

Contouren alternatieve zorgvraagtypering voor de Forensisch Zorg

Namens DJI, Evelyn Klein Haneveld
oktober 2020
versie 1.4

Aanleiding

In de kamerbrief d.d. 14 september 2020 (kenmerk 1743819-210073-CZ) wordt de Tweede Kamer door de staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geïnformeerd dat is besloten om per 2022 het Zorgprestatie-model in te voeren als nieuwe bekostiging voor de geneeskundige ggz en dat voor de Forensische Zorg (FZ) een FZ-specifiek zorgtyperingsmodel uitgewerkt wordt waarin de term 'recidiverisico' centraal staat. In deze notitie worden de contouren geschetst van de alternatieve zorgvraagtypering voor de FZ.

In opdracht van de werkgroep Zorgvraagtypering¹ zijn er twee bijeenkomsten georganiseerd met brede vertegenwoordiging vanuit de Forensische Zorg (vanaf nu: FZ) om te onderzoeken of het mogelijk is om de contouren te schetsen van een alternatief voor het zorgclustermodel. Er is consensus binnen het forensische veld dat het zorgclustermodel niet aansluit op de FZ omdat de zorg op 2 punten heel fundamenteel verschilt van de GGZ. Ten eerste is het primaire doel van de behandeling het verminderen van recidiverisico en niet het behandelen van psychische klachten. Ten tweede is niet (uitsluitend) de patiënt² onze klant, maar (juist) ook de maatschappij. De FZ is voor het grootste gedeelte niet gebaseerd op patiënten met lijdensdruk die zichzelf aanmelden.

In de reguliere GGZ is gebleken dat DSM-classificatie nauwelijks voorspellende waarde heeft voor de zorgvraag. Parallel daaraan is op basis van uitgebreid wetenschappelijk onderzoek in de FZ al vele jaren bekend dat DSM-classificatie nagenoeg geen toegevoegde voorspellende waarde heeft voor het recidiverisico. Sinds de jaren '90 van de vorige eeuw is systematisch gewerkt aan de ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten, waarin factoren zijn opgenomen die wel voorspellend zijn voor recidiverisico. Weliswaar bieden deze instrumenten geen garanties, maar zij kunnen beter dan klinische inschatting aangeven hoe hoog het recidiverisico is. De groep evidence-based risicofactoren bestaat over het algemeen uit een combinatie van specifieke symptomen (bijv. impulsiviteit, los van de specifieke DSM-classificatie), sociaal-maatschappelijke factoren (bijv. gebrekkig sociaal netwerk), en situatieve omstandigheden (bijv. toegang tot slachtoffers). Daarnaast is het RNR-model³ ontwikkeld dat een kader biedt voor de forensische behandeling. Voor dit model bestaat ruime wetenschappelijke evidentie. In het kort stelt het RNR-model dat forensische behandeling het meest effectief als het voldoet aan 3 principes waardoor er sprake is van maatwerk m.b.t. tot dosering, focus en benadering:

'risk'-principe	de hoogte van het risico moet bepalend zijn voor de intensiteit van de forensische zorg (hoog risico = hoog intensieve zorg)
'need'-principe	forensische behandeling moet gericht zijn op risicofactoren waarvan is aangetoond dat ze samenhangen met het risico op terugval in strafbaar gedrag
'responsivity'-principe	de behandeling moet aansluiten bij de kenmerken (bijv. leerstijl) en omstandigheden van de dader

¹ Zie bijlage 1 voor een overzicht van de werkgroep leden.

² Waar patiënt(en) staat kan ook cliënt(en) worden gelezen.

³ Andrews DA, Bonta J. The psychology of criminal conduct (6th ed.). New Providence: LexisNexis; 2017.

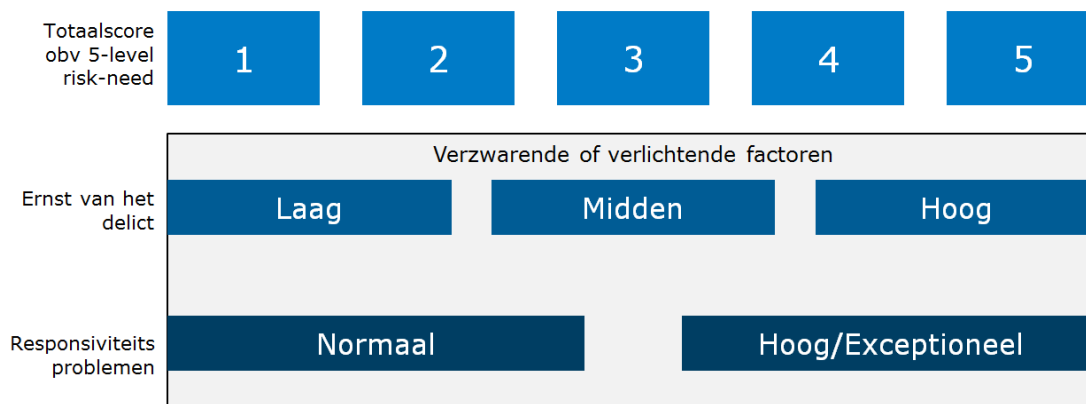
Voorstel

Voorgesteld wordt om voor alle patiënten in de GGZ en de FZ te starten met de DSM-5 diagnose en daarna een gedifferentieerd traject te volgen voor GGZ of FZ (zie p. 4 voor een uitgebreide beschrijving van de aansluiting met de GGZ).

De zorgvraag van een forensische patiënt wordt vervolgens getypeerd aan de hand van drie uitgangspunten:

- 1) Het recidiverisico is leidend voor de bepaling van de zorgvraag
- 2) Het model houdt rekening met het gepleegde delict en impact op de maatschappij en de veiligheid
- 3) Het model houdt rekening met de verwachte responsiviteit op behandeling

Elke forensische patiënt krijgt een risiconiveau tussen de 1 en 5 volgens de gestandaardiseerde risk levels (Hanson et al., 2017). De basis voor deze score is de uitkomst van de bepaling van het recidiverisico aan de hand van risicotaxatie instrumenten en niet de Health of the Nations Outcome Scale (HoNOS, HoNOS-Secure)⁴. De reden hiervoor is dat de HoNOS/HoNOS-Secure te weinig richting geeft aan de behandeling en onvoldoende sensitief is voor bepaling van de intensiteit van de FZ. De ernst van het delict kan ervoor zorgen dat een patiënt maximaal met 1 niveau opschuift, omhoog of omlaag. Exceptionele problemen met betrekking tot de responsiviteit (dus een moeilijk behandelbare patiënt) kan ook leiden tot 1 categorie hoger. Zie figuur 1 voor een schematische weergave van het alternatieve zorgvraag model voor de forensische zorg. Minimaal eenmaal per jaar wordt de zorgvraag opnieuw getypeerd.



Figuur 1. Schematische weergave alternatief zorgvraag model voor de FZ

De gegevens worden zo samengesteld dat deze in het EPD in principe rechtstreeks afgeleid (kunnen) gaan worden. Middels een geautomatiseerde doorval komen deze op de factuur te staan. Er wordt dus in principe geen of zeer beperkt nieuwe data gevraagd. Het wordt samengesteld uit hetgeen beschikbaar is in ieder standaard patiëntendossier. Aan de hand van vertaaltabellen worden de bestaande gegevens geclassificeerd in de genoemde categorieën. Het FZ model wordt nu eerst inhoudelijk uitgewerkt en dan vervolgens door een informatieadviseur uitgewerkt voor de EPD-leveranciers.

⁴ Mulder CL, Staring ABP, Loos J, Buwalde VJA, Kuijpers D., Systema S, Wierdsma AI. De Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) in Nederlandse bewerking. Rotterdam: GGZ Groep Europoort, O3 Onderzoekscentrum Erasmus MC; 2004.

Zowel het veld als de zorgverzekeraar (DJI), denkt zo een ontbrekende schakel te kunnen invullen die noodzakelijk en voorwaardelijk is voor een zinvol model van zorgvraagtypering, dat zowel nationaal als internationaal niet beschikbaar is. Deze gegevensset is nog nooit op deze manier verzameld, beschikbaar geweest en geanalyseerd.

Toelichting uitgangspunt 1

Het risico bepaalt voor het grootste gedeelte de benodigde zorg. De hoogte van het risico geeft een belangrijke indicatie voor de intensiteit van de zorg. Is het risico laag, terwijl er wel sprake is van psychische klachten, dan kan betrokkene worden doorverwezen naar de GGZ. Is het risico hoger, dan vraagt deze mogelijk de intensiteit van forensische behandeling van poliklinisch tot aan een klinische behandeling in de TBS. Er is in het afgelopen decennium binnen de TBS-sector uitgebreid gediscussieerd over één risicotaxatie-instrument dat voor elke patiënt verplicht gesteld zou moeten worden. Dit heeft niet tot consensus geleid, onder andere omdat er bij verschillende soorten delicten verschillende risicofactoren moeten worden afgewogen. Er zijn dus specifieke risicofactoren voor zeden, stalking, kindermishandeling, etc. Het lijkt een heilloze weg dit proces te herhalen voor de zorgvraagtypering. Het voorstel van de werkgroep is om de keuze van het instrument vrij te laten, maar wel met uniforme uitkomstmogelijkheden te werken. Zie daarvoor het bijgesloten *white paper* van Karl Hanson en collega's (2017) waarin wordt geadviseerd om bij alle mogelijke risicotaxatie-instrumenten te werken met 5 gestandaardiseerde risicocategorieën die gebaseerd zijn op het 'risk' en 'need' principe van het RNR-model.

De werkgroep stelt voor om elke forensische patiënt in te delen naar een risicocategorie en dus een score van 1-5 toe te kennen. De omschrijving van de risicocategorieën is als volgt:

Level	Risicocategorie	Omschrijving
1	laag	Weinig tot geen identificeerbare criminogene of niet-criminogene behoeften. Pro-sociaal persoon, zijn risico op recidive is vergelijkbaar met de kans dat een willekeurig persoon voor het eerst een delict zal begaan
2	laag-matig	Er zijn wat dynamische risicofactoren, meer kans op recidive dan dat een willekeurig persoon 'first offender' zal worden, maar heeft een kans die lager is dan de gemiddelde pleger
3	matig	Dynamische risicofactoren zijn duidelijk aanwezig, de scores op de risicotaxatie-instrumenten bevinden zich midden in de normaalverdeling, gemiddeld risicoprofiel
4	matig-hoog	Chronische problemen op het gebied van de dynamische risicofactoren
5	hoog	Vrijwel zeker recidive in de toekomst

Toelichting uitgangspunt 2

De ernst van het (mogelijke) delictgedrag is van belang: voor een hoog risico op winkeldiefstal hoeft geen TBS te worden ingezet maar voor een matig risico op verkrachting misschien wel. Het is daarom belangrijk om de ernst van de criminele geschiedenis van de dader te mee te indexeren. Deze waardering wordt niet louter bepaald door wettelijke labels (delict kwalificaties) maar ook door informatie over slachtoffer (bijv. kind of volwassene), context van het delict en maatschappelijke gevoeligheid. De moord op een kind komt bijvoorbeeld misschien minder vaak voor maar heeft wel een hoge maatschappelijke gevoeligheid.

Ons voorstel is om de ernst van delictgedrag in drie categorieën onder te brengen: laag, matig of hoog. Het verkorte Cormier-Lang systeem⁵ voor geweldsdelicten zal hierbij worden ingezet. In de komende jaren is het belangrijk om dit onderdeel van het model verder te verfijnen en te valideren. Zie bijlage 2 voor het bijbehorende onderzoeksvoorstel.

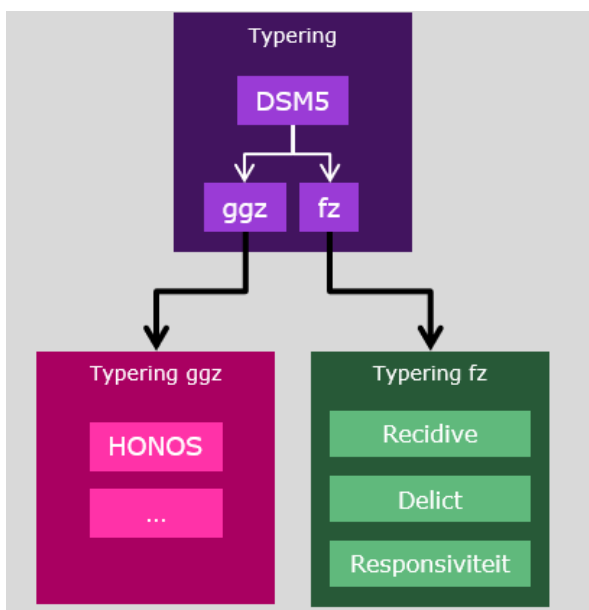
Toelichting uitgangspunt 3

Naast het risico en ernst van het delictgedrag moet ook worden vastgesteld of er vertraging/verzwarende factoren zijn voor de forensische zorg. Hierbij gaat het om de verwachte responsiviteit op behandeling. Het responsiviteitsprincipe schrijft voor dat de wijze van behandelen moet aansluiten bij onder andere de motivatie, intellectuele capaciteiten, leerstijl en psychosociale problematiek van de patiënt en moet voldoen aan algemene behandelkenmerken, zoals een goede therapeutische werkrelatie en behandelomgeving. Deze factoren kunnen invloed hebben op de intensiteit en duur van de benodigde behandeling. Als de behandeling hierop aansluit, dan kan recidivevermindering worden bewerkstelligd.

Ons voorstel is om de verwachte responsiviteit in twee categorieën onder te brengen: normale responsiviteit, d.w.z. niet meer dan de gebruikelijk problemen worden verwacht, of exceptionele responsiviteitsproblemen (d.w.z. extreem lage responsiviteit). Normale responsiviteitsproblemen hebben geen invloed op het uiteindelijke risiconiveau, terwijl een verwachte exceptionele responsiviteitsproblemen ertoe kunnen leiden dat de eindcategorie met 1 omhoog gaat.

Aansluiting bij de GGZ

De voorzitter en projectleider van de werkgroep hebben overleg gevoerd met de Nederlandse GGZ en SiRM. Er lijkt overeenstemming te zijn om voor alle patiënten in de GGZ en de FZ te starten met de DSM-5 diagnose en daarna een afslag te maken naar de GGZ ofwel de FZ. Zie figuur 2 voor een schematisch overzicht. Op deze wijze ontstaat een hybride systeem. Inhoudelijk lijkt er veel voor te zeggen te beginnen met de diagnose. Alle GGZ-richtlijnen en zorgstandaarden zijn immers gebaseerd op een diagnose. Hoewel de primaire focus in de FZ niet ligt op het behandelen van psychische stoornissen, is de diagnose zeker relevant, omdat sommige symptomen het recidiverisico verhogen of de forensische behandeling kunnen bemoeilijken.



Figuur 2. Schematische weergave van het zorgtraject voor GGZ en FZ.

⁵ Quincey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Violent offenders(2nd ed.). Washington: American Psychological Association; 1998. p. 309-3011.

Er zijn drie scenario's waarbij de GGZ en de FZ bij mogelijk op elkaar aansluiten:

- Patiënt is alleen in de FZ gedurende zijn strafrechtelijke titel, en wordt niet overgedragen aan GGZ
- Patiënt gaat na afloop van FZ over naar GGZ. In dat geval is er geen automatische overgang van zorgvraagtypering. Voor de GGZ is het vooral van belang te weten hoe het met het risico staat. Ten aanzien van de reguliere zorgvraagtypering zijn er twee mogelijkheden: dit kan door de GGZ-instelling zelf gedaan worden of de FZ vult aan het einde van het traject een zorgvraagtypering voor de GGZ in.
- Patiënt komt uit de GGZ, verblijft tijdelijk in de FZ, en gaat weer terug naar de GGZ. Een voorbeeld casus is een verward persoon voor wie de ketenveldnorm levensloopfunctie geldt. In een dergelijk geval is er al een geldige zorgvraagtypering voor de GGZ, en wordt de specialistische FZ typering daar aan toegevoegd. Daarmee ontstaat een completer beeld van deze persoon (GGZ-typering, plus inschatting veiligheid).

Voor en nadelen van het FZ model

De voor- en nadelen van het voorgestelde model voor de Forensische Zorg worden hier kort toegelicht.

Nadelen

- Niet alle veel gebruikte risicotaxatie instrumenten hanteren reeds een 5-level risicocategorie. Dit betekent dat sommige instrumenten opnieuw gekalibreerd moeten worden. Dit zou mogelijk kunnen gebeuren met subsidie van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) en in samenwerking met het Expertisecentrum Forensische Zorg (EFP).
- Een instrument om de delicternst te vangen in 3 categorieën hebben wij niet direct voorhanden. Dit zou ontwikkeld moeten worden. Zie bijlage 2 voor een voorstel om dit te onderzoeken. Dit zou mogelijk begeleid kunnen worden door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).
- Er is relatief weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar responsiviteitsfactoren in de forensische zorg. Het is aannemelijk dat factoren als een licht verstandelijke beperking, psychopathie, gebrekkige motivatie bepalend zijn voor de duur en intensiteit van de behandeling. De komende jaren moet onderzoek gedaan worden naar responsiviteitsfactoren. Dit zou mogelijk kunnen gebeuren met subsidie van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) en in samenwerking met het Expertisecentrum Forensische Zorg (EFP).
- De vraag wat 'gepaste zorg' is bij de 7 forensische categorieën die het model oplevert (zie blz. 12), kan nog meer gedetailleerd uitgewerkt worden. Dit kan wellicht deels retrospectief onderzocht worden met behulp van de database risicotaxatie die vanaf 2005 door het EFP binnen de TBS-sector is opgebouwd. Maar daarmee weten we nog niets over de overige forensische zorg. Het opbouwen van kennis over wat gepaste zorg is per categorie zou expliciet onderdeel moeten gaan uitmaken van een onderzoeksprogramma wat bij de invoering van zorgvraagtypering kan worden opgestart.

Voordelen

- Het sluit aan op de wetenschappelijke kennis die er al is binnen de forensische zorg.
- Het sluit aan op de huidige praktijk waarin risicotaxatie al een centrale rol inneemt.
- Het zorgt voor eenheid terwijl iedereen de gewenste instrumenten kan blijven gebruiken.
- Het is een inhoudelijk zinvol model dat door professionals in het veld zeer waarschijnlijk ook als zodanig zal worden ervaren.
- Het biedt een basis voor opbouw van kennis over gepaste zorg.

- Het vermindert de administratieve lasten, o.a. omdat het aansluit op de huidige risicotaxatie praktijk.
- Het ministerie kan met behulp van de database die gevuld gaat worden met (geanonimiseerde) gegevens een database i.c.m. behandelduur patiënten aanleggen. Via een Third Trusty Party kan na enkele jaren geanalyseerd worden of er causale verbanden zijn. Het model dan geëvalueerd wordt en waar nodig bijgesteld wordt.

Bijlage 1: Overzicht werkgroep leden

Evelyn Klein Haneveld (voorzitter)	Manager Behandelzaken/plv. algemeen directeur FPC Oostvaarderskliniek (onderdeel van DJI), klinisch psycholoog
Eva Lo-van Steenberg (projectleider)	senior adviseur innovatie & zorgprestatie model, DJI
Marije Keulen-de Vos	Senior onderzoeker FPC de Rooyse Wissel
Hanneke Lens	Directeur Algemene Zaken FPC dr. S. Van Mesdag
Edo de Vries	Directeur Algemene Zaken Pompestichting
Rian Busstra	Directeur Behandelzaken Transfore, psychiater
Wineke Smid	Hoofd Onderzoek Van der Hoevenkliniek, onderzoeker
Larissa Hoogsteder	Hoofd Behandelzaken De Waag, orthopedagoog
Simone Dust	Teamleider De Waag Zaandam, orthopedagoog generalist
Stefan van Bokkem	senior adviseur DJI
Robert Nieuwenhuize	senior adviseur zorginkoop DJI
Eva de Spa	Strategisch Adviseur Kwaliteit De Nederlandse GGZ
Claudio Slippens	Coördinator/plv. hoofd afdeling Analyse en Bekostiging, DJI

Bijlage 2: Onderzoeksvoorstel “Weging van de Ernst van Recidive voor de Zorgvraagtypering”

Voor de zorgvraagtypering in het forensische veld ligt een plan voor waarbij de zorgvraag van een forensische patiënt wordt getypeerd aan de hand van drie uitgangspunten:

- Het ingeschatte recidiverisico, dat leidend is voor de bepaling van de zorgvraag
- De ernst van de (te verwachten) delicten
- Verwachte exceptionele responsiviteitsproblemen in de behandeling

Elke forensische patiënt krijgt een risiconiveau tussen de I en V volgens de nieuwe ‘standardized risk-levels’ (Hanson et al., 2017). Deze inschatting wordt gemaakt aan de hand van gevalideerde risicotaxatie instrumenten. De categorieën zeggen iets over de kans dat iemand zal recidiveren, op niveau I is dat risico laag, op niveau II beneden-gemiddeld, op niveau III gemiddeld, op niveau IV bovengemiddeld en op niveau V hoog. De ernst van de te vrezen recidive-delicten zal vervolgens worden gewogen in drie categorieën: 1. minder ernstig, 2. ernstig en 3. zeer ernstig. Vervolgens kan een patiënt door de ernst van de te verwachten recidive een categorie omlaag schuiven, wanneer deze minder ernstig is, of een categorie omhoog schuiven, wanneer deze zeer ernstig is. Tot slot wordt ingeschat of er exceptionele problemen met betrekking tot de responsiviteit verwacht worden, dus of het een duidelijk meer dan gemiddeld moeilijk behandelbare patiënt betreft. Dit is een dichotome inschatting: ja/nee. Bij ‘ja’ verschuift de patiënt een categorie hoger. In totaal leidt dat theoretisch tot acht categorieën, van nul tot en met zeven. In praktijk zal categorie nul waarschijnlijk niet voorkomen in de forensische zorg. Zie Tabel 1 voor een schematische weergave van het zorgvraagmodel voor de forensische zorg.

Voor het invoeren van dit model voor zorgvraagtypering zullen diverse erkende risicotaxatie-instrumenten, gekalibreerd worden op de uitkomstcategorieën van de vijf standardized risklevels. Exceptionele responsiviteitsproblemen zullen voorlopig klinisch worden ingeschat. Is er wel of geen sprake van exceptionele responsiviteitsproblemen ten opzichte van het gemiddelde? In een later stadium dient deze inschatting meer empirisch worden uitgewerkt, bijvoorbeeld op een vergelijkbare manier als hieronder wordt voorgesteld voor de delict-ernst. De ernst van de te verwachten recidive zal worden gewogen in drie categorieën, verkregen door middel van het hieronder beschreven onderzoek. Wanneer de uiteindelijke categorieën en hun criteria duidelijk zijn, kan door middel van databestanden die de variabelen behandelduur, responsiviteitsproblemen en delict-ernst bevatten, worden geverifieerd of de werkelijke zorgvraag bij benadering gelijkloopt met de inschattingen op basis van het model.

Ernst van recidive voorspellen

Door middel van risicotaxatie maken we een inschatting van de *kans* op recidive, herhal in het oude delictgedrag. Meestal wordt in onderzoek recidive als uitkomst alleen gemeten in termen van aanwezig of afwezig (ja/nee), zonder de ernst daarbij mee te nemen. Het inschatten van de ernst is dus iets anders dan risicotaxatie. Voor het maken van een gestandaardiseerde weging omtrent de ernst van de te verwachten recidive, moeten we eerst de aanname doen dat die ernst kan worden afgeleid uit de ernst van de eerder gepleegde delicten. Dat is een redelijke aanname, want hoewel in praktijk de precieze aard van recidive regelmatig afwijkt van het eerdere (index) delict, zijn er meestal toch meer overeenkomsten dan verschillen. We gaan er dan ook vanuit dat eerdere delicten de beste benadering zijn voor de te vrezen recidive. Wel is het verstandig om daarbij het meest ernstige eerdere delict als uitgangspunt te nemen, om onderschatting te voorkomen.

Weging van ernst

Het wegen van ernst van delicten is een precare zaak, maar niet geheel onmogelijk. We moeten hierbij duidelijk stellen dat ook niet extreem ernstige delicten soms toch een zeer negatieve effecten op een slachtoffer kunnen hebben. Desalniettemin vinden we als samenleving sommige delicten toch

ernstiger dan andere. Dat wordt bijvoorbeeld ook gereflecteerd door de verschillende strafmaten in het Wetboek van Strafrecht. Voor exhibitionisme is de maximale gevangenisstraf drie maanden, voor verkrachting is dat maximaal twaalf jaar. We zouden dus gewoon de strafmaat uit het wetboek kunnen gebruiken om de delict-ernst te wegen. Maar dat brengt een aantal problemen met zich mee. Ten eerste zijn wettelijke straffen vaak ook een functie van de tijd waarin de wetten gemaakt zijn. Zo staat op het downloaden van kinderporno ('jonge' wet) maximaal acht jaar gevangenisstraf, wat in enigszins vreemde verhouding staat tot de maximale drie maanden voor exhibitionisme ('oude' wet), die ook geldt wanneer geëxhibiteerd wordt naar een kind. Daarnaast is voor lang niet alle delicten een apart wetboekartikel opgenomen met een duidelijk bepaalde straf. En tot slot kan de werkelijk opgelegde straf sterk afwijken van de maximumstraf, sterker nog, dat is meestal het geval. Een andere manier om delicten op ernst in te delen is het Cormier-Lang systeem (Quinsey, Harris, Rice, Cormier, 1998), waarin aan een breed scala van delicten verschillende punten worden gehangen. Oorspronkelijk is dit systeem bedoeld om de zwaarte van criminele carrières in beeld te brengen, door alle punten voor eerdere delicten van een plegger op te tellen. Het systeem bevat een redelijk gedetailleerde indeling van delicten die van 1 tot 28 punten gewogen worden. Overigens lopen deze punten logischerwijze redelijk parallel aan de maximumstraffen die voor de diverse delicten gegeven kunnen worden, maar het puntensysteem is wel meer gedifferentieerd.

Ernst en zorgvraagtypering

Een heel gedetailleerde indeling voor delict-ernst, zoals het oorspronkelijke Cormier-Lang systeem, is voor de zorgvraagtypering niet haalbaar en ook niet nodig. Behandelduur en intensiteit worden in principe bepaald aan de hand van de hoogte van het risico. Daarmee volgen we de goed onderbouwde RNR-principes (Andrews & Bonta, 2017). Maar in de forensische praktijk speelt de te verwachten ernst van de recidive regelmatig toch een rol, met name als het gaat om het 'restrisiko' dat we bereid zijn te accepteren. Bij enig resterend risico op een minder ernstig delict als diefstal, zijn we bereid sneller meer stappen te maken met een patiënt en meer uit te proberen. Bij vrees voor ernstige recidive, bijvoorbeeld kindermisbruik, zijn we vaak terughoudend ook als het restrisiko nog maar laag is. Een dergelijke behandeling kan dus langer duren omdat het moeilijk is om de laatste stappen naar uitstroom te nemen.

De beoogde ernst-indeling voor de zorgvraagtypering bestaat uit drie categorieën: minder ernstig, ernstig en extreem ernstig. Wanneer minder ernstige recidive verwacht wordt, zal dat vermoedelijk leiden tot een lagere zorgvraag dan aangegeven door het risiconiveau. De verwachting van zeer ernstige recidive zal daarentegen vermoedelijk leiden tot een hogere/langere zorgvraag dan aangegeven door het risiconiveau. In de forensische zorg is overigens de verwachting van ernstige recidive de norm en dit zal naar verwachting leiden tot een zorgvraag die in lijn is met het vastgestelde risiconiveau. Wat dit onderzoekvoorstel beschrijft is het ontwerpen van een onderbouwde indeling van te verwachten recidive in drie categorieën: 'minder ernstig', 'ernstig' en 'extreem ernstig' op basis van eerdere delicten van de patiënten.

Methode

Het onderzoek kent drie stappen:

1. De Cormier Lang weging van delicten wordt aangepast aan de Nederlandse wet en uitgebreid waar nodig met het oog op de bestaande forensische populatie. Op basis van de in het Cormier Lang systeem toegekende punten, worden de delicten tentatief in drie groepen (minder ernstig, ernstig en zeer ernstig) verdeeld. Deze indeling dient als basis waarop het empirisch deel van het onderzoek uitgevoerd wordt.
2. In het empirische deel worden de delicten voorgelegd aan zo veel mogelijk werknemers in het forensische veld, zowel klinisch als ambulant, met de vraag om ze te rang-orderen. Dit zal worden gedaan in de vorm van een online enquête via Qualtrics. Elke deelnemer krijgt daarbij random 15 delicten aangeboden, 5 uit elke van de in stap 1 gecreëerde tentatieve

ernst-categorieën. Het wordt gevraagd deze delicten op volgorde van ernst te zetten. De enquête wordt tevens uitgezet onder een grote groep Nederlanders uit de algemene bevolking. Het is immers van belang dat de forensische sector aansluit bij de rangordening van de samenleving.

3. De resultaten van stap 2 leiden tot een gemiddeld rangordenummer per delict. Op deze nummers zal een Rank Ordering Cluster Analysis worden gedaan volgens de Hollier methode, om eventuele clusters in de data te identificeren. In principe wordt gezocht naar een verdeling in drie categorieën, tenzij een andere structuur zich duidelijk opdringt vanuit de data. De scores van de forensische werknemers en de algemene populatie zullen apart worden geanalyseerd om eventuele verschillen te identificeren. Als er belangrijke verschillen zijn, dan moeten die in het veld bediscussieerd worden alvorens beide rangordes/categorieën met elkaar in evenwicht worden gebracht door de verschillende rangordes te middelen. A-priori verwachten we geen grote verschillen.

In de uiteindelijke zorgvraagtypering zullen de delict-categorieën aangegeven worden, waarbij de keuze van de delict-categorie automatisch leidt tot de vaste, bijbehorende ernst-categorie. Dit om te voorkomen dat een extra (vertroebelende) klinische weging van de ernst wordt gemaakt naar de standaarden van de individuele beoordelaar.

Procedure en planning

- Vertaling en aanpassen van het Cormier Lang systeem aan de Nederlandse wet en waar nodig aanvullen en verfijnen op basis van delicten die bij onze forensische populaties voorkomen. Vervolgens analyse van dit gemodificeerde Cormier Lang systeem waaruit de tentatieve indeling in drie ernst-categorieën voortkomt. Ondertussen vindt ook de gedetailleerde uitwerking van het plan en de ethische toetsing ervan plaats.
 - Maand 1-2
- Het ontwerpen van de online enquête in Qualtrics waarbij elke deelnemer random 15 delicten, 5 uit elke van de 3 ernst-categorieën) aangeboden krijgt en gevraagd wordt deze op volgorde te zetten van meest ernstig (op nummer 1) tot minst ernstig (op nummer 15).
 - Maand 3-5
- Het verzamelen van data onder forensische instellingen en in de algemene bevolking.
 - Maand 6-8
- Analyse van de resultaten: Kruskal-Wallis variantieanalyse over de rangorde-scores van de delicten, om de uiteindelijke rangorde te bepalen. Gepaarde Mann-Whitney tests (zonder correctie) tussen alle opeenvolgende delicten, om clusters te identificeren. Vergelijken forensische werknemers met algemene bevolking.
 - Maand 9-10
- Verslaglegging van de resultaten afronden.
 - Maand 11-12

Bij deze planning is uitgegaan van de iets vertragende werkwijze die de corona-crisis met zich meebrengt en daarnaast is uitgegaan van een beperkt budget. Naarmate meer geld beschikbaar is, kan het sneller. Niet alleen kan dan worden geïnvesteerd in mankracht, maar ook data/een representatieve groep proefpersonen kunnen 'gekocht' worden via onderzoekswebsites. Dat leidt tot een veel kortere periode van dataverzameling.

Producten

Het beoogde product is een gevalideerd wegingssysteem van de ernst van te verwachten recidive in drie categorieën, welke gebruikt kan worden voor weging van de zorgvraagtypering in de forensische sector.

Referenties

Andrews, D.A., & Bonta, J. (2017). *The psychology of criminal conduct (6th ed.)*. New Providence: LexisNexis.

Hanson, R. K., Bourgon, G., McGrath, R. J., Kroner, D., D'Amora, D. A., Thomas, S. S., & Tavaréz, L. P. (2017). A five-level risk and needs system: *Maximizing assessment results in corrections through the development of a common language*. WS Hein.

Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1998). *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*. Washington, DC: American Psychological Association.

Tabel 1. *Overzicht voorgestelde indeling zorgvraagtypering*

Risicotaxatie Standardized risk	Ernst (te verwachten) Recidive-Delict	Exceptionele Responsiviteitsproblemen	Zorgvraagcategorie
I: Laag	Minder Ernstig	Nee	0
		Ja	1
	Ernstig	Nee	1
		Ja	2
	Zeer Ernstig	Nee	2
		Ja	3
II: Beneden- Gemiddeld	Minder Ernstig	Nee	1
		Ja	2
	Ernstig	Nee	2
		Ja	3
	Zeer Ernstig	Nee	3
		Ja	4
III: Gemiddeld	Minder Ernstig	Nee	2
		Ja	3
	Ernstig	Nee	3
		Ja	4
	Zeer Ernstig	Nee	4
		Ja	5
IV: Bovengemiddeld	Minder Ernstig	Nee	3
		Ja	4
	Ernstig	Nee	4
		Ja	5
	Zeer Ernstig	Nee	5
		Ja	6
V: Hoog	Minder Ernstig	Nee	4
		Ja	5
	Ernstig	Nee	5
		Ja	6
	Zeer Ernstig	Nee	6
		Ja	7

Ingeschatte zorg:

0-1 = niets extra's nodig, toezicht

2 = toezicht, beperkte ambulante behandeling

3 = gemiddelde ambulante behandeling

4 = intensieve ambulante behandeling/beperkte klinische behandeling

5-7 = intensieve klinische behandeling/tbs