

Nieuwe ontwikkelingen binnen de risicotaxatie van gewelddadig gedrag

Een onderzoek naar de HCR:V3 ten opzichte van de HCR-20

Master-thesis Klinische- & Gezondheidspsychologie 2009-2010

Door: Nadja Draat (0412546)
Anke van den Heuvel (3054373)

Begeleiders: Dhr. M. de Vries Robbé, MSc
Van der Hoeven Kliniek, Utrecht
Mw. V. de Vogel, PhD
Van der Hoeven Kliniek, Utrecht
Dhr. J. van den Bout, PhD
Universiteit Utrecht

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Abstract.....	4
Inleiding.....	5
Methoden	9
Setting.....	9
Procedure	9
Meetinstrumenten.....	10
Onderzoeksgroep	12
Recidivegegevens	12
Statistische analyses	12
Resultaten.....	13
Recidivecijfers	13
Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	14
Gemiddelde scores.....	14
Correlaties	14
Predictieve validiteit van de instrumenten	15
Analyse leeftijdsintervallen van H1 en H2 in de HCR:V3.....	17
Predictieve validiteit op itemniveau	17
Discussie.....	21
Onderzoeksresultaten	21
Beperkingen	23
Bruikbaarheid instrumenten.....	24
Vervolgonderzoek.....	24
Klinische implicaties	26
Literatuurlijst.....	27
Bijlage 1: Aangepaste items HCR:V3 vs. HCR-20	30
Bijlage 2: Eindoordeel.....	32
Bijlage 3: HCR-20 codeerblad	33
Bijlage 4: HCR:V3 codeerblad.....	344
Bijlage 5: HKT-30 codeerblad.....	366

Voorwoord

In het kader van onze master-thesis van Klinische en Gezondheidspsychologie 2009-2010 hebben wij onderzoek gedaan naar de HCR-20, HCR:V3 en de HKT-30 in de Van der Hoeven Kliniek te Utrecht. Wij willen Michiel de Vries Robbé en Vivienne de Vogel bedanken voor de mogelijkheid om hier onderzoek te doen en voor de begeleiding die we tijdens dit onderzoek hebben gekregen. Ondanks de drukte, hebben we altijd bij hen terecht gekund voor vragen. Verder willen wij Jan van den Bout bedanken voor de begeleiding en feedback vanuit de Universiteit Utrecht. De feedback van iemand van buiten de kliniek is erg waardevol geweest.

Het was voor ons een ontzettend leerzame onderzoeksperiode. We hebben geleerd risicotaxaties en wetenschappelijk onderzoek te doen en daarnaast de mogelijkheid gehad om kennis te maken met de forensische klinische praktijk.

Abstract

Dit retrospectieve onderzoek was gericht op het vernieuwde risicotaxatie-instrument van de HCR-20: de HCR:V3. Er is onderzocht of de HCR:V3 een meerwaarde heeft ten opzichte van de HCR-20. Voor een volledig overzicht voor de Nederlandse situatie is ook de HKT-30 onderzocht. Het onderzoek is uitgevoerd op basis van dossiers van 86 mannelijke ex-terbeschikkinggestelden met een voorgeschiedenis van gewelddadig gedrag die in behandeling zijn geweest in de Van der Hoeven Kliniek in Utrecht.

Uit de resultaten blijkt dat zowel de HCR-20, HCR:V3 en de HKT-30 een uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben. Tevens blijkt voor de eerste twee jaar follow-up een gemiddeld tot goede predictieve validiteit voor het voorspellen van gewelddadig gedrag. Echter, de HCR:V3 had geen hogere voorspellende waarde dan de HCR-20. Op itemniveau is gekeken naar de bijdrage aan een betere validiteit van de HCR:V3 ten opzichte van de HCR-20. Het gebruik van een vijf-puntsschaal bleek te resulteren in een grotere predictieve validiteit ten opzichte van de drie-puntsschaal in de HCR-20. Van de drie risicotaxatie-instrumenten blijkt voor de HKT-30 de hoogste predictieve validiteit.

Deze resultaten geven aan dat een aantal aanpassingen in de HCR:V3 een verbetering zijn, maar dat de predictieve validiteit van de HCR:V3 als geheel, niet hoger is dan de HCR-20. Vooralsnog kan dus gezegd worden dat de onderzochte pilot-versie van de HCR:V3 geen meerwaarde heeft ten opzichte van de HCR-20. Aangezien de HCR:V3 een pilot-versie is, is er vervolgonderzoek nodig.

Inleiding

Tbs is een maatregel die kan worden opgelegd aan mensen met een psychische stoornis die een delict hebben gepleegd waar een straf van vier jaar of meer voor is gesteld, dan wel behoort tot de in artikel 37a Wetboek van Strafrecht (WvSr) beschreven delicten. Onder dit artikel vallen onder meer brandstichting, verkrachting en doodslag. Verder is het van belang dat er een relatie is tussen de aanwezige psychische stoornis en het gepleegde delict. De primaire doelstelling van tbs is beveiliging van de samenleving tegen het optreden van ernstige recidive, wat in samenhang kan worden gebracht met twee andere uitgangspunten: verpleging en behandeling, gericht op een verantwoorde terugkeer van de terbeschikkinggestelde in de samenleving enerzijds en de rechtspositie van de terbeschikkinggestelde anderzijds (Raes, 2007).

Het huidige onderzoek is uitgevoerd in de Van der Hoeven Kliniek in Utrecht, één van de 12 forensisch psychiatrische centra in Nederland. Uit onderzoek is gebleken dat binnen de tbs-populatie van deze kliniek 72,4% zowel een As I als een As II stoornis heeft; de meest voorkomende hiervan zijn middelenmisbruik, parafilie, psychotische stoornissen, gokproblematiek en cluster B persoonlijkheidsstoornissen: antisociaal, narcistisch en borderline (Hildebrand & de Ruiter, 2004). De behandeling in de Van der Hoevenkliniek bestaat uit vier fasen: de eerste fase bestaat uit de opname, de multidisciplinaire diagnostiek (inclusief risicotaxatie), de indicatiestelling, de inschatting van behandelmotivatie, de behandelingsplanning en zorgprogrammering. De tweede fase bestaat uit de actieve veranderingsfase, waarin patiënten eventueel onbegeleide vrijheden hebben en de prognose voor transmuralisatie¹ duidelijk wordt. De derde fase is de transmurale fase, gericht op een verantwoorde behandeling/verblijf in de samenleving. De vierde fase is feitelijk de ontslagfase of nazorgfase, die buiten de directe verantwoordelijkheid van de kliniek valt en vooral door ketenpartners wordt overgenomen (Binsbergen & Keune, 2008). Voor sommige patiënten is terugkeer naar de maatschappij gezien het blijvende risico van recidive niet haalbaar, zij zullen mogelijk levenslang terbeschikkinggesteld blijven, het zogenaamde longstay-beleid (Visser, 2006).

Uit landelijk onderzoek van het WODC is gebleken dat in de periode van 2003 tot 2006 19% van de ex-terbeschikkinggestelden in de laatste uitstroomperiode van vijf jaar opnieuw is vervolgd wegens het plegen van een misdrijf met een minimale strafdreiging van 4 jaar. Van dit recidivepercentage bestaat 71,6% uit agressieve

¹ Transmuraliseren betekent geleidelijk aan stappen ondernemen buiten de kliniek

delicten, 18,3% uit vermogensdelicten zonder geweld, 19,4% uit vermogensdelicten met geweld en 17,1% uit zedendelicten (Wartna, Harbachi & Essers, 2006).

Het inschatten van het risico van recidive, met het uiteindelijke doel recidive zoveel mogelijk te voorkomen, is een belangrijke taak binnen de forensische psychiatrie. De resultaten van de risicotaxatie worden meegenomen in het besluit wanneer een terbeschikkinggestelde stappen naar buiten kan ondernemen. Vanaf juni 2004 is het gebruik van risicotaxatie-instrumenten door het Ministerie van Justitie verplicht gesteld (Visser, 2006). Het doel van een risicotaxatie is uiteindelijk om recidive te voorkomen, middels sturing te geven aan behandeling, maar heeft ook tot doel het verbeteren van consistentie en transparantie van beslissingen en het beschermen van de rechten van de patiënt (Hart, 2001a, 2001b). Er zijn grofweg drie verschillende risicotaxatie methoden te onderscheiden: het ongestructureerde klinisch oordeel, het actuariële oordeel en het gestructureerde professionele oordeel. Het ongestructureerde klinisch oordeel is gebaseerd op kennis en ervaring van clinici. Uit onderzoek is echter gebleken dat deze methode vatbaar is voor cognitieve vertekeningen van de beoordelaars en er sprake is van een lage betrouwbaarheid en validiteit (Monahan, 1981). Naar aanleiding van deze beperkingen is een meer gestandaardiseerde en valide methode ontstaan: het actuariële oordeel, wat gebaseerd wordt op statische, niet veranderbare factoren die volgens een vast algoritme worden opgeteld. Ondanks de hoge voorspellende waarde van actuariële instrumenten, hadden clinici behoefte aan een instrument wat beter toepasbaar is op de klinische praktijk. Deze instrumenten houden namelijk nauwelijks rekening met situationele en dynamische risicofactoren, de oorzaak van het gedrag en beschermende factoren. Dit had tot gevolg dat onderzoekers uit Canada het *Structured Professional Judgement (SPJ) model* ontwikkeld hebben, een combinatie van het ongestructureerde klinisch oordeel en het actuariële oordeel (Borum, 1996; Douglas, Cox & Webster, 1999). Het doel hiervan was het gat tussen de klinische praktijk en empirische kennis te overbruggen. Dit model is wetenschappelijk gefundeerd en testbaar en is daarnaast ook toepasbaar in de klinische praktijk. Diverse risicotaxatie-instrumenten voor verschillende leeftijdsgroepen en delicttypen zijn ontwikkeld volgens dit model.

Het internationaal meest gebruikte SPJ-instrument is de *Historical, Clinical, Risk management-20* (HCR-20: Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; geautoriseerde Nederlandse versie: Philipse, de Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000) en bestaat uit 20 items, die verdeeld zijn over 3 subschalen: de historische, klinische en risicohanterings items. Deze worden gescoord op een drie-puntsschaal. Er is een enorme hoeveelheid onderzoeken naar dit instrument gedaan. In het onlangs

gepubliceerde *Handbook of Violence Risk Assessment* (Otto & Douglas, 2010), worden in een review door Douglas en Reeves de onderzoeksresultaten van de HCR-20 beschreven. Wat interbeoordelaarsbetrouwbaarheid betreft kan op basis van 36 onderzoeken gezegd worden dat deze goed tot uitstekend te noemen is. De predictieve validiteit is op basis van 42 onderzoeken matig tot hoog. Concluderend kan gezegd worden dat de HCR-20 een goede betrouwbaarheid en validiteit heeft.

Na het jarenlang gebruiken en onderzoeken van de HCR-20, blijkt er op een aantal vlakken behoefte te zijn aan verbetering. Zo stelt Arbisi (2003) dat de richtlijnen voor het gebruik onduidelijk zijn, het instrument geeft bijvoorbeeld weinig richting bij de codering van het item 'unresponsive to treatment'. Ook de Vogel (2005) zegt dat sommige itembeschrijvingen onduidelijk of zo algemeen zijn dat ze vatbaar zijn voor verschillende interpretaties. Bij de klinische schaal komen volgens Brand en Diks (2001) de domeinen vaardigheden, ontwikkeling en situationele context niet of nagenoeg niet aan bod. Over de score-opties zeggen Brand en Diks (2001) dat bij het plannen en evalueren van de behandeling nauwkeuriger metingen zijn vereist, in plaats van de drie-puntsschaal. Bovendien kunnen bij een toename van de meetnauwkeurigheid eerder eventueel aanwezige verbanden tussen variabelen onderzocht worden. Uit onderzoek blijkt dat psychopathie een risicofactor is voor gewelddadig gedrag (Douglas, James, Ogloff & Nichols 1999). Toch bestaat er twijfel of het item 'Psychopathie' in een risicotaxatie-instrument thuishoort. Voor dit item wordt gebruik gemaakt van de *Hare Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991, 2003; geautoriseerde Nederlandse versie: Vertommen, Verheul, de Ruiter & Hildebrand, 2002), dit is echter ongebruikelijk aangezien voor de overige 19 items geen instrumenten gebruikt worden. Ten tweede zeggen Hart, Hare en Forth (1994) en Blackburn (1998) dat psychopathie een dimensie is van persoonlijkheidsstoornissen. Dit betekent dat er in de HCR-20 overlap is tussen het item H7: 'Psychopathie' en het item H9: 'Persoonlijkheidsstoornissen'. Verder pleiten Lammers (2007) en Spreen, Ter Horst, Lutjehuis en Brand (2008) ervoor om 'Psychopathie' als los risico-item in de gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten te vervangen door alleen de factor 'Antisociale levensstijl'. De reden hiervoor is dat zij in onderzoek hebben gevonden dat alleen deze factor voorspellende waarde heeft voor herhaald gewelddadig gedrag. Het is van belang hierbij nogmaals te vermelden dat de discussie omtrent de inclusie van het item Psychopathie, zoals gemeten met de PCL-R, in risico-instrumenten nog gaande is en de meningen hierover verdeeld zijn.

Op basis van nieuwe onderzoeksresultaten en feedback van gebruikers, is onlangs een vernieuwde versie van de HCR-20 ontwikkeld, de *Historical Clinical Risk*

Management (Version 3): Assessing Risk for Violence (HCR:V3; Douglas, Hart, Webster, Belfrage, & Eaves, 2008). Het doel van deze vernieuwde versie is de tekortkomingen van de HCR-20 op basis van recente empirische literatuur over geweld en risicogedrag te verbeteren en mogelijk nieuwe codeeropties in te voeren om de bruikbaarheid en de kloof tussen risicotaxatie en risicopreventie te verbeteren. Er zijn verschillende aanpassingen in de HCR:V3 ten opzichte van de HCR-20:

1. De oorspronkelijke scoringsoptie van [0, 1, 2] is veranderd naar [0, 1, 2, 3], score 3 wordt gedefinieerd als aanwezig en extreem;
2. Enkele items zijn veranderd (zie Bijlage 1);
3. Het item 'Psychopathie' is verwijderd;

Aanpassingen die de bruikbaarheid van het instrument beogen te verbeteren:

4. Een indicatorsysteem is toegevoegd. Een beschrijving van het item aan de hand van verschillende indicatoren, zodat er meer concrete richtlijnen zijn voor de codering van het betreffende item;
5. Relevantiëmetingen zijn toegevoegd; hier kan de codeur aangeven of de risicofactor relevant wordt geacht voor het risico van geweld;
6. Er worden meer richtlijnen gegeven voor de codering van het eindoordeel.

De HCR:V3 is een pilot-versie en wordt momenteel internationaal geëvalueerd. Douglas en collega's (2008) geven aan dat feedback en empirisch onderzoek nodig zijn om de HCR:V3 te verbeteren.

Het onderhavige onderzoek is het eerste Nederlandse onderzoek, waarin wordt gekeken naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de predictieve validiteit van de HCR:V3 ten opzichte van de HCR-20. Er wordt verwacht dat de HCR:V3 vergeleken met de HCR-20 een hogere predictieve validiteit en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft. Dit wordt verwacht omdat een aantal aanpassingen in het nieuwe instrument zijn gedaan en de auteurs voor ogen hebben dat dit resulteert in een hogere betrouwbaarheid en validiteit, vergeleken met de HCR-20.

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van risicotaxatie-instrumenten voor de Nederlandse situatie wordt ook gekeken naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de predictieve validiteit van de Historisch Klinische Toekomst-30 (HKT-30; CIFP, (2000)). De HCR-20, HCR:V3 en de HKT-30 werden retrospectief gescoord voor 86 ex-terbeschikkinggestelden uit de Van der Hoeven Kliniek op basis van dossiergegevens bij uitstroom van de behandeling. Zowel de totaalscore per instrument als het gestructureerde professionele eindoordeel werd gerelateerd aan recidivecijfers van het Centraal Justitiele Documentatie-centrum (CJD) van het Ministerie van Justitie.

Methode

Setting

Dit onderzoek is uitgevoerd in de Van der Hoeven Kliniek, een forensisch psychiatrisch centrum in Utrecht met plaats voor 286 patiënten. Zoals beschreven op de website van de Van der Hoeven Kliniek (www.hoevenkliniek.nl), zijn er verschillende intramurale leefgroepen met 12 patiënten per groep. De kliniek hanteert een multidisciplinaire benadering in een strak gestructureerde klinische leefgemeenschap. De staf behandelt patiënten op basis van cognitief gedragstherapeutische, op een zoveel mogelijk evidence-based manier, systeemtherapeutische, educatieve en medisch-psychiatrische inzichten en deskundigheid. Het programma bestaat uit een combinatie van specifieke forensische behandelactiviteiten en psychiatrische behandeling, zoals farmacotherapie, (groeps)psychotherapeutische behandeling en activiteiten op het terrein van arbeidstraining, onderwijs, creatieve vakken, sport en vrijetijdsbesteding. De transmurale fase is er in meerdere varianten zoals woningen in beheer van de kliniek, vormen van beschermd wonen en forensische long-care afdelingen. Recentelijk is de Van der Hoeven Kliniek naast met name patiënten met een tbs-maatregel ook patiënten gaan opnemen met een Rechterlijke Machtiging (RM). Patiënten die binnen de algemene psychiatrie niet of nauwelijks te hanteren zijn, worden de zogenaamde kib-patiënten (kib staat voor Kliniek voor Intensieve Behandeling) genoemd.

Procedure

Er is dossierinformatie verzameld van 86 patiënten van de Van der Hoeven Kliniek die tussen 1990 en 2006 zijn uitgestroomd. Deze dossiers bestonden doorgaans uit de voorgeschiedenis, een Pro Justitia Rapportage, behandelplannen en verlengingsadviezen. Er is gebruik gemaakt van complete dossiers waarbij met name de hoeveelheid en kwaliteit van informatie over het laatste jaar belangrijk was. Dit laatste in verband met de dynamische items die sterk kunnen veranderen in een jaar. Met gebruik van deze informatie werden de HCR-20, de HCR:V3 en de HKT-30 retrospectief gescoord door vier getrainde onderzoekers, waarna één algemeen eindoordeel van het geweldsrisico gegeven werd, op zowel een drie- als een vijf-puntsschaal (zie Bijlage 2). Deze vijf-puntsschaal is door onderzoekers van de Van der Hoeven Kliniek als experimentele schaal toegevoegd om te onderzoeken of dit resulteert in een hogere predictieve validiteit. Geen van de onderzoekers had kennis van de recidivecijfers.

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te onderzoeken voor zowel de totaalscore van de instrumenten als het eindoordeel, zijn 25 willekeurig gekozen dossiers door twee wisselende codeurs onafhankelijk van elkaar gescoord. Vervolgens werd er een consensusbespreking gehouden tussen deze twee codeurs, waarin de onafhankelijke scores zorgvuldig tegen elkaar werden afgewogen en besproken, wat resulteerde in een consensuscodering. De individuele scores werden gebruikt om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen en de consensuscodering werd gebruikt voor de analyses over de predictieve validiteit van de taxatie-instrumenten. De meeste analyses zijn uitgevoerd met een follow-up periode van drie jaar omdat er van elke patiënt voor minimaal drie jaar informatie beschikbaar is over eventuele recidive.

Meetinstrumenten

Op basis van de dossiers zijn de HCR-20 en de HCR:V3 gescoord. Om een algemene vergelijking te kunnen maken over de gebruikte risicotaxatie-instrumenten in Nederland, werd ook de HKT-30 gescoord.

HCR-20:

De *Historical, Clinical, Risk management-20* (HCR-20; Webster et al., 1997) is ontwikkeld in Canada en taxeert het risico van gewelddadige recidive. In dit onderzoek is het in het Nederlands vertaalde en bewerkte instrument gebruikt (Philipse et al., 2000). Dit instrument bestaat uit drie subschalen waarop 20 items zijn ingedeeld. Hiervan beslaan 10 items het verleden (Historical) ofwel de geschiedenis van een persoon zoals 'problemen in de kindertijd' en 'persoonlijkheidsstoornissen', welke in dit instrument als statische factoren gezien worden. Hiernaast gaan er nog vijf items over het heden (Clinical), welke onder andere gaan over 'gebrek aan zelfinzicht' en 'reageert niet op behandeling'. Deze factoren zijn dynamisch, evenals de laatste vijf items die gaan over de toekomst (Risk management). Voorbeelden hiervan zijn 'geringe beschikbaarheid aan persoonlijke steun' en 'hoog niveau van ervaren stress'. Voor alle items zie Bijlage 3. De items worden gescoord met behulp van een drie-puntsschaal, waarbij 0 de afwezigheid van het item weergeeft, 1 staat voor het mogelijk/minder ernstige aanwezigheid en 2 geeft een duidelijke/ernstige aanwezigheid weer. Zoals eerder beschreven is er veel onderzoek naar de HCR-20 gedaan en blijkt uit een review van Douglas en Reeves (2010) dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid goed tot uitstekend te noemen is en de predictieve validiteit matig tot hoog. Voor de Nederlandse HCR-20 is eveneens goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en predictieve validiteit voor herhaald gewelddadig gedrag gevonden (De Vogel, 2005).

HCR:V3:

De *Historical, Clinical, Risk management (Version 3): Assessing Risk for Violence* (HCR:V3; Douglas et al., 2008) is een vernieuwde pilot-versie van de HCR-20 waardoor dit instrument op het moment alleen in de Engelse versie beschikbaar is. Er worden min of meer dezelfde items gebruikt, met het verschil dat in de HCR:V3 een aantal items zijn opgesplitst in meerdere subitems (zie Bijlage 1 voor een overzicht van alle aangepaste items en Bijlage 4 voor een compleet overzicht van alle items). Hierdoor is vooral de omvang van het klinische dynamische gedeelte toegenomen, met de bedoeling dat het instrument meer dynamisch en nauwkeuriger kan meten. Zo wordt er verwacht een betere voorspelling te kunnen geven over het recidiverisico van een patiënt. Daarnaast wordt de HCR:V3 gescoord aan de hand van een vier-puntsschaal, namelijk 0, 1, 2 en 3. Deze schaal is vergelijkbaar met die van de HCR-20, met het verschil dat score 3 gebruikt wordt voor extreme aanwezigheid van het item. Ook kan bij elk item de relevantie worden aangekruist, waarbij te kiezen valt tussen *No*, *Maybe* en *Yes*, zodat duidelijk wordt welke items relevant zijn voor het recidiverisico van desbetreffende patiënt.

Item H1 *Serious problems with violence* en H2 *Serious problems with other antisocial behavior* uit deze versie bestaan op dit moment uit zes leeftijdsintervallen: op basis van onderzoek zal gekozen worden voor twee of drie leeftijdsintervallen. In dit onderzoek wordt gekeken welke leeftijdsintervallen de voorkeur dienen te krijgen.

De HCR:V3 is op twee manieren geanalyseerd. De eerste is een optelsom van alle scores (in de resultaten beschreven als 'HCR:V3 tot'), de tweede is een optelsom van alle scores waarbij van de gesplitste items het gemiddelde is berekend (in de resultaten beschreven als 'HCR:V3 gem').

HKT-30:

De Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30; CIFP, 2000) is een Nederlands risicotaxatie-instrument. Ook dit instrument gebruikt drie subschalen: de Historische subschaal met 11 historische statistische items; de Klinische subschaal met 13 klinische dynamische items en de Toekomst subschaal met zes toekomstige situatieve items (zie Bijlage 5 voor een overzicht van alle items). Deze items worden gescoord aan de hand van een vijf-puntsschaal en bij iedere afzonderlijke score wordt een beschrijving gegeven, dit in tegenstelling tot de HCR-20 en de HCR:V3 waarbij een gelijkmatig oplopende codering wordt gebruikt. Uit onderzoek van Hildebrand et al. (2005) blijkt dat de predictieve validiteit van de HKT-30 voor het voorspellen van gewelddadig gedrag 'redelijk goed' te noemen is.

Onderzoeksgroep

Er is gebruik gemaakt van 86 dossiers van mannelijke ex-terbeschikkinggestelden die tussen 1990 en 2006 zijn uitgestroomd uit de Van der Hoeven Kliniek. Zij hadden allen een geweldsdelict begaan en hiervoor een behandeling van minimaal één jaar gekregen. De gemiddelde opnameduur van de onderzoekspopulatie was 5,56 jaar. De gemiddelde leeftijd bij de beëindiging van de tbs-maatregel was 32.09 jaar (SD = 7.35, range = 20-56). Gezien het retrospectieve karakter van dit onderzoek was het niet altijd mogelijk de diagnose van een patiënt te achterhalen, maar uit de beschikbare dossiers bleek dat er bij 15% sprake was van een psychotische stoornis en bij 74% een diagnose op een As II persoonlijkheidsstoornis, voornamelijk van het cluster B type. In 22% was er sprake van de diagnose psychopathie (PCL-R \geq 26, dit is een veelgebruikte Europese cut-off score voor onderzoek, zie Hildebrand (2004)) en bij 74% was er sprake van middelenmisbruik. Verder was er bij 56% van de indexdelicten sprake van (poging tot) doodslag, 36% had een ander gewelddadig delict begaan en bij 21% was er sprake van brandstichting. Aan het einde van de behandeling hebben 56% van de patiënten de kliniek verlaten met onvoorwaardelijk ontslag, 36% van de patiënten kregen een voorwaardelijke beëindiging en 5% van de patiënten waren ongeoorloofd afwezig. Er is geen gebruik gemaakt van dossiers van vrouwelijke ex-terbeschikkinggestelden omdat uit eerder onderzoek is gebleken dat de huidige risicotaxatie-instrumenten niet goed voorspellen voor deze doelgroep (De Vogel, 2005).

Recidivegegevens

De recidivegegevens die gebruikt zijn in dit onderzoek zijn opgevraagd bij het Centraal Justitieel Documentatiecentrum (CJD) van het Ministerie van Justitie. Recidive wordt gedefinieerd als elke nieuwe veroordeling voor gewelddadig gedrag wat 'het toebrengen van letsel aan één of meerdere personen, dan wel een poging daartoe of het dreigen daarmee' inhoudt (Philipse et al., 2000, p. 36). De follow-up periode begint vanaf het moment dat er sprake was van voorwaardelijke beëindiging van de tbs, onvoorwaardelijk ontslag of ongeoorloofde afwezigheid.

Statistische analyses

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd gemeten met de *intraclass correlation coefficient* (ICC) en hiervoor is gebruik gemaakt van het tweezijdige gerandomiseerde effect van het variabele model en consistentie type (McGraw & Wong, 1996). De kritieke waarden voor de enkelvoudige ICC metingen zijn: ICC \geq 0,75 = uitstekend; $0,60 \leq$ ICC \leq 0,75 = goed; $0,40 \leq$ ICC $<$ 0,60 = gemiddeld (Fleiss,

1986).

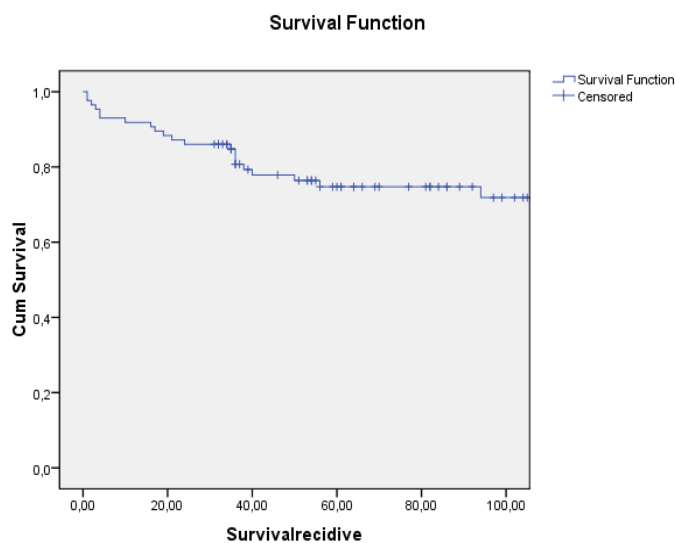
De predictieve validiteit, welke wordt uitgedrukt in de *Area Under the Curve* (AUC), van de HCR-20, de HCR:V3 en de HKT-30 werd berekend met behulp van de *Receiver Operating Characteristics Analyse* (ROC; Mossman, 1994; Rice & Harris, 1995, 2005). Een AUC-waarde van 0,5 staat voor een kans-waarde voor predictie, en een 1 voor een perfecte predictie. Waarden van 0,70 en hoger staan voor een gemiddelde, en waarden van 0,75 en hoger voor een goede predictie (Douglas, Guy & Weir, 2005). Recidive met een geweldsdelict is hierbij de uitkomstmaat voor de risicotaxatie-instrumenten. De Kaplan-Meier methode (Schmidt & Wytte, 1988) is in dit onderzoek gebruikt om 'overlevingsgrafiek' te maken, dat wil zeggen een inschatting van de mensen die gerecidiveerd zouden zijn, als er een langere follow-up periode was geweest.

Resultaten

Recidivecijfers

Van de 86 patiënten recidiveerden 16 patiënten (19%) met een gewelddadig delict binnen drie jaar na de behandeling. Aangezien de follow-up periode van elke patiënt niet even lang is, is het moeilijk recidivecijfers op lange termijn te berekenen. Hiervoor is de Kaplan-Meier methode gebruikt. Deze methode houdt rekening met het feit dat niet iedereen tot het gewenste eindpunt kan worden opgevolgd. Uit deze schattingsanalyse blijkt dat binnen 10 jaar 29 patiënten (34%) zouden recidiveren (zie Figuur 1).

Figuur 1. Kaplan-Meier survival grafiek voor gewelddadige recidive (N=86)



Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC)

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de HCR-20, HCR:V3 en de HKT-30, welke gemeten werd op basis van 25 dossiers, was uitstekend te noemen (respectievelijk .83, $p \leq .001$, .84, $p \leq .001$ en .87, $p < .001$). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het eindoordeel van risico op geweld was op zowel drie- als vijf-puntsschaal goed te noemen (beiden .72, $p < .001$).

Gemiddelde scores

In Tabel 1 worden de gemiddelde scores per (subschaal van) instrument weergegeven.

Tabel 1: Totaalscores per instrument voor gewelddadige recidive na behandeling (N=86)

	H-schaal	C/K-schaal	R-schaal	Totaalscore
HCR-20	14.8	3.9	5.9	24.5
HCR:V3 tot	22.2	7.9	6.5	36.6
HCR:V3 gem	14.1	3.9	5.5	23.4
HKT-30	21.7	16.6	10.2	48.9

Correlaties

Er is gekeken naar de correlatie tussen de HCR-20, HCR:V3 en de HKT-30 (zie Tabel 2). Hieruit blijkt dat de drie instrumenten een zeer hoge correlatie met elkaar hebben en dus nagenoeg hetzelfde meten. Opvallend is de hoge correlatie tussen de HKT-30 en de andere instrumenten, ondanks de verschillen.

Tabel 2: Correlaties van alle instrumenten

	HCR:V3 tot	HCR:V3 gem	HKT-30
HCR-20	.93***	.94***	.91***
HCR:V3 tot	-	.99***	.92***
HCR:V3 gem		-	.92***

***= $p < .001$

Ook is er gekeken naar de correlaties tussen de subschalen van de instrumenten. Hieruit valt op te maken dat alle subschalen van de instrumenten significant met elkaar correleren (zie Tabel 3). Hieruit is te zien dat wat de subschalen betreft, de risico-schaal de hoogste correlatie heeft. Dit wil zeggen dat op deze schaal de instrumenten het meest overeenkomen.

Tabel 3: Correlaties tussen de subschalen van de instrumenten.

	H - HCR:V3 tot	H -HCR:V3 gem	H - HKT-30
H - HCR-20	.81***	.84***	.83***
H - HCR:V3 tot	-	.98***	.85***
H - HCR:V3 gem		-	.84***
	C - HCR:V3 tot	C -HCR:V3 gem	K - HKT-30
C - HCR-20	.91***	.90***	.85***
C - HCR:V3 tot	-	.98***	.88***
C – HCR:V3 gem		-	.88***
	R - HCR:V3 tot	R-HCR:V3 gem	T - HKT-30
R - HCR-20	.93***	.93***	.87***
R - HCR:V3 tot	-	1***	.91***
R - HCR:V3 gem		-	.92***

***= $p < .001$

Predictieve validiteit van de instrumenten

Voor de HCR-20, de HCR:V3 en de HKT-30 zijn de AUC-waarden berekend voor zowel de totaalscore van deze instrumenten als het algemene eindoordeel op drie- en vijf-puntsschaal (zie Tabel 4 voor de voorspelling van nieuwe veroordelingen van gewelddadig gedrag). Voor de follow-up tijd zijn één, twee en drie jaar gebruikt (aangezien de instrumenten een taxatie op korte termijn geven) en is er op de lange termijn gekeken, waarbij lange termijn staat voor de gehele follow-up periode per patiënt.

Voor de totaalscore met één jaar follow-up tijd hebben zowel de HCR-20, de HCR:V3 als de HKT-30 een goede predictieve validiteit en voor de totaalscore met twee jaar follow-up tijd is de predictieve validiteit van alle drie de instrumenten redelijk tot goed te noemen. Voor de totaalscore met drie jaar en lange termijn follow-up tijd is voor

alle drie de instrumenten een minder goede predictieve validiteit gevonden waarbij de HKT-30 de beste voorspeller blijkt.

Op basis van alle drie de instrumenten is een eindoordeel gevormd op zowel een drie- als een vijf-puntsschaal. De AUC-waarde van het eindoordeel met één jaar follow-up tijd op de drie-puntsschaal is redelijk te noemen maar niet significant. De voorspellende waarde wordt echter aanzienlijk beter en significant wanneer hiervoor een vijf-puntsschaal wordt gebruikt. Wanneer voor het eindoordeel wordt gekeken naar een follow-up tijd van twee en drie jaar en op lange termijn, dan is te zien dat de predictieve validiteit voor de drie-puntsschaal laag is en voor de vijf-puntsschaal gemiddeld.

Tabel 4: AUC-waarden voor 1, 2, 3 jaar en lange termijn follow-up periode voor gewelddadige recidive na behandeling (N=86)

	1 jaar 7 rec	2 jaar 11 rec	3 jaar 16 rec	Lange termijn 23 rec
HCR-20	.80**	.74**	.67*	.65*
HCR:V3 totaal	.77*	.75**	.67*	.68*
HCR:V3 gem.	.75*	.74*	.66*	.68*
HKT-30	.83**	.77**	.70*	.71**
Eindoordeel 3 pts	.72	.67	.64	.63
Eindoordeel 5 pts	.82**	.74*	.71**	.68**

*= $p \leq .05$; **= $p \leq .01$
Rec=recidivisten

In Tabel 5 worden de AUC-waarden van de drie subschalen van de HCR-20, HCR:V3 en de HKT-30 weergegeven voor gewelddadige recidive met een follow-up tijd van drie jaar omdat de minimale follow-up tijd die van elke patiënt beschikbaar is drie jaar bedraagt. Hier is uit op te maken dat het verschil in voorspellende waarde tussen de instrumenten vooral naar voren komt op de R-schaal. De R-schaal van de HKT-30 is een significante voorspeller voor gewelddadige recidive binnen drie jaar follow-up; de HCR-20 en de HCR:V3 blijven vooral op deze schaal achter.

Tabel 5: AUC-waarden voor drie jaar follow-up tijd (N=86)

	H-schaal	C-schaal	R-schaal
HCR-20	.62	.66*	.63
HCR:V3 tot	.60	.67*	.65
HCR:V3 gem	.57	.67*	.65
HKT-30	.64	.66*	.70*

*= $p \leq .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$

Analyse leeftijdsintervallen van H1 en H2 in de HCR:V3

In de HCR:V3 is item H1 opgesplitst in 6 verschillende leeftijdscategorieën. De auteurs van de HCR:V3 prefereren 2 of 3 leeftijdsintervallen, de keuzemogelijkheden bestaan uit a-d-f ($a \leq 12$, $d=13-17$ en $f \geq 18$), c-f ($c \leq 17$, $f \geq 17$) en b-e ($b \leq 14$, $e \geq 15$). In Tabel 6 is te zien dat de voorspellende waarden van de totaalscores van de leeftijdsintervallen voor zowel HCR:V3 H1 als HCR:V3 H2 het hoogst zijn bij de a-d-f combinatie.

Tabel 6: AUC-waarden item HCR:V2 H1 en H2 voor keuzeopties a-d-f, c-f en b-e voor 3 jaar follow-up (N=86)

	H1: Previous violence	H2: Serious problems with other antisocial behavior
HCR:V3 totaal (a-f)	.59	.64
HCR:V3 a, d, f	.61	.64
HCR:V3 c, f	.59	.59
HCR:V3 b, e	.56	.62

*= $p \leq .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$

Predictieve validiteit op itemniveau

De resultaten worden nu verder toegespitst op de vergelijking tussen de items van de HCR-20 en de HCR:V3. In HCR:V3 zijn verschillende items opgesplitst of aangepast ten opzichte van de HCR-20 (zie Bijlage 1). Om te kijken of deze aanpassingen bijdragen aan een betere voorspellende waarde van de HCR:V3 ten opzichte van de

HCR-20, worden de AUC-waarden van de oorspronkelijke items van de HCR-20 vergeleken met de AUC-waarden van de opgesplitste of veranderde items van de HCR:V3. Dit is wederom gedaan met een follow-up tijd van drie jaar. De predictieve validiteit van de oorspronkelijke items en de aangepaste items zijn te zien in Tabel 7 en 8. Er zijn drie noemenswaardige resultaten: item C4 (HCR:V3: *Instability* vs. HCR-20: *Impulsivity*) en item R2 (HCR:V3: *Inadequate plans regarding living situation* vs. HCR-20: *Exposure to destabilizers*) resulteren in een hogere en significante predictieve validiteit. Item C1 (HCR:V3: *Problems with insight* vs. HCR-20: *Lack of insight*) resulteert in een lagere en niet-significante predictieve validiteit (zie vetgedrukte items in Tabel 8).

Tabel 7: Voorspellende waarde op itemniveau HCR-20 (N = 86)

HCR-20	AUC
H1 Previous violence	.51
H2 Young age at first violent incident	.56
H3 Relationship instability	.50 ₁
H4 Employment problems	.57 ₆
H5 Substance use problems	.58
H6 Major mental illness	.49 ₄
H7 Psychopathy	.53
H8 Early maladjustment	.55
H9 Personality disorder	.47 ₇
H10 Prior supervision failure	.56
C1 Lack of insight	.70*
C2 Negative attitudes	.46
C3 Active symptoms of major mental illness	.53
C4 Impulsivity	.63
C5 Unresponsive to treatment	.63
R1 Plans lack feasibility	.63
R2 Exposure to destabilizers	.60
R3 Lack of personal support	.56
R4 Noncompliance with remediation attempts	.60
R5 Stress	.55

* = $p \leq .05$

₁: N=85, ₂: N=84, ₃: N=83, ₄: N=82, ₅: N=81, ₆: N=80, ₇: N=79

Tabel 8: Voorspellende waarde op itemniveau HCR:V3 (N = 86)

HCR:V3	AUC	
H1adf tot: Serious problems with violence	.61	↑
H1a Serious problems with violence as a Child, 1, ≤ 12	.62 ₁	↑
H1d Serious problems with violence as an adolescent, 13-17	.53 ₁	↑
H1f Serious problems with violence as an adult, ≥ 18	.54	↑
H2adf tot: Serious problems with other antisocial behaviour	.64	↑
H2a Serious problems with other antisocial behavior as a Child, ≤ 12	.69 ₁ *	↑
H2d Serious problems with violence as an adolescent, 13-17	.56	=
H2f Serious problems with violence as an adult, ≥ 18	.51	↓
H3tot: Problems with personal relationships	.41	↓
H3a Problems with intimate relationships	.47 ₁	↓
H3b Problems with other relationships	.44	↓
H4 Problems with employment	.54 ₅	↓
H5 Problems with substance abuse	.57	↓
H6tot: Major mental illness	.55	↑
H6a Psychotic disorder	.49 ₃	=
H6b Major mood disorder	.51 ₂	↑
H6c Disorders primarily affecting intellect, executive functioning, or social interpersonal functioning	.55	↑
H7 Personality disorder	.41 ₇	
H8tot: Victimization and traumatic experiences	.51	↓
H8a Victimization / trauma	.50	↓
H8b Poor parenting / care giving	.52	↓
H9 Procriminal attitudes	.48	
H10 Problems with noncompliance	.60	↑
C1tot: Problems with insight	.61₂	↓
C1a Problems with insight into mental disorder	.57 ₂	↓
C1b Problems with insight into violence proneness and risk factors	.63	↓
C1c Problems with insight into need for treatment	.60	↓
C2tot: Procriminal and violent attitudes and ideation	.57	↑
C2a Procriminal attitudes	.53	↑
C2b Violent ideation or intent	.58	↑
C3tot: Current symptoms of major mental illness	.60 ₁	↑
C3a Current symptoms of Psychotic disorder	.54 ₂	↑
C3b Current symptoms of Major mood disorder	.60 ₁	↑
C3c Current symptoms of Disorders primarily affecting intellect, executive functioning, or social interpersonal functioning	.47 ₁	↓
C4 Instability	.68*	↑
C5tot: Problems with compliance or responsiveness	.63	=
C5a Problems with compliance	.62	↓
C5b Problems with responsiveness	.61	↓
R1 Inadequate plans regarding professional services	.62	↓
R2 Inadequate plans regarding living situation	.67*	↑
R3 Inadequate plans regarding personal support	.54	↓
R4tot: Potential problems with treatment compliance or response	.64	↑
R4a Problems with compliance	.60	=
R4b Problems with responsiveness	.66	↑
R5 Potential problems with stress and coping	.55	=

* = $p \leq .05$

1: N=85, 2: N=84, 3: N=83, 4: N=82, 5: N=81, 6: N=80, 7: N=79

↓: lager dan desbetreffend item in de HCR-20

↑: hoger dan desbetreffend item in de HCR-20

=: gelijk aan desbetreffend item in de HCR-20

Discussie

Onderzoeksresultaten

Dit onderzoek heeft zich gericht op de HCR:V3 ten opzichte van de HCR-20. Er is gekeken naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, correlaties en predictieve validiteit van de instrumenten in zijn geheel. Verder is naar de HCR:V3 op itemniveau gekeken naar de correlaties en predictieve validiteit van de aangepaste items. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de Nederlandse risicotaxatie instrumenten is ook de HKT-30 onderzocht.

De totaalscores van de HCR-20, HCR:V3 en de HKT-30 bleken alle drie een uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te hebben. Dit komt overeen met eerdere bevindingen beschreven door Douglas en Reeves (2010) waar voor de HCR-20 een goede tot uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gevonden en met Hildebrand et al. (2005) waar voor de HKT-30 een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gevonden. Ook de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het algemene eindoordeel is goed te noemen.

Er is gekeken naar de correlaties tussen de HCR-20, HCR:V3 en de HKT-30. Hieruit is gebleken dat de instrumenten significant met elkaar correleren. Er is met name een zeer hoge correlatie tussen de HCR-20 en de HKT-30, wat betekent dat de instrumenten, ondanks de verschillen, nagenoeg hetzelfde meten.

Over de predictieve validiteit van de instrumenten kan gezegd worden dat deze voor de eerste twee jaar follow-up tijd voor alledrie de instrumenten redelijk tot goed te noemen is. Voor drie jaar en de lange termijn follow-up tijd is echter alleen voor de HKT-30 een redelijke predictieve validiteit gevonden: voor zowel de HCR-20 en de HCR:V3 is de predictieve validiteit matig. Wat de HCR-20 betreft komen deze resultaten overeen met de resultaten beschreven in een review van Douglas en Reeves (2010), waar een predictieve validiteit is gevonden van redelijk tot goed. De predictieve validiteit met drie jaar follow-up is voor de HCR-20 in dit onderzoek echter laag te noemen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het moeilijk is om op basis van dossiers voorspellingen te doen voor de langere termijn van drie jaar, omdat er in die tijd veel zaken kunnen veranderen zoals huisvesting en werk. Voor de HKT-30 bleek uit eerder onderzoek een redelijke predictieve validiteit (Hildebrand et al., 2005) dus deze resultaten komen overeen met de resultaten uit dit onderzoek. Er kan gezegd worden dat de instrumenten een significant goede voorspellende waarde hebben voor de eerste twee jaar, maar dat dit afneemt naarmate de follow-up tijd langer duurt. De HKT-30 heeft hier consequent de hoogste voorspellende waarde.

Voor de predictieve validiteit van het algemene eindoordeel is gekeken naar de korte termijn op een drie- en vijf-puntsschaal. De predictieve validiteit van het eindoordeel was voor de eerste jaar follow-up tijd op de vijf-puntsschaal redelijk tot goed te noemen. Op de drie-puntsschaal was dit enkel het geval voor 1 jaar follow-up tijd. Op de lange termijn was de voorspellende waarde van het algemene eindoordeel laag te noemen. Er kan dus gesteld worden dat voor het eindoordeel een redelijk tot goede predictieve validiteit gevonden wordt, mits daarvoor de vijf-puntsschaal gebruikt wordt. De betere predictieve validiteit van de vijf-puntsschaal is te verklaren door de mogelijkheid sensitiever en dus nauwkeuriger te scoren. Op basis van dit onderzoek zou dus gezegd kunnen worden dat voor het eindoordeel een vijf-puntsschaal de voorkeur dient te krijgen.

Verder is gekeken naar de drie subschalen per instrument: de Historische-, Klinische- en Risico-schaal. Hierover kan gezegd worden dat voor de Historische schaal voor alledrie de instrumenten een lage en niet-significante predictieve validiteit is gevonden. Voor de Klinische-schaal is eveneens voor alledrie de instrumenten een lage predictieve validiteit gevonden, deze waren echter wel significant. Voor de Risicohanterings-schaal is alleen voor de HKT-30 een redelijke en significante predictieve validiteit gevonden. De gevonden resultaten voor de subschalen in dit onderzoek worden voor de HCR-20 ondersteund door Douglas en Reeves (2010) en voor de HKT-30 door Hildebrand et al. (2005), waar significante voorspellende waarden zijn gevonden voor de Klinische-schaal.

Op itemniveau is gekeken naar de predictieve validiteit van de aangepaste items van de HCR:V3 ten opzichte van de HCR-20. Item H2 *Serious problems with other antisocial behavior* is toegevoegd aan de HCR:V3 en bleek bij te dragen aan een hogere predictieve validiteit. Voor Item C1 *Lack of insight* is in de HCR:V3 opgesplitst in drie subitems: C1a *Problems with insight into mental disorder*, C1b *Problems with insight into violent proneness and risk factors*, C1c *Problems with insight into need for treatment*. De nieuwe subitems hadden echter allen een lagere en niet-significante predictieve validiteit dan het oorspronkelijke item in de HCR-20, waar de predictieve validiteit wel significant bleek. Dit betekent dus dat het opsplitsen van dit item een verslechtering is ten opzichte van het oorspronkelijke item in de HCR-20. De verklaring hiervoor zou het moeilijke onderscheid tussen de subitems kunnen zijn. Item C4 *Impulsivity* bleek in de HCR-20 een lage en niet-significante predictieve validiteit te hebben en het aangepaste item C4 *Instability* bleek in de HCR-V3 een hogere en significante predictieve validiteit te hebben. Dit betekent dus een verbetering ten opzichte van de HCR-20. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat instabiliteit beter aansluit bij de patiëntenpopulatie dan impulsiviteit, waardoor meer

relevante informatie kan worden meegenomen. Verder is van de HCR:V3 voor de items H1 *Previous violence*, H6 *Intimate relationships*, C3 *Active symptoms of major mental illness* en R4 *Noncompliance remediation attempts* een hogere maar niet-significante predictieve validiteit gevonden voor het voorspellen van gewelddadig gedrag ten opzichte van de HCR-20.

Naast de aangepaste itembeschrijvingen, zijn er een aantal veranderingen aangebracht in de HCR:V3 ten opzichte van de HCR-20. Een indicatorsysteem is toegevoegd om het scoren van de items te vergemakkelijken; de score-opties zijn veranderd van een drie- naar een vier-puntsschaal; relevantiemetingen zijn toegevoegd ten behoeve van de weging van de items bij het eindoordeel; als laatste worden er meer richtlijnen gegeven voor het scoren van het eindoordeel. Deze veranderingen geven enerzijds duidelijke richtlijnen wat het scoren makkelijker maakt, anderzijds kost de HCR:V3 hierdoor meer tijd om te scoren. Dit is een nadelig effect voor de praktijk, waar het van belang is een compact instrument te hanteren.

Concluderend kan gezegd worden dat in dit onderzoek is gebleken dat de predictieve validiteit van de HCR:V3 lager is dan de predictieve validiteit van de HCR-20 en dit instrument meer tijd kost om te scoren. Hierdoor heeft de HCR:V3 in de huidige vorm geen meerwaarde ten opzichte van de HCR-20.

Beperkingen

Een nadeel van dit onderzoek was dat het van retrospectieve aard was. Er is met dossiers gewerkt en dit heeft een aantal nadelen. Zo is het voorgekomen dat er weinig informatie beschikbaar was, zoals informatie over medicijngebruik, netwerk van de patiënt en in sommige gevallen was het onduidelijk op welke manier de patiënten zijn uitgestroomd. Deze informatie kon niet meer getraceerd worden, wat wel mogelijk is wanneer een risicotaxatie gedaan wordt bij iemand die zich op dat moment in de kliniek bevindt. Een andere grote beperking van dit onderzoek is dat het contact met de patiënt, wat vaak voorafgaat aan de risicotaxatie, een ander beeld kan geven van de patiënt dan wanneer alleen dossierinformatie beschikbaar is. Deze beperking zou vermeden kunnen worden met longitudinaal onderzoek, dit is echter een dure en tijdrovende methode.

In de Van der Hoeven Kliniek wordt elke risicotaxatie in consensus gedaan omdat dit de predictieve validiteit vergroot. In dit onderzoek zijn bij slechts 25 van de 86 patiëntendossiers consensusbeoordelingen gedaan, wat mogelijk van invloed is op de predictieve validiteit.

Een andere beperking was dat er in de patiëntenpopulatie van dit onderzoek weinig geregistreerde recidivisten zaten (19%) in vergelijking met het gemiddelde

recidivepercentage in Nederland: van 1999 tot 2003 pleegde na 3 jaar follow up 21% ernstige² gewelddadige recidive en 25% speciale³ gewelddadige recidive (Wartna et al., 2006). Dit maakt het moeilijker om accurate voorspellingen te doen over wie wel of niet recidiveert. Dit lage recidive aantal zou deels verklaard kunnen worden door het zogenaamde *dark number*, wat het aantal gewelddadige incidenten inhoudt dat niet wordt geregistreerd en/of opgelost door de politie. Ook is het uiteraard mogelijk dat het lage recidive aantal komt doordat er relatief weinig mensen recidiveren binnen drie jaar na de terbeschikkingstelling. Verder hebben we niet van iedereen een even lange follow-up periode: de kortste follow-up periode is drie jaar, en de langste 17 jaar.

Een beperking wat de risicotaxatie-instrumenten betreft, is dat de HCR-20 en de HKT-30 Nederlandstalig zijn en de HCR:V3 Engelstalig. Dit is mogelijk van invloed geweest op de interpretatie van de items.

Bruikbaarheid instrumenten

De instrumenten verschillen onderling in bruikbaarheid. De HCR-20 is in relatief korte tijd te scoren door de duidelijke omschrijving, de kleinere hoeveelheid items en de keuze tussen enkel [0, 1, 2]. Dit heeft echter ook zijn nadelen: door de scoreopties [0, 1, 2] is er niet de mogelijkheid sensitief te scoren en dat bemoeilijkt soms de keuze. Verder bestaan de Klinische- en de Risico-schaal van de HCR-20 uit minder items, waardoor belangrijke informatie soms niet kan worden meegenomen.

De HCR:V3 heeft een grotere hoeveelheid items vergeleken met de HCR-20. Het voordeel hiervan is dat er meer informatie kan worden meegenomen. Het nadeel hiervan is dat de HCR:V3 meer tijd kost om te scoren en het soms ingewikkeld is om onderscheid te maken tussen de opgesplitste items. Het indicatorsysteem heeft als voordeel dat het een goed beeld geeft van het item, maar het is soms lastig om het te vertalen in een score. Wanneer er sprake is van één indicator, is het nog niet duidelijk welke score daaraan toegekend wordt. Verder kosten de relevantiemetingen veel tijd om voor elke item te scoren. Een alternatief zou kunnen zijn om een klein en vaststaand aantal items te scoren die het meest belangrijk worden geacht voor het risico op toekomstig geweld. De score-optie [3] is een prettige verandering, die de mogelijkheid geeft om een extreem aanwezig item te accentueren en zwaarder mee te laten tellen.

² *Ernstige recidive*: een nieuwe strafzaak naar aanleiding van een misdrijf met een maximale strafdreiging van vier jaar of meer;

³ *Speciale recidive*: een nieuwe strafzaak met een geldige afdoening, naar aanleiding van hetzelfde soort misdrijf als bij de uitgangszaak

Wat de HKT-30 betreft beslaat de Klinische-schaal een grotere hoeveelheid items dan de Klinische-schaal bij de HCR-20 en de HKT-30, waardoor veel informatie kan worden meegenomen. Een ander voordeel zijn de score-opties [0, 1, 2, 3, 4], hetgeen de mogelijkheid geeft sensitief te scoren. Echter, de manier waarop deze score-opties zijn vormgegeven werd door de codeurs als onprettig ervaren. Door de gedetailleerde en niet altijd passende beschrijving kwam het regelmatig voor dat geen van de vijf opties passend was of dat er twijfel bestond tussen score één en drie, terwijl optie twee dan was uitgesloten.

Vervolgonderzoek

Aangezien de HCR:V3 een pilot-versie is, wordt dit instrument verder onderzocht. Zo is op basis van gebruik van de HCR:V3 door de codeurs van de Van der Hoeven kliniek feedback gegeven voor de verdere ontwikkeling van de HCR:V3 en inmiddels wordt dit instrument aangepast.

Verder is gezien de kleine populatie van dit onderzoek vervolgonderzoek nodig om de HCR:V3 op grotere schaal te testen. Daarnaast is het wenselijk dat toekomstig onderzoek zich richt op prospectief onderzoek bij een patiëntengroep die nog niet is uitgestroomd. Ten eerste is er dan meer informatie beschikbaar en is er de mogelijkheid om eventueel navraag te doen. Ten tweede zou dit de gelegenheid geven alle taxaties in consensus te doen met verschillende disciplines, wat van toegevoegde waarde kan zijn voor de kwaliteit van de taxaties. Ten vierde zou gekeken kunnen worden naar meerdere verschillende populaties zoals persoonlijkheidsproblematiek, verslavingsproblematiek, schizofrenie etc.

De Toekomstige schaal van de HKT-30 bleek een hogere predictieve validiteit te hebben, dan de risicohanteringsschalen van zowel de HCR-20 als de HCR:V3. Het verschil tussen de HKT-30 en de andere twee instrumenten zijn de items T02 *Materiële indicatoren*, T03 *Dagbesteding* en T04 *Vaardigheden*. De hogere predictieve validiteit is mogelijkterwijs toe te schrijven aan deze drie items. In vervolgonderzoek zou gekeken kunnen worden naar deze items en andere verschillen tussen de instrumenten betreffende de Risico-schaal. Vervolgens kan onderzocht worden of deze items daadwerkelijk bijdragen aan een betere predictieve validiteit.

De score-opties van de HCR-20, HCR:V3 en de HKT-30 verschillen van elkaar, van respectievelijk de keuze uit [0, 1, 2], [0, 1, 2, 3] en [0, 1, 2, 3, 4]. Ook de toegekende omschrijving per score verschilt hierin. De voorkeur ging uit naar de sensitievere score-opties waardoor er de mogelijkheid is genuanceerd te scoren. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de score-opties en hoe dit wordt

vormgegeven. Zo kan gekeken worden welke *range* van de score-opties het meest geschikt is en welke beschrijving daaraan toegekend wordt. Een concrete beschrijving zou de betrouwbaarheid kunnen vergroten, maar dit moet zorgvuldig geformuleerd worden en empirisch gefundeerd zijn.

Vervolgonderzoek zou zich ook kunnen richten op andere risicofactoren die een mogelijke bijdrage aan de predictieve validiteit zouden kunnen hebben. Het kwam regelmatig voor dat een patiënt gokproblematiek had en dit kan financiële problemen tot gevolg hebben. Uit onderzoek van Serin en Mailloux (2001) bleek dat de items over financiën goed differentieerden tussen recidivisten en niet-recidivisten. Het ging daarbij met name over problemen op het gebied van inkomen en schulden. Op basis van dit onderzoek lijken gokverslaving en financiën belangrijke factoren waar toekomstig onderzoek zich op zou kunnen richten. Een ander probleem wat regelmatig voorkwam is medicatie-ontrouw, hetgeen een belangrijke factor bij met name psychotische patiënten is. Wanneer gestopt wordt met medicatie, kunnen zij weer in een psychotische toestand raken en dit vergroot het risico op recidive (zie o.a. de Haan, Stavenuiter, Stockmann en Vlaminck, 2008). Verder heeft onderzoek zich gericht op onveilige hechting en is gebleken dat dit kan leiden tot crimineel gedrag, waarbij een vatbaarheid ontstaat voor antisociaal gedrag en wantrouwen (Finzi, 2000). Vanuit dit oogpunt zou onveilige hechting een risicofactor kunnen zijn. Voorgenoemde items financiën, medicatietrouw en hechting zijn items die opgenomen zijn in de recent ontwikkelde *Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk* (SAPROF; De Vogel, Ruiters, Bouman, & De Vries Robbé, 2007), een instrument dat zich richt op de beschermende factoren. Uit onderzoek van de Vries Robbé, de Vogel en de Spa (2010) blijkt dat de predictieve validiteit van de HCR-20 significant verbeterd voor zowel één, twee en drie jaar follow up als deze gecombineerd wordt met de SAPROF. Interessant voor verder onderzoek zou zijn hoe de HCR:V3, de HKT-30 en de SAPROF zich tot elkaar verhouden. Hier kan bijvoorbeeld gekeken worden naar de verschillen tussen de instrumenten en hoe deze elkaar mogelijk aan zouden kunnen vullen. Zo zou een geïntegreerde versie gemaakt kunnen worden op basis van de items met een hoge predictieve validiteit, wat zal blijken uit grootschalig onderzoek.

Klinische implicaties

In dit onderzoek werd geen meerwaarde gevonden van de huidige pilotversie van de HCR:V3 ten opzichte van de HCR-20. Dit betekent vooralsnog dat de HCR-20 de voorkeur verdient boven de HCR:V3. Er komen uit dit onderzoek echter wel een aantal verbeteringen naar voren in de HCR:V3 ten opzichte van de HCR-20. Deze

verbeteringen, alsook de verslechtingen, kunnen worden meegenomen bij de verdere ontwikkeling van de HCR:V3. Verder is in dit onderzoek gebleken dat de HKT-30 ook een goede voorspeller is van gewelddadige recidive. Aangezien de predictieve validiteit van de HKT-30 echter niet significant verschilde van die van de HCR-20, kan geconcludeerd worden dat beide instrumenten even goed bruikbaar zijn voor de Nederlandse populatie. Indien de HCR:V3 verder ontwikkeld wordt zou deze mogelijk in de toekomst een meerwaarde kunnen hebben op de HCR-20 en de HKT-30. Voor de huidige pilotversie lijkt dit echter nog niet het geval.

Literatuurlijst

- Arbisi, P. A. (2004). Review of the HCR-20: Assessing risk for violence. In Plake, Impara, & Spies (eds), *The fifteenth mental measurements yearbook* [electronic version]. Gevonden op 1 september, 2004 bij the Buros Institute's Test Reviews Online website: <http://www.unl.edu/buros>.
- Binsbergen, M. H., & Keune, L. H. (2008). Forensische zorgketens, proportioneel en subsidiair. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.
- Blackburn, R. (1998). Psychopathy and Personality Disorder: Implications of Interpersonal Theory. *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*, pp269-301.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines and training. *American Psychologist*, 51, 945-956.
- Brand, E. F. J. M., & Diks, G. J. M. (2001). Richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische psychiatrie: theorie en praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 693-704.
- Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (2000). *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: Een Nederlands instrument in ontwikkeling*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- 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., Webster, C. D., Belfrage, H., & Eaves, D. (2008). *Historical Clinical Risk Management (Version 3): Assessing Risk for Violence*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P., & Nicholls, T. L. (1999). Assessing Risk for Violence Among Psychiatric Patients: The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 917-930.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., & Weir, J. (2005). HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. Available: <http://www.sfu.ca/psychology/groups/faculty/hart/violink.htm>.
- Finzi, R. (2000). Attachment Styles in Maltreated Children: A Comparative Study. *Journal of Child and Family Studies*, 11, 441-453.
- Fleiss, J. L. (1986). *Design and Analysis of Clinical Experiments*. New York: John Wiley.

- Haan, L. de, Stavenuiter, B., Stockmann, M. & Vlaminck, P. (2008). *Na een psychose, hoe gaat het verder na een psychose?* Gevonden op 24 februari, 2010 op <http://archieff.ypsilon.org/schizofrenieplein/psycho5.htm>.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Hart, S. D. (2001a). Assessing and managing violence risk. In K.S. Douglas, C.D. Webster, D. Hart, D. Eaves, & J.R.P. Ogloff (Eds.), *HCR-20 violence risk management companion guide* (pp. 13-25). Vancouver, British Columbia, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Hart, S. D. (2001b). *Risk assessment: Possibilities and impossibilities*. Gevonden op 8 december, 2003 op de Simon Fraser University Website: <http://www.sfu.ca/psychology/groups/faculty/hart/violink.htm>.
- Hart, S. D., Hare, R. D., & Forth, A. E. (1994). Psychopathy as a Risk Marker for Violence: Development and Validation of a Screening Version of the Revised Psychopathy Checklist. In J. Monahan & H.J. Steadman (ed.) (1994). *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development*. (pp. 81-98). Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Hildebrand, M. (2004). *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients. Assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications*. Amsterdam: Dutch University Press.
- Hildebrand, M., Hesper, B. L., Spreen, M., & Nijman, H. L. I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).
- Hildebrand, M., & Ruiter, C. de (2004). PCL-R Psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 233-248.
- Lammers, S. (2007). Blijven stoute jongens stout? Taxatie van het recidiverisico in de tbs. *De Psycholoog*, 42, 194-201.
- McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, 1, 30-46.
- Monahan, J. (1981). *The clinical prediction of violent behavior*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 783-792.

- Otto, R. K., & Douglas, K. S. (2010). *Handbook of Violence Risk Assessment*. New York: Routledge: Taylor & Francis Group.
- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M. & Bouman, Y. (2000). *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/Van der Hoevenstichting.
- Raes, B. C. M. (2007). De tenuitvoerlegging van de maatregel tbs. In B.C.M. Raes & F.A.M. Bakker (ed.), *De psychiatrie in het Nederlandse recht* (pp.191-203). Deventer: Kluwer.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Violent recidivism: Assessing predictive validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 737-748.
- Schmidt, P., & Wytte, A. D. (1988) *Predicting recidivism using survival models*. New York: Springer.
- Serin, R. C., & Mailloux, D. L. (2001). *Development of a reliable self-report instrument for the assessment of criminogenic need*. Research branch, Correctional Service Canada.
- Spreen, M., Horst, P. ter, Lutjehuis, B., & Brand, E. (2008). De kwaliteit en de rol van de PCL-R in het Nederlands tbs-systeem. *De Psycholoog*, 43, 78-86
- Vertommen, H., Verheul, R., de Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2002). *Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Visser, A. (Voorzitter) (2006). *Parlementair Onderzoek TBS*. Tweede Kamer der Staten-Generaal (30 250). 's Gravenhage: Sdu Uitgevers.
- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Amsterdam: Dutch University Press.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2007). *Handleiding bij de SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. Versie 1*. Utrecht: Forum Educatief.
- Vries Robbé, M. de, Vogel, V. de, & Spa, E. de, (2010). *Protective factors for Violence risk: The SARPOF Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: A retrospective validation study of the SAPROF* (ter publicatie aangeboden). Van der Hoeven Kliniek, Utrecht.
- Wartna, B. S. J., Harbachi, S. el, & Essers, A. M. M. (2006). *Strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: WODC.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence, Version 2*. Burnaby, British Columbia: Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University.

Bijlage 1: Aangepaste items HCR:V3 vs. HCR-20

HCR-20	Aanpassingen in de HCR: V3
Historical items	
H1 Previous violence	Dit item is opgesplitst in: H1: Serious problems with violence H2: Serious problems with other antisocial behaviour
H2 Young age at first violent incident	Dit item is in de nieuwe versie bij H1 en H2 (zie hierboven) verwerkt door middel van 6 leeftijdsintervallen: a: ≤ 12, b: ≤ 14, c: ≤17, d: 13-17, e: ≥15 en f: ≥18.
H3 Relationship instability	Dit item is opgesplitst in: H3a: Problems with intimate relationships H3b: Problems with other relationships
H4 Employment problems	H4: Problems with employment
H5 Substance use problems	H5: Problems with substance abuse
H6 Major mental illness	Dit item is opgesplitst in: H6a: Psychotic disorder H6b: Major mood disorder H6c: Disorders primarily affecting intellect, executive functioning, or social interpersonal functioning
H7 Psychopathy	Dit item is in zijn geheel weggelaten
H8 Early maladjustment	Dit item is opgesplitst in: H8a: Victimization/trauma H8b: Poor parenting/caregiving
H9 Personality disorder	H7: Personality disorders Toegevoegd: H9: Procriminal attitudes
H10 Prior supervision failure	H10: Problems with noncompliance

Clinical items

C1 Lack of insight	Dit item is opgesplitst in: C1a: Problems with insight into mental disorder C1b: Problems with insight into violence proneness and risk factors C1c: Problems with insight into need for treatment
C2 Negative attitudes	Dit item is opgesplitst in: C2a: Procriminal attitudes

C2b: Violent ideation or intent

C3	Active symptoms of major mental illness	Dit item is opgesplitst in: C3a: Current symptoms of psychotic disorder C3b: Current symptoms of major mood disorder C3c: Current symptoms of Disorders primarily affecting intellect, executive functioning or social interpersonal functioning
C4	Impulsivity	De naam en beschrijving zijn veranderd: C4: Instability
C5	Unresponsive to treatment	Dit item is opgesplitst in: C5a: Problems with compliance C5b: Problems with responsiveness

Risk management items

R1	Plans lack Feasibility	De naam en beschrijving zijn veranderd: R1: Inadequate plans regarding professional services
R2	Exposure to Destabilizers	De naam en beschrijving zijn veranderd: R2: Inadequate plans regarding living situation
R3	Lack of personal support	R3: Inadequate plans regarding personal support
R4	Noncompliance with remediation attempts	Dit item is opgesplitst in : R4a: Problems with compliance R4b: Problems with responsiveness
R5	Stress	C5: Potential problems with stress and coping

Bijlage 2: Eindoordeel

Eindoordeel risico geweld	
Op korte Termijn; Voor meest waarschijnlijke uitstroom (vb/pv/oo)	
3-pt <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> laag<input type="checkbox"/> matig<input type="checkbox"/> hoog	5-pt <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> laag<input type="checkbox"/> laag-matig<input type="checkbox"/> matig<input type="checkbox"/> matig-hoog<input type="checkbox"/> hoog

Bijlage 3: HCR-20 codeerblad

Patiënt naam:	Patiënt nummer:	Invuldatum:
Naam beoordelaar(s):	<input type="checkbox"/> Onderzoeker <input type="checkbox"/> Consensus	

Historische items		
H1	<i>Eerder geweld</i>	
H2	<i>Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident</i>	
H3	<i>Instabiliteit van relaties</i>	
H4	<i>Problemen in het arbeidsverleden</i>	
H5	<i>Problemen met middelengebruik</i>	
H6	<i>Psychische stoornis</i>	
H7	<i>Psychopathie</i>	
H8	<i>Problemen in de kindertijd</i>	
H9	<i>Persoonlijkheidsstoornissen</i>	
H10	<i>Eerdere onttrekking aan toezicht</i>	

Klinische items		
C1	<i>Gebrek aan zelfinzicht</i>	
C2	<i>Negatieve opvattingen</i>	
C3	<i>Actieve psychotische symptomen</i>	
C4	<i>Impulsiviteit</i>	
C5	<i>Reageert niet op behandeling</i>	

Risicohanterings items		
R1	<i>Geringe kans dat plannen zullen slagen</i>	
R2	<i>Blootstelling aan destabiliserende factoren</i>	
R3	<i>Geringe beschikbaarheid van persoonlijke steun</i>	
R4	<i>Werkt niet mee aan behandelmogelijkheden</i>	
R5	<i>Hoog niveau van ervaren stress</i>	

Bijlage 4: HCR:V3 codeerblad

Patiënt naam:	Patiënt nummer:	Invuldatum:
Naam beoordelaar(s):	<input type="checkbox"/> Onderzoeker <input type="checkbox"/> Consensus	

Code: No = 0, Maybe = 1, Yes = 2, Extreme = 3

Relevance: No (not relevant), Maybe (possibly relevant), Yes (definitely relevant)

		Code	Relevance
<i>Historical items</i>			
H1	Serious problems with violence		
	<i>a. Serious problems with violence as a Child I, ≤ 12</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>b. Serious problems with violence as a Child II, ≤ 14</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>c. Serious problems with violence as a Child or adolescent, ≤ 17</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>d. Serious problems with violence as an adolescent, 13-17</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>e. Serious problems with violence as an adolescent or adult, ≥ 15</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>f. Serious problems with violence as an adult, ≥ 18</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
H2	Serious problems with other antisocial behavior		
	<i>a. Serious problems with other antisocial behavior as a Child I, ≤ 12</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>b. Serious problems with other antisocial behavior as a Child II, ≤ 14</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>c. Serious problems with other antisocial behavior as a Child or adolescent, ≤ 17</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>d. Serious problems with other antisocial behavior as an adolescent, 13-17</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>e. Serious problems with other antisocial behavior as an adolescent or adult, ≥ 15</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>f. Serious problems with other antisocial behavior as an adult, ≥ 18</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
H3	Problems with personal relationships		
	<i>a. Problems with intimate relationships</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>b. Problems with other relationships</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
H4	Problems with employment		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
H5	Problems with substance abuse		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
H6	Major mental illness		
	<i>a. Psychotic disorder</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>b. Major mood disorder</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>c. Disorders primarily affecting intellect, executive functioning, or social interpersonal functioning</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
H7	Personality disorder		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
H8	Victimization and traumatic experiences		
	<i>a. Victimization / trauma</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>b. Poor parenting / caregiving</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
H9	Procriminal attitudes		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
H10	Problems with noncompliance		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes

Clinical items		Code	Relevance
C1	Problems with insight		
	<i>a. Problems with insight into mental disorder</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>b. Problems with insight into violence proneness and risk factors</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>c. Problems with insight into need for treatment</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
C2	Procriminal and violent attitudes and ideation		
	<i>a. Procriminal attitudes</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>b. Violent ideation or intent</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
C3	Current symptoms of major mental illness		
	<i>a. Current symptoms of Psychotic disorder</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>b. Current symptoms of Major mood disorder</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>c. Current symptoms of Disorders primarily affecting intellect, executive functioning, or social interpersonal functioning</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
C4	Instability		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
C5	Problems with compliance or responsiveness		
	<i>a. Problems with compliance</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>b. Problems with responsiveness</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes

Risk management items		Code	Relevance
R1	Inadequate plans regarding professional services		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
R2	Inadequate plans regarding living situation		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
R3	Inadequate plans regarding personal support		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
R4	Potential problems with treatment compliance or response		
	<i>a. Problems with compliance</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
	<i>b. Problems with responsiveness</i>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes
R5	Potential problems with stress and coping		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maybe <input type="checkbox"/> Yes

Bijlage 5: HKT-30 codeerblad

Patiënt naam:	Patiënt nummer:	Invuldatum:
Naam beoordelaar(s):	<input type="checkbox"/> Onderzoeker <input type="checkbox"/> Consensus	

Historische en statische indicatoren		Verleden
H01	<i>Justitiële voorgeschiedenis</i>	
H02	<i>Schending voorwaarden behandeling en toezicht</i>	
H03	<i>Gedragsproblemen voor 12^e levensjaar</i>	
H04	<i>Slachtoffer van geweld in jeugd</i>	
H05	<i>Hulpverleningsgeschiedenis</i>	
H06	<i>Arbeidsverleden</i>	
H07	<i>Middelengebruik</i>	
H08	<i>Psychotische stoornissen</i>	
H09	<i>Persoonlijkheidsstoornissen</i>	
H10	<i>Psychopathie</i>	
H11	<i>Seksuele deviantie</i>	

Klinische en dynamische indicatoren		Heden
K01	<i>Probleeminzicht</i>	
K02	<i>Psychotische symptomen</i>	
K03	<i>Middelengebruik</i>	
K04	<i>Impulsiviteit</i>	
K05	<i>Empathie</i>	
K06	<i>Vijandigheid</i>	
K07	<i>Sociale en relationele vaardigheden</i>	
K08	<i>Zelfredzaamheid</i>	
K09	<i>Acculturatieproblematiek</i>	
K10	<i>Attitude t.o.v. behandeling</i>	
K11	<i>Verantwoordelijkheid voor het delict</i>	
K12	<i>Seksuele preoccupatie</i>	
K13	<i>Copingvaardigheden</i>	

Toekomstige situatieve indicatoren		Toekomst
T01	<i>Overeenstemming over voorwaarden</i>	
T02	<i>Materiële indicatoren</i>	
T03	<i>Dagbesteding</i>	
T04	<i>Vaardigheden</i>	
T05	<i>Sociale steun en netwerk</i>	
T06	<i>Stresserende omstandigheden</i>	