

Redactioneel

Geen risicotaxatie zonder risicobewustzijn

De Onderzoeksraad voor Veiligheid en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd brachten elk recent een onderzoeksrapport uit betreffende het verloop van detentie en behandeling van Michael P., die in juli 2018 in eerste aanleg is veroordeeld voor het verkrachten en doden van Anne Faber.¹ Deze twee rapporten zijn opgesteld naar aanleiding van deze ene casus maar aangegeven wordt dat hieruit ook meer algemene lessen voor de forensische zorg zijn te trekken. De bevindingen en adviezen van de twee rapporten zijn grotendeels gelijk.

P. wordt in 2010 vervolgd voor twee verkrachtingen. Hij weigert medewerking aan een klinische observatie in het Pieter Baan Centrum en wordt uiteindelijk in hoger beroep veroordeeld tot 11 jaar voor de zedendelicten en 12 maanden voor overige strafbare feiten.²

Tijdens de detentie wordt P. in 2013 vanwege psychische problematiek geplaatst in het Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) Vught. In het PPC wordt het delictgedrag beschouwd als 'gewelddadig handelen' en ontbreekt lange tijd het besef dat bij P. sprake is van ernstige zedenproblematiek. Bij opeenvolgende behandelbesprekingen wordt de diagnostiek niet meer heroverwogen. P. wordt in het kader van art. 15 lid 5 PBW aangemeld bij een FPA (Forensisch Psychiatrische Afdeling) in Den Dolder.³ In de laatste fase van de behandeling van het PPC wordt een delictanalyse opgesteld. P. geeft echter slechts toestemming om een gedeelte van deze informatie over te dragen aan de FPA. Dit is geen reden voor het PPC om de overplaatsing te blokkeren. Het PPC beschrijft P. bij de aanmelding bij de FPA als een 'modelpatiënt' ondanks dat er tijdens zijn detentie sprake was van meerdere agressie-incidenten. Pas nadat de FPA de aanmelding heeft geaccepteerd, is er door het PPC informatie over de incidenten verstrekt. Daarnaast wordt in de rapporten aangegeven dat de FPA onvoldoende kritisch is geweest bij het beoordelen van de aanmelding, dat het heeft ontbroken aan aandacht voor de zedenproblematiek en dat er al een verlofprogramma werd opgesteld voordat men P. had ontmoet.

De Onderzoeksraad stelt vast: '(...) dat gedurende het lange verblijf van Michael P. in de forensische zorginstellingen geen zicht is verkregen op het gevaar dat hij op-

nieuw een zedendelict zou kunnen begaan. (...) Noch in Vught, noch in Den Dolder is gebruik gemaakt van op zeden gerichte risicotaxatie-instrumenten.' De Raad beschrijft dat in de onderzochte instellingen een cultuur bestaat die sterk is gericht op het verlenen van zorg waardoor het andere element van forensische zorg, te weten het inperken van risico's voor de maatschappelijke veiligheid uit beeld raakt. Beide rapporten geven als belangrijke aanbeveling, gedurende de verschillende fasen van behandeling, het periodiek inzetten van risicotaxatie-instrumenten teneinde hoog-risicogeveallen te identificeren.

De aanbeveling om systematisch risicotaxaties uit te voeren is zinvol, maar kan tegelijkertijd leiden tot de misvatting dat daarmee de gesignaleerde problemen grotendeels kunnen worden opgelost.⁴ Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat van de personen die bij beoordeling aan de hand van een risicotaxatie-instrument als recidivegevaarlijk worden aangemerkt, de meerderheid hiervan níet recidiveert.⁵ Het identificeren van hoog-risicogeveallen aan de hand van risicotaxatie-instrumenten, zoals genoemd als aanbeveling, kent dan ook forse beperkingen.

Verder is het van belang zich te realiseren dat het (verplicht) invoeren van het verrichten van risicotaxaties aan de hand van een instrument nog niet betekent dat dit vanzelf leidt tot het aanpakken van de geïdentificeerde risicofactoren. Lammers stelt dat met name in FPA's en FPK's (Forensisch Psychiatrische Klinieken) regelmatig alleen wordt voldaan aan de verplichte scoring aan de hand van een risicotaxatie-instrument zonder de uitkomsten hiervan te gebruiken voor het formuleren van be-

* Prof. dr. J.W. Hummelen is bijzonder hoogleraar Forensische psychiatrie aan de Rijksuniversiteit Groningen en psychiater bij Expertisecentrum forensische psychiatrie 'De Boog', GGNet in Warnsveld. Tevens is hij redacteur van dit tijdschrift.

1. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) & Inspectie Justitie en Veiligheid (Ministerie van Justitie en Veiligheid), *Het detentieverloop van Michael P.*, Utrecht/Den Haag, maart 2019; Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Forensische zorg en veiligheid. Lessen uit de casus Michael P.*, Den Haag, maart 2019.

2. Hof Arnhem 9 oktober 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BX9606.

3. De huidige tekst van art. 15 lid 5 Penitentiaire beginselenwet luidt: 'In geval van een psychische stoornis of verstandelijke beperking van een gedetineerde kan Onze Minister bepalen dat de gedetineerde naar een psychiatrisch ziekenhuis (...) zal worden overgebracht om daar zolang dat noodzakelijk is te worden verpleegd. (...)'

4. Het gaat hier om het toepassen van risicotaxatie-instrumenten tijdens een forensische behandeling. Naast deze toepassing in de executiefase kunnen er ook risicotaxatie-instrumenten worden ingezet bij de rapportages pro Justitia in de vervolgingsfase.

5. J. Harte, 'Recidive inschatten met behulp van een empirisch model. Kansen voor de strafrechtspraktijk', *NJB* 2017/1799, afl. 33, p. 2386-2389.

handeldoelen.⁶ Het verrichten van risicotaxaties los van de behandeling beperkt sterk de waarde hiervan.

De forensische behandelpraktijk is doortrokken van regels en procedures. Dit is te begrijpen vanuit de behoefte om de aanwezige risico's onder controle te houden. Wat uit beeld dreigt te raken is de (psychologische) context waarin behandelaars werken; een context die een grote invloed heeft op het onderkennen van risico's. Deze leemte is ook zichtbaar in de rapporten inzake Michael P. Hierin wordt gedetailleerd beschreven wat er mis is gegaan maar de redenen die aan dit feilen ten grondslag liggen blijven grotendeels in nevelen gehuld. Het gaat hierbij om vragen zoals waarom de behandelaars in het PPC de zedenproblematiek lange tijd niet hebben onderkend en waarom men door is gegaan met de overplaatsing terwijl P. weigerde akkoord te gaan met het informeren van de FPA inzake een deel van zijn delictanalyse. Wat maakt dat het risicobewustzijn hier tekortschoot? Uiteraard kunnen hier geen sluitende antwoorden op deze vragen worden gegeven, maar kennis van de dynamiek waaraan behandelaars in een forensische kliniek onderhevig zijn, kan wel bijdragen aan het verkrijgen van inzicht in het antwoord op de vraag waarom risico's soms onvoldoende worden onderkend. Deze risico's betreffen overigens niet alleen de maatschappelijke veiligheid maar ook de fysieke veiligheid van de hulpverleners zelf.

Invloed op risicobewustzijn

De context waarin behandelaars werken binnen de forensische zorg heeft een grote invloed op het niveau van het risicobewustzijn.⁷ Bij dit bewustzijn gaat het om het (in een vroegtijdig stadium) signaleren van gedrag van patiënten of omstandigheden die een risico (kunnen) inhouden. De risico's kunnen bestaan uit gevaar voor de veiligheid van de directe omgeving (medepatiënten en hulpverleners) van de patiënt, en een toename van het recidiverisico bij verloop en na ontslag uit de kliniek. De volgende factoren kunnen het risicobewustzijn beïnvloeden.

Angstgevoelens

Emoties kunnen het vermogen tot het opmerken van risico's inperken. Een belangrijke emotie hierbij is angst. Forensische patiënten kunnen bij hun hulpverleners angst opwekken door de confrontatie met ernstig seksueel en/of agressief delictgedrag door zeer gedetailleerde beschrijvingen hiervan in het strafdossier. Een dergelijke confrontatie kan sterke onveiligheidsgevoelens oproepen. Angst kan ook worden opgewekt doordat een patiënt zich zeer dreigend of intimiderend opstelt. Wanneer de angstgevoelens voor de patiënt worden verdrongen, zal er een vertekening van de werkelijkheid gaan optreden waarbij risico's niet worden opgemerkt. Immers met het wegmaken van de angstgevoelens verdwijnen tegelijkertijd de als bedreigend ervaren aspecten

van de patiënt grotendeels uit beeld. Angstgevoelens kunnen ook tot afstandelijkheid bij hulpverleners leiden waardoor er niet meer therapeutisch in de patiënt wordt geïnvesteerd; men beperkt zich tot de noodzakelijke interacties en het beleid richt zich op het trachten de patiënt uit te plaatsen.⁸

Interne gerichtheid

Indien binnen een psychiatrische kliniek dezelfde regels zouden gelden als in de maatschappij wordt een patiënt vanwege zijn gedrag ook daar uitgestoten. Binnen een kliniek gelden daarom eigen regels opdat een patiënt nieuw (adequater) gedrag kan aanleren. Dit deels buitensluiten van de eisen zoals die in de maatschappij worden gesteld, kan leiden tot een tendens tot interne gerichtheid binnen een kliniek. Deze tendens zal nog sterker zijn bij gesloten forensische afdelingen waarbij immers de beveiliging en de daarmee gepaard gaande verdere afgrenzing van de maatschappij een wezenskenmerk vormt. Interne gerichtheid kan leiden tot een cultuur met een overmatig focus op de behandeling binnen de eigen afdeling met het voorbijgaan aan de eisen die na ontslag in een toekomstige context aan een patiënt zullen worden gesteld. Naarmate de confrontatie met de eisen vanuit de maatschappij meer wordt buitengesloten, kan in een kliniek een gebrek aan kritische reflectie en routinematig handelen de kop opsteken.

Kennis en ervaring

Voor het kunnen onderkennen van risico's is ook kennis en ervaring nodig. Het duurt een aantal jaren voordat een hulpverlener geleerd heeft in een vroegtijdig stadium risico's bij patiënten waar te nemen. Wanneer op een afdeling uitzendkrachten werken die geen kennis hebben over de patiënten, is het uiteraard uitgesloten dat zij het gedrag van patiënten op waarde kunnen schatten. Het tekort aan voldoende ervaren krachten binnen de forensische zorg is reeds eerderesignaleerd.⁹

Handelingsverlegenheid

Wanneer een hulpverlener in principe wel risicogedrag waarneemt maar niet weet hoe hij moet handelen, zal de kans groot zijn dat hij het risicosignaal bij zichzelf zal onderdrukken. De veelheid aan juridische kaders binnen de forensische psychiatrie leidt op de werkvloer geregeld tot onzekerheid of iets wel of niet mag, bijvoorbeeld: wanneer mag een patiënt gefouilleerd worden en mag een agressieve patiënt met een bepaalde strafrechtelijke titel wel of niet gesepareerd worden? Dit soort vragen zijn juridisch uiteraard allemaal te beantwoorden maar voor verpleegkundigen op een hectische afdeling kan het tot het negeren van risicosignalen leiden uit angst verkeerd te handelen. Professionals kunnen juridische regelgeving, bijvoorbeeld aangaande het (doorbreken van het) beroepsgeheim, juist zeer strikt gaan toe-

6. S.M.M. Lammers, 'Risicotaxatie', in: J.W. Hummelen, R.J. Verkes & M.J.F. van der Wolf, *Forensische psychiatrie en de rechtspraak*, Utrecht: De Tijdstroom 2018.

7. Binnen de forensische psychiatrie wordt voor risicobewustzijn ook de term 'forensische scherpte' gebruikt. Vanwege het weinig specifieke karakter van deze term wordt deze hier niet gehanteerd.

8. J.W. Hummelen & M.C. Overduin, 'Afgrenzing en angst op de gesloten afdeling', in: P. van der Helm e.a. (red.), *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*, Amsterdam: SWP 2013.

9. Andersson Elffers Felix, *Forensische zorgen. Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg*, Utrecht 2018.

passen uit angst voor klachtenprocedures en tuchtzaken.¹⁰ Voorkomen van tuchtzaken prevaleert dan boven het indammen van (ernstig) risicogedrag van een patiënt. Om dit voor zichzelf te kunnen verantwoorden zal het besef van de aanwezige risico's mogelijk worden verkleind.

Handelingsverlegenheid kan ook ontstaan doordat de laatste jaren binnen de ggz de herstelgerichte zorg sterk domineert. Een kernpunt van deze benadering is het vooropstellen van de autonomie van de patiënt en het hem aanbieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over zijn eigen leven. Er bestaat een spanning tussen enerzijds deze benadering en anderzijds het begrenzen van een patiënt in zijn gedrag als risico's gesignaleerd zijn. Zo kan het paradigma van herstelgerichte zorg (met alle goeds dat dit voor de meeste ggz-patiënten heeft) bij risicogedrag van (forensische) patiënten leiden tot een te permissieve houding.

Risicobewustzijn is geen op zichzelf staand fenomeen maar een dynamisch proces waarbij meerdere factoren zijn betrokken. Het is bij een forensische behandeling aangewezen om deze krachten te onderkennen en hier tegen structureel tegenspel te bieden. Dit kan op meerdere manieren. Zo kan het aan hulpverleners bieden van voldoende ruimte voor reflectie op de in de interactie met patiënten opgedane emoties hen helpen zich van deze gevoelens bewust te worden en om deze vervolgens beter te kunnen hanteren. Daarnaast kan de inherent aan een forensische kliniek verbonden tendens tot interne gerichtheid worden tegengegaan door het structureel organiseren van feedback vanuit de buitenwereld. Een mogelijkheid hiertoe is het bij herhaling laten verrichten door externe professionals en managers van een prospectieve risico-inventarisatie waarbij een audit gedaan wordt op zowel de 'harde' regelprocessen (zoals het toepassen van protocollen, verrichten van risico-taxaties) als de 'zachte' factoren waaronder de (aanspreek)cultuur en het zelfkritische vermogen van een team. Een andere manier is dat klinieken over en weer consulten laten verrichten bij hun patiënten aangaande de ingezette behandelingen.¹¹ Protocollen dienen niet alleen op papier te staan, maar ook in oefensituaties te worden getraind teneinde handelingsverlegenheid tegen te gaan. Uiteraard is voldoende en gekwalificeerd personeel, waaronder zeker ook psychotherapeutisch opgeleide professionals, een noodzaak om een adequaat behandelmilieu vorm te kunnen geven.

Risicobewustzijn en risicotaxatie

Risicotaxatie is tegenwoordig bijna synoniem geworden met het toepassen van een risicotaxatie-instrument. Deze gelijkschakeling leidt ertoe dat de fase van het onderkennen van risico's onvoldoende aandacht krijgt. Elke risicotaxatie dient te beginnen met het waarnemen van eventueel aanwezige risicosignalen. Dit waarnemen zal mede gevoed worden door informatie uit het dossier aangaande de delictgeschiedenis. De risicosignalen worden vervolgens beoordeeld op de mate van gevaar die deze inhouden in een specifieke context. Dit beoor-

delen is een vorm van risicotaxatie; de kwaliteit van het risicobewustzijn bepaalt hierbij mede de kwaliteit van de risicotaxatie. Dit betekent dat risicotaxatie begint met de input van de signalen die zijn verkregen door een zo optimaal mogelijk risicobewustzijn. Deze risicosignalen kunnen ook gebruikt worden bij het toepassen van een risicotaxatie-instrument. Bij de scoring van de klinische items gaat het om een beoordeling van het gedrag van de patiënt. Wanneer bijvoorbeeld gewelddadige denkbeelden van een patiënt vanwege hierdoor opgewekte gevoelens van onveiligheid bij behandelaars door hen onvoldoende worden opgemerkt, zal het desbetreffende item niet adequaat worden beoordeeld. Daarenboven vindt er bij klinisch gestructureerde risico-instrumenten na scoring van alle items een klinische weging plaats. Ook hierbij is het adequaat onderkennen van risico's van invloed op de kwaliteit van de risicotaxatie.

Ook bij het gebruik van actuariële risico-instrumenten kan het risicobewustzijn niet buiten beschouwing worden gehouden. Als bijvoorbeeld een zedendelinquent volgens een actuariële instrument een zeer laag recidiverisico heeft maar de clinicus bespeurt bij de patiënt tekenen van een ontregeling, bijvoorbeeld een beginnende maniforme ontremming, dan zal de conclusie mogelijk zijn dat er op dat moment sprake is een hoog recidiverisico. Door de eenzijdige aandacht bij risicotaxatie voor het toepassen van risicotaxatie-instrumenten is het belang van risicobewustzijn en de factoren die daarbij een rol kunnen spelen binnen de forensische zorg voor een deel uit beeld geraakt. Binnen de forensische zorg dient meer aandacht te worden gegeven aan het belang van risicobewustzijn en hoe dit in de klinische praktijk kan worden geoptimaliseerd.

10. Zie ook: Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Zorg voor veiligheid. Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving*, Den Haag, april 2019.

11. A.J.K. Hondius, F. Joldersma & J.W. Hummelen, 'Consulten als instrument: functie en afbakening', *Journal GGZ en recht* 2013, afl. 3, p. 71-76.