

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2695

Vragen van het lid **Van der Steur** (VVD) aan de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie over *het proefschrift «Sexoffender Risk Assessment In The Netherlands – Towards a risk need responsivity oriented approach» van dr. W. Smid* (ingezonden 16 juni 2014).

Antwoord van Staatssecretaris **Teeven** (Veiligheid en Justitie) (ontvangen 12 augustus 2014). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2013–2014, nr. 2464.

Vraag 1

Bent u bekend met het onderzoek en het proefschrift van dr. W. Smid over de behandeltoewijzing van zedendelinquenten op basis van risicotaxatie-instrumenten? Zo ja, hoe oordeelt u over het onderzoek en de aanbevelingen daarin in het algemeen?

Antwoord 1

Het proefschrift is mij bekend. De studie en het proefschrift sluiten aan bij het beleid dat vanaf 2002 werd ontwikkeld binnen het programma «Naar een veiliger samenleving». De studie van mevrouw Smid toetst als het ware met terugwerkende kracht het belang van dat beleid. De steekproef van dit quasi-experimenteel onderzoek bestond uit veroordeelde zedendelinquenten die in de maatschappij terugkeerden tussen 1996 en 2002¹ en bij wie achteraf op grond van hun dossiers de risicotaxaties zijn afgenomen. De getoetste adviezen uit de betreffende strafzaken stammen uit de tijd dat het gebruik van risicotaxatie-instrumenten in de Nederlandse praktijk nog in opkomst was. In de periode sindsdien zijn in wetgeving, beleid en uitvoering vele wijzigingen doorgevoerd waarvan sommige zeer ingrijpend.

Vraag 2

Bent u bekend met het model van Risk Need Responsivity (RNR) en de bijbehorende principes? Deelt u de stelling van dr. W. Smid dat voor een effectieve behandeling van plegers deze principes leidend zouden moeten zijn bij het toekennen van behandelinterventies?

¹ Het betrof 25% van de in Nederlandse veroordeelde zedendelinquenten die uitstroonden uit detentie en 100% van de zedendelinquenten die in dezelfde periode uitstroonden uit klinische behandeling (voornamelijk TBS).

Antwoord 2

Het RNR-model is mij bekend. Bij alle typen van delictplegers geldt dit model tegenwoordig als leidend, dus ook bij zedendelinquenten. Zo gebruiken de reclasseringsorganisaties het RISC-instrument, waarmee een goede inschatting kan worden gemaakt van de dynamische risicofactoren. Specifiek voor zedenverdachten wordt de RISC aangevuld met een afname van de *Static-99(r)*.

In de praktijk van het Pro Justitia-onderzoek door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) zijn zowel de risico-inschatting als ook het onderzoek naar en het advies over de zorg- en beveiligingsbehoeften en de interventiemogelijkheden belangrijke onderdelen van de rapportage. De RNR-uitgangspunten zijn sinds 2010 standaard opgenomen in de rapportage-formats voor gedragsdeskundigen. Het NIFP bewaakt de kwaliteit van de PJ-rapportages. Ook wordt de kwaliteit van de gerechtelijk deskundigen gewaarborgd door het Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD). Voor de herregistratie van de deskundigen zal het NRGD in de komende periode de kennis van risicotaxaties als speerpunt hanteren.

Vraag 3

Uit het proefschrift van dr. W. Smid blijkt dat de klinisch bepaalde behandeltoewijzing onvoldoende samenhangt met het recidiverisico; hoe beoordeelt u dat meer dan een kwart van alle veroordeelde verkrachters met een matig-hoog tot hoog recidiverisico na detentie zonder enige vorm van interventie terugkeerde in de samenleving (onderbehandeling)? Welke maatregelen stelt u voor om tot een effectieve keuze van behandeling te komen ter vermindering van de kans op recidive?

Antwoord 3

De onderzoekspopulatie stroomde uit in de periode van 1996 tot 2002. Sindsdien hebben zich rondom de tenuitvoerlegging van de tbs en de vrijheidsstraf veel veranderingen voorgedaan. Als uitgangspunt geldt dat de intensiteit van de behandeling moet aansluiten bij de ernst van de problematiek, maar met de kanttekening dat niet steeds alle zedendelinquenten met een hoog risico in aanmerking komen voor een hoog intensieve behandeling of andersom. Als geen stoornis is vastgesteld, is een forensisch psychiatrische behandeling niet op zijn plaats. In die gevallen kan een vrijheidsstraf aan de orde zijn. Detentie biedt dan evenveel of meer beveiliging, terwijl andersoortige risicofactoren daar kunnen worden aangepakt. Ten aanzien van deze groep kan mogelijk door het stellen van voorwaarden in het kader van een voorwaardelijke invrijheidsstelling worden gewerkt aan gedragsverandering. Ook wordt steeds vaker gebruik gemaakt van de mogelijkheid om (behandel-)interventies als bijzondere voorwaarde aan een voorwaardelijke veroordeling te verbinden.

Andere vormen van ondersteuning richten zich op de maatschappelijke re-integratie van zedenplegers. Ter voorkoming van terugval wordt ondersteuning geboden bij het vinden van werk, vrije tijdsbesteding en een woning. Daarnaast zijn op het terrein van de nazorg belangrijke verbeteringen doorgevoerd. Waar nodig worden vrijwilligers ingeschakeld, bijvoorbeeld via *Circles of Support and Accountability* (CO-SA). Dit project is gericht op re-integratie van zedendaders die onder toezicht staan van de reclassering. Waar mogelijk wordt gewerkt aan verbetering van de risicoanalyse. In dit kader concludeert de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen in het recent uitgebracht rapport «Op Goede Grond» dat bij het NIFP nog verbetering mogelijk is, met name door vaker gebruik te maken van wetenschappelijk geverifieerde risicotaxatie-instrumenten ter onderbouwing van het recidiverisico. In reactie hierop laat het NIFP weten dat voortdurend wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Momenteel lopen er twee projecten ter verbetering van de risicoanalyse. Binnen het project «Stoornis en gevaar» wordt gewerkt aan het verbeteren van de risicoanalyses op grond van wetenschappelijk onderzoek, te beginnen bij daders van seksuele delicten. Daarnaast is de ontwikkeling van een *best practice* voor risicoanalyse gestart middels het project «Eenduidige risicoanalyse». Het adequate gebruik van gevalideerde risicotaxatie-instrumenten, waaronder ook de *Static*-instrumenten, maakt daar deel van uit.

Vraag 4

Daarnaast blijkt uit het proefschrift dat meer dan een kwart van alle veroordeelde kindermisbruikers een veel intensievere behandeling onderging dan hun risiconiveau rechtvaardigde (overbehandeling); hoe oordeelt u hierover? Gaat u maatregelen voorstellen om onnodige behandeling tegen te gaan?

Antwoord 4

Een persoon met een relatief laag risico kan in eerste instantie toch baat hebben bij een hoog intensieve behandeling. In die gevallen is het belangrijk dat doorstroming naar een lager behandelniveau tijdig in gang wordt gezet, zodat relatief dure zorgplekken niet onnodig lang bezet blijven. Over de doorstroming binnen de forensische zorg zijn vorig jaar met het veld goede afspraken gemaakt, waaronder het terugbrengen van de gemiddelde tbs-behandelduur naar acht jaar, waarvan de eerste resultaten reeds zichtbaar worden.

Vraag 5 en 8

In het proefschrift worden verschillende (succesvolle) risicotaxatie-instrumenten genoemd en beoordeeld (*Static-2002R* en *Static-99R*); bent u bekend met de genoemde instrumenten en in het bijzonder met de *Static* instrumenten? Zo ja, bent u bereid nader onderzoek te doen naar het succes en de toepasbaarheid hiervan in Nederland?

Deelt u de mening van dr. W. Smid dat het raadzaam is om ook in Nederland over te gaan tot standaard en leidend gebruik van gestructureerde actuariële risicotaxatie voor de behandeltoewijzing en de samenstelling van behandelgroepen bij zedendelinquenten?² Ziet u ter vermindering van het risico op vermenging nog een extra aanleiding om standaard en leidend een gestructureerde actuariële risicotaxatie in te voeren?

Antwoord 5 en 8

Ik ben bekend met de genoemde instrumenten, waarvan dit jaar de Nederlandse handleidingen beschikbaar zijn gekomen. Aan de sector heb ik – eveneens dit jaar – gevraagd de preferente risicotaxatie-instrumenten aan te wijzen. Voor de klinische setting zijn de HCR-20 V3 (Historical, Clinical, and Risk Management, versie 3) en HKT-R (Historische, Klinische en Toekomstige Risicoindicatoren-Revised) dit jaar aangewezen als de preferente instrumenten. Vanaf 2015 zullen alle klinische zorginstellingen, voor zover zij dit niet al doen, één van beide instrumenten gebruiken.

Daarnaast heeft de sector besloten om per 2015 een jaarlijkse afname van de klinische items (K-items) van de HKT-R verplicht te stellen voor alle klinische patiënten. Dit geldt tevens voor de zedendelinquenten. Uiteraard staat het behandelaars vrij in aanvulling hierop de *Static-2002R* en *Static-99R* te gebruiken voor het maken van een inschatting van het risico van een zedendelinquent. Het NIFP heeft aangegeven dat deze instrumenten reeds worden betrokken in de eerder genoemde trajecten ter verbetering van de risicoanalyse. Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 3.

Vraag 6

Deelt u de mening dat voor de juiste werking van de genoemde risicotaxatie-instrumenten geen medewerking van de verdachte vereist is?³ Bieden deze instrumenten zodoende nog meer handvatten om de problematiek van de weigerende observandi aan te pakken?

² Uit het proefschrift blijkt dat het mengen van plegers met sterk uiteenlopende risiconiveaus binnen een behandelgroep de mogelijkheid met zich meebrengt dat laagrisicoplegers contacten aanknopen met hoogrisicoplegers. Een verkeerde verhouding tussen risiconiveau en behandelintensiteit kan het recidiverisico van laagrisicoplegers juist bevorderen in plaats van terugdringen.

³ Momenteel is het wetsvoorstel forensische zorg aanhangig in de Eerste Kamer. Een oplossing voor de problematiek van de weigerende observandi door een aanpassing van artikel 37a van het Wetboek van Strafrecht is hierin opgenomen. In het proefschrift wordt gesteld dat de risicotaxatie met behulp van bepaalde instrumenten geen medewerking vereist van de verdachte.

Antwoord 6

Risicotaxatie-instrumenten zijn niet altijd even bruikbaar, met name niet als verdachten weigeren mee te werken aan het onderzoek. Risicotaxatie-instrumenten geven bovendien geen volledig zicht op de dynamische risicofactoren en soms, bij minder intensief onderzoek, ook niet op de historische factoren. Bovendien vormt de PJ-rapporteur zich tevens een oordeel over de relatie tussen het delict en de eventuele stoornis, de toerekenbaarheid van het delict en de vatbaarheid van de persoon voor een psychiatrische behandeling. Het PJ-onderzoek richt zich dus niet alleen op *R(isks)*, maar nadrukkelijk ook op *N(eeds)* en *R(esponsivity)*, die in de studie van mevrouw Smid geen onderwerp van onderzoek waren en verder onbesproken blijven.

Op basis van forensisch-psychiatrische en psychologische richtlijnen geldt een combinatie van risicotaxatie-instrumenten en een klinisch oordeel als *State-of-the-Art* voor het PJ-onderzoek. Het klinische oordeel is mede vereist gezien ook naar de dynamische kenmerken van de verdachte moet worden gekeken, juist omdat de behandeling op deze kenmerken dient aan te grijpen. Hiervoor is meer informatie nodig, bij voorkeur van de verdachte zelf. Als deze geen medewerking verleent, zou deze informatie – waar nodig – aangevuld kunnen worden met gegevens uit eerder opgestelde behandelorders. Dit laatste is uitgewerkt in de zogenaamde regeling «weigerende observandi» die is opgenomen in het wetsvoorstel Wet Forensische Zorg, dat thans aanhangig is in de Eerste Kamer.

Vraag 7

Deelt u het uitgangspunt van dr. W. Smid dat forensische interventies moeten zijn gericht op het reduceren van het risico en dat zij het beste werken bij plegers met het hoogste risico? Is het dan logisch om de kandidaten voor die behandeling primair te selecteren op basis van hun stoornis in plaats van op het risico op recidive? Graag een nadere toelichting hierop.

Antwoord 7

Ik deel de mening dat (strafrechtelijke) interventies zich moeten richten op de veiligheid en daarmee het reduceren van het recidiverisico. In die gevallen dat betrokkene zijn daad als gevolg of onder invloed van een stoornis heeft gepleegd, is het van belang betrokkene daarvoor te behandelen. Het niet behandelen van betrokkene zou immers kunnen leiden tot gevaar voor de maatschappij door een grote(re) kans op recidive. De behandeling van een dergelijke stoornis staat naar mijn oordeel nauw in dienst van de reductie van het recidiverisico. Daarbij ligt het voor de hand dat personen met een hoog risico niet alleen intensieve zorg krijgen, maar vooral ook hoge beveiliging. Dit is echter niet in alle gevallen noodzakelijk, want er zijn situaties waar de zorg- of beveiligingsbehoefte anders ligt. Bij het bepalen van de juiste behandelsetting wegen dus zowel de criminogene factoren als de zorg- en beveiligingsbehoefte mee. Het aanbod van de forensische instellingen is hierop afgestemd qua differentiatie in zorg- en beveiligingsniveaus.