

HCR-20^{V3}



Kevin Douglas
Stephen Hart
Christopher Webster
Henrik Belfrage

Nederlandse vertaling:

Vivienne de Vogel
Michiel de Vries Robbé
Yvonne Bouman
Farid Chakhssi
Corine de Ruiter

Risicotaxatie van geweld

Historical Clinical Risk Management-20 Versie 3

HCR-20^{V3}

Risicotaxatie van geweld

Colofon

**Voor het bestellen van de HCR-20^{V3} en
voor informatie over trainingen:**

Van der Hoeven Kliniek
Postbus 174, 3500 AD Utrecht
030-2758275
HCR-20@hoevenkliniek.nl
www.hoevenkliniek.nl

Zie voor meer informatie ook: www.hcr-20.com

Geautoriseerde Nederlandse vertaling:

Vivienne de Vogel, Van der Hoeven Kliniek, Utrecht
vdevogel@hoevenkliniek.nl

Michiel de Vries Robbé, Van der Hoeven Kliniek, Utrecht
mdevriesrobbe@hoevenkliniek.nl

Yvonne H.A. Bouman, Pompestichting, Nijmegen
y.bouman@pompestichting.nl

Farid Chakhssi, Universiteit Maastricht, Maastricht (voormalig FPC Rooyse Wissel)
farid.chakhssi@maastrichtuniversity.nl

Corine de Ruiter, Universiteit Maastricht, Maastricht
corine.deruiter@maastrichtuniversity.nl

Origineel:

Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20^{V3}: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

ISBN: 978-90-5972-808-0

Eburon Academic Publishers
Postbus 2867, 2601 CW Delft
info@eburon.nl / www.eburon.nl

Omslagontwerp: Idefix Vormgeving & Communicatie
Design: www.studiosnh.nl

© 2013, Van der Hoeven Kliniek, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten

HCR-20^{V3}

Historical Clinical Risk Management-20 Versie 3

Risicotaxatie van geweld

Kevin S. Douglas
Stephen D. Hart
Christopher D. Webster
Henrik Belfrage

Geautoriseerde Nederlandse vertaling

Vivienne de Vogel
Michiel de Vries Robbé
Yvonne Bouman
Farid Chakhssi
Corine de Ruiter

Inhoud

Voorwoord van de vertalers	8
Voorwoord van de auteurs	11
Hoofdstuk 1 Achtergrond van de HCR-20	15
INTRODUCTIE	15
DEEL 1: KEY CONCEPTEN	17
Geweld	17
Risico	19
Taxatie	20
Management	21
Evidence-based	22
Integratie	23
DEEL 2: BENADERINGEN	25
Discretionaire procedures	25
Niet-discretionaire procedures	27
De evolutie van risicotaxatie van geweld	28
DEEL 3: ONTWIKKELING VAN DE HCR-20	32
De HCR-20 ^{V1}	32
De HCR-20 ^{V2}	36
Hoofdstuk 2 Revisie proces van de HCR-20^{V3}	39
REDENEN VOOR REVISIE	39
LEIDENDE PRINCIPES	41
Continuïteit van het concept	41
Uitdragen van de SPJ benadering	41
Klinische en praktische bruikbaarheid	41
Verbeteringen in helderheid	42
Wettelijke en ethische aanvaardbaarheid	42
Empirische verantwoording	43
STAPPEN IN HET REVISIE PROCES	43
Conceptuele / logische review en analyse	44
Klinische bèta-testing en gebruikersfeedback	46

De reactie van de auteurs op de eerste feedback	48
Latere feedback	49
EVALUATIE VAN HET REVISIE PROCES	50
Inhoudsvaliditeit	50
Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	50
Concurrente validiteit	52
Predictieve validiteit	54
SAMENVATTING BELANGRIJKSTE VERANDERINGEN TUSSEN HCR-20 VERSIE 2 EN 3	58
A. Veranderingen in de namen van de basisrisicofactoren	58
B. Veranderingen in de inhoud van enkele risicofactoren	62
C. Toevoeging van subitems bij complexe risicofactoren	64
D. Toevoeging van indicatoren voor de risicofactor definities	65
E. Verfijnde uitwerking van de beoordelingsprocedure	65
AANBEVELINGEN VOOR HET EVALUEREN VAN DE HCR-20 ^{V3}	66
Aanwezigheid, relevantie en eindoordelen	66
Indicatoren	67
Risicoformulering	67
Scenarioplanning	67
Risicomanagement	68
Implementatie	68
Aangrenzende onderwerpen	68
Hoofdstuk 3 Gebruik van de HCR-20^{V3}	69
POPULATIES EN SETTINGS	69
Leeftijd van de onderzochte	69
Settings en toepassingen	69
Het onderzochte criterium: risico van interpersoonlijk geweld	70
Specificeren van de aard van het geweld	72
Uitsluitingsregels	72
Kwalificaties van de gebruiker	73
Gebruik voor klinische en forensische besluitvorming	74
Gebruik voor onderzoeksdoeleinden	74
Opleiding van gebruikers	75
BEOORDELINGSPROCEDURE: OVERZICHT	75

STAP 1: CASUSINFORMATIE	76
Informatie verzamelen	76
Documenteren van informatie	79
Team versus individuele risicotaxaties	80
STAP 2: AANWEZIGHEID VAN RISICOFACTOREN	81
Openlaten van risicofactoren	82
Coderen van de Historische factoren	83
Coderen van de Klinische factoren	85
Coderen van de Risicohanterings factoren	88
Coderen van risicofactoren met subitems	90
Indicatoren	91
Samenhang tussen indicator en risicofactor	91
STAP 3: RELEVANTIE VAN DE RISICOFACTOREN	91
STAP 4: RISICIFORMULERING	96
STAP 5: RISICOSCENARIO'S	100
STAP 6: MANAGEMENT STRATEGIEËN	103
Algemene principes	103
Selecteren van management strategieën	104
STAP 7: EINDOORDELEN	108
Risiko van toekomstig geweld / casus prioriteit	108
Risiko van ernstig lichamelijk letsel	110
Risiko van acuut dreigend geweld	111
Herhaalde risicotaxaties	111
Andere risico's	113
Hoofdstuk 4 Coderen van de items	115
Geschiedenis van problemen met	
H1 – Geweld	117
H2 – Overig antisociaal gedrag	120
H3 – Relaties	122
H4 – Werk	124
H5 – Middelengebruik	126
H6 – Ernstige psychische stoornis	128
H7 – Persoonlijkheidsstoornis	133

H8 –	Traumatische ervaringen	137
H9 –	Gewelddadige opvattingen	140
H10 –	Respons op behandeling of toezicht	142
Recente problemen met		
C1 –	Inzicht	145
C2 –	Gewelddadige denkbeelden of intenties	148
C3 –	Symptomen van ernstige psychische stoornis	151
C4 –	Instabiliteit	156
C5 –	Respons op behandeling of toezicht	158
Toekomstige problemen met		
R1 –	Professionele ondersteuning en plannen	161
R2 –	Leefomstandigheden	164
R3 –	Persoonlijke steun	166
R4 –	Respons op behandeling of toezicht	168
R5 –	Stress / coping	172
Referenties		179

Voorwoord van de vertalers

Recentelijk is een survey uitgevoerd in 44 landen waaruit is gebleken dat de HCR-20^{V2} het meest gebruikte risicotaxatie-instrument voor geweld is (Singh, 2013). Het instrument is in 20 talen vertaald en er zijn meer dan 200 studies uitgevoerd met over het algemeen goede onderzoeksresultaten (zie Douglas & Reeves, 2010). De beslissing van de auteurs om een dergelijk succesvol instrument te gaan reviseren is dan ook geen lichtzinnige geweest en ze zijn hierbij niet over één nacht ijs gegaan. Na een zorgvuldig proces dat minstens vijf jaar heeft geduurd is in april 2013 de HCR-20^{V3} officieel gepubliceerd. Eind 2008 werd de eerste conceptversie van de HCR-20^{V3} in Manchester gepresenteerd, welke in de loop van 2009 in Nederland werd getest door 10 ervaren gebruikers in de Van der Hoeven Kliniek. In 2010 werd vervolgens binnen deze kliniek een retrospectieve pilot studie uitgevoerd met de eerste conceptversie. Tegelijkertijd werd er door collega's uit onder meer Duitsland en Zweden ook uitgebreid en kritisch naar de conceptversie gekeken. De commentaren waren gelijklopend (zie voor een uitgebreide beschrijving hoofdstuk 2). De auteurs hebben deze kritiek ter harte genomen en getracht zo zorgvuldig mogelijk te verwerken, hetgeen heeft geleid tot de huidige HCR-20^{V3} waarin naar ons idee zowel de kracht bewaard is gebleven van eenvoud en praktische relevantie (niet te veel items of ingewikkelde berekeningen, items die in de klinische praktijk als relevant en logisch worden gezien), maar waarin tegelijkertijd grote verbeteringen zijn doorgevoerd ten opzichte van de HCR-20^{V2}, vooral wat betreft de praktische bruikbaarheid. De huidige HCR-20^{V3} biedt veel richtlijnen voor de praktijk, met name voor toepassing van het instrument voor verdere verdieping van de risicotaxatie en de vertaling van risicotaxatie naar risicomangement. Dit alles maakt de HCR-20^{V3} breed inzetbaar en bijvoorbeeld ook meer geschikt dan de HCR-20^{V2} als evaluatie-instrument of voor gebruik ten behoeve van Pro Justitia rapportage.

De Nederlandse vertaling van de HCR-20^{V3} is tot stand gekomen in een samenwerkingsverband tussen diverse instellingen: de Van der Hoeven Kliniek, de Pompekliniek, de Rooyse Wissel en de Universiteit Maastricht. Het vertalen van de HCR-20^{V3} in het Nederlands is evenzeer een zorgvuldig proces geweest dat ruim een jaar heeft geduurd. Tijdens deze periode hebben we regelmatig constructief overleg gevoerd met de originele auteurs. Wij hebben geprobeerd zo dicht mogelijk bij de originele tekst te blijven, maar tegelijkertijd vonden we dat de Nederlandse handleiding prettig leesbaar moet zijn én praktisch

bruikbaar voor de Nederlandse situatie. Daarom hebben wij er voor gekozen om sommige zinnen wat in te korten en het taalgebruik wat te vereenvoudigen. Een nieuw aspect aan deze Nederlandse handleiding is dat wij gekozen hebben – in overleg met de originele auteurs – om een vijfpuntsschaal voor de eindoordelen te hanteren in plaats van een driepuntsschaal. Voor de items is het eveneens mogelijk om op een meerpuntsschaal te coderen (zie de codeerbladen). De reden hiervoor is dat het makkelijker is nuances aan te brengen en dat het instrument hiermee sensitiever is voor verandering. In een forensische populatie verloopt de behandeling vaak relatief traag en kan het nuttig en motiverend zijn om kleine veranderingen in kaart te kunnen brengen. Daarnaast is gebleken uit onderzoek in de Van der Hoeven Kliniek dat een vijfpuntsschaal betere voorspellingen oplevert dan een driepuntsschaal (de Vogel, van den Broek, & de Vries Robbé, in druk).

In mei en juni 2013 hebben er elf trainingen in het gebruik van de Nederlandse HCR-20^{V3} plaatsgevonden. In deze trainingen werd de deelnemers een vragenlijst voorgelegd waarin zij hun mening / eerste indruk over het instrument en de bruikbaarheid ervan konden geven. In totaal hebben 192 deelnemers de vragenlijst ingevuld. Over het algemeen kwam een zeer positief beeld naar voren. Vrijwel alle deelnemers zagen de toegevoegde waarde van de HCR-20^{V3} voor de risicotaxatie (95%) en voor gebruik voor risicomangement (97%). Met name de subitems, indicatoren en de relevantie werden als nuttige nieuwe aspecten gezien (de Vogel, van den Broek, & de Vries Robbé, in druk). Uiteraard zal vervolgonderzoek moeten uitwijzen of beoordelaars dit nog altijd vinden als zij daadwerkelijk met de HCR-20^{V3} werken in de praktijk.

Wij zien de HCR-20^{V3} als het meest geschikte basisinstrument voor het inschatten van gewelddadig gedrag in de forensische ggz. We denken dat de HCR-20^{V3} voor de forensische praktijk een welkome aanvulling is en dat het kan bijdragen aan een verbeterde aanpak in de behandeling van forensisch psychiatrische cliënten / patiënten en daarmee aan een veiligere maatschappij. Daarnaast willen we graag wijzen op de mogelijkheid aanvullende instrumenten te gebruiken daar waar nodig of gewenst, bijvoorbeeld voor specifieke delicttypen (o.a. zeden of partnergerelateerd geweld) of specifieke doelgroepen (o.a. jongeren of vrouwen). We willen ook graag wijzen op het nut van het inschatten van beschermende factoren naast risicofactoren. Recent onderzoek heeft aangetoond dat het gecombineerd gebruik van risico- en beschermende factoren leidt tot significant betere voorspellingen (de Vries Robbé, de Vogel, & Douglas, 2013). Daarnaast

heeft het gestructureerd inschatten van beschermende factoren toegevoegde waarde voor de klinische praktijk (zie voor meer informatie www.saprof.com).

We willen alle deskundigen uit de klinische praktijk die geparticipeerd hebben in de bèta-testing in 2009 hartelijk bedanken. Verder een speciaal woord van dank aan een aantal ervaren deskundigen die gedurende het vertaalproces kritisch hebben meegelezen en meegedacht. Met name Ellen van den Broek en Mieke Breij uit de Van der Hoeven Kliniek en Sharon Gaab uit de Pompekliniek hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de leesbaarheid van de Nederlandse vertaling.

Tot slot staan we open voor iedereen die opmerkingen, commentaar of ideeën heeft aangaande de Nederlandse HCR-20^{V3} omdat dit kan bijdragen aan verdere verbetering van risicotaxatie en gebruik ervan voor risicomangement. Ook staan wij open voor samenwerking op gebied van onderzoek naar de HCR-20^{V3}.

Vivienne de Vogel, Michiel de Vries Robbé, Yvonne Bouman, Farid Chakhssi, & Corine de Ruiter

September 2013

Voorwoord van de auteurs

Throughout the years, we have had the great benefit of learning from many colleagues and friends across the world. We start by highlighting our gratitude to all of those who helped us bring the HCR-20 Version 1 (1995) and Version 2 (1997) to fruition. In terms of Version 3, our efforts have benefited tremendously from so many people, many of who have devoted dozens if not hundreds of hours to Version 3. We will try to give their contributions justice here.

First, although Derek Eaves leaves our HCR-20 authorship group for Version 3, he remains a stalwart supporter and friend. Derek's work with the HCR-20, SARA, and the SPJ model more generally were very literally foundational. Without his facilitative endeavors in the 1990s, it is quite possible that the SPJ movement might never have developed wings. We devote considerable space in Chapter 1 to Derek's innovative and instrumental role in the SPJ model, brought full circle in HCR-20^{V3}.

There have been several other foundational figures in the development of HCR-20^{V3}. Several groups of professionals took a considerable amount of time and effort to provide input to us on our revisions efforts, and feedback on our draft manuals. Details on this process can be found in Chapter 2. As is evident from our description in Chapter 2, the feedback we received was invaluable, and made a real impact on the final product.

A team at the Sundsvall Forensic Psychiatric Hospital in Sweden conducted pilot testing and provided us with written feedback on the manual. Led by HCR-20^{V3} co-author Henrik Belfrage, this team consisted of Lars-Henrik "Hinken" Larsson, Mats Johnsson, Bengt Eriksson, Ilona Wadell, and Lars-Olov Jacobsson. This team has been using the HCR-20 since the late 1990s, and has provided us with feedback on it during that time. Susanne Strand contributed for many years to the establishment of the risk assessment process and infrastructure at Sundsvall's Hospital, which greatly facilitated their efforts in testing V3. We also thank students Emma Matsson and Mia Lindberg for helping to collect interrater reliability data on HCR-20^{V3}.

Erik Söderberg was the Director of the Forensic Psychiatric Hospital in Sundsvall during the initial HCR-20 implementation period in the 1990s. He hired HB to assist in the implementation and evaluation of the HCR-20. Erik was among

the first in Sweden to realize that good clinical practice involving structured professional risk assessment required dedicated and trained personnel, and hence he established a risk assessment team consisting of people employed full time to do this. He retired in 2011. HB and the rest of the HCR-20^{V3} authorship team are very grateful for his contributions. Göran Fransson was chief psychiatrist in Sundsvall during this whole period, and took over as Director after Erik in 2011. He has continued to give us the same strong support as Erik did.

Rüdiger Müller-Isberner has been the Director of the Vitos Haina Forensic Psychiatric Hospital since 1987. He was responsible for translating and implementing Version 2. He has also provided constructive feedback on the HCR-20 to us for years. Most recently, as described in Chapter 2, he assembled a team to translate, evaluate and provide feedback on our Version 3 efforts. This feedback, led by Sabine Eucker, was crucial for us, and made a real impact on the final product. The German team consists of the following people (in alphabetic order) from the Vitos Haina Forensic Psychiatric Hospital: Manfred Bolzmacher; Sabine Eucker; Fritjof von Franqué (no longer at Vitos Haina); Barbara Holzinger; Sebastian Kötter; Rüdiger Müller-Isberner; Walter Schmidbauer.

A team in the Netherlands, led by Vivienne de Vogel and Michiel de Vries Robbé from the Van der Hoeven Kliniek in Utrecht, also devoted extensive time and effort into providing both clinical and empirical evaluation of HCR-20^{V3}. Their feedback influenced numerous decisions we made regarding Version 3. We are also grateful to Ellen van den Broek, Mieke Breij, Yvonne Bouman, Farid Chakhssi, and Corine de Ruiter for their work on beta-testing and translation efforts. The Dutch team's efforts are summarized in Chapter 2.

In the UK, Michael Doyle and Jenny Shaw from the University of Manchester organized a conference and feedback session in December 2008. This was an extremely helpful experience, from which we received the first formal feedback on our ideas for HCR-20^{V3}. Dr. Doyle also led a large-scale, prospective study along with Jenny Shaw and Jeremy Coid that, *inter alia*, evaluated the reliability and validity of the HCR-20^{V3}. Their efforts have been of great value to the Version 3 development process. We are also grateful to the attendees of this conference who took time to submit written comments on their views of the first draft of the manual.

In Norway, we were fortunate to receive constructive feedback, as well as clinical beta-testing and empirical pilot work, from Gunnar Eidhammer, Lars Erik Selmer and Stål Bjørkly, of the Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry, Oslo University Hospital; and from the Helse Bergen Competence Centre for Security-, Prison- and Forensic Psychiatry, Helge Andreas Hoff, Øyvind Heen Ottesen, and Knut Rypdal.

Shannon Smith and John Edens, in the US, also were very helpful in terms of providing us with evaluative data on the concurrent validity of the HCR-20^{v3} with the PCL-R in a sample of Texas jail detainees. Their efforts are summarized in Chapter 2.

We are also appreciative of the research efforts that were underway at the time of print, but were at too nascent a stage to include commentary in the manual. We benefited from the informal discussions about HCR-20^{v3} with these individuals, and look forward to the results! In the US, this includes Eric Elbogen and Debbie Green; and in Canada, this includes Sandy Simpson, Stephanie Penney, and Andrew Haag.

We are very grateful to those who allowed us to have access to their HCR-20^{v2} data, which we merged into a single data set of roughly 5,500 cases. We used these data to evaluate some basic characteristics of Version 2 (missing items, item distribution), as well as some more complex issues (domain coverage through Item Response Theory), as part of our process of determining how to revise the HCR-20. For the most part, these analyses were our internal work product, although some were presented at conferences. The individuals who gratefully provided data access were (in alphabetical order): Farid Chakhssi; David Cooke; Corine de Ruiter; Vivienne de Vogel; Mats Dernevik; Michael Doyle; Jorge Folino; Daryl Fujii; Martin Grann; Ed Hilterman; Sheilagh Hodgins; Matthew Huss; Daryl Kroner; Caroline Logan; Jeremy Mills; Thierry Pham; Martine Philipse; Rüdiger Müller-Isberner; Tonia Nicholls; Susanne Strand; Andy Watt.

Laura Guy and Cathy Wilson must be acknowledged for the colossal amount of time they contributed to producing the extraordinarily helpful (300 page!) literature review on violence research of relevance to HCR-20^{v2} risk factors (Guy & Wilson, 2007). This document was very helpful in the revision process.

We are also grateful to David Cooke for organizing a conference to provide the official launch of HCR-20^{V3} through the Royal Society of Edinburgh.

KSD gives special thanks to the following people who collected HCR-20^{V3} data within civil psychiatric and correctional samples that were used to report on its validity in this manual. In alphabetical order, they are: Adam Blanchard, Patrick Carolan, Michelle Collins, Caroline Greaves, Melissa Hendry, Victoria Jeffries, Ashley Murray, Natalia Nikolova, Karen Petersen, Ashley Pritchard, Diane Strub, Athena Theny, Simone Viljoen, Cathy Wilson, and Eliza Winter. Thanks to Catherine Shaffer for helping with literature reviews. A special thanks to Michelle Collins, KSD's Lab Manager, for years of great work organizing and coordinating studies, including those in which HCR-20^{V3} was included. Finally, thanks to KSD's students in Psychology 479 in the Spring of 2013, who gave honest and critical feedback on our initial color choices, based on which we made a change.

SDH gives special thanks to the following people for their help thinking about risk assessment and the SPJ model. Aside from KSD, CDW, and HB, they are, in alphabetical order: David Cooke, Randall Kropp, Kelly Watt.

CDW gives special thanks to the following people for thoughtful and constructive conversations and advice. In alphabetical order, they are: Leena Augimeri, Ged Bailes, Hy Bloom, Randy Borum, Johann Brink, Alex Buchanan, David Cooke, Sarah Desmarais, Roland Dix, Quazi Haque, Karl Hanson, Sheilagh Hodgins, Steve Hucker, Lorraine Johnstone, Harry Kennedy, Chris Koegl, Randy Kropp, Lisa Marshall, Mary-Lou Martin, John Monahan, Tonia Nicholls, Kare Nonstad, James Ogloff, Randy Otto, Ira Packer, Marco Picchioni, Sandy Simpson, Ekkehart Staufenberg.

HB gives special thanks to Göran Fransson and Erik Söderberg for working with him to implement the HCR-20 in practice in Sweden, build a database for research, and establish international research collaborations.

Hoofdstuk 1 Achtergrond van de HCR-20

INTRODUCTIE

Er is veel literatuur waaruit blijkt dat het beoordelen, begrijpen en beïnvloeden van interpersoonlijk gewelddadig gedrag een belangrijke, zelfs centrale, taak is voor hulpverleners in uiteenlopende instellingen. Publicaties van professionals binnen de gezondheidszorg, rechtshandhaving, detentie, beveiliging, sociale dienst en veiligheidsdiensten bespreken wettelijke verplichtingen in het kader van risicotaxatie van geweld en risicomanagement en rapporteren over het ontwikkelen, implementeren en evalueren van risicotaxatie en risicomanagement procedures. Een snelle zoekopdracht in veelgebruikte databases met zoektermen als “violence” of “dangerousness” gecombineerd met “assess” of “manage” levert tienduizenden referenties op.

Voor nieuwkomers in het risicotaxatie veld is het soms moeilijk te begrijpen dat het ooit anders is geweest. Tot 20 jaar geleden waren de beste richtlijnen voor het uitvoeren van risicotaxatie van geweld en risicomanagement gebaseerd op individuele onderzoeksstudies (bijv. Steadman & Cocozza, 1980; Steadman & Keveles, 1972; Thornberry & Jacoby, 1979), beschouwingen van klinici (bijv. Kozol, Boucher, & Garofalo, 1972; Litwack & Schlesinger, 1987; Prins, 1988; Scott, 1977) en adviezen van juristen (bijv. Dix, 1980; Ennis & Litwack, 1974). Veel van deze literatuur werd bekwaam samengevat in Monahan's klassieke werk, voor het eerst gepubliceerd in 1981 (Monahan, 1981/1995). Maar zelfs deze leidende figuren betreurden het gebrek aan onderzoek ter ondersteuning van de effectiviteit van de risicotaxatie van geweld en risicomanagement, en betwistten de validiteit van factoren die tegenwoordig beschouwd worden als cruciaal voor een *evidence-based* risicotaxatie van geweld. Ze betwijfelden of het ooit mogelijk zou zijn om kwantitatieve inschattingen te maken van geweldsrisico (bijv. Grisso & Applebaum, 1992; Litwack, 1993). Sommige juridische en criminologische wetenschappers stelden dat adequate risicotaxatie van geweld en risicomanagement zo goed als onmogelijk was en dat dit beperkt of zelfs geheel achterwege gelaten moest worden (bijv. Faust & Ziskin, 1988; Morris & Miller, 1985). Deze mening werd gedeeld door organisaties zoals de *American Civil Liberties Union* (Ennis & Emery, 1978), de *American Psychiatric Association* (1974) en de *American Psychological Association* (1974).

Wat heeft in minder dan een decennium geleid tot deze enorme veranderingen in de attitude ten opzichte van de risicotaxatie van geweld en risicomanagement

- van pessimisme en scepticisme naar optimisme en vertrouwen? Het antwoord blijkt onderzoek te zijn. Veel van de pessimistische en sceptische houding die tot de jaren '90 nog domineerde kwam voort uit een kritische beschouwing van de onderbouwing vanuit de literatuur, welke tot dan toe zwak en inconsistent was. De meest extreme negatieve attitudes waren ingegeven door een verkeerde interpretatie van onderzoeksresultaten waaruit geconcludeerd werd dat professionals simpelweg niet in staat zouden zijn om het geweldsrisico goed te beoordelen en effectief te beheersen. Dit is een klassiek voorbeeld van het verwarren van de afwezigheid van bewijs met het bewijs van afwezigheid. Zoals eerder door anderen beschreven (bijv. Hart, 2006; Monahan, 2006), groeide de wetenschappelijke literatuur echter exponentieel in de jaren '90 op ten minste drie vlakken. Ten eerste liet epidemiologisch onderzoek zien dat het plegen van gewelddadig gedrag niet een uitzonderlijk fenomeen was zoals ooit gedacht werd, maar eerder een uiting van grote sociale problemen die zich op vele verschillende manieren kunnen tonen. Zelfs herhaald of ernstig gewelddadig gedrag is in sommige populaties en settings gangbaar. Ten tweede werd in epidemiologisch en klinisch onderzoek de validiteit van risicofactoren aangetoond voor verschillende vormen van geweld. Deze risicofactoren zijn persoonlijke kenmerken van mensen, inclusief psychische problemen, zoals een psychopathische persoonlijkheid, middelenmisbruik en psychose, alsook kenmerken van de sociale en fysieke omgeving waar mensen in leven. Ten derde bevestigt onderzoek de voorspellende waarde van multi-factor instrumenten ontwikkeld voor het beoordelen van geweldsrisico. Professionals zijn niet langer gedwongen om hun beoordeling van geweldsrisico alleen te baseren op persoonlijke ervaring, intuïtie of instinct, maar hebben nu de beschikking over een scala aan risicotaxatie procedures, die elk ontwikkeld zijn voor gebruik in specifieke settings, bij specifieke populaties en voor specifieke vormen van geweld. Bij het aantreden van het nieuwe millennium was de wetenschappelijke onderbouwing voldoende sterk om te overtuigen dat het niet langer de vraag was: "Kunnen we het geweldsrisico überhaupt beoordelen en beheersen?"; maar vooral "Hoe kunnen we het geweldsrisico het beste beoordelen en beheersen?" (bijv. Borum, 1996; Douglas & Webster, 1999; Gunn, 1997; Hart, 1998; Heilbrun, 1997; Monahan & Steadman, 1994; Webster et al., 1997).

Deze laatste vraag heeft met name geleid tot het ontstaan van de *Structured Professional Judgment (SPJ)* benadering van de risicotaxatie van geweld (zie verderop in deze handleiding) en tot het ontwikkelen van risicotaxatie-instrumenten voor gewelddadig gedrag. De eerste SPJ instrumenten (die

vrijwel gelijktijdig gepubliceerd werden) waren de eerste versies van de *Spousal Assault Risk Assessment Guide* (SARA; Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1994) en van de *Historical-Clinical-Risk Management 20* oftewel de HCR-20 (afgekort HCR-20^{V1} of simpelweg V1; Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995). De HCR-20 is vervolgens in 1997 gereviseerd (Versie 2, afgekort HCR-20^{V2} of simpelweg V2; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997; Nederlandse bewerking Philipse, De Ruiters, Hildebrand, & Bouman, 2000) en nu opnieuw in 2013 (Versie 3, afgekort HCR-20^{V3} of simpelweg V3; Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013). In het vervolg van dit hoofdstuk zal de achtergrond van de SPJ benadering van risicotaxatie besproken worden. Tevens zal de ontwikkeling en de evaluatie van de HCR-20^{V1} en de HCR-20^{V2} uiteen worden gezet. In de volgende hoofdstukken zal de ontwikkeling van de HCR-20^{V3} worden beschreven. Het gebruik van het instrument zal nader worden toegelicht en de risicofactoren in de HCR-20^{V3} zullen worden gedefinieerd. Digitale bijlagen bevatten daarnaast een literatuur overzicht ter onderbouwing van de opname van elke risicofactor in de HCR-20^{V3} en voorbeeld casussen die het gebruik van de HCR-20^{V3} illustreren.

DEEL 1: KEY CONCEPTEN

Het is onmogelijk om goed uit te leggen wat de HCR-20 is en waarom de verschillende versies er zo uitzien zonder begrip van de SPJ benadering van risicotaxatie. In Deel 1 worden de belangrijkste concepten besproken die aan de basis liggen van SPJ in het algemeen en meer specifiek van de HCR-20: geweld, risico, taxatie, management en evidence-based. Zelfs lezers die bekend zijn met het eerdere werk van de auteurs wordt aangeraden dit gedeelte goed te bestuderen, temeer daar veel van de onenigheid tussen wetenschappers met betrekking tot hoe het risico van geweld het beste beoordeeld en beheerst kan worden voort lijkt te komen uit verschillen in de gehanteerde definities van deze concepten.

Geweld

Geweld wordt in de HCR-20^{V3} gedefinieerd als *daadwerkelijk toegebracht lichamelijk letsel aan een andere persoon, een poging daartoe of dreiging daarmee*. In Hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de definitie. Deze is consistent met de definities in de HCR-20^{V1} en de HCR-20^{V2} en met de definities die door vele anderen worden gehanteerd - bijvoorbeeld, de definitie van de *World Health Organization* van "interpersoonlijk geweld" (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002, p. 6).

Verskillende aspecten van deze definitie verdienen verdere uitleg. Ten eerste ligt de nadruk op gedragingen die fysieke of ernstige psychische schade veroorzaken of zouden kunnen veroorzaken. Ernstige psychische schade betreft angst voor fysieke verwonding, of andere emotionele, psychische of cognitieve consequenties die substantieel interfereren met gezondheid of welbevinden. Daarentegen valt gedrag dat in het ergste geval milde tot matige psychische schade veroorzaakt of zou kunnen veroorzaken - zoals frustratie of stress, verlies van status of reputatie en problemen binnen relaties -buiten de definitie van geweld.

Ten tweede moet de fysieke of ernstige psychische schade gevolgen hebben voor één of meerdere personen buiten de dader, ongeacht of de dader deze personen kent. Zelfbeschadigend gedrag (zoals suicide of automutilatie) vallen alleen onder de definitie van geweld indien anderen hierdoor ook fysieke schade zouden kunnen oplopen (bijv. moord-zelfmoord, *suicide by cop*). Gedragingen die schade toebrengen aan dieren vallen alleen onder geweld indien anderen hierdoor angst ondervinden voor hun eigen fysieke veiligheid.

Ten derde kunnen uiteenlopende gedragingen beschouwd worden als geweld, waaronder voltooide daden, niet voltooide of afgebroken daden (bijv. pogingen of plannen), negatieve daden (bijv. nalatigheid of onthouden van actie in gevallen waar de dader een zorgverantwoordelijkheid heeft), communicatieve daden (bijv. mondelinge of schriftelijke uitingen) en collectieve daden (bijv. samenzweringen). De gedraging kan eenmalig voorkomen of onderdeel zijn van een gedragspatroon dat over een langere periode aanwezig is.

Ten vierde hebben deze gedragingen gemeen dat ze doelgericht zijn, dus niet per ongeluk of vanuit een reflex. De dader kiest voor gedragingen die in elk geval tot op zekere hoogte het doel hebben om anderen fysieke of ernstige psychische schade toe te brengen (bijv. opzettelijk of moedwillig) of in de wetenschap dat er een redelijke kans bestaat dat het gedrag fysieke of ernstige psychische schade zou kunnen veroorzaken (bijv. roekeloosheid). Binnen deze definitie worden mensen dus gezien als planmatig en rationeel, maar wordt ook erkend dat ze fouten maken en inconsistent zijn (Everson, 2013, p. 150). Dat wil zeggen: mensen handelen in overeenstemming met hun overtuigingen en verlangens, maar de overtuigingen kunnen verkeerd zijn, verlangens kunnen veranderen en beiden worden in grote mate beïnvloed door andere persoonlijke en situationele kenmerken en gebeurtenissen. Tegelijkertijd hebben mensen mogelijk slechts

gedeeltelijk besef van de motivatie voor en aard en consequenties van hun gedrag.

Ten slotte gaat het om gedrag dat niet is toegestaan. Dit houdt in dat de dader geen toestemming heeft van anderen op wie het gedrag effect zou kunnen hebben en dat er geen rechtsmatige autorisatie is voor het gedrag. Dit betekent dat gedrag wat opzettelijk anderen fysieke schade toebrengt maar met gepaste (volledige, geïnformeerde, vrijwillige, juridische) toestemming - het uitvoeren van een operatie of deelnemen aan een vechtsport bijvoorbeeld - niet gezien wordt als geweld. In lijn hiermee valt het toebrengen van fysieke schade aan anderen met rechtsmatige autorisatie niet onder geweld. Hierbij valt te denken aan het gebruik van dodelijk geweld door politieagenten volgens de regels, militaire acties die voldoen aan de internationale regelgeving, spoedeisende medische hulp van mensen die bewusteloos zijn en daardoor geen toestemming kunnen geven.

De definitie van geweld zoals hierboven beschreven is niet perfect en niet praktisch, zoals eigenlijk voor alle definities geldt. Onduidelijkheid in de definitie van geweld compliceert elk aspect van risicotaxatie en management. Professionals die risicotaxaties van geweld uitvoeren, evenals degenen die ze beoordelen of die de risicotaxaties ontvangen en naar de resultaten van de beoordeling handelen, hanteren mogelijk verschillende definities van geweld. Daarnaast kunnen ze het er over oneens zijn of bepaald gedrag onder de definitie van geweld valt, ook al hanteren ze dezelfde definitie van geweld. Zoals Hart (2004 / 2011) stelde; als we geweld niet precies kunnen definiëren, hoe kunnen we dan precies begrijpen wat het veroorzaakt? Hoe kunnen we het precies meten? En hoe kunnen we het nauwkeurig voorspellen of voorkomen? Een substantieel deel van de ogenschijnlijke "onbetrouwbaarheid" van risicotaxatie van geweld wordt dan ook niet veroorzaakt door problemen met beoordelaars of de manier van risicotaxatie uitvoeren, maar juist door de onduidelijkheid en complexiteit in de definities van geweld die zij moeten gebruiken.

Risico

Een risico is een dreiging of gevaar waarover geen zekerheid bestaat en waarvan het vóórkomen dus alleen met een zeker mate van onzekerheid voorspeld kan worden (Bernstein, 1996). Het concept is veelzijdig en verwijst naar het soort gevaar, de waarschijnlijkheid dat het gevaar voor zal komen, de frequentie of duur van het gevaar, de ernst van de gevolgen van het gevaar en de acuutheid of

tijdstermijn van het gevaar. Het concept van risico is per definitie dynamisch en context afhankelijk, aangezien gevaar ontstaat, bestaat en toeneemt in specifieke situaties.

Neem bijvoorbeeld het risico van geweld. Er is onzekerheid over de kans of waarschijnlijkheid dat mensen gewelddadige handelingen plegen, evenals over de aard van het geweld dat ze mogelijk plegen, om welke redenen, tegen wie, met welke consequenties en wanneer. Daarnaast kan het risico afhangen van zaken als woonomgeving, wat voor monitoring, toezicht en behandeling er zal zijn, motivatie om zich in de toekomst niet gewelddadig te gedragen (bijv. motivatie om een pro sociaal leven te leiden) en mogelijke vervelende *life events* (Dix, 1980; Hart, 1998, 2001; Janus & Meehl, 1997; Kapur, 2000; Otto, 2000; Scott, 1997). In essentie is risico van geweld dan niet een kenmerk van de fysieke wereld wat objectief beoordeeld kan worden, maar een subjectieve perceptie daarvan - iets wat niet feitelijk bestaat, maar wat in de ogen van de beoordelaar aanwezig is. Het is de onzekere, complexe aard van risico zelf die het zo belangrijk maakt dat duidelijke, gestructureerde methodes worden ontwikkeld om het begrip en de beoordeling ervan te faciliteren.

Taxatie

Taxatie is het proces van het verzamelen van informatie ten behoeve van besluitvorming (*American Educational Research Association / American Psychological Association / National Council on Measurement in Education, 1999; Segal & Coolidge, 2000*). De aard van de te verzamelen informatie en de methoden die gebruikt worden bij de informatieverzameling worden doorgaans bepaald aan de hand van wat beoordeeld wordt en de te nemen beslissingen en meer specifiek door de casus zelf. Op deze manier overstijgt taxatie het beschouwen van algemene of stereotype factoren en wordt het totaal van omstandigheden beoordeeld.

In het geval van risicotaxatie van geweld is het noodzakelijk om naast iemands vroegere en huidige functioneren ook de plannen en doelen voor de toekomst te beoordelen, zodat bepaald kan worden wat mogelijk gedaan kan worden om geweld te voorkomen (bijv. Hart, 2001; Heilbrun, 1997; Monahan, 1981 / 1995; Monahan & Steadman, 1994). Het is gebruikelijk om relevante informatie samen te voegen in de vorm van risicofactoren. Een risicofactor is iets (een conditie, kenmerk, gebeurtenis, etc.) dat aantoonbaar vooraf gaat aan het gevaar en dat mogelijk een rol speelt in het veroorzaken van dat gevaar (Kraemer et al., 1997).

Management

Management is het proces van actie gericht om controle over een situatie te behouden of verkrijgen. In geval van risicotaxatie van geweld betreft management stappen om het risico te verminderen door middel van preventie, inclusief vroege signalering van en reactie op mogelijk toekomstig geweld. Als de overstijgende doelstelling van risicomanagement de preventie van geweld is, dan zou goed management ook strategisch moeten zijn en specificeren welke stappen ondernomen moeten worden om dit doel te bereiken. Daarnaast moet het management tactisch zijn. Er dient gespecificeerd te worden welke procedures of acties nodig zijn om de verschillende strategieën te kunnen implementeren. Verder moet logistiek uitgedacht worden wat gedaan moet worden om in hulpmiddelen te voorzien en hoe inspanningen gecoördineerd moeten worden om procedures en operaties te kunnen ondersteunen en succes te waarborgen.

Management strategieën die gerelateerd zijn aan risico van geweld kunnen verdeeld worden in vier algemene categorieën (Hart, Douglas, & Webster, 2001; Kropp, Hart, Lyon, & LePard, 2002). Deze worden gedetailleerd besproken in Hoofdstuk 3 en daarom hier slechts kort toegelicht. *Monitoren* betreft surveillances of herhaalde taxaties en bevat specifieke strategieën zoals huisbezoeken door een reclasseringsbegeleider, het evalueren van de mentale gezondheidstoestand door een psychiatrisch verpleegkundige, undercover controle door politieteams, of inspectie van uitgaande post door gevangenispersoneel. *Toezicht* betreft het opleggen van controles of vrijheidsbenemende maatregelen, waaronder specifieke strategieën, zoals inbewaringstelling, onvrijwillige psychiatrische opname, het in beslag nemen van wapens en het opleggen van beperkingen met betrekking tot reizen, relaties of contact. *Behandeling* betreft rehabilitatie of resocialisatie, inclusief specifieke strategieën, zoals farmacologische en psychotherapeutische behandeling voor psychische of verslavingsproblemen, opleidings- en arbeidsprogramma's voor problemen op het gebied van werk en alternatieve bemiddelende instanties voor juridische problemen. *Slachtofferveiligheid* betreft bescherming of beveiliging voor mensen die gezien worden als potentiële slachtoffers van toekomstig geweld, inclusief specifieke strategieën, zoals slachtoffertraining en behandeling en het vergroten van de fysieke veiligheid bij potentiële slachtoffers thuis of op het werk.

De tactische en logistieke aspecten van management betreffen het vertalen van strategieën in gedetailleerde maar flexibele plannen die richting geven

aan- en coördinatie verschaffen voor de inspanningen van degenen die verantwoordelijk zijn voor het zorgaanbod. Neem bijvoorbeeld een delinquent die veroordeeld is voor een serie geweldplegingen en die binnenkort vrij komt. Een algemene risicomanagement strategie zou behandeling kunnen zijn; meer specifiek zou ambulante behandeling kunnen worden aangeboden die gericht is op het ondersteunen van de delinquent bij de omgang met dagelijkse stressoren en bij het voorkomen van terugval in een cyclus van gewelddadig gedrag [levensproblemen → negatief zelfbeeld → vijandige houding → mishandeling]. Het tactische gedeelte betreft dan het identificeren van één of meer behandelprogramma's die beschikbaar, passend en toegankelijk zijn en die daarnaast betaalbaar en acceptabel zijn voor de delinquent. Tot slot behelst de logistieke organisatie dat de delinquent geregistreerd wordt voor het behandelprogramma, dat noodzakelijke betalingen gedaan zijn, dat vervoer geregeld is, enzovoorts.

Evidence-based

Evidence-based verwijst naar besluitvorming geleid door, gebaseerd op of na raadpleging van een systematische beoordeling van relevante informatie in de vorm van observatie, onderzoek, statistiek of goed gevalideerde theorieën (bijv. Mears, 2007; Pfeffer & Sutton, 2006; Sackett & Rosenberg, 1995). Het concept wordt tegenwoordig op grote schaal gebruikt in verscheidene disciplines. Het werd populair in de geneeskunde, waar de klassieke definitie bestaat uit "het nauwkeurig, expliciet en verstandig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen over de zorg van individuele patiënten" (Sackett, Rosenberg, Muir Gray, Haynes, & Richardson, 1996, pp. 71-72).¹

De conventionele of standaard benadering van de evidence-based besluitvorming kan worden gekarakteriseerd als breed (zie Hart, 2003a; Hart & Logan, 2011). Deze benadering beschouwt evidence-based besluitvorming als een leidende filosofie, kernwaarde of een nastrevenswaardig principe. Het algehele proces onderliggend aan een beslissing dient evidence-based te zijn en niet slechts enkele van de methoden / procedures om de beslissing te nemen. Hierbij wordt erkend dat de "evidence base" zelf altijd onvoldoende, gebrekkig, of onvolledig

¹ In abstracte of algemene termen is het concept van evidence-based besluitvorming algemeen erkend en aanvaard. Er is echter veel onenigheid over de precieze definitie van evidence-based besluitvorming (bijv. Justice, 2008; Tanenbaum, 2005; Timmermans & Mauck, 2005) en er is nog meer onenigheid over de principes en de uitvoering (e.g., Atkins, Slegel, & Slutsky, 2005; Borry, Schotsmans, & Dierickx, 2006; Kemm, 2006; Miles, Polychronis, & Grey, 2006; Steinberg & Luce, 2005; Tonelli, 2006).

is en dat beoordelaars gebruik dienen te maken van hun oordeel of inzicht om de lacunes op te vullen. Anderen daarentegen hebben een meer strenge of rigide visie van evidence-based handelen, dat kan worden gekarakteriseerd als orthodox of beperkend, zoals beschreven door Hart (2003a). Zij zijn van mening dat besluitvorming alleen evidence-based is wanneer de gebruikte specifieke procedures rechtstreeks zijn afgeleid van- of ondersteund (d.w.z. bevestigd of gevalideerd) worden door empirisch onderzoek. Zij benadrukken de zwakheden en tekortkomingen van de menselijke cognitie en proberen methoden te vinden om het vertrouwen op het menselijke oordeel of keuze te minimaliseren.² Het debat tussen degenen met een brede visie versus strikte visie op evidence-based beoordeling van het geweldsrisico is actief en intens in het veld. Tenzij men het diepgaande verschil tussen de brede en orthodoxe visies waardevol acht, is het moeilijk te begrijpen hoe het zoeken naar een evidence-based risicobeoordeling heeft geleid tot zulke verschillende visies, zoals we hier verder zullen bespreken.

Integratie

Over het geheel gezien, kan evidence-based risicotaxatie en risicomangement worden gedefinieerd als: het proces van het verzamelen van informatie over mensen op een manier die consistent is met- en geleid wordt door de best beschikbare wetenschappelijke en professionele kennis om hun potentieel voor het plegen van geweld in de toekomst te begrijpen en om te bepalen wat er moet gebeuren om te voorkomen dat ze gewelddadig worden (Hart, 2009; Hart & Logan, 2011).

Volgens deze definitie zijn risicotaxatie en risicomangement verschillende stappen, fasen of aspecten van hetzelfde algemene proces. De eerste stap is om van een beoordeelde het potentieel voor geweld te begrijpen. Het gaat hierbij om een systematische analyse van de geweldsgeschiedenis van de beoordeelde (bijv. gewelddadige handelingen, pogingen, bedreigingen, gedachten en intenties), de algemene psychosociale aanpassing (bijv. problemen, kwetsbaarheden en sterktes) en de leefsituatie (bijv. sociale en fysieke omgeving). Het doel is om te begrijpen wat voor soort geweld een beoordeelde zou kunnen plegen, tegen welke personen, om welke redenen en onder welke omstandigheden. Dit proces wordt soms omschreven als voorspellen, hoewel dit alleen maar juist is wanneer deze term losjes wordt gebruikt voor het inzicht krijgen in wat er zou kunnen gebeuren in de toekomst, in plaats van voor het

² Zie bijvoorbeeld het debat tussen Harris, Rice en Quinsey (2008) en Hart, Michie en Cooke (2008).

meten van nauwkeurige, kwantitatieve, probabilistische schattingen van geweld. Inzicht in potentie tot geweld en het maken van probabilistische schattingen zijn verschillende dingen. De tweede stap bestaat uit het bepalen welke gebeurtenissen en voorvallen het potentieel voor geweld van de beoordeelde kunnen verhogen of verlagen. Het gaat hierbij om een systematische analyse van mogelijke toekomstige leefsituaties, zowel met als zonder begeleiding en om identificeren van vermeende beïnvloedende factoren. Het doel is om toekomstig geweld te voorkomen (d.w.z. vermindering van het risico) door het ontwikkelen van een plan voor interventies. Dit wordt soms gekarakteriseerd als het proces van management.

Hoewel de twee stappen conceptueel verschillend zijn, is er enige twijfel over de mate waarin zij procedureel overlappen of apart van elkaar plaatsvinden. Sommigen (Heilbrun, 1997; Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 2006) betogen dat ze verschillend zijn. Ze zien een eenvoudige, lineaire temporele relatie tussen de twee stappen. Professionals voeren de risicotaxatie uit en voltooiën daarmee de voorspellingsfase; vervolgens, indien nodig, voltooiën ze de managementfase. Voorstanders van deze visie stellen dat in bepaalde juridische contexten, risicotaxatie slechts uit een risicovoorspelling bestaat, omdat iemands potentieel voor toekomstig geweld de enige juridisch relevante kwestie is. In andere juridische contexten en in alle klinische contexten vereist risicotaxatie echter zowel een voorspellingsfase als een managementfase. Het proces kan betrekking hebben op een voorspelling, of een voorspelling gevolgd door management, maar kan geen betrekking hebben op management zonder voorspelling.

Anderen (Hart et al., 2001) hebben betoogd dat de relatie tussen de voorspelling en management bi-directioneel of overlappend is. De professionals starten met de voorspellingsfase, maar de voorspellingsfase vloeit over in de managementfase, waarop een herhaling van de voorspelling kan volgen en vervolgens een herhaling van de managementfase. De voorspellings- en de managementfase zijn dus twee kanten van dezelfde medaille. Elke zijde heeft de andere nodig: een goede voorspelling is onmogelijk zonder een systematische afweging van de beoordeelde's mogelijke toekomstige leefsituatie en interventies en omgekeerd, goed management is onmogelijk zonder een systematische bestudering van het potentieel voor toekomstig geweld. Voorstanders van deze visie stellen dat de voorspellingsfase, tot op zekere hoogte, voorwaardelijk of afhankelijk is van de managementfase en dat de voorspelling juridisch niet relevant is zonder beschouwing van het management. Zij stellen dat zowel de voorspelling als het

management in het proces opgenomen moeten zijn om een volledig antwoord te kunnen geven op de vraag of de voorspelling mogelijk management vereist.

Ongeacht hoe men het proces van geweldsrisico en management omschrijft of definieert, lijkt er over het algemeen overeenstemming te zijn dat als men het woord 'volledig' toevoegt, dat hier altijd zowel de voorspelling als het management mee bedoeld wordt.

DEEL 2: BENADERINGEN

Benaderingen voor het nemen van beslissingen over geweldsrisico en management kunnen worden onderverdeeld in twee vormen op basis van hoe informatie wordt gewogen en gecombineerd om tot een definitief besluit te komen, ongeacht de aard van de informatie of hoe het is verzameld (bijv. Meehl, 1954 / 1996; Monahan, 1981 / 1995). De eerste benadering is de discretionaire besluitvorming, ook wel aangeduid als klinisch, intuïtief en "informeel, subjectief, [en] impressionistisch" (Grove & Meehl, 1996, p. 293). Het kenmerk van de discretionaire besluitvorming is dat de beoordelaar sterk gebruik maakt van het professioneel oordeel in het besluitvormingsproces, met inbegrip van welke informatie te gebruiken, hoe het bijeen te brengen, evenals hoe deze te wegen en te combineren. De tweede benadering is de niet-discretionaire besluitvorming, ook wel aangeduid als actuariëel, statistisch en "mechanisch [en] algoritmisch" (Grove & Meehl, 1996, p. 293). Het kenmerk van deze aanpak is dat de beoordelaars een uiteindelijke beslissing maken op basis van vaste en expliciete regels die van tevoren zijn ontwikkeld. Vaak wordt binnen de niet-discretionaire aanpak gebruik gemaakt van wiskundige formules, afgeleid van empirisch onderzoek en geoptimaliseerd voor specifieke settings, populaties en uitkomsten. Hierbij wordt bepaald welke informatie gebruikt dient te worden en hoe deze dient te worden verzameld, gewogen en gecombineerd.

Discretionaire procedures

De discretionaire benadering bestaat uit ten minste drie verschillende procedures. De eerste is het ongestructureerd professioneel oordeel (Hart, 1998), ookwel aangeduid als het klinisch oordeel zonder hulpmiddelen door onder andere Hanson (1998). Dit bestaat uit besluitvorming in de afwezigheid van enige structuur, een proces dat – met recht en juistheid - kan worden omschreven als intuïtief of ervaringsgericht. Historisch gezien is het de meest gebruikte methode voor het beoordelen van geweldsrisico en daarom zeer bekend bij mensen die zich bezighouden met risicotaxatie en –management, alsook bij gerechtshoven

en rechtbanken. Ondanks de sterke punten en voordelen (bijv. Hart, 2001), kan het echter niet worden beschouwd als evidence-based volgens zowel de strikte als de brede definitie. Ten eerste is het niet te herleiden in welke mate het ongestructureerd professioneel oordeel wordt geïnformeerd of gestructureerd door de wetenschappelijke en professionele literatuur. Ten tweede is er geen wetenschappelijk bewijs dat ongestructureerde professionele oordelen van geweldsrisico consistent zijn tussen professionals (betrouwbaar) of accuraat zijn in het voorspellen van geweld in de toekomst (valide).

De tweede discretionaire procedure wordt soms aangeduid als de anamnestiche risicobeoordeling (bijv. Otto, 2000). Anamnese - Grieks voor het "zich herinneren" - verwijst naar het proces van anamnese in de geneeskunde. Anamnestiche risicobeoordeling legt een bepaalde mate van structuur op aan het evaluatieproces, in die mate dat de beoordelaar een minimum aantal persoonlijke en situationele factoren dient te identificeren die samenhangen met het geweldsverleden. De aanname hierbij is dat een reeks van gebeurtenissen en omstandigheden (een soort gedragsketen), heeft geleid tot de geweldsdaad van de beoordeelde. De taak van de beoordelaar is dan ook om de verbindingen in deze keten te begrijpen en aanbevelingen te doen op welke wijze de keten kan worden gebroken. Ondanks de mate van structuur kan een anamnestiche risicotaxatie niet worden beschouwd als evidence-based om dezelfde redenen als bij het ongestructureerde professionele oordeel. Deze wordt hier dan ook niet verder toegelicht.

De derde procedure is het *gestructureerd professioneel oordeel*, oftewel het *Structured Professional Judgment (SPJ)*; Kropp & Hart, 2000), of wat anderen het gestructureerd klinisch oordeel (bijv. Hart, 1998) of de geleide klinische benadering (bijv. Hanson, 1998) hebben genoemd. Hier wordt de besluitvorming ondersteund door richtlijnen die zijn ontwikkeld om de "huidige inzichten" weer te geven met betrekking tot wetenschappelijke kennis en professioneel handelen. Dergelijke richtlijnen - ook wel aangeduid als klinische richtlijnen, consensus richtlijnen, of klinische praktijk parameters - zijn gebruikelijk in de geneeskunde, hoewel ze minder vaak gebruikt worden in psychiatrische, psychologische of forensische diagnostiek (zie Kapp & Mossman, 1996). SPJ procedures zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs zowel volgens de brede als de strikte definitie. Ten eerste zijn de richtlijnen direct gebaseerd op, geleid door en gestructureerd aan de hand van de wetenschappelijke en professionele literatuur. Ten tweede is er een substantiële en groeiende hoeveelheid

wetenschappelijk bewijs ter ondersteuning van de visie dat beslissingen over het geweldsrisico gemaakt met behulp van SPJ richtlijnen betrouwbaar en valide zijn, zoals we hieronder verder zullen bespreken.

Niet-discretionaire procedures

Er zijn twee belangrijke typen van niet-discretionaire procedures. De eerste is *het actuariële gebruik* van psychologische tests. Oorspronkelijk zijn psychologische tests gestructureerde voorbeelden van gedrag bedoeld om persoonlijke eigenschappen te meten, dat wil zeggen een poging om iemands positie op een dimensie van psychosociaal functioneren te kwantificeren. Op basis van eerder onderzoek kan men cut-off scores op een test identificeren die bepaalde aspecten van de predictieve accuraatheid kan maximaliseren. Psychopathie, zoals gemeten met de *Hare Psychopathie Checklist* (PCL; Hare, 1980) of de herziene versie van de PCL, de *Psychopathie Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991, 2003), kan bijvoorbeeld betekenisvol worden geassocieerd met geweldsrisico. Het actuariële gebruik van psychologische tests is echter niet evidence-based op basis van zowel de brede als de strikte definitie. Ten eerste, het vertrouwen op één enkele test betekent dat men niet op de hoogte is van de gehele wetenschappelijke en professionele literatuur, maar slechts van een deel van die literatuur. Ten tweede, hoewel empirisch bewijs de betrouwbaarheid en validiteit van individuele psychologische tests kan ondersteunen, geeft het ook aan dat dezelfde tests vaak inferieur zijn aan andere beschikbare procedures (Zie Guy, Douglas & Hendry, 2010, voor een meta-analytische vergelijking van de PCL-R en PCL:SV ten opzichte van de HCR-20). Om het ongenueanceerd te stellen: het actuariële gebruik van psychologische tests is aantoonbaar beter dan niets, maar het is ook aantoonbaar slechter dan sommige alternatieven.

De tweede procedure is het gebruik van *actuariële risicotaxatie-instrumenten*, ook bekend als actuariële tests, instrumenten of hulpmiddelen. In tegenstelling tot de psychologische tests, zijn actuariële instrumenten niet ontworpen om iets te meten maar uitsluitend om de toekomst te voorspellen. Ze zijn meestal betrouwbaar en geoptimaliseerd voor het voorspellen van een specifieke uitkomst in een specifieke populatie in een specifieke tijdsperiode. De items in de schaal zijn óf geselecteerd op basis van ratio (op basis van theorie of ervaring) óf - meer gebruikelijk - empirisch (op basis van hun associatie met de uitkomstmaat in testconstructie onderzoeken). De items worden gewogen en gecombineerd volgens een bepaald algoritme om tot een besluit te komen. In een risicotaxatie is het besluit vaak een geschatte kans op toekomstig geweld gedurende een

bepaalde tijdsperiode (bijvoorbeeld “de waarschijnlijkheid dat de beoordeelde binnen 15 jaar gearresteerd wordt voor geweld naar anderen”). Met factoren die niet zijn opgenomen in actuariële instrumenten wordt geen rekening gehouden. Actuariële instrumenten kunnen worden beschouwd als evidence-based volgens de strikte definitie, voor zover er direct empirisch bewijs is die hun betrouwbaarheid en validiteit ondersteunt (Quinsey et al., 2006). Het valt echter te betwisten of ze ook evidence-based zijn volgens de brede definitie. Het feit dat ze een beperkt aantal risicofactoren omvatten betekent dat ze niet de gehele wetenschappelijke en professionele literatuur meenemen.

In meerdere publicaties hebben de auteurs hun bezorgdheid geuit over actuariële methoden (Douglas, 2008; Douglas, Blanchard, & Hendry, 2013; Douglas, Cox, & Webster, 1999; Douglas, Hart, Groscup, & Litwack, in druk; Douglas & Kropp, 2002; Douglas & Reeves, 2010; Douglas & Skeem, 2005; Hart, 1998, 2001, 2004 / 2011, 2009; Hart, Michie, & Cooke, 2007; Hart & Cooke, 2013). Deze artikelen bieden gedetailleerde discussies over kwesties als steekproef afhankelijkheid; instabiliteit van kwantitatieve kans schattingen in verschillende steekproeven; uitsluiting van potentieel belangrijke risicofactoren; weinig relevantie voor het risicomangement; afname van de kwantitatieve geschatte parameters tussen de oorspronkelijke steekproef en steekproeven gebruikt voor kruisvalidatie; en weinig nadruk op dynamische of veranderbare risicofactoren. Samen met de sterke punten die de auteurs in de SPJ benadering zien, zijn deze mogelijke nadelen van actuariële methoden, de reden dat de HCR-20 methode zo ontwikkeld is zoals die nu is.

De evolutie van risicotaxatie van geweld

Een eenvoudige taxonomie van de benaderingen voor risicotaxatie en risicomangement zoals hierboven beschreven vertelt niet hoe de benaderingen geëvolueerd zijn in de tijd. Aangezien een gedetailleerde beschrijving van de geschiedenis buiten het doel van dit hoofdstuk valt, worden hier een aantal belangrijke punten besproken, zodat enkele opmerkingen eerder in het hoofdstuk in de juiste context geplaatst kunnen worden.

Ten eerste, de origine van de belangstelling voor systematische beoordeling en management van het risico van geweld dateert uit het midden van de 19e eeuw, toen regeringen over de hele wereld begonnen met het opzetten van centrale instellingen die verantwoordelijk waren voor (forensische) geestelijke gezondheidszorg, wetshandhaving, justitiële inrichtingen en kinderbescherming.

De werknemers van deze instellingen, die verantwoordelijk waren voor risicotaxatie en risicomangement hadden geen andere keuze op dat moment dan het gebruik van het ongestructureerde klinisch oordeel - dat wil zeggen, vertrouwen op intuïtie en ervaring. Er werden pogingen ondernomen om gestructureerde risicotaxatie procedures te ontwikkelen voor algemeen crimineel gedrag, maar er werd geen specifieke aandacht besteed aan risicotaxatie van geweld of specifieke vormen van geweld (Gottfredson, 1987; Gottfredson & Moriarty, 2006; Harcourt, 2007).

Ten tweede, in het begin van tot halverwege de 20ste eeuw, was de "ervaringsvijver" uitgegroeid tot het punt dat het mogelijk was om risicotaxatie en risicomangement beslissingen te structureren. Tot aan het begin van de jaren 90 werden twee zeer verschillende strategieën gebruikt. De eerste was het opstellen van algemene richtlijnen waarin aanbevelingen werden gedaan voor de systematische beoordeling van historische casusgegevens, die konden worden opgenomen in de training en verdere opleiding van professionals. Dit was de introductie van de anamnestiche aanpak. Het wordt geïllustreerd in de klassieke werken van Litwack en Schlesinger (1987) en Scott (1977). De andere strategie was om de beoordeling te richten op een kleine set van risicofactoren voor (of correcter, correlerend met of voorspellend voor) gewelddadige recidive die naar voren kwamen in empirisch onderzoek. Dit was de introductie van het actuariële gebruik van psychologische tests. Dit wordt geïllustreerd door het onderzoek naar voorspelling van geweld met behulp van de Overgecontroleerde Vijandigheid Schaal van de *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Megargee, Cook, & Mendelsohn, 1967) of met behulp van de PCL of PCL-R. Het is belangrijk om te benadrukken dat de klinische professionals de anamnestiche aanpak en het actuariële gebruik van psychologische tests niet zagen als fundamenteel onverenigbaar; dat wil zeggen, in de algemene richtlijnen was ook het onderzoek naar het actuariële gebruik van psychologische tests verwerkt en degenen die schreven over het actuariële gebruik van psychologische tests erkenden de noodzaak om extra risicofactoren te overwegen.

Ten derde, begin jaren negentig, gingen de twee verschillende strategieën scherper uit elkaar groeien - men kon het zelfs karakteriseren als een afsplitsing. De anamnestiche aanpak was uitgegroeid tot het punt waarin de praktische aanbevelingen zeer gedetailleerd en specifiek waren, waarin stond aangegeven welke informatie te verzamelen, hoe deze te verzamelen en ook hoe deze informatie te gebruiken bij beslissingen door te focussen op de aanwezigheid en

de relevantie van risicofactoren. Deze ontwikkeling werd ondersteund door een toename van kennis, op basis van empirische onderzoekstudies over specifieke risicofactoren en theoretische modellen van geweld. Dit was het begin van de SPJ aanpak, geïllustreerd door de SARA en de HCR-20, alsmede de *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997), de *Risk for Sexual Violence Protocol* (RSVP; Hart et al., 2003), de *Guideline for Stalking Assessment and Management* (SAM; Kropp, Hart, & Lyon, 2008) en vele anderen.³

Het actuariële gebruik van psychologische tests groeide ondertussen uit tot de ontwikkeling van actuariële risicotaxatie-instrumenten met meerdere items. Deze ontwikkeling werd ondersteund door verschillende grote retrospectieve (dat wil zeggen, follow-back of quasi-predictieve) studies van delinquenten en (forensische) psychiatrische patiënten. Dit betekende het ontstaan van actuariële instrumenten zoals de VRAG (Harris & Rice, 1993), de *Rapid Risk Assessment of Sex Offender Recidivism* (RRASOR; Hanson, 1997), de *Sex Offender Risk Appraisal Guide* (SORAG; Quinsey et al., 1996) en vervolgens de STATIC-99 (Hanson & Thornton, 1999), *Classification of Violence Risk* (COVR; Monahan et al., 2005) en vele anderen.⁴

Deze evolutionaire ontwikkelingen worden door de auteurs gekarakteriseerd als een schisma omdat, ondanks enkele oprechte pogingen tot een compromis (Buchanan, 2008; Heilbrun & Dvoskin, 2001; Webster, Hucker, & Bloom, 2002), voorstanders van de moderne SPJ en actuariële benaderingen duidelijk aangaven dat zij fundamenteel onverenigbaar waren.

Het ontstaan van de moderne SPJ en actuariële benaderingen van risicotaxatie kan nauwkeuriger worden gedateerd tot 1993. Op dat moment werkte een

³ Deze opmerking is in het bijzonder gericht op de risicotaxatie van geweld. Er was een sterke beweging in de richting van evidence-based richtlijnen of klinische praktijk parameters in andere domeinen voorafgaand aan of gelijktijdig met de evolutie van de SPJ aanpak. Een voorbeeld is de *Level of Supervision Inventory* (oorspronkelijk ontwikkeld in 1982 en later hernoemd tot de *Level of Service Inventory*, *Level of Service Inventory-Revised* en *Level of Service / Case Management Inventory* - zie Andrews, Bonta, & Wormith, 2010 voor een bespreking van de ontwikkeling van deze methode) en de *Dangerous Behaviour Rating Scale* (Menzies, Webster, & Sepejak, 1985). Deze instrumenten lijken op de SPJ aanpak en hebben inderdaad een sterke invloed gehad op de ontwikkeling van de SPJ aanpak. De *Level of Service Inventory* richt zich echter op het risico van algemene criminaliteit, niet op het geweldsrisico. In de *Dangerous Behaviour Rating Scale* ontbraken gedetailleerde aanbevelingen wat voor de praktijk kenmerkend is voor de SPJ aanpak. Beide methoden maakten gebruik van getalsmatige scores en cut-offs op een manier die inconsistent zijn met de SPJ aanpak.

⁴ Nogmaals, deze opmerking is specifiek gericht op risicotaxatie van geweld. Actuariële beoordeling van het risico van algemene criminaliteit gaat ongeveer 100 jaar terug (zie de reviews van Gottfredson & Moriarty, 2006; Harcourt, 2006). Er waren zelfs enkele vroege pogingen door onderzoekers verbonden aan de *Rand Corporation* om op onderzoek gebaseerde actuariële instrumenten voor geweldsrisico voor gebruik in de veroordeling te ontwikkelen (bijv. Chaiken & Chaiken, 1982; Greenwood, 1982) maar deze hadden weinig succes en werden niet op grote schaal overgenomen door anderen.

groep, bestaande uit (op alfabetische volgorde) Catherine Cormier, Grant Harris, Vernon Quinsey, Marnie Rice en Christopher Webster samen in Ontario, Canada, om aanbevelingen te formuleren voor risicotaxatie van de kans op geweld. Ze ontwikkelden een systeem genaamd de *Violence Prediction Scheme*, die uiteindelijk werd gepubliceerd als een handleiding (Webster, Harris, Rice, Cormier, & Quinsey, 1994). Dit systeem bestond uit twee delen: een actuariële risicotaxatie-instrument dat oorspronkelijk de *Risk Assessment Guide* (RAG) heette en later werd hernoemd tot de *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG), dat statistisch gebaseerde schattingen van het risico van gewelddadige recidive opleverde; en een aantal SPJ richtlijnen (in concept) dat de *ASSESS-LIST* heette, een acroniem voor de lijst van factoren die door klinici beoordeeld zouden moeten worden en gebruikt voor het aanpassen van de statistische schattingen van het geweldsrisico. Tijdens het schrijven van de *Violence Prediction Scheme*, kwamen de auteurs er echter achter dat ze onverenigbare visies hadden over wat de beste manier was om de resultaten van de actuariële benadering en de SPJ richtlijnen te combineren. Aanvankelijk kwamen Harris, Rice en Quinsey (1993) en Webster et al. (1994) overeen dat de actuariële schattingen tot wel 10% verbeterd kunnen worden door klinische aanpassingen. Kort daarna veranderde men van mening, werd de groep opgesplitst en werd de benadering van de klinische aanpassing van actuariële schattingen vergeten. Quinsey, Harris, Rice en Cormier streefden en streven nog steeds de zuivere actuariële benadering na (Quinsey et al., 1996, 2008). Zoals zij het stellen: "Wat wij adviseren is niet de toevoeging van actuariële methoden aan de bestaande praktijk, maar de volledige vervanging van de bestaande praktijk met actuariële methoden" en "Actuariële methoden zijn te goed en het klinisch oordeel is te slecht om besmetting van het eerste met het laatste te riskeren" (Quinsey et al., 1998, p. 171; Zie ook Quinsey et al., 2006, p. 182).⁵ Webster verhuisde naar British Columbia en ging verder met de ontwikkeling van de SPJ aanpak samen met collega's die verbonden waren aan de *Simon Fraser University* zoals (in alfabetische volgorde) Henrik Belfrage, Douglas Boer, Johann Brink, Kevin Douglas, Derek Eaves, Stephen Hart, P. Randall Kropp en Tonia Nicholls (Zie Bloom, Webster, Hucker, & De Freitas, 2004).

⁵ Hun woorden weergalmen die van Meehl (2006), die als commentaar op het gebruik van het klinisch oordeel om de actuariële schattingen aan te passen, zei: "Dit klinkt collegiaal, tolerant en onafhankelijk maar het is eigenlijk dom" (p. 435).

DEEL 3: ONTWIKKELING VAN DE HCR-20

In dit gedeelte wordt in het bijzonder ingegaan op de ontwikkeling van de HCR-20.

De HCR-20^{VI}

De afsplitsing tussen de SPJ benadering en de actuariële benadering viel samen met de verhuizing van Chris Webster van Ontario naar British Columbia. Derek Eaves, toen uitvoerend directeur van de *British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission*, zag veel potentie in Webster's werk aan de *Violence Prediction Scheme*, met name de *ASSESS-LIST* om de klinische staf te helpen bij het uitvoeren van meer systematische risicotaxaties bij evaluaties voor de rechtbank en bij evaluaties uitgevoerd in afwachting van de *Criminal Code Review Board* hoorzittingen (de eerste voor daders die strafrechtelijk werden veroordeeld; de laatste voor personen die niet toerekeningsvatbaar werden beschouwd wegens een psychische stoornis). Deze evaluaties hadden drie zaken gemeen: 1) de belangrijkste klinische zorg betrof het risico van algemeen (dat wil zeggen, elke vorm van) geweld; 2) personen die geëvalueerd werden hadden een grote kans dat ze leden aan een psychische stoornis in de vorm van een psychotische stoornis, persoonlijkheidsstoornis of verslaving aan middelen; en 3) de evaluaties deden uitspraken over een middellange tijd, van enkele weken tot enkele maanden tot enkele jaren, in tegenstelling tot de korte termijn (uren of dagen) en de lange termijn inschatting (vele jaren). Eaves voorzag Webster van zowel financiële als praktische ondersteuning. Het eerste werk aan wat later de HCR-20 zou worden werd gefinancierd door de klinische staf van de *British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission*. Eaves financierde ook Kropp, Hart en Webster (via het *British Columbia Institute Against Family Violence*) om te kunnen werken aan de ontwikkeling van richtlijnen voor risicotaxatie van partnergeweld, wat resulteerde in de SARA. Webster's werk aan de HCR-20 en SARA werd verder ondersteund door zijn daaropvolgende benoeming als Professor en voorzitter van de psychologie faculteit aan de *Simon Fraser University*, waar hij ook samenwerkte met Belfrage (toen een gastonderzoeker bij de SFU) en Douglas (toen een Master student).

De eerste versie van de HCR-20 werd gepubliceerd in 1995, slechts een paar maanden na de publicatie van de eerste versie van de SARA. De richtlijnen in de HCR-20 en de SARA hadden kenmerken die de SPJ benadering verder definieerden:

1. Ze definieerden risicotaxatie en –management in preventieve termen in plaats van voorspellende termen en daardoor waren de richtlijnen bedoeld voor individueel casus management in plaats van het categoriseren van casussen in een paar groepen op basis van het risiconiveau.
2. Ze werden ontworpen voor routinematig gebruik in de praktijk en ontwikkeld in overleg met de professionals uit de praktijk.
3. Ze waren bedoeld voor gebruik in verschillende settings en voor verschillende doeleinden in plaats van gebruik bij specifieke groepen, in specifieke settings, voor specifieke doeleinden.
4. Ze waren evidence-based in de oorspronkelijke betekenis van het woord. Ze werden ontwikkeld op basis van systematische analyses van de relevante wetenschappelijke, klinische en juridische literatuur, in plaats van op basis van een enkel onderzoek of een reeks van studies.
5. Ze beschreven meer algemene instructies voor de beoordeling in de vorm van algemene of nastrevenswaardige aanbevelingen voor in de praktijk, in plaats van vaste of strenge vereisten.
6. Ze includeerden in de codeerinstructies een lijst van geoperationaliseerde risicofactoren, geïdentificeerd met behulp van literatuuronderzoek, die de basis voor een uitgebreide taxatie vormen. Ze erkenden dat - indien nodig - beoordelaars in elke casus rekening kunnen houden met meer factoren dan de lijst met basisrisicofactoren, maar ook dat beoordelaars te allen tijde de basisrisicofactoren dienen te beoordelen.
7. Ze schreven voor dat het definitieve oordeel van de risicotaxatie en management zorgvuldigheid vereist en niet kan worden gemaakt door een opsomming van een aantal risicofactoren.

Deze kenmerken zorgden ervoor dat Versie 1 van de HCR-20 duidelijk te onderscheiden was van de VRAG, zoals die op dat moment bestond. HCR-20^{VI} definieerde geweld als daadwerkelijk geweld, een poging tot geweld, of bedreiging met geweld ongeacht een arrestatie, aanklacht of veroordeling. Het was bedoeld om risico's van geweld te taxeren in instellingen of in de samenleving, zodat het gebruikt kon worden om beslissingen te nemen met betrekking

tot zaken als veroordeling of forensische opname, plaatsing in een instelling, terugkeer naar de samenleving, reclasseringsvoorwaarden, behandelplanning en voortgang, etc. Het was bedoeld voor gebruik met mannen en vrouwen in alle psychiatrische, forensische of penitentiaire instellingen waar een hoge prevalentie was van verslaving (aan middelen), psychotische stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen. Het had instructies voor afname, zoals welke soort informatie beoordelaars zouden moeten proberen te verzamelen en met welke belangrijke risicofactoren men rekening zou moeten houden. Het bereik van de 20 risicofactoren was diachronisch, verspreid over het verleden, het heden en het toekomstig functioneren van de beoordeelde. De 10 Historische factoren weerspiegelen aanpassing van de beoordeelde in het verleden (eerder geweld en algemeen psychosociaal functioneren); de 5 Klinische factoren weerspiegelen de huidige aanpassing (het huidige of recente functioneren van de beoordeelde); en de 5 Risicoherterings factoren weerspiegelen de toekomstige aanpassing (het verwachte functioneren van de beoordeelde in het licht van zijn / haar plannen en doelen). De handleiding bood voor elke risicofactor een rationale waarom deze was opgenomen (in de vorm van een samenvatting van de ondersteunende literatuur) en suggesties voor het bepalen of het item afwezig was, mogelijk of gedeeltelijk aanwezig was, of zeker aanwezig was. De risicofactoren werden op een zodanige wijze gedefinieerd dat ze konden veranderen over de tijd, zodat de HCR-20^{v1} gebruikt kan worden om het risico gedurende de tijd te kunnen monitoren. De handleiding gaf ook suggesties voor het maken van concluderende of samenvattende risico-oordelen gebaseerd op de aard, de ernst en het patroon (combinatie) van risicofactoren.

De VRAG daarentegen, definieerde geweld in termen van arrestaties, aanklachten of veroordelingen voor bepaalde misdrijven (bijv. sommige vormen van diefstal werden opgenomen in de definitie van geweld terwijl anderen dat niet werden). Het is ontwikkeld voor gebruik bij mannen die veroordeeld zijn voor specifieke geweldsdelicten en vervolgens in forensische instellingen zijn geplaatst en het is specifiek bedoeld om de besluitvorming te ondersteunen voor overplaatsing naar minder beveiligde instellingen of voor ontslag. VRAG gegevens werden verzameld van patiënten en daders die werden opgenomen en ontslagen tussen 1965 en 1980. Er bestond geen handleiding, maar in plaats daarvan werd gebruik gemaakt van informatie uit hoofdstukken in boeken (aanvankelijk Webster et al., 1994 en later Quinsey et al., 1996, 2008). Het bevatte 12 risicofactoren geselecteerd en gewogen op basis van hun vermogen om statistisch te discrimineren tussen groepen van gewelddadige recidivisten versus

niet-recidivisten in een bepaalde steekproef gedurende een follow-up periode van 7 tot 10 jaar. De PCL-R verklaarde ongeveer 75% van de predictieve validiteit van de VRAG (de bèta-coëfficiënt voor de PCL-R was 0.34 en het toevoegen van de overige 11 variabelen verhoogde de meervoudige R tot .44). De risicofactoren waren alleen gericht op het verleden en op basis van informatie aanwezig op het moment dat de beoordeelde opgenomen werd in een instelling, ongeacht of het index-delict twee weken of 20 jaar geleden plaats had gevonden. De risicofactoren waren gedefinieerd op een vaste en expliciete wijze dat het niet toeliet om de VRAG te gebruiken om veranderingen in het risico in de tijd te volgen. Numerieke scores op de risicofactoren werden opgeteld en de totaalscores werden verdeeld in groepen, elk met een bijbehorende geschatte kans op gewelddadige recidive gedurende een periode van 7- of 10-jaar.

HCR-20^{VI} werd warm ontvangen in de klinische praktijk. Beoordelaars waardeerden de flexibiliteit waardoor het eenvoudig toegepast kon worden in de dagelijkse praktijk. Managers waardeerden de structuur waardoor het kon worden geïmplementeerd en systematisch gebruikt kon worden. Met betrekking tot empirisch onderzoek begonnen de auteurs (en anderen) te onderzoeken of de HCR-20^{VI} de potentie had om de betrouwbaarheid en validiteit van de beslissingen over geweldsrisico gemaakt door professionals in de praktijk te verbeteren. Een studie onderzocht bijvoorbeeld risicotaxaties op basis van dossierinformatie in een gevangenispopulatie en vond goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, concurrente validiteit met betrekking tot scores op de PCL-R en VRAG en criteriumvaliditeit met betrekking tot metingen van geweld in het verleden (Douglas, Webster, & Wintrup, 1996; vervolgens gepubliceerd als Douglas & Webster, 1999). Een tweede studie onderzocht risicotaxaties op basis van dossierinformatie in een steekproef van (niet forensische) psychiatrische patiënten en vond goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, concurrente validiteit met betrekking tot scores op de Screening versie van de PCL-R (PCL:SV; Hart, Cox, & Hare, 1995) en predictieve validiteit voor geweld na ontslag in de samenleving (bijvoorbeeld, Douglas, 1996; vervolgens gepubliceerd als Douglas, Ogloff, Nicholls, & Grant, 1999; Nicholls, Ogloff, & Douglas, 2004). In deze studie voegde de HCR-20^{VI} incrementele validiteit toe aan de PCL:SV in multivariate analyses. Een derde studie onderzocht klinische risicotaxaties in een steekproef van (niet forensische) psychiatrische patiënten en vond een lage voorspellende waarde ten aanzien van geweld in de instelling, maar een matig voorspellende waarde voor geweld in de samenleving na ontslag (bijv. Klassen, 1996; Ross, Hart, & Webster, 1998). Een vierde studie onderzocht risicotaxatie op basis van

dossierinformatie in een steekproef van forensisch psychiatrische patiënten en rapporteerde goede predictieve validiteit voor gewelddadige recidive en heropname (Douglas, Webster, Eaves, Wintrup, & Hart, 1996; Wintrup, 1996). Een vijfde studie onderzocht risicotaxaties op basis van dossierinformatie in een steekproef van forensisch psychiatrische patiënten en rapporteerde goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en goede predictieve validiteit voor zowel de tijd tot ontslag, als na ontslag voor het risico van schending van de voorwaarden, heropname en geweld (bijv. Brown, 2001; Douglas et al., 1998; Vincent, 1998; Whittimore, 1999).

Ondanks deze positieve evaluaties kwamen ook enkele beperkingen van de HCR-20^{V1} naar voren. De meest voorkomende opmerking was dat de beschrijving van de beoordelingsprocedure en in het bijzonder de definitie van een aantal risicofactoren onduidelijk was. De auteurs besloten daarom om de handleiding te herzien met als eerste doel het gebruikersgemak te verbeteren (gebaseerd op feedback uit de praktijk en ook vanuit de ervaring met de ontwikkeling van versie 2 van de SARA) en als tweede doel het literatuuronderzoek voor elke risicofactor te actualiseren.

De HCR-20^{V2}

Versie 2 van de HCR-20, gepubliceerd in 1997, was een grote revisie. Hoewel de originele risicofactoren er allemaal nog in stonden, werden de namen en definities gewijzigd om de klinische bruikbaarheid te verbeteren en werd een beschrijving van de beoordelingsprocedure toegevoegd.

Als gezegd kan worden dat Versie 1 warm ontvangen werd in de klinische praktijk dan kan de ontvangst van Versie 2 worden omschreven als enthousiast. Henrik Belfrage deed de eerste bewerkte vertaling naar het Zweeds - eigenlijk tegelijkertijd met het schrijven van de Engels versie - en andere vertalingen volgden snel. Er zijn nu officiële vertalingen beschikbaar of in voorbereiding in meer dan 20 talen, waaronder Castiliaans, Catalaans, Tsjechisch, Deens, Nederlands, Fins, Frans, Georgisch, Duits, Italiaans, Japans, Litouws, Noors, Pools, Portugees, Russisch, Servisch, Zweeds en Turks. Versie 2 werd officieel in gebruik genomen in meerdere settings en systemen van geestelijke gezondheidszorg, strafrecht en sociale diensten over de hele wereld (op elk continent behalve naar beste weten van de auteurs, Antarctica) en ook binnen bijvoorbeeld privépraktijken. Implementatie van V2 werd vergemakkelijkt door de ontwikkeling van aanvullende handleidingen, waaronder de *HCR-20 Violence*

Risk Management Companion Guide (Douglas, Webster, Hart, Eaves, & Ogloff, 2001), die werd ontwikkeld om klinici te helpen case-management plannen en werkinstructies te ontwikkelen (bijv. Hart, 2005-2009, 2010). Deze *Companion Guide* bevat scenarioplanning methoden uit de RSVP en is bedoeld om het gebruik te ondersteunen. Volgens een recent onderzoek onder klinici (Singh, 2013), is Versie 2 nu het meest gebruikte risicotaxatie-instrument van de wereld en integreren verschillende andere veelgebruikte risicotaxatie-instrumenten een aantal of alle risicofactoren van de HCR-20^{V2}.

Evaluaties van V2 door onafhankelijke onderzoeksgroepen over de hele wereld begonnen te verschijnen als congresverslagen, hoofdstukken en tijdschriftartikelen. Om dit bij te houden, publiceerde Kevin Douglas een geannoteerde bibliografie die hij periodiek actualiseert (Douglas, Blanchard, Guy, Reeves, & Weir, 2002-2013). Het aantal publicaties groeide echter heel snel - op het moment van schrijven van dit hoofdstuk, waren de auteurs van ten minste 200 van dergelijke publicaties op de hoogte, op basis van ten minste 150 verschillende datasets uit minstens 35 verschillende landen. Het werd al snel moeilijk om al deze studies individueel te beschrijven en in plaats daarvan is de focus verlegd naar samenvattende artikelen (bijv. Douglas & Reeves, 2010) en meta-analytische artikelen (bijv. Campbell, French, & Gendreau, 2009; Fazel, Singh, Doll, & Grann, 2012; Guy, 2008; Guy et al., 2010; O'Shea, Mitchell, Picchioni, & Dickens, 2013; Singh, Grann, & Fazel, 2011; Yang, Wong, & Coid, 2010).

Deze artikelen gaven aan dat er veel empirisch bewijs is voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, concurrente validiteit en predictieve validiteit van de aanwezigheidscoderingen van de individuele risicofactoren en het eindoordeel. Gericht op de predictieve validiteit met betrekking tot geweld onderzochten, Yang et al. (2010), de voorspellende waarde van negen risicotaxatie-instrumenten in 28 studies, in vergelijking tot elkaar en in vergelijking met de PCL-R. De meeste instrumenten hadden een matige predictieve validiteit en er waren over het geheel weinig verschillen tussen de instrumenten. Met verschillende statistische methoden bleek de HCR-20 echter één van de twee instrumenten te zijn die significante incrementale validiteit ten opzichte van de PCL-R liet zien. Soortgelijke bevindingen werden gerapporteerd door Guy et al. (2010), die zich uitsluitend hadden gericht op studies die de HCR-20 met de PCL-R vergeleken. Andere meta-analyses lieten zien dat de gemiddelde predictieve validiteit van HCR-20 eindoordelen minstens even goed zijn als die gemaakt met behulp van actuariële risicotaxatie-instrumenten (bv.

Fazel et al., 2012; Guy, 2008; Singh et al., 2011) en dat de predictieve validiteit van het professionele eindoordeel van de HCR-20 doorgaans hoger was dan de somscores van de risicofactoren (bijv. Guy, 2008; zie ook Douglas et al., in druk, die meldde dat dezelfde bevindingen overeind bleven in 34 gepubliceerde studies van professionele eindoordelen gemaakt met behulp van SPJ instrumenten, inclusief 14 studies die specifiek hebben gekeken naar de HCR-20).

Na interne besprekingen en extern overleg begin jaren 2000, maakten de auteurs in 2008 de eerste versie van de HCR-20^{V3}. Dit besluit werd sterk gemotiveerd door de wens om de inhoud van V2 te herzien in het licht van de ontwikkelingen in het onderzoek volgend op de publicatie van V1 in 1995 en V2 in 1997. Daarnaast vonden de auteurs het belangrijk om de klinische bruikbaarheid van de HCR-20 verder te verbeteren door de integratie van recente ontwikkelingen in de algemene SPJ aanpak van risicotaxatie, zoals risicoformulering. De overgang naar V3 was een weerspiegeling van de visie van de auteurs dat evidence-based werken regelmatig moet worden bijgewerkt, evenals de overtuiging dat de wetenschappelijke kennis over risicotaxatie en management voortdurend verandert.

In de hoofdstukken die volgen, wordt meer gedetailleerde informatie gegeven over de ontwikkeling van de HCR-20^{V3}, over de beoordelingsprocedure en worden de 20 basisrisicofactoren beschreven.

Hoofdstuk 2 Revisie proces van de HCR-20^{V3}

REDENEN VOOR REVISIE

Er heeft veel empirisch onderzoek plaatsgevonden naar de HCR-20^{V2}. Het instrument is vertaald in 20 talen, gebruikt of onderzocht in 35 landen en geïmplementeerd in diverse forensische, penitentiaire en gezondheidszorg systemen. Een recente survey door Singh (2013) onder 2135 clinici uit 44 landen gaf aan dat de HCR-20^{V2} het meest gebruikte instrument is, niet alleen voor het inschatten van het geweldsrisico, maar ook voor het ontwikkelen en monitoren van risicomanagement plannen. In termen van predictieve validiteit voorspelt de HCR-20^{V2} even goed als andere risicotaxatie-instrumenten en mogelijk zelfs beter. Dit geldt niet alleen voor de optelling van de scores, maar ook voor de eendoordelen van laag, matig of hoog risico. Het eindoordeel blijkt doorgaans van toegevoegde waarde op de predictieve validiteit van de scores. Dit alles roept dan ook de vraag op: waarom een revisie van de HCR-20^{V2}?

Er zijn verschillende goede redenen voor een revisie. Ten eerste is in de jaren sinds de publicatie van Versie 1 (1995) en Versie 2 (1997) de literatuur over geweld steeds verder uitgebreid toegenomen. Duizenden publicaties zijn beschikbaar gekomen in het veld. In de opinie van de auteurs was het noodzakelijk om deze groei terug te laten komen in de HCR-20, aangezien deze bedoeld is als een uitgebreide set van professionele richtlijnen voor het inschatten van het risico van geweld. Hierbij bestond niet de verwachting dat er volledig nieuwe, nog niet eerder ontdekte risicofactoren aan het licht zouden komen. Er werd echter wel verwacht dat er voor sommige risicofactoren nieuwe inzichten of aspecten zouden zijn die geïntegreerd dienden te worden met de definities in de HCR-20^{V3}. Een voorbeeld hiervan is dat in de HCR-20^{V2} mishandeld zijn tijdens de kindertijd onder item H8 *Problemen in de kindertijd* viel, maar dat victimisatie na de kindertijd nergens gescoord kon worden. Onderzoek sinds 1997 heeft aangetoond dat traumatische ervaringen gedurende de volwassenheid het risico dat iemand gewelddadig gedrag pleegt naar anderen vergroot (Swanson et al., 2002). In het nieuwe item H8 *Traumatische ervaringen* is dit aspect van interpersoonlijke traumatische ervaringen meegenomen. In aanvulling daarop wordt aandacht gevraagd voor interpersoonlijke trauma's gedurende verschillende ontwikkelingsfases, gezien de evidentie dat dit risicoverhogend werkt (Swanson et al., 2002).

Ten tweede is niet alleen de kennis over geweld sterk toegenomen sinds de jaren negentig van de vorige eeuw, maar ook de kennis over het inschatten

en managen van geweld. Er heeft een enorme groei plaatsgevonden in de conceptuele en klinische literatuur over risicotaxatie van geweld, met name wat betreft de SPJ methode. Hieraan parallel loopt de groei in empirische evaluatie van de SPJ methode van risicotaxatie. Tegelijkertijd wordt er in de HCR-20^{v2} handleiding zelf nauwelijks iets gemeld over de klinische en conceptuele principes van SPJ. De reden hiervoor is simpelweg dat in begin en midden jaren negentig van de vorige eeuw het risicotaxatie veld sterk gericht was op het identificeren van de geschikte risicofactoren om op te kunnen nemen in risicotaxatie-instrumenten. Later, in het midden tot eind jaren negentig tot aan de dag van vandaag hebben onderzoekers hun aandacht gericht op de uitdagende vragen rondom het gebruik van risicotaxatie-instrumenten in de dagelijkse praktijk. Zoals ook in het vorige hoofdstuk besproken, is het veld thans een stuk wijzer wat betreft concepten, zoals dynamisch risico, de brug tussen taxatie en management, de link tussen nomothetische en idiographische niveaus van functioneren, het maken van degelijke samenvattende eendoordelen, het gebruik van risicotaxatie op het individuele versus groepsniveau en meer recent, scenarioplanning en risicoformulering. Het was erg belangrijk om deze ideeën te integreren in de revisie van de HCR-20. Verder hopen de auteurs tegelijk enkele nieuwe concepten toe te voegen die het veld vooruit kunnen helpen.

Ten derde werd duidelijk uit ervaringen van de auteurs zelf met de HCR-20^{v2}, het trainen van anderen in het instrument en consultatie van zeer ervaren collega's die het instrument gebruiken, dat er onderdelen waren die verbeterd en verduidelijkt konden worden. Een voorbeeld hiervan is dat er weinig richtlijnen worden geboden voor het maken van de eendoordelen of voor het plannen van risicomangement strategieën. Sommige risicofactoren waren waarschijnlijk te breed, anderen waren wellicht overlappend en weer anderen konden nader worden gespecificeerd in de uitwerking ervan (zie hieronder voor voorbeelden).

Om bovengenoemde redenen waren de auteurs er van overtuigd dat het nodig was om de HCR-20^{v2} te reviseren. Hierin hebben de auteurs voor zichzelf een aantal leidende principes opgesteld om hen ondersteuning te bieden in het bereiken van het overkoepelende doel, te weten het verbeteren van de bruikbaarheid van de HCR-20 voor een volledige risicotaxatie van geweld en management die optimaal op het individu is afgestemd.

LEIDENDE PRINCIPES

Continuïteit van het concept

Gezien het wijdverspreide gebruik van de HCR-20^{V2} was het belangrijk voor de auteurs om een revisie te maken die niet dusdanig sterk verschilt van de voorgangers dat het een complete omslag zou betekenen voor het uitvoeren van risicotaxaties. De auteurs hadden de wens dat de HCR-20^{V3} hetzelfde soort klinisch “uiterlijk en gevoel” heeft voor gebruikers als de HCR-20^{V2}.

Om die reden behield de HCR-20^{V3} de drieledige tijdsfocus van verleden (Historische schaal), heden (Klinische schaal) en toekomst (Risicohanterings schaal). Het heeft nog altijd twintig risicofactoren (hoewel een aantal nu verdeeld zijn in subitems, zoals hieronder verder beschreven). Kortom, gebruikers zullen zich waarschijnlijk relatief snel comfortabel voelen in het gebruik van de HCR-20^{V3} als ze al bekend zijn met de HCR-20^{V2} of andere SPJ instrumenten. Voor gebruikers die nieuw zijn in het veld van risicotaxatie van geweld, zal het leerproces en de trainingsfase niet meer behelzen voor de HCR-20^{V3} dan voor de HCR-20^{V2}.

Uitdragen van de SPJ benadering

Het was belangrijk voor de auteurs dat de HCR-20^{V3} de SPJ methode van risicotaxatie en management goed uitdraagt en als voorbeeld dient voor deze methodiek. Het doel was om een set van professionele richtlijnen op te stellen die de gevestigde en opkomende trends in SPJ kennis weergeeft op het moment van publicatie.

Klinische en praktische bruikbaarheid

Risicotaxatie-instrumenten zijn uiteindelijk bedoeld om te gebruiken door professionals in de praktijk voor een individuele casus. Daarom werd er naar gestreefd om de HCR-20^{V3} zo bruikbaar mogelijk te maken voor de individuele gebruiker om het risico van iemand te beoordelen en te managen. Het spreekt vanzelf dat risicotaxatie-instrumenten voor systemen en instellingen bruikbaar moeten zijn voor het bereiken van de doelen van risicotaxatie en management. Om die reden was het van het grootste belang om een revisie te ontwikkelen die door instellingen en systemen gemakkelijk geïntegreerd kan worden in de dagelijkse praktijk en die direct bruikbaar is voor hun risicorelevante verplichtingen en taken (bijv. individuele identificatie van risicofactoren; ontwikkeling van risicomanagement plannen; documentatie van beoordelingsprocedures en bevindingen; communicatie van voor het risico relevante beslissingen).

Aangezien gebruikers en systemen verschillende behoeften en voorkeuren kunnen hebben, werd er tevens naar gestreefd om een voldoende mate van flexibiliteit en aanpassingsvermogen te hebben in de HCR-20^{v3}. Een voorbeeld hiervan is dat er, zoals hieronder verder beschreven, diverse sets van HCR-20^{v3} codeerbladen ontwikkeld zijn, variërend van een enkele pagina tot twee pagina's tot een aanzienlijk uitgebreider codeerblad waarop ruimte is ingebouwd voor risicoformulering, scenarioplanning en risicomanagement. In aanvulling hierop zijn sommige elementen van de HCR-20^{v3} optioneel (bijv. het coderen van de indicatoren) en bedoeld als een klinische richtlijn. Sommige gebruikers kunnen het waardevol vinden om deze aspecten van de HCR-20^{v3} formeel uit te voeren.

Het doel van de auteurs was om een adequate mate van structuur en consistentie met de SPJ methode te behouden, maar tevens een flexibele aanpassing van de HCR-20^{v3} te bieden voor zowel de individuele praktijk als voor systematisch gebruik. Om dit doel te bereiken hebben de auteurs verschillende groepen van ervaren HCR-20^{v2} gebruikers gevraagd om de HCR-20^{v3} uit te proberen en feedback aan de auteurs te geven. Dit proces wordt verderop in dit hoofdstuk beschreven.

Verbeteringen in helderheid

Helderheid zou een leidend principe moeten zijn voor ieder geschreven stuk. In het geval van de HCR-20^{v3} waren de auteurs vooral geïnteresseerd in het verhelfen van een aantal concepten en onderdelen van de HCR-20^{v2} die eerder waren genoemd als onduidelijk. Een voorbeeld is dat de stoornissen die onder de items H6 *Ernstige psychische stoornis* en C3 *Symptomen van ernstige psychische stoornis* worden beschreven nu meer gespecificeerd zijn en dat er meer duidelijkheid wordt geboden over de rol van vrijwillige behandeling en opname in de items H10, C5 en R4 *Respons op behandeling of toezicht* (respectievelijk in het verleden, heden, toekomst). Verder worden meer instructies geboden voor het tijdsinterval voor het coderen van de Klinische en Risicohanterings items en voor hoe vaak deze factoren opnieuw zouden moeten worden beoordeeld.

Wettelijke en ethische aanvaardbaarheid

De auteurs hebben geprobeerd potentiële risicofactoren te vermijden, die - ondanks hun correlatie met geweld en criminaliteit op populatie niveau - bezwaarlijk zijn en beter verklaard kunnen worden door hiermee geassocieerde sociale factoren. Voorbeelden zijn afkomst, sekse en het behoren tot een minderheidsgroep.

De auteurs wilden verder professionele richtlijnen opstellen die zowel van nut zijn voor het klinische als het juridische proces van risicotaxatie. Dit wil zeggen dat het juiste gebruik van de HCR-20^{V3}, net als met andere SPJ instrumenten (of in feite iedere methode), rekening zou moeten houden met een bestudering van (a) de informatiebronnen die de beoordelaar gebruikt; (b) de risicofactoren die geïdentificeerd zijn en die als relevant worden gezien voor het risiconiveau van de onderzochte; en (c) de redenering die heeft geleid tot de beslissing van de beoordelaars over het risiconiveau en de noodzaak voor risicomangement. Het doel van verbetering in helderheid is ook relevant voor de ethische en juridische aanvaardbaarheid. Het streven hierbij was om een handleiding te ontwikkelen die niet vaag of ambigu is in de betekenis van concepten.

Empirische verantwoording

Uiteindelijk wordt de empirische basis van een risicotaxatie benadering bepaald door veelvuldige evaluaties door verschillende groepen onderzoekers in diverse settings / contexten. Voor de HCR-20^{V2} heeft dit al plaatsgevonden. Het duurt echter jaren zonet decennia om deze data te verzamelen. In de ontwikkeling van de HCR-20^{V3} werd door de auteurs aangespoord om empirisch evaluaties van de betrouwbaarheid en validiteit uit te voeren.

Ze waren hierbij met name geïnteresseerd in het eerste bewijs van de (a) inhoudsvaliditeit (bevat het de belangrijke risicofactoren, zoals in de wetenschappelijke en professionele literatuur vermeld?); (b) concurrente validiteit (wat is de associatie tussen de HCR-20^{V2} en de HCR-20^{V3}?); (c) predictieve validiteit (is het gerelateerd aan geweld?); en (d) interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (kan het consistent worden ingevuld door verschillende codeurs?). Later in dit hoofdstuk worden verschillende onderzoeksprojecten - geleid door ervaren onderzoekers en klinici vanuit verschillende landen – samenvattend beschreven.

STAPPEN IN HET REVISIE PROCES

Het revisie proces voor de HCR-20^{V3} was uitgebreid en bevatte verschillende stappen: (a) conceptuele en logische review en analyse van de HCR-20^{V2} en van de noodzaak tot revisie; (b) klinische bèta-testing en gebruikersfeedback; (c) empirische pilot onderzoeken. De term “bèta” verwijst naar het klinisch testen van de HCR-20^{V3} conceptversies. De term “pilot” verwijst naar het empirisch testen van de HCR-20^{V3} conceptversies. Tijdens deze stappen werden aanpassingen gemaakt in de initiële versie van de HCR-20^{V3}, wanneer dit noodzakelijk werd geacht om de bovenbeschreven doelen te bereiken.

Conceptuele / logische review en analyse

Dit proces ontvouwde zich informeel gedurende de jaren en resulteerde in verschillende meerdaagse bijeenkomsten tussen de HCR-20^{V3} auteurs in het midden tot eind jaren 2000. Daarnaast kwam er informatie vanuit de consultaties van collega's en ervaren gebruikers van de HCR-20^{V2}. De auteurs hebben diverse groepen collega's gevraagd om hun mening te geven over punten van de HCR-20^{V2} die verbetering behoeven. Uiteindelijk hebben de auteurs beslissingen genomen op basis van de bovenbeschreven doelen voor de revisie en zich vervolgens gericht op concrete revisies van de HCR-20^{V2} waarvan ze dachten dat deze hiermee bereikt zouden worden.

Als onderdeel van dit proces, werd een omvangrijke review uitgevoerd naar de literatuur over geweld door Laura Guy en Catherine Wilson (zie www.hcr-20.com). In dit document van 300 pagina's reviewen Guy en Wilson de literatuur tot en met 2007 wat betreft de ondersteuning (of juist gebrek hieraan) voor ieder van de 20 risicofactoren in de HCR-20^{V2}. Dit wil zeggen dat de review niet gericht was op onderzoek naar de HCR-20^{V2} zelf, maar breder naar onderzoek gericht op de risicofactoren die in de HCR-20 zijn opgenomen. De drie hoofddoelen van deze review waren om te beschouwen of (a) de mate waarin de HCR-20^{V2} risicofactoren nog steeds een consistente empirische steun genoten in verschillende studies; (b) of veranderingen in de inhoud van de HCR-20^{V2} risicofactoren nodig waren, of geheel nieuwe risicofactoren geïntroduceerd moesten worden; en (c) of het nodig was om HCR-20^{V2} risicofactoren te laten vallen of te combineren.

SPJ instrumenten gaan uit van logische of rationele item selectie. Om die reden vormde deze review, tezamen met de reeds bestaande HCR-20^{V2} en HCR-20^{V1} risicofactoren, onderdeel van de zoektocht naar de beste risicofactoren voor de HCR-20^{V3}.

Gebaseerd op de interne en externe consultatie, de review door Guy en Wilson en de geïdentificeerde doelen voor de revisie, werd een eerste conceptversie gemaakt van de HCR-20^{V3} eind 2008 (hierna conceptversie 1 genoemd). Conceptversie 1 leek sterk op de uiteindelijke versie wat betreft de beoordelingsprocedure en risicofactoren. Er waren echter ook verschillen. Het bevatte een vierpuntsschaal (*Niet aanwezig, Deels aanwezig, Duidelijk aanwezig, Duidelijk aanwezig en extreem*). Daarnaast bevatte het verplichte codering van de indicatoren. Gebaseerd op de hieronder beschreven bèta-testing en gebruikersfeedback, werd de conceptversie 2 (2010) veranderd

door het loslaten van het vierpuntsschaal en terugkeer naar het traditionele driepuntsschaal. Verder werden er kleine veranderingen toegepast in de inhoud van items. In de voorlaatste conceptversie (conceptversie 3, 2011) werden enkele kleine veranderingen gemaakt in de formulering van items en indicatoren. De verschillen tussen de uiteindelijk gepubliceerde handleiding zitten vooral in verduidelijking van de tekst en niet zozeer in de inhoud. Hoewel het onmogelijk is om precies te kwantificeren, schatten de auteurs in dat ongeveer 90-95% in de huidige versie hetzelfde is als in conceptversie 1, wanneer het gaat om inhoud van de items.

De eerste conceptversie van de HCR-20^{V3} werd gepresenteerd op een conferentie en bijeenkomst in Manchester, Groot-Brittannië, georganiseerd door Michael Doyle en Jenny Shaw van de *University of Manchester*. Dit vond plaats in December 2008. Op dag 1 van dit tweedaagse event, was er een serie van korte presentaties over de achterliggende ideeën van de HCR-20^{V3}. Op dag twee was er een meer gedetailleerde presentatie alleen voor genodigden, waarbij expliciet werd gevraagd om feedback van de deelnemers op conceptversie 1. Deelnemers waren ervaren gebruikers van de HCR-20^{V2} vanuit Groot-Brittannië en continentaal Europa.

Na het presenteren van conceptversie 1 werd aan de deelnemers gevraagd om in kleine groepen hun reacties te bespreken en om zowel mondeling als schriftelijk feedback aan de auteurs te leveren. Uiteindelijk leverde dit schriftelijke feedback op van ongeveer 20 psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en onderzoekers. Deelnemers werden gevraagd om hun feedback, suggesties en kritiek op basis van de volgende punten:

- Gebruik van het instrument (helderheid; gemakkelijk of moeilijk; onduidelijkheden)
- Het potentieel van de handleiding om de klinische praktijk te faciliteren
- De relevantie van de handleiding voor risicomanagement
- Coherentie, helderheid en logica in de item definities
- Het vermogen van de handleiding om risicocommunicatie te kunnen voorzien van informatie over de aanwezigheid en relevantie van risicofactoren
- Mogelijk ontbrekende items
- Overige feedback

De eerste feedback was overwegend positief, zowel in termen van het integreren van enkele nieuwe SPJ concepten als met betrekking tot de voorgestelde wijzigingen in de items. Er waren vele specifieke vragen en commentaren over de definities van bepaalde risicofactoren en er werd enige zorg geuit of de HCR-20^{V3} niet meer werk zou vereisen vergeleken met de HCR-20^{V2}. Er waren ook enkele verzoeken om meer duidelijkheid over het besluitvormingsproces en over de verschillende stappen in de procedure.

Gebaseerd op de ontvangen feedback hebben de auteurs een aantal aanpassingen gedaan in de tekst daar waar verduidelijking gewenst was. Een duidelijke verandering was bijvoorbeeld dat het niet meer verplicht was om de indicatoren standaard op aanwezigheid te beoordelen, hoewel de indicatoren nog wel werden gezien als voorbeelden die de definitie van de risicofactoren verduidelijken.

Klinische bèta-testing en gebruikersfeedback

Hoewel de feedback van de 2008 Manchester meeting over het algemeen positief was, hadden deelnemers nog geen kans gehad om het instrument daadwerkelijk te gebruiken in de praktijk. De auteurs hebben ervaren HCR-20^{V2} gebruikers uit vijf instellingen gevraagd om de HCR-20^{V3} te testen en feedback te geven over de potentiële bruikbaarheid. De eerste drie studies werden uitgevoerd in Nederland, Zweden en Duitsland en hierbij werd de eerste conceptversie gebruikt. De vierde en vijfde studies evalueerden de tweede conceptversie in Noorwegen en Canada. De auteurs kregen ook feedback over het gebruik van de HCR-20^{V3} van teams uit de Verenigde Staten (2x), Canada (2x) en Groot-Brittannië die bezig waren met onderzoek naar het instrument. Bij deze evaluaties werden dezelfde criteria als hierboven gehanteerd.

Een groep klinici en onderzoekers in Nederland hebben Conceptversie 1 van de HCR-20^{V3} in de praktijk getest. Dit project vond plaats in de Van der Hoeven Kliniek in Utrecht en werd geleid door Vivienne de Vogel en Michiel de Vries Robbé. In dit project evalueerden tien klinici en onderzoekers ieder een andere forensisch psychiatrische patiënt. Alle beoordelaars waren getraind en ervaren in het gebruik van de HCR-20. Deze groep voorzag de auteurs van acht pagina's schriftelijke feedback.

Deze werkgroep had zowel positief commentaar als kritiek. Hun feedback varieerde van commentaar op algeheel gebruikersgemak tot specifieke

commentaren op individuele items. In hun optiek was: “de HCR-20^{v3} een waardevolle revisie van de HCR-20, waarin de auteurs geslaagd zijn in het aanpakken van veel praktische problemen in het gebruik van de HCR-20 in de klinische praktijk” (de Vogel & de Vries Robbé, 2009, persoonlijke communicatie, zie ook de Vogel et al., in druk). Andere positieve kenmerken die zij zagen waren: de update van de literatuur in de handleiding; aanscherping van de item beschrijvingen; verbeteringen in terminologie; verbeterde relevantie voor risicomangement; bruikbaarheid van subitems om de aard van risicofactoren op klinisch niveau te kunnen duiden.

Anderzijds werd aangegeven dat het coderen van de indicatoren in de praktijk veel tijd zou kosten, hoewel de indicatoren wel nuttig werden bevonden als richtlijn. Verder wezen ze er op dat sommige codeer instructies niet helder waren, bijvoorbeeld wat betreft de invloed van de subitems en indicatoren op de uiteindelijke score voor het hoofditem. Ze waarschuwden er tot slot voor dat de handleiding niet te complex moest worden.

In Zweden leidde Henrik Belfrage het bèta-testing proces in het Sundsvall *Forensic Psychiatric Hospital*. Vijf klinici vulden ieder een risicotaxatie in van een andere forensisch psychiatrische patiënt met conceptversie 1. Over het geheel genomen was hun feedback gelijk aan het Nederlandse commentaar. In hun mening waren de ideeën in de HCR-20^{v3} bruikbaar voor het faciliteren van risicoformulering en risicomangement planning. Zij vonden het coderen op een vierpuntsschaal voor de aanwezigheid en relevantie onnodig complex en vonden ook dat verplicht coderen van de indicatoren te omslachtig zou zijn.

In Vitos Haina *Forensic Psychiatric Hospital* werd in 2009 een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de bruikbaarheid van conceptversie 1. In dit proces scoorden 15 klinici ieder een andere forensisch psychiatrische patiënt. De casussen werden geselecteerd op basis van variatie op belangrijke dimensies, zoals diagnose (persoonlijkheidsstoornis versus psychotische stoornis versus verstandelijke beperkingen), beveiligingsniveau en bekendheid met de klinici. Ongeveer de helft van de beoordelaars waren ervaren gebruikers van de HCR-20^{v2}, terwijl de andere helft onbekend met het instrument was. Alle 15 beoordelaars hebben gestructureerde feedback gegeven op ieder element en ieder item van conceptversie 1. De data werden kwalitatief geanalyseerd door de zogenaamde “Haina HCR-20^{v3} task force”. Leden van deze *task force* waren: Fritjof von Franqué, Manfred Bolzmacher, Sabine Eucker, Barbara Holzinger, Sebastian Kötter, Rüdiger

Müller-Isberner en Walter Schmidbauer. De kwalitatieve resultaten werden opgetekend in een document van 21 pagina's. Na een gestructureerd consensus proces kwam de *task force* tot een aantal conclusies die werden samengevat in drie pagina's.

De belangrijkste punten in de Duitse feedback waren vergelijkbaar met het commentaar van de andere groepen. Dit wil zeggen, de Duitsers zagen ook een gebrek aan duidelijkheid over het coderen van de subitems in relatie tot het hoofditem en ze vonden ook dat het coderen van indicatoren teveel tijd in beslag zou nemen. Ze deden meerdere goede suggesties voor de inhoud en tekst van de risicofactoren en voor het net zo gebruikersvriendelijk maken van de HCR-20^{V3} als de HCR-20^{V2}. Positieve aspecten in hun feedback waren: het coderen van relevantie en van de indicatoren kan nuttig zijn voor behandeling en risicomangement omdat ze klinici dwingen specifiek na te denken over hoe risicofactoren zich manifesteren en in hoeverre ze relevant zijn voor geweld; de items zijn meer begrijpelijk en duidelijk geformuleerd vergeleken met de vorige versie; en de indicatoren zijn nuttig als een *aide mémoire*, om richting te geven en te ondersteunen bij het differentiëren van probleemgebieden.

De reactie van de auteurs op de eerste feedback

Enkele duidelijke thema's kwamen naar voren uit de eerste consultaties en feedback. De onderliggende ideeën van de nieuwe onderdelen van de HCR-20^{V3} werden over het algemeen gezien als een goede update van de handleiding in termen van de SPJ literatuur en in termen van het faciliteren van klinische casusconceptualisatie en risicomangement planning. Sommige specifieke operationalisaties van deze ideeën waren echter waarschijnlijk te gecompliceerd en daarmee een bedreiging voor het gemak en de bruikbaarheid van het HCR-20 systeem.

De auteurs hebben daarom geprobeerd om de ideeën te behouden, maar er voor te zorgen dat de HCR-20^{V3} klinisch net zo bruikbaar is als de HCR-20^{V2}. Conceptversie 1 van de HCR-20^{V3} handleiding is op de volgende manieren gereviseerd: (a) item indicatoren worden bedoeld om als richtlijn te gebruiken (hoewel beoordelaars er voor kunnen kiezen om ze te coderen); (b) beoordelaars kunnen nog altijd een enkele code geven voor een risicofactor en er daarnaast voor kiezen om de subitems te coderen om meer specifiek te kunnen beoordelen; (c) verwijdering van de vierpuntsschaal en terugkeer naar de bekende driepuntsschaal; (d) verduidelijking in de teksten van een aantal

item definities, regels voor scoring, indicatoren en de regels voor het coderen van subitems; en (e) het ontwikkelen van verschillende codeerbladen waar beoordelaars uit kunnen kiezen, variërend van een enkele pagina (de hoofd risicofactoren en eindoordelen), tweezijdige pagina (de hoofd risicofactoren, subitems en eindoordelen) en een uitgebreid codeerblad waarop alle secties staan om specifieke casusinformatie te noteren, alsmede de risicoformulering, scenarioplanning, risicomangement plannen en de eindoordelen. Op deze manier kunnen beoordelaars de HCR-20^{V3} op vrijwel dezelfde manier gebruiken als de HCR-20^{V2} als zij dit willen, maar kunnen ze ook de kenmerken toevoegen die de huidige stand van zaken in SPJ risicotaxatie reflecteren.

Latere feedback

Na het opstellen van conceptversie 2 van de HCR-20^{V3}, werden verschillende bijeenkomsten gepland met de bèta-testers. Hieruit bleek dat de respons van de auteurs op de feedback hun eerdere zorgen voldoende had weggenomen en tegelijkertijd de kenmerken had behouden om de klinische casusconceptualisatie en risicomangement planning te faciliteren. Deze bijeenkomsten in aanvulling op interne discussies hebben geleid tot kleine verhelderingen in de items en codeerinstructies, zoals opgenomen in conceptversie 3 (de één na laatste conceptversie). Verder werd door de auteurs nog gezocht naar aanvullende feedback op deze gereviseerde conceptversie, zoals hieronder samengevat.

In Noorwegen evalueerden Gunnar Eidhammer, Lars Erik Selmer en Stål Bjørkly (2013), van het *Centre for Research en Education in Forensisch Psychiatrie, Oslo University Hospital*, de klinische bruikbaarheid van de laatste conceptversie HCR-20^{V3} in aanvulling op de concurrente validiteit (zie hieronder, voor de onderzoeksresultaten). Twee clinici evalueerden ieder 10 patiënten van een medium secure forensisch psychiatrische faciliteit. De meeste patiënten hadden schizofrenie en de meeste hadden een levensdelict of een ander ernstig geweldsdelict gepleegd. Naar het oordeel van deze werkgroep leidt de HCR-20^{V3} tot een meer systematische en gedetailleerde risicotaxatie (Eidhammer et al., 2013) en verbetert het de individuele taxatie vergeleken met Versie 2. Het coderen van de relevantie werd gezien als een grote vooruitgang omdat hiermee beter afgestemde en herkenbare risicomangement plannen opgesteld kunnen worden. De indicatoren en codeerinstructies werden gezien als een goede richtlijn voor de beoordelaar. De zevenstaps beoordelingsprocedure werd gezien als het bieden van een zeer robuust platform en richtlijn voor het inschatten van geweldsrisico's. Het includeren van risicoformulering werd opgevat als

zeer positief. Over het geheel werd de HCR-20^{V3} beoordeeld als een grote stap voorwaarts in het verbeteren van risicotaxatie van geweld vergeleken met Versie 2.

EVALUATIE VAN HET REVISIE PROCES

Hieronder wordt een samenvatting geboden van het bewijs wat betreft interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, inhoudsvaliditeit en criterium validiteit (d.w.z. concurrente validiteit ten opzichte van de HCR-20^{V2} en PCL-R of PCL:SV, predictieve validiteit voor institutioneel geweld en geweld in de maatschappij) van de HCR-20^{V3}. Het meeste van dit bewijs komt uit pilot onderzoeken van onderzoeksteams uit Canada, Nederland, Noorwegen, Zweden, de Verenigde Staten en Groot-Brittannië. Hieronder worden enkele eerste bevindingen uit pilot studies gepresenteerd zoals ze aan de auteurs zijn gerapporteerd door de onderzoeksteams.

Inhoudsvaliditeit

De inhoudsvaliditeit van de HCR-20 is voornamelijk terug te voeren op de kwaliteit van de literatuur reviews waar het instrument op is gebaseerd. In plaats van een korte literatuur review op te nemen bij ieder item van de V3 (zoals in de V2 handleiding), worden nu uitgebreide literatuur reviews gepresenteerd in een aparte online publicatie (Guy, Wilson, Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013; zie www.hcr-20.com). Het format van iedere review is als volgt: ten eerste wordt een samenvatting geboden van bestaande relevante Cochrane or Campbell reviews⁶; ten tweede een samenvatting van meta-analyses; ten derde een samenvatting van verhalende reviews; en tot slot primaire bronnen (d.w.z. losse publicaties) die als cruciaal worden gezien.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De Vries Robbé en de Vogel (2010, zie ook de Vogel et al., in druk) hebben de HCR-20^{V3} conceptversie 1 voor een steekproef van 86 forensisch psychiatrische patiënten gescoord. Ongeveer de helft van de patiënten was veroordeeld voor een geweldsdelict met dodelijke afloop. Verder had ongeveer driekwart van de patiënten als primaire diagnose een persoonlijkheidstoornis en ongeveer 15% van de patiënten had als primaire stoornis een As 1 stoornis. Deze steekproef lijkt derhalve diagnostisch gezien meer op een gevangenispopulatie dan op een forensische populatie in Noord-Amerika. Het onderzoek is gedaan middels

⁶ Dit zijn systematische reviews die voldoen aan een duidelijke structuur en kwaliteitseisen en die internationaal erkend worden als zijnde de hoogste standaard.

dossierstudie die vooral gericht was op het coderen van de aanwezigheid van factoren en van de eindoordelen. Vijftwintig casussen werden door onafhankelijke codeurs dubbel gescoord. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, weergegeven door de intraklasse correlatie coëfficiënt (ICC1), was .84 voor de som van de numerieke scores op de aanwezigheid van factoren en .72 voor het eindoordeel van geweld. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HCR-20^{V2} voor de som van de numerieke coderingen van de aanwezigheid van factoren was .83. Dit geeft aan dat de ICC's bijna identiek zijn voor beide versies.

Belfrage en Douglas (2012) onderzochten de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HCR-20^{V3} conceptversie 3 bij 35 forensisch psychiatrische patiënten uit *Sundsvall Forensic Psychiatric Hospital* in Zweden. Voor dit project interviewden drie beoordelaars gezamenlijk de patiënten, maar vulden vervolgens onafhankelijk van elkaar de HCR-20^{V3} in. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de som van de numerieke aanwezigheidscoderingen was over het algemeen goed tot zeer goed: Historisch, ICC1 = .94, ICC2 = .98; Klinisch, ICC1 = .86, ICC2 = .95; Risicohantering-Binnen, ICC1 = .69, ICC2 = .87; Risicohantering-Buiten, ICC1 = .75, ICC2 = .90; Totaal-Binnen, ICC1 = .94, ICC2 = .98; en Totaal-Buiten, ICC1 = .94, ICC2 = .98. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de eindoordelen was ook uitstekend: Binnen, ICC1 = .81, ICC2 = .93; en Buiten, ICC1 = .75, ICC2 = .90.

Doyle, Shaw en Coid (2013) onderzochten de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HCR-20^{V3} conceptversie 2 bij een steekproef van 20 forensisch psychiatrische patiënten in Engeland en Wales waarbij vier verschillende codeurs de cases scoorden. Zij rapporteerden acceptabele interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de som van de numerieke item coderingen: Historisch, ICC1 = .72, ICC2 = .91; Klinische, ICC1 = .69, ICC2 = .90; Risicohantering-Buiten, ICC1 = .76, ICC2 = .93; en Totaal-Buiten, ICC1 = .73, ICC2 = .92.

Strub en Douglas (2009) lieten drie codeurs zes dossiers scoren voor een dossierstudie naar de H-schaal van de HCR-20^{V3} conceptversie 1 in een groep van 80 Canadese forensisch psychiatrische patiënten. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de som van de numerieke item coderingen voor de Historische risicofactoren van de HCR-20^{V3} was acceptabel: ICC1 = .75, ICC2 = .85; en enigszins hoger dan die voor de Historische risicofactoren van de HCR-20^{V2}, ICC1 = .69, ICC2 = .82.

Concurrente validiteit

In diverse studies is het verband tussen de Versies 2 en 3 van de HCR-20 onderzocht. Vanwege praktische redenen was het niet mogelijk om de verschillende versies door onafhankelijke codeurs te laten beoordelen. Dit zou kunnen leiden tot een verhoging van het verband tussen de versies omdat de foutmarge die te wijten is aan verschillende codeurs afwezig is. Deze manier van coderen is echter ook realistisch omdat het zal lijken op de klinische situatie waarin dezelfde codeurs of beoordelaars patiënten eerst met versie 2 hebben beoordeeld en over zullen gaan op versie 3. Verder zouden codeurs mogelijk op zoek kunnen gaan naar verschillen tussen de versies als ze zowel versie 2 als 3 voor een patiënt in gaan vullen, waardoor het verband af zal nemen. Samengevat geloven de auteurs dat deze onderzoeken een acceptabele methode hanteren om de verbanden tussen de versies te bestuderen.

Allereerst bleek de correlatie tussen de numerieke totaal coderingen van V2 en V3 hoog: $r = .84$ voor 20 Noorse forensische patiënten (Eidhammer et al., 2013); $.85$ voor 35 Zweedse forensische patiënten (Belfrage & Douglas, 2012); $.86$ voor 43 algemeen psychiatrische Canadese patiënten en criminele delinquenten (Blanchard & Douglas, 2011); en $.93$ voor 86 Nederlandse forensische patiënten (de Vries Robbé & de Vogel, 2010; de Vogel et al., in druk).

Ook voor de som van de numerieke coderingen van de Historische risicofactoren bleek de correlatie tussen de versies over het algemeen hoog: $r = .85$ voor 20 Noorse forensische patiënten (Eidhammer et al., 2013); $.87$ voor 35 Zweedse forensische patiënten (Belfrage & Douglas, 2012); $.60$ voor 80 Canadese forensische patiënten (Strub & Douglas, 2009); $.86$ voor 43 Canadese algemeen psychiatrische patiënten en criminele delinquenten (Blanchard & Douglas, 2011); in een update van deze groep door Douglas and Strub, 2013, $r = .91$).

De correlatie tussen de V2 en V3 versies voor de som van de Klinische risicofactoren bleek matig tot hoog: $r = .59$ voor 20 Noorse forensische patiënten (Eidhammer et al., 2013), $.76$ voor 35 Zweedse forensische patiënten (Belfrage & Douglas, 2012); en $.78$ voor 43 Canadese algemeen psychiatrische patiënten en criminele delinquenten (Blanchard & Douglas, 2011).

Voor de som van de numerieke coderingen van de Risicohanterings items was de correlatie tussen de versies ook matig tot hoog: $r = .67$ voor Binnen coderingen en $.82$ voor Buiten coderingen voor 35 Zweedse forensische patiënten (Belfrage

& Douglas, 2012); .67 voor Buiten coderingen bij 43 Canadese algemeen psychiatrische patiënten en criminele delinquenten (Blanchard & Douglas, 2011); .81 voor Buiten coderingen bij 20 Noorse forensische patiënten (Eidhammer et al., 2013).

Eén studie bekeek het verband tussen de eindoordelen van de versies. Blanchard en Douglas (2011) rapporteerden een correlatie van $r = .94$ tussen de Eindoordelen in hun gecombineerde onderzoeksgroep van 43 Canadese algemeen psychiatrische patiënten en criminele delinquenten. Bij een update van deze groep ($N = 142$) was deze correlatie .98 (Douglas & Strub, 2013).

In het onderzoek van Blanchard en Douglas (2011) waren de aanwezigheids- en relevantiecoderingen op de items en de eindoordelen ook redelijk sterk gerelateerd aan de scores op de *Psychopathy Checklist: Screenings Version* (PCL-SV; Hart, Cox, & Hare, 1995), waar de r varieerde van .71 (relevantie) tot .79 (aanwezigheid) en .82 (eindoordelen).

Smith en Edens (2013) voerden een concurrente validiteits analyse uit tussen de HCR-20^{v3} conceptversie 3 en de PCL-R scores voor 32 delinquenten die in afwachting waren van hun rechtszitting in een Texaanse gevangenis. De totaalscores van de twee instrumenten correleerden .66 ($p < .001$; met R-Binnen coderingen) en .70 ($p < .001$; met R-Buiten coderingen). De correlatie tussen de PCL-R en de H, C en R-Buiten schalen waren vergelijkbaar met respectievelijk $r = .66$, .62 en .63 (alle p 's $< .001$). De relatie met R-Binnen was enigszins lager ($r = .45$, $p = .01$).

Factor 1 (Affectief / Interpersoonlijk) van de PCL-R correleerde minder sterk met de schaalcoderingen van de HCR-20^{v3} (r 's = .12 tot .32, alle ns) dan PCL-R Factor 2 (Impulsief / Antisociaal) met r 's tussen .64 en .83 (alle p 's $< .001$). H7 (*Persoonlijkheidsstoornis*) was verwijderd bij de analyses met de H-schaal. Facet 1 van de PCL-R (Interpersoonlijk) was zwak en niet significant geassocieerd met de HCR-20^{v3} schaalcoderingen (r 's = .05 tot .21, alle ns); Facet 2 (Affectief) liet enige associatie zien (r 's = .16 tot .39). Het verband met de C-schaal was significant ($r = .39$, $p < .05$) en de correlatie met de H-schaal was marginaal ($r = .34$, $p = .058$). Niet verwonderlijk was het verband tussen PCL-R facet 3 (Impulsief/ Onverantwoordelijk) en de HCR-20^{v3} schaalcoderingen sterker (r 's = .47 tot .66, p 's $< .01$ en $.001$). Facet 4 liet het sterkste verband zien met de HCR-20^{v3} schalen (r 's = .62 tot .81, p 's $< .001$).

Predictieve validiteit

In het pseudo-prospectieve onderzoek van de Vries Robbé en de Vogel (2010, zie ook de Vogel et al., in druk) is de relatie tussen de HCR-20^{V2} en de HCR-20^{V3} conceptversie 1 met gewelddadig gedrag in de maatschappij binnen één, twee en drie jaar na ontslag onderzocht voor 86 Nederlandse forensische patiënten. De *Areas Under the Curve* (AUC's) voor de HCR-20^{V3} aanwezigheidscoderingen waren .67 (na drie jaar), .75 (na twee jaar) en .77 (na één jaar). De AUC's voor de HCR-20^{V2} waren vergelijkbaar en niet significant verschillend met .67, .74 en .80. De AUC's voor de eindoordelen waren .64 (drie jaar), .67 (twee jaar) en .72 (één jaar follow-up). Deze AUC's waren redelijk tot hoog en komen grotendeels overeen met de resultaten die in meta-analyses als effectgrootte voor risicotaxatie naar voren komen (zie bijvoorbeeld Guy, 2008; Guy, Douglas, & Hendry, 2010; Singh, Grann, & Fazel, 2011; Yang et al., 2010).

Doyle, Shaw en Coid (2013) voerden een prospectief onderzoek uit onder 387 forensisch psychiatrische patiënten. Deze onderzoeksgroep betrof het gehele cohort van personen dat gedurende 12 maanden ontslagen werd uit medium secure afdelingen in Engeland en Wales. De HCR-20^{V3} conceptversie 2 werd gescoord aan de hand van interviews en dossiers. Geweld werd gedefinieerd aan de hand van de *MacArthur Community Violence Instrument* (Monahan et al., 2001) waarbij als bronnen officiële politie gegevens, reclasseringsrapporten en interviews met deelnemers en collaterale respondenten zijn gebruikt. Follow-up analyses zijn uitgevoerd voor een follow-up periode van 6 en 12 maanden. Zoals eerder aangegeven was de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid acceptabel.

De gemiddelde totaalcoderingen van de H-, de C- en de R-schaal waren significant hoger zowel na 6 als na 12 maanden voor degenen die gewelddadig waren geweest in vergelijking met degenen die niet gewelddadig waren geweest. De AUC waarden na 6 maanden waren alle significant: Totaalscore (AUC = .73, $p < .001$), H-schaal (AUC = .63, $p < .005$), C-schaal (AUC = .74, $p < .001$), R-schaal (AUC = .67, $p < .001$). De AUC waarden na 12 maanden waren ook allen statistisch significant: Totaal schaal (AUC = .70, $p < .001$); H-schaal (AUC = .63, $p < .001$); C-schaal (AUC = .70, $p < .001$); R schaal (AUC = .63, $p < .001$). Een logistische regressie liet zien dat de totaalscore geweld voorspelde (p 's $< .001$) na zowel 6 als 12 maanden, ook indien er voor leeftijd en geslacht werd gecontroleerd.

Douglas en Strub (2013) bestudeerden via een prospectief onderzoek onder 106 algemeen psychiatrische patiënten en criminele delinquenten (55% mannen) de

predictieve validiteit van de eindoordelen van de HCR-20^{V3}. De resultaten worden beschreven voor zowel de totale groep als per subgroep. De delinquenten hadden een gevangenisstraf van minder dan 2 jaar opgelegd gekregen en waren ofwel (bijna) met ontslag of stonden onder reclasseringstoezicht op het moment van rekrutering. De algemeen psychiatrische patiënten gingen op dat moment met ontslag na een kortdurende klinische behandeling. De HCR-20^{V3} is gescoord op basis van een interview en dossierinformatie. Geweld in de maatschappij is onderzocht na 4 tot 6 weken na de baseline en ook 6 tot 8 maanden na die baseline.

De eindoordelen waren significant gerelateerd aan geweld na 6 tot 8 maanden ($r = .41, p < .001, N = 106$). Dit gold zowel voor de algemeen psychiatrische patiënten ($r = .48, p < .001, n = 50$) als voor de delinquenten ($r = .33, p < .01, n = 56$) apart. De AUC waarden waren vergelijkbaar met de correlaties: voor de gecombineerde groep ($.73, p < .001$), de psychiatrische groep ($.74, p = .01$) en de delinquenten ($.68, p < .05$).

Douglas en Strub (2013) gebruikten een logistische regressie om te bekijken of de voorspellende waarde van de eindoordelen van de HCR-20^{V3} beïnvloed werd door het soort groep (psychiatrisch versus delinquenten). Zowel de eindoordelen van de HCR-20^{V3} als het soort onderzoeksgroep werden in het eerste blok van het model ingevoerd en de interactie er tussen in het tweede blok. De resultaten gaven aan dat noch het soort groep noch de interacties tussen de eindoordelen en de onderzoeksgroep geweld voorspelden (respectievelijk: $B = .84$ and $-.91$, beide p 's $> .19$). Alleen de eindoordelen ($B = 2.67$; $e^b = 14.41$; Wald = 4.61, $p < .05$) werden als voorspellers in het eindmodel opgenomen (Model $\chi^2 = 20.25$; $-2LL = 115.60$; Nagelkerke $R^2 = .24$). Dit geeft aan dat de eindoordelen net zo goed voorspellen voor psychiatrische patiënten als voor delinquenten bij een follow-up van 6 tot 8 maanden, ondanks enige variatie in effectgroottes tussen de groepen zoals hierboven aangegeven en dat de eindoordelen van de HCR-20^{V3} voorspellend waren ook nadat voor groep werd gecontroleerd.

Douglas en Strub (2013) onderzochten verder of de predictieve validiteit van de HCR-20^{V3} eindoordelen gemodereerd werd door sekse. Zowel sekse als de HCR-20^{V3} eindoordelen werden ingevoerd in het eerste blok en de interactie werd ingevoerd in het tweede blok. De resultaten lieten zien dat noch sekse noch de interactie tussen sekse en eindoordelen predictief waren voor geweld ($B = -.55$ and $-.20$, respectievelijk, beiden $p > .46$). Alleen de eindoordelen ($B = 1.16$; $e^b =$

3.19; Wald = 9.13, $p = .003$) waren predictief in het uiteindelijke model (Model $\chi^2 = 20.68$; -2LL = 115.17; Nagelkerke $R^2 = .25$). Dit toont aan dat de HCR-20^{V3} eendoordelen geen verschillende predictieve validiteit hadden voor mannen en vrouwen voor de follow-up periode van 6 tot 8 maanden.

Voor de 4-6 weken follow-up ($N = 101$) bleek eveneens dat de eendoordelen significant voorspellend waren voor geweld ($r = .43$, $p < .001$), zowel voor psychiatrische patiënten ($r = .53$, $p < .001$, $n = 47$) als voor gevangenis populaties ($r = .34$, $p < .01$, $n = 54$). De AUC waarden kwamen overeen met de correlatie waarden voor de gecombineerde steekproef (.81, $p < .001$), psychiatrische patiënten (.91, $p < .01$) en gevangenis populaties (.72, $p < .05$).

Net als bij de 6-8 maanden follow-up gebruikten Douglas en Strub logistische regressie analyse om te onderzoeken of de HCR-20^{V3} eendoordelen gemiddeld werden door de steekproef (psychiatrische versus gevangenispopulatie). HCR-20^{V3} eendoordelen en steekproef werden beide ingevoerd in het eerste blok en de interactie werd in het twee blok ingevoerd. De resultaten lieten zien dat noch de steekproef, noch de interactie tussen steekproef en eendoordelen voorspellend waren voor geweld ($B = 2.39$ and -1.88 , respectievelijk, beiden $p > .15$). Alleen de eendoordelen ($B = 4.92$; $e^b = 137.43$; Wald = 3.99, $p < .05$) waren voorspellend in het uiteindelijke model (Model $\chi^2 = 21.84$; -2LL = 66.44; Nagelkerke $R^2 = .33$). Dit geeft aan dat – hoewel er enkele variatie bestond in effectgroottes tussen steekproeven zoals hierboven vermeld – dat de HCR-20^{V3} eendoordelen niet verschillend predictief waren voor patiënten of delinquenten over een periode van 4-6 weken en dat de HCR-20^{V3} eendoordelen voorspellend bleven na controleren voor de steekproef.

Net als bij de 6-8 maanden follow-up bleek sekse niet te modereren voor de HCR-20^{V3} eendoordelen voor de 4-6 weken follow-up. In een logistische regressieanalyse werden zowel sekse als de HCR-20^{V3} eendoordelen ingevoerd in het eerste blok en de interactie werd ingevoerd in het tweede blok. De resultaten lieten zien dat noch sekse noch de interactie tussen sekse en eendoordelen predictief waren voor geweld ($B = .74$ en $.53$, respectievelijk, beiden $p > .57$). Alleen de eendoordelen ($B = 1.44$; $e^b = 4.24$; Wald = 6.83, $p = .009$) waren predictief in het uiteindelijke model (Model $\chi^2 = 19.52$; -2LL = 68.76; Nagelkerke $R^2 = .30$). Dit toont aan dat de HCR-20^{V3} eendoordelen geen verschillende predictieve validiteit hadden voor mannen en vrouwen voor de follow-up periode van 4-6 weken.

Van de gecombineerde steekproef vertoonde 16% van degenen die als laag risico waren ingeschat (8 van de 49) geweld tijdens de 6-8 maanden follow-up, vergeleken met 36% (12 van de 33) in de matig risico groep en 67% (16 van 24) van degenen met een hoog risico ($\chi^2 = 18.33$, $\phi = .42$, $p < .001$). Wat betreft de 4-6 weken follow-up was 2% (1 van 46) van degenen die als laag risico waren ingeschat gewelddadig, vergeleken met 16% (5 van de 32) in de matig risico groep en 44% (10 van de 23) van degenen met een hoog risico ($\chi^2 = 19.62$, $\phi = .44$, $p < .001$).

Hoewel de analyses vooral gericht waren op de eindoordelen, werden er ook enkele analyses uitgevoerd voor de HCR-20^{V3} aanwezigheid totaalcoderingen in hoeverre ze te vergelijken waren met de HCR-20^{V2} totaalscores. Wanneer de gecombineerde steekproef werd gebruikt voor de 6-8 maanden follow-up bleek zowel V2 significant gecorreleerd met geweld ($r = .46$, $p < .001$), net als V3 ($r = .45$, $p < .001$). Wanneer gekeken werd naar de 4-6 weken follow-up, bleek V2 significant gecorreleerd met geweld ($r = .36$, $p < .001$), net als V3 ($r = .38$, $p < .001$). Hierbij dient te worden opgemerkt dat in deze steekproef de V2 en V3 aanwezigheids coderingen sterk gecorreleerd waren ($r = .91$, $p < .001$).

Daarnaast werden de V2 and V3 eindoordelen vergeleken in deze studie en de resultaten lieten zien dat ze in gelijke mate voorspellend waren voor geweld. Voor de 6-8 maanden follow-up was de correlatie met geweld voor beide instrumenten .41 ($p < .001$) en voor de 4-6 weken waren beiden .43 ($p < .001$). Dit is niet verbazingwekkend aangezien de V2 en V3 eindoordelen min of meer identiek waren in deze studie ($r = .98$, $p < .001$).

Blanchard en Douglas (2011) voerden postdictieve analyses uit naar de associatie tussen enerzijds de aanwezigheid en relevantie coderingen en anderzijds fysiek geweld. De AUC voor de aanwezigheids coderingen was .72, en voor relevantie coderingen was het .81. Het patroon dat de relevantie coderingen iets sterker geassocieerd waren met fysiek geweld bleek te gelden voor iedere schaal. Hoewel deze analyses postdictief waren, is het een eerste indicatie dat zowel de aanwezigheid als de relevantie coderingen gerelateerd zijn aan geweld.

SAMENVATTING BELANGRIJKSTE VERANDERINGEN TUSSEN HCR-20 VERSIE 2 EN 3

In deze sectie wordt een kort overzicht geboden van de belangrijkste veranderingen tussen Versies 2 en 3 van de HCR-20 (zie Tabel 2.1). Deze worden uitgebreid beschreven in de volgende twee hoofdstukken van deze handleiding.

Tabel 2.1 Samenvatting van de belangrijkste veranderingen tussen HCR-20^{V2} en HCR-20^{V3}

A. Veranderingen in de namen van de basisrisicofactoren
B. Veranderingen in de inhoud van enkele risicofactoren
C. Toevoeging van subitems bij complexe risicofactoren
D. Toevoeging van indicatoren voor de risicofactor definities
E. Verfijnde uitwerking van de beoordelingsprocedure

A. Veranderingen in de namen van de basisrisicofactoren

Er zijn substantiële veranderingen gemaakt in de namen van individuele risicofactoren met het doel de items te verduidelijken. Een duidelijk voorbeeld is het voorvoegsel "Geschiedenis van problemen met..." dat toegevoegd is aan de namen van alle Historische factoren; "Recente problemen met..." dat toegevoegd is aan de namen van alle Klinische factoren; en "Toekomst problemen met..." dat toegevoegd is aan de namen van alle Risicohanterings factoren. Andere veranderingen in itemnamen betreffen wezenlijke veranderingen in de inhoud van risicofactoren.

De HCR-20^{V3} risicofactoren worden vermeld in Tabel 2.2 en Tabel 2.3 (met subitems).

Tabel 2.2 HCR-20^{V3} Risicofactoren

Historische schaal (geschiedenis van problemen met...)
<ul style="list-style-type: none"> H1. Geweld H2. Overig antisociaal gedrag H3. Relaties H4. Werk H5. Middelengebruik H6. Ernstige psychische stoornis H7. Persoonlijkheidsstoornis H8. Traumatische ervaringen H9. Gewelddadige opvattingen H10. Respons op behandeling of toezicht
Klinische schaal (recente problemen met...)
<ul style="list-style-type: none"> C1. Inzicht C2. Gewelddadige denkbeelden of intenties C3. Symptomen van ernstige psychische stoornis C4. Instabiliteit C5. Respons op behandeling of toezicht
Risicohanterings schaal (toekomstige problemen met...)
<ul style="list-style-type: none"> R1. Professionele ondersteuning en plannen R2. Leefomstandigheden R3. Persoonlijke steun R4. Respons op behandeling of toezicht R5. Stress / coping

Tabel 2.3 HCR-20^{V3} Risicofactoren (uitgebreid)

Historische schaal (geschiedenis van problemen met...)	
H1.	Geweld
a.	Als kind (12 jaar en jonger)
b.	Als adolescent (13-17 jaar)
c.	Als volwassene (18 jaar en ouder)
H2.	Overig antisociaal gedrag
d.	Als kind (12 jaar en jonger)
e.	Als adolescent (13-17 jaar)
f.	Als volwassene (18 jaar en ouder)
H3.	Relaties
a.	Intieme relaties
b.	Niet-intieme relaties
H4.	Werk
H5.	Middelengebruik
H6.	Ernstige psychische stoornis
a.	Psychotische stoornis
b.	Stemmingsstoornis
c.	Andere ernstige psychische stoornis
H7.	Persoonlijkheidsstoornis
a.	Antisociale of psychopathische persoonlijkheidsstoornis
b.	Andere persoonlijkheidsstoornis
H8.	Traumatische ervaringen
c.	Victimisatie / trauma
d.	Problematische opvoedingssituatie
H9.	Gewelddadige opvattingen
H10.	Respons op behandeling of toezicht

Klinische schaal (recente problemen met...)

- C1. Inzicht
 - a. Inzicht in de stoornis
 - b. Inzicht in het risico van gewelddadig gedrag
 - c. Inzicht in de noodzaak van behandeling
- C2. Gewelddadige denkbeelden of intenties
- C3. Symptomen van ernstige psychische stoornis
 - a. Psychotische stoornis
 - b. Stemmingsstoornis
 - c. Andere ernstige psychische stoornis
- C4. Instabiliteit
 - a. Affectieve instabiliteit
 - b. Gedragmatige instabiliteit
 - c. Cognitieve instabiliteit
- C5. Respons op behandeling of toezicht
 - a. Behandeltrouw
 - b. Responsiviteit

Risicohanterings schaal (toekomstige problemen met...)

- R1. Professionele ondersteuning en plannen
- R2. Leefomstandigheden
- R3. Persoonlijke steun
- R4. Respons op behandeling of toezicht
 - a. Behandeltrouw
 - b. Responsiviteit
- R5. Stress / coping

B. Veranderingen in de inhoud van enkele risicofactoren

Ondanks dat er in V3 veranderingen zijn doorgevoerd op de inhoud van meerdere risicofactoren om hun onderscheidingsvermogen te vergroten (d.w.z. om redundantie of overlap te verminderen), zijn er geen echte veranderingen in de algemene aard of richting van de relevante informatie die verzameld wordt over het risico. De informatie die relevant is voor het risico is wel gereorganiseerd in een iets andere set van risicofactoren, maar de algemene benodigde basisinformatie om de risicofactoren te kunnen coderen is grotendeels gelijk als voor V2. Kleine veranderingen werden bij vrijwel alle risicofactoren doorgevoerd; substantiële veranderingen in individuele risicofactoren kunnen als volgt worden samengevat:

H1: In V3 is deze risicofactor verbreed om zodoende niet alleen de aard en ernst van de geweldsgeschiedenis weer te geven (zoals in V2), maar ook het ontwikkelingstraject.

H2: In V3 is deze risicofactor toegevoegd om de aard, ernst en het ontwikkelingstraject van de geschiedenis van betrokkene te beschouwen wat betreft overig (d.w.z. niet-gewelddadig) antisociaal gedrag. H2 *Overig antisociaal gedrag* bevat informatie die in V2 beschouwd werd als onderdeel van H8 *Problemen in de kindertijd* (met name gedragsproblemen in de kindertijd en adolescentie), H10 *Eerdere onttrekking aan toezicht* (meer specifiek, schending van regels in de instelling of in de maatschappij) en C2 *Negatieve opvattingen* (met name algemene antisociale of procriminele opvattingen). De informatie die beschouwd werd als onderdeel van H2 *Jonge leeftijd bij eerste gewelddadige incident* in V2 wordt nu gezien als deel van H1 *Geweld* in V3.

H3: In V3 is deze risicofactor verbreed om niet alleen problemen met intieme relaties te beschouwen (zoals in V2), maar ook problemen in andere sociale relaties (bijv. familie, vrienden, collega's, burens).

H4: Geen substantiële veranderingen.

H5: Geen substantiële veranderingen.

H6: Geen substantiële veranderingen.

H7: In V3 is deze risicofactor verbreed om niet alleen problemen met de psychopathische persoonlijkheidsstoornis (zoals in V2) te beschouwen, maar ook problemen met andere persoonlijkheidsstoornissen, zoals in H9 *Persoonlijkheidsstoornissen* in V2. Een andere verandering is dat V3 niet langer het gebruik van de PCL-R of PCL:SV vereist voor het coderen van H7 *Persoonlijkheidsstoornis*.

H8: In V3 is deze risicofactor versmald met betrekking tot de focus op traumatische ervaringen, maar verbreed wat betreft ervaringen in de volwassenheid, zowel als in kindertijd en adolescentie. Informatie over gedragsproblemen die werd beschouwd als onderdeel van H8 *Problemen in de kindertijd* in V2 wordt nu beschouwd als onderdeel van H1 *Geweld* en H2 *Overig antisociaal gedrag* in V3.

H9: In V3 is deze risicofactor toegevoegd om informatie op te nemen over pro-gewelddadige attitudes (d.w.z. opvattingen die geweld steunen of goedkeuren) die in V2 onderdeel waren van het item C2 *Negatieve opvattingen*. Informatie over persoonlijkheidsstoornissen die in V2 werd beschouwd als onderdeel van item H9 *Persoonlijkheidsstoornissen* wordt in V3 als deel van H7 *Persoonlijkheidsstoornis* gezien.

H10: In V3 is deze risicofactor verbreed om ook problemen met behandelrespons op te nemen in aanvulling op problemen met institutioneel of maatschappelijk toezicht, zoals in V2.

C1: Geen substantiële veranderingen.

C2: In V3 is deze risicofactor versmald om specifiek te kijken naar ideeën over en plannen voor het plegen van geweld. Informatie over pro-gewelddadige opvattingen die werd beschouwd als onderdeel van C2 *Negatieve opvattingen*, wordt nu gezien als deel van H9 *Gewelddadige opvattingen* in V3.

C3: Geen substantiële veranderingen.

C4: Geen substantiële veranderingen.

C5: In V3 is deze risicofactor verbreed om ook problemen met institutioneel of maatschappelijk toezicht op te nemen in aanvulling op problemen met behandelrespons, zoals in V2.

R1: In V3 is deze risicofactor wat versmald door specifiek te focussen op problemen met het implementeren van professionele hulp en het maken van adequate plannen voor betrokkene. Er is geprobeerd om de overlap tussen dit item en de andere Risicohanterings items te verkleinen.

R2: In V3 is deze risicofactor wat versmald door specifiek te kijken naar problemen met het vinden van leefomstandigheden die voor betrokkene zal helpen om potentieel destabiliserende factoren te vermijden.

R3: Geen substantiële veranderingen.

R4: Deze risicofactor is verbreed door het includeren van toekomstige problemen, niet alleen op gebied van behandeltrouw, maar ook met responsiviteit.

R5: Geen substantiële veranderingen.

C. Toevoeging van subitems bij complexe risicofactoren

Ondanks de pogingen van de auteurs om de definities te versimpelen en verduidelijken zijn sommige risicofactoren veelzijdig en bevatten ze te onderscheiden inhoudelijke domeinen. Voor deze risicofactoren wordt eerst een algemene definitie gegeven, waarna een definitie volgt voor ieder specifiek facet (hierin wordt de precedent gevolgd van de Duitse vertaling van V2 risicofactor H8 *Problemen in de kindertijd*). Deze facetten en hun definities worden subitems genoemd. Het voornaamste doel van het opnemen van subitems is om te waarborgen dat beoordelaars het gehele domein van deze veelzijdige risicofactoren meenemen. Het tweede doel was om beoordelaars te voorzien in een manier om verschillende domeinen apart te kunnen coderen voor klinische of onderzoeksdoeleinden.

Een voorbeeld van een risicofactor met subitems is C1 *Inzicht*. Hier zijn drie subitems toegevoegd, namelijk: *Inzicht in de stoornis*; *Inzicht in het risico van gewelddadig gedrag*; en *Inzicht in de noodzaak van behandeling*. Elk subitem geeft inzicht in een ander aspect van het functioneren. Een ander voorbeeld is H1 *Geweld*. Bij dit item zijn drie subitems toegevoegd die geweld tijdens verschillende ontwikkelingsperioden weerspiegelen.

D. Toevoeging van indicatoren voor de risicofactor definities

In V2 werden de risicofactoren voor het grootste gedeelte gedefinieerd op een principiële of intensionele manier, dat wil zeggen, door te refereren aan de onderliggende algemene kenmerken of eigenschappen. Dit paste bij de traditie van SPJ handleidingen. De handleiding van de SAM voegde echter een verankerende component aan de definities toe, namelijk door het bieden van voorbeelden van de verschillende manieren waarop een bepaalde risicofactor zich kan manifesteren. In V3 is deze gedachtegang gevolgd, door het toevoegen van *indicatoren* voor iedere algemene definitie en voor de definities van de subitems. Het voornaamste doel hiervan is om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de aanwezigheids- en relevantiecoderingen te vergroten en om de klinische bruikbaarheid te vergroten door het faciliteren van het herkennen van casusspecifieke manieren waarop risicofactoren zich kunnen manifesteren.

E. Verfijnde uitwerking van de beoordelingsprocedure

V2 richtte zich vooral op het identificeren en definiëren van de basisrisicofactoren die onderdeel zouden moeten zijn van iedere uitgebreide risicotaxatie van geweld. Volgend op de publicatie van V2, begon men binnen de SPJ benadering te experimenteren met manieren waarop het gehele proces van risicotaxatie en management gestructureerd kon worden. De RSVP handleiding in 2003 had al enkele ontwikkelingen opgenomen, zoals een zesstaps beoordelingsprocedure; het gebruik van codeerbladen om het proces te vergemakkelijken en documenteren; relevantie coderingen voor risicofactoren om de oorzakelijke relevantie te benadrukken met betrekking tot het plegen van geweld en het management van geweldsrisico in het individuele geval; scenarioplanning methoden om de ontwikkeling van geïndividualiseerde risicomangement plannen te faciliteren; en een meer uitgebreide set aan eindoordelen om risicocommunicatie te vergemakkelijken. Meer recent is er veel aandacht gekomen voor risicoformulering (d.w.z. casusconceptualisatie) van het geweldsrisico, inclusief de bespreking van theoretische kaders die hier bruikbaar voor kunnen zijn, hoe protectieve of beschermende factoren in de risicotaxatie opgenomen kunnen worden en hoe het algemene proces van risicotaxatie aangepast kan worden om groepsverschillen weer te kunnen geven, bijvoorbeeld naar sekse of intellectuele beperkingen.

V3 is ontwikkeld aan de hand van een zevenstaps beoordelingsprocedure welke de zes stappen van de RSVP bevat evenals een nieuwe stap waarin de beoordelaar een risicoformulering van het geweldsrisico opstelt. V3 heeft ook

een codeerblad om te helpen bij de afname en verslaglegging. Uiteraard zien de auteurs in dat volledige of uitgebreide evaluaties — waarin alle zeven stappen worden toegepast — niet voor alle beoordelaars of in alle casussen reëel is. Om die reden zijn er ook verkorte codeerbladen ontwikkeld die zich alleen richten op de aanwezigheid en relevantie van risicofactoren en op de eindoordelen.

Een kleine, maar noemenswaardige verandering is dat in V3 het gebruik van een driepunts numeriek schema voor het coderen van de aanwezigheid van de risicofactoren is losgelaten. Het gebruik van nummers in V2 veroorzaakte aanzienlijke verwarring, ondanks dat de auteurs uitdroegen dat nummers wel gebruikt konden worden voor onderzoek, maar niet om beslissingen te nemen wat betreft het risico. Om deze reden worden alle coderingen in V3 gedaan met nominale (d.w.z. alfabetische) schema's.

Het voornaamste doel van deze veranderingen is om de klinische bruikbaarheid van de V3 voor individuele casussen te vergroten.

AANBEVELINGEN VOOR HET EVALUEREN VAN DE HCR-20^{V3}

In deze sectie worden verschillende aanbevelingen gedaan voor het evalueren van de HCR-20^{V3}. Voor meer algemene richtlijnen voor onderzoeksmethoden naar risicotaxatie van geweld zie Douglas, Skeem en Nicholson (2011). In aanvulling hierop worden lezers verwezen naar een checklist (genaamd de *Risk Assessment Guidelines for the Evaluation of Efficacy*, of RAGEE), die is ontwikkeld in consultatie met ongeveer 20 experts op gebied van risicotaxatie (Singh et al., 2013). Deze checklist is bedoeld om consistentie te bereiken in het rapporteren over onderzoek en is een goede samenvatting van het type informatie dat nuttig is om op te nemen in een artikel over risicotaxatie.

Meer in het algemeen doen de auteurs de volgende suggesties voor het evalueren van de HCR-20^{V3}.

Aanwezigheid, relevantie en eindoordelen

Onderzoeken naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en predictieve validiteit van de aanwezigheidscoderingen, relevantiecoderingen en eindoordelen zal cruciaal zijn. De auteurs bevelen hierbij aan om de hoofdfactoren te onderzoeken, in aanvulling op de subitems. Verder raden zij aan dat onderzoekers zowel interviews als dossierinformatie gebruiken, hoewel het onderzoeken van de HCR-20^{V3} op enkel dossierinformatie ook legitiem is. Let er op dat bij onderzoeken naar de betrouwbaarheid een klein aantal gepaarde coderingen

(of drie of meer coderingen per casus) kunnen resulteren in heel veranderlijke metingen van betrouwbaarheid. Wat betreft het analyseren van de predictieve validiteit zijn er een aantal aanbevelingen voor onderzoekers: het gebruik van prospectieve designs; het onderzoeken van de incrementele validiteit van de relevantiecoderingen in vergelijking met de aanwezigheidscoderingen; en het onderzoeken van de incrementele validiteit van de eindoordelen vergeleken met de coderingen (zowel aanwezigheid als relevantie). Tot slot is het belangrijk om geweld op een dusdanige manier te definiëren dat het consistent is met deze handleiding. Uiteraard zullen onderzoekers graag de validiteit willen onderzoeken als onderdeel van verschillende dimensies van geweld (zoals fysiek versus niet-fysiek; acuut versus langere termijn). Sommige uitkomstmaten (bijvoorbeeld, vermogensdelicten of vernieling) vallen echter niet onder de definitie van geweld en zijn als zodanig geen directe test van de validiteit. Wanneer onderzoekers de eindoordelen onderzoeken voor ernstig of acuut dreigend geweld, dienen ze hun uitkomstmaten aan te passen aan deze inschattingen.

Indicatoren

De indicatoren zijn bedoeld als richtlijn; om voorbeelden te geven over hoe risicofactoren zich kunnen manifesteren. Ze zijn niet bedoeld als representatief voor psychometrische tests of voor het construct van de betreffende risicofactor. Onderzoek naar interne consistentie en dimensionaliteit zijn dan ook van weinig betekenis.

Risicoformulering

Onderzoek naar risicoformulering in de risicotaxatie staat nog in de kinderschoenen. De meest basale vorm van evalueren zou zijn om te onderzoeken of het gebruik van risicoformulering de voorspellende waarde van de beoordelingen vergroot alsmede de kwaliteit en effectiviteit van risicomangement, vergeleken met de situatie waarin geen risicoformulering aanwezig is (Hart et al., 2011). Meer specifiek bespreken Hart en collega's (2011) 10 beginselen om risicoformulering te evalueren.

Scenario's planning

Net als met de risicoformulering heeft er nog geen empirische evaluatie plaatsgevonden naar de waarde van scenario's binnen het risicotaxatie veld, terwijl dit bij andere disciplines al wel een lange geschiedenis kent. Op het meest basale niveau is het belangrijk te weten of de opgestelde scenario's (a) risicomangement planning verbeteren; en (b) vaker tot werkelijkheid worden dan scenario's die niet zijn opgesteld. Deze laatste vraag is nogal complex, er van

uitgaande dat professionals altijd actief zullen proberen geweld te voorkomen. Ondanks alle beste intenties komt geweld echter nog steeds voor. Onderzoekers kunnen ook minder opvallende methoden toepassen. Net als bij veel onderzoeken naar risicotaxatie zou de dataverzameling kunnen plaatsvinden op basis van alleen dossierinformatie of op zo'n manier dat het geen invloed heeft op beslissingen over een betrokkene.

Risicomanagement

Er zijn twee kernvragen wat betreft risicomanagement. Ten eerste, vergroot het gebruik van de HCR-20^{V3} de kwaliteit van de risicomanagement plannen? Dat wil zeggen, komen een groter aantal relevante risicofactoren aan bod in de risicomanagement plannen dan anders het geval zou zijn? Een andere manier om deze vraag te formuleren is te evalueren of het gebruik van de HCR-20^{V3} de toepassing van passende en optimale risicomanagement strategieën vergemakkelijkt. Ten tweede, leidt het gebruik van de HCR-20^{V3} uiteindelijk tot een reductie van geweld?

Implementatie

Hoewel dit niet specifiek is voor de HCR-20^{V3}, wordt aangeraden om het implementatie proces te evalueren. De auteurs zijn bekend met vele instellingen waar V2 succesvol is geïmplementeerd en waar men thans bezig is met het implementeren van V3. Publicaties van "implementatie casus studies" kunnen waardevol zijn voor het veld.

Aangrenzende onderwerpen

Net als met andere risicotaxatie metingen, wordt aanbevolen dat de HCR-20^{V3} wordt geëvalueerd met betrekking tot sekse, etniciteit, setting en land. Gezien het feit dat dynamisch risico een belangrijk element is van het SPJ model, is het belangrijk om te evalueren in welke mate de HCR-20^{V3} indexen (aanwezigheid, relevantie, eendoordelen) verandering over de tijd kunnen meten. Het is ook erg belangrijk en informatief om te meten in hoeverre risicoformulering, scenarioplanning en risicomanagement planning kunnen veranderen gedurende de tijd op zo'n manier dat het daadwerkelijk casus specifieke veranderingen weergeeft (d.w.z. wat betreft risicofactoren en wat betreft omstandigheden). Tot slot wordt aanbevolen om individuele casus studies uit te voeren en te publiceren die de principes van de HCR-20^{V3} tot leven brengen. Casus studies die laten zien hoe de HCR-20^{V3} kan leiden tot duidelijke, toetsbare risicoformulering en succesvol risicomanagement, kunnen van grote waarde zijn voor klinici die het instrument gebruiken of gaan leren het te gebruiken.



Hoofdstuk 3 Gebruik van de HCR-20^{V3}

POPULATIES EN SETTINGS

Leeftijd van de onderzochte

De HCR-20^{V3} is bedoeld voor gebruik bij mannen en vrouwen van 18 jaar of ouder. Hier mag flexibel mee omgegaan worden; in sommige gevallen kan de HCR-20^{V3} voor iets jongere personen worden gescoord (bijv. 16 of 17 jaar). De beoordelaar dient in dergelijke gevallen zelf te beslissen of de HCR-20^{V3} het meest geschikt is of dat een ander instrument meer geschikt is. Soms is het aan te raden om zowel de HCR-20^{V3} als een instrument specifiek voor adolescenten te gebruiken, bijvoorbeeld de *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY; Borum, Bartel, & Forth, 2006; Nederlandse versie: Lodewijks, Doreleijers, de Ruiter, & de Wit-Grouls, 2006) of de *Youth Level of Service / Case Management Inventory* (YLS/CMI; Hoge & Andrews, 2002; Nederlandse versie: Hildebrand & de Ruiter, 2012).

Settings en toepassingen

De HCR-20^{V3} is bedoeld om het risico van gewelddadig gedrag te beoordelen wanneer dat vanuit een wettelijk of klinisch oogpunt nodig is. De HCR-20^{V3} kan gebruikt worden voor besluitvorming op het gebied van geweldsrisico's binnen penitentiaire, algemeen psychiatrische en forensisch psychiatrische settings, zowel klinisch als ambulante. Veel voorkomende toepassingen van de HCR-20^{V3} zijn: (a) besluitvorming over ontslag (uit een penitentiaire, psychiatrische of forensische instelling); (b) besluitvorming over opname (in een penitentiaire, psychiatrische of forensische instelling); (c) toezicht op het risico bij iemand die gedetineerd of klinisch opgenomen is; en (d) toezicht op het risico bij iemand met een maatregel waarbij hij / zij in de maatschappij onder toezicht staat van een justitiële autoriteit.

Binnen deze algemene toepassingen kan de HCR-20^{V3} gebruikt worden: (a) wanneer een overplaatsing van een hoger beveiligingsniveau naar een lager beveiligings- of toezichtniveau overwogen wordt; (b) om de voortgang in een behandeling of interventie gericht op vermindering van risico's te evalueren; (c) om toekomstige risicomanagement- en behandelplannen te bepalen; en (d) om prioriteit aan te brengen in de casuïstiek.

De HCR-20^{V3} bevat - net als haar voorganger de HCR-20 - een verzameling risicofactoren waarvoor empirische evidentie bestaat in verschillende settings

en situaties. Naast gebruik voor risicomanagement kan gebruik van de HCR-20^{V3} van nut zijn bij de rechtshandhaving en in werksettings, bijvoorbeeld bij formele onderzoeken naar gewelddadige incidenten. Tenslotte kan de HCR-20^{V3} bruikbaar zijn in combinatie met professionele richtlijnen voor het taxeren van risico op instellingsniveau in plaats van op individueel niveau. Een voorbeeld van een instrument hiervoor is de *Promoting Risk Intervention by Situational Management* (PRISM; Johnstone & Cooke, 2008). Verder kan het waardevol zijn om andere instrumenten te gebruiken die ontwikkeld zijn om samen met de HCR-20 te gebruiken, zoals de *Structured Assessment of Protective Factors for violence risk* (SAPROF; de Vogel, de Rooter, Bouman, & de Vries Robbé, 2007, 2012) voor het inschatten van beschermende factoren of de *Female Additional Manual* (FAM; de Vogel, de Vries Robbé, van Kalmthout, & Place, 2011) voor een uitgebreidere evaluatie bij vrouwelijke onderzochten. Deze instrumenten kunnen worden gebruikt bij zowel de HCR-20^{V2} als de HCR-20^{V3}.

Soms zijn er bijzondere omstandigheden waarin er onmiddellijk een besluit over het risico genomen dient te worden, zoals bij de taxatie van een acuut dreigend risico. In dergelijke omstandigheden zal er vaak geen tijd zijn om de HCR-20^{V3} te coderen en is het instrument dus niet toepasbaar.

Het onderzochte criterium: risico van interpersoonlijk geweld

De HCR-20^{V3} is bedoeld voor de beoordeling van het risico van interpersoonlijk geweld. De definitie luidt: *daadwerkelijk toegebracht lichamelijk letsel aan een andere persoon, een poging daartoe of dreiging daarmee. Lichamelijk letsel* omvat fysiek letsel, maar ook ernstige psychische schade, als het "substantieel interfereert met de gezondheid of het welzijn van een individu". Psychische schade omvat de angst voor lichamelijk letsel en andere emotionele, psychische of cognitieve gevolgen van de (gewelddadige) handeling. Bij de toelichting voor het coderen van Item H1 *Geweld* wordt meer in detail besproken wat wel en niet onder de definitie van geweld valt (zie pagina 115 Hoofdstuk 4).

In het algemeen dienen handelingen die zo ernstig zijn dat ze leiden tot straf- of civielrechtelijke vervolging of waarvoor de dader aangeklaagd had kunnen worden, als gewelddadig beschouwd te worden. Handelingen die minder ernstig zijn dienen niet als gewelddadig aangemerkt te worden.

⁷ R. v. McCraw, 1991, p. 81, Supreme Court of Canada.

Bedreigingen dienen duidelijk en onmiskenbaar te zijn, bijvoorbeeld: "Ik ga je afmaken!". Wat betreft *poging tot geweld* is er meestal nauwelijks onderscheid in het gedrag of de intentie van de dader tussen een poging of een voltooide gewelddadige handeling, behalve het al dan niet slagen ervan. Daarom worden pogingen ook tot de definitie van geweld gerekend. Tabel 3.1 vat de definitie samen.

Tabel 3.1 HCR-20^{v3} Definitie van geweld

Geweld vindt plaats als...	
A.	Een persoon een handeling uitvoert (of niets doet),
B.	met enige mate van intentie, die
C.	lichamelijke of ernstige psychische schade
D.	veroorzaakt of had kunnen veroorzaken
E.	bij een andere persoon of personen.

Handelingen die *ernstige psychische schade* veroorzaken, zoals belaging, wederrechtelijke vrijheidsberoving, afpersing of ontvoering gelden als geweld. Het opnemen van psychische schade in de definitie van geweld is consistent met juridische beginselen. Dreigen met geweld, of handelingen die vooral psychisch in plaats van lichamelijk leed berokkenen (bijv. ontvoering, afpersing) kunnen namelijk leiden tot juridische gevolgen zoals arrestatie, vervolging, of een gedwongen opname in een psychiatrische kliniek. Het opnemen van psychische schade in de definitie van geweld is bovendien te rechtvaardigen vanuit empirisch bewijs waaruit blijkt dat psychische schade evenveel of zelfs nog meer impact kan hebben dan lichamelijke schade.

De handeling, poging, of het dreigement moet - tot op zekere hoogte - bewust of intentioneel zijn en dus niet per ongeluk. De handelingen waren bedoeld om letsel te veroorzaken, of ze waren zo roekeloos dat ze letsel hebben veroorzaakt. Dit wil zeggen dat de persoon redelijkerwijs had kunnen weten dat er een aanzienlijke kans was op letsel of angst voor letsel. Dit geldt zelfs in het geval van een psychotisch motief. Opgemerkt dient te worden dat juridische begrippen binnen het strafrecht en het civiele recht, zoals schuld en toerekeningsvatbaarheid niet direct corresponderen met deze definitie van intentionaliteit. Beoordelaars dienen te kijken naar de aard van de handelingen,

pogingen of dreigementen en niet naar de mogelijke juridische maatregelen. Zo valt een gewelddadige handeling waarvoor iemand ontoerekeningsvatbaar is verklaard op grond van een ziekelijke stoornis van de geestvermogens, meestal wel onder de definitie van geweld van de HCR-20^{V3}.

Wilsbekwaamheid vereist alleen dat de persoon zich in enige mate bewust is dat de handeling, poging of het dreigement lichamelijke schade tot gevolg kan hebben. Het oordeel over de mate van bewuste overweging dient onafhankelijk plaats te vinden van de juridische oordelen over de schuldtoerekening, omdat dit laatste op andere standaarden gebaseerd is.

Specificeren van de aard van het geweld

In bepaalde settings bestaat vooral behoefte aan een inschatting van het risico van ernstig lichamenlijk geweld. De HCR-20^{V3} kan hiervoor gebruikt worden. De definitie van ernstig lichamenlijk letsel voldoet immers aan de algemene definitie van geweld in de HCR-20^{V3}. Verder heeft onderzoek aangetoond dat verschillende soorten en gradaties van geweld met elkaar correleren, wat betekent dat iemand die in het algemeen een verhoogd geweldsrisico heeft, ook een verhoogd risico van ernstige vormen van geweld heeft. Het verschil tussen geweld dat ernstig lichamenlijk letsel veroorzaakt en geweld dat dit niet doet is vaak toevallig. Meta-analytisch onderzoek met de voorganger van de HCR-20^{V3}, de HCR-20, laat zien dat het instrument ernstige en minder ernstige vormen van geweld met vergelijkbare nauwkeurigheid voorspelt (Guy, 2008).

Zoals in de Stappen 5 en 6 van de *Beoordelingsprocedure* beschreven (zie p. 100-108), wordt aangeraden om bij het opstellen van het eindoordeel over het risico, de risicoformulering en de risicomangement strategieën niet alleen het algemene geweldsrisico mee te wegen, maar ook het risico van ernstig lichamenlijk letsel en het risico van acuut dreigend geweld. Op basis van het onderzoek naar de aard, de context en de ernst van gewelddadig gedrag uit het verleden, kunnen beoordelaars verwachtingen formuleren over de aard van toekomstig geweld.

Uitsluitingsregels

Schade aan goederen of *dierenmishandeling* worden niet beschouwd als geweld, tenzij het bedoeld is om angst bij of schade aan personen te berokkenen (bijv. een stoel kapot slaan, of een dier verwonden in aanwezigheid van een persoon en daarbij zeggen "dit is wat ik met jou zal doen!"). Dit wil niet zeggen dat de HCR-20^{V3} (of de HCR-20) *schade aan goederen* niet kan voorspellen – de instrumenten zijn

alleen niet specifiek daarvoor ontworpen. Handelingen uit *zelfverdediging* of *de verdediging van anderen* worden niet gezien als gewelddadig, zolang de mate van het geweld niet groter is dan noodzakelijk om zichzelf of anderen te beschermen. Handelingen die in andere opzichten aan de definitie van geweld voldoen, maar die *wettelijk geoorloofd zijn* (bijv. sporten, militair optreden, rechtshandhaving) worden niet beschouwd als geweld tenzij ze verder gaan dan wettelijk toegestaan.

Kwalificaties van de gebruiker

Correct gebruik van de HCR-20^{v3} vereist aanzienlijke professionele vaardigheden en beoordelingsvermogens. Gebruikers dienen dan ook aan een aantal kwalificaties te voldoen:

1. Kennis over geweld. Gebruikers moeten op de hoogte zijn van de professionele en wetenschappelijke literatuur over de aard, oorzaken en effectieve behandeling van geweld.
2. Deskundigheid op het gebied van individuele psychodiagnostiek. Gebruikers moeten opgeleid zijn in en ervaring hebben met interviewen en met het beoordelen van informatie afkomstig van derden (ook wel collaterale informatie genoemd). Opleiding en ervaring in de toepassing en interpretatie van gestandaardiseerde testmethoden kan nuttig zijn.
3. Deskundigheid op het gebied van psychische stoornissen. Gebruikers moeten opgeleid zijn in en ervaring hebben met diagnostiek van As I stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verslaving.

Gebruikers die niet aan de derde kwalificatie-eis voldoen, kunnen de HCR-20^{v3} gebruiken op één van de volgende manieren:

1. Beoordeel de risicofactoren die verband houden met psychische stoornissen in consultatie met - of onder supervisie van deskundigen die wel de vereiste deskundigheid en kwalificaties hebben.
2. Beoordeel de risicofactoren die verband houden met psychische stoornissen door te verwijzen naar deskundigen die gelijktijdig of al eerder psychodiagnostisch onderzoek hebben verricht en die wel de vereiste ervaring en kwalificaties hebben.
3. Beoordeel de risicofactoren voorlopig die verband houden met psychische stoornissen, documenteer dit zorgvuldig en benadruk het belang van een formele bevestiging van deze voorlopige diagnose door iemand met de vereiste deskundigheid en kwalificaties.

4. Beoordeel de risicofactoren die verband houden met psychische stoornissen niet en documenteer dit feit. Stel vast in hoeverre de onvolledigheid van de taxatie van invloed is op het eindoordeel.

De vereiste kwalificaties variëren per rechtssysteem. Het is ook mogelijk dat teams van deskundigen de HCR-20^{V3} coderen (zie ook p. 80). Een psychiater of een psychiatrisch verpleegkundige zou bijvoorbeeld de items over psychische stoornissen kunnen coderen, een psycholoog de items over persoonlijkheidsstoornissen en een maatschappelijk werker of reclasseringsmedewerker de items over de sociale situatie en toekomstplannen. In een dergelijke samenstelling is het belangrijk dat iemand met volledige kwalificaties het totaal van de coderingen overziet en dat deze persoon verantwoordelijk is voor de uiteindelijke oordelen en alle besluiten die daaruit voortkomen.

Gebruik voor klinische en forensische besluitvorming

Wanneer de HCR-20^{V3} gebruikt wordt voor het nemen van klinische en forensische beslissingen - dat wil zeggen, beslissingen over de plaatsing, behandeling, of het toezicht van een persoon - dan moeten gebruikers een hoog niveau van kennis en deskundigheid hebben (bijv. master niveau universitaire opleiding of andere gespecialiseerde opleiding, klinische ervaring onder supervisie). Ook dient men over de vereiste beroepsmatige certificering te beschikken (bijv. BIG-geregistreerd, in een ander vereist register opgenomen, of op andere manieren wettelijk gerechtigd om risicotaxaties uit te voeren).

Gebruik voor onderzoeksdoeleinden

Als de HCR-20^{V3} gebruikt wordt voor onderzoeksdoeleinden mag het instrument gescoord worden door niet volledig gekwalificeerde beoordelaars. Deze beoordelaars dienen dan wel gesuperviseerd te worden door volledig gekwalificeerde gebruikers, die tevens de verantwoordelijkheid dragen voor de ethische behandeling van de proefpersonen. Onderzoekers dienen zich te realiseren dat de kwaliteit van de risicotaxaties achteruit kan gaan indien beoordelaars beperkte kennis of deskundigheid hebben. Hierdoor kunnen de onderzoeksbevindingen mogelijk niet generaliseerbaar zijn naar klinische settings. In alle onderzoekspublicaties dienen auteurs de kwalificaties te vermelden van de personen die de HCR-20^{V3} hebben gescoord (d.w.z. opleidingsniveau, hoeveelheid en soort training, functie).

Opleiding van gebruikers

Een specifiek trainingsprogramma voor de HCR-20^{V3} verzorgd door de auteurs / vertalers (of door anderen) wordt wel aanbevolen, maar is niet verplicht. Adequate training kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld door zelfstudie, het uitvoeren van risicotaxaties onder supervisie van een deskundige en het bijwonen van lezingen of workshops. De opleiding zou de volgende componenten moeten bevatten:

1. Een zorgvuldige bestudering van de HCR-20^{V3} handleiding.
2. Een bestudering van belangrijke ontwikkelingen op het gebied van risicotaxatie van gewelddadig gedrag (literatuur verschenen sinds de publicatie van de HCR-20^{V3} handleiding).
3. Het coderen van oefencasuïstiek op basis van dossierinformatie en / of dossier plus video.
4. Het coderen van echte casussen onder supervisie van - of in consultatie met gekwalificeerde collega's die ervaring hebben in het gebruik van de HCR-20^{V3}.

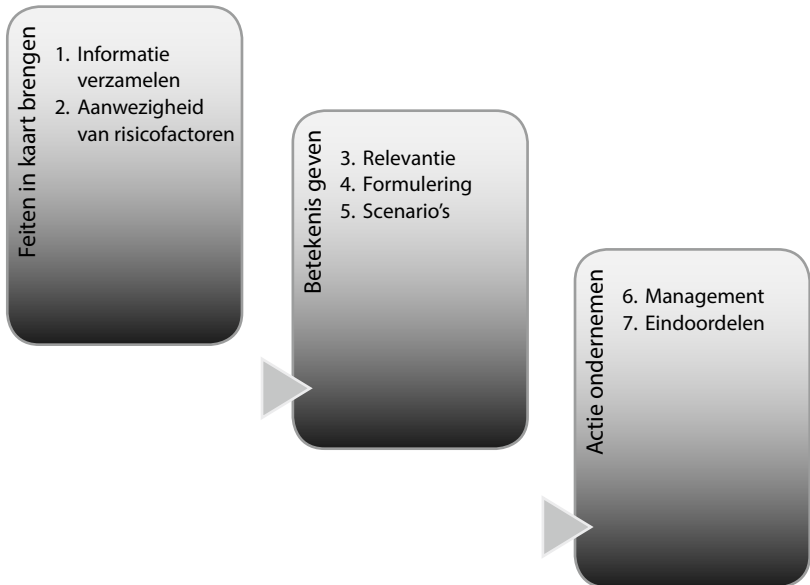
De eerste twee componenten van de opleiding zullen tussen de 8 en 16 uur studietijd vergen en de laatste twee componenten nog eens 8 tot 16 uur. In totaal vereist een basale opleiding in risicotaxatie van geweld met behulp van de HCR-20^{V3} dus tussen de 16 en 32 uur (2 tot 4 dagen) studietijd.

BEOORDELINGSPROCEDURE: OVERZICHT

De HCR-20^{V3} beoordelingsprocedure bestaat uit zeven stappen. In Stap 1 wordt de basisinformatie over de casus verzameld en gedocumenteerd. In Stap 2 coderen de beoordelaars de aanwezigheid van de 20 gedefinieerde risicofactoren (en de eventuele subitems) in drie domeinen (Historisch, Klinisch en Risicohantering) en eventueel extra casusspecifieke risicofactoren. In Stap 3 coderen de beoordelaars de relevantie van de factoren met het oog op het plegen of voorkomen van toekomstig geweld. In Stap 4 integreren beoordelaars de informatie over een casus tot een risicoformulering. In Stap 5 identificeren en beschrijven beoordelaars de meest waarschijnlijke scenario's van toekomstig geweld. In Stap 6 geven beoordelaars aanbevelingen voor strategieën om het geweldsrisico te hanteren. In Stap 7 leggen beoordelaars hun eindoordelen over het algemene risiconiveau vast. In de volgende paragrafen wordt elk van deze stappen tot in detail besproken. Figuur 3.1 geeft een overzicht van de stappen.

De HCR-20^{V3} codeerbladen (zie Codeerblad en www.hoevenkliniek.nl) kunnen samen met de HCR-20^{V3} handleiding gebruikt worden om het beoordelingsproces op een eenvoudige en efficiënte manier vast te leggen.

Figuur 3.1 Overzicht van de stappen in de HCR-20^{V3}



STAP 1: CASUSINFORMATIE

Informatie verzamelen

Om een inschatting te kunnen maken van het risico van geweld dient informatie te worden verzameld over de aanwezigheid van de risicofactoren in de Historische, Klinische en Risicohanterings domeinen en over eventuele veranderingen door de tijd op deze factoren.

Idealiter bevat de informatie ten behoeve van een risicotaxatie de volgende zaken:

1. Interviews met, observaties van en andere informatie over de onderzochte.
2. Interviews met of informatie over slachtoffers.
3. Informatie van collaterale bronnen, inclusief familieleden, vrienden, buren en (voormalig) hulpverleners.
4. Een bestudering van het strafrechtelijk dossier, inclusief het uittreksel uit het Centraal Justitieel Documentatie register, processen verbaal, verslagen van rechtszittingen, Pro Justitia rapportages, verslaglegging vanuit detentie en reclasserings- en ontslagrapportages.
5. Een bestudering van de gegevens over de fysieke en mentale gezondheid van de onderzochte, inclusief o.a. diagnostiekverslagen en behandelevauaties.
6. Een bestudering van het opleidings- en arbeidsverleden van de onderzochte en gegevens vanuit de sociale dienst.
7. Resultaten van psychodiagnostische tests.

Deze lijst geeft een ideale situatie weer. De hoeveelheid informatie die over een persoon verzameld kan worden is zeer groot. In de praktijk zullen beoordelaars moeten proberen alle informatie te verzamelen die redelijkerwijs noodzakelijk is om tot een conclusie te kunnen komen over het risico van de persoon in de betreffende context. Beoordelaars moeten daarbij een balans zien te vinden tussen volledigheid (*alle* informatie verzamelen die voorhanden is) en efficiëntie (*alleen* de informatie die redelijkerwijs noodzakelijk is). De nadruk moet liggen op informatie die uniek is (niet redundant), betrouwbaar (afkomstig van betrouwbare bronnen) en bruikbaar (direct relevant voor de risicotaxatie).

Twee bronnen van informatie zijn met name van belang bij het coderen van de HCR-20^{V3}: dossierinformatie en informatie uit interviews met de onderzochte. Dossierinformatie is belangrijk omdat het minder vatbaar is voor vertekening of voor onjuistheden in de zelfbeoordeling van de onderzochte.

Het wordt aangeraden om de persoon te interviewen, tenzij dit onmogelijk is. Dit is in lijn met de meest gangbare ethische en praktische gedragscodes in de geestelijke gezondheidszorg. Een gestandaardiseerd interview protocol wordt niet nodig geacht aangezien het juist de bedoeling is dat de HCR-20^{V3} geïntegreerd wordt met bestaande procedures in de praktijk. De onderwerpen die in een interview besproken dienen te worden zijn vergelijkbaar met onderwerpen die in het dossieronderzoek naar voren moeten komen. In principe zouden voor het coderen van de HCR-20^{V3} geen extra vragen te hoeven worden gesteld dan die al aan bod komen in een diepgaand psychosociaal interview.

In zulke interviews is het doorgaans het doel om een compleet beeld te krijgen van de geschiedenis, de risicofactoren, de geestestoestand, het criminele- en gewelddadige verleden, de voorgaande behandel- en begeleidingservaringen, het huidige functioneren, de persoonlijkheid en de interpersoonlijke relaties van de onderzochte. Het interview is vooral belangrijk voor het beoordelen van het huidige functioneren zoals ingeschat met de Klinische schaal en het beoordelen van persoonlijkheids- en gedragseigenschappen. Bepaalde onderwerpen zullen wellicht lastig voor de onderzochte zijn om te bespreken. De auteurs vertrouwen er op dat deskundigen in staat zijn om dergelijke onderwerpen bespreekbaar te maken.

Psychodiagnostische onderzoeken zullen niet in alle gevallen nodig zijn, misschien zelfs meestal niet. Het wordt aan de deskundigheid van de beoordelaar overgelaten om te beslissen of dit soort onderzoek noodzakelijk is voor een specifieke casus. Psychodiagnostisch onderzoek wordt aangeraden wanneer er volgens de beoordelaar één of meer factoren in de HCR-20^{V3} zijn die niet zonder verder onderzoek beoordeeld kunnen worden. Psychodiagnostische onderzoeken kunnen bijvoorbeeld van nut zijn bij de beoordeling van items over psychische stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen.

De context van de risicotaxatie kan belangrijke beperkingen opleveren voor de informatie die wordt verzameld. Sommige taxaties worden bijvoorbeeld uitgevoerd in aanloop naar - of als onderdeel van een lopend (justitieel) onderzoek. Dit soort 'operationele' risicotaxaties, ook wel dreigingsanalyses genoemd, worden meestal uitgevoerd door de rechtelijke macht, beveiligingsdiensten of personeels en organisatie deskundigen. Ze kunnen gebaseerd zijn op beperkte informatie, zoals de klachten van een slachtoffer, een kort interview met bekenden of collega's en een bestudering van de straflijst of personeelsgegevens. In uitzonderlijke gevallen kan de identiteit van de onderzochte onbekend zijn en de hele risicotaxatie gebaseerd zijn op één of twee gesprekken met - of over het slachtoffer. Als het doel van de risicotaxatie is om operationele beslissingen te nemen, kunnen beoordelaars soms niet anders dan zich baseren op beperkte informatie. De volgende vragen zouden naar voren kunnen komen in een operationele risicotaxatie: Zouden we deze verdachte moeten arresteren of deze medewerker moeten schorsen gedurende de uitvoering van een gedetailleerd onderzoek? Moeten we deze bomdreiging serieus nemen? Zouden we dit slachtoffer moeten adviseren om te vluchten naar een veilig onderkomen, in elk geval totdat de verdachte is gearresteerd?

Beoordelaars dienen zich er van bewust te zijn dat de kwantiteit en kwaliteit van de gebruikte informatie een belangrijke invloed kan hebben op de consistentie (betrouwbaarheid) en accuraatheid (validiteit) van hun oordelen. Padgett, Webster en Robb (2005, p. 937) onderzochten zes potentiële oorzaken van inadequate dossierinformatie. Hierbij adviseerden zij beoordelaars om na te denken over hoe beperkte informatie een negatief effect kan hebben op de accuraatheid van de beoordelingen en raadden zij voorzichtigheid aan in geval van niet beschikbare essentiële dossierinformatie.

Beoordelaars dienen een inschatting te maken over de kwantiteit en kwaliteit van de casusinformatie en zich een oordeel te vormen over de geloofwaardigheid van de verschillende informatiebronnen. Vervolgens zou geprobeerd moeten worden om tegenstrijdige informatie bij elkaar te krijgen. Zo kan er bijvoorbeeld verschillende informatie zijn over de omvang van het geweldsverleden of over gedrag ten tijde van het plegen van delicten. Er kan onduidelijkheid zijn over het arbeidsverleden of over relatieproblemen, of er is mogelijk geen informatie beschikbaar over plannen bij ontslag. Beoordelaars dienen te rapporteren over hun inschatting van de adequaatheid van de casusinformatie en hun oordelen en aanbevelingen hier naar te kwalificeren.

Beoordelaars moeten daarnaast beseffen dat de informatie die zij verzamelen gevoelig kan zijn. Het is belangrijk dat de rechten van de geïnterviewden worden gerespecteerd door *informed consent* te verkrijgen en hun vertrouwelijkheid zoveel als mogelijk te beschermen. In sommige gevallen hebben onderzochten geen recht op *informed consent* (bijv. wanneer een taxatie is opgelegd door de rechtbank) of op vertrouwelijkheid (bijv. wanneer een taxatie onderdeel is van een openbare hoorzitting). In dergelijke gevallen dienen beoordelaars wel te proberen om instemming van de onderzochte te verkrijgen en duidelijk uitleg te geven over de beperkingen van zijn / haar rechten en over het gebruik van de verzamelde informatie. Indien de verzamelde informatie de veiligheid van potentiële slachtoffers in gevaar zou kunnen brengen dient deze uiterst vertrouwelijk behandeld te worden. In het algemeen wordt aangeraden om professioneel, juridisch correct en ethisch verantwoord om te gaan met verzamelde informatie.

Documenteren van informatie

Duidelijke en nauwkeurige verslaglegging is essentieel voor goede zorgverlening en voor bescherming van wettelijke aansprakelijkheid (Monahan, 1993; Shepard

& Pence, 1999). Bevindingen die niet goed gedocumenteerd zijn kunnen nutteloos of zelf schadelijk zijn. Het verdient de aanbeveling te beginnen met het vastleggen van basisinformatie over de casus, zoals het casus / registratienummer en de hoofdpunten uit het geweldsverleden, inclusief de slachtofferkenmerken en de data waarop belangrijke gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Ook wordt aangeraden te vermelden welke informatiebronnen zijn geraadpleegd ten behoeve van de risicotaxatie.

Team versus individuele risicotaxaties

In sommige situaties kan de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van risicotaxaties verdeeld zijn over verschillende deskundigen. Zo kan een psychiater de psychiatrische stoornissen vaststellen, een psycholoog de persoonlijkheid of het intellectueel functioneren beoordelen en een behandelaar, begeleider of reclasseringsmedewerker de ontslagplannen evalueren. Het is acceptabel - en zelfs wenselijk - om de HCR-20^{V3} te coderen op basis van rapportages van verschillende onafhankelijke deskundigen. Eén beoordelaar dient echter verantwoordelijkheid te nemen voor de integratie van de verschillende componenten van de taxatie.

In het document *Best Practices in Managing Risk* (2007) van het *United Kingdom Department of Health* wordt beschreven dat alle deskundigen die betrokken zijn bij risicotaxaties in staat moeten zijn om sensitief en bekwaam te handelen ongeacht afkomst, geloof, leeftijd, geslacht, handicaps en seksuele oriëntatie van de onderzochte.⁸ Een andere richtlijn die wordt beschreven gaat over de omgang met mogelijke klinische vertekeningen: risicomangement plannen zouden ontwikkeld moeten worden door multidisciplinaire teams die werken in een open, democratische en transparante cultuur die een lerende praktijk omarmt.⁹ De auteurs van dit invloedrijke document hebben ervaren dat besluitvorming op basis van teams mogelijke vooroordelen van individuele beoordelaars kunnen compenseren. Het bewijs dat in het algemeen teams betere beslissingen nemen dan individuele klinici is echter nog beperkt.

De Vogel en de Ruiters (2006) publiceerden een onderzoek over team versus individueel gebruik van de HCR-20^{V2} in een prospectieve studie met 127 mannelijke forensische patiënten. Patiënten werden door drie mensen

⁸ Zie Best Practice Point 12, p. 23.

⁹ Zie Best Practice Point 14, p. 27.

beoordeeld (een onderzoeker, een hoofd behandeling en een sociotherapeut), die eerst onafhankelijk van elkaar de HCR-20^{v2} risicofactoren en het eindoordeel hadden gescoord en vervolgens de casus bediscussieerden in een overleg van ongeveer een uur om tot een consensusbeoordeling te komen op de items en het eindoordeel. Zij rapporteerden dat (gebruik makend van ROC analyses) de gemiddelde voorspellende waarde voor de individuele beoordelingen sterk was (AUC's rond de .70 voor H-schaal, C-schaal, R-schaal, HCR-20^{v2} totaal coderingen en eindoordeelen). De AUC's van consensusbeoordelingen waren echter nog sterker, tussen de .77 en .86. De AUC voor het consensus eindoordeel risico was .86, vergeleken met AUC's van .77, .75 en .64 voor de drie groepen van individuele beoordelaars.

Verreweg de meeste onderzoeken naar de drie versies van de HCR-20 en andere SPJ instrumenten zijn uitgevoerd met individuele beoordelaars. Gezien de sterkte van het empirisch bewijs uit deze onderzoeken kan er van uitgegaan worden dat de HCR-20^{v3} door individuele beoordelaars kan worden toegepast, aangenomen dat de gebruiker voldoende gekwalificeerd is. Gebaseerd op de beschikbare data over beoordelingen in consensus, geloven de auteurs er echter zeker in dat er voordelen zijn van het gebruik van de HCR-20^{v3} door teams van beoordelaars.

STAP 2: AANWEZIGHEID VAN RISICOFACTOREN

Nadat de informatie is verzameld en gedocumenteerd dienen beoordelaars de aanwezigheid van de individuele factoren te coderen. Voor elk van de 20 risicofactoren wordt een code gegeven, evenals voor de eventuele subitems en de casus-specifieke factoren.

De aanwezigheid van de factoren wordt gescoord op een 3-puntsschaal die de zekerheid van het oordeel weergeeft. Tabel 3.2 geeft een overzicht van de scoringsinstructies weer. De codering *Ja* geeft aan dat de beoordelaar op basis van de verzamelde informatie concludeert dat de factor zeker of volledig aanwezig is. De codering *Deels* geeft aan dat de beoordelaar op basis van de verzamelde casusinformatie concludeert dat de risicofactor mogelijk of gedeeltelijk aanwezig is. Oftewel, de beoordelaar beschikt over informatie waaruit blijkt dat de risicofactor aanwezig is, maar de informatie is zwak, tegenstrijdig of niet overtuigend. Ten slotte geeft de codering *Nee* aan dat de beoordelaar op basis van de verzamelde informatie concludeert dat de factor niet aanwezig is / er geen bewijs is voor de aanwezigheid van de factor.

Tabel 3.2 Coderen van de aanwezigheid van de HCR-20^{V3} risicofactoren

Ja	De informatie toont aan dat de factor aanwezig is.
Deels	De informatie toont aan dat de factor mogelijk of gedeeltelijk aanwezig is.
Nee	De informatie toont aan dat de factor niet aanwezig of niet van toepassing is.
Openlating	Er is geen betrouwbare informatie op basis waarvan de aanwezigheid van de factor beoordeeld kan worden.

Bij het coderen van de risicofactoren wordt aangeraden om zowel het bewijs vóór als het bewijs tegen de risicofactoren te documenteren. Dit kan bijdragen aan een evenwichtige code en aan het kunnen verantwoorden van coderingen in de verslaglegging en de mondelinge communicatie.

Beoordelaars dienen steeds het doel van de aanwezigheidsbeoordeling in het oog te houden. Het coderen van de factoren is een middel om een doel te bereiken, geen doel op zich. Het uiteindelijke doel van het coderen is ervoor te zorgen dat beoordelaars alle relevante informatie over elke factor hebben overwogen en zich een mening hebben gevormd over de problemen van onderzochte op die domeinen die van belang zijn bij de besluitvorming en communicatie over het risico van geweld.

Openlaten van risicofactoren

Het openlaten van factoren kan het risicotaxatie proces ernstig bemoeilijken. In het bijzonder kunnen openlatingen het moeilijk zo niet onmogelijk maken om de relevantie van risicofactoren te coderen, om adequate risicoformuleringen, scenario's en behandelplannen te ontwikkelen en om eindoordelen te vormen over het risico van geweld. Beoordelaars dienen alle redelijkerwijs mogelijke inspanningen te leveren om ontbrekende informatie te verzamelen voordat potentieel belangrijke factoren opengelaten worden.

Indien er - ondanks de uiterste inspanningen van de beoordelaar - geen informatie beschikbaar is over een bepaalde factor, of wanneer de verzamelde informatie onbetrouwbaar wordt geacht, dient de factor niet gescoord te worden

(d.w.z. open te worden gelaten). Factoren dienen niet opengelaten te worden simpelweg omdat de beoordelaar onzeker is over de aanwezigheid van de factor. In dergelijke gevallen is een code *Deels* op zijn plaats.

Er is een verschil tussen het openlaten van een item wegens het ontbreken van informatie of informatie die als onbetrouwbaar wordt gezien (en dus genegeerd moet worden) en het coderen van een risicofactor als *Nee*. In dit laatste geval heeft de beoordelaar bepaald dat er betrouwbaar bewijs is dat een factor afwezig is. Een voorbeeld is wanneer de documentatie over een onderzochte geen bewijs bevat voor misbruik van middelen in het verleden en onderzochte zelf ontkent hier ooit problemen mee te hebben gehad. In een dergelijk geval zou een code *Nee* op zijn plaats zijn. Oftewel, wanneer de beoordelaar de informatie over de *afwezigheid* van een risicofactor betrouwbaar acht, dient de factor niet opengelaten te worden, maar gescoord te worden als afwezig.

Wanneer factoren worden opengelaten dient dit te worden vermeld en tevens óf en hoe het oordeel zou veranderen als volledige informatie wel beschikbaar zou zijn. Ook dienen er aanbevelingen te worden gedaan over hoe ontbrekende informatie zou kunnen worden achterhaald als er meer tijd en middelen beschikbaar zouden zijn.

Coderen van de Historische factoren

De Historische factoren beschrijven de geschiedenis van de onderzochte op het gebied van de psychosociale aanpassing. De Historische schaal geeft een kernset weer van belangrijke risicofactoren voor geweld die op enig moment in het verleden van de onderzochte mogelijk aanwezig waren. Deze risicofactoren kunnen van cruciale betekenis zijn voor het begrijpen van het huidige en toekomstige risico van geweld. Het is daarom belangrijk dat beoordelaars niet alleen de Historische risicofactoren zorgvuldig coderen, maar ook de huidige en toekomstige relevantie van deze risicofactoren beoordelen. De Historische risicofactoren zijn niet statisch of onveranderbaar. Hoewel iemand altijd een hoge code op deze items krijgt als de risicofactor aanwezig was in het verleden (bijvoorbeeld iemand met jarenlang middelenmisbruik), moeten beoordelaars de huidige en toekomstige relevantie van de risicofactoren beoordelen op basis van de huidige situatie.

De Historische risicofactoren zijn niet conceptueel met elkaar verbonden. Ze vormen een beschrijving van het verleden en een samenvatting van wat in

de literatuur over geweld als kern risicofactoren bekend is. Het kan wel nuttig zijn deze 10 risicofactoren in drie categorieën in te delen: (a) aanpassings- of levensproblemen; (b) problemen met de geestelijke gezondheid; en (c) antisociaal gedrag in het verleden.

1. Aanpassings- of levensproblemen komen terug in H3 (*Relaties*), H4 (*Werk*) en H8 (*Traumatische ervaringen*).
2. Problemen met de geestelijke gezondheid betreffen H5 (*Middelengebruik*), H6 (*Ernstige psychische stoornis*) en H7 (*Persoonlijkheidsstoornis*).
3. Antisociaal gedrag in het verleden komt terug in H1 (*Geweld*), H2 (*Overig antisociaal gedrag*), H9 (*Gewelddadige opvattingen*) en H10 (*Respons op behandeling of toezicht - Verleden*).

Periode van coderen De periode van coderen van de Historische factoren betreft de gehele voorgeschiedenis. Het gaat hierbij om de vraag: heeft de onderzochte ooit problemen gehad op dit gebied? Historische factoren dienen ook als aanwezig gescoord te worden als gebeurtenissen slechts enkele dagen, weken of maanden voor de beoordeling hebben plaatsgevonden en ook gebruikt worden voor het beoordelen van de Klinische factoren. Er is dus een zekere mate van overlap in de inhoud van de HCR-20^{v3}, zowel binnen als tussen de drie domeinen van risicofactoren. Beoordelaars hoeven zich echter geen zorgen te maken over het dubbel tellen van bepaalde informatie. Dit zou alleen een probleem zijn als de risicofactoren bij elkaar opgeteld zouden worden om tot een actuariële eindbeoordeling te komen, maar dat is niet hoe de HCR-20^{v3} gebruikt dient te worden.

Ook als een Historische factor al vele jaren niet meer zichtbaar of actief is dienen beoordelaars toch aan te geven dat de factor aanwezig is. Als iemand bijvoorbeeld in het verleden in ernstige mate middelen heeft misbruikt, maar dit al jaren niet meer heeft gedaan, dan moet item H5 (*Middelengebruik*) toch als aanwezig worden gescoord. De beoordelaar kan daarbij echter aangeven dat de risicofactor niet relevant is voor het huidige of toekomstige risico van geweld (zie verder Stap 3 *Relevantie van de factoren*). De factor is dan ook van minder grote betekenis voor het huidige risicomanagement.

Bijhouden van de Historische items. Hoewel personen doorgaans hoog blijven scoren op de Historische factoren vanwege hun voorgeschiedenis, moeten beoordelaars er altijd attent op blijven dat de coderingen op de Historische items

aangepast kunnen worden voor de huidige situatie. Dit kan nodig zijn wanneer: (a) een risicofactor die voorheen afwezig was (of deels of mogelijk aanwezig) aanwezig wordt vanwege recent gedrag (bijv. de onderzochte kan recent een eerste psychotische episode hebben gehad); of (b) recente betrouwbare informatie aanleiding geeft dat de code aangepast dient te worden. Ook de relevantie van items (op elke schaal) kan veranderen in de loop van de tijd, ook al verandert de aanwezigheid niet (zie verder Stap 3).

Coderen van de Klinische factoren

De Klinische factoren gaan over het recente psychosociale functioneren van de onderzochte. Deze factoren zijn altijd belangrijk om mee te wegen, ook al bevindt iemand zich al langere tijd in een gecontroleerde omgeving. De periode voor het coderen van deze factoren is het recente verleden – dat wil zeggen een aantal weken of maanden direct voorafgaand aan de beoordeling. Het gaat hierbij om de vraag: heeft de onderzochte *recent* problemen gehad met betrekking tot deze risicofactor?

Hoewel de meeste risicofactoren in de HCR-20^{v3} in potentie kunnen veranderen (inclusief de Historische factoren), zijn de Klinische factoren bedoeld om relatief korte termijn veranderingen vast te leggen. In sommige gevallen kan verandering zich op de zeer korte termijn manifesteren (binnen enkele dagen), terwijl in andere gevallen de verandering geleidelijker is (maanden). Deze nadruk op dynamisch risico komt overeen met de sterkere focus in het forensische veld om risicofactoren te beoordelen die van direct belang zijn voor interventies en management (Andrews, 2012; Douglas & Skeem, 2005; Dvoskin & Heilbrun, 2001; Mulvey & Lidz, 1995).

De Klinische factoren worden idealiter regelmatig opnieuw beoordeeld. Sommige beoordelaars zullen de risicofactoren vanuit hun positie echter eenmalig coderen. Als andere deskundigen vervolgens de verantwoordelijkheid krijgen voor het risicomangement, dan wordt geadviseerd dat de Klinische factoren op dat moment opnieuw beoordeeld worden. In sommige situaties zal de Klinische schaal eenmalig gebruikt worden omdat de omstandigheden een nieuwe beoordeling niet mogelijk maken. Indien het enigszins mogelijk is, moeten deze risicofactoren echter herhaaldelijk worden gescoord en daarmee ook de eindoordeel en de management strategieën worden aangepast.

Periode van coderen Voorafgaand aan het coderen van de Klinische factoren dienen de beoordelaars een specifieke periode te bepalen waarvoor de persoon wordt beoordeeld. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de aard van en reden voor de beoordeling, belangrijke veranderingen in de levensomstandigheden en het functioneren van de onderzochte gedurende de afgelopen weken of maanden en de beschikbaarheid van informatie. Er is geen algemeen vastgestelde beoordelingsperiode voor de klinische factoren. Voor sommige personen zal nog nooit eerder een beoordeling hebben plaatsgevonden of zullen de resultaten van eerdere beoordelingen niet bekend of beschikbaar zijn. Hieronder worden enkele richtlijnen geboden.

1. Een goede strategie is een belangrijk of gemakkelijk te onthouden moment in het leven van de onderzochte te kiezen en dit te gebruiken als startpunt voor de beoordeling, met als einddatum het moment van de beoordeling. Dit belangrijke moment kan bijvoorbeeld zijn het moment van aanhouding of opname, een verhuizing, of stabilisatie door middel van nieuwe medicatie.
2. Als een persoon voor het eerst beoordeeld wordt dient de periode voor de Klinische factoren de voorafgaande zes maanden te zijn. Indien de beoordelaar geen informatie heeft over de afgelopen zes maanden dan dient de periode hier zo dicht mogelijk bij te liggen.
3. De optimale periode voor het beoordelen van de Klinische factoren ligt tussen de één en zes maanden voorafgaand aan de beoordeling. Beoordelaars vinden het vaak moeilijk om te coderen als de periode korter dan een maand is. Dit komt doordat bepaalde gebeurtenissen om het item te kunnen coderen relatief weinig voorkomen wat het lastig maakt om bepaald gedrag te observeren (bijv. wanneer een onderzochte uit zijn vertrouwde omgeving is gehaald en in een instelling is opgenomen). Coderen is ook moeilijker wanneer de periode langer is dan zes maanden, omdat beoordelaars zich dan vaak genoodzaakt voelen fluctuaties in die periode niet mee te tellen en te kiezen voor 'gemiddeld' of 'kenmerkend' gedrag.
4. Indien een persoon regelmatig gezien wordt door een deskundige (bijv. tijdens regelmatige afspraken), dan wordt geadviseerd dat de Klinische items bij iedere sessie of afspraak bijgewerkt worden. In die gevallen is de passende evaluatie periode dus de periode vanaf de vorige keer dat de persoon is gezien.

Evaluatie intervallen Beoordelaars moeten beslissen wat een geschikt tijdsinterval is tussen de huidige en toekomstige evaluatie van de Klinische

factoren. Wanneer dienen de Klinische items opnieuw beoordeeld te worden? Net als met de periode van coderen geldt hiervoor dat dit interval voor elke casus anders kan zijn. Hieronder worden enkele richtlijnen geboden.

1. Hoog risico casussen zouden vaker opnieuw beoordeeld dienen te worden dan laag risico casussen. Beoordelaars kunnen beslissen dat maandelijks, wekelijkse of in uitzonderlijke gevallen zelfs dagelijkse herbeoordelingen nodig zijn bij hoog risico casussen. Voor laag risico casussen kan een termijn van zes maanden worden overwogen.
2. In principe wordt geadviseerd om, indien mogelijk, de Klinische schaal binnen een termijn van zes maanden opnieuw te beoordelen. Hiervan kan afgeweken worden voor personen die stabiel functioneren en die gedurende minimaal twaalf opeenvolgende maanden geen gewelddadig gedrag hebben vertoond. In dergelijke gevallen is een jaarlijkse herbeoordeling te verantwoorden.
3. Los van de hierboven genoemde richtlijnen dient een herbeoordeling plaats te vinden in de volgende gevallen:
 - a. De onderzochte heeft recentelijk duidelijke gedragsveranderingen laten zien in zijn / haar functioneren;
 - b. De onderzochte heeft recentelijk gewelddadig gedrag vertoond;
 - c. Een overplaatsing wordt overwogen of zal plaatsvinden (d.w.z. een verandering in het beveiligings- of toezicht niveau of ontslag uit de instelling).

Aanvullende overwegingen Er zijn nog enkele aanvullende opmerkingen bij deze items in verband met de risicoformulering:

1. Naast het aangeven of de Klinische items op enig moment gedurende de periode van coderen aanwezig waren, dienen beoordelaars aan te geven of de Klinische risicofactoren *momenteel* aanwezig zijn. Dit betekent dat de beoordelaar niet noodzakelijkerwijs 'het gemiddelde moet nemen' van de risicofactor gedurende de evaluatie periode. Indien de onderzochte bijvoorbeeld tijdens een evaluatie periode van zes maanden alleen actieve psychotische symptomen had in de eerste maand, maar daarna niet meer, dan moet de onderzochte een code krijgen die weergeeft dat de risicofactor aanwezig was op enig moment gedurende de beoordelingsperiode. De beoordelaar kan daarnaast voor zichzelf een aantekening maken dat de risicofactor op het moment van coderen niet aanwezig is.

2. De beoordelaar kan er ook voor kiezen voor zichzelf te documenteren of de risicofactor fluctueerde gedurende de evaluatie periode. Dit levert meer informatie op over de aard van de risicofactor. Hierdoor zal de beoordelaar inzicht krijgen in het beloop van iedere risicofactor tijdens de periode van beoordeling (toename, afname of stabiel).

Coderen van de Risicohanterings factoren

De Risicohanterings factoren gaan over de verwachte psychosociale aanpassing van de onderzochte op basis van zijn / haar doelen en toekomstplannen. De periode voor het coderen van deze factoren is de nabije toekomst, dat wil zeggen enkele weken of maanden na de beoordeling. Het gaat hierbij om de vraag: zal de onderzochte naar alle waarschijnlijkheid in de nabije toekomst problemen krijgen met deze risicofactoren?

Hoewel zowel de Historische als de Klinische schalen ook relevant zijn voor en een duidelijke plek dienen te krijgen in het opstellen van risicomangement plannen, is vooral de Risicohanterings schaal bedoeld om de aandacht van beoordelaars te richten op de ontwikkeling van passende, op de toekomst gerichte risicomangement plannen. Daarnaast kan hierbij worden ingeschat welke mogelijke barrières er zijn voor succesvol management en hoe hier het beste mee om kan worden gegaan.

De Risicohanterings factoren zijn dynamisch. Geadviseerd wordt om, net als voor de Klinische factoren, deze items regelmatig opnieuw te evalueren; zo vaak als zinvol is voor de situatie van de onderzochte. Het is aan te bevelen de Risicohanterings items tegelijk met de Klinische items te herbeoordelen, omdat veranderingen in het recente functioneren gevolgen kunnen hebben voor het toekomstige functioneren en daarmee voor de haalbaarheid van de gemaakte plannen.

Beoordelaars dienen voor het coderen van de Risicohanterings items eerst een geschikte periode te bepalen die wordt gezien als de 'nabije toekomst'. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de aard van en reden voor de beoordeling en met verwachte veranderingen in de levensomstandigheden en het functioneren van de onderzochte in de komende weken of maanden. Verder dient rekening te worden gehouden met belangrijke klinische of juridisch gebeurtenissen, zoals de datum voor de komende behandelplan- of patiëntbespreking of een verlengingszitting. De optimale periode voor het

coderen van de Risicohanterings factoren ligt tussen de 1 à 2 maanden en ongeveer 12 maanden. Het is vaak lastig om met zekerheid te oordelen over de specifieke plannen van een onderzochte indien de evaluatie periode korter dan een maand of langer dan 12 maanden is. Hieronder worden enkele richtlijnen geboden.

Evaluatie intervallen en voorspellingsperiode De Klinische schaal moet worden gescoord gebaseerd voor een logische periode in het recente *verleden*. Voor de Risicohanterings schaal moet worden gescoord op basis van een logisch gekozen periode in de nabije *toekomst*. Beoordelaars dienen aan te geven welk tijdsbestek in de toekomst het meest geschikt is voor het coderen van de Risicohanterings items. Geadviseerd wordt om deze periode gelijk te maken aan de evaluatie termijn. Dat wil zeggen dat wanneer een hoog risico casus maandelijks door een deskundige wordt gezien, deze de Risicohanterings items voor de komende maand dient te coderen. Indien een persoon stabiel is en halfjaarlijks of jaarlijks beoordeeld wordt, dan kunnen de Risicohanterings items gescoord worden voor de komende zes of twaalf maanden.

De aanbevelingen voor het bepalen van een tijdsinterval voor evaluatie van de Risicohanterings schaal zijn gelijk aan die voor de Klinische schaal:

1. Hoog risico casussen zouden in principe vaker opnieuw beoordeeld dienen te worden dan laag risico casussen. Voor hoog risico casussen kunnen beoordelaars beslissen dat maandelijks, wekelijkse of in uitzonderlijke gevallen zelfs dagelijkse herbeoordelingen nodig zijn. Voor laag risico casussen kan de beoordelaar een termijn van zes tot twaalf maanden overwegen als een geschikt tijdsinterval.
2. Er wordt geadviseerd om, indien mogelijk, het interval voor de herbeoordeling van de Risicohanterings schaal niet langer dan zes maanden te laten zijn. tenzij een persoon gedurende minimaal twaalf opeenvolgende maanden stabiel gefunctioneerd heeft en geen gewelddadig gedrag heeft vertoond. In dergelijke gevallen kunnen jaarlijkse herbeoordelingen volstaan.
3. Los van de hierboven genoemde richtlijnen dient een herbeoordeling plaats te vinden in de volgende gevallen:
 - a. De onderzochte heeft recentelijk duidelijke gedragsveranderingen laten zien in zijn / haar functioneren;
 - b. De onderzochte heeft recentelijk gewelddadig gedrag vertoond;
 - c. Een overplaatsing wordt overwogen of zal plaatsvinden (d.w.z. een verandering in het beveiligings- of toezicht niveau; ontslag uit de instelling).

Invloed van de Historische en Klinische schalen op de Risicohanterings schaal

Beoordelaars worden aangemoedigd na te denken over hoe de risicofactoren van de Historische schaal en de Klinische schaal van invloed kunnen zijn op de toekomstplannen van de onderzochte en op de haalbaarheid van die plannen. Daarnaast dient beoordeeld te worden of ze mogelijk van invloed zijn op het psychologisch functioneren, de levensomstandigheden en de relaties met anderen. De kans dat plannen zullen slagen kan niet worden ingeschat zonder goede kennis van de risicofactoren – zowel van die uit het verleden als van de meer recente factoren.

Coderingen voor binnen en buiten de instelling

De Risicohanterings factoren kunnen zowel gescoord worden voor personen die in een instelling verblijven en daar ook voor enige tijd zullen blijven, als voor personen die met ontslag gaan of die al in de maatschappij verblijven. Er zijn twee mogelijkheden voor de Risicohanterings schaal: *Institutioneel (In)* of *Maatschappij (Uit)*. Scoor voor de 'In' evaluatie de items met het oog op verblijf in de instelling. Scoor voor de 'Uit' evaluatie van personen die momenteel in een instelling verblijven de items op basis van ontslagplannen en -planning, *alsof de persoon op dit moment met ontslag zou gaan met de bestaande plannen*. Zijn de plannen goed genoeg om het risico in de maatschappij te beheersen als de persoon nu direct met ontslag zou gaan? Als de onderzochte al in de maatschappij verblijft, dienen de items gescoord te worden vanuit de veronderstelling dat hij / zij in de maatschappij zal blijven wonen, tenzij er andere afspraken bekend zijn of worden overwogen.

Plannen van risicomangement

Beoordelaars worden aangemoedigd na te denken over de aard en intensiteit van benodigde risicomangement maatregelen die leiden tot zo laag mogelijke coderingen op de Risicohanterings items. Beoordelaars kunnen overwegen om hypothetische plannen voor de toekomst op te stellen en deze op de Risicohanterings schaal te beoordelen om (a) de planning en het risicomangement proces te ondersteunen; en (b) doelen te bepalen waar aan gewerkt kan worden. De HCR-V3 codeerbladen in de Bijlagen kunnen beoordelaars ondersteunen in dit proces.

Coderen van risicofactoren met subitems

Sommige HCR-20^{V3} risicofactoren zijn veelomvattend, terwijl andere factoren relatief eenduidig zijn. Voor enkele risicofactoren zijn twee of meer inhoudelijke *subitems* geïdentificeerd. De subitems kunnen beoordelaars helpen om complexe risicofactoren beter te begrijpen en een meer betrouwbare inschatting van de

aanwezigheid van de factor te maken. Beoordelaars kunnen er voor kiezen de aanwezigheid van ieder subitem apart te coderen. Dit kan bijdragen aan meer diepgaande klinische of statistische analyses van de HCR-20^{v3}. Bij het beoordelen van de subitems dienen dezelfde algemene instructies te worden gevolgd als voor de risicofactoren.

Indicatoren

Voor elke HCR-20^{v3} risicofactor is een lijst met indicatoren opgesteld. Voor risicofactoren met subitems zijn voor ieder subitem indicatoren weergegeven. Indicatoren zijn representatieve voorbeelden van het soort informatie waar een beoordelaar naar op zoek gaat bij het coderen van een risicofactor. Indicatoren ondersteunen de beoordelaar in het begrijpen en betrouwbaarder coderen van de risicofactoren. De indicatoren kunnen ook nuttig zijn voor het krijgen van meer inzicht in de individuele manifestering van risicofactoren. Hoewel de indicatoren primair bedoeld zijn ter ondersteuning van het coderen van de risicofactoren, kunnen beoordelaars of onderzoekers er voor kiezen de aanwezigheid van iedere afzonderlijke indicator apart te coderen ter ondersteuning van diepgaande klinische of statistische analyses van de HCR-20^{v3}. De aanwezigheid van indicatoren kan op een dichotome schaal worden gescoord: *Ja* als de indicator aanwezig is en *Nee* als de indicator afwezig is.

Samenhang tussen indicator en risicofactor

Het is niet mogelijk aan te geven hoeveel indicatoren er precies aanwezig moeten zijn om te mogen concluderen dat de risicofactor aanwezig is. De indicatoren zijn voorbeelden van hoe een risicofactor aanwezig zou kunnen zijn. Als er meerdere indicatoren aanwezig zijn kan meestal worden verondersteld dat de risicofactor aanwezig is. Het kan echter ook zijn dat een risicofactor als aanwezig wordt beoordeeld indien slechts één indicator aanwezig is.

Het beoordelen van een risicofactor dient in beginsel te gebeuren aan de hand van de algemene definitie van de risicofactor, waarna ter ondersteuning de indicatoren bestudeerd kunnen worden. Het is ongebruikelijk om een code *Nee* te geven wanneer verschillende indicatoren aanwezig zijn.

STAP 3: RELEVANTIE VAN DE RISICOFACTOREN

In deze stap wordt de relevantie van de risicofactoren beoordeeld met het oog op het ontwikkelen van risicomangement plannen. Met relevantie wordt bedoeld: de mate waarin een factor een cruciale rol heeft gespeeld in het gewelddadige

gedrag van de onderzochte en het belang van de factor voor het voorkomen van toekomstig geweld. Risicofactoren die als relevant worden beoordeeld zijn belangrijk bij het opstellen van plannen over monitoren, behandeling of begeleiding van de onderzochte of bij het opstellen van plannen voor de veiligheid van slachtoffers.

De auteurs beschouwen de relevantie van risicofactoren als een middel om een brug te slaan tussen de wetenschap en de klinische praktijk (Douglas, Blanchard, & Hendry, 2013; Hart et al., 2003). Met het coderen van de aanwezigheid van factoren in Stap 2 wordt vastgelegd in welke mate de onderzochte risicofactoren heeft die volgens de huidige wetenschappelijke kennis belangrijk zijn. Risicofactoren hoeven niet voor iedereen even relevant te zijn (zie ook Monahan et al., 2001). Met andere woorden: ieder mens is (a) net als alle andere mensen; (b) zoals sommige andere mensen; (c) als geen ander mens (zie Kluckhohn & Murray, 1953, p. 53).

Aangezien de HCR-20^{v3} bedoeld is voor klinische evaluaties met als doel aanbevelingen te doen over het geweldsrisico en risicomanagement van een individu, is het belangrijk om te beschrijven hoe de *aanwezige* risicofactoren *relevant* zijn voor het geweldsrisico van deze persoon. Dit is de dagelijkse realiteit in de klinische praktijk: elke risicotaxatie is uniek. Toch dient het ook verankerd te zijn in de wetenschap. Het coderen van de relevantie is dan ook bedoeld om de klinische praktijk te faciliteren zonder de wetenschappelijke kaders uit het oog te verliezen. Zoals blijkt uit de besproken onderzoeksliteratuur in Hoofdstuk 2 lijkt het coderen van de relevantie van risicofactoren toegevoegde voorspellende waarde te hebben op de item coderingen.

Een risicofactor wordt als relevant beoordeeld indien het:

1. Een essentiële rol had in het gewelddadige gedrag in het verleden.
2. Waarschijnlijk van invloed is op gewelddadig gedrag in de toekomst.
3. Waarschijnlijk het vermogen van de onderzochte aantast om niet-gewelddadige probleemoplossende vaardigheden toe te passen of om niet-gewelddadige of niet-conflictueuze interpersoonlijke relaties aan te gaan.
4. Noodzakelijk is om te beheersen om het risico te verlagen.

Eén van de meest belangrijke criteria voor het beoordelen van de relevantie van factoren is hun oorzakelijke relatie met geweld. Risicofactoren hebben ten minste drie functies ten aanzien van geweld: ze kunnen beslissingen om tot geweld over te gaan motiveren, ontremmen of destabiliseren. *Motivatoren* zorgen ervoor dat geweld een aantrekkelijke of belonende keuze is. Wanneer iemand bijvoorbeeld erg kwaad is, kan hij / zij ervan overtuigd zijn dat het intimideren van een ander een effectieve manier is om zijn / haar gevoelens te uiten. Een ander voorbeeld is wanneer iemand er irrationeel van overtuigd is dat hij / zij gevolgd wordt door agenten van buitenlandse inlichtingendiensten en het noodzakelijk acht hen aan te vallen om zichzelf te kunnen beschermen. *Ontremmers* zorgen ervoor dat iemand minder vatbaar is voor beperkingen en verboden op geweldpleging, waarbij het niet uitmaakt of deze intrinsiek of extrinsiek van aard zijn. Een voorbeeld is wanneer iemand door alcoholintoxicatie in combinatie met bepaalde persoonlijkheidstrekken (bijv. meedogenloos) minder angst ervaart wanneer hij / zij ruzie heeft met een huisgenoot en deze persoon bedreigt. *Destabilatoren* verstoren het vermogen om de eigen besluitvorming te volgen en te beheersen. Voorbeelden zijn dat chronisch drugsgebruik, een acute psychische stoornis of ernstige stressoren het vermogen kunnen aantasten om zich te kunnen concentreren of de omgeving op juiste wijze waar te nemen. Ook kunnen deze dingen invloed hebben op het herkennen en overwegen van verschillende (wel of niet gewelddadige) reactiemogelijkheden in een bepaalde situatie, of op het ontwikkelen, implementeren en herzien van actieplannen.

Een ander belangrijk criterium voor het beoordelen van de relevantie van factoren is de mate waarin ze de effectiviteit van de risicomanagement strategieën kunnen tegenwerken. Een negatieve houding ten opzichte van autoriteiten die samenhangt met crimineel gedrag kan bijvoorbeeld leiden tot het weigeren van hulp aangeboden door een reclasseringsmedewerker. Financiële problemen ontstaan door chronische werkloosheid kunnen het moeilijk maken om een vaste woonplek te vinden en behandeling te volgen.

De belangrijkste vraag voor beoordelaars is niet of een factor een noodzakelijke of voldoende conditie is voor gewelddadig gedrag, maar of het waarschijnlijk is dat de factor een belangrijke invloed heeft op de besluitvorming van de persoon om gewelddadig te worden, of indien van toepassing, op de mogelijkheid van slachtoffers om beslissingen te nemen over het waarborgen van hun veiligheid.

Hoe bepalen beoordelaars welke risicofactoren relevant zijn in een bepaalde situatie en op welke manier? Helaas is er geen eenvoudige of objectieve test om

de relevantie vast te stellen, noch een eenduidige wetenschappelijk richtlijn. Immers, wat in het algemeen geldend is hoeft niet te gelden voor deze specifieke casus. Dit betekent dat beoordelingen over de relevantie eigenlijk hypotheses zijn, gebaseerd op wetenschappelijke theorieën en onderzoek, professionele deskundigheid en de feiten in de betreffende casus.

Hoewel er geen eenvoudige operationalisatie van relevantie is, worden enkele richtlijnen geboden om te beoordelen of een factor voldoet aan één van de bovengenoemde vier aspecten van relevantie. Ten eerste wordt *anamnestisch onderzoek* naar geweld door de onderzochte in het verleden sterk aanbevolen. Door een zorgvuldige bestudering van eerdere gewelddadige incidenten kan men de gedragsmatige, cognitieve, affectieve en situationele oorzaken van geweld identificeren (Melton, Petrila, Polythress, & Slobogin, 2007; Otto, 2000). Voor toekomstig geweld hoeven niet dezelfde oorzaken een rol te spelen, maar deze informatie biedt wel een stevige basis voor het formuleren van hypotheses over de relevantie van de verschillende risicofactoren voor toekomstig geweld.

Een tweede bruikbare methode om de mogelijke oorzakelijkheid van risicofactoren te begrijpen is door een *functionele analyse* van geweld te maken. Het voornaamste doel hiervan is om meer inzicht te krijgen in de functie – of het doel – dat geweld heeft voor een persoon (Skinner, 1953). Onderzoek laat zien dat geweld vaak meerdere functies heeft, zoals het uiten van boosheid, het verkrijgen van materiële goederen, het ontwijken van eisen en het verminderen van spanningen (Daffern & Howells, 2009; Daffern, Howells, & Ogloff, 2006).

Tabel 3.3 Coderen van de relevantie van de HCR-20^{v3} factoren

Hoog	De informatie wijst erop dat de factor relevant is voor het opstellen van risicomanagement plannen.
Matig	De informatie wijst erop dat de factor misschien of gedeeltelijk relevant is voor het opstellen van risicomanagement plannen.
Laag	Er is geen informatie die erop wijst dat de factor relevant is voor het opstellen van risicomanagement plannen.
Openlating	Er is geen betrouwbare informatie om te beoordelen of de factor relevant is voor het opstellen van risicomanagement plannen.

De relevantie wordt gescoord op een 3-puntsschaal (zie Tabel 3.3). *Laag* betekent dat op basis van de verzamelde informatie wordt geconcludeerd dat de factor niet relevant is voor het geweldsrisico van de onderzochte of voor het opstellen van risicomanagement plannen. Dit kan verklaard worden doordat de factor: (a) afwezig is; (b) aanwezig is, maar dat het waarschijnlijk geen oorzakelijke rol speelt in toekomstig geweld; of (c) aanwezig is, maar dat het waarschijnlijk geen sterke negatieve invloed zal hebben op de effectiviteit van de risicomanagement strategieën. *Matig* betekent dat de beoordelaar concludeert dat de factor enigszins aanwezig is, maar dat de rol van de factor in het veroorzaken van geweld of in het belemmeren van effectief risicomanagement waarschijnlijk beperkt is of onduidelijk. Ten slotte betekent *Hoog* dat de beoordelaar concludeert dat de factor aanwezig is en dat de rol van de factor in het veroorzaken van geweld of in het belemmeren van effectief risicomanagement duidelijk en substantieel is.

Aanvankelijke beoordelingen van de relevantie kunnen later nog gewijzigd worden tijdens het opstellen van de risicoformuleringen en de risicoscenario's in Stap 4 en 5.

Het bepalen van de relevantie van risicofactoren kan het beste plaatsvinden nadat alle factoren op aanwezigheid zijn beoordeeld. Tijdens het beoordelen van de aanwezigheid van risicofactoren wordt doorgaans duidelijk welke factoren het meest of minst cruciaal zijn voor het begrijpen of formuleren van het risico.

Wanneer een risicofactor als afwezig is ingeschat, is het niet logisch om deze risicofactor als matig of hoog relevant te beoordelen. In sommige gevallen zou dit kunnen leiden tot de lastige situatie dat Klinische en Risicohanterings factoren die op dit moment niet aanwezig zijn (en dus ook niet als relevant kunnen worden gescoord), wel relevant zouden zijn voor het risico van geweld indien ze op enig moment toch aanwezig zouden worden. Een voorbeeld is wanneer gewelddadig gedrag in het verleden sterk werd bepaald door psychotische symptomen (C3 *Symptomen van ernstige psychische stoornis*) of gedragsmatige instabiliteit (C4 *Instabiliteit*), maar dat de onderzochte momenteel stabiel is en geen actieve symptomen heeft en deze items dus als afwezig worden beoordeeld. Het is echter begrijpelijk dat een beoordelaar deze items alsnog als hoog relevant wil beoordelen om daarmee het gedrag uit het verleden te kunnen begrijpen en om het toekomstige risico in te schatten. In dergelijke gevallen wordt aangeraden om na te denken of de relevantie niet gescoord kan worden bij één van de Historische factoren. Wat betreft psychotische symptomen zal iemand waarschijnlijk een *Ja*

krijgen op item H6 *Ernstige psychische stoornis*. Instabiliteit kan voortkomen uit een *Persoonlijkheidsstoornis* (H7), *Traumatische ervaringen* (H8) of *Middelengebruik* (H5). Op deze manier is het nog steeds mogelijk om de potentiële relevantie van de dynamische factoren te coderen, maar dan op de Historische schaal. Wanneer symptomen van instabiliteit bij een volgende taxatie wel aanwezig zijn, kan de relevantie uiteraard weer bij de Klinische en Risicohanterings schalen worden gescoord.

STAP 4: RISICOFORMULERING

Het begrip formulering is overgenomen vanuit de algemene psychotherapeutische literatuur. Risicoformulering heeft als doel het verklaren van de kern van de problemen van de onderzochte met het oog op behandeling. In Stap 3 wordt een begin gemaakt met dit proces door beoordelaars te laten overwegen of risicofactoren van belang zijn voor het individu. In de risicoformulering worden de afzonderlijke risicofactoren vervolgens geïntegreerd in een conceptueel betekenisvol kader dat geweldpleging *verklaart*. Idealiter wordt op basis van alle beschikbare informatie een *individuele risico theorie* opgesteld waarmee het risico van geweld beter begrepen kan worden en het van daaruit meer inzichtelijk wordt hoe dit risico het beste kan worden behandeld en beheerst.

Volgens Hart en Logan (2011) dient een formulering de volgende kenmerken te bezitten: (a) inferentieel (formulering verklaart de redenen voor of de oorzaken van het gedrag); (b) actiegericht (formulering stuurt de aanpak gericht op risicovermindering door behandelaars of forensisch deskundigen); (c) theoriegestuurd (formulering is gebaseerd op een overkoepelend theoretisch model); (d) individugericht (formulering is vooral gericht op het verklaren van het gedrag van de onderzochte); (e) narratief (formulering leidt tot een chronologisch verhaal met belangrijke 'pijlers'); (f) diachronisch (formulering verwijst naar meerdere tijdsperiodes – het verleden, het heden en de toekomst); (g) toetsbaar (formulering dient te kunnen worden getoetst); en (h) amplitief (formulering draagt bij aan nieuwe informatie of kennis over de onderzochte in plaats van het enkel samenvatten van al bekende informatie). In het artikel van Hart en Logan (2011) worden deze principes nader toegelicht en worden criteria benoemd waarmee de kwaliteit van een formulering geëvalueerd kan worden.

Het wordt sterk aanbevolen om de risicoformulering te baseren op theoretisch modellen die brede steun krijgen in literatuur. Er bestaat geen universele theorie over geweld, maar er zijn verschillende theorieën over geweld met voldoende steun in de literatuur die gebruikt kunnen worden bij de risicoformulering. De *general personality and social learning theoretical perspectives on crimes* heeft bijvoorbeeld veel empirische steun met betrekking tot het verklaren van criminaliteit (Andrews & Bonta, 2010). In het kort biedt deze theorie een verklaring voor antisociaal gedrag door een reeks van gebeurtenissen of processen te beschouwen die hebben geleid tot de ontwikkeling van risicofactoren (bijv. antisociale leeftijdsgenoten, antisociale attitudes) en die antisociaal gedrag in stand houden. Vervolgens kan de behandeling zich richten op het veranderen van deze processen. Ook het *Good Lives Model* (GLM) richt zich op het verklaren van geweld en het bieden van aanknopingspunten voor de behandeling (Ward, 2002; Ward & Laws, 2010). Volgens het GLM is geweld een middel om algemeen gewaardeerde doelen te bereiken. In de behandeling probeert het GLM destructieve middelen om een doel te bereiken te vervangen door prosociale middelen. Ward en Laws (2010) beschrijven meerdere prosociale routes die delinquenten kunnen helpen om hun doelen te bereiken zonder gewelddadig te zijn, oftewel die bijdragen aan een 'goed leven'. Er kan ook gebruik gemaakt worden van criminologische theorieën om te komen tot hypothesen over het gewelddadige gedrag van de onderzochte. Voorbeelden hiervan zijn de 'strain' theorie, de sociale controle of bindingstheorie en de sociale desorganisatie theorie.

Daarnaast bestaan er verschillende verklaringsmoedellen voor geweld die gebruikt kunnen worden voor het opstellen van hypothesen op individueel niveau. Sommige auteurs hebben specifiek modellen opgesteld voor personen met ernstige psychische stoornissen. Hiday (1995, 1997) geeft bijvoorbeeld aan dat voor personen met een ernstige psychische stoornis, actieve symptomen kunnen leiden tot 'gespannen situaties' door de interactie tussen de symptomen (de bizarre aard, de invloed op het vermogen om logisch na te denken en kalm te blijven) en hoe andere mensen daarop kunnen reageren (met angst, boosheid of defensief gedrag). Volgens Baxter (1997) kunnen zulke interacties leiden tot gedesorgeriseerd of impulsief geweld. Junginger (1996) beargumenteerde dat een psychose waarschijnlijk eerder tot geweld leidt wanneer de inhoud en de thema's van de psychotische symptomen gerelateerd zijn aan geweld of geweld bevatten. Hij noemde dit fenomeen een 'psychotische daad'.

Theoriegestuurde formulering baseert zich op overkoepelende inhoudelijke ideeën die bijdragen aan het opstellen van hypothesen over de oorzaken van geweld bij het individu. Naast het gebruik van algemene en meer individuspecifieke theorieën kan het gebruik van zogenaamde ordeningsprincipes helpen om de informatie nog beter te integreren (zie Douglas et al., 2013, voor een meer gedetailleerde bespreking). Een voorbeeld is het 'Vier P' model van Weerasekera (1996) dat klinici aanspoort om de volgende factoren in kaart te brengen: (a) predisponerende factoren (factoren die ontvankelijk maken, bijvoorbeeld slachtoffer zijn van kindermishandeling); (b) precipiterende factoren (factoren die voorafgaan aan incidenten / die geweld kunnen activeren, zoals boosheid); (c) perpetuerende factoren (factoren die problematisch gedrag in stand houden, zoals gebrek aan medewerking aan behandeling); en (d) protectieve factoren (factoren die de invloed van risicofactoren kunnen verminderen, zoals het positieve effect van persoonlijke steun op stress; zie ook de SAPROF; de Vogel et al. 2012). Vervolgens kan men voor elke risicofactor vaststellen welk van deze functies de factor vervult. Om dit ordeningsproces te faciliteren kan men gebruik maken van theorieën.

Alle informatie die nodig is voor de risicoformulering kan ook geïntegreerd worden door: (a) een hiërarchie op te stellen van relevante risicofactoren; (b) clusters aan te geven van risicofactoren en interacties; en (c) risicofactoren vast te stellen die gezien kunnen worden als signaal of 'entree' tot een risicoproces.

Hiërarchie In de meeste gevallen vallen direct een aantal risicofactoren op die belangrijker zijn dan de anderen. Er wordt geadviseerd om naast het aangeven van de relevantie van de risicofactoren in Stap 3, ook risicofactoren te markeren die opvallend en nadrukkelijk aanwezig zijn.

Clusters van risicofactoren Een cluster van risicofactoren beschrijft een samenhang tussen meerdere risicofactoren op individueel niveau. Risicofactoren hangen meestal samen met andere factoren, zowel op algemeen als op individueel niveau. Het clusteren van risicofactoren die voor het individu met elkaar samenhangen vereenvoudigt de implicaties voor het risicomangement en vergemakkelijkt de integratie van informatie over het risico. Een voorbeeld is een patiënt die op zijn zesde ernstig mishandeld is door zijn vader nadat zijn moeder het gezin had verlaten. Deze mishandeling en de desintegratie van de familie heeft voor een afwerende hechtingsstijl gezorgd. Daarnaast heeft de patiënt hierdoor geleerd dat geweld een effectief middel is om problemen op te

lossen en heeft hij een groot wantrouwen gekregen naar autoriteitsfiguren. Deze patiënt voldoet aan meerdere HCR-20^{v3} risicofactoren. De ernstige mishandeling en het verlaten door de moeder kan bijvoorbeeld worden gescoord onder H8 (*Victimisatie / trauma*) en heeft geleid tot een persoonlijkheidsstoornis (H7 *Persoonlijkheidsstoornis*, bijvoorbeeld de borderline persoonlijkheidsstoornis), wantrouwen van gezag en dus een verleden van schendingen van voorwaarden (H10 *Respons op behandeling of toezicht - Verleden*), huidige inzet voor de behandeling (C5 *Respons op behandeling of toezicht - Heden*) en bezorgdheid over toekomstige begeleiding en toezicht (R4 *Respons op behandeling of toezicht - Toekomst*). Het heeft waarschijnlijk ook geleid tot instabiele romantische relaties (H3 *Relaties*) en weinig betekenisvolle relaties met vrienden en familie (R3 *Persoonlijke steun*). In deze casus zijn de risicofactoren allemaal met elkaar verbonden in een cluster als gevolg van de gemeenschappelijke achtergrond. In een andere casus kan dit weer heel anders zijn. Voor de meeste mensen is het mogelijk om twee tot vier samenhangende clusters van risicofactoren vast te stellen. Typisch voor dergelijke clusters is dat ze een gemeenschappelijke achtergrond of oorzaak hebben. Het is vaak mogelijk om de oorsprong van meerdere risicofactoren te herleiden tot één enkele risicofactor.

Dominofactoren Dominofactoren zijn risicofactoren die als ze 'opspelen' kunnen leiden tot verergering van verschillende andere risicofactoren. Een voorbeeld is wanneer het risico van een patiënt beoordeeld wordt als *Laag* mits hij of zij meewerkt aan de behandeling – één risicofactor. Indien hij / zij niet meer meewerkt aan de behandeling dan kunnen allerlei andere risicofactoren een rol gaan spelen. Dit principe van domino risicofactoren is vergelijkbaar met het concept van 'specifieke risicosignalen' uit de *Short-term Assessment of Risk and Treatability* (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Desmarais, 2009). Webster, Nicholls, Martin, Desmarais, and Brink (2006) beschrijven deze specifieke risicosignalen als 'een kenmerkende set van overtuigingen, symptomen, gedragingen of problemen die over de tijd worden onderkend als een vroegtijdig, maar betrouwbaar, 'specifiek' en duidelijk signaal van aanstaande terugval en verhoging van het risico naar anderen en zichzelf'. Op vergelijkbare wijze beschrijft Bjørkly (2003, p. 813) 'terugkerende waarschuwingssignalen als specifieke individuele indicatoren voor geweld'. Binnen een interessante toepassing van deze methode, beschrijven Flutters et al. (2008) een 'vroegsignaleringsmethodiek' waarin patiënten en psychotherapeuten samen de waarschuwingssignalen in kaart brengen en vervolgens risicomanagement strategieën ontwikkelen om het risico al vroeg in het proces te verminderen, dus vóórdat geweld plaatsvindt. Deze

methode maakt gebruik van een theoretisch model om waarschuwingssignalen te conceptualiseren en te beschrijven. De methode heeft potentie laten zien in het voorkomen van geweld (Fluttert, van Meijel, Nijman, Bjørkly, & Grypdonck, 2010).

STAP 5: RISICOSCENARIO'S

Formulering zoals besproken in Stap 4 helpt beoordelaars om vast te stellen waarom mensen gewelddadig worden. In Stap 5 worden risicoscenario's opgesteld om de laatste stap te kunnen maken richting het risicomanagement. Het gaat om scenario's *gericht op de toekomst*: wat kan de onderzochte gaan doen in de toekomst en waarom? Het opstellen van risicoscenario's wordt grotendeels gebaseerd op de informatie uit de voorgaande stappen.

Het bepalen van geschikte risicomanagement strategieën hangt sterk af van de aanwezige risico's van de onderzochte. Voordat preventieve strategieën worden ingezet dient de beoordelaar zich eerst af te vragen waar hij of zij precies bezorgd over is; wat zou de onderzochte kunnen gaan doen en wat wil ik voorkomen?

Zoals eerder besproken is het concept van geweldsrisico erg complex. Ter illustratie worden hier twee scenario's van mogelijk toekomstig geweld gegeven:

1. Iemand woont al enkele jaren in de samenleving, scheidt van zijn partner en raakt in toenemende mate sociaal geïsoleerd. Vervolgens wordt hij verliefd op een caissière in de lokale supermarkt. Hij probeert haar te spreken terwijl ze aan het werk is, laat briefjes achter voor haar en verklaart haar herhaaldelijk zijn liefde ondanks dat zij hem steeds afwijst.
2. Iemand ontwikkelt psychotische symptomen met erotomane wanen over een vrouw die werkt bij een lokaal televisiestation. Hij is ervan overtuigd dat de vrouw met hem getrouwd is. Hij wacht haar op bij haar werk en volgt haar naar haar huis. Ook probeert hij om haar huis binnen te komen terwijl ze thuis is. Uiteindelijk wordt hij steeds bozer op haar omdat ze haar liefde voor hem niet wil toegeven.

Deze twee scenario's verschillen zeer van elkaar, zowel in de aard van het gewelddadige gedrag als in de onderliggende oorzaken daarvan. Het voorkomen van mogelijk geweld binnen deze twee scenario's vergt dan ook totaal verschillende risicomanagement strategieën.

In deze stap speculeert de beoordelaar over wat zou kunnen gebeuren in de toekomst, rekening houdend met de factoren die in Stap 2 en 3 gescoord zijn als aanwezig en relevant en hoe ze geïntegreerd zijn met behulp van de risicoformulering in Stap 4. Deze beschrijvingen van wat mogelijk in de toekomst kan gebeuren worden vaak aangeduid als scenario's, oftewel korte verhalen om complexe vraagstukken te vereenvoudigen zodat deze makkelijker te communiceren zijn naar besluitvormers (zie bijv. Robbins, 1995).

Scenario-gebaseerde risicotaxatie is een vorm van scenarioplanning, een management strategie die al meer dan 50 jaar toegepast wordt in het bedrijfsleven, in de gezondheidszorg en bij defensie (Ringland, 1998; Schwartz, 1990; van der Heijden, 1997; zie voor een meer gedetailleerde beschrijving Hart, 2003; Hart et al., 2003; Hart & Logan, 2011). Volgens Chermack en Lynham (2002, p. 366) is scenarioplanning een proces van het formuleren van een aantal doordachte, plausibele en voorziene toekomstige situaties waarin besluiten over de toekomst kunnen worden nagespeeld. Het doel hiervan is het veranderen van het huidige denken, het verbeteren van het functioneren en de besluitvorming en het creëren van persoonlijk en organisatorisch leervermogen. Het is vooral geschikt voor situaties waarin beslissingen genomen moeten worden op basis van incomplete informatie. Bijvoorbeeld in situaties waarin dusdanig veel onzekere factoren zijn dat het onmogelijk is om een uitkomst te voorspellen met behulp van statistische methoden (bijv. Epstein, 1998; van der Heijden, 1994), zoals ook het geval is bij risicotaxatie van gewelddadig gedrag (zie Hart, 2003; Hart et al., 2003).

In de HCR-20^{v3} is elk scenario een verhaal over mogelijk geweld dat een onderzochte zou kunnen plegen. Het is niet een voorspelling over wat er zal gebeuren, maar eerder een inschatting over wat er zou kunnen gebeuren. Hoewel het aantal scenario's dat kan worden opgesteld vrijwel onbepert is, lijken er in elke casus slechts een paar scenario's reëel of geloofwaardig, rekening houdende met wat bekend is over de feiten en de theorie (zie bijv. Chermack & van der Merwe, 2003). Andere scenario's kunnen theoretisch mogelijk zijn, maar zullen eerder worden opgevat als onwaarschijnlijk en kunnen vervolgens worden genegeerd (zie bijv. Pomerol, 2001).

Er zijn een aantal bruikbare strategieën voor het genereren van scenario's (bijv. van Notten, Rotmans, van Asselt, & Rothman, 2003). Ten eerste, overweeg een scenario waarin de onderzochte geweld pleegt vergelijkbaar met de huidige of meest recente daad. Dit wordt wel *herhaling*, vlak traject, lineaire projectie, of

een punt projectie scenario genoemd. Stel je voor hoe dit zou lopen: Wat is er nodig voor de onderzochte om te komen tot het opnieuw plegen van soortgelijk geweld? Ten tweede, denk na over een *better case* of een optimistisch scenario, waarin het traject van geweld afneemt en de onderzochte minder ernstig gewelddadig gedrag laat zien. Ten derde, overweeg een *worst case* scenario, ook wel een pessimistisch of een doemscenario genoemd, waarin het geweld toeneemt en de onderzochte ernstiger en misschien zelfs levensbedreigend gewelddadig gedrag toont. Ten slotte, overweeg enkele *twist* of zijwaarts traject scenario's waarin de aard van het geweld verandert of ontwikkelt, bijvoorbeeld in slachtofferkeuze of het type dwang dat gebruikt wordt.

De beoordelaar zou zoveel scenario's moeten opstellen als waarschijnlijk lijken op basis van theorie, onderzoek, ervaring en de feiten over de casus. Uit ervaring blijkt dat drie tot vijf algemene scenario's meestal voldoende zijn. Vervolgens dient voor elk scenario een gedetailleerde beschrijving te worden gegeven in termen van de aard, ernst, snelheid, frequentie of duur en de waarschijnlijkheid van het geweld. Risicomanagement plannen zullen slechts adequaat zijn wanneer zij rekening houden met elk van de waarschijnlijke scenario's van toekomstig geweld.

De volgende vragen kunnen de beoordelaar helpen om de scenario's te beschrijven:

- *Aard*: wat voor soort geweld is de onderzochte geneigd te plegen? Wie zijn de mogelijke slachtoffers? Wat is het mogelijke motief? Wat wil onderzochte bereiken met het plegen van geweld?
- *Ernst*: wat kan de psychische schade zijn bij de slachtoffers? Wat kan de fysieke schade zijn bij de slachtoffers? Is het mogelijk dat het geweld kan escaleren tot ernstig of levensbedreigend geweld?
- *Snelheid*: hoe snel kan de onderzochte overgaan tot geweld? Zijn er waarschuwingssignalen die aangeven of het risico toeneemt of elk moment kan plaatsvinden?
- *Frequentie of de duur*: hoe vaak kan / zal het geweld voorkomen – eenmalig, een paar keer of regelmatig? Is het risico chronisch of acuut, dat wil zeggen, beperkt het zich tot of vindt het vooral plaats in specifieke tijdsperiodes?
- *Waarschijnlijkheid*: hoe vaak komt dit type geweld voor? Rekening houdend met het verleden van de onderzochte, hoe waarschijnlijk is het dat dit type geweld zal plaatsvinden?

STAP 6: MANAGEMENT STRATEGIEËN

In deze stap geeft de beoordelaar aanbevelingen voor risicomanagement strategieën. De strategieën zijn gebaseerd op de beoordeling van de aanwezigheid en relevantie van factoren in Stappen 2 en 3, de formulering zoals beschreven in Stap 4 en op de verschillende scenario's van geweld zoals opgesteld in Stap 5.

Algemene principes

Het wordt aangeraden om bij het opstellen van risicomanagement strategieën gebruik te maken van het *Risk-Need-Responsivity* (RNR) model van risicomanagement welke veel wordt gebruikt in penitentiaire instellingen (Andrews, 2012; Andrews et al., 2010). Meta-analytisch onderzoek heeft aangetoond dat hoe meer de behandeling is vormgegeven volgens deze principes, hoe groter de afname in recidive is, inclusief gewelddadige recidive (voor een review van de literatuur zie Andrews, 2012). Beoordelaars en instellingen dienen er dan ook naar te streven om zoveel mogelijk te voldoen aan de principes van risico, behoefte en responsiviteit van dit model.

Het *Risicoprincipe* gaat er van uit dat hoog risico casussen meer en intensiever management dienen te krijgen, terwijl laag risico casussen programma's van een minder hoge intensiteit dienen te krijgen.

Het *Behoeftepincipe* houdt in dat behandeling gericht moeten zijn op dynamische risicofactoren, ook wel criminogene behoeften genoemd (veranderbare risicofactoren). Meta-analytisch onderzoek heeft aangetoond dat hoe groter het aandeel van criminogene behoeften is wat wordt behandeld ten opzichte van niet-criminogene behoeften, hoe groter de afname van recidive is (Andrews, 2012). Dit principe heeft grote overeenkomsten met het SPJ model van risicotaxatie en management van geweld zoals beschreven in Hoofdstuk 1. De processen die in Stap 3, 4 en 5 staan beschreven over het coderen van de relevantie van risicofactoren, de risicoformuleringen en de aannemelijke scenario's, zijn uiteindelijk bedoeld om risicomanagement zo optimaal mogelijk te kunnen inzetten zodat het leidt tot het effectief behandelen van criminogene behoeften.

Tot slot schrijft het *Responsiviteitsprincipe* voor dat programma's op een dusdanige wijze worden vormgegeven dat ze aansluiten bij de leerstijl van degenen die aan het programma deelnemen. Dit wordt ook wel gezien als *algemene responsiviteit*. Onderzoek heeft aangetoond dat gestructureerde, cognitief-gedragsmatige en

sociaal leren benaderingen het meest effectief zijn in het reduceren van crimineel gedrag. *Specifieke responsiviteit* betekent dat iedere individuele factor die een negatieve invloed kan hebben op het vermogen van iemand om te profiteren van interventies ook behandeld moet worden. Een voorbeeld hiervan is sociale angst in de context van groepstherapie.

Selecteren van management strategieën

Risicomanagement kan onderscheiden worden in vier basisactiviteiten: monitoren, behandelen, toezicht en slachtofferveiligheid (Hart et al., 2001; Kropp et al., 2002). De beoordelaar dient hierin keuzes te maken die het beste passen bij het risiconiveau van de onderzochte, de aard en relevantie van risicofactoren en de waarschijnlijke redenen voor geweld zoals opgesteld in de risicoformulering en risicoscenario's.

Monitoren Het doel van monitoren is veranderingen in het risico over de tijd te evalueren, zodat de risicomanagement strategieën hierop kunnen worden afgestemd. Monitoren richt zich - in tegenstelling tot toezicht - met name op surveilleren in plaats van op strenge controle of vrijheidsbenemende maatregelen en is daardoor minder intrusief van aard.

Monitorstrategieën kunnen bestaan uit contacten met de cliënt, maar ook met potentiële slachtoffers en andere belangrijke betrokkenen (bijv. therapeuten, reclasseringsbegeleiders, familieleden en collega's) in de vorm van bijeenkomsten of telefoongesprekken. Huisbezoeken of bezoeken op het werk kunnen daar waar mogelijk ook van toepassing zijn, net als elektronisch huisarrest, testen op drugsgebruik en inzage in onder andere post, telefoonlijsten, e-mails, sms-jes, berichten op sociale media of tweets. Vaste contactmomenten van de cliënt met hulpverleners en sociale instanties zijn een uitstekende vorm van monitoren; niet nagekomen afspraken met behandelaars kunnen een duidelijk waarschuwingssignaal zijn dat de motivatie van de cliënt en diens verbinding met behandeling en toezicht aan het verslechteren is.

Het is van belang dat de plannen voor monitoring gespecificeerd worden wat betreft de aard en frequentie van vereiste contacten (bijv. wekelijkse persoonlijke bezoeken, dagelijks telefooncontact, maandelijkse afspraken). Ook zal geformuleerd moeten worden welke signalen of rode vlaggen er zijn die waarschuwen wanneer het risico van geweld oploopt of acuut dreigend is.

Behandeling / diagnostiek Behandeling is het aanbieden van zowel vrijwillige als door de rechter opgelegde programma's. Het doel van behandeling is om problemen in iemand's psychosociale aanpassing of functioneren te verbeteren.

Onderzoek heeft aangetoond dat behandelingen die in overeenstemming zijn met de RNR principes het meest effectief zijn in het reduceren van recidive. Voorbeelden hiervan zijn cognitieve gedragstherapie en behandeling gebaseerd op de sociaal leertheorie. Hoewel het meeste onderzoek gaat over de afname van algemene recidive, lijkt voor geweldsrecidive dezelfde conclusie te gelden (zie voor reviews: Andrews, 2012; Douglas, Nicholls, & Brink, 2009). Verschillende behandelingen zijn mogelijk, bijvoorbeeld behandeling gericht op het veranderen van attitudes die geweld goedkeuren of individuele therapie bedoeld om bepaalde vaardigheden te verbeteren, zoals interpersoonlijke vaardigheden, agressiehantering, copingvaardigheden en beroepsvaardigheden. Meestal zijn er gedragstherapeutische principes in de behandeling opgenomen, waardoor prosociale gedragingen en beslissingen beloond worden, terwijl antisociaal gedrag juist wordt ontmoedigd. Andere geschikte vormen van behandeling kunnen zijn het verstrekken van psychofarmaca en ontwenningkuren voor verslaafden.

Toezicht / controle Toezicht omvat beperkingen van de persoonlijke rechten en vrijheden. Het doel van toezicht is om het de persoon moeilijk(er) te maken om gewelddadig gedrag te vertonen.

Opsluiting, oftewel onvrijwillige insluiting van een persoon in een penitentiare of psychiatrische instelling, is een extreme vorm van toezicht. Hoewel opsluiting een effectief middel is om toegang tot potentiële slachtoffers te verminderen, is het zeker niet volledig effectief. De persoon kan namelijk ontsnappen of geweld plegen binnen de instelling. Opsluiting heeft ook andere nadelen: het is duur, het beperkt de mogelijkheden tot behandeling en het kan de ontwikkeling van antisociale attitudes juist versterken door het contact met antisociale anderen en doordat het gevoelens van machteloosheid en frustratie kan oproepen. Om deze reden zullen beoordelaars altijd aanvullende of alternatieve toezichtstrategieën moeten overwegen.

Maatschappelijk toezicht is tegenwoordig veel meer gangbaar dan institutionalisering. Doorgaans betekent dit dat iemand in de maatschappij kan verblijven met beperkingen op gebied van activiteiten, bewegingsvrijheid,

relaties en communicatie. Beperkingen op activiteiten kunnen zijn verplichtingen om trainings- of scholingsprogramma's te volgen of geen alcohol of drugs te gebruiken. Beperkingen op gebied van bewegingsvrijheid kunnen zijn een huisarrest, reisverbod, straatverbod (d.w.z. een verbod om zich in een bepaald gebied op te houden), of alleen mogen reizen onder begeleiding. Beperkingen op gebied van relaties kunnen zijn dat de persoon niet met bepaalde mensen of groepen mensen contact mag hebben, bijvoorbeeld met groepen die antisociaal gedrag aanmoedigen of met slachtoffers van eerder geweld.

In het algemeen zal toezicht moeten worden geïmplementeerd met een intensiteit die correspondeert met het risiconiveau van de onderzochte. Naast het optimaliseren van de mogelijkheden voor preventie van geweld wordt hierdoor tevens gewaarborgd dat de civiele rechten van de onderzochte niet worden geschonden. Het helpt ook in het verkleinen van de kans op problemen met wettelijke aansprakelijkheid van degenen die betrokken zijn in het uitvoeren van het toezicht. Wanneer iemand met een zeer hoog risico bijvoorbeeld wordt begeleid op een laag niveau van toezicht en die persoon gewelddadig gedrag vertoont, kan de wettelijke aansprakelijkheid gelden voor degene die verantwoordelijk was voor het bepalen van het lage niveau van toezicht.

Slachtofferveiligheid Het maken van een plan voor slachtofferveiligheid heeft betrekking op het verbeteren van zowel de statische als dynamische veiligheidsmiddelen van een potentieel slachtoffer. Dit proces wordt ook wel '*target hardening*' genoemd. Het doel is waarborgen dat wanneer - ondanks alle inzet op gebied van monitoring, behandeling en toezicht - geweld toch opnieuw plaatsvindt alle mogelijke negatieve effecten op het psychische en fysieke welbevinden van de slachtoffers worden geminimaliseerd. Deze vorm van management zal niet altijd van toepassing zijn, bijvoorbeeld wanneer er geen enkele aanwijzing is wie mogelijke slachtoffers zullen zijn.

Dynamische veiligheid is een taak van de sociale omgeving. Het wordt geboden door mensen - het slachtoffer en anderen - die snel kunnen reageren op veranderende omstandigheden. De mogelijkheid van deze mensen om effectief te kunnen reageren, hangt sterk af van de mate waarin zij accurate en complete informatie hebben over de risico's waaraan het slachtoffer blootstaat. Dit betekent dat een goede samenwerkingsrelatie met het slachtoffer essentieel is. Hulpverlening voor slachtoffers om hun bewustzijn en alertheid te vergroten kan behulpzaam zijn. Behandeling gericht op het vergroten van copingvaardigheden

of andere problemen die het slachtoffer belemmeren in het zichzelf goed kunnen beschermen kan geïndiceerd zijn. Een voorbeeld is psychotherapie om angst en depressie te verminderen. Training in zelfverdediging zou ook overwogen moeten worden, bijvoorbeeld protocollen hoe om te gaan met vervelende telefoontjes en e-mails of een cursus in fysieke zelfverdediging. Tot slot dienen personen die dichtbij een slachtoffer staan en degenen die verantwoordelijk zijn voor hun veiligheid de juiste informatie over de betrokkene te hebben (inclusief een recente foto) en over de stappen die genomen moeten worden als hij of zij het slachtoffer probeert te benaderen. Deze informatie zal politie / justitie en persoonlijke beveiligingsdiensten in staat stellen om adequate plannen te ontwikkelen op gebied van veiligheid.

Statische veiligheid is een functie van de fysieke omgeving. Het is effectief wanneer het de mogelijkheden van slachtoffers vergroot om hun omgeving te monitoren en te voorkomen dat betrokkene geweld kan plegen. In de risicomanagement plannen moet worden opgenomen of het mogelijk is om de statische veiligheid te verbeteren daar waar slachtoffers wonen, werken en reizen. Zichtbaarheid kan worden vergroot door betere verlichting, door tuinen anders in te delen of door het installeren van videocamera's. De toegang kan worden bemoeilijkt door het toevoegen of verbeteren van sloten en veiligheidssystemen. Een alarm kan worden geïnstalleerd of slachtoffers kunnen een persoonlijk alarm krijgen. In sommige gevallen zal het onmogelijk zijn om de veiligheid van een slachtoffer te waarborgen op bepaalde plekken en zullen meer extreme maatregelen nodig zijn voor het potentiële slachtoffer, zoals verhuizen of het zoeken van een andere baan.

Idealiter vereist het ontwikkelen van risicomanagement plannen bekendheid met - en samenwerking tussen deskundigen van de verschillende instanties en instellingen, ieder met andere mogelijkheden en mandaten. De ontwikkeling en implementatie van volledige, geïntegreerde en multidisciplinaire risicomanagement plannen kan worden ondersteund met behulp van een handleiding met richtlijnen voor beleid en procedures (zie bijv. Hart et al., 2001; Kropp et al., 2002).

De volgende vragen kunnen de beoordelaar helpen bij het bepalen van risicomanagement strategieën:

- Wat zijn de meest passende manieren om veranderingen in het risico te monitoren?
- Welke beperkingen op gebied van activiteiten, bewegingsvrijheid, relaties of communicatie zijn het meest geschikt?
- Welke diagnostiek, behandeling of resocialisatie strategieën zijn het meest geschikt?
- Welke stappen kunnen de fysieke veiligheid of zelfbeschermende vaardigheden van het slachtoffer vergroten?

STAP 7: EINDOORDELEN

De laatste stap is het vastleggen van de eendoordelen op een dusdanig heldere en eenvoudige wijze dat het ondernemen van passende actie hierdoor wordt vergemakkelijkt. Deze oordelen zullen de volgende punten moeten beschrijven: risico van geweld (prioriteit van de casus), risico van ernstig lichamelijk letsel, risico van acuut dreigend geweld, afspraken over het moment waarop een herziening van de risicotaxatie nodig is en of er nog andere risico's dan geweld beoordeeld moeten worden.

Risico van toekomstig geweld / casus prioriteit

De prioriteit van de casus dient te worden gescoord op een 3-puntsschaal, die het benodigde niveau van interventie aangeeft om te voorkomen dat de onderzochte opnieuw gewelddadig gedrag vertoont. De antwoordschaal is als volgt opgebouwd:

- 'Laag' of 'Routine' betekent dat er niet direct speciale interventie of toezicht nodig is om het risico van geweld te hanteren en dat er geen noodzaak is tot intensieve monitoring op veranderingen in het risico.
- 'Matig' of 'Verhoogd' betekent dat enkele specifieke management strategieën nodig zijn, inclusief in ieder geval een verhoogde frequentie van monitoren.
- 'Hoog' of 'Urgent' geeft aan dat er een grote noodzaak is om een risicomangement plan te ontwikkelen. Dit plan zal doorgaans minimaal de volgende onderdelen bevatten: het adviseren van stafleden, het verhogen van het niveau van toezicht, de onderzochte op een hoge prioriteitslijst zetten voor beschikbare behandelingen en het inplannen van herhaaldelijke risicotaxaties. Voor sommige hoog risico casussen zal een spoedreactie nodig zijn, bijvoorbeeld opname of intrekken van proefverlof.

Het inschatten van de prioriteit van de casus zal vooral belangrijk zijn in situaties waar management middelen beperkt zijn. Consistent met het risicoprincipe (Andrews et al., 2010), zullen casussen die als hoog zijn ingeschat de focus van management inzet moeten zijn. Daar waar behandelprogramma's beschikbaar zijn, moeten deze personen als eerste op de lijst staan voor zaken als intensief toezicht, programma's voor geweldsdelinquenten, penitentiaire programma's of psychiatrische behandelingen en maatregelen gericht op slachtofferveiligheid (indien van toepassing). Met 'eerste op de lijst' wordt bedoeld dat diegenen met een hoge prioriteit eerder middelen toegewezen moeten krijgen dan diegenen met een lagere prioriteit.

Beslissingen over de prioriteit van een casus bestaan uit globale oordelen gebaseerd op de aanwezigheid van individuele factoren en van management plannen. Voor klinische en forensische besluitvorming dient de HCR-20^{v3} niet op actuariële wijze gebruikt te worden. Beoordelaars moeten niet proberen om te kwantificeren of algoritmische oordelen van risico's te maken wanneer zij de HCR-20^{v3} gebruiken. Er is simpelweg geen eenduidige formule voor het berekenen van risico. Het is zowel mogelijk als verdedigbaar om een casus als hoog te beoordelen op basis van de aanwezigheid van slechts één factor, bijvoorbeeld wanneer de onderzochte de intentie uitspreekt om een moord te plegen of om gewelddadige fantasieën uit te leven. Andere factoren, zoals fysieke handicaps kunnen er juist toe leiden dat het risico van een casus als laag wordt ingeschat ondanks de aanwezigheid van veel risicofactoren.

Over het *algemeen* zal het echter zo zijn dat hoe meer risicofactoren aanwezig en relevant zijn des te hoger het risico van toekomstig geweld zal zijn. Een groter aantal risicofactoren zal doorgaans vragen om meer urgente of intensievere management strategieën om het risico te kunnen beheersen. Ook geldt dat hoe minder risicofactoren aanwezig zijn en als relevant worden ingeschat, des te lager het risico zal zijn en des te minder urgent en intensief risicomangement hoeft te zijn. Hoewel de eindoordelen in principe altijd gerechtvaardigd dienen te worden, wordt aangeraden om bij een hoog risico oordeel bij de aanwezigheid van weinig risicofactoren, of een laag risico oordeel bij de aanwezigheid van veel risicofactoren, duidelijk uit te leggen waarom het oordeel afwijkt van de algemene regel dat hoe meer risicofactoren aanwezig zijn hoe hoger het risico is.

Voor dit besluitvormingsproces is in vele studies aangetoond dat het net zo accuraat of zelfs accurater is in het identificeren van hoog risico casussen dan iedere andere vorm van risicotaxatie. Een meer uitgebreide bespreking van deze benadering en onderzoek hiernaar staat in Hoofdstuk 1.

De volgende vragen kunnen de beoordelaar helpen bij het bepalen van het risico oordeel (prioriteit van de casus):

- Welk niveau van inspanning of interventie is nodig om te voorkomen dat de onderzochte opnieuw gewelddadig gedrag vertoont?
- Hoeveel relevante risicofactoren zijn aanwezig?
- Tot op welke hoogte is dit oordeel beperkt vanwege onduidelijke, onbeschikbare of ontbrekende informatie?

Risico van ernstig lichamenlijk letsel

Het risico van ernstig lichamenlijk letsel gaat over de ernst van het geweld dat de onderzochte mogelijk gaat plegen. Dit aspect van het risico zal vooral belangrijk zijn wanneer beslissingen genomen moeten worden binnen de forensische context. Voorbeelden hiervan zijn of een behandeling in onvrijwillig kader moet plaatsvinden, wanneer de omgeving op de hoogte gesteld moet worden over de onderzochte, of wanneer het nodig is het beroepsgeheim te doorbreken. Het risico van ernstig lichamenlijk letsel wordt ingeschat op een 3-puntsschaal: *Laag, Matig of Hoog* risico.

De volgende vragen kunnen de beoordelaar helpen bij het bepalen van het oordeel van ernstig lichamenlijk letsel:

- Hoe hoog is het risico dat mogelijk toekomstig geweld ernstig of levensbedreigend fysiek letsel tot gevolg zal hebben?
- Heeft de onderzochte eerder laten zien in staat te zijn tot het veroorzaken van ernstig lichamenlijk letsel?
- Heeft de onderzochte - mondeling of schriftelijk – laten weten dat hij of zij van plan is om geweld te plegen met mogelijk ernstig letsel als gevolg?
- Heeft de onderzochte toegang tot wapens, zoals messen of vuurwapens?
- Tot op welke hoogte is dit oordeel beperkt gezien onduidelijke, onbeschikbare of ontbrekende informatie?

Risico van acuut dreigend geweld

Dit oordeel gaat over een acute dreiging van geweld door de onderzochte. Net als bij het risico van ernstig lichamelijk letsel kan dit vooral belangrijk zijn om te bepalen of een behandeling in onvrijwillig kader moet plaatsvinden, wanneer de omgeving op de hoogte gesteld moet worden over een onderzochte, of wanneer het nodig is het beroepsgeheim te doorbreken. Het risico van acuut dreigend geweld wordt ingeschat op een 3-puntsschaal: *Laag*, *Matig* of *Hoog* risico. Daarnaast dient de beoordelaar in het kader van aansprakelijkheid duidelijk te documenteren welke onmiddellijke acties ondernomen zijn of nog ondernomen moeten gaan worden.

De volgende vragen kunnen de beoordelaar helpen bij het bepalen van het oordeel van acuut dreigend geweld en dus of onmiddellijke actie nodig is:

- Wat is de kans dat geweld zal plaatsvinden in de nabije toekomst, dat wil zeggen in de komende uren tot dagen / dagen tot weken?
- Is er sprake van een acuut dreigend risico door de onderzochte?
- Heeft de onderzochte - mondeling of schriftelijk – laten weten dat hij of zij van plan is om binnenkort geweld te plegen?
- Is de onderzochte momenteel uitzonderlijk instabiel?
- Zijn er momenteel veel risicofactoren actief en worden deze onvoldoende onder controle gehouden door het huidige risicomanagement?
- Zijn er tekenen of waarschuwingssignalen die in het verleden geassocieerd waren met geweld en die nu in een verhoogde mate aanwezig zijn?
- Welke preventieve stappen zijn genomen of zouden onmiddellijk genomen moeten worden?

Herhaalde risicotaxaties

De beoordelaar dient een moment aan te bevelen wanneer de casus opnieuw moet worden beoordeeld en waarschuwingssignalen te formuleren die een eerdere risicotaxatie zouden vereisen. De reden hiervoor is dat het geweldsrisico fluctueert over de tijd. Zelfs de coderingen van statische factoren, zoals geschiedenis van geweld of een persoonlijkheidstoornis met psychopathe trekken kunnen over de tijd veranderen (toenemen), hetzij als resultaat van daadwerkelijke veranderingen in de levensloop van de onderzochte (bijv. nieuwe veroordelingen, volwassen worden), hetzij door veranderingen in de beschikbare casusinformatie, bijvoorbeeld wanneer nieuwe informatie naar voren is gekomen over de criminele voorgeschiedenis. Voor onderzochten die in de maatschappij

leven kunnen deze fluctuaties vrij snel voorkomen. Een enkel geweldsincident kan bijvoorbeeld direct de inschatting van meerdere factoren veranderen. De verslechtering van een enkele risicofactor kan het oordeel van de beoordelaar over de prioriteit van de casus drastisch veranderen. Herhaalde beoordelingen zijn ook waardevol voor het herzien van de risicomanagement plannen en kunnen van nut zijn voor het bepalen van de ontwikkeling die iemand maakt, zowel positief als negatief, tijdens de behandeling of de periode van toezicht.

Het bepalen van het moment voor een nieuwe risicotaxatie wordt doorgaans bepaald door drie overwegingen. De eerste overweging is wat door geldende wetten, statuten of beleid wordt voorgeschreven over wanneer en hoe vaak risicotaxaties verplicht zijn. De tweede overweging is of de onderzochte in de maatschappij verblijft of binnen een instelling. In het algemeen dient het risico vaker opnieuw te worden ingeschat wanneer er regelmatig veranderingen optreden in de leefomstandigheden van de onderzochte. De derde en laatste overweging is het bepalen van de prioriteit van de casus. In het algemeen geldt dat des te hoger de prioriteit is ingeschat, des te vaker de risicotaxatie herhaald dient te worden.

Aangeraden wordt om minimaal iedere 6 tot 12 maanden een nieuwe risicotaxatie uit te voeren, of iedere keer wanneer er een belangrijke verandering in de situatie van de betreffende casus is. Voor de casussen die beoordeeld zijn als matig risico, zouden nieuwe risicotaxaties frequenter moeten plaatsvinden, ergens tussen de eenmaal per twee weken en eenmaal per twee maanden. Voor degenen die zijn ingeschat als hoog dient de taxatie iedere week, twee weken of maand te worden herhaald. Voor personen die voor meerdere jaren zijn opgenomen, kan het echter mogelijk zijn om een risicotaxatie op een jaarlijkse, of wellicht nog lagere frequentie uit te voeren.

Het proces van een herhaalde risicotaxatie is gelijk aan het proces van een eerste risicotaxatie, in zoverre dat de beoordelaar toegang dient te hebben tot interviews, informatie over de levensloop etc. De herhaalde risicotaxatie zal doorgaans echter aanzienlijk minder tijd in beslag nemen. Wanneer een beoordelaar geregeld contact heeft met de persoon, zal het waarschijnlijk niet nodig zijn om een complete herziening uit te voeren. Een zogenaamde update van de casus kan in dergelijke gevallen voldoende zijn.

De volgende vragen kunnen de beoordelaar helpen bij het geven van aanbevelingen voor de casus herziening:

- Wanneer zou de casus formeel opnieuw ingepland dienen te worden voor een herhaalde risicotaxatie?
- Welke omstandigheden rechtvaardigen een speciale herziening / herhaalde risicotaxatie?

Voor meer gedetailleerde instructies voor het bepalen van geschikte intervallen tussen taxaties wordt verwezen naar de secties in Stap 2 over het coderen van de Historische, Klinische en Risicohanterings factoren.

Andere risico's

Tot slot dienen beoordelaars aan te geven of er nog andere risico's bestaan die nader onderzocht zouden moeten worden. Dit kan een specifieke vorm van geweld zijn (bijv. seksueel geweld of partnergeweld) of andersoortig schadelijk gedrag (bijv. suïcidaliteit of automutilatie).

De volgende vragen kunnen de beoordelaar helpen bij het geven van aanbevelingen of er andere risico's beoordeeld zouden moeten worden:

- Wordt in de dossierinformatie gerefereerd aan andere risico's?
- Heeft onderzochte zelf eerder gerefereerd aan risicovol gedrag anders dan geweld?
- Zijn er risicofactoren die er op wijzen dat andere risico's aanwezig zijn (bijv. suïcidale uitlatingen of parafilieën)?

Hoofdstuk 4 Coderen van de items

In dit hoofdstuk worden de definities van de 20 basisrisicofactoren in de HCR-20^{V3} beschreven. Elke definitie wordt gevolgd door een lijst met indicatoren en een toelichting om de beoordelaar te helpen bij het beoordelen van de aanwezigheid en relevantie van het item. Voor de risicofactoren die subitems hebben worden tevens definities, indicatoren en (in sommige gevallen) toelichtingen geboden voor ieder subitem.



H1 – *Geschiedenis van problemen met Geweld*

Definitie

Deze risicofactor gaat over een verleden van ernstige problemen met betrekking tot gewelddadig gedrag. Geweld omvat elk feitelijk gewelddadig gedrag, een poging daartoe, of het dreigen met fysiek letsel tegen een persoon, wat een schending inhoudt van expliciete sociale normen. Ernstige problemen houdt in dat geweld op ten minste enig moment heeft geleid tot (potentieel) ernstige fysieke of psychische schade bij slachtoffers en / of ernstige juridische of andere gevolgen heeft gehad. Het kan ook inhouden dat er een duidelijk patroon van geweld was dat heeft geresulteerd in ten minste enig letsel bij de slachtoffers of in het opleggen van ten minste milde juridische maatregelen danwel andere gevolgen.

Onderzoek laat zien dat als iemand al op een jonge leeftijd gewelddadig gedrag vertoont hij / zij meer kans heeft om gewelddadig te zijn als volwassene dan iemand die dat niet vertoont. Geweld gedurende verschillende ontwikkelingsstadia wijst op een diepgeworteld patroon van geweld. Om deze reden wordt aangeraden om zorgvuldig de aanwezigheid en de aard van het geweld te beoordelen gedurende de volgende ontwikkelingsstadia: (a) kindertijd (12 jaar en jonger); (b) adolescentie (13 tot en met 17 jaar); en (c) volwassenheid (18 jaar en ouder).

Indicatoren

- Ruzies waarbij onderzochte de agressor / aanstichter was
- Inclusief (poging tot) geweld of bedreigingen met een financieel motief
- Expliciete bedreiging met ernstig fysiek letsel
- Inclusief (poging tot) geweld of bedreigingen gericht op seksuele bevrediging
- Resulteerde in ernstige fysieke verwondingen bij het slachtoffer
- Gebruik van of bedreiging met wapens
- Begon op jonge leeftijd (d.w.z. vóór de puberteit)
- Veel verschillende vormen van geweld
- Was aanwezig gedurende verschillende ontwikkelingsstadia
- Was reactief van aard
- Vond plaats op verschillende plekken (school, thuis, maatschappij, instelling)
- Was gepland en met opzet
- (Poging tot) geweld of bedreigingen gericht tegen familie
- Betrof verschillende slachtoffers
- (Poging tot) geweld of bedreigingen gericht tegen vrienden / kennissen
- Nam toe in frequentie of ernst over de tijd
- (Poging tot) geweld of bedreigingen gericht tegen de staf
- Heeft frequent plaatsgevonden
- (Poging tot) geweld of bedreigingen gericht tegen andere patiënten of gedetineerden
- Heeft recent plaatsgevonden
- (Poging tot) geweld of bedreigingen gericht tegen vreemden

Toelichting

- Voor verdere verduidelijking over de vraag of bepaald gedrag uit het verleden gescoord kan worden als geweld wordt verwezen naar de definitie van geweld op pagina 70 van hoofdstuk 3.
- Bedreigingen zijn verklaringen (schriftelijk of mondeling) die expliciet zijn in de intentie om fysiek letsel te veroorzaken of ander intimiderend gedrag dat impliciet wijst op een intentie om fysiek letsel te veroorzaken.
- Pogingen omvatten ook plannen of samenzweringen.

- De (poging tot) geweld of bedreiging vindt plaats zonder wettig gezag (d.w.z. zonder de toestemming van het slachtoffer en is wettelijk niet toegestaan).
- De definitie van geweld sluit gedrag of bedreigingen die als normaal kunnen worden gezien uit. Te denken valt aan alledaagse gebeurtenissen of voorvallen die men mag verwachten in de omgang met anderen en die waarschijnlijk niet leiden tot formele consequenties (bijv. ruzies op het schoolplein, woordenwisselingen, duwen en trekken). Dit geldt in het bijzonder voor op zichzelf staande gebeurtenissen of voorvallen (d.w.z. niet herhaald) of die passend zijn bij de ontwikkeling (bijv. slaan door peuters).
- Juridische of andere maatschappelijke consequenties omvatten strafrechtelijke maatregelen, schorsing of verwijdering van school, opgelegde veranderingen in de woon- of leefsituatie, verplichte begeleiding, psychologisch onderzoek of gedwongen behandeling.
- Een duidelijk patroon van geweld betekent drie of meer afgebakende voorvallen van geweld.
- Dierenmishandeling of pogingen daartoe, of vernieling van eigendommen kunnen bij dit item relevant zijn indien er sprake was van opzettelijk of roekeloos gedrag met als doel angst voor fysiek letsel bij een persoon te veroorzaken. In het algemeen geldt echter dat letsel aan dieren of schade aan eigendommen – zonder de potentie om (angst voor) letsel bij een mens te veroorzaken – niet valt onder de definitie van geweld volgens de HCR-20^{V3}.
- Ontvoering, wederrechtelijke vrijheidsberoving en soortgelijke handelingen voldoen aan de definitie van geweld volgens de HCR-20^{V3}.
- Brandstichten of het veroorzaken van brand en soortgelijke handelingen voldoen aan de definitie van geweld volgens de HCR-20^{V3}.
- De meeste seksuele delicten en alle vormen van seksueel geweld, voldoen aan de definitie van geweld volgens de HCR-20^{V3}. Sommige seksuele delicten hoeven echter niet te voldoen aan de definitie. Bij bepaalde handelingen (zoals bestialiteit of consumptie van pornografie) is bijvoorbeeld geen sprake van feitelijk, poging tot of bedreiging met fysiek letsel tegen een persoon. Indien onderzochte een verleden heeft van seksueel geweld wordt aangeraden om naast de HCR-20^{V3} een risicotaxatie-instrument te gebruiken dat speciaal is ontwikkeld voor seksueel geweld, zoals de SVR-20, RSVP of de Stable.

H2 – *Geschiedenis van problemen met* Overig antisociaal gedrag

Definitie

Deze risicofactor gaat over een verleden van ernstige problemen met betrekking tot antisociaal gedrag *anders dan* geweld. Overig antisociaal gedrag omvat (pogingen tot) gedragingen die een schending zijn van de rechten, veiligheid of welbevinden van anderen en / of die een overtreding inhouden van expliciete sociale normen. Ernstige problemen omvat antisociaal gedrag dat op ten minste één of twee momenten heeft geleid tot (potentieel) ernstige persoonlijke of sociale schade en / of heeft geleid tot het opleggen van ernstige juridische maatregelen of andere gevolgen. Het kan ook gaan om een duidelijk patroon van antisociaal gedrag dat heeft geresulteerd in ten minste matige persoonlijke of sociale schade of in het opleggen van ten minste milde juridische maatregelen of andere gevolgen.

Onderzoek laat zien dat wanneer iemand al op jonge leeftijd antisociaal gedrag vertoont, hij / zij meer kans heeft om antisociaal gedrag te vertonen als volwassene dan iemand die dat niet vertoont. Antisociaal gedrag gedurende de verschillende ontwikkelingsstadia wijst op een diepgeworteld patroon van antisociaal gedrag. Om deze reden wordt aangeraden om zorgvuldig de aanwezigheid en de aard van het antisociale gedrag te beoordelen gedurende de volgende ontwikkelingsstadia: (a) kindertijd (12 jaar en jonger); (b) adolescentie (13 tot en met 17 jaar); en (c) volwassenheid (18 jaar en ouder).

Indicatoren

- Veel verschillende vormen van antisociaal gedrag
- Antisociaal gedrag ingegeven door financiële of materiële winst
- Antisociaal gedrag gericht op seksuele bevrediging
- Antisociaal gedrag in groepsverband of georganiseerde activiteiten
- Begon op een jonge leeftijd (d.w.z. vóór de puberteit)
- Was aanwezig gedurende de verschillende ontwikkelingsstadia
- Vond plaats op verschillende plekken (school, thuis, maatschappij, instelling)
- Nam toe in frequentie of ernst over de tijd

- Illegaal bezit, vervaardigen of distributie van drugs
- Heeft frequent plaatsgevonden
- Verschillende slachtoffers
- Heeft recent plaatsgevonden

Toelichting

- Onder de definitie van overig antisociaal gedrag valt niet gedrag dat als normaal kan worden gezien. Dat wil zeggen: alledaagse gebeurtenissen of voorvallen die mensen mogen verwachten in de omgang met anderen en die waarschijnlijk niet leiden tot formele consequenties. Voorbeelden zijn openbaar dronkenschap, foutparkeren of onenigheid over rekeningen. Dit geldt in het bijzonder voor op zichzelf staande gebeurtenissen of voorvallen (d.w.z. niet herhaald) of passend bij de ontwikkeling (bijv. het stelen van een snoepje uit een winkel door een kind).
- Plannen omvatten ook samenzweringen.
- In het antisociale gedrag dient sprake te zijn van een bepaalde mate van opzet of moedwilligheid, zoals gedefinieerd op pagina 71 van hoofdstuk 3, maar dan toegepast op overig antisociaal gedrag in plaats van op geweld.
- Het gedrag of de poging daartoe moet plaatsvinden zonder wettig gezag (d.w.z. zonder toestemming en is wettelijk niet toegestaan).
- Juridische maatregelen of andere maatschappelijke gevolgen omvatten strafrechtelijke vervolging, schorsing of verwijdering van school, opgelegde veranderingen in de woon- of leefsituatie, verplichte begeleiding, psychologisch onderzoek of gedwongen behandeling.
- Een duidelijk patroon van overig antisociaal gedrag betekent drie of meer duidelijk afgebakende voorvallen van overig antisociaal gedrag.

H3 – *Geschiedenis van problemen met Relaties*

Definitie

Deze risicofactor gaat over een verleden van ernstige problemen met betrekking tot het aangaan en onderhouden van persoonlijke relaties, met als gevolg een gebrek aan sociale en emotionele steun. De problemen kunnen zijn ontstaan door een gebrek aan behoeften, vaardigheden of mogelijkheden. Te denken valt bijvoorbeeld aan een gebrek aan interesse, gebrekkige sociale en interpersoonlijke vaardigheden of een conflictueuze interpersoonlijke stijl.

Zowel intieme als niet-intieme relaties mogen worden meegenomen. Problemen met intieme relaties kunnen zijn: langdurig alleenstaand, aangaan van relaties met niet adequate leeftijdsverschillen tussen partners, zogenaamde knipperlichtrelaties of conflictueuze relaties (bijv. regelmatig vreemdgaan of geweld binnen de relatie). Problemen met niet-intieme relaties kunnen zijn: sociaal isolement, conflictueuze relaties, vervreemding van vrienden of familie of relaties met mensen van wie een negatieve invloed uitgaat (bijv. antisociale leeftijdsgenoten). Ongepaste seksualisering van niet-intieme relaties, inclusief seksueel delictgedrag, dient meegenomen te worden bij de scoring van dit item. Een voorbeeld is een seksueel delict met een bekend slachtoffer of een incestueuze seksuele relatie.

Indicatoren: Intieme relaties

- Partnergeweld
- Regelmatig overspel
- Instabiel, stormachtig of conflictueus
- Manipulatie van de partner
- Emotionele distantie
- Knipperlichtrelatie
- Geen langdurige intieme relatie
- Problemen escaleerden over de tijd
- Problemen in het recente verleden

Indicatoren: Niet-intieme relaties (familie, vrienden, bekenden)

- Geweld in niet-intieme relaties
- Instabiel, stormachtig of conflictueus
- Relaties met mensen van wie een negatieve invloed uit gaat
- Manipulatie van anderen
- Emotionele distantie
- Sociaal isolement
- Ongepaste seksualisering van niet-intieme relaties
- Problemen escaleerden over de tijd
- Problemen in het recente verleden

Toelichting

- Intieme relaties zijn romantische relaties van seksuele aard waarbij sprake is van de verwachting om samen te wonen, monogaam te zijn of een langdurige verbintenis te onderhouden. Of het een heteroseksuele of homoseksuele relatie betreft maakt niet uit. De legale status is ook niet van belang (huwelijk, geregistreerd partnerschap of samenwonend).
- Niet-intieme relaties zijn persoonlijke relaties (d.w.z. niet professioneel of zakelijk) met vrienden, familie of kennissen.
- Het ontbreken van relaties is van belang zelfs als de persoon geïnstitutionaliseerd is.

H4 – *Geschiedenis van problemen met Werk*

Definitie

Deze risicofactor gaat over een verleden van ernstige problemen met betrekking tot het zoeken en behouden van legaal werk (inclusief een eigen bedrijf) of met het naleven van de regels en afspraken binnen de werk- of opleidingsituatie. Deze problemen kunnen zijn: langdurige of frequente werkloosheid, financiële problemen, een onvermogen om in de basisbehoeften te voorzien (wonen, voedsel), weigeren om legaal werk te zoeken, frequent wisselen van baan, meerdere malen ontslag krijgen of nemen, slechte werkprestaties (ongeoorloofde afwezigheid, te laat komen, weigeren het beleid van de werkgever te volgen) of ernstige problemen met collega's of leidinggevenden.

Indicatoren

- Regelmatig werkloos
- Regelmatig ontslagen zijn
- Regelmatig ontslag genomen zonder nieuw werk te hebben
- Voortdurend de regels en het beleid van werkgevers niet opvolgen of naleven
- Regelmatig te laat of afwezig op het werk
- Langere perioden van werkloosheid
- Serieuze conflicten met collega's of leidinggevenden
- Problemen zijn gerelateerd aan eerdere gewelddadige delicten
- Problemen zijn gerelateerd aan eerdere niet-gewelddadige delicten
- Werkloos ten tijde van de meeste criminele of gewelddadige gedragingen
- Werkloosheid ten tijde van het indexdelict / het gewelddadige gedrag
- Problemen waren relevant voor het indexdelict / het gewelddadige gedrag
- Serieuze financiële problemen door onwil of onmogelijkheid om te werken
- Problemen hadden een negatieve invloed op de mogelijkheid om te voorzien in basisbehoeften (wonen, voedsel) of resulteerden in afhankelijkheid van anderen

- Lagere of middelbare school niet afgerond
- Geen vervolgonderwijs of beroepsopleiding afgerond
- Serieuze problemen met lezen en schrijven
- Problemen zijn geëscaleerd of verslechterd over de tijd
- Problemen in het recente verleden

Toelichting

- Problemen met werk zijn relevant en dienen gescoord te worden ook als onderzochte niet in de gelegenheid is geweest om een werkgeschiedenis op te bouwen vanwege langdurige (psychiatrische) opnames, of wanneer onderzochte een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft (gehad).
- Werk in een instelling kan aanleiding geven tot een lagere code als er bewijs is van goede prestaties en het naleven van de regels en het beleid van de institutionele werkgever. Daarnaast moet het werk in de instelling vergelijkbaar zijn met een baan bij een werkgever in de maatschappij (d.w.z. vaste werktijden of diensten, ook in geval van parttime werk, afgebakende en beschreven verantwoordelijkheden).
- In sommige gevallen is dit item niet relevant en dient dan open te worden gelaten. Bijvoorbeeld in het geval van een 17-jarige die nog maar net de opleiding heeft afgerond en nog niet in de gelegenheid is geweest om een arbeidsverleden op te bouwen.
- Vervolg- of beroepsopleidingen mogen als werk beschouwd worden.

H5 – *Geschiedenis van problemen met Middelengebruik*

Definitie

Deze risicofactor gaat over een verleden van problemen met betrekking tot gebruik / misbruik van - of afhankelijkheid van geestverruimende of stemmingsveranderende middelen, inclusief alcohol, illegale middelen, (recept-) medicatie of andere middelen (bijv. lijm, oplosmiddelen, gas). Het gaat hierbij om middelen die een verslechtering veroorzaken in het psychosociale functioneren of in de geestelijke- of fysieke gesteldheid. Problemen met middelengebruik kunnen gerelateerd zijn aan geweld om verschillende redenen: (a) ongeremd en impulsief gedrag door intoxicatie; (b) toename van persoonlijkheidstrekken die gerelateerd zijn aan geweld (bijv. vijandigheid, antagonisme); (c) betrokkenheid in de bereiding of distributie van middelen; of (d) chronische ontwrichting van levensgebieden die anders een beschermende functie zouden kunnen hebben (bijv. woning, werk, ondersteunende interpersoonlijke relaties).

Indicatoren

- Chronisch gebruik
- Ernstig drugsgebruik
- Meerdere soorten middelen gebruikt
- Betrokkenheid in drugshandel (distributie, voorbereiding of bevordering van drugshandel)
- Gebruik in bewaakte instellingen (bijv. gevangenis, ziekenhuis)
- Middelengebruik begon in de adolescentie of in de kindertijd
- Gedurende meerdere ontwikkelingsstadia
- Problemen zijn toegenomen of ernstiger geworden in de tijd
- Heeft geleid tot onveilig of gevaarlijk gedrag anders dan crimineel gedrag
- Van invloed geweest op de fysieke en geestelijke gesteldheid
- Van invloed geweest op school / opleiding
- Van invloed geweest op de loopbaan of heeft een sterk nadelig effect gehad op de financiële situatie (d.w.z. kredietwaardigheid)
- Van invloed geweest op persoonlijke relaties
- Gebruik in het recente verleden
- Er is op dit moment een noodzaak van behandeling voor problemen gerelateerd aan middelengebruik

Toelichting

- Onder de term 'middel' valt alles wat wordt geconsumeerd, ingenomen of toegediend met als voornaamste reden medicinale, verdovende of prestatieverhogende effecten. Middelen kunnen legaal zijn (d.w.z. geoorloofd, toegestaan, waar geen controle op wordt uitgeoefend) of illegaal (d.w.z. ongeoorloofd, waar speciale regels voor zijn opgesteld, waar controle op is). Middelen kunnen ook stoffen zijn die in principe legaal zijn, maar die worden misbruikt om hun medicinale, verdovende of prestatieverhogende effecten (bijv. misbruik van voorgeschreven medicijnen, zoals anabole steroïden of PDE5 remmers of vluchtige stoffen / huishoudmiddelen, zoals lijm, oplosmiddelen en verf).
- Incidenteel of onregelmatig gebruik van alcohol of lichte middelen zoals marihuana zouden niet moeten leiden tot een *Ja*, tenzij de beoordelaar bevestiging heeft voor gebrekkig functioneren ten gevolge van het middelengebruik. Dergelijke bevestiging kan bestaan uit juridische aanklachten of veroordelingen gerelateerd aan middelengebruik of criminaliteit die niet direct heeft geleid tot een aanklacht of veroordeling. In het laatste geval gaat het om criminele activiteiten die meer bevatten dan het simpele bezit van een verboden middel. Te denken valt aan bezit van verboden middelen met het doel van distributie of handel of betrokkenheid in andere vormen van criminaliteit terwijl iemand onder invloed is.
- Onder dit item vallen ook psychische stoornissen die secundair zijn aan het middelengebruik. In de terminologie van de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013¹⁰): *Substance-Related and Addictive Disorders* en alle *Substance / Medication-Induced Disorders*. Deze kunnen worden gezien als bewijs dat de risicofactor aanwezig is mits de beoordelaar bevestiging heeft van beperkt functioneren ten gevolge van het middelengebruik.
- Problemen met middelengebruik waarbij ook sprake is van ernstige beperkingen in het psychologisch functioneren (bijv. *Substance / Medication-Induced Disorders*) kunnen ook meegenomen worden bij het coderen van H6 *Ernstige psychische stoornis* en C3 *Symptomen van ernstige psychische stoornis*.
- Gebrekkig functioneren dat kan worden toegeschreven aan het middelengebruik is mogelijk op verschillende gebieden: geestelijke of fysieke gezondheid, werk, vrije tijd en interpersoonlijke relaties. Voorbeelden zijn: te laat komen op het werk, beperkingen op gebied van fysieke activiteiten door het hebben van een kater of door het onder invloed zijn of hebben van ontweningsverschijnselen, problemen met autorijden, niet in staat zijn werk te houden of te zoeken door het gebruik van middelen, leverziekten zoals cirrose of hepatitis of neurologische beschadigingen ten gevolge van middelengebruik en problemen in interpersoonlijke relaties.

¹⁰ De Nederlandse DSM-5 is bij het ter drukke gaan van de Nederlandse HCR-20¹³ nog niet gepubliceerd. Om die reden worden hier de officiële Engelstalige termen gebruikt.

H6 – *Geschiedenis van problemen met* Ernstige psychische stoornis

Definitie

Deze risicofactor gaat over een verleden van ernstige psychische stoornissen die samengaan met afwijkingen in het denken en het gevoelsleven. Dit item gaat over stoornissen die ernstig en persistent zijn en interfereren met het functioneren op belangrijke levensgebieden (d.w.z. beroepsmatig, sociaal, financieel, opleiding, gezin, gezondheid). Omdat ernstige psychische stoornis een breed begrip is dienen beoordelaars de aanwezigheid en aard van drie typen ernstige psychische stoornissen te beoordelen: (a) psychotische stoornissen; (b) stemmingsstoornissen; en (c) andere ernstige psychische stoornis.

Psychotische stoornissen zijn stoornissen die worden gekarakteriseerd door symptomen zoals hallucinaties, wanen, gedesorganiseerde gedachten en spraak en grove verstoringen in het gedrag. *Stemmingsstoornissen* worden gekarakteriseerd door symptomen als depressieve stemming, euforie, wisselende stemmingen, psychomotorische agitatie of retardatie en suïcidaliteit. Andere ernstige psychische stoornissen worden gekarakteriseerd door symptomen als ernstige beperkingen in intellectueel, cognitief of sociaal / interpersoonlijk functioneren.

Indicatoren: Algemeen

- Aanwijzingen voor begin van de stoornis in de kindertijd of adolescentie (inclusief prodromale symptomen en ziekenhuisopname of contact met professionele hulpverlening als kind)
- Acute episodes in het recente verleden
- Is chronisch
- Had een aanzienlijke negatieve invloed op belangrijke levensdomeinen (werk, wonen, school, gezins- of vriendschapsrelaties, gezondheid)
- Had een aanzienlijke negatieve invloed op het vermogen om dagelijkse activiteiten uit te voeren (bijv. persoonlijke hygiëne, boodschappen doen, vervoer)
- Had een negatieve invloed op het vermogen om voor zichzelf te zorgen

- Heeft geleid tot meerdere psychiatrische opnames
- Aanwezigheid van desoriëntatie of verwarring
- Veranderingen in de persoonlijkheid
- Heeft geen goede behandelrespons op psychosociale of andere interventies laten zien
- Heeft geen goede behandelrespons op psychofarmaca laten zien
- Verslechterde over de tijd

Indicatoren: Psychotische stoornis

- Acute positieve symptomen (bijv. hallucinaties, wanen)
- Symptomen met thema's geweld en agressie
- Agitatie, geïrriteerdheid of vijandigheid tijdens psychotische episodes
- Lijdensdruk (angst, stress) samenhangend met psychotische symptomen

Indicatoren: Stemmingsstoornis

- Manische of hypomane episodes gekenmerkt door geïrriteerdheid, boosheid of vijandigheid
- Serieuze zelfmoordgedachten (intentie dood te gaan, dodelijke plannen)
- Serieuze zelfmoordpogingen (intentie dood te gaan)
- Zelfbeschadigend gedrag

Indicatoren: Andere ernstige psychische stoornis

- Beperkingen in executieve functies, inclusief planning, geheugen, aandacht, impulsbeheersing en redeneervermogen
- Beperkingen in intellectueel functioneren
- Stoornissen in de waarneming
- Problemen met spraak of taal
- Zich herhalende of stereotype gedragspatronen
- Rigide vasthouden aan regels, gewoontes of procedures
- Moeite met aangepast gedrag
- Problemen in sociale interacties
- Verminderde interesse in sociale relaties

Toelichting

- Diagnoses van ernstige psychische stoornissen dienen gesteld te zijn conform een officieel, hedendaags nosologisch systeem, zoals de ICD-10, DSM-5, of DSM-ID. *Conditions for Further Study* in de DSM-5 (bijv. *Neurobehavioral Disorder Due to Prenatal Alcohol Exposure*) kunnen worden meegenomen bij het coderen van dit item als ze voldoen aan de criteria van een psychische stoornis in de DSM-5 en de criteria voor ernstige psychische stoornis, zoals gespecificeerd in HCR-20^{V3}.
- Psychotische stoornissen bevatten in DSM-5 terminologie *Schizophrenia Spectrum* en *Other Psychotic Disorders*.
- Stemmingsstoornissen bevatten in DSM-5 terminologie *Bipolar and Related Disorders*, *Depressive Disorders* en *Substance / Medication-Induced Bipolar and Related Disorders* of *Depressive Disorders characterized by major depressive or manic episodes*. Stemmingsstoornissen die niet worden gekarakteriseerd door ernstige depressieve of manische episodes kunnen bewijs zijn dat de risicofactor mogelijk of deels aanwezig is (*Deels*).
- Andere ernstige psychische stoornissen bevatten in DSM-5 terminologie *Neurodevelopmental Disorders* en *Neurocognitive Disorders that grossly impair intellectual, cognitive, or social / interpersonal functioning* (bijv. *Intellectual Disabilities*, *Autism Spectrum Disorder*, *Major Neurocognitive Disorders*).
- Een stoornis dient slechts onder één subitem gescoord te worden, zelfs wanneer de stoornis relevant lijkt op twee of meer subitems. Prioriteer het coderen van de subitems hierbij als volgt: (1) *Psychotische stoornis*; (2) *Stemmingsstoornis*; en (3) *Andere ernstige psychische stoornis*. Een psychotische stemmingsstoornis zou bijvoorbeeld gescoord moeten worden onder subitem *Psychotische stoornis* en niet onder *Stemmingsstoornis*.
- Ernstige gebreken in het psychologisch functioneren ten gevolge van middelengebruik (bijv. *Substance / Medication-Induced Disorders*) kunnen óók meegenomen worden bij het coderen van item H5 *Middelengebruik*.
- Beoordelaars die officieel gekwalificeerd zijn om psychische stoornissen vast te stellen dienen - indien mogelijk - dit item te coderen op basis van hun eigen diagnostiekbevindingen bij de onderzochte. Zij kunnen hierbij uiteraard gebruik maken van dossierinformatie, inclusief bevindingen uit eerdere diagnostische onderzoeken of gestelde diagnoses. In dergelijke gevallen dient aangegeven te worden dat de codering *Definitief* is.
- Beoordelaars die niet officieel gekwalificeerd zijn om psychische stoornissen te diagnosticeren kunnen dit item coderen op basis van eerdere onderzoeken en gestelde diagnoses in de dossierinformatie over de onderzochte mits zij

deze informatie betrouwbaar achten. In dergelijke gevallen dient aangegeven te worden dat de codering *Definitief* is.

- Wanneer beoordelaars niet in staat zijn om de onderzochte direct te onderzoeken, of wanneer eerdere onderzoeken en gestelde diagnoses in het dossier niet als betrouwbaar worden ingeschat, dienen alle bevindingen gerapporteerd te worden die de beoordelaar van toepassing acht voor dit item en dient het item vervolgens naar het beste oordeel van de beoordelaar gescoord te worden. In dergelijke gevallen dient aangegeven te worden dat de codering *Voorlopig* is.
- Wanneer beoordelaars geen betrouwbare informatie hebben over de aanwezigheid van een psychische stoornis, dient het item opengelaten te worden.
- Dit item wordt gescoord op basis van de voorgeschiedenis en wordt niet beïnvloed door het feit of de stoornis op dit moment in een actieve fase is of in remissie.
- Persoonlijkheidsstoornissen worden niet gescoord bij dit item, maar bij H7 *Persoonlijkheidsstoornis*.
- Andere hier niet genoemde psychische stoornissen kunnen zich mogelijk manifesteren binnen andere HCR-20^{V3} risicofactoren en daar dan gescoord worden (bijv. H9 *Gewelddadige opvattingen*, C2 *Gewelddadige denkbeelden of intenties*, C4 *Instabiliteit*, R5 *Stress / coping*). Het is ook mogelijk de aanwezigheid van andere stoornissen te coderen als *Andere Overweging*, indien de beoordelaar meent dat het risico van geweld bij de onderzochte erdoor wordt vergroot.

H7 – *Geschiedenis van problemen met* Persoonlijkheidsstoornis

Definitie

Het gaat bij deze risicofactor om een verleden van ernstige problemen die voortkomen uit stabiele en maladaptieve persoonlijkheidstrekken die van invloed zijn op interpersoonlijk functioneren, controle over het gedrag, emotionaliteit, cognitieve stijl en zelfbeleving. Deze problemen bevatten verstoringen in sociale relaties of het falen om aan sociale rollen en verplichtingen te voldoen. De problemen moeten chronisch en pervasief van aard zijn en betrekking hebben op het algemene functioneren van de onderzochte (in tegenstelling tot problemen door een eenmalig voorval of binnen bepaalde omstandigheden).

Hoewel er goede redenen zijn om aan te nemen dat iedere gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornis het risico van geweld kan vergroten, is er vooral veel onderzoek bekend naar de relatie tussen de antisociale of psychopathische persoonlijkheidsstoornis en geweld. Om die reden wordt aangeraden om afzonderlijk te kijken naar (a) persoonlijkheidsstoornissen van het antisociale type (antisociale of psychopathische persoonlijkheidsstoornis); en (b) alle andere persoonlijkheidsstoornissen. Wat betreft de antisociale persoonlijkheidsstoornis dient te worden gelet op trekken van dominantie, antagonisme, instabiliteit, vijandigheid en verwante kenmerken.

Indicatoren: Algemeen

- Bracht anderen in risicosituaties voor negatieve ervaringen, gebeurtenissen of gevolgen
- Bracht zichzelf in risicosituaties voor negatieve ervaringen, gebeurtenissen of gevolgen
- Interfereerde met eerdere resocialisatie pogingen
- Interfereerde met interpersoonlijke relaties
- Interfereerde met werk of opleiding
- Verslechterde over de tijd
- Aanwezig in het recente verleden

Indicatoren: Antisociale / psychopathische persoonlijkheidsstoornis

- Dominant, antagonistisch of vijandig
- Bedrieglijk, onoprecht of manipulatief
- Niet empathisch, emotioneel afstandelijk
- Impulsief
- Heeft het gevoel uniek of speciaal te zijn en overal recht op te hebben
- Wantrouwend, cynisch of intolerant
- Onverantwoordelijk, roekeloos, onbezonnen gedrag
- Kil of onverschillig

Indicatoren: Andere persoonlijkheidsstoornis

- Angstig, afhankelijk of ambivalent in interpersoonlijke interactie
- Zelfbeleving is zwak, onstabiel of chaotisch
- Emotioneel intens, labiel, angstig of gestresst
- Labiel, gedesorganiseerd, zelfbeschadigend gedrag

Toelichting

- De diagnose van een persoonlijkheidsstoornis dient gesteld te zijn conform de eisen van een officieel, hedendaags nosologisch systeem voor ziektenclassificatie, zoals de ICD-10, DSM-5, of DSM-IV.
- Wanneer de beoordelaar ervoor kiest om de mate van psychopathie te meten, raden de auteurs aan om de *Hare Psychopathie Checklist-Revised* (PCL-R, Second Edition; Hare, 2003; Nederlandse vertaling: Vertommen et al., 2002) of de *Hare Psychopathie Checklist: Screening Version* (PCL:SV; Hart, Cox, & Hare, 1995) te gebruiken. Dit is echter niet verplicht. Het is mogelijk om voor het land aangepaste cut-off scores te gebruiken voor de PCL-R of PCL:SV. Er kunnen ook andere methoden gebruikt worden om psychopathie te meten, zolang er voldoende onderbouwing bestaat voor het gebruik hiervan.

- Trekken van persoonlijkheidsstoornissen kunnen tegelijk voorkomen (oftewel comorbide zijn) met symptomen van middelenmisbruik, psychiatrische stoornissen of seksuele deviatie.
- Bij de aanwezigheid van trekken van een persoonlijkheidsstoornis is een code *Deels* op zijn plaats.
- Beoordelaars die officieel gekwalificeerd zijn om psychische stoornissen vast te stellen dienen - indien mogelijk - dit item te coderen op basis van hun eigen diagnostiekbevindingen bij de onderzochte. Zij kunnen hierbij uiteraard gebruik maken van dossierinformatie, inclusief bevindingen uit eerdere diagnostische onderzoeken of gestelde diagnoses. In dergelijke gevallen dient aangegeven te worden dat de codering *Definitief* is.
- Beoordelaars die niet officieel gekwalificeerd zijn om psychische stoornissen te kunnen diagnosticeren kunnen dit item coderen op basis van eerdere onderzoeken en gestelde diagnoses in de dossierinformatie over de onderzochte mits zij deze informatie betrouwbaar achten. In dergelijke gevallen dient aangegeven te worden dat de codering *Definitief* is.
- Wanneer beoordelaars niet in staat zijn om de onderzochte direct te onderzoeken, of wanneer eerdere onderzoeken en gestelde diagnoses in het dossier niet als betrouwbaar worden ingeschat, dienen alle bevindingen gerapporteerd te worden die de beoordelaar van toepassing acht voor dit item en dient het item vervolgens naar het beste oordeel van de beoordelaar gescoord te worden. In dergelijke gevallen dient aangegeven te worden dat de codering *Voorlopig* is.
- Wanneer beoordelaars geen betrouwbare informatie hebben over de aanwezigheid van een psychische stoornis, dient het item opengelaten te worden en hoeft niet aangegeven te worden of het item *Voorlopig* of *Definitief* is gescoord.
- Dit item wordt gescoord op basis van de voorgeschiedenis en wordt niet beïnvloed door het feit of de stoornis op dit moment in een actieve fase is of in remissie.

H8 – *Geschiedenis van problemen met* Traumatische ervaringen

Definitie

Deze risicofactor gaat over een geschiedenis van traumatische of beschadigende ervaringen op enig moment gedurende het leven, die belemmerend kunnen zijn geweest voor de ontwikkeling, hechtingsprocessen of het aanleren van prosociale attitudes en probleemoplossende vaardigheden. Deze verschillende typen van negatieve gebeurtenissen en ervaringen worden gecategoriseerd in (a) *Victimisatie / trauma*; en (b) *Problematische opvoedingssituatie*.

Victimisatie / trauma wordt gedefinieerd als het ervaren van een trauma op enig moment in het leven. Hieronder vallen fysiek, psychologisch of seksueel misbruik in de kindertijd of adolescentie, anderszins fysieke of seksuele mishandeling, of slachtoffer zijn van andere bedreigende of beangstigende ervaringen (bijv. ontvoerd of afgeperst worden). Andere vormen van potentieel traumatische gebeurtenissen, zoals getuige zijn van ernstig geweld, gepest worden, gestalkt worden of het oplopen van verwondingen door een ongeluk vallen eveneens onder dit item. Er is bewijs dat met name ernstig of langdurig slachtofferschap belangrijk is om in dit item mee te nemen. Langdurig wil zeggen dat het aanwezig was tijdens meerdere ontwikkelingsstadia.

Problematische opvoedingssituatie richt zich vooral op het gedrag van de ouders / opvoeders of keuzes die zij in het leven hebben gemaakt die aantoonbaar hebben geleid tot verschillende problemen bij de onderzochte in de jeugd of in volwassenheid, waaronder gewelddadig gedrag. Dit betreft gedrag door de ouders dat waarschijnlijk leidt tot onveilige hechting (dwingend, verwaarlozend), dat model staat voor antisociaal gedrag (criminaliteit door de ouders of middelenmisbruik, huiselijk geweld), dat instabiliteit in de huiselijke omgeving creëert (frequente verhuizingen, overvolle behuizing, opvoeding in instellingen of tehuizen), of dat kan leiden tot ontwikkelingsachterstanden bij kinderen (middelengebruik of roken tijdens de zwangerschap door moeder).

Indicatoren: Victimisatie / trauma

- Ernstige kindermishandeling (aanhoudend, herhaaldelijk of chronisch, ernstige verwondingen)
- Kindermishandeling door ouder / opvoeder (seksueel, psychologisch / emotioneel of fysiek) of verwaarlozing tijdens de kindertijd (12 jaar en jonger)
- Kindermishandeling door niet-ouder / opvoeder (seksueel, psychologisch / emotioneel of fysiek) tijdens de kindertijd (12 jaar en jonger)
- Andere vormen van interpersoonlijke of gewelddadige victimisatie tijdens de kindertijd (12 jaar en jonger)
- Overlijden van een ouder tijdens de kindertijd of de adolescentie
- Gescheiden zijn van een ouder vóór de leeftijd van 17 jaar
- Gepest zijn
- Victimisatie of traumatische ervaringen tijdens meerdere ontwikkelingsstadia
- Kindermishandeling door ouder / opvoeder (seksueel, psychologisch / emotioneel of fysiek) of verwaarlozing tijdens de adolescentie (13-17)
- Kindermishandeling door niet-ouder / opvoeder (seksueel, psychologisch / emotioneel of fysiek) tijdens de adolescentie (13-17)
- Andere vormen van interpersoonlijke of gewelddadige victimisatie tijdens de adolescentie (13-17)
- Interpersoonlijke of gewelddadige victimisatie (volwassenheid 18+)
- Andere traumatische ervaringen (ongelukken, militaire ervaringen)

Indicatoren: Problematische opvoedingssituatie

- Geweld tussen ouders
- Getuige van geweld tussen ouders
- Getuige van frequente, ernstige conflicten tussen ouders
- Getuige van ernstig geweld tegen een ander belangrijk persoon (bijv. broer of zus, ander familielid of een goede vriend)
- Opvoedstijlen – dwingend of te strenge discipline
- Onstabiel gezin
- Gewelddadige criminaliteit door ouder(s) (anders dan partnergeweld)
- Niet-gewelddadige criminaliteit door ouder(s)
- Problemen met middelengebruik door ouder(s)
- Veroordelingen bij ouders vóór de leeftijd van 10 jaar van onderzochte
- Plaatsing in pleeggezinnen
- Opgevoed in instellingen

Toelichting

- Victimisatie of trauma is ernstig en een code *Ja* is gerechtvaardigd wanneer het ernstige fysieke of psychische schade heeft berokkend, wanneer het voorkwam gedurende meerdere ontwikkelingsstadia of wanneer het verschillende typen victimisatie betrof (minstens twee van de volgende: kindermishandeling, seksueel misbruik, andere interpersoonlijke / gewelddadige victimisatie of andere traumatische ervaringen, zoals een auto-ongeluk).
- Wanneer onderzochte in de prostitutie heeft gezeten dient de beoordelaar alert te zijn op victimisatie of traumatische ervaringen of gebeurtenissen die hiermee geassocieerd zijn en vervolgens te beoordelen of deze feiten een code op dit item rechtvaardigen.
- Wanneer er een diagnose gesteld is die samenhangt met traumatische ervaringen (bijv. een posttraumatische stressstoornis, een acute stressstoornis of in DSM-5 terminologie *Trauma- and Stressor-Related Disorders*) is dit een sterke aanwijzing dat de risicofactor aanwezig is en zal de beoordelaar de beschadigende of traumatische ervaringen goed moeten analyseren.
- Afhankelijk van de situatie waarin de onderzochte is opgegroeid, kan dit item ook worden gescoord op basis van het gedrag door opvoeders / voogden in plaats van / in aanvulling op gedrag door de ouders.

H9 – *Geschiedenis van problemen met* Gewelddadige opvattingen

Definitie

Deze risicofactor gaat over een verleden van diep ingewortelde gewelddadige opvattingen, overtuigingen, waarden of gedachten. De overtuiging dat het gebruik van geweld gerechtvaardigd is om persoonlijke of materiële doelen na te streven wordt gescoord onder dit item. Overtuigingen die het gebruik van geweld in stand houden of goedkeuren voldoen eveneens aan de definitie.

Indicatoren

- Heeft vaak gedacht, gefantaseerd of gedagdroomd over geweld
- Heeft plezier of vindt bevrediging in het kwetsen van anderen of in het zien van anderen die gekwetst worden
- Rechtvaardiging van het gebruik van geweld voor persoonlijk gewin (status, respect)
- Rechtvaardiging van het gebruik van geweld voor financieel of materieel gewin
- Voortdurende betrokkenheid bij criminele organisaties of bendes die geweld gebruiken
- Voortdurende omgang met gewelddadige vrienden en / of kennissen (niet gerelateerd aan een bende)
- Minachtende houding ten aanzien van de wetshandhaving, het strafrecht, het rechtsstelsel of autoriteiten
- Minimalisering of ontkenning van geweld
- Bespot of kleineert anderen
- Mijdt bewust of laat zich laatzak uit over sociale normen en gebruiken
- Gewelddadige attitude tijdens meerdere ontwikkelingsstadia (jeugd / volwassenheid)
- Aanwezig tijdens de kindertijd of adolescentie
- Namen toe in intensiteit in de tijd
- Aanwezig in het recente verleden

Toelichting

- De aanwezigheid van gewelddadige opvattingen kan geobserveerd worden op basis van het gedrag. Deze observaties dienen gebaseerd te zijn op een patroon van gedragingen of neigingen (betrokkenheid bij criminele organisaties of antisociale leeftijdsgenoten, het bij zich dragen van een wapen).
- De beoordelaar dient na te gaan of gerelateerde, maar bredere, opvattingen aanwezig zijn. Voorbeelden zijn pro-criminele attitudes, crimineel zelfbeeld, goedkeurende opvattingen ten aanzien van crimineel of ander antisociaal gedrag (bijv. regelovertredend gedrag in instellingen), accepteren of tolereren van crimineel of ander antisociaal gedrag, of zeer afwijzende of negatieve opvattingen ten opzichte van de wetshandhaving, het strafrecht, het rechtsstelsel of autoriteiten. Indien aanwezig, dient de beoordelaar verder te onderzoeken of deze opvattingen een gewelddadige component bevatten.
- In extreme vormen kan opstandigheid (niet conformeren aan sociale normen en gebruiken) een uiting zijn van gewelddadige opvattingen. Het aanstichten van een rel kan bijvoorbeeld een aanwijzing zijn voor een gewelddadige attitude.
- Plezier beleven aan het lijden van anderen (sadisme) wijst op de aanwezigheid van gewelddadige opvattingen.
- Dit item verwijst naar de aanwezigheid van gewelddadige opvattingen gedurende de levensloop, ongeacht of de gewelddadige opvattingen op dit moment aanwezig zijn.

H10 – *Geschiedenis van problemen met* Respons op behandeling of toezicht

Definitie

Deze risicofactor gaat over een verleden van ernstige problemen met betrekking tot zich conformeren aan - of reageren op (forensisch) psychiatrische behandeling, penitentiaire behandelprogramma's of begeleiding vanuit bijvoorbeeld de reclassering. Dergelijke programma's zijn gericht op het verbeteren van de psychosociale aanpassing of psychische gezondheid en / of op het verkleinen van de kans op geweld. Problemen zijn bijvoorbeeld gebrekkige motivatie voor behandeling, zich niet inzetten voor de behandeling, het weigeren medicatie in te nemen of het weigeren van behandeling of toezicht.

Indicatoren

- Ontvluchting uit detentie, forensisch psychiatrische of andere gesloten instellingen
- Oppervlakkige of onoprechte deelname aan behandeling of begeleiding
- Negatieve houding ten opzichte van behandeling (vijandig, pessimistisch, niet coöperatief)
- Is er niet in geslaagd om zich aan voorwaarden van behandeling of begeleiding te houden
- Is er niet in geslaagd om een positieve werkrelatie met behandelaars op te bouwen of in stand te houden
- Is er niet in geslaagd om de behandeling of begeleiding volgens de gestelde regels te volgen (bijv. voortijdig stoppen)
- Committeerde zich niet aan de doelen van groepsinterventies
- Is er niet in geslaagd om te verschijnen op rechtszittingen
- Nam de voorgeschreven psychiatrische medicatie niet in
- Escaleerde over de tijd
- Evident in het recente verleden

Toelichting

- Dit item betreft zowel toezicht vanuit een therapeutisch als vanuit een justitieel kader.
- Het gaat hierbij zowel om intramurale als ambulante behandeling / toezicht.
- Zowel vrijwillige als opgelegde behandeling / toezicht wordt meegenomen.
- Ontvluchtingen of pogingen tot ontvluchting vanuit een instelling tellen mee als niet conformeren.
- Eenschending van voorwaarden (bijv. tijdens reclasseringstoezicht, proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging van de tbs maatregel) dient als ernstig te worden beschouwd wanneer het resulteerde in arrestatie of (her)opname. Typische voorbeelden van ernstige schendingen zijn ontsnapping uit detentie of uit een beveiligde instelling, recidive tijdens verlof of reclasseringstoezicht, schending van justitiële voorwaarden, of niet meewerken aan psychiatrische behandeling of verslavingszorg zoals opgelegd door de rechter of een andere autoriteit.
- Minder ernstige schendingen zijn technische overtredingen of schendingen van voorwaarden die hebben geleid tot minder ernstige disciplinaire maatregelen (bijv. een berisping of verlies van privileges), zoals te laat terugkeren van verlof, geringe ordeverstoringen, zich niet houden aan medicatievoorschriften of het gebruik van alcohol of drugs terwijl dat verboden is.
- Wanneer onderzochte nooit een periode heeft gekend van toezicht of begeleiding (zowel binnen een instelling als in de samenleving), dient het item als *Nee* te worden gescoord.



C1 – *Recente problemen met Inzicht*

Definitie

Deze risicofactor gaat over actuele problemen met betrekking tot een gebrek aan begrip, bewustzijn of onderkenning van het persoonlijke functioneren in relatie tot gewelddadig gedrag of van de factoren en processen die hiermee samenhangen. Het begrip inzicht wordt vaak langs minimaal drie dimensies geconceptualiseerd: inzicht in de psychische stoornis, agressie en de noodzaak van behandeling (Amador et al., 1993; Bjørkly, 2006). Er wordt dan ook aangeraden om de volgende drie aspecten van problemen met inzicht te beoordelen: (a) stoornis; (b) risico van gewelddadig gedrag; en (c) noodzaak van behandeling.

Problemen met inzicht in de stoornis betekent dat de onderzochte een gebrek aan begrip of bewustzijn laat zien ten aanzien van zijn / haar psychische, persoonlijkheids- of aan middelen gerelateerde stoornis, de gevolgen van die stoornis of de invloed op het beloop van de stoornis. Problemen met inzicht kunnen zich manifesteren als volledige ontkenning van de stoornis, bagatellisering van de ernst of de gevolgen ervan, of onbegrip over de factoren die het beloop beïnvloeden. Problemen met inzicht kunnen ook blijken uit het onvermogen om de symptomen die bij de stoornis horen te onderkennen. Bijvoorbeeld, de overtuiging dat wanen of hallucinaties gebaseerd zijn op ervaringen van een objectieve, externe werkelijkheid, kan beschouwd worden als een teken van problemen met inzicht.

Problemen met inzicht in het risico van gewelddadig gedrag verwijst naar een gebrek aan begrip of bewustzijn bij de onderzochte ten aanzien van diens vermogen om tot geweld over te gaan, de redenen om dat te doen (risicofactoren) en de omstandigheden die het risico beïnvloeden.

Problemen met inzicht in de noodzaak van behandeling gaat over een gebrek aan bewustzijn dat professionele behandeling of begeleiding noodzakelijk is in verband met de psychische stoornis of de kans op gewelddadig gedrag.

Indicatoren: Inzicht in de stoornis

- Ontkent of bagatelliseert in sterke mate de aanwezigheid van een psychische stoornis of de symptomen ervan
- Ontkent of bagatelliseert in sterke mate de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis of de symptomen ervan
- Ontkent of bagatelliseert in sterke mate de aanwezigheid van een aan middelen gerelateerde stoornis of de symptomen ervan
- Ontkent of bagatelliseert in sterke mate de interpersoonlijke gevolgen van psychische, persoonlijkheids-, of aan middelen gerelateerde stoornissen (bijv. het effect op relaties of gezinsleden)
- Ontkent of bagatelliseert in sterke mate de sociale gevolgen van de psychische, persoonlijkheids- of aan middelen gerelateerde stoornis (zoals het effect op werk of opleiding)
- Laat gedrag zien waaruit blijkt dat hij / zij geen begrip heeft van de externe factoren die het beloop van de stoornis nadelig beïnvloeden
- Toont geen begrip van de factoren die het beloop van zijn / haar stoornis nadelig beïnvloeden
- Toont weerstand tegen behandelprognoses om het inzicht te vergroten
- Gebrek aan inzicht op dit vlak is verslechterd

Indicatoren: Inzicht in het risico van gewelddadig gedrag

- Heeft geen begrip van de persoonlijke factoren (zoals stemming, symptomen, middelengebruik) die in het verleden een rol hebben gespeeld in het gewelddadige gedrag
- Heeft geen begrip van de interpersoonlijke factoren (zoals de invloed van intieme of vriendschapsrelaties, aan- of afwezigheid van persoonlijke sociale steun) die in het verleden hebben bijgedragen aan het gewelddadige gedrag
- Heeft geen begrip van de persoonlijke factoren (zoals stemming, symptomen, middelengebruik) die de kans op gewelddadig gedrag in de toekomst zullen vergroten of verkleinen
- Heeft geen begrip van de interpersoonlijke factoren (zoals de invloed van intieme of vriendschapsrelaties, aan- of afwezigheid van persoonlijke sociale steun) die de kans op gewelddadig gedrag in de toekomst zullen vergroten of verkleinen

- Heeft geen begrip van de contextuele factoren (zoals kenmerken van de woon - en werkomgeving) die in het verleden hebben bijgedragen aan het gewelddadige gedrag
- Laat gedrag zien waaruit blijkt dat hij / zij geen begrip heeft van de externe factoren die het geweldsrisico vergroten
- Is niet in staat de ernst van het gewelddadige gedrag te (h) erkennen in termen van de schade die anderen daardoor lijden
- Heeft geen begrip van de contextuele factoren (zoals kenmerken van de woon - en werkomgeving) die de kans op gewelddadig gedrag in de toekomst zullen vergroten of verkleinen
- Gebrek aan inzicht in dit domein verbetert niet door behandeling
- Gebrek aan inzicht in dit domein is verslechterd

Indicatoren: Inzicht in de noodzaak van behandeling

- Ontkent of bagatelliseert in sterke mate dat behandeling of begeleiding een gunstig effect kan hebben op de symptomen van zijn / haar psychische stoornis
- Ontkent of bagatelliseert in sterke mate dat behandeling of begeleiding een gunstig effect kan hebben op de negatieve gevolgen van zijn / haar psychische stoornis
- Ontkent of bagatelliseert in sterke mate dat behandeling het geweldsrisico kan verminderen
- Gebrek aan inzicht in dit domein verbetert niet door behandeling
- Gebrek aan inzicht in dit domein is verslechterd

Toelichting

- De beoordeling van inzicht dient niet louter afgeleid te worden uit de weigering om medicamenteuze of andere behandeling te aanvaarden, tenzij er duidelijke verklaringen aanwezig zijn waaruit blijkt dat deze weigering voortkomt uit de overtuiging dat hij / zij geen stoornis heeft, dat hij / zij geen risicofactoren voor geweld heeft, of dat de stoornis niet ernstig genoeg is om behandeld te worden.

C2 – Recente problemen met Gewelddadige denkbeelden of intenties

Definitie

Deze risicofactor gaat over ernstige en actuele problemen met betrekking tot gewelddadige denkbeelden of intenties, zoals gedachten, plannen, verlangens, fantasieën of aandrang om anderen pijn te doen.

Indicatoren

- Chronische, frequente of aanhoudende gedachten om anderen pijn te doen
- Beleeft plezier of voldoening aan anderen pijn doen of het zien dat anderen pijn wordt gedaan
- Sterke emotionele reactie bij de gedachte om anderen pijn te doen; onderzochte vindt ze erg verstorend (d.w.z. intrusief of ongewild) of erg prettig (bevredigend of positief)
- Uit een sterke behoefte, aandrang of intentie om anderen pijn te doen
- De gedachten om anderen pijn te doen zijn gedetailleerd, realistisch en haalbaar
- Heeft gehandeld naar de aandrang of de plannen om anderen pijn te doen
- Vijandige attributiefout (neiging om gedragingen van anderen toe te schrijven aan een gewelddadige intentie terwijl de werkelijke intentie niet bekend is)
- Verbetert niet door behandeling
- Recente toename in gewelddadige denkbeelden of intenties

Toelichting

- Gewelddadige denkbeelden die alleen voorkomen in de context van een psychose dienen hier niet gescoord worden. Deze worden gescoord bij C3 *Symptomen van ernstige psychische stoornis*.
- Denkbeelden of intenties omvatten gedachten, beelden, fantasieën, aandrang en plannen.
- Ernstig betekent hier dat de gewelddadige denkbeelden of intenties volhardend en intrusief zijn, dat ze samengaan met een matige tot sterke behoefte om er naar te handelen, dat het gaat om onmiddellijk dreigend of levensbedreigend fysiek letsel of in het geval van gewelddadige denkbeelden, dat er sprake is van gerichtheid op een bepaald persoon.
- Gewelddadige denkbeelden of intenties kunnen worden afgeleid uit het gedrag of uit bedreigende uitspraken.
- Plezier beleven aan het lijden van anderen (d.w.z. sadisme) wijst op de aanwezigheid van gewelddadige denkbeelden.
- Hoewel suïcidale denkbeelden gescoord dienen te worden bij C3 *Symptomen van ernstige psychische stoornis*, dient de beoordelaar wel te overwegen of een aanwezig suïcidaal denkbeeld samengaat met een gewelddadig denkbeeld of mogelijk gedrag. Voorbeelden hiervan zijn: *suicide by cop* (wanneer een suïcidaal persoon zich dreigend opstelt naar de politie met de intentie om zelf neergeschoten te worden) of gevallen van moord-zelfdoding.
- Indien de onderzochte recent slachtoffer is geweest van geweld, dient de beoordelaar vast te stellen of wraakgedachten aanwezig zijn.

C3 – *Recente problemen met* Symptomen van ernstige psychische stoornis

Definitie

Deze risicofactor gaat over de vraag of de symptomen van een ernstige psychische stoornis (zoals gedefinieerd onder H6 *Ernstige psychische stoornis*) op dit moment of recentelijk actief aanwezig zijn. Net als bij H6, wordt aangeraden om op de volgende drie typen symptomen van een ernstige psychische stoornis te letten: (a) psychotische stoornis (met episodes van acute positieve symptomen, agitatie, paranoia, of angst); (b) stemmingsstoornis (gekenmerkt door manische episodes, een depressie in engere zin met psychotische episodes of suïcidaliteit); (c) stoornis die primair van invloed is op het intellectueel functioneren, executieve functies of sociaal / interpersoonlijk functioneren.

Voor de huidige *Symptomen van psychotische stoornissen* dient te worden gelet op hallucinaties, wanen, achtervolgingsideeën of ideeën met gewelddadige of nihilistische inhoud, met name als daar emotioneel lijden mee geassocieerd is. Daarnaast kan gedragsmatig gestoord gedrag worden meegenomen, zoals agitatie. Bij huidige *Symptomen van stemmingsstoornissen* moet met name worden gelet op euforie, prikkelbaarheid, psychomotorische opwinding of agitatie. Ook suïcidegedachten of suïcidepogingen horen bij dit subitem. Bij huidige *Symptomen van andere ernstige psychische stoornis* moet worden gelet op volhardende problemen in het denken, in het praten en in de communicatie en op problemen op gebied van empathie of sociale vaardigheden.

Indicatoren: Symptomen van psychotische stoornis

- Wanen met morbide, vijandige, paranoïde, jaloerse / erotomane, of gewelddadige thematiek
- Hallucinaties met morbide, vijandige, paranoïde, jaloerse / erotomane, of gewelddadige thematiek
- Heeft recentelijk gehandeld in overeenstemming met een bevelshallucinatie
- Heeft recentelijk gehandeld in overeenstemming met een waan
- De wanen zijn goed georganiseerd en de persoon houdt er sterk aan vast
- Bizar gedrag
- Negatieve symptomen, bijvoorbeeld apathie of anhedonie (het niet meer kunnen ervaren van vreugde)
- Symptoom-gerelateerd lijden, agitatie of angst
- Symptomen van desorganisatie (spraak of gedrag)
- Symptomen belemmeren de realiteitstoetsing
- Symptomen interfereren met belangrijke levensdomeinen
- Symptomen belemmeren het vermogen van de onderzochte om voor zichzelf te zorgen
- Symptomen verbeteren niet door behandeling
- Een ongunstig beloop (verslechtering)

Indicatoren: Symptomen van stemmingsstoornis

- Manie (met geïrriteerde, boze of vijandige stemming)
- Geïrriteerdheid, woede of vijandigheid gedurende een depressieve episode
- Symptomen interfereren met belangrijke levensdomeinen
- Symptomen belemmeren het vermogen van de onderzochte om voor zichzelf te zorgen
- Serieuze suïcidepogingen
- Serieuze zelfmoordgedachten of gedachten aan de dood
- Zelfmoordplannen zijn gedetailleerd, realistisch en uitvoerbaar
- Onderzochte benoemt gevoel van hopeloosheid

- Sterke emotionele reactie op gedachten over zelfbeschadiging; onderzochte vindt ze zeer verstorend (intrusief of ongewenst) of erg prettig (bevredigend of bevrijdend)
- Heeft gehandeld of is van plan te handelen naar de neigingen, aandrang of plannen om zichzelf te beschadigen
- Niet-suïcidaal zelfbeschadigend gedrag of gedachten daarover
- Uit een sterke behoefte, aandrang, of intentie om zichzelf te beschadigen
- Gedachten om zichzelf te beschadigen zijn gedetailleerd, realistisch en uitvoerbaar
- Symptomen verbeteren niet door behandeling
- Recente escalatie in zelfmoordgedachten of -plannen
- Recente toename in de gedachten om zichzelf te beschadigen
- Een ongunstig beloop (verslechtering)

Indicatoren: Symptomen van andere ernstige psychische stoornis

- Beperkingen in executieve functies, inclusief planning, geheugen, aandacht, impulsbeheersing en redeneervermogen
- Beperkingen in intellectueel functioneren
- Stoornissen in de waarneming
- Problemen met spraak en taal
- Zich herhalende of stereotype gedragspatronen
- Persoonlijkheidsveranderingen
- Symptomen interfereren met belangrijke levensdomeinen
- Symptomen belemmeren het vermogen van de onderzochte om voor zichzelf te zorgen
- Rigide vasthouden aan regels, gewoontes of procedures
- Moeite met aangepast gedrag
- Problemen in sociale interacties
- Verminderde interesse in sociale relaties
- Desoriëntatie of verwardheid
- Symptomen verbeteren niet door behandeling
- Een ongunstig beloop (verslechtering)

Toelichting: Algemeen

- Diagnoses van ernstige psychische stoornissen dienen gesteld te zijn conform een officieel, hedendaags nosologisch systeem, zoals de ICD-10, DSM-5, of DSM-ID. *Conditions for Further Study* in de DSM-5 (bijv. *Neurobehavioral Disorder Due to Prenatal Alcohol Exposure*) kunnen worden meegenomen bij het coderen van dit item als ze voldoen aan de criteria van een psychische stoornis in de DSM-5 en de criteria voor ernstige psychische stoornis, zoals gespecificeerd in HCR-20^{V3}.
- Psychotische stoornissen bevatten in DSM-5 terminologie *Schizophrenia Spectrum* en *Other Psychotic Disorders*.
- Stemmingsstoornissen bevatten in DSM-5 terminologie *Bipolar and Related Disorders*, *Depressive Disorders*, *Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorders* en *Depressive Disorders characterized by major depressive or manic episodes*. Stemmingsstoornissen die niet worden gekarakteriseerd door ernstige depressieve of manische episodes kunnen bewijs zijn dat de risicofactor mogelijk of deels aanwezig is (*Deels*).
- Andere ernstige psychische stoornissen bevatten in DSM-5 terminologie *Neurodevelopmental Disorders* en *Neurocognitive Disorders that grossly impair intellectual, cognitive, or social/interpersonal functioning* (bijv. *Intellectual Disabilities*, *Autism Spectrum Disorder*, *Major Neurocognitive Disorders*).
- Een stoornis dient slechts onder één subitem gescoord te worden, zelfs wanneer de stoornis relevant lijkt op twee of meer subitems. Prioriteer het coderen van de subitems hierbij als volgt: (1) *Psychotische stoornis*; (2) *Stemmingsstoornis*; en (3) *Andere ernstige psychische stoornis*. Een psychotische stemmingsstoornis zou bijvoorbeeld gescoord moeten worden onder subitem *Psychotische stoornis* en niet onder *Stemmingsstoornis*.
- Beoordelaars die officieel gekwalificeerd zijn om psychische stoornissen vast te stellen dienen - indien mogelijk - dit item te coderen op basis van hun eigen diagnostiekbevindingen bij de onderzochte. Zij kunnen hierbij uiteraard gebruik maken van dossierinformatie, inclusief bevindingen uit eerdere diagnostische onderzoeken of gestelde diagnoses. In dergelijke gevallen dient aangegeven te worden dat de codering *Definitief* is.
- Beoordelaars die niet officieel gekwalificeerd zijn om psychische stoornissen te diagnosticeren kunnen dit item coderen op basis van eerdere onderzoeken en gestelde diagnoses in de dossierinformatie over de onderzochte mits zij deze informatie betrouwbaar achten. In dergelijke gevallen dient aangegeven te worden dat de codering *Definitief* is.

- Wanneer beoordelaars niet in staat zijn om de onderzochte direct te onderzoeken, of wanneer eerdere onderzoeken en gestelde diagnoses in het dossier niet als betrouwbaar worden ingeschat, dienen alle bevindingen gerapporteerd te worden die de beoordelaar van toepassing acht voor dit item en dient het item vervolgens naar het beste oordeel van de beoordelaar gescoord te worden. In dergelijke gevallen dient aangegeven te worden dat de codering *Voorlopig* is.
- Wanneer beoordelaars geen betrouwbare informatie hebben over de aanwezigheid van een psychische stoornis, dient het item opengelaten te worden.
- Andere symptomen van hier niet genoemde psychische stoornissen kunnen zich mogelijk manifesteren binnen andere HCR-20^{v3} risicofactoren en daar dan gescoord worden (bijv. C2 *Gewelddadige denkbeelden of intenties*, C4 *Instabiliteit*, R5 *Stress / coping*). Het is ook mogelijk de aanwezigheid van andere stoornissen te coderen als *Andere Overweging*, indien de beoordelaar meent dat het risico van geweld bij de onderzochte erdoor wordt vergroot.
- Ernstige gebreken in het psychologisch functioneren ten gevolge van middelengebruik (bijv. *Substance/Medication-Induced Disorders*) kunnen óók meegenomen worden bij het coderen van item H5 *Middelengebruik*.

Toelichting: Symptomen van psychotische stoornis

- Hoewel negatieve symptomen van psychotische stoornissen hier gescoord kunnen worden, dienen beoordelaars zich te realiseren dat deze symptomen een minder sterk verband laten zien met geweld dan positieve symptomen en symptomen van desorganisatie. Ze kunnen echter wel relevant zijn voor de risicoformulering en voor risicomangement plannen en in sommige gevallen directe relevantie hebben voor het geweldsrisico.

Toelichting: Symptomen van andere ernstige psychische stoornis

- De symptomen van de meeste psychische stoornissen zijn dynamisch en kunnen fluctueren in de tijd wat betreft de mate van aanwezigheid of ernst. Bij sommige psychische stoornissen (bijv. verstandelijke beperkingen) is dit echter niet het geval en zullen de symptomen chronisch en niet veranderbaar zijn en dus altijd als *Ja* gescoord blijven worden.

C4 – Recente problemen met Instabiliteit

Definitie

Deze risicofactor gaat over ernstige en actuele problemen met betrekking tot stabiliteit op gebied van: (a) affectief functioneren; (b) gedragsmatig functioneren; of (c) cognitief functioneren. *Affectieve instabiliteit* kan zich uiten in ernstige emotionele verstoringen of uitbarstingen (bijv. plotselinge stress, angst, prikkelbaarheid of boosheid) of een labiele gemoedstoestand (bijv. stemmingswisselingen). *Gedragsmatige instabiliteit* kan zich uiten in handelen zonder na te denken over mogelijke alternatieven of gevolgen of in gedrag waarmee de persoon zichzelf of anderen aan onnodige risico's blootstelt (bijv. impulsief, onverantwoordelijk, roekeloos, verstorend, agressief of zelfdestructief gedrag). *Cognitieve instabiliteit* kan zich uiten in ernstige (niet-psychotische) verstoringen in de inhoud van het denken of in denkprocessen (bijv. een negatief of labiel zelfbeeld, verstoorde attributies, snel afgeleid zijn, snel wantrouwend zijn of vijandige gedachten hebben).

Indicatoren: Affectieve instabiliteit

- De stemming is labiel of wisselvallig, snel wisselend van de ene gemoedstoestand in de andere
- Heftige stress of angst
- Hopeloosheid of neerslachtigheid
- Ernstige opvliegenderheid of boosheid
- Explosief, direct boos bij geringe aanleiding

Indicatoren: Gedragsmatige instabiliteit

- Gedraagt zich op een impulsieve of onverantwoordelijke manier, zonder na te denken over alternatieven of over de gevolgen
- Gedraagt zich plotseling op roekeloze, verstorende, agressieve of zelfdestructieve manier en kan zichzelf of anderen hiermee aan onnodige risico's blootstellen
- Heeft plotselinge uitbarstingen van boosheid of agressie
- Rusteloos of hyperactief (bijv. ijsberen)
- Schreeuwt wanneer hij / zij wordt aangesproken of aangestuurd

Indicatoren: Cognitieve instabiliteit

- Is snel afgeleid, kan niet goed de aandacht of concentratie vasthouden
- Denkt vooraf weinig na over beslissingen
- Heeft geen duidelijk of consistent beeld van zichzelf
- Is snel in het veroordelen van anderen of anderen de schuld geven
- Heeft een verstoorde attributionele stijl, dat wil zeggen, geeft zichzelf of juist anderen altijd de schuld van problemen in het leven
- Ziet zichzelf als slecht of duivels

Toelichting

- Beoordeel instabiliteit ongeacht wat de achterliggende oorzaak is (bijv. psychische stoornis, gebrekkige coping of stress).
- Wanneer instabiliteit is gerelateerd aan of wordt veroorzaakt door een psychische stoornis, scoor dan zowel het huidige item als andere van toepassing zijnde risicofactoren (bijv. H6 *Ernstige psychische stoornis*, H7 *Persoonlijkheidsstoornis* of C3 *Symptomen van ernstige psychische stoornis*) als aanwezig. De aanwezigheid van een psychische stoornis dient echter niet automatisch te leiden tot een hogere code op het huidige item.
- Dit item is gericht op instabiliteit in het recente verleden, maar recente problemen kunnen ook samenhangen met al langer bestaande instabiliteit.

C5 – *Recente problemen met* Respons op behandeling of toezicht

Definitie

Deze risicofactor gaat over huidige problemen met betrekking tot het verkrijgen van, deelnemen aan, zich conformeren aan of profiteren van behandeling of risicomanagement binnen de (forensische) psychiatrie of in detentie. Het gaat hierbij om behandeling bedoeld om het risico van (herhaald) geweld of onderliggende risicofactoren te verminderen (d.w.z. alle behandelprogramma's, begeleiding of toezicht binnen de (forensische) psychiatrie of detentie, zowel intramuraal als in de maatschappij). Er wordt aangeraden om problemen te beoordelen op gebied van (a) behandeltrouw; en (b) responsiviteit.

Problemen met behandeltrouw geeft weer of de onderzochte moeite heeft om behandel- of begeleidingsprogramma's te volgen of zich aan de gestelde voorwaarden te houden. Dit zijn problemen met: (a) op komen dagen bij geplande behandelsessies, bijeenkomsten of afspraken; (b) afronden van verplichte activiteiten van een programma of interventie (bijv. maken van huiswerkopdrachten); (c) oprecht participeren aan behandeling of toezicht; (d) zich houden aan de voorwaarden van toezicht; (e) zich conformeren aan de regels van de begeleidende instanties; (f) zich houden aan psychiatrische medicatie voorschriften; (g) zich onthouden van gedrag dat in strijd is met de doelen van de interventie of begeleiding.

Problemen met responsiviteit geeft weer of er problemen zijn met het reageren op of profiteren van interventies, management, of supervisie strategieën, ondanks dat er geen problemen zijn op gebied van behandeltrouw. Dit kan inhouden: (a) niet goed reageren op psychiatrische medicatie; of (b) geen vooruitgang boeken in het bereiken van de gestelde doelen van psychosociale, psychiatrische, forensische, of penitentiaire interventies.

Indicatoren: Behandeltrouw

- Weigert om mee te doen aan beschikbare interventies of programma's
- Begint met interventies / behandelprogramma's, maar stopt vervolgens weer
- Komt te laat op afspraken of bijeenkomsten
- Mist geplande afspraken of bijeenkomsten
- Laat weinig motivatie of inzet zien
- Doet uitlatingen waaruit blijkt dat hij / zij niet mee wil werken aan interventies
- Doet uitlatingen waaruit blijkt dat hij / zij twijfel heeft over het nut van de interventie of management
- Conformeert zich niet aan andere interventies of risicomanagement
- Houdt zich niet aan medicatievoorschriften
- Slaagt er niet in zich te conformeren aan de regels van toezichthoudende instanties of aan de voorwaarden van begeleiding
- Laat gedrag zien dat in tegenspraak is met de doelen van interventies of programma's (bijv. middelengebruik tijdens een behandeling voor verslaving)
- Verbindt zich niet aan individuele of groepsprogramma's of aan contact met de behandelstaf
- Verstoot of interfereert met de uitvoering van programma's
- Lijkt sociaal wenselijk of veinst oprechte deelname (d.w.z. doet pogingen om 'goed over te komen')

Indicatoren: Responsiviteit

- Profiteert niet van interventie, management of begeleiding
- Laat geen progressie of verbetering zien in reactie op interventies
- Reageert niet op medicatie
- Bereikt niet de gestelde doelen van interventie, management of begeleiding
- Ervaart geen afname in symptomen of andere kenmerken waar de interventie op gericht is

Toelichting: Algemeen

- Dit item heeft betrekking op iedere vorm van behandeling, toezicht of risicomanagement bedoeld om criminele, psychiatrische, psychologische, sociale of arbeidsproblemen te verbeteren die mogelijk van belang zijn voor het geweldsrisico (zowel vrijwillig als opgelegd). Het gaat hier niet om behandelingen die grotendeels irrelevant zijn, zoals puur somatische behandelingen, tenzij deze op indirecte wijze relevantie hebben voor criminaliteit of geweld.
- Het is mogelijk dat onderzochte problemen heeft met behandeltrouw of responsiviteit op bepaalde gebieden, maar niet op andere gebieden. In dergelijke gevallen is het niet passend om een hoge code te geven, tenzij de problemen met behandeltrouw of responsiviteit op een gebied zijn dat essentieel wordt geacht voor het reduceren van het geweldsrisico.
- In sommige gevallen kan een hoge code op dit item worden toegeschreven aan andere risicofactoren die al gescoord zijn bij andere items (bijv. C1 *Inzicht*). Hoewel het belangrijk is aandacht te hebben voor mogelijke oorzaken van problemen met behandeltrouw of responsiviteit, dient dit item gescoord te worden ongeacht de achterliggende oorzaak. Ondanks dat er soms een pragmatische overlap kan zijn tussen dit item en andere items zoals C1 *Inzicht*, verschillen de items conceptueel en is het mogelijk dat de onderzochte één van de risicofactoren heeft maar de andere niet.

Toelichting: Behandeltrouw

- Hoewel dit item dynamisch gescoord moet worden, dient er op gelet te worden of de onderzochte zich actief heeft ingezet voor interventies in het verleden, of juist gebrekkige participatie of behandeltrouw heeft laten zien. Dit kan helpen bij het bepalen of de onderzochte oprechte of onoprechte inzet toont. Tegelijkertijd kan de beoordelaar er op letten of er mogelijk testmateriaal of ander bewijsmateriaal aanwezig is dat aanleiding geeft tot twijfel aan de zelfpresentatie (d.w.z. bewijs van sociaal wenselijkheid / het proberen te creëren van een positieve indruk of zelfs simuleren op psychometrische tests).

Toelichting: Responsiviteit

- De doelen van behandeling, toezicht of risicomanagement dienen voor de beoordelaar helder en concreet te zijn om goed te kunnen bepalen of deze doelen zijn bereikt.
- Wanneer onderzochte slechts gedeeltelijk of langzaam vorderingen boekt, is het niet passend om een hoge code te geven, tenzij deze gedeeltelijke of langzame vooruitgang als onvoldoende wordt beschouwd om het geweldsrisico te verlagen.



R1 – *Toekomstige problemen met* Professionele ondersteuning en plannen

Definitie

Dit item gaat over toekomstige problemen bij het ontwikkelen van plannen voor het benutten van professionele ondersteuning of programma's. Onder professionele ondersteuning wordt verstaan: gezondheidszorg, sociale dienstverlening, justitiële, opleidings- of werkgerichte programma's bedoeld om het geweldsrisico te beheersen door middel van toezicht, begeleiding, evaluatie of behandeling. Plannen van onderzochte voor professionele ondersteuning kunnen als inadequaat worden gezien wanneer ze: (a) niet gemaakt zijn of niet gecommuniceerd zijn naar anderen; (b) onduidelijk of onvoldoende gedetailleerd zijn; (c) geen rekening houden met bevindingen of aanbevelingen uit eerdere evaluaties; (d) niet gericht zijn op essentiële risicofactoren; (e) geen gebruik maken van passende professionele ondersteuning; of (f) afhankelijk zijn van ongeschikte professionele ondersteuning.

Indicatoren

- De hoeveelheid of de intensiteit van professionele ondersteuning is niet in verhouding met het risiconiveau van de onderzochte
- Er zijn geen duidelijke of nauwkeurig omschreven plannen voor professionele ondersteuning
- Er is een gebrek aan beschikbare en passende professionele ondersteuning
- Hulpverleners of de onderzochte zelf hebben onrealistische verwachtingen over de kans dat plannen zullen slagen
- Er zijn geen stappen ondernomen om de steun van belangrijke hulpverleners te waarborgen
- Plannen voor professionele ondersteuning houden geen rekening met wat geleerd is uit eerdere evaluaties of behandelingen
- Plannen voor professionele ondersteuning missen één of meer kritische risicofactoren
- Plannen bevatten niet de geschikte en beschikbare professionele ondersteuning
- Plannen slagen er niet in passende en beschikbare professionele hulpverleners goed op elkaar af te stemmen
- Plannen zijn afhankelijk van ongeschikte professionele en andere hulpverlening

Toelichting

- Het gaat hierbij om plannen die bedoeld zijn om te waarborgen dat de onderzochte zich op een positieve, stabiele manier aan kan passen aan het verblijf in of juist buiten een instelling waardoor het geweldsrisico geminimaliseerd wordt.
- Plannen met betrekking tot professionele ondersteuning moeten duidelijk geformuleerd zijn op basis van objectieve diagnostiek, zich richten op belangrijke risicofactoren en hulpverlening betrekken welke aantoonbaar effectief is. Bovendien moeten de plannen goed zijn afgestemd en rekening houden met de individuele kenmerken van de persoon en diens stijl van leren.
- Zelfs wanneer plannen goed doordacht en gedetailleerd uitgewerkt zijn, kan de risicofactor nog als *Ja of Deels* worden gescoord, bijvoorbeeld omdat er een gebrek is aan passende professionele ondersteuning binnen de instelling of in de maatschappij om de plannen goed uit te kunnen voeren.
- De bereidheid of capaciteiten van de persoon om de plannen te volgen is cruciaal, maar dit wordt al gescoord bij R4 *Respons op behandeling of toezicht – Toekomst*. Het huidige item beperkt zich tot de inhoud van de plannen en de mogelijkheid van hulpverleners en instanties om deze goed uit te voeren.
- De term 'professioneel' dient niet restrictief te worden opgevat, dat wil zeggen dat het niet alleen om formele deskundigen gaat. Het kan ook gaan om personen of instellingen met gespecialiseerde kennis en vaardigheden die de onderzochte ondersteuning of hulpverlening bieden, betaald of vrijwillig.

R2 – Toekomstige problemen met Leefomstandigheden

Definitie

Deze risicofactor gaat over toekomstige problemen met betrekking tot de leefomstandigheden van de onderzochte, in een instelling of in de maatschappij. Het bevat de levensdomeinen wonen, werk, relaties, buurt en blootstelling aan risicoverhogende factoren zoals wapens of drugs. De belangrijkste overweging is of er kenmerken of situaties zijn die kunnen leiden tot destabilisering op risicogebieden (psychiatrisch, emotioneel, cognitief, gedragsmatig en interpersoonlijk), of die de onderzochte blootstellen aan potentieel risicoverhogende factoren, zoals wapens, drugs of potentiële slachtoffers.

Indicatoren

- Woning is chaotisch (bijv. teveel mensen, mensen verhuizen vaak, conflicten tussen bewoners)
- Woning biedt weinig mogelijkheden tot positieve sociale contacten of ontspanning
- Woning is instabiel of onzeker (bijv. onderzochte weet niet in welke ruimte hij / zij gaat slapen of wonen)
- Woning is onvoldoende beveiligd of er is te weinig toezicht (bijv. makkelijk toegang tot alcohol, drugs, wapens of potentiële slachtoffers)
- Woning is onveilig (bijv. zorg over de veiligheid van onderzochte voor criminaliteit of geweld)
- Werk of financiële situatie is inadequaat
- Woonomgeving is chaotisch (bijv. teveel mensen, mensen verhuizen vaak, conflicten tussen mensen)
- Woonomgeving biedt weinig mogelijkheden tot positieve sociale contacten of ontspanning
- Woonomgeving is instabiel of onzeker (bijv. onderzochte weet niet in welke unit of omgeving hij gaat slapen of wonen)
- Woonomgeving is onvoldoende beveiligd of er is te weinig toezicht (bijv. makkelijk toegang tot alcohol, drugs, wapens of potentiële slachtoffers)
- Woonomgeving is onveilig (bijv. zorg over de veiligheid van onderzochte voor criminaliteit of geweld)
- Er is veel armoede en werkloosheid in de woonomgeving

Toelichting

- Leefomstandigheden gaan over de fysieke en sociale omgeving waarin de onderzochte zich begeeft of verblijft voor zijn / haar dagelijkse activiteiten.
- De woning betreft de persoonlijke en directe leefomgeving van de onderzochte, hetzij institutioneel (bijv. kamer, cel, afdeling) hetzij in de samenleving (bijv. kamer, appartement, huis).
- De woonomgeving betreft de bredere omgeving rondom de woning van de onderzochte, dat wil zeggen de meer algemene en met anderen gedeelde omgeving. Dit kan zowel institutioneel zijn (bijv. unit, gebouw, instelling) of in de samenleving (bijv. woonblok, buurt, gemeente).
- Dit item wordt gescoord op basis van de afstemming tussen onderzochte – zijn / haar achtergrond, persoonlijke kenmerken, plannen en risico's – en de waarschijnlijke leefomstandigheden. Dit item kan sterk per individu verschillen en er wordt aangeraden om op casus niveau te bepalen wat het meest destabiliserend is. Voor sommige mensen kan het samenwonen met familie risicoverhogend zijn, bijvoorbeeld als de familierelaties onder spanning staan. Voor anderen kan het samenwonen met familie echter een belangrijke bron voor steun zijn en een veilige omgeving bieden. Voor sommigen (zoals diegenen met een alcohol probleem) kan het wonen in een omgeving met veel cafés destabiliserend zijn, voor anderen hoeft dit echter niet zo te zijn.

R3 – Toekomstige problemen met Persoonlijke steun

Definitie

Dit item gaat over toekomstige problemen met betrekking tot persoonlijke steun en over het organiseren van persoonlijke steun. Persoonlijke steun is regelmatig interpersoonlijk contact, waardoor het risico van gewelddadig gedrag wordt verminderd, doordat het psychologische en sociale aanpassingsvermogen van onderzochte wordt vergroot. Plannen van onderzochte voor persoonlijke steun kunnen als inadequaat worden beoordeeld wanneer: (a) de plannen niet gemaakt zijn of niet gecommuniceerd zijn naar anderen; (b) de plannen onduidelijk of onvoldoende gedetailleerd zijn; (c) in de plannen geen gebruik gemaakt wordt van een geschikt sociaal netwerk; (d) de plannen vooral afhankelijk zijn van een ongeschikt netwerk; of (e) de persoon niemand heeft die persoonlijke steun kan bieden. Deze problemen kunnen voortkomen uit een gebrek aan vaardigheden of motivatie van onderzochte om plannen te ontwikkelen of om zich daar aan te houden, of uit een gebrek aan een geschikt sociaal netwerk in de instelling of de maatschappij.

Indicatoren

- Heeft geen echt sociaal netwerk
- Het sociale netwerk is te klein of niet direct toegankelijk
- Het sociale netwerk bevat geen personen die een positief effect kunnen hebben op de psychologische aanpassing van onderzochte
- Het sociale netwerk bevat personen die waarschijnlijk een negatieve invloed hebben op de psychologische aanpassing van onderzochte
- Heeft geen expliciete of weldoordachte plannen over hoe persoonlijke steun het risico kan verlagen
- Inadequate emotionele steun
- Inadequate steun bij het oplossen van problemen
- Inadequate hulp of ondersteuning bij dagelijkse behoeften of activiteiten
- Inadequate materiële steun
- Accepteert geen of werkt niet mee aan plannen met betrekking tot persoonlijke steun zoals door anderen opgesteld

Toelichting

- Ondanks dat plannen met betrekking tot persoonlijke steun vaak minder formeel of gedetailleerd zijn dan plannen voor professionele ondersteuning, dienen deze wel expliciet besproken te worden.
- Een sociaal netwerk behelst familie, vrienden, buren, bekenden en collega's.
- Een sociaal netwerk omvat geen personen die vanuit een professionele ondersteuning - betaald dan wel onbetaald - een relatie met de persoon zijn aangegaan.
- Wanneer de geschiktheid van het sociale netwerk wordt beoordeeld dient meegenomen te worden wat de onderzochte zelf van de sociale steun vindt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat iemand in theorie sociale steun heeft, maar deze afwijst. Dit kan een hogere code op het item rechtvaardigen.

R4 – *Toekomstige problemen met* Respons op behandeling of toezicht

Definitie

Deze risicofactor gaat over toekomstige problemen met betrekking tot het verkrijgen van, deelnemen aan, zich conformeren aan of profiteren van behandelinterventies of risicomanagement binnen de (forensische) psychiatrie of in detentie. Het gaat hierbij om behandeling bedoeld om het risico van (herhaald) geweld of onderliggende risicofactoren te verminderen (d.w.z. alle behandelprogramma's, begeleiding of toezicht binnen de (forensische) psychiatrie of detentie, zowel intramuraal als in de maatschappij). Dit item lijkt sterk op C5 *Respons op behandeling of toezicht - Heden*, in het huidige item gaat het er echter om hoe de persoon naar verwachting mee zal werken in de toekomst. Net als bij C5 wordt aangeraden om problemen in te schatten op gebied van (a) behandeltrouw; en (b) responsiviteit.

Problemen met behandeltrouw geeft weer of verwacht wordt dat onderzochte moeite zal hebben om toekomstige behandel- of begeleidingsprogramma's te volgen of zich aan de gestelde voorwaarden te houden. Dit omvat problemen met: (a) op komen dagen bij geplande behandelsessies, bijeenkomsten of afspraken; (b) afronden van verplichte activiteiten van een programma of interventie (bijv. maken van huiswerkopdrachten); (c) oprecht participeren aan behandeling of toezicht; (d) zich houden aan de voorwaarden van toezicht; (e) zich conformeren aan de regels van de begeleidende instanties; (f) zich houden aan psychiatrische medicatie voorschriften; (g) zich onthouden van gedrag dat in strijd is met de doelen van de interventie of begeleiding.

Problemen met responsiviteit geeft weer of er problemen verwacht worden met het reageren op of profiteren van interventies of begeleiding, *ondanks dat er geen problemen verwacht worden op gebied van behandeltrouw*. Dit kan inhouden: (a) niet goed reageren op psychiatrische medicatie; of (b) geen vooruitgang boeken in het bereiken van de gestelde doelen van psychosociale, psychiatrische, forensische of penitentiaire interventies.

Indicatoren: Behandeltrouw

- Heeft aangegeven dat hij / zij niet zal meewerken aan interventies
- Heeft aangegeven dat hij / zij niet gelooft dat behandeling nodig of nuttig is
- Heeft eerder problemen laten zien op gebied van behandeltrouw, zoals gedefinieerd in C5, zonder enige objectieve indicatie dat behandeltrouw in de toekomst minder problematisch zal zijn
- Laat weinig motivatie zien voor toekomstige interventies
- Er zijn interpersoonlijke belemmeringen van invloed op behandeltrouw (bijv. spanningen en vijandigheid tussen onderzochte en zijn / haar familie, partner, behandelaar of begeleider)
- Er zijn contextuele belemmeringen van invloed op behandeltrouw (bijv. dakloos zijn of moeite hebben om op afspraken te komen vanwege gebrek aan vervoersmogelijkheden)
- Accepteert geen of wil niet meewerken aan de plannen met betrekking tot professionele hulp die door anderen opgesteld zijn
- Heeft niet aan de verplichtingen voldaan van het organiseren van interventie, management of supervisie

Indicatoren: Responsiviteit

- Heeft moeite met deelname aan of afronding van behandeling of begeleiding
- Geen verbetering in aanpassing ondanks behandeling of begeleiding
- Heeft eerder problemen laten zien op gebied van responsiviteit, zoals gedefinieerd in C5, zonder enige objectieve indicatie dat responsiviteit in de toekomst minder problematisch zal zijn
- Er zijn persoonlijke belemmeringen van invloed op responsiviteit (bijv. zwakbegaafdheid, vijandige persoonlijkheid, extreme achterdocht, gedesorganiseerde psychiatrische symptomatologie of onder invloed zijn)
- Snelle terugval of herhaling van probleemgedrag na ogenschijnlijke verbetering

Toelichting: Algemeen

- Dit item heeft betrekking op iedere vorm van behandeling, toezicht of risicomanagement bedoeld om criminele, psychiatrische, psychologische, sociale of arbeidsproblemen te verbeteren die potentieel van belang zijn voor het geweldsrisico (zowel vrijwillig als opgelegd). Het gaat hier niet om behandelingen die grotendeels irrelevant zijn, zoals puur somatische behandelingen, tenzij deze op indirecte wijze relevantie hebben voor criminaliteit of geweld.
- De mate waarin onderzochte op dit moment zijn / haar voor het risico relevante behoeften onder controle heeft is van belang bij het coderen van dit item.
- Het is mogelijk dat onderzochte problemen heeft met behandeltrouw of responsiviteit op bepaalde gebieden, maar niet op andere gebieden. In dergelijke gevallen is het niet passend om een hoge code te geven, tenzij de problemen met behandeltrouw of responsiviteit op een gebied liggen dat essentieel wordt geacht voor het reduceren van het geweldsrisico.

Toelichting: Behandeltrouw

- Omdat dit item op de toekomst gericht is, dient het op meer gebaseerd te zijn dan alleen op observatie van de huidige of vroegere ervaringen met behandeling, begeleiding of toezicht. Hoewel ervaringen uit het heden en verleden wel meegenomen moeten worden, is het vooral belangrijk om te letten op uitingen van de onderzochte over zijn / haar intentie om mee te werken aan toekomstige interventies en om het vermogen van onderzochte hiertoe in te schatten.
- De kans op toekomstige behandeltrouw dient te worden beoordeeld in het licht van eigenschappen van de onderzochte, van zijn / haar toekomstige situatie of van de plannen voor interventie die de behandeltrouw kunnen verlagen.
- Hoewel dit item voor de toekomst gescoord dient te worden, dient de beoordelaar er op te letten of de onderzochte zich actief heeft ingezet voor interventies in het verleden, of juist gebrekkige participatie of behandeltrouw heeft laten zien. Dit kan helpen bij het bepalen of de onderzochte oprechte of onoprechte inzet toont en of hij / zij dat naar verwachting in de toekomst ook zal doen. Tegelijkertijd kan de beoordelaar er op letten of er mogelijk testmateriaal of ander bewijsmateriaal aanwezig is dat aanleiding geeft tot twijfel aan hoe de onderzochte zich presenteert. Dit kan inhouden: bewijs van sociaal wenselijkheid / het proberen te creëren van een positieve indruk of zelfs simuleren op psychometrische tests.

Toelichting: Responsiviteit

- Omdat dit een toekomstgericht item is, dient het op meer gebaseerd te zijn dan alleen op observaties van de huidige of vroegere ervaringen met behandeling, begeleiding of toezicht. Hoewel de beoordelaar ervaringen uit het heden en verleden wel mee moet nemen, is het vooral belangrijk om responsiviteit te beoordelen in het licht van andere kenmerken van de onderzochte, van zijn / haar toekomstige situatie of van de plannen voor interventie die de responsiviteit kunnen verlagen.
- De doelen van behandeling, toezicht of risicomanagement dienen voor de beoordelaar helder en concreet te zijn om goed te kunnen bepalen of deze doelen zijn bereikt.
- Wanneer onderzochte slechts gedeeltelijk of langzaam vorderingen boekt, is het niet passend om een hoge code te geven, tenzij deze gedeeltelijke of langzame vooruitgang als onvoldoende wordt beschouwd om het geweldsrisico te verlagen.

R5 – *Toekomstige problemen met Stress / coping*

Definitie

Dit item gaat over toekomstige problemen met betrekking tot het omgaan met stressvolle leefomstandigheden en gebeurtenissen. Deze problemen kunnen enerzijds het resultaat zijn van grote stressfactoren in het leven van de onderzochte, welke de draagkracht van iedereen op de proef zouden stellen. Anderzijds kunnen de problemen het resultaat zijn van inadequate copingvaardigheden die ervoor zorgen dat de onderzochte slecht in staat is om met dagelijkse besommeringen en problemen in het leven om te gaan.

Indicatoren

- Leefomstandigheden zullen waarschijnlijk zeer stressvol zijn
- Zal waarschijnlijk zeer stressvolle gebeurtenissen meemaken (bijv. het verbreken van een intieme relatie, het overlijden van familie of vrienden, financiële of werkgerelateerde moeilijkheden of uitzetting)
- Heeft problemen met het omgaan met kleine of alledaagse frustraties en problemen
- Zal waarschijnlijk geen copingstrategieën toepassen die stressoren uit de weg gaan of hun gevolgen minimaliseren
- Lijkt geneigd om ongeschikte copingstrategieën te gebruiken

Toelichting

- Stressvolle leefomstandigheden en gebeurtenissen omvatten onder andere: financiële, medische of juridische problemen, grote interpersoonlijke conflicten thuis of op het werk en veranderingen in werksituatie, intieme relatie of woonomgeving.
- Copingstrategieën kunnen gericht zijn op problemen (met de bedoeling om de stressor te veranderen, zoals bij het oplossen van een probleem of zoeken van hulp en steun), of gericht zijn op emoties (met de bedoeling om emoties te reguleren, bijvoorbeeld door zich onder de mensen te begeven of afleiding te zoeken door leuke dingen te doen).
- Let er op dat sommige situaties die een hogere code rechtvaardigen op R2 *Leefomstandigheden* in principe ook kunnen leiden tot een hogere code op dit item wanneer de onderzochte deze als stressvol ervaart. Het verschil tussen de items is dat het bij R2 *Leefomstandigheden* gaat om de te verwachten aanwezigheid van problemen in de leefomstandigheden, terwijl het er bij het huidige item om gaat of een bepaalde situatie door de onderzochte als stressvol zal worden ervaren.



Codeerblad HCR-20^{V3}

Codeerblad HCR-20^{V3}

Naam:	Invuldatum:
Leeftijd:	Kader van risicotaxatie:

Aanwezigheid: Nee / Nee+ / Deels- / Deels / Deels+ / Ja- / Ja

Relevantie: Laag / Matig / Hoog

Historische items (geschiedenis van problemen met...)		aanwezig	relevant
H1	Geweld		
	a. Als kind (12 jaar en jonger)		
	b. Als adolescent (13-17 jaar)		
	c. Als volwassene (18 jaar en ouder)		
H2	Overig antisociaal gedrag		
	a. Als kind (12 jaar en jonger)		
	b. Als adolescent (13-17 jaar)		
	c. Als volwassene (18 jaar en ouder)		
H3	Relaties		
	a. Intieme relaties		
	b. Niet-intieme relaties		
H4	Werk		
H5	Middelengebruik		
H6	Ernstige psychische stoornis		
	a. Psychotische stoornis		
	b. Stemmingsstoornis		
	c. Andere ernstige psychische stoornis		
H7	Persoonlijkheidsstoornis		
	a. Antisociale of psychopathische persoonlijkheidsstoornis		
	b. Andere persoonlijkheidsstoornis		
H8	Traumatische ervaringen		
	a. Victimisatie / trauma		
	b. Problematische opvoedings situatie		
H9	Gewelddadige opvattingen		
H10	Respons op behandeling of toezicht		

Klinische items (recente problemen met...)		aanwezig	relevant
C1	Inzicht		
	a. Inzicht in de stoornis		
	b. Inzicht in het risico van gewelddadig gedrag		
	c. Inzicht in de noodzaak van behandeling		
C2	Gewelddadige denkbeelden of intenties		
C3	Symptomen van ernstige psychische stoornis		
	a. Psychotische stoornis		
	b. Stemmingsstoornis		
	c. Andere ernstige psychische stoornis		

C4	Instabiliteit		
	a. Affectieve instabiliteit		
	b. Gedragmatige instabiliteit		
C5	Respons op behandeling of toezicht		
	a. Behandeltrouw		
	b. Responsiviteit		

Risicohanterings items (toekomstige problemen met...)		aanwezig	relevant
R1	Professionele ondersteuning en plannen		
R2	Leefomstandigheden		
R3	Persoonlijke steun		
R4	Respons op behandeling of toezicht		
	a. Behandeltrouw		
	b. Responsiviteit		
R5	Stress / coping		

Andere overwegingen		aanwezig	relevant

Risicoformulering

Risicoscenario's

Risicomanagement strategieën

Eindoordelen		
Geweld <input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Laag - Matig <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Matig - Hoog <input type="checkbox"/> Hoog	Ernstig lichamelijk letsel <input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Laag - Matig <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Matig - Hoog <input type="checkbox"/> Hoog	Acuut dreigend geweld <input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Laag - Matig <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Matig - Hoog <input type="checkbox"/> Hoog

Beoordelaar(s)		
Naam:	Functie:	Datum:

Referenties

- American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (1974). *Clinical aspects of the violent individual*, Task Force Report 8. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychological Association. (1978). Report of the Task Force on the Role of Psychology in the Criminal Justice System. *American Psychologist*, 33, 1099-1113.
- Andrews, D. A. (2012). The risk-need-responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment. In J. A. Dvoskin, J. L. Skeem, R. W. Novaco, & K. S. Douglas (Eds.), *Using social science to reduce violent offending* (pp. 127-156). New York, NY: Oxford University Press.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, S. J. (2010). The Level of Service (LS) assessment of adults and older adolescents. In R. K. Otto & K. S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (pp. 199-225). New York: Routledge.
- Atkins, D., Slegel, J., & Slutsky, J. (2005). Making policy when the evidence is in dispute. *Health Affairs*, 24, 102-113.
- Baxter, R. (1997). Violence in schizophrenia and the syndrome of disorganisation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, 131-139.
- Belfrage, H. & Douglas, K. S. (2012). *Interrater reliability and concurrent validity of HCR-20 Version 3*. Unpublished data analyses. Mid-Sweden University, Sundsvall, Sweden.
- Bernstein, P. L. (1996). *Against the gods: The remarkable story of risk*. New York: Wiley.
- Bjørkly, S. (2003). A brief commentary and a preliminary literature search concerning the role of warning signs in the treatment and prevention of intimate partners' violence. *Perceptual and Motor Skills*, 96, 812-816.
- Blanchard, A., & Douglas, K. S. (2011, March). *APLS Undergraduate Paper Award (First Place): The Historical-Clinical-Risk Management-Version 3: The inclusion of idiographic relevance ratings in violence risk assessment*. Invited poster presented at the annual convention of the American-Psychology Law Society, Miami, FL.
- Bloom, H., Webster, C. D., Hucker, S., & De Freitas, K. (2005). The Canadian contribution to violence risk assessment: History and implications for current psychiatric practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 3-11.

- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk – 20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University.
- Borry, P., Schotsmans, P., & Dierickx, K. (2006). Evidence-based medicine and its role in ethical decision-making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *12*, 306-311.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines, and training. *American Psychologist*, *51*, 945-956.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2006). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Brown, L. K. (2001). *Assessing risk for elopement and breaches of conditional release in insanity acquittees*. Unpublished doctoral dissertation, Simon Fraser University, Burnaby, Canada.
- Buchanan, A. (2008). Risk of violence by psychiatric patients: beyond the actuarial versus clinical assessment debate. *Psychiatric Services*, *59*, 184-190.
- 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*, 567-590.
- Chaiken, J. M., & Chaiken, M. (1982). *Varieties of criminal behavior*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Chermack, T. J., & Lynham, S. A. (2002). Definitions and outcome variables of resource planning. *Human Resource Development Review*, *1*, 366-383.
- Daffern, M., & Howells, K. (2009). The function of aggression in personality disordered patients. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*, 586-600.
- Daffern, M., Howells, K., & Ogloff, J. R. P. (2006). What's the point? Towards a methodology for assessing the function of psychiatric inpatient aggression. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 101-111.
- de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, *12*, 321-336.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2007). *Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk. Versie 1*. Utrecht: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). *Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk. 2e Editie*. Utrecht: Forum Educatief.

- de Vogel, V., van den Broek, E., & de Vries Robbé, M. (in druk). The value of the HCR-20^{V3} in Dutch forensic clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., Bouman, Y.H.A, Chakhssi, F., & de Ruiter, C. (2013). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20^{V3}. *Gedragstherapie*, 46, 107-118.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., van Kalmthout W., & Place, C. (2011). *Female Additional Manual (FAM). Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen*. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Spa, E., & Wever, E. (2013). Risicotaxatie van geweld in de forensische psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 68, 137 (volledige versie online: mgv.boomtijdschriften.nl/artikelen/GV-0-0-7.htm).
- de Vries Robbé, M., & de Vogel, V. (2010). *Pilot study of HCR-20 (Version 3)*. Unpublished data analyses. Van der Hoeven Kliniek, Utrecht, The Netherlands.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., & Douglas, K.S. (2013). Risk- and protective factors: A two-sided dynamic approach to violence risk assessment. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24, 440-457.
- Department of Health. (2007). *Best practices in managing risk: Principles and evidence for best practice in the assessment and management of risk to self and others in mental health services*. London, UK: Department of Health.
- Dix, G. E. (1980). Clinical evaluation of the "dangerousness" of "normal" criminal defendants. *Virginia Law Review*, 66, 523-581.
- Douglas, K. S. (1996). *Assessing the risk of violence in psychiatric outpatients: The predictive validity of the HCR-20 risk assessment scheme*. Unpublished master's thesis, Simon Fraser University, Burnaby, Canada.
- Douglas, K. S. (2008). *The HCR-20 violence risk assessment scheme*. In B. Cutler (Ed.), *Encyclopedia of psychology and law* (pp. 353-354). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Douglas, K. S., Blanchard, A., Guy, L. S., Reeves, K., & Weir, J. (2002-2013). *HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography*. HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, #1. Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby, BC, Canada. Available at HCR-20.com.
- Douglas, K. S., Blanchard, A., & Hendry, M. (2013). Violence risk assessment and management: Putting structured professional judgment into practice. In C. Logan & L. Johnstone (Eds.), *Risk assessment and management: Clinical guidelines for effective practice* (pp. 29-55). New York: Routledge/Taylor and Francis Group.

- Douglas, K. S., Cox, D. N., & Webster, C. D. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology, 4*, 149-184.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Groscup, J. L., & Litwack, T. R. (in press). Assessing violence risk. In I. Weiner & R. K. Otto (Eds.), *The handbook of forensic psychology*, 4th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20^{v3}: Assessing risk for violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K. S., Klassen, C., Ross, D., Hart, S. D., & Webster, C. D. (1998, August). *Psychometric properties of HCR-20 violence risk assessment scheme in insanity acquittees*. Poster session presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- Douglas, K. D., & Kropp, P. R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior, 29*, 617-658.
- Douglas, K. S., Nicholls, T. L., & Brink, J. (2009). Reducing the risk of violence among persons with mental illness: A critical analysis of treatment approaches. In P. M. Kleespies (Ed.), *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization* (pp. 351-376). Washington, DC: American Psychological Association.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P., Nicholls, T. L., & Grant, I. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 917-930.
- Douglas, K. S., & Reeves, K. (2010). The HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and review of the research. In R. K. Otto & K. S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (pp. 147-185). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Douglas, K., S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law, 11*, 347-383.
- Douglas, K. S., Skeem, J. L., & Nicholson, E. (2011). Research methods in violence risk assessment. In B. Rosenfeld & S. Penrod (Eds.), *Research methods in forensic psychology* (pp. 325-346). New York: Wiley.
- Douglas, K. S., & Strub, D. S. (2013). *Predictive validity of HCR-20 (Version 3) amongst civil psychiatric patients and criminal offenders*. Unpublished data analyses. Simon Fraser University, Burnaby, Canada.
- Douglas, K. S., & Webster, C. D. (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme: Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior, 26*, 3-19.

- Douglas, K. S., Webster, C. D., Eaves, D., Wintrup, A., & Hart, S. D. (1996, March). *A new scheme for the assessment of dangerousness and the prediction of violence*. Paper presented at the Biennial Meeting of the American Psychology-Law Society (APA Div. 41), Hilton Head, SC.
- Douglas, K. S., Webster, C. D., Hart, S. D., Eaves, D., & Ogloff, J. R. P. (Eds.) (2001). *HCR-20: Violence risk management companion guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K. S., Webster, C. D., & Wintrup, A. (1996, August). *The HCR-20 risk assessment scheme: Psychometric properties in two samples*. Poster session presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Toronto, ON.
- Doyle, M., Shaw, J., & Coid, J. (2013). *Validation of risk assessments in medium secure services (VORAMSS): Preliminary HCR-20 (Version 3) analyses*. Unpublished data analyses. University of Manchester, UK, and Queen Mary University of London, UK.
- Dvoskin, J. A., & Heilbrun, K. (2001). Risk assessment and release decision-making: Toward resolving the great debate. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 6-10.
- Eidhammer, G., Selmer, L. E., & Bjørkly, S., and the SAFE Pilot Project Group (2013). *A brief report of a comparison of the HCR-20 (Version 2) and HCR-20 (Version 3) concerning internal consistency and clinical utility*. Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry, Oslo University Hospital, Norway.
- Ennis, B., & Emery, R. (1978). *The rights of mental patients*. New York: Avon Books.
- Ennis, B. J., & Litwack, T. R. (1974). Psychiatry and the presumption of expertise: Flipping coins in the courtroom. *California Law Review*, 62, 693-752.
- Epstein, J. H. (1998). Scenario planning: An introduction [Review of the book, Scenario planning: Managing for the future]. *The Futurist*, 32 (6), 50-51.
- Everson, S. (2013). Motivating reasons. In T. O'Connor & C. Sandis (Eds.), *A companion to the philosophy of action* (pp. 145-152). Chichester, UK: Blackwell.
- Faust, D., & Ziskin, J. (1988). The expert witness in psychology and psychiatry. *Science*, 241, 31-35.
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e4692.
- Fluttert, F., van Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A., & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 208-216.

- Fluttert, F. A. J., van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S., & Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method.' *Journal of Clinical Nursing*, *19*, 1529-1537.
- Gottfredson, S. D. (1987). Prediction: An overview of selected methodology issues. In D. M.
- Gottfredson & M. Tonry (Eds.), *Prediction and classification: Criminal justice decision making, crime and justice: A review of research*, Vol. 9 (pp. 21-53), Chicago: University of Chicago Press.
- Gottfredson, S. D., & Moriarty, L. J. (2006). Statistical risk assessment: Old problems and new applications. *Crime & Delinquency*, *52*, 178-200.
- Greenwood, P. W. (1982). *Selective incapacitation*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1992). Is it unethical to offer predictions of future violence? *Law and Human Behavior*, *16*, 621-633.
- Grove, W. M., & Meehl, P. E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*, *2*, 293-323.
- Gunn, J. (1997). Let's get serious about dangerousness. *Criminal Behavior and Mental Health*, *6* (suppl.), 51-64.
- Guy, L. S. (2008). *Performance indicators of the structured professional judgment approach for assessing risk for violence to others: A meta-analytic survey*. Unpublished doctoral dissertation, Simon Fraser University, Burnaby, Canada.
- Guy, L. S., Douglas, K. S., & Hendry, M. C. (2010). The role of psychopathic personality disorder in violence risk assessments using the HCR-20. *Journal of Personality Disorders*, *24*, 551-580.
- Guy, L. S., & Wilson, C. M. (2007). *Empirical support for the HCR-20: A critical analysis of the violence literature*. HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, #2. Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby, BC, Canada. Available at HCR-20.com.
- Guy, L. S., Wilson, C. M., Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20 Version 3: Item-by-item summary of violence literature*. HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, #3. Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby, BC, Canada. Available at HCR-20.com.
- Hanson, R. K. (1997). *The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism*. Ottawa: Solicitor General of Canada.

- Hanson, R. K. (1998). What do we know about sex offender risk assessment? *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 50–72.
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). *Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*. Ottawa: Solicitor General of Canada.
- Harcourt, B. E. (2007). *Against prediction: Profiling, policing and punishing in an actuarial age*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1, 111-119.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Canada: Multi- Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*, 2nd ed. Toronto, Canada: Multi Health Systems.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315-335.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (2008). Shall evidence-based risk assessment be abandoned? [Letter]. *British Journal of Psychiatry*, 192, 154.
- Hart, S. D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 121–137.
- Hart, S. D. (2001). Assessing and managing violence risk. In K. S. Douglas, C. D. Webster, S. D. Hart, D. Eaves, & J. R. P. Ogloff (Eds.), *HCR-20 violence risk management companion guide* (pp. 13-25). Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Hart, S. D. (2003a). Actuarial risk assessment: Commentary on Berlin et al. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 383-388.
- Hart, S. D. (2003b). Violence risk assessment: An anchored narrative approach. In M. Vanderhallen, G. Vervaeke, P. J. Van Koppen, & J. Goethals (Eds.), *Much ado about crime: Chapters on psychology and law* (pp. 209-230). Brussels: Uitgeverij Politeia NV.
- Hart, S. D. (2011). Complexity, uncertainty, and the reconceptualization of violence risk assessment. In R. Abrunhosa (Ed.), *Victims and offenders: Chapters on psychology and law* (pp. 57-69). Brussels: Politeia. (Original work published in 2004.)
- Hart, S. D. (2000-2009). *HCR-20 Worksheet*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

- Hart, S. D. (2006, December). *Treatment of personality disorder: Ethical, legal, and clinical perspectives*. Invited address at "The Assessment and Management of Personality Disordered Offenders," co-sponsored by the Northern Ireland Branch of the British Psychological Society and the Psychological Society of Ireland, Belfast, Northern Ireland.
- Hart, S. D. (2009). Evidence-based assessment of risk for sexual violence. *Chapman Journal of Criminal Justice, 1*, 143-165.
- Hart, S. D. (2010). *Scenario planning worksheet for the HCR-20, Version 2*. Vancouver, Canada: ProActive ReSolutions.
- Hart, S. D., & Cooke, D. J. (2013). Another look at the (im-) precision of individual risk estimates made using actuarial risk assessment instruments. *Behavioral Sciences and the Law, 31*, 81-102.
- Hart, S. D., Douglas, K. S., & Webster, C. D. (2001). Risk management using the HCR-20: A general overview focusing on historical factors. In K. S. Douglas, C. D. Webster, S. D. Hart, D. Eaves, & J. R. P. Ogloff (Eds.), *HCR-20 violence risk management companion guide* (pp. 27-40). Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Hart, S. D., Kropp, P. R., Laws, D. R., Klaver, J., Logan, C., & Watt, K. A. (2003). *The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Hart, S. D., & Logan, C. (2011). Formulation of violence risk using evidence-based assessments: The structured professional judgment approach. In P. Sturmey & M. McMurrin (Eds.), *Forensic case formulation* (pp. 83-106). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Hart, S. D., Michie, C., & Cooke, D. J. (2007). Precision of actuarial risk assessment instruments: Evaluating the "margins of error" of group v. individual predictions of violence. *British Journal of Psychiatry, 190*, s60-s65.
- Hart, S. D., Michie, C., & Cooke, D. J. (2008). Authors' reply: Evaluating the precision (and accuracy!) of criticisms [Letter]. *British Journal of Psychiatry, 192*, 154.
- Hart, S. D., Sturmey, P., Logan, C., & McMurrin, M. (2011). Forensic case formulation. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*, 118-126.
- Heilbrun, K. S. (1997). Prediction versus management models relevant to risk assessment: The importance of legal decision-making context. *Law and Human Behavior, 21*, 347-359.
- Heilbrun, K. S., & Dvoskin, J. (2001). Risk assessment and release decision-making: Toward resolving the great debate. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 29*, 6-10.

- Hiday, V. A. (1995). The social context of mental illness and violence. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 122–137.
- Hiday, V. A. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 399–417.
- Hildebrand, M., & de Ruiter, C. (2012). Risicotaxatie van crimineel gedrag bij jeugdigen: De Youth Level of Service / Case Management Inventory (YLS/CMI). In H. Lodewijks & L. van Domburgh (Eds.), *Instrumenten voor risicotaxatie: Kinderen en jeugdigen* (pp. 93-111). Amsterdam: Pearson.
- Hoge, R. D. & Andrews, D. A. (2002). *Youth Level of Service/Case Management Inventory: User's manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Janus, E. S., & Meehl, P. E. (1997). Assessing the legal standard for the prediction of dangerousness in sex offender commitment proceedings. *Psychology, Public Policy, and Law*, 3, 33-64.
- Justice, L. (2008). Evidence-based terminology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17, 324-325.
- Johnstone, L., & Cooke, D. J. (2008). *PRISM: Promoting Risk Intervention by Situational Management: Structured professional guidelines for assessing situational risk factors for violence in institutions*, 1st ed. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Junginger, J. (1996). Psychosis and violence: The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 91-103.
- Kapp, M. B., & Mossman, D. (1996). Measuring decisional competency: Cautions on the construction of a "capacimeter." *Psychology, Public Policy, and Law*, 2, 73-95.
- Kapur, N. (2000). Evaluating risks. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 399-406.
- Kemm, J. (2006). The limitations of 'evidence-based' public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 319-324.
- Klassen, C. (1996). *Predicting aggression in psychiatric inpatients using 10 historical risk factors: Validating the "H" of the HCR-20*. Unpublished honour's thesis, Simon Fraser University, Burnaby, Canada.
- Kozol, H. L., Boucher, R. J., & Garofalo, R. F. (1972). The diagnosis and treatment of dangerousness. *Crime and Delinquency*, 19, 371–392.
- Kluckhohn, C., & Murray, H. A. (1953). Personality formulation: The determinants. In C. Kluckhohn, H. Murray & D. Schneider (Eds.), *Personality in nature, society and culture* (pp. 53-67). New York: Knopf.
- Kraemer, H., Kazdin, A., Offord, D., Kessler, R., Jensen, P., & Kupfer, D. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.

- Kropp, P. R., & Hart, S. D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior, 24*, 101-118.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., & Lyon, D. (2008). *Guidelines for Stalking Assessment and Management (SAM): User manual*. Vancouver, Canada: ProActive ReSolutions Inc.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Lyon, D., & LePard, D. (2002). Managing stalkers: Coordinating treatment and supervision. In L. Sheridan & J. Boon (Eds.), *Stalking and psychosexual obsession: Psychological perspectives for prevention, policing and treatment* (pp. 138-160). Chichester, UK: Wiley.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., & Eaves, D. (1994). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment guide*. Vancouver, Canada: British Columbia Institute on Family Violence.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Litwack, T. R. (1993). On the ethics of dangerousness assessments. *Law and Human Behavior, 17*, 479-482.
- Litwack, T. R., & Schlesinger, L. B. (1987). Dangerousness risk assessments: Research, legal, and clinical considerations. In A. K. Hess & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of forensic psychology* (pp. 205-257). New York: Wiley.
- Lodewijks, H., Doreleijers, Th., de Ruiter, C., & de Wit-Grouls, H. (2006). *SAVRY: Handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij Jongeren*. [Structured Assessment of Violence Risk in Youth: Dutch version] Zutphen: Rentray.
- Mears, D. P. (2007). Towards rational and evidence-based crime policy. *Journal of Criminal Justice, 35*, 667-682.
- Meehl, P. E. (1996). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the literature*. Northvale, NJ: Jason Aronson. (Original work published in 1954.)
- Meehl, P. E. (2006). The power of quantitative reasoning. In N. G. Waller, L. J. Yonce, W. M. Grove, D. Faust, & M. F. Lenzenweger (Eds.), *A Paul Meehl reader: Essays on the practice of scientific psychology* (pp. 433-444). New York: Routledge.
- Megargee, E. I., Cook, P. E., & Mendelsohn, G. A. (1967). Development and evaluation of an MMPI scale of assaultiveness in overcontrolled individuals. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 519-528.
- Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobogin, C. (2007). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers*, 3rd ed. New York: Guilford.

- Menzies, R. J., Webster, C. D., & Sepejak, D. S. (1985). The dimensions of dangerousness: Evaluating the accuracy of psychometric predictions of violence among forensic patients. *Law and Human Behavior, 9*, 49-70.
- Miles, A., Polychronis, A., & Grey, J. E. (2006). The evidence-based health care debate – 2006. Where are we now? *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 12*, 239-247.
- Monahan, J. (1993). Limiting therapist exposure to Tarasoff liability. *American Psychologist, 48*, 242-250.
- Monahan, J. (1995). *The clinical prediction of violent behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson. (Original work published in 1981.)
- Monahan, J. (2006). A jurisprudence of risk assessment: Forecasting harm among prisoners, predators, and patients. *Virginia Law Review, 92*, 391-435.
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (Eds.). (1994). *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Robbins, P. C., Banks, S., & Silver, E. (2005). *Classification of Violence Risk (COVR)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Morris, N., & Miller, M. (1985). Predictions of dangerousness. In M. Tonry & N. Morris (Eds.), *Crime and justice: An annual review of research* (pp. 1-50). Chicago: University of Chicago Press.
- Mulvey, E. P., & Lidz, C. W. (1995). Conditional prediction: A model for research on dangerousness to others in a new era. *International Journal of Law and Psychiatry, 18*, 129-143.
- Nicholls, T. N., Ogloff, J. R. P., & Douglas, K. S. (2004). Assessing risk for violence among male and female psychiatric patients: The HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behavioral Sciences and the Law, 22*, 127-158.
- O'Shea, L. E., Mitchell, A. E., Picchioni, M. M., & Dickens, G. L. (2013). Moderators of the predictive efficacy of the Historical, Clinical and Risk Management-20 for aggression in psychiatric facilities: Systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 255-270.
- Otto, R. K. (2000). Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 1239-1262.
- Padgett, R., Webster, C. D., & Robb, K. M. (2005). Unavailable essential archival data: A major limitation in the conduct of clinical practice and research in violence risk assessment. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 937-940.

- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (2006). Evidence-based management. *Harvard Business Review*, January, 63-74.
- Pomerol, J.-C. (2001). Scenario development and practical decision making under uncertainty. *Decision Support Systems*, 31, 197-204.
- Prins, H. (1988). Dangerous clients: Further observations on the limitation of mayhem. *British Journal of Social Work*, 18, 593-609.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association. *R. v. McCraw*, 1991 3 SCR 72.
- Ringland, G. (1998). *Scenario planning: Managing for the future*. Chichester, UK: Wiley.
- Robbins, G. C. (1995). Scenario planning: A strategic alternative. *Public Management*, 77 (3), 4-8.
- Ross, D. J., Hart, S. D., & Webster, C. D. (1998). *Aggression in psychiatric patients: Using the HCR-20 to assess risk for violence in hospital and in the community*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Sackett, D. L., & Rosenberg, W. M. (1995). On the need for evidence-based medicine. *Journal of Public Health Medicine*, 17, 330-334.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Muir Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't—it's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Schwartz, P. (1990). *The art of the long view*. New York: Doubleday.
- Scott, P. D. (1977). Assessing dangerousness in criminals. *British Journal of Psychiatry*, 131, 127-142.
- Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2000). Assessment. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology*, Vol. 1 (pp. 264-272). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shepard, M. F., & Pence, E. L. (Eds.) (1999). *Coordinating community responses to domestic violence: Lessons from Duluth and beyond*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Singh, J. P. (2013, March). *The international risk survey (IRiS) project: Perspectives on the practical application of violence risk assessment tools*. Paper presented at the annual conference of the American Psychology-Law Society, Portland, OR.

- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and meta-regression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review, 31*, 499-513.
- Singh, J. P., Yang, S., Bjorkly, S., Boccacini, M. T., Borum, R., Buchanan, A., Cooke, D., de Ruiter, C., Desmarais, S. L., Douglas, K. S., Doyle, M., Edens, J. F., Elbogen, E. B., Endrass, J., Fazel, S., Grann, M., Guy, L. S., Hanson, R. K., Hare, R. D., Harris, G. T., Hart, S. D., Heilbrun, K., Larsen, M. A., Monahan, J., Montaldi, D. F., Mossman, D., Nicholls, T. L., Ogloff, J. R. P., Otto, R. K., Petrila, J., Pham, T. H., Rettenberger, M., Rice, M., Rossegger, A., Scurich, N., Skeem, J. L., Trestman, R. L., Urbaniok, F., Viljoen, J. L., & Mulvey, E. (2013). *Reporting standards for risk assessment predictive validity studies: The Risk Assessment Guidelines for the Evaluation of Efficacy (RAGEE) Statement*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Oxford, UK: Macmillan.
- Smith, S., & Edens, J. F. (2013). *Concurrent validity between the HCR-20 (Version 3) and the PCL-R among male pre-trial offenders in Texas*. Unpublished data analyses. Texas A&M University, College Station, Texas.
- Steadman, H. J., & Cocozza, J. (1980). The prediction of dangerousness—Baxstrom: A case study. In G. Cooke (Ed.), *The role of the forensic psychologist* (pp. 204-215). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Steadman, H. J., & Keveles, G. (1972). The community adjustment and criminal activity of the Baxstrom patients: 1966-1970. *American Journal of Psychiatry, 129*, 80-86.
- Steinberg, E. P., & Luce, B. R. (2005). Evidence based? Caveat emptor! *Health Affairs, 24*, 80-92.
- Strub, D. S., & Douglas, K. S. (2009, March). *New version of the HCR-20 violence risk assessment scheme: Evaluation of a draft of the revised Historical scale*. Poster presented at the American-Psychology Law Society conference, San Antonio, Texas.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Essock, S. M., Osher, F. C., Wagner, H. R., Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., & Meador, K. G. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health, 92*, 1523-1531.
- Tanenbaum, S. J. (2005). Evidence-based practice as mental health policy: Three controversies and a caveat. *Health Affairs, 24*, 163-173.
- Thornberry, T. P., & Jacoby, J. E. (1979). *The criminally insane: A community follow-up of mentally ill offenders*. Chicago: University of Chicago Press.
- Timmermans, S., & Mauck, A. (2005). The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Affairs, 24*, 18-28.

- Tonelli, M. R. (2006). Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 248-256.
- van der Heijden, K. (1994). Probabilistic planning and scenario planning. In G. Wright & P. Ayton (Eds.), *Subjective probability* (pp. 549-572). Chichester, UK: Wiley.
- van der Heijden, K. (1997). *Scenarios: The art of strategic conversation*. New York: Wiley.
- van Notten, P. W. F., Rotmans, J., van Asselt, M. B. A., & Rothman, D. S. (2003). An updated scenario typology. *Futures*, 35, 423-443.
- Vertommen, H., Verheul, R., Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Vincent, G. M. (1998). *Criminal responsibility after Bill C-30: Factors predicting acquittal and lengths of confinement in British Columbia*. Unpublished master's thesis, Simon Fraser University, Burnaby, Canada.
- Ward, T. (2002). The management of risk and the design of good lives. *Australian Psychologist*, 37, 172-179.
- Ward, T., & Laws, R. (2010). Desistence from sex offending: Motivating change, enriching practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 11-23.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence*, version 2. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Burnaby, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C. D., Hucker, S. J., & Bloom, H. (2002). Transcending the actuarial versus clinical polemic in assessing risk for violence. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 659-665.
- Webster, C. D., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C., & Quinsey, V. L. (1994). *The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.
- Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. L. (2009). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)*, Version 1.1. Coquitlam, Canada: British Columbia Mental Health & Addiction Services.
- Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M. L., Desmarais, S. L., & Brink, J. (2006). Short-term Assessment of Risk and Treatability (START): The case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 747-766.

- Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective case formulation: A step towards treatment integration*. Malabar, FL: Krieger.
- Whittemore, K. E. (1999). *Releasing the mentally disordered offender: Disposition decisions for individuals found unfit to stand trial and not criminally responsible*. Unpublished doctoral dissertation, Simon Fraser University, Burnaby, Canada.
- Wintrup, A. (1996). *Assessing risk of violence in mentally disordered offenders with the HCR-20*. Unpublished master's thesis, Simon Fraser University, Burnaby, Canada.
- Yang, M., Wong, S. C. P., & Coid, J. (2010). The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychological Bulletin*, 136, 740-767.



VAN DER HOEVEN
KLINIEK

Pompestichting

Forensische psychiatrie

**DE
ROOYSE
WISSEL**



Universiteit Maastricht



9 789059 728080

