



Universiteit Utrecht

Beschermende factoren voor (seksueel) gewelddadige recidive bij seksueel delinquenten

Masteronderzoek klinische en gezondheidspsychologie 2008-2009

Lotte Kerklaan (3054799)

Katinka van de Ven (3056643)

Begeleiders: Dhr. M. de Vries Robbé, MSc (Van der Hoeven Kliniek, Utrecht)

Dhr. Dr. J. van den Bout (Universiteit Utrecht)

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Lijst van afkortingen	4
Abstract	5
Inleiding	6
Methoden.....	14
Participanten	14
Meetinstrumenten	15
Recidivegegevens	16
Procedure	16
Statistische analyses	17
Resultaten.....	18
Recidivegegevens	18
Totaalscores en eendoordelen van de SAPROF	18
Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	18
Predictieve validiteit	19
Predictieve validiteit van kindmisbruikers en aanranders/verkrachters	20
Discussie.....	21
Onderzoeksresultaten	21
Beperkingen	25
Vervolgonderzoek	26
Klinische implicaties	27
Literatuurlijst.....	28
Bijlage I: SAPROF codeerblad	31
Bijlage II: Resultaten op itemniveau.....	33

Voorwoord

In het kader van het masteronderzoek klinische en gezondheidspsychologie 2009-2010 hebben wij onderzoek gedaan naar de SAPROF in de Van der Hoeven Kliniek. Ten eerste willen wij Michiel de Vries Robbé bedanken voor de intensieve begeleiding tijdens onze tijd in de kliniek. Zijn enthousiasme stimuleerde ons om hard te werken en met een kritische blik te kijken naar het onderzoek en de scriptie. We hebben veel van hem geleerd; niet alleen over de het doen van wetenschappelijk onderzoek, maar ook over de forensisch klinische praktijk.

Tevens willen wij Vivienne de Vogel bedanken voor het geven van de mogelijkheid om onderzoek te te mogen doen in de kliniek. Daarnaast zijn we erg blij dat ze wilde meewerken aan het onderzoek. Ook willen wij Jan van de Bout bedanken voor de begeleiding vanuit de Universiteit Utrecht. De positieve feedback heeft ons gestimuleerd om met veel enthousiasme ons onderzoek te vervolgen. Tevens willen wij Koen Koster bedanken voor het aanleveren van de data vanuit de Mesdagkliniek.

Als laatste willen wij iedereen van de afdeling diagnostiek en onderzoek van de Van der Hoeven Kliniek bedanken voor de gezellige tijd en de heerlijke taarten. Naast de taarten gaan we de lekkere uitgebreide lunch missen die elke dag op ons stond te wachten. Ondanks de kleine tegenslag op het einde hebben we erg genoten van onze tijd in de kliniek.

Lijst van afkortingen

AUC	Area Under the Curve
CJD	Centraal Justitieel Documentatie Centrum
GLM	Good Lives Model
GLM-C	Good Lives Model-Comprehensive
HCR-20	Historical Clinical Risk management-20
ICC	Intraclass correlation coefficient
ROC	Receiver Operating Characteristics
SAPROF	Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk
SVR-20	Sexual Violence Risk-20
Tbs	Terbeschikkingstelling

Abstract

Dit retrospectieve onderzoek was gericht op de predictieve validiteit van de Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF) voor het inschatten van beschermende factoren voor (seksueel) gewelddadige recidive van seksueel delinquenten. Het onderzoek is uitgevoerd op basis van dossiers van 84 mannelijke ex-tbs gestelden met een voorgeschiedenis van seksueel gewelddadig gedrag, die in behandeling zijn geweest in de Van der Hoeven Kliniek te Utrecht of de Mesdagkliniek te Groningen. Uit de resultaten bleek dat de SAPROF een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid had. Tevens bleek de SAPROF een goede predictieve validiteit te hebben op zowel het eindoordeel als de totaalscore voor het niet-recidiveren van seksueel delinquenten met een (seksueel) gewelddadig delict na één, twee en drie jaar *follow-up*. Op itemniveau bleken de items *Coping*, *Zelfcontrole*, *Motivatie voor behandeling* en *Houding tegenover autoriteit* de beste predictieve validiteit te hebben. Wanneer seksueel delinquenten werden gesplitst naar delicttype bleken bij de kindmisbruikers de items *Houding tegenover autoriteit* en *Hulpverlening* de beste voorspellende waarde te hebben voor het niet-recidiveren in (seksueel) gewelddadig gedrag na behandeling. De items *Coping*, *Zelfcontrole*, *Werk*, *Motivatie voor behandeling* en *Houding tegenover autoriteit* bleken de beste predictieve validiteit te hebben voor aanranders/verkrachters. De resultaten gaven aan dat de SAPROF een meerwaarde kan hebben bij de risicotaxatie van tbs-patiënten, specifiek seksueel delinquenten. Door het dynamische karakter van de SAPROF kan deze helpen bij de inschatting van de kans op recidive op de korte termijn.

Inleiding

In de hedendaagse Nederlandse samenleving kunnen delinquenten (deels) ontoerekeningsvatbaar geacht worden voor hun delicten. De maatregel van de terbeschikkingstelling (tbs) kan dan, vaak in combinatie met een vrijheidsstraf, opgelegd worden door de rechter. Er moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden wil men deze maatregel op kunnen leggen (Feldbrugge, 2007). Ten eerste moet de dader een ernstig misdrijf hebben gepleegd, waar ten minste vier jaar gevangenisstraf voor staat. Ten tweede moet de rechtbank tot het oordeel zijn gekomen dat de dader niet of in elk geval onvoldoende toerekeningsvatbaar was om in volle vrijheid tot dit misdrijf te beslissen.

De tbs heeft als primaire doelstelling om gevaar voor de samenleving (dat uitgaat van de ‘gestoorde’ delinquent) voor een ernstig delict zo goed mogelijk te beperken (Feldbrugge, 2007). Na uitzitting van de eventueel opgelegde gevangenisstraf, moet de delinquent behandeling volgen in een tbs-kliniek. De behandeling in de tbs-kliniek is gericht op het verband tussen de stoornis en het gepleegde delict, waarbij de doelstelling van de behandeling dient te zijn dat de patiënt na de behandeling niet langer een gevaar vormt voor de samenleving (Feldbrugge, 2007; Oppedijk, 2003). De kans dat de patiënt opnieuw vervalt in delictgedrag, ook wel recidive genoemd, dient geminimaliseerd te worden.

De tbs-maatregel wordt in principe voor onbepaalde tijd opgelegd. Elk jaar of elke twee jaar (de periode wordt bepaald door de vorige uitspraak) herevalueert de rechter hoe hoog het risico op recidive is en of de behandeling gecontinueerd dient te worden. De terugkeer naar de maatschappij gebeurt meestal geleidelijk door middel van begeleide en onbegeleide stappen ten tijde van de intramurale tbs-behandeling en via een transmurale fase (De Vogel, 2005). De transmurale fase is een resocialisatie fase waarbij de patiënt buiten de tbs-kliniek woont, maar nog steeds onder toezicht is van en behandeld wordt door de kliniek. Door deze tussenfase wordt de patiënt geleidelijk voorbereid op terugkeer in de maatschappij. Dit heeft als resultaat dat de patiënt beter integreert in de samenleving en de kans op recidive lager is. Wanneer de kans op recidive aanvaardbaar geacht wordt zal een patiënt terugkeren in de maatschappij. Als na langdurige en intensieve behandeling de kans op herhaling van delictgedrag niet afneemt, bestaat er een mogelijkheid om een patiënt op een *longcare-* of *longstay-*afdeling te plaatsen. Er is dan sprake van een behoefte aan langdurige zorg en beveiliging.

Binnen de tbs-populatie kunnen grofweg twee groepen patiënten onderscheiden worden naar het type delict waarvoor de tbs is opgelegd: seksueel delinquenten en geweldsdelinquenten. Dit onderzoek richt zich op seksueel delinquenten. Er is al veel onderzoek gedaan naar recidive bij seksueel delinquenten. Uit een meta-analyse van Hanson & Morton-Bourgon (2007) over 79 studies bleek gemiddeld een seksuele recidive (seksueel delict) van 12,4%, een (seksueel) gewelddadige recidive (gewelddadig dan wel seksueel gewelddadig delict) van 17,5% en een algemene recidive (elk delict) van 30,1% met een gemiddelde *follow-up* periode van 5,8 jaar.

Seksueel delinquenten met *hands-on* delicten (waarbij men fysiek in contact komt met het slachtoffer) kunnen vervolgens onderverdeeld worden in twee groepen naar type slachtoffer; kindmisbruikers (slachtoffers onder de 16 jaar) en aanranders/verkrachters (slachtoffers ouder dan 16 jaar). Uit onderzoek van Prentky, Lee, Knight en Cerce (1997) naar behandelde seksueel delinquenten bleek dat na 25 jaar *follow-up* 39% van de verkrachters gerecidiveerd waren in seksuele delicten versus 52% van de kindmisbruikers. Na dezelfde *follow-up* periode recidiveerde 49% van de verkrachters in niet-seksuele geweldsdelicten versus 23% van de kindmisbruikers. In onderzoek van De Vogel, De Ruiter, Van Beek en Mead (2004) naar recidive van seksueel delinquenten in Nederland bleek dat na 12 jaar *follow-up* 33% van de verkrachters gerecidiveerd waren in seksuele delicten versus 59% van de kindmisbruikers. Na dezelfde *follow-up* periode waren 44% van de verkrachters gerecidiveerd in niet-seksuele geweldsdelicten versus 52% van de groep kindmisbruikers. In vergelijking met de meta-analyse van Hanson en Morton-Bourgon (2007) vallen deze recidivepercentages hoog uit. Dit kan deels verklaard worden door de langere *follow-up* periode en deels door de verscheidenheid van herkomst van de populaties in de meta-analyse. Uit bovenstaande onderzoeken is gebleken dat er een verschil in recidive bestaat tussen kindmisbruikers en verkrachters, waarbij kindmisbruikers vaker recidiveren. Tevens is gebleken dat seksueel delinquenten ook vaak recidiveren met niet-seksuele delicten en zich niet altijd beperken tot één type criminaliteit (Simon, 1997).

Zoals hierboven beschreven wordt binnen de behandeling in een tbs-kliniek getracht de kans op recidive te verminderen. Dit wordt gedaan door de behandeling te richten op het verminderen van risicofactoren voor recidive, alsmede op de versterking van mogelijk beschermende factoren. De risicofactoren en beschermende

factoren worden voor elke patiënt in kaart gebracht met behulp van een risicotaxatie. In Nederland zijn alle forensisch-psychiatrische instellingen sinds juli 2005 verplicht om bij alle terbeschikkinggestelden op vaste momenten een (gestructureerde) risicotaxatie te verrichten. Zo dient een taxatie verricht te worden bij instroom, bij de aanvraag van verlofmachtigingen, jaarlijks bij het hebben van vrijheden buiten de kliniek en bij het uitbrengen van verlengingsadviezen (Plaisier & van Ditzhuysen, 2008; de Vogel, de Ruiters & Bouman, 2007a). Door het scoren van een risicotaxatie instrument wordt er op individueel niveau onderzocht welke risicofactoren en beschermende factoren aanwezig dan wel afwezig zijn bij een delinquent (Ward, Vess, Collie & Gannon, 2006). De aanwezigheid van een risicofactor verhoogt de kans op recidive in de toekomst. Echter, de aanwezigheid van beschermende factoren draagt bij aan een verminderde kans op recidive.

Er bestaan in grote lijnen drie verschillende benaderingen van risicotaxatie die gebruik maken van aanwezige risicofactoren: het ongestructureerd klinisch oordeel, de actuariële taxatie en het gestructureerd klinisch oordeel (Philipse, 2005). De eerste risicotaxaties werden gedaan aan de hand van het ongestructureerd klinisch oordeel. Hierbij wordt het risico op (seksueel) geweld bepaald aan de hand van een subjectieve beoordeling van de clinicus. Door middel van observatie, intuïtie, werkervaring en input van de patiënt en collega's komt men tot een eindoordeel over het recidiverisico. Uit de behoefte van meer standaardisering van het taxatieproces ontstond vervolgens de actuariële risicotaxatie. Hierbij wordt een vast aantal risicofactoren geëvalueerd aan de hand van vaste regels en daarna onderworpen aan een mathematisch algoritme om een inschatting te geven van het aanwezige risico. De items van actuariële taxatie instrumenten zijn gebaseerd op empirisch onderzoek en wetenschappelijke literatuur. Hoewel actuariële risicotaxatie goede voorspellingen van recidive oplevert, hebben veel medici behoefte aan een instrument wat meer gericht is op de praktijk. Hieruit is de methode van het gestructureerd klinisch oordeel ontstaan, wat een combinatie is van bovenstaande twee methodes. Bij het gestructureerd klinisch oordeel worden de risicofactoren niet bij elkaar opgeteld, maar worden deze in de conclusie geïntegreerd met de kennis en ervaring van de clinicus (de Vogel e.a., 2007a). Door het gebruik van (gestructureerde) checklists krijgt de deskundige meer inzicht in de risicofactoren die een rol spelen bij het individu en de manier waarop deze onderling met elkaar samen hangen. De uiteindelijke conclusie die getrokken wordt is een schatting van het risico op toekomstig (seksueel) geweld. De instrumenten die gebaseerd zijn op het

gestructureerd klinisch oordeel zijn grotendeels onderbouwd met wetenschappelijke literatuur (Douglas & Skeem, 2005). Twee veelgebruikte instrumenten, op basis van het gestructureerd klinisch oordeel, zijn de *Historical Clinical Risk management-20* (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) voor gewelddadig gedrag en *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20; Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997) voor seksueel gewelddadig gedrag. In Nederland bleken de HCR-20 en SVR-20 uit onderzoek van de Vogel (2005) een goede predictieve validiteit te hebben voor respectievelijk gewelddadige en seksueel gewelddadige recidive bij seksueel delinquenten. Ook uit onderzoek van Koster, van Lankveld en Spreen (2006) bleek de totaalscore van de SVR-20 een goede predictieve validiteit te hebben voor seksueel gewelddadige recidive van seksueel delinquenten.

Een nadeel van de exclusieve aandacht voor risicofactoren in de meeste risicotaxatie instrumenten is dat er slechts focus is op de negatieve aspecten van de patiënt en zijn gedrag (Ward & Marshall, 2004). Een consequentie hiervan kan zijn dat men geneigd is om interventies op een negatieve manier te implementeren. Daarnaast kan de eenzijdige benadering van de risicotaxatie resulteren in pessimisme bij hulpverleners en patiënten, stigmatisering van de delinquenten/patiënten en eventueel onterechte langdurige vrijheidsbeneming (Horn, Bos, Wilpert en De Vries Robbé, 2007).

De afgelopen jaren is er daarom meer aandacht gekomen voor de positieve eigenschappen van de patiënt en voor de positieve ontwikkelingen die een patiënt doormaakt tijdens de behandeling en die de kans op recidive verminderen. Zo kan bijvoorbeeld het ouder en volwassener worden het proces van afbouwen van crimineel gedrag bevorderen. Dit proces wordt ook wel *desistance* genoemd (Kazemian, 2007). Het *Good Lives Model* (GLM) van Ward richt zich op de positieve ontwikkelingen die een patiënt kan doormaken. Dit model is gebaseerd op de sterke en positieve kanten van de patiënt. Het model gaat er van uit dat alle menselijke activiteiten pogingen reflecteren om primaire levensbehoeften te bereiken (Ward & Marshall, 2004). Volgens een uitbreiding op dit model, het *Good Lives Model-Comprehensive* (GLM-C), zijn er twee routes die zorgen voor het ontstaan van problematisch seksueel gedrag (Ward, Mann, & Gannon, 2007). De eerste route, het directe pad, ontstaat als seksueel grensoverschrijdend gedrag de primaire focus wordt van individuele doelen en strategieën, die vervolgens geïntegreerd worden met het 'levensplan'. De tweede route, het indirecte pad, ontstaat als het naleven van bepaalde

doelen in het leven ervoor zorgen dat er breuken ontstaan in persoonlijke omstandigheden. Deze onvoorziene omstandigheden vergroten de kans op het ontstaan van seksueel gewelddadig gedrag. De manier waarop men omgaat met een stressvolle situatie, de coping, is dan van invloed op het seksueel gewelddadige gedrag.

Recent is in Nederland een taxatie instrument ontwikkeld dat zich richt op de positieve ontwikkelingen die een patiënt doormaakt tijdens de behandeling, de *Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk* (SAPROF; De Vogel, De Ruiter, Bouman, & De Vries Robbé, 2007b). In de SAPROF worden beschermende factoren voor (seksueel) gewelddadig gedrag in kaart gebracht, die als volgt gedefinieerd worden: kenmerken van een persoon of diens omgeving of situatie die een reducerend effect hebben op het risico van toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag (De Vogel e.a., 2007b). Het doel van de ontwikkeling van de SAPROF is de completering van de beoordeling van het risico van (seksueel) gewelddadig gedrag in delinquente en forensisch-psychiatrische populaties. Door het identificeren en beoordelen van factoren die mogelijk compenseren voor de risicofactoren die bijvoorbeeld in de HCR-20 en/of SVR-20 zijn gescoord, is de risicotaxatie meer in balans en mogelijk accurater. Het onderzoeken van protectieve factoren kan motiverend werken voor de patiënt en de hulpverleners doordat men niet alleen kijkt naar zaken die niet goed gaan (risicofactoren), maar juist ook naar zaken waar men zich in positieve zin in ontwikkeld heeft (beschermende factoren) (De Vogel, e.a., 2007a). Deze benadering past binnen een *strengths-based benadering* van psychologische en psychiatrische behandeling zoals het eerder beschreven Good Lives Model van Ward. Er wordt gekeken naar de beschermende factoren die bijdragen aan het niet-recidiveren van een patiënt.

Evenals bij de risicotaxatie instrumenten HCR-20 en SVR-20 is de SAPROF gebaseerd op de methode van het gestructureerd klinisch oordeel waarbij de eindconclusie niet bepaald wordt door de optelsom van de individuele factoren, maar afhangt van de interpretatie, integratie en weging van de factoren (De Vogel e.a., 2007a). De SAPROF is opgebouwd uit 17 items, waarvan er twee statisch en 15 dynamisch zijn. De statische factoren zijn vaste, historische feiten die niet zullen veranderen, zoals *Intelligentie* en *Hechte band in de kindertijd*. De dynamische factoren daarentegen zijn veranderbare, dynamische eigenschappen van de persoon of de omgeving, zoals *Coping*, *Werk* en *Intieme relatie*. De 17 items van de SAPROF

zijn verdeeld over drie schalen, namelijk de *Interne factoren*, de *Motivationale factoren* en de *Externe factoren* (zie bijlage 1). De SAPROF bestaat uit positieve/beschermende factoren waarbij een hoge score leidt tot een positieve uitkomst. Een positieve uitkomst betekent dan dat iemand niet zal terugvallen in (seksueel) gewelddadig gedrag. De SAPROF levert een belangrijke bijdrage aan de forensisch klinische praktijk bij onder andere het opstellen van behandelplannen, uitvoeren van risicotaxaties en evalueren van de behandeling.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de predictieve validiteit van de SAPROF. Het onderzoek van De Vries Robbé, De Vogel en De Spa (in voorbereiding) is het eerste onderzoek waarin de predictieve validiteit van de SAPROF voor recidive van geweldsdelinquenten is onderzocht. De SAPROF bleek een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en een goede predictieve validiteit te hebben voor het niet-recidiveren van geweldsdelinquenten. Bij een groep van 105 ex-tbs gestelden, veroordeeld voor een geweldsdelict, werd een goede voorspellende waarde gevonden voor zowel het eindoordeel bescherming als de totaalscore van de items in vergelijking met de daadwerkelijke recidivegegevens, na zowel één als twee als drie jaar *follow-up*. De SAPROF voorspelde zelfs beter dan de HCR-20 en het gecombineerde eindoordeel van het risico op toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag was een goede voorspeller van gewelddadige recidive. Op itemniveau hadden de items *Zelfcontrole* en *Werk* de beste voorspellende waarde.

Het huidige onderzoek zal zich richten op de validering van de SAPROF voor seksueel delinquenten. Er is weinig bekend over beschermende factoren bij seksueel delinquenten. Echter in verschillende onderzoeken wordt onderbouwing gevonden voor risicofactoren die een voorspellende waarde hebben voor het recidiveren van seksueel delinquenten die overlappen met items uit de SAPROF. Zo bleek uit onderzoek naar seksuele recidive bij seksueel delinquenten dat recidivisten vaker werkloos waren en een minder goede sociale steun hadden dan niet-recidivisten (Hanson & Harris, 1998; Willis & Grace, 2008). Uit meta-analyses van Hanson en Harris (1998) en Hanson en Morton-Bourgon (2004) bleek dat recidivisten vaker problemen hadden met intimiteit en zelfcontrole dan niet-recidivisten. Cortoni en Marshall (2001) vonden dat seksueel delinquenten in hun jeugd gemiddeld meer gepreoccupeerd waren met seksuele activiteiten dan niet-seksueel gewelddadige delinquenten, waardoor seks uiteindelijk gebruikt werd als disfunctionele copingstrategie tijdens stressvolle situaties. In vervolgonderzoek bleek dat

eenzaamheid en het tekort komen van intimiteit gerelateerd waren aan het gebruik van seksuele gedachten en gedragingen als copingmechanisme. In een onderzoek van Ten Hag en Van Horn (2004) werd tevens gevonden dat kindmisbruikers ten tijde van stress (ongepaste) seksuele fantasieën en gedragingen hadden die functioneerden als coping ten tijde van stress. Verder is gebleken dat medicatiegebruik samenhangt met het recidiveren van seksueel delinquenten. Uit een recente meta-analyse van Lösel en Schmucker (2005) bleek dat farmacologische behandelingen bij seksueel delinquenten zorgden voor verminderde recidive ten opzichte van psychosociale interventies alleen. Volgens Ten Hag en Van Horn (2004) heeft libidoremmende medicatie een duidelijk effect op het afnemen van de frequentie en intensiteit van seksuele activiteiten en fantasieën, waardoor seksueel delinquenten zich beter kunnen richten op andere delen van de behandeling.

Als seksueel delinquenten onderverdeeld worden in twee groepen, kindmisbruikers en aanranders/verkrachters, worden er in een meta-analyse van Hanson en Harris (1998) weinig significante verschillen gevonden in risicofactoren voor (seksuele) recidive. Wel bleek dat recidiverende verkrachters significant vaker werkloos waren dan recidiverende kindmisbruikers. Uit onderzoek van Whitaker e.a. (2008) naar risicofactoren bij kindmisbruikers bleek dat er kleine, maar niet-significante verschillen bestonden in empathische vermogens, waarbij kindmisbruikers hoger scoorden op empathisch vermogen dan verkrachters.

Omdat tot op heden nog geen onderzoek is gedaan naar de validering van de SAPROF voor seksueel delinquenten, richt dit onderzoek zich op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de SAPROF en op de voorspellende waarde van de SAPROF voor het niet-recidiveren van seksueel delinquenten. Door middel van retrospectief dossieronderzoek naar ex-tbs gestelde seksueel delinquenten uit de Van der Hoeven Kliniek en de Mesdagkliniek worden verschillende meetinstrumenten gescoord op basis van de beschikbare dossiergegevens bij uitstroom uit de behandeling; de HCR-20, de SVR-20 en de SAPROF. Het eindoordeel van de SAPROF is de hoeveelheid bescherming die aanwezig is voor het niet opnieuw plegen van een (seksueel) gewelddadig delict. De eindconclusies van de HCR-20 en SVR-20 betreffen de uiteindelijke inschatting van het risico op recidive; de afweging van risicofactoren en beschermende factoren voor respectievelijk (seksueel) gewelddadig delict gedrag. De eindconclusie is een schatting van de bescherming voor en het risico op toekomstig (seksueel) geweld bij beëindiging van

de tbs-maatregel. Zowel de totaalscore als de eindconclusie zullen vergeleken worden met de recidivegegevens zoals bekend bij het Centraal Justitieel Documentatie Centrum (CJD) van het Ministerie van Justitie (straflijsten).

In dit onderzoek wordt onderzocht of de SAPROF een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft voor het beoordelen van seksueel delinquenten en of de SAPROF een significante voorspeller is voor het niet-recidiveren van seksueel delinquenten na behandeling in een tbs-kliniek. De verwachting is dat de SAPROF een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en een goede predictieve validiteit heeft voor het niet-recidiveren van seksueel delinquenten. Dit wordt verwacht op basis van de uitkomst van het onderzoek van De Vries Robbé e.a. (in voorbereiding) waarbij een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en een goede predictieve validiteit van de SAPROF werd gevonden voor het niet-recidiveren van geweldsdelinquenten alsmede de predictiviteit voor niet-recidive van verschillende items in de SAPROF. Tevens wordt onderzocht welke items van de SAPROF de beste predictieve validiteit hebben. Op itemniveau wordt er verwacht dat de items *Coping*, *Zelfcontrole*, *Werk*, *Medicatie*, *Intieme relatie* en *Netwerk* de grootste predictieve validiteit zullen hebben. Dit wordt deels verwacht op basis van het onderzoek van De Vries Robbé e.a. (in voorbereiding) waaruit bleek dat de items *Zelfcontrole* en *Werk* de beste voorspellende waarde hadden voor niet-recidiveren van geweldsdelinquenten. Daarnaast is uit onderzoeken naar risicofactoren gebleken dat de items *Werk*, *Netwerk*, *Coping*, *Zelfcontrole* en *Intieme relatie* voorspellers waren voor recidive van seksueel delinquenten (Cortoni & Marshall, 2001; Hanson & Harris, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Willis & Grace, 2008). Tenslotte bleek uit onderzoek van Lösel en Schmucker (2005) dat *Medicatie* van invloed is op het niet-recidiveren van seksueel delinquenten. Als laatste wordt onderzocht in hoeverre er een verschil bestaat in de predictieve validiteit van individuele items van de SAPROF tussen kindmisbruikers en aanranders/verkrachters voor het niet-recidiveren na behandeling in een tbs-kliniek. Er worden kleine verschillen verwacht in predictieve validiteit van de verschillende items voor kindmisbruikers en aanranders/verkrachters. Er wordt op basis van onderzoek van Whitaker e.a. (2008) een verschil verwacht op het item *Empatisch vermogen*, waarbij kindmisbruikers hoger zullen scoren. Tevens wordt er verwacht dat *Werk* een betere voorspeller is voor het niet-recidiveren van kindmisbruikers op basis van de meta-analyse van Hanson en Harris (1998).

De uitkomsten van dit onderzoek zullen naar verwachting invloed hebben op het algemene gebruik van de SAPROF binnen de tbs en andere forensisch-psychiatrische instellingen als instrument voor het voorspellen van recidive en het informeren van de behandeling van seksueel gewelddadige delinquenten.

Methoden

Participanten

Dit onderzoek is uitgevoerd in de Van der Hoeven Kliniek te Utrecht, een tbs-kliniek. Er is gebruik gemaakt van dossiers van ex-tbs gestelden die minstens één jaar in behandeling zijn geweest in de Van der Hoeven Kliniek of de Mesdagkliniek te Groningen. De onderzoeksgroep bestond uit 87 mannelijke patiënten met een voorgeschiedenis van seksueel gewelddadig gedrag. Van drie patiënten waren echter geen straflijsten beschikbaar of ontbraken andere gegevens, waardoor de steekproef voor dit onderzoek bestaat uit 84 patiënten. De gemiddelde duur van de behandeling was 65,1 maanden (SD = 29,6, spreiding 6-177) en de gemiddelde leeftijd bij beëindiging van de tbs was 32,4 jaar (SD = 7,5, spreiding 18-51). Doordat in verband met het retrospectieve karakter van dit onderzoek er niet voldoende informatie beschikbaar was over de gestelde diagnose van een patiënt, kon er niet altijd geconstateerd worden of er sprake was van een As I en/of As II stoornis. Uit de gegevens die wel beschikbaar waren bleek bij 59,1% van de patiënten sprake te zijn van een As I stoornis, waarbij een seksuele stoornis het vaakst gediagnosticeerd was. Slechts twee patiënten hadden een diagnose voor een psychotische stoornis. Bij 73,7% van de patiënten was er sprake van een As II stoornis, met name een cluster B stoornis. Een geschiedenis van middelenmisbruik was aanwezig bij 63,1% van de dossiers. Het indexdelict van 69 patiënten was een (poging tot) verkrachting dan wel aanranding van een volwassen slachtoffer, terwijl 19 patiënten een pedoseksueel delict hadden gepleegd. Bij 4 patiënten was er sprake van zowel een pedoseksueel delict als een (poging tot) verkrachting dan wel aanranding van een volwassen slachtoffer. Aan het eind van de behandeling werden 56 patiënten onvoorwaardelijk ontslagen, 23 patiënten kregen een voorwaardelijke beëindiging, 4 patiënten stroomden uit via proefverlof en 1 patiënt zat nog in de kliniek maar had onbegeleide stappen. De patiënt met onbegeleide stappen is meegenomen in het huidige onderzoek, omdat deze persoon zich buiten vrij kon bewegen zonder toezicht van de kliniek. Er zijn geen vrouwelijke patiënten meegenomen in dit onderzoek vanwege

het kleine percentage vrouwelijke seksueel delinquenten in de Van der Hoeven Kliniek en Mesdagkliniek.

Meetinstrumenten

Historical Clinical Risk management-20 (HCR-20)

De HCR-20 (Webster e.a., 1997) is bedoeld voor de taxatie van toekomstig (seksueel) geweld en bestaat uit 20 items verdeeld over drie schalen; *Historische items*, *Klinische items* en *Risicohantering items*. De HCR-20 bevat tien statische (*Historische items*) en tien dynamische items (*Klinische items* en *Risicohantering items*). De items worden gescoord aan de hand van een driepuntsschaal (0-2), waarbij een hoge score een hoger risico oplevert voor (seksuele) geweldsrecidive. Na het scoren van de items worden deze door de clinicus gewogen en samen met het eindoordeel van de SAPROF geïntegreerd in een eindoordeel. De SAPROF wordt in de klinische praktijk geïntegreerd in dit eindoordeel, omdat beschermende factoren een deel uitmaken van de uiteindelijke risicoschatting. Het gecombineerde eindoordeel is een schatting van het risico op toekomstig (seksueel) geweld. Ook deze wordt gescoord aan de hand van een driepuntsschaal (laag-matig-hoog risico).

Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)

De SVR-20 (Boer e.a., 1997) wordt gebruikt om het risico te bepalen van toekomstig seksueel gewelddadig gedrag. Het instrument bestaat uit drie schalen; *Psychosociale aanpassing*, *Seksuele delicten* en *Plannen voor de toekomst*. De SVR-20 is opgebouwd uit 20 items, waarvan 18 statische items (*Psychosociale aanpassing* en *Seksuele delicten*) en twee dynamische items (*Plannen voor de toekomst*). De items worden gescoord aan de hand van een driepuntsschaal (0-2), waarbij een hoge score een hoger risico oplevert voor seksuele recidive. Ook bij de SVR worden de items gewogen en samen met het eindoordeel van de SAPROF geïntegreerd in een eindoordeel. De SAPROF wordt ook bij de SVR-20 in de klinische praktijk geïntegreerd in dit eindoordeel, omdat beschermende factoren een deel uitmaken van de uiteindelijke risicoschatting. Het gecombineerde eindoordeel is een schatting van het risico op toekomstige seksuele recidive. Ook deze wordt gescoord aan de hand van een driepuntsschaal (laag-matig-hoog risico).

Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF)

De SAPROF (De Vogel e.a, 2007b) wordt altijd gebruikt in combinatie met een risicotaxatie instrument, zoals de HCR-20 en/of de SVR-20. Het instrument is ontwikkeld voor het in kaart brengen van beschermende factoren: kenmerken van een persoon of diens omgeving of situatie die een reducerend effect hebben op het risico van toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag (De Vogel e.a., 2007a). De SAPROF bestaat uit 17 items verdeeld over drie schalen; *Interne factoren*, *Motivationale factoren* en *Externe factoren*. Hierbij zijn de eerste twee items van de schaal *Interne factoren* statisch en zijn de overige 15 items dynamisch. Ook deze items worden gescoord aan de hand van een driepuntsschaal (0-2), waarbij een hoge score veel bescherming betekent. Het eindoordeel is een schatting van de bescherming voor toekomstig (seksueel) geweld waarbij alleen de items van de SAPROF worden meegewogen in het eindoordeel. Ook deze wordt gescoord aan de hand van een driepuntsschaal (weinig-redelijk-veel bescherming).

Recidivegegevens

Officiële recidivegegevens zijn opgevraagd bij het Centraal Justitieel Documentatie Centrum (CJD) van het Ministerie van Justitie. Recidive kan men definiëren als elke nieuwe veroordeling voor een (seksueel) gewelddadig delict volgens de definitie van geweld zoals beschreven in de HCR-20: daadwerkelijk (seksueel) geweld, poging tot (seksueel) geweld of bedreiging met (seksueel) geweld (zie Webster e.a., 1997, p.24). De *follow-up* periode begon vanaf het moment van (on)voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel, vanaf het moment van proefverlof of tijdens de onbegeleide stappen, waarbij 12 maanden later de eerste *follow-up* periode eindigde, 24 maanden later de tweede *follow-up* periode eindigde en 36 maanden na het moment van beoordeling de derde *follow-up* periode eindigde.

Procedure

Dossierinformatie werd verzameld van 87 patiënten van de Van der Hoeven Kliniek en Mesdagkliniek die tussen 1985 en 2006 uitstroomden na behandeling. Over het algemeen bestonden de dossiers uit een voorgeschiedenis, een pro justitia rapportage, psychologische rapportages, behandelplannen en verlengingsadviezen. Vanwege het dynamische karakter van de meeste items van de SAPROF was het belangrijk om voldoende informatie over de laatste fase van de behandeling (zes tot nul maanden voor de beëindiging van de tbs-maatregel) te hebben; patiënten van wie

deze informatie niet beschikbaar was zijn daarom niet meegenomen in deze studie. In de huidige studie hebben getrainde onderzoekers, waaronder de auteurs, de HCR-20, SVR-20 en de SAPROF retrospectief gescoord voor alle dossiers aan het einde van de behandeling gebaseerd op de beschikbare dossierinformatie en werd een inschatting gemaakt voor de bescherming en het risico in de situatie na de tbs. Bij het scoren van de dossiers waren alle onderzoekers blind voor eerder uitgevoerde risicotaxaties en opgevraagde recidivegegevens.

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen zijn 19 willekeurig geselecteerde dossiers onafhankelijk gescoord door twee verschillende onderzoekers in wisselende samenstelling, waarbij achteraf een consensus is uitgevoerd waarbij overeenstemming werd bereikt over de itemscores en de eindoordelen. De individuele scores van beide beoordelaars zijn gebruikt om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te berekenen. De scores van de consensus zijn gebruikt voor de analyses van de predictieve validiteit.

Om de predictieve validiteit van de SAPROF voor niet-recidive te bepalen, is voor elke patiënt de recidive na één, twee en drie jaar *follow-up* in kaart gebracht aan de hand van officiële recidivegegevens.

Statistische analyses

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de SAPROF is onderzocht door middel van de *intraclass correlation coefficient* (ICC), waarbij gebruik gemaakt is van het tweezijdige gerandomiseerde effect variantie model en consistentie type. De kritieke waarden voor enkelvoudige ICC-metingen zijn: $\geq 0,75$ = uitstekend; $0,60 \leq ICC < 0,75$ = goed; $0,40 \leq ICC < 0,60$ = redelijk (Fleiss, 1986).

Om de predictieve validiteit voor (seksueel) gewelddadige recidive te bepalen werd een *Receiver Operating Characteristics* (ROC; Mossman, 1994; Rice & Harris, 1995, 2005) analyse uitgevoerd, met recidive als uitkomstmaat van de HCR-20 en SVR-20 en niet-recidive als uitkomstmaat van de SAPROF. Een voordeel van de ROC-analyse is de relatieve ongevoeligheid voor veranderingen in *base rates*. De *Area Under the Curve* (AUC) is de uitkomstwaarde van de ROC-analyse en geeft aan hoe hoog de voorspellende waarde van de verschillende instrumenten is. Een AUC van 0,5 representeert een voorspelling op het niveau van kans, terwijl een AUC van 1,0 een perfecte voorspelling van recidive bij risicofactoren of een perfecte voorspelling van niet-recidive bij beschermende factoren representeert. AUC-waarden

van 0,70 en hoger worden als redelijk beschouwd en waarden van 0,75 en hoger worden beschouwd als goed.

Resultaten

Recidivegegevens

Van de 84 patiënten recidiveerde 6% in een seksueel delict, 10,7% in een niet-seksueel gewelddadig delict en 31% in een niet-gewelddadig delict binnen 36 maanden na de behandeling. Ondanks dat meerdere patiënten recidiveerden in zowel een seksueel als niet-seksueel gewelddadig delict, recidiveerde in totaal 16,7% van de patiënten in een (seksueel) gewelddadig delict. Er was een algemene recidive van 36,9%.

Totaalscores en eindoordelen van de SAPROF

De gemiddelde totaalscore van de SAPROF bij uitstroom was 12,3 (SD = 5,9, range = 1-27). Voor 27 patiënten was het eindoordeel ‘laag’ (32,1% van de steekproef; gemiddelde totaalscore = 6,4, SD = 3,3, range = 1-16), voor 47 patiënten was het eindoordeel ‘matig’ (56% van de steekproef; gemiddelde totaalscore = 14,2, SD = 4,5, range = 6-27) en voor 10 patiënten was het eindoordeel ‘hoog’ (11,9% van de steekproef; gemiddelde totaalscore = 18,9, SD = 4,0, range = 13-27). Van de 84 uitgestroomde patiënten recidiveerden de patiënten die laag waren gescoord op de SAPROF vaker in een (seksueel) gewelddadig delict voor alle drie de *follow-up* periodes (één jaar 22,2%; twee jaar 29,6%; drie jaar 37%), dan de groepen die gemiddeld (één jaar 2,1%; twee jaar 4,3%; drie jaar 6,4%) en hoog waren ingeschat (één jaar 0%; twee jaar 10%; drie jaar 10%),

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De betrouwbaarheidsanalyses van beoordelingen op de SAPROF aan het eind van de behandeling van 19 dossiers leverden enkelvoudige ICC-waarden op van 0,89 ($p \leq ,001$) voor de totaalscores en 0,64 ($p < ,001$) voor de eindoordelen van de SAPROF. Alle individuele items hadden een redelijke tot uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, behalve het item *Intelligentie* (ICC's varieerden van 0,40 (*Intelligentie*) tot 0,81 (*Hechte band in de kindertijd*), allen $p < ,05$).

Predictieve validiteit

De gegevens van de SAPROF (beschermende factoren) zijn vergeleken met niet-recidive in (seksueel) geweld, terwijl de gegevens van de HCR-20 en de SVR-20 (risicofactoren) vergeleken zijn met (seksuele) geweldsrecidive. Er is niet specifiek gekeken naar seksuele recidive aangezien het aantal seksuele recidive te laag was om uitspraken over te kunnen doen. De totaalscores op de SAPROF hadden een goede predictieve validiteit voor niet-recidiveren in (seksueel) geweld in het eerste *follow-up* jaar (AUC = 0,87), in het tweede *follow-up* jaar (AUC = 0,76) en in het derde *follow-up* jaar (AUC = 0,77) (zie tabel 1). Voor alle drie de *follow-up* jaren had de totaalscore van de HCR-20 (AUC = 0,93; AUC = 0,80; AUC = 0,81) de beste predictieve validiteit voor het voorspellen van (seksuele) geweldsrecidive. De totaalscore van de SVR-20 (AUC = 0,81; AUC = 0,71; AUC = 0,77) had tevens een goede predictieve validiteit voor het voorspellen van (seksuele) geweldsrecidive. Het gecombineerde eendoordeel risico (seksueel) geweld (AUC = 0,81; AUC = 0,72; AUC = 0,70) heeft een even goede predictieve validiteit voor het voorspellen van (seksueel) gewelddadige recidive voor alle drie *follow-up* periodes, als het eendoordeel van de SAPROF alleen (AUC = 0,80; AUC = 0,72; AUC = 0,73). Het gecombineerde eendoordeel risico seksueel geweld (AUC = 0,78; AUC = 0,67; AUC = 0,67) heeft een goede predictieve validiteit voor het voorspellen van (seksueel) gewelddadige recidive, welke alleen in het tweede jaar niet significant is bevonden. De eendoordelen voorspellen recidive in (seksueel) geweld minder goed dan de totaalscores (zie tabel 1).

Tabel 1. AUC-waardes voor (seksueel) gewelddadige recidive na behandeling (N = 84).

<i>Follow-up</i>	1 jaar (7 rec)	2 jaar (11 rec)	3 jaar (14 rec)
Totaalscore SAPROF	0,87**	0,76**	0,77**
Eendoordeel SAPROF	0,80**	0,72*	0,73**
Totaalscore HCR-20	0,93**	0,80**	0,81**
Eendoordeel HCR - SAPROF	0,81**	0,72*	0,70*
Totaalscore SVR-20	0,81*	0,71*	0,77*
Eendoordeel SVR - SAPROF	0,78*	0,67	0,67*

** = $p < 0,01$, * = $p < 0,05$, rec = recidivisten

Van de SAPROF hebben op itemniveau de volgende items een goede predictieve validiteit voor recidive in (seksueel) geweld na respectievelijk één, twee en drie jaar *follow-up*: *Coping* (AUC = 0,79; AUC = 0,70; AUC = 0,71, allemaal $p < 0,05$), *Zelfcontrole* (AUC = 0,78; AUC = 0,73; AUC = 0,73, allemaal $p < 0,05$), *Motivatie voor behandeling* (AUC = 0,82; AUC = 0,75; AUC = 0,77, allemaal $p < 0,01$), *Houding tegenover autoriteit* (AUC = 0,89; AUC = 0,75; AUC = 0,80, allemaal $p < 0,01$). Na respectievelijk twee en drie jaar *follow-up* heeft het item *Hulpverlening* (AUC = 0,73; AUC = 0,67, $p < 0,05$) ook een goede predictieve validiteit (zie tabel 4, bijlage 2). Van het item *Medicatie* kon geen AUC-waarde berekend worden vanwege de grote hoeveelheid *missing values* op dit item.

Predictieve validiteit van kindmisbruikers en aanranders/verkrachters

Van de 84 patiënten die opgenomen zijn in het huidige onderzoek waren er 197 patiënten veroordeeld voor kindmisbruik en 68 patiënten veroordeeld voor (poging tot) aanranding/verkrachting van een volwassen slachtoffer. Drie patiënten vallen in beide groepen, omdat deze veroordeeld zijn voor zowel kindmisbruik als voor (poging tot) aanranding/verkrachting.

In de eerste *follow-up* periode heeft het item *Houding tegenover autoriteit* (AUC = 0,94, $p < 0,05$) een goede predictieve validiteit voor (seksuele) geweldsrecidive van kindmisbruikers en in het tweede en derde *follow-up* jaar het item *Hulpverlening* (AUC = 0,86; AUC = 0,86, beide $p < 0,05$). Voor aanranders/verkrachters hebben de items *Coping* (AUC = 0,75, $p < 0,05$) en *Werk* (AUC = 0,81, $p < 0,05$) een goede predictieve validiteit in het eerste jaar *follow-up*. Het item *Houding tegenover autoriteit* (AUC = 0,89; AUC = 0,79, beide $p < 0,01$) heeft in het eerste en derde *follow-up* jaar een goede predictieve validiteit. In het derde *follow-up* jaar hebben tevens de items *Zelfcontrole* (AUC = 0,70, $p < 0,05$) en *Motivatie voor behandeling* (AUC = 0,70, $p < 0,05$) een goede predictieve validiteit (zie tabel 2).

Tabel 2. AUC-waardes op itemniveau voor kindmisbruiker en aanranders/verkrachters (seksueel) gewelddadige recidive na behandeling (N = 84).

Type delinquent	Kindmisbruikers (N=19)			Aanranders/verkrachters (N=69)		
	1 jaar (3 rec)	2 jaar (5rec)	3 jaar (5 rec)	1 jaar (4 rec)	2 jaar (7 rec)	3 jaar (10 rec)
<i>Coping</i>	0,81	0,72	0,72	0,75*	0,61	0,65
<i>Zelfcontrole</i>	0,81	0,73	0,73	0,75	0,67	0,70*
<i>Werk</i>	0,53	0,49	0,49	0,81*	0,59	0,59
<i>Motivatie voor behandeling</i>	0,84	0,73	0,73	0,78	0,67	0,70*
<i>Houding tegenover autoriteit</i>	0,94*	0,77	0,77	0,89**	0,72	0,79**
<i>Hulpverlening</i>	0,81	0,86*	0,86*	0,50	0,69	0,61

** = $p < 0,01$, * = $p < 0,05$, rec = recidivisten

Discussie

Onderzoeksresultaten

Dit onderzoek heeft zich gericht op de predictieve validiteit van de SAPROF voor het inschatten van beschermende factoren voor (seksueel) gewelddadige recidive van seksueel delinquenten. De SAPROF bleek een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te hebben. De resultaten van deze studie gaven aan dat de totaalscore en het eindoordeel van de SAPROF een goede predictieve validiteit hadden voor het niet-recidiveren met een (seksueel) geweldsdelict van seksueel delinquenten na behandeling na één, twee, en drie jaar *follow-up*. De voorspellende waarde van de HCR-20 voor het wel recidiveren was voor zowel totaalscore als eindoordeel nagenoeg even hoog voor alle drie de *follow-up* periodes. De SVR-20 had tevens een goede predictieve validiteit voor het wel recidiveren voor zowel totaalscore als eindoordeel in alle drie de *follow-up* periodes. De SVR-20 had echter van de drie de meetinstrumenten de minst goede voorspellende waarde. Op itemniveau bleken de items *Coping*, *Zelfcontrole*, *Motivatie voor behandeling* en *Houding tegenover autoriteit* de beste voorspellende waarde te hebben voor het niet-recidiveren na behandeling na één, twee en drie jaar *follow-up*. Het item *Hulpverlening* had een goede predictieve validiteit na twee en drie jaar *follow-up*.

Voor kindmisbruikers was het item *Hulpverlening* een goede voorspeller van niet-recidive na twee en drie jaar *follow-up*, terwijl de items *Coping* (één jaar *follow-up*), *Zelfcontrole* (drie jaar *follow-up*), *Werk* (één jaar *follow-up*) en *Motivatie voor*

behandeling (drie jaar *follow-up*) goede voorspellers waren van niet-recidive voor aanranders/verkrachters met volwassen slachtoffers. Voor zowel kindmisbruikers als aanranders/verkrachters met volwassen slachtoffers bleek op itemniveau het item *Houding tegenover autoriteit* een goede predictieve validiteit te hebben voor niet-recidiveren na behandeling na één jaar *follow-up*. Dit item bleek alleen voor aanranders/verkrachters ook een goede voorspeller van niet-recidive na drie jaar *follow-up*.

De goede predictieve validiteit van de totaalscore van de HCR-20 en het eindoordeel risico (seksueel) geweld gaven aan dat met behulp van de HCR-20 een goede voorspelling gedaan kan worden over recidiveren in (seksueel) gewelddadige delicten na behandeling bij seksueel delinquenten. Voor de SVR-20 geldt tevens dat de goede predictieve validiteit van de totaalscore en het eindoordeel risico seksueel geweld aan gaf dat er een goede voorspelling gedaan kan worden over recidiveren in seksueel gewelddadige delicten na behandeling bij seksueel delinquenten. De minder goede predictieve validiteit van de SVR-20 kan verklaard worden doordat het eindoordeel van dit instrument een inschatting was van seksuele recidive alleen. Deze bleek in de officiële recidivegegevens echter te laag te zijn om uitspraken over te kunnen doen. Om deze reden is het eindoordeel vergeleken met (seksueel) gewelddadige recidive. Daarnaast bestaat de SVR-20 grotendeels uit statische items (18 van de in totaal 20 items). Deze zijn gebaseerd op vaste, historische feiten en zijn niet gevoelig voor de veranderingen en/of verbeteringen die een patiënt doormaakt tijdens de behandeling. De SVR-20 zal bij een langere *follow-up* periode waarschijnlijk beter recidive voorspellen dan bij de korte *follow-up* periode die in het huidige onderzoek gehanteerd is. Tevens speelt mee dat er vaak niet voldoende informatie beschikbaar was over seksuele deviatie en seksuele preoccupatie, wat het lastig maakte om bepaalde items te scoren.

De goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en predictieve validiteit van zowel de totaalscore als het eindoordeel van de SAPROF voor niet-recidiveren na behandeling komt overeen met de eerder gestelde verwachtingen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid over 19 dossiers gaf aan dat de totaalscores en de eindoordelen betrouwbaar gescoord kunnen worden door verschillende beoordelaars. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de eindoordelen viel echter lager uit dan verwacht. Deze was in het huidige onderzoek lager dan de

interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de totaalscore. Dit kan verklaard worden doordat één dossier op geheel verschillende wijze door de twee onderzoekers is gescoord. De richtlijnen voor het scoren van de SAPROF zijn hier niet voldoende aangehouden. Alle individuele items hadden een redelijke tot uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, met uitzondering van het item *Intelligentie*. Dit zou verklaard kunnen worden doordat gegevens over intelligentieniveau soms ontbraken of onduidelijk waren. Hierdoor moesten de beoordelaars zelf een inschatting maken over de intelligentie van de patiënt.

De predictieve validiteit van de totaalscore en het eindoordeel van de SAPROF gaven aan dat er met behulp van de SAPROF een goede voorspelling gedaan kan worden over niet-recidiveren in (seksueel) gewelddadige delicten na behandeling bij seksueel delinquenten. Deze resultaten komen overeen met de uitkomsten van het onderzoek van De Vries Robbé e.a. (in voorbereiding) naar de predictieve validiteit van de SAPROF voor niet-recidiveren van geweldsdelinquenten. Ondanks dat zowel het eindoordeel (seksuele) geweldsrecidive als de totaalscore een goede predictieve validiteit hadden, was de predictieve validiteit van het eindoordeel lager. Dit zou verklaard kunnen worden door de retrospectieve aard van dit onderzoek. Hierdoor was er niet altijd voldoende informatie beschikbaar om een goede conclusie te kunnen verbinden aan de itemscores. Tevens zou de geringe klinische ervaring van enkele beoordelaars mee kunnen spelen. Deze ervaring is belangrijk bij het interpreteren, wegen en integreren van de individuele items in een eindoordeel. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was echter goed.

Op itemniveau bleken de items *Coping*, *Zelfcontrole*, *Motivatie voor behandeling*, *Houding tegenover autoriteit* en *Hulpverlening* de beste voorspellers te zijn voor niet-recidiveren in (seksueel) gewelddadige delicten. Dit komt deels overeen met de gestelde verwachtingen. Op basis van eerder onderzoek werd verwacht dat de items *Coping* en *Zelfcontrole* goede voorspellers zouden zijn voor niet-recidiveren van seksueel delinquenten (Cortoni & Marshall, 2001; De Vries Robbé e.a. in voorbereiding; Hanson & Harris, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Daarnaast werd verwacht dat *Werk*, *Medicatie*, *Netwerk* en *Intieme relatie* goede voorspellers voor niet-recidiveren van seksueel delinquenten zouden zijn. Dit bleek echter niet uit de resultaten. Dat het item *Medicatie* geen goede predictieve validiteit had, kan verklaard worden doordat er veel *missing values* waren op dit item. Vaak was er onvoldoende informatie beschikbaar over medicatiegebruik, waardoor dit item niet

goed gescoord kon worden. Tevens is medicatiegebruik bij seksueel delinquenten (libidoremmers) pas de laatste jaren sterk toegenomen in vergelijking met de periode waar dit onderzoek zich op heeft gericht. Voor de overige items (*Werk*, *Netwerk* en *Intieme relatie*) is het vanuit de data lastig te verklaren waarom zij een minder goede voorspellende waarde hadden. Er was voldoende spreiding in de scores van deze items. Tevens waren de richtlijnen voor het scoren van deze items duidelijk. Om te kunnen verklaren waarom de items niet de voorspellende waarde hadden die verwacht werd, zal er meer onderzoek gedaan moeten worden naar de rol die deze items spelen bij de bescherming voor recidive na behandeling bij seksueel delinquenten. De resultaten van het huidige onderzoek komen deels overeen met het *Good Lives Model-Comprehensive* (GLM-C). Het GLM-C gaat er vanuit dat de manier waarop men omgaat met een stressvolle situatie van invloed is op het seksueel gewelddadige gedrag (Ward e.a., 2007). Dit komt overeen met de resultaten waaruit bleek dat *Coping* een goede voorspeller is voor niet-recidiveren. Het GLM-C gaat er tevens vanuit dat breuken in persoonlijke omstandigheden (bijvoorbeeld werk en sociale contacten) de kans op seksueel gewelddadig gedrag kunnen vergroten (Ward e.a., 2007). Dit kwam echter niet volledig overeen met de resultaten van het huidige onderzoek, waarbij persoonlijke omstandigheden (*Werk*, *Netwerk* en *Intieme relatie*) minder goede voorspellers waren voor het niet-recidiveren van seksueel delinquenten na behandeling. Uit de resultaten kan gesteld worden dat externe items (zoals *Intieme relatie* en *Netwerk*) minder goede beschermende factoren zijn voor niet-recidiveren dan interne (zoals *Coping* en *Zelfcontrole*) en motivationele (zoals *Motivatie voor behandeling* en *Houding tegenover autoriteit*) items, hoewel dit voor de andere externe items (*Hulpverlening*, *Woonsituatie* en *Toezicht*) moeilijk te zeggen is aangezien deze juist in een (verplichte) behandelingsituatie hun meerwaarde hebben.

Voor kindmisbruikers bleken op itemniveau de items *Houding tegenover autoriteit* en *Hulpverlening* de beste voorspellende waarde te hebben voor het niet-recidiveren in (seksueel) gewelddadig gedrag na behandeling. De items *Coping*, *Zelfcontrole*, *Werk*, *Motivatie voor behandeling* en *Houding tegenover autoriteit* bleken een goede predictieve validiteit te hebben voor aanranders/verkrachters. Dit komt niet overeen met de gestelde verwachtingen. Er werd verwacht dat de items *Empatisch vermogen* en *Werk* betere voorspellers zouden zijn voor kindmisbruikers dan voor aanranders/verkrachters. Uit deze resultaten kan gesteld worden dat kindmisbruikers meer afhankelijk waren van externe factoren (*Hulpverlening*) en dat

hun houding daarbij van belang is, terwijl bij aanranders/verkrachters met name interne (*Coping* en *Zelfcontrole*) en motivationele (*Werk*, *Motivatie voor behandeling* en *Houding tegenover autoriteit*) factoren beschermden tegen recidive.

Beperkingen

Het feit dat deze studie van retrospectieve aard was, is een beperking. Ondanks dat de dossiers zorgvuldig zijn geselecteerd, was er niet altijd voldoende informatie aanwezig om bepaalde items goed te scoren. Voorbeelden hiervan zijn informatie over financieel beheer en medicatiegebruik. Door de retrospectieve aard kon er geen informatie vergaard worden om de items alsnog goed te scoren. Tevens kunnen de eindoordelen risico en bescherming beïnvloed zijn door de kwaliteit van de dossiers en doordat het niet altijd duidelijk was op welke manier de patiënt na behandeling is uitgestroomd (vb. proefverlof of onvoorwaardelijk ontslag). Ook is de geringe klinische ervaring van enkele beoordelaars een beperking. Deze ervaring is belangrijk bij het interpreteren, wegen en integreren van de individuele items in een eindoordeel. Daarnaast wordt bij een risicotaxatie in de dagelijkse praktijk in de Van der Hoeven Kliniek elke patiënt besproken door drie personen (de ‘consensus’) wat een beter eindoordeel geeft over de delictgevaarlijkheid van een patiënt. In dit onderzoek zijn de meeste dossiers echter door één beoordelaar gescoord.

Een tweede beperking was het lage aantal recidives in de drie *follow-up* jaren. Hoewel dit gegeven maatschappelijk zeer gewenst is, maakt het lage aantal recidives het lastig om een goede voorspelling te doen over welke patiënt wel en welke patiënt niet zal terugvallen in (seksueel) gewelddadig gedrag. Daarbij komt dat enkele ex-patiënten zijn veroordeeld voor een gevangenisstraf tijdens de eerste drie *follow-up* jaren voor het plegen van een niet-gewelddadig delict (o.a. diefstal). Deze patiënten hebben feitelijk niet evenveel ‘tijd’ gehad om buiten te recidiveren met een (seksueel) geweldsdelict. Het lage aantal recidives kan ook deels verklaard worden door het *dark number*. Deze ‘verborgen’ criminaliteit kan ontstaan doordat dit niet geregistreerd of ontdekt wordt door de politie. Er wordt sinds lange tijd erkend dat het formele aantal veroordelingen van seksueel delinquenten geen goede reflectie is van het werkelijke aantal seksuele delicten dat gepleegd wordt (Harris & Grace, 1999). Bij slachtoffers van seksueel geweld speelt schaamte vaak een grote rol, wat resulteert in minder aangiftes voor seksuele delicten (Hendriks, 2004). Van de aangiftes die wel gedaan worden leiden er minder tot een vervolging en nog minder tot een veroordeling.

Een beperking van dit onderzoek was dat verder niet elke onderzoeker even goed geïnstrueerd was over het scoren van de SAPROF. Voor een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is het van belang dat er een intensieve training gehouden wordt in het scoren van de SAPROF. Het is van belang dat er tijdens de training bekeken wordt of alle onderzoekers de items op dezelfde manier scoren.

Een andere beperking was dat er niet evenveel dossiers van de Mesdagkliniek als van de van der Hoeven Kliniek gebruikt zijn. In deze klinieken komen de methodes van behandeling en het beleid dat gevoerd wordt ten aanzien van vrijheden niet volledig overeen. Dit kan leiden tot verschillen in risicotaxatie. Ook was er geen gelijkmatige verdeling van de dossiers tussen het aantal kindmisbruikers en het aantal aanranders/verkrachters. Dit is van invloed op de predictieve validiteit op itemniveau.

Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op prospectief onderzoek door een patiëntengroep te volgen die nog niet is uitgestroomd. Hierdoor is er meer informatie beschikbaar over de betreffende patiënt, kan een eindoordeel altijd in consensus gedaan worden en kan de predictieve validiteit van de SAPROF onderzocht worden in het huidige behandelklimaat. Gezien het dynamische karakter van de SAPROF wordt verwacht dat de meerwaarde vooral in de klinische praktijk zal liggen. Het dynamische karakter van de SAPROF houdt in dat de items op korte termijn veranderbaar zijn. Hierdoor kan in de behandeling de focus gelegd worden op het versterken van items die kunnen bijdragen aan een verminderde kans op recidive voor een bepaald individu. Om de meerwaarde van de SAPROF voor de klinische praktijk te kunnen onderzoeken is een prospectieve studie nodig. Een nadeel van een prospectieve studie is dat het onderzoek lang zal duren, omdat er veel jaren voorbij kunnen gaan voordat een patiënt daadwerkelijk uitstroomt uit een tbs-kliniek.

Ten tweede zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op andere populaties. De predictieve validiteit van de SAPROF voor het niet-recidiveren van vrouwen zou onderzocht kunnen worden. Tevens zou onderzocht kunnen worden of er een verschil bestaat in de predictieve validiteit van de SAPROF tussen autochtone en allochtone tbs-patiënten. In het huidige en eerder onderzoek naar validering van de SAPROF waren allochtone tbs-patiënten ondervertegenwoordigd. De laatste jaren is deze patiëntenpopulatie aan het toenemen binnen de tbs-klinieken. Hierdoor is het mogelijk

te onderzoeken of er andere beschermende factoren een rol spelen bij het niet-recidiveren na behandeling van allochtone tbs-patiënten.

Door de validiteit bij deze populaties te onderzoeken is de SAPROF bij een groot deel van de tbs-populatie onderzocht. De SAPROF is dan echter nog niet generaliseerbaar naar populaties buiten de tbs. Om dit mogelijk te maken zou de predictieve validiteit van de SAPROF onderzocht kunnen worden bij ambulante patiënten van forensische poliklinieken, bij gedetineerden en bij patiënten binnen de algemene psychiatrie.

Sinds kort bestaat er een vertaling van de SAPROF in het Engels en wordt er gewerkt aan een Duitse vertaling. Dit geeft de mogelijkheden om de SAPROF in de toekomst op internationaal niveau te vergelijken.

Klinische implicaties

Dit onderzoek heeft aangetoond dat de SAPROF een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en predictieve validiteit heeft voor het voorspellen van niet-recidive in (seksuele) geweldsdelicten van seksueel delinquenten na behandeling in een tbs-kliniek. Hierdoor kan de SAPROF een meerwaarde hebben bij de taxatie van tbs-patiënten, specifiek seksueel delinquenten. Door het dynamische karakter van de SAPROF kan deze helpen bij de inschatting van de kans op recidive op de korte termijn. Naast een meer volledige taxatie geeft de inclusie van beschermende factoren een positieve dynamische benadering in de behandeling, die nieuwe mogelijkheden brengt voor een succesvolle behandeling van (seksueel) delinquenten en voor effectiever risicomanagement bij terugkeer in de maatschappij.

Literatuurlijst

- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P. R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Structured Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, BC: British Columbia Institute against Family Violence.
- Cortoni, F. & Marshall, L. (2001). Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse, 13*, (1) 27-41.
- Douglas, K.S., & Skeem, J.L. (2005). Violence risk assessment: getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy and Law, 11*, 3, 347-383.
- Feldbrugge, J. (2007). *Wat iedere Nederlander zou moeten weten over de tbs*. Nijmegen: Valkhof Pers.
- Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley.
- Hag, B. ten, & Horn, J. van (2004). Problemen met intimiteit en seksualiteit bij zedendelinquenten. Theorie, onderzoek en behandeling. *Directieve therapie, 24*, 4, 315-333.
- Hanson, R.K., & Harris, A. (1998). *Dynamic predictors of sexual recidivism*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 6, 1154-1163.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2007). *The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.
- Harris, J., & Grace, S. (1999). A question of evidence? Investigating and prosecuting rape in the 1990s, *Home Office Research Study 196*. London: HMSO.
- Hendriks, J. (2004). Meisjes als zedendelinquent: een exploratieve studie. *Tijdschrift voor Seksuologie, 28*, 67-74.
- Horn, J. van, Bos, M., Wilpert, J., & Vries Robbé, M. de (2007). De rol van protectieve factoren in het risicotaxatieproces. *De Waagnews flash*, 1-4.
- Kazemian, L. (2007). Desistance From Crime. *Journal of Contemporary Criminal Justice, 23*, 1, 5-27.

- Koster, K., Lankveld, J. van, & Spreen, M. (2006). Voorspelling van recidive bij zedendelinquenten met behulp van retrospectief gebruik van de PCL-R en SVR-20. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 204-214.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 1-29.
- Mossman, D. (1994). Assessing prediction of violence: Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 783-792.
- Oppedijk, D. (2003). Risicotaxatie. *Ontmoetingen: Voordrachtsreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap*, 9, 17-28.
- Philipse, M.W.G. (2005). *Predicting criminal recidivism. Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Plaisier, J., & Ditzhuysen, J. van (2008). *Risicotaxatie bij verlof van gedetineerden*. Amsterdam: Impact.
- Prentky, R.A., Lee, A.F.S., Knight, R.A., & Cerce, D. (1997). Recidivism rates among child molesters and rapists: a methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 21, 6, 635-659.
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995). Violent recidivism: Assessing predictive validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 737-748.
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC area, Cohen's *d*, and *r*. *Law and Human Behavior*, 29, 615-620.
- Simon, L.M.J. (1997). Do criminal offenders specialize in crime types?. *Applied & Preventive Psychology*, 6, 35-53.
- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice*. Amsterdam: Dutch University Press.
- Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (2003). Recidive bij seksuele delinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45, 378-390.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Beek, D. van, & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior*, 28, 3, 235-251.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, & Bouman, Y. (2007a). Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 33, 2, 102-119.

- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2007b). *Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk. Versie 1*. Utrecht: Forum Educatief.
- Vries Robbé, M. de, Vogel, V. de, & Spa, E. de (in voorbereiding). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: A retrospective validation study of the SAPROF.
- Ward, T., & Marshall, W.L. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders; a bridging theory. *Journal of Sexual Agression, 10, 2*, 153-169.
- Ward, T., Vess, J., Collie, R.M., & Gannon, T.A. (2006). Risk management or goods promotion: the relationship between approach and avoidance goals in treatment for sex offenders. *Agression and Violent Behavior, 11*, 378-393.
- Ward, T., Mann, R.E., & Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: clinical implications. *Agression and Violent Behavior, 12*, 87-107.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2*. Burnaby, British Columbia, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Whitaker, D.J., Le, B, Hanson, R.K., Baker, C.K., McMahon, P.M., Ryan, G., Klein, A., & Donovan Rice, D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 32*, 529-548.
- Willis, G.G., & Grace, R.C. (2008). The quality of community reintegration planning for child molesters. Effects on sexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 20, 2*, 218-240.

Bijlage I: SAPROF codeerblad

SAPROF codeerblad

Patiënt naam: Patiënt nummer: Invuldatum:

Gebruikte dossier informatie tot datum:

Interne factoren		Zonder TBS
1.	<i>Intelligentie</i> <input type="checkbox"/> <i>Inschatting</i> <input type="checkbox"/> <i>IQ-score:</i>	
2.	<i>Hechte band in de kindertijd</i>	
3.	<i>Empathisch vermogen</i>	
4.	<i>Coping</i>	
5.	<i>Zelfcontrole</i>	

Motivationale factoren		Zonder TBS
6.	<i>Werk</i>	
7.	<i>Vrijtijdsbesteding</i>	
8.	<i>Financieel beheer</i>	
9.	<i>Motivatie voor behandeling</i>	

10.	<i>Houding tegenover autoriteit</i>	
11.	<i>Levensdoelen</i>	
12.	<i>Medicatie</i>	n.v.t.

Externe factoren		Zonder TBS
13.	<i>Netwerk</i>	
14.	<i>Intieme relatie</i>	
15.	<i>Hulpverlening</i>	
16.	<i>Woonsituatie</i>	
17.	<i>Toezicht</i>	

Eindoordeel beschermende factoren	Zonder TBS 3-pt
.....	<input type="checkbox"/> weinig <input type="checkbox"/> redelijk <input type="checkbox"/> veel

Naam beoordelaar(s):	<input type="checkbox"/> Onderzoeker <input type="checkbox"/> Consensus
-----------------------------------	--

Bijlage II: Resultaten op itemniveau

Tabel 3. AUC-waardes van de SAPROF items voor (seksueel) gewelddadige recidive na behandeling (N = 84).

<i>Follow-up</i>	1 jaar	2 jaar	3 jaar
1. Intelligentie	0,67	0,56	0,58
2. Hechte band in de kindertijd	0,55	0,56	0,60
3. Empathisch vermogen	0,63	0,57	0,58
4. Coping	0,79*	0,70*	0,71*
5. Zelfcontrole	0,78*	0,73*	0,73**
6. Werk	0,70	0,60	0,60
7. Vrijtijdsbesteding	0,70	0,66	0,66
8. Financieel beheer	0,72	0,64	0,66
9. Motivatie voor behandeling	0,82**	0,75**	0,77**
10. Houding tegenover autoriteit	0,89**	0,75**	0,80**
11. Levensdoelen	0,59	0,58	0,55
12. Netwerk	0,55	0,51	0,53
13. Intieme relatie	0,60	0,50	0,50
14. Hulpverlening	0,61	0,73*	0,67*
15. Woonsituatie	0,49	0,48	0,53
16. Toezicht	0,58	0,62	0,63

** = $p < 0,01$, * = $p < 0,05$, item *Medicatie* niet in de tabel opgenomen wegens *missing values*