidive \approx 13,6% in 5 jaar;</p> <p>Level IVb = ongeveer dubbel zo risicovol als level IVa, recidive \approx 26,8% in 5 jaar.</p>
--

gorieën betekent meer consistentie in behandel- en toezichttrajecten. Evenmin hoeft er discussie te zijn over welk instrument het beste is. Ieder kan zijn eigen instrument gebruiken, mits op voorgeschreven wijze gekoppeld aan de gestandaardiseerde uitkomstcategorieën.

TEN SLOTTE

Veel professionals ervaren het als schraal om plegers te beoordelen aan de hand van een 'lijstje'. Ook daarom is de combinatie van statische en dynamische instrumenten aanbevelenswaardig. Zo'n combinatie maakt meer gebruik van de klinische expertise van de beoordelaar bij het scoren van de individuele items. Dat levert een (iets) betere inschatting van de risico's op en vooral meer zicht op de relevante probleemgebieden van de pleger.

De meeste professionals hebben geen moeite met het wegen van de relevante factoren. Het probleem zit in het weglaten van factoren die klinisch relevant lijken, maar empirisch niets opleveren. Het blijkt ontzettend moeilijk voor de veelal gedreven professional deze zaken niet mee te wegen. Het blijft dus belangrijk gebruikers ervan te doordringen dat deze 'schrale'

actuariële risicotaxatie de beste resultaten oplevert en dat achter een klinische beoordeling een misschien onbedoelde maar wel grotere willekeur schuilgaat. Het standaardgebruik van actuariële risicotaxatie is effectiever en objectiever; alle plegers worden langs dezelfde meetlat gelegd. Actuariële risicotaxatie is geen middel waarmee al het delictgedrag of alle recidive kan worden voorkomen. Het is vooral een geschikt hulpmiddel voor prioritering, zodat de beschikbare tijd en middelen optimaal ingezet kunnen worden en het aantal recidives zo optimaal mogelijk teruggedrongen kan worden.

Besef tot slot dat risicotaxatie en de daarbij behorende instrumenten geen vaststaand geheel vormen, maar *work in progress* zijn. Nieuw onderzoek, grotere steekproeven en betere statistiek leiden regelmatig tot aanscherping van deze instrumenten. Daarnaast

kunnen algemene, technische en maatschappelijk ontwikkelingen invloed hebben op het gedrag van plegers, waardoor risicofactoren kunnen veranderen. Denk aan de invloed van internet, social media, maar ook aan veranderingen in wetgeving, zoals verhoging van de *age of consent*.

Kortom, voor iedereen die met risicotaxatie werkt, is het belangrijk nieuwe ontwikkelingen goed bij te houden.

OVER DE AUTEURS

Dr. Wineke Smid is hoofd dienst Onderzoek bij De Forensische Zorgspecialisten (Utrecht, NL). E-mail: wsmid@dfzs.nl. Prof. dr. Kasia Uzietlo is senioronderzoeker bij De Forensische Zorgspecialisten (Utrecht, NL), gastprofessor Forensische Psychologie Universiteit Gent (België) en gastprofessor criminologische psychologie Vrije Universiteit Brussel (België). E-mail: kuzietlo@dfzs.nl.

Naarmate iemand langer delictvrij in de samenleving verblijft, wordt de kans dat hij alsnog zal recidiveren steeds kleiner

Literatuur

- Bonta, J., Harman, W.G., Hann, R.G. & Cormier, R.B. (1996). The prediction of recidivism among federally sentenced offenders: A re-validation of the SIR scale. *Canadian Journal of Criminology*, 38, 61-79.
- Bonta, J., Blais, J. & Wilson, H.A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and violent behavior*, 19(3), 278-287.
- Campbell, M.A., French, S. & Gendreau, P. (2009). The prediction of violence in adult offenders: A meta-analytic comparison of instruments and methods of assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 36(6), 567-590.
- De Vogel, V., De Ruiter, C., van Beek, D. & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and human behavior*, 28(3), 235-251.
- De Vries Robbé, M., de Vogel, V., Koster, K. & Bogaerts, S. (2015). Assessing protective factors for sexually violent offending with the SAPROF. *Sexual Abuse*, 27(1), 51-70.
- Evans, S.A. & Salekin, K.L. (2016). Violence risk communication: What do judges and forensic clinicians prefer and understand? *Journal of Threat Assessment and Management*, 3(3-4), 143-164. <http://dx.doi.org/10.1037/tam0000062>
- Guay, J.P. & Parent, G. (2018). Broken Legs, Clinical Overrides, and Recidivism Risk: An Analysis of Decisions to Adjust Risk Levels With the LS/CMI. *Criminal Justice and Behavior*, 45(1), 82-100.
- Hanson, R.K. (2018). Long-term recidivism studies show that desistance is the norm. *Criminal Justice and Behavior*, 45, 1340-1346.
- Hanson, R.K., Babchishin, K.M., Helmus, L.M., Thornton, D. & Phenix, A. (2017). Communicating the results of criterion referenced prediction measures: Risk categories for the Static-99R and Static-2002R sexual offender risk assessment tools. *Psychological assessment*, 29(5), 582.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., McGrath, R.K., Kroner, D., D'Amora, D.A., Thomas, S.S. & Tavaréz, L.P. (2017b). *A five-level risk and needs system: Maximizing assessment results in corrections through the development of a common language*. New York, NY: The Council of State Governments Justice Center.
- Hanson, R.K. & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348.
- Hanson, R.K., Harris, A.J., Letourneau, E., Helmus, L.M. & Thornton, D. (2018). Reductions in risk based on time offense-free in the community: Once a sexual offender, not always a sexual offender. *Psychology, Public Policy, and Law*, 24(1), 48.
- Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T.L. & Helmus, L. (2007). Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project (Corrections research user report 2007-05). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada. Retrieved from http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/_fl/crp2007-05-en.pdf
- Hanson, R.K. & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, 24, 119-136. doi:10.1023/A:1005482921333
- Heilbrun, K., Philipson, J., Berman, L. & Warren, J. (1999). Risk communication: Clinicians' reported approaches and perceived values. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27(3), 397-406.
- Helmus, L.M. (2018). Sex offender risk assessment: where are we and where are we going?. *Current psychiatry reports*, 20(6), 46.
- Hilton, N.Z., Harris, G.T. & Rice, M.E. (2006). Sixty-Six Years of Research on the Clinical Versus Actuarial Prediction of Violence. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 400-409. <https://doi.org/10.1177/0011000005285877>
- Hogan, N.R. & Olver, M.E. (2019). Static and Dynamic Assessment of Violence Risk Among Discharged Forensic Patients. *Criminal Justice and Behavior*, 0093854819846526.
- Lowenkamp, C.T., Latessa, E.J. & Holsinger, A.M. (2006). The risk principle in action: What have we learned from 13,676 offenders and 97 correctional programs?. *Crime & Delinquency*, 52(1), 77-93.
- Meehl, P.E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Monahan, J. (2007). Clinical and actuarial predictions of violence. In D. Faigman, D. Kaye, M. Saks, J. Sanders & E. Cheng (Eds.), *Modern scientific evidence: The law and science of expert testimony* (pp. 122-147). St. Paul, MN: West Publishing.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. *Gewogen risico. Deel 2: Behandeling opleggen aan zedendelinquenten*. Den Haag: Nationaal Rapporteur 2017.
- Olver, M.E., Wong, S.C., Nicholaichuk, T. & Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the Violence Risk Scale-Sexual Offender version: Assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological assessment*, 19(3), 318.
- Peters, E., Hibbard, J., Slovic, D. & Dieckmann, N. (2007). Numeracy skill and the communication, comprehension, and use of risk-benefit information. *Health Affairs*, 26(3), 741-748. doi: 10.1377/hlthaff.26.3.741
- Pinker, S. (2011). *The Better Angels of our Nature: The Decline of Violence in History and its Causes*. New York: Vicking.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2006). *Ontsnappen aan medialogica: Tbs in de maatschappelijke beeldvorming*. Amsterdam: SWP Uitgeverij B.V.
- Scurich, N. (2018). The case against categorical risk estimates. *Behavioral Sciences & the Law*, 36(5), 554-564. <https://doi.org/10.1002/bsl.2382>
- Sewall, L.A. & Olver, M.E. (2019). Psychopathy and treatment outcome: Results from a sexual violence reduction program. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(1), 59-69. <https://doi.org/10.1037/per0000297>
- Singh, J.P., Desmarais, S.L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C. et al. (2014). International perspectives on the practical application of violence risk assessment: A global survey of 44 countries. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 193-206. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.922141>
- Smid, W.J. (2020). Risicotaxatie. In W. Smid (Ed.) *Zicht op Zedendelinquenten: Achtergronden, Risicotaxatie en Behandeling*. Amsterdam, NL: Boom.
- Smid, W.J., Kamphuis, J.H., Wever, E.C. & Van Beek, D. (2013). Treatment referral for sex offenders based on clinical judgment versus actuarial risk assessment: match and analysis of mismatch. *Journal of interpersonal violence*, 28(11), 2273-2289.
- Strub, D.S., Douglas, K.S. & Nicholls, T.L. (2014). The validity of Version 3 of the HCR-20 violence risk assessment scheme amongst offenders and civil psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 148-159.
- Van den Berg, J.W., Smid, W., Schepers, K., Wever, E., van Beek, D., Janssen, E. & Gijs, L. (2018). The predictive properties of dynamic sex offender risk assessment instruments: A meta-analysis. *Psychological assessment*, 30(2), 179.
- Wakeling, H.C., Mann, R.E. & Carter, A.J. (2012). Do Low-risk Sexual Offenders Need Treatment? *The Howard Journal of Criminal Justice*, 51(3), 286-299.